

*Dipartimento di Impresa e Management*

*Cattedra di Gestione delle Operazioni e della Supply Chain*

**L'ANALISI DELLA SPESA E LA PIANIFICAZIONE  
DEGLI ACQUISTI IN CAMPO SANITARIO,  
IL CASO DELLA REGIONE CALABRIA**

RELATORE

Professor Ing. Riccardo Colangelo

CANDIDATA

Rosaria Barbieri,  
matricola 640441

CORRELATORE

Professor Ing. Giuseppe Perrone

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

*A mio fratello  
ed ai miei genitori.*

# Indice

## Introduzione

### 1. La spesa sanitaria

1.1 L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

1.2 Il Piano Sanitario Nazionale ed i Piani Sanitari Regionali

1.3 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale  
e delle Aziende Sanitarie

1.4 La contabilità delle strutture sanitarie pubbliche

1.5 L'analisi della spesa

### 2. L'analisi della domanda

2.1 Le macro-componenti della spesa sanitaria

2.2 Le funzioni di spesa

2.3 Acquisti market e consumi intermedi

2.4 La spesa "aggredibile"

### 3. L'analisi dell'offerta

3.1 Il mercato dell'offerta per gli acquisti market

3.2 Il mercato di fornitura per gli acquisti intermedi

#### 4. L'analisi delle modalità d'acquisto

##### 4.1 Come acquistano le Aziende Sanitarie

##### 4.2 La Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria

#### 5. La pianificazione degli acquisti in campo sanitario

##### 5.1 I Livelli Essenziali di Assistenza

##### 5.2 L'analisi dei rischi relativi agli approvvigionamenti sanitari

##### 5.3 Un metodo ed un modello per la pianificazione

e l'effettuazione degli acquisti in campo sanitario

##### 5.4 Possibili risultati

#### Bibliografia

#### Fonti normative

#### Sitografia

## Introduzione

In uno scenario socio-economico nazionale ed internazionale caratterizzato da progressivo invecchiamento della popolazione, aumento della sopravvivenza, evoluzione del quadro epidemiologico nella direzione delle patologie croniche, aumento dei costi delle tecnologie sanitarie innovative, crisi economico-finanziaria e sempre più stringenti vincoli di finanza pubblica, l'analisi della spesa e la pianificazione degli acquisti in campo sanitario divengono questioni di fondamentale importanza.

L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia per il 2011 è stato di 112,889 miliardi di euro, pari al 7,1% del PIL ed a 1.862 euro annui per abitante<sup>1</sup>. È evidente, dunque, l'impatto economico del settore sanitario sul bilancio dello Stato che, unito alla rilevanza civile, sociale, giuridica ed etica della tutela della salute, ne fanno uno dei principali campi della vita pubblica di un Paese.

Circa il 57% della spesa sanitaria nazionale è destinato alla fornitura di servizi erogati direttamente dalle Amministrazioni pubbliche operanti nel settore, mentre circa il 37% riguarda l'acquisto di beni e servizi da erogare ai cittadini in regime di convenzione. Anche su base regionale si riscontra una prevalenza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente, ma i livelli di spesa per abitante sono molto variabili, a fronte di diversificate condizioni socio-economiche tra le varie Regioni italiane e di diversi modelli di gestione del Sistema Sanitario Regionale. In Calabria la spesa sanitaria pubblica corrente nel 2010 è stata di 3.582 milioni di euro, pari a 1.782 euro per abitante, di cui 1.001 per servizi sanitari forniti direttamente, 668 per servizi sanitari in regime di convenzione e 113 per altre spese<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Dati tratti dal sito del Ministero della Salute:  
<http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=dati&id=1396&lingua=italiano>

<sup>2</sup> Elaborazioni Istat su Conti economici regionali.

È in questo complesso ed articolato scenario che va inquadrato l'obiettivo della tesi, ovvero l'individuazione e la descrizione di un metodo solido e strutturato per l'analisi della spesa e la pianificazione degli acquisti in campo sanitario, che consenta di ottenere risparmi significativi sia a livello regionale che nazionale.

Si partirà dalla disamina del concetto di spesa sanitaria, contestualizzato nell'ambito dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, e degli elementi ad esso prioritariamente collegati, per focalizzarsi poi sull'analisi della spesa ed in particolare della domanda. Verranno individuate le macro-componenti della spesa sanitaria e le funzioni di spesa, si distinguerà tra acquisti market e consumi intermedi, per giungere all'identificazione della spesa "aggredibile", ossia di quella parte della spesa sanitaria che può essere soggetta a revisione e ad una potenziale riduzione grazie ad interventi calibrati ad hoc nell'ambito del procurement management.

Si procederà con l'analisi dell'offerta e delle modalità d'acquisto, concentrando in particolare l'attenzione sulle differenze tra acquisti market e consumi intermedi per quanto concerne il mercato dell'offerta e sulle modalità d'acquisto delle Aziende Sanitarie. Si indagheranno, nello specifico, le modalità operative di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie calabresi e la struttura, il funzionamento e le dinamiche della Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria.

Il punto d'arrivo dell'elaborato sarà rappresentato dalla definizione di un metodo di programmazione e pianificazione degli acquisti sanitari per patologia nell'ambito di un modello centralizzato a livello regionale che, oltre a presentare i diversi e numerosi vantaggi che verranno specificatamente illustrati, garantisce anche notevoli risparmi per le casse regionali e conseguentemente per quelle nazionali.

# 1. La spesa sanitaria

## 1.1 L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

La spesa sanitaria, intesa quale aggregato di contabilità nazionale del Conto Economico consolidato della sanità elaborato dall'Istat, include sia la spesa sanitaria corrente che una stima degli ammortamenti relativi agli investimenti pubblici in campo sanitario effettuati nel tempo e corrisponde, sostanzialmente, alle prestazioni sanitarie erogate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), dalle Aziende Ospedaliere (AO), dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dai Policlinici universitari, cui si aggiungono altre componenti di spesa originate da enti minori o da altri enti che erogano marginalmente prestazioni a contenuto sanitario.

L'esigenza di condurre un'attenta e puntuale analisi della spesa sanitaria va inquadrata nell'ambito di una gestione della sanità pubblica in ottica aziendale, da più parti auspicata ed in vari momenti e documenti sancita dalle parole del legislatore nazionale, ma non ancora pienamente implementata. Gestire la sanità in ottica aziendale dovrebbe tradursi nell'adozione di una governance votata sì alla tutela della salute pubblica quale obiettivo primario del proprio operare, ma consapevole e padrona di tutta una serie di regole di management che le permettano di dar vita ad una gestione efficace, efficiente ed economicamente sostenibile della spesa sanitaria. Il concetto di Value for Money è, dunque, perfettamente calabile in ambito sanitario, prestando particolare attenzione alle peculiarità di questo fondamentale settore di pubblico interesse ed alle specificità del processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito con la legge n. 833 del 1978 ed è costituito dal *<complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero*

*della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*><sup>3</sup>.

Già nel 1979, l'allora Ministro per la funzione pubblica, Massimo Severo Giannini, ravvisava la necessità di intendere lo Stato quale “azienda di attività terziaria”<sup>4</sup> e riteneva occorresse l'introduzione nell'organizzazione pubblica di logiche aziendali, di metodi di analisi disaggregata economico-finanziaria della spesa, di procedure contrattuali più efficienti, di procedimenti interni di tipo privatistico e di norme di contabilità semplificate. Questi ed altri aspetti di rilevante interesse hanno trovato spazio nell'impianto costitutivo delle “Riforme Bis e Ter” della Sanità italiana, avutesi negli anni Novanta<sup>5</sup>.

Il principio di aziendalizzazione entra a far parte del quadro normativo del Servizio Sanitario Nazionale con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, che per la prima volta definisce “azienda” la struttura sanitaria di diritto pubblico operante nel SSN, dotandola di personalità giuridica pubblica ed introducendo una serie di elementi privatistici nella sua gestione, quali in primo luogo l'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'aziendalizzazione di quelle che nascevano originariamente come Unità Sanitarie Locali (USL), avviata con il decreto del 1992, subisce un'accelerazione ad opera del Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, che non solo definisce le USL come aziende con personalità giuridica pubblica, ma le configura anche quali centri di imputazione di autonomia imprenditoriale, intesa come la più ampia forma di autonomia giuridica, di

---

<sup>3</sup> Art. 1, comma 3 della L. 833/1978

<sup>4</sup> “Rapporto sui principali problemi della Amministrazione dello Stato” trasmesso alle Camere dall'allora Ministro per la funzione pubblica Massimo Severo Giannini il 16 novembre 1979

<sup>5</sup> L'appellativo “Riforma Bis”, in particolare, fa riferimento al riordino della sanità attuato con la Legge 23 ottobre 1992, n. 421 ed il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, successivamente modificato ed integrato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, mentre la “Riforma Ter” riguarda la Legge 30 novembre 1998, n. 419 ed il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.



cui godono le persone fisiche e giuridiche secondo i dettami del codice civile e che consente di perseguire i propri interessi sfruttando gli strumenti e l'organizzazione imprenditoriale.

Aziende autonome dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale sono anche le Aziende Ospedaliere (AO), ovvero gli ospedali scorporati dall'azienda sanitaria ed il cui scopo ultimo *<è quello di far fronte alle richieste di assistenza sanitaria della popolazione garantendo, a minimi costi, prestazioni di alta qualità>*<sup>6</sup>.

Altre strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale interessate dal processo di aziendalizzazione sono i policlinici universitari, qualificati dal D.Lgs. 502/1992 come aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile, e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), che si configurano quali enti di diritto pubblico che agiscono attraverso atti di diritto privato.

Il processo di aziendalizzazione ha l'obiettivo fondamentale di aumentare l'efficienza produttiva del sistema sanitario, tentando di raggiungere un delicato equilibrio tra la scarsità delle risorse disponibili e la garanzia di determinati livelli di assistenza.

La scelta del Legislatore di introdurre la figura aziendale in campo sanitario può essere spiegata dalla volontà dello stesso di sottolineare l'importanza, anche in quest'ambito, del concetto di azienda, intesa quale "attività stabilmente organizzata per la produzione di beni e servizi". La spesa sanitaria, infatti, si sostanzia in un'attività produttiva di servizi alla persona. Principi chiave cui devono attenersi tutte le strutture aziendali e, quindi, anche le Aziende Sanitarie sono autonomia, economicità e responsabilità. Gli organi amministrativi delle Aziende Sanitarie devono essere in grado di combinare le risorse a disposizione in funzione dei fini dell'azienda, il funzionamento della struttura aziendale deve essere ispirato da razionalità

---

<sup>6</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

rispetto allo scopo piuttosto che da razionalità rispetto alla norma ed è necessario un controllo sui risultati e sulla conduzione complessiva della gestione piuttosto che sui singoli atti, la cui esecuzione dovrebbe seguire procedure codificate e note a tutti nell'ambito dell'organizzazione.

Aziendalizzazione non significa che i vincoli di bilancio cambiano natura e diventano obiettivi<sup>7</sup>, ma che i Livelli uniformi ed Essenziali di Assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono assicurati dalle Regioni avvalendosi del sistema delle Aziende Sanitarie.

L'attribuzione all'Azienda Sanitaria di una marcata autonomia e della connessa responsabilità per i risultati conseguiti rappresentano l'essenza stessa dell'essere azienda che, una volta definiti obiettivi e vincoli, significa disporre del potere di allocare le risorse e di gestirne l'utilizzazione in modo da perseguire al meglio gli obiettivi, nel rispetto dei vincoli assegnati, accettando di essere valutati sulla base dei risultati conseguiti ed assumendosi la responsabilità per quello che si è realizzato.

Due aspetti particolarmente innovativi dell'aziendalizzazione del SSN sono la separazione delle funzioni tra acquirenti e fornitori delle prestazioni, con la creazione di un mercato interno al SSN, ed il riposizionamento a livello organizzativo delle Unità Sanitarie Locali e di alcuni ospedali, quali quelli costituitisi in Aziende Ospedaliere, in seguito all'attribuzione della qualifica aziendale.

La separazione del concetto di erogazione da quello di garanzia della prestazione, introdotta dalla scissione delle funzioni di acquisto e fornitura avviata dal D.Lgs. 502/1992, ha permesso, a condizione del rispetto di determinati standard, l'affiancamento e l'integrazione dei soggetti erogatori pubblici con quelli privati e privati senza scopo di lucro, cosiddetto privato

---

<sup>7</sup> Come spiega chiaramente il "*Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale*", Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachel", 2008

sociale, tutti sottoposti al regime di accreditamento da parte delle autorità regionali.

L'accREDITAMENTO istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN, ma di per sé non comporta alcun vincolo alla remunerazione delle prestazioni erogate, che va appositamente disciplinata nell'ambito degli accordi contrattuali.

Fondamentali diventano, dunque, i controlli e l'attività di vigilanza assicurati da Regioni, Aziende USL ed Aziende Ospedaliere sull'uso corretto delle risorse, prendendo a parametro valori standard relativi a qualità, appropriatezza, accessibilità e costi.

L'attribuzione della personalità giuridica di diritto pubblico e dell'autonomia imprenditoriale ha consentito un riposizionamento dell'Azienda USL sia nei rapporti con gli enti fornitori accreditati sia pubblici che privati, rispetto ai quali è acquirente dei servizi e controllore degli standard qualitativi delle prestazioni erogate, che in relazione al sistema degli enti territoriali, rispetto ai quali sono più chiari e definiti l'ambito d'azione e le prerogative di cui gode.

*<L'aziendalizzazione non va intesa come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei profitti><sup>8</sup>. Essa va intesa ed interpretata, piuttosto, come un approccio logico che richiede alle aziende sanitarie di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri stakeholder, utilizzando al meglio le risorse disponibili, ricercando continuamente modalità alternative di acquisizione ed impiego delle risorse, per poter ampliare i bisogni soddisfatti, e verificando continuamente che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.*

La teoria aziendale afferma che un'azienda è, in generale, un'organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di determinati

---

<sup>8</sup> Executive Summary di "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012", a cura di E. Anessi Pessina, E. Cantù, F. Ferré, A. Ricci.

obiettivi. È necessario, dunque, che anche l'Azienda Sanitaria sviluppi una propria visione strategica ed una propria mission in termini di obiettivi di salute e non solo di obiettivi organizzativi, in quanto è fondamentale soprattutto in ambito sanitario non confondere il concetto di azienda con quello di impresa, cioè di azienda deputata alla produzione di reddito e di profitti, e comprendere che quello sanitario è un mercato assolutamente atipico, in cui non vi è equilibrio tra domanda ed offerta e che, pertanto, va affrontato in modo appropriato.

L'aziendalizzazione degli enti sanitari consiste nella capacità di operare in condizioni di efficienza produttiva e con strumenti e meccanismi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati da priorità aziendali condivise.

Le Aziende Sanitarie devono informare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Entrano in gioco sempre più, quindi, anche in campo sanitario i concetti di Value for Money ed analisi e controllo della spesa.

Il Value for Money è una misura del valore prodotto dalla spesa e si configura come il giusto bilanciamento tra economia, efficienza ed efficacia, che si riferiscono rispettivamente al costo degli input dei processi organizzativi, alla produttività di tali processi ed alla misura del risultato ottenuto in termini quali-quantitativi. Ciò significa non limitarsi alla mera misurazione e valutazione del costo di ciò che si acquista, ma considerare anche altri aspetti, quali la qualità, l'usabilità, l'adeguatezza e la disponibilità dei beni e servizi acquistati, per determinare se la spesa sostenuta genera effettivamente valore e determinare la misura del beneficio prodotto. In ambito pubblico, ancor più che in quello privato, vi è l'esigenza di raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso la spesa a ciò destinata e di dimostrare che, una volta sostenuta, la spesa è stata coerente con gli

obiettivi stabiliti. Per utilizzare le parole della Thatcher <sup>9</sup>, occorre spendere “*wisely and well*”, “saggiamente e bene”, possedendo e dimostrando competenza, esperienza e giudizio e spendendo in modo giusto il denaro dei contribuenti o cittadini che dir si voglia.

Il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m. canonizza i principi di economicità, efficacia ed efficienza ed il rispetto del principio di economicità nell'erogazione del servizio sanitario, in particolare, diviene strumento essenziale per l'attuazione della tutela del diritto alla salute, consentendo la razionale utilizzazione delle risorse disponibili ed assecondando l'equilibrato bilanciamento tra il fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività tutelato dall'art. 32 della Costituzione con gli altri interessi costituzionalmente protetti in un quadro di equilibrio della finanza pubblica<sup>10</sup>.

Il concetto di Value for Money ed i suoi tre pilastri (efficacia, efficienza ed economicità) trovano naturale applicazione quando si parla di analisi della spesa e pianificazione degli acquisti, nonché di sistema degli approvvigionamenti e processo d'acquisto.

Nel contesto dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale il sistema degli approvvigionamenti, che è quello da cui origina la spesa sanitaria, si presenta come combinazione complessa ed articolata di più fattori, quali strategie, processi, risorse, organizzazione e tecnologia.

Questi fattori sono ampiamente trattati e costituiscono parte integrante dei documenti più importanti di indirizzo del SSN: il Piano Sanitario Nazionale ed i Piani Sanitari Regionali.

---

<sup>9</sup> che così si esprime nel suo discorso al congresso del Partito Conservatore il 14 ottobre 1983

<sup>10</sup> “Manuale di Diritto Sanitario”, a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

## 1.2 Il Piano Sanitario Nazionale ed i Piani Sanitari Regionali

Piano Sanitario Nazionale e Piani Sanitari Regionali rappresentano il quadro strategico a fronte del quale condurre l'analisi della spesa, che non può essere avulsa dagli obiettivi e dai vincoli posti dai documenti di programmazione sanitaria redatti in conformità ed in osservanza alle linee generali di indirizzo dettate dalla programmazione economica e finanziaria nazionale, nonché ai principi di tutela della salute stabiliti a livello comunitario.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) è il principale strumento di programmazione sanitaria e definisce gli obiettivi da raggiungere nell'arco di un triennio, individuando le attività e le strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN.

La programmazione sanitaria rientra a pieno titolo nell'ambito della programmazione economico-finanziaria dello Stato, in quanto l'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni efficaci ed appropriate, da effettuarsi in sede di PSN, deve avvenire contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria varato dal Governo.

Attraverso il PSN lo Stato, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale, nonché dei principi di tutela della salute stabiliti a livello internazionale, detta le linee generali di indirizzo del SSN in materia di prevenzione, cura, riabilitazione ed assistenza sanitaria, da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

Il PSN, in seguito ad un esame degli scenari del triennio successivo in termini di situazione economica, demografica ed epidemiologica, trend internazionali e trend di sviluppo scientifico e tecnologico, individua gli

ambiti verso cui indirizzare le scelte innovative del sistema e le strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema, declina gli obiettivi di salute, definisce un sistema per il loro monitoraggio e valuta le performance del SSN.

*<Lo scopo principale del Piano Sanitario Nazionale è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute, traducendole in precisi obiettivi, da correlare alla disponibilità economica e finanziaria del Paese><sup>11</sup>.*

Con il PSN, in particolare, devono essere definiti i Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN assicura a tutti i cittadini, ovvero quelle prestazioni che, rispondendo a bisogni primari di salute, devono essere garantite all'intera collettività, su tutto il territorio nazionale, in condizioni di uniformità.

I principali contenuti del PSN<sup>12</sup> sono:

- le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
- i progetti obiettivo, adottati dal Ministro della Salute con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del bilancio e della programmazione economica e

---

<sup>11</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

<sup>12</sup> Art. 1, comma 10, D.Lgs. 502/1992 così come modificato ed integrato dal D.Lgs. 229/1999

con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

- le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane;
- le linee guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Il PSN viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Salute, previo parere obbligatorio, ma non vincolante, delle competenti Commissioni parlamentari e delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni, nonché dei dati e delle informazioni contenute nella relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano Sanitario Regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo, che tutte le Regioni hanno l'obbligo di trasmettere al Ministero della salute.

L'adozione del PSN avviene con Decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza Unificata, entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente, ha durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio di validità seguendo lo stesso procedimento previsto per la sua adozione.



A testimonianza del ruolo fondamentale attribuito al Piano Sanitario Nazionale, va rilevato che i suoi contenuti risultano immediatamente applicabili, non necessitando per la loro attuazione dell'approvazione o del recepimento da parte delle Regioni.

Il Piano Sanitario Nazionale ad oggi in vigore è quello relativo al triennio 2011-2013, approvato dal Consiglio dei Ministri, su proposta dell'allora Ministro della Salute Ferruccio Fazio, nella seduta del 21 gennaio 2011. Esso pone come macro obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale la *<promozione del benessere e della salute dei cittadini e della comunità>* nella consapevolezza che *<la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini>*. Il PSN 2011-2013 si fonda su alcuni principi cardine:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- universalità, eguaglianza ed equità d'accesso alle prestazioni;
- libertà di scelta;
- informazione e partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
- globalità della copertura assistenziale come definita dai LEA.

In considerazione dell'elevata crescita di risorse assorbite in virtù delle grandi sfide assistenziali che caratterizzano la programmazione nazionale e che necessitano di un sistema coeso che porti alla convergenza dei finanziamenti provenienti da diversi settori su obiettivi ed ambiti tematici chiari e condivisi, il PSN 2011-2013 afferma che *<la sostenibilità economica del SSN deve essere garantita attraverso un sistema di governance multilivello (nazionale, regionale ed aziendale) capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti>*. La difficoltà consiste nella necessità di mantenere tale equilibrio nell'ambito di un contesto evolutivo fortemente dinamico dei sistemi sanitari regionali e nazionale e di contemperare i requisiti di

efficacia ed efficienza con il rispetto dei criteri di costo definiti nell'ambito dei rapporti Stato-Regioni.

La sostenibilità del sistema sanitario è intimamente collegata alla governance dello stesso, le cui azioni devono mirare al recupero di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione dei LEA, alla coerenza tra indirizzi nazionali di politica sanitaria e quadro di risorse economiche disponibili ed all'integrazione delle strategie di tutela della salute con la disponibilità dei finanziamenti necessari.

Il Piano Sanitario Regionale, la cui predisposizione compete alla Giunta Regionale, include le finalità che ciascuna Regione, coerentemente alle indicazioni del PSN, deve raggiungere in materia sanitaria nell'arco del triennio di validità del Piano, nonché gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute ed il miglior funzionamento dei servizi. All'interno del PSR confluiscono diversi fattori e convivono l'estrema rigidità del percorso formativo delle decisioni strategiche con la notevole flessibilità dei contenuti e delle modalità attuative, affidate interamente alle leggi regionali.

Il procedimento di adozione del Piano Sanitario Regionale risulta uniforme su tutto il territorio nazionale, in quanto le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del PSN, devono adottare o adeguare i Piani Sanitari Regionali, la cui predisposizione è di competenza della Giunta Regionale. Nell'elaborazione del PSR sono previste forme di partecipazione delle autonomie locali, attraverso il parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, che può formulare osservazioni e che garantisce il coinvolgimento delle autonomie locali in sede di programmazione, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali, degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano Sanitario Regionale ha assunto un'importanza ed una valenza determinante con l'avvento e la maturazione del federalismo sanitario, in quanto tale documento testimonia le scelte strategiche della Regione in campo sanitario, indica le priorità d'intervento e si deve basare su una conoscenza approfondita del territorio e dei bisogni specifici di salute della popolazione locale. La mancanza del Piano Sanitario Regionale comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nel PSN e trascorso un anno dall'approvazione del PSN, nel caso in cui la Regione non abbia ancora adottato il PSR, il Consiglio dei Ministri, previa fissazione di un termine almeno trimestrale, su proposta del Ministro della Salute, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, adotta i provvedimenti necessari per dare attuazione al PSN nella Regione, eventualmente anche mediante la nomina di un Commissario ad acta<sup>13</sup>. Nomina di un Commissario ad acta che è divenuta necessaria per molteplici motivi nella Regione Calabria, dove l'ultimo Piano Sanitario Regionale formalmente approvato è quello relativo al triennio 2004-2006. A causa dell'immobilismo programmatico che ha paralizzato la Regione per diversi anni e di particolari criticità organizzative, gestionali e finanziarie, nonché a fronte di un deficit sanitario crescente e di un debito divenuto insostenibile, il 16 dicembre 2009 la Giunta Regionale ha approvato il "Piano di Razionalizzazione e Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale", più noto come "Piano di rientro", il cui obiettivo strategico è la riorganizzazione, ristrutturazione e miglioramento dell'intero sistema sanitario regionale. Il 30 luglio 2010 il Consiglio dei Ministri ha nominato il Presidente della Giunta Regionale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria ed il 4 agosto 2010 gli ha affiancato due sub-commissari, al fine di rafforzare l'impatto dell'attività commissariale.

---

<sup>13</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

### 1.3 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e delle Aziende Sanitarie

Per condurre un'attenta e puntuale analisi della spesa sanitaria ed una consapevole e lungimirante pianificazione degli acquisti in campo sanitario è necessario conoscere le fonti di finanziamento del SSN e delle Aziende Sanitarie, ovvero è doveroso avere cognizione esatta e precisa di quello che è il sistema dei finanziamenti che sorregge la spesa sanitaria.

Quando si parla di “finanziamento del SSN”<sup>14</sup> si fa generalmente riferimento a due differenti concetti: il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, cioè l'insieme delle somme destinate per legge alla copertura della spesa sanitaria, che è una voce di preventivo; l'insieme dei ricavi del SSN rilevati a consuntivo, che comprendono i trasferimenti pubblici, le entrate proprie riscosse dagli enti del SSN ed i trasferimenti da privati. È questo secondo concetto ad essere considerato come riferimento per il calcolo del disavanzo.

La L. 833/1978 prevedeva che il Piano Sanitario Nazionale determinasse anno per anno il Fondo Sanitario Nazionale, costituito per metà dai contributi di malattia, che erano una forma di assicurazione obbligatoria a carico di tutti i cittadini, e per metà da trasferimenti dello Stato<sup>15</sup>. Il FSN veniva ripartito tra le varie Regioni sulla base di tutta una serie di parametri, ma in modo da garantire l'uniformità dei servizi erogati su tutto il territorio nazionale. Erano le Regioni, poi, che a loro volta, sentiti i Comuni, ripartivano la quota loro assegnata fra le Unità Sanitarie Locali.

Analogamente a quanto stabilito dalla L. 833/1978, anche il D. Lgs. 502/1992 ha attribuito al livello centrale <il compito di definire le risorse destinate all'assistenza sanitaria>, ma innovando il sistema previgente e

---

<sup>14</sup> Come spiega P. Armeni, in “La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione”, capitolo 3 de “L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012”

<sup>15</sup> “Le criticità della spesa sanitaria: i costi del personale”, T. Frittelli, Capitolo VI del “Manuale di Diritto Sanitario” a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

*<nel tentativo di realizzare un equilibrio tra risorse disponibili e bisogni di salute della popolazione, sono stati introdotti dei meccanismi di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni><sup>16</sup>.*

Con il D. Lgs. 502/1992, come modificato dal D. Lgs. 229/1999, il Fondo Sanitario Nazionale si trasforma da fonte esclusiva a fonte integrativa della spesa sanitaria regionale: il finanziamento del Servizio Sanitario, infatti, rimane per metà a carico del FSN e per metà diviene a carico delle Regioni attraverso l'IRAP. A questo sistema, inoltre, potevano affiancarsi i contributi sanitari regionalizzati e le rette ed i ticket corrisposti dai cittadini per determinate prestazioni.

Nell'evoluzione del sistema di finanziamento del SSN, l'istituzione dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP), avvenuta con il D. Lgs. 446/1997, è stata una tappa rilevante, che ha comportato anche l'eliminazione dei contributi sanitari e l'introduzione della possibilità per le Regioni di applicare ulteriori aliquote sul reddito delle persone fisiche (le cosiddette addizionali IRPEF).

Il sistema dei finanziamenti del SSN viene completamente ridisegnato dalla L. 133/1999 e dal conseguente D. Lgs. 56/2000, che determinano l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale, *<sopravvissuto limitatamente al fondo di perequazione><sup>17</sup>*, e la sua sostituzione con altre forme di finanziamento, quali l'IRAP e le addizionali IRPEF, la compartecipazione delle Regioni al gettito IVA e l'accisa sulle benzine.

Con il "federalismo fiscale", dunque, a partire dal 1° gennaio 2001 *<IRAP ed IVA sostituiscono quasi integralmente i trasferimenti erariali in parte corrente ed in conto capitale><sup>18</sup>*. A partire dalla stessa data è stato eliminato il vincolo di destinazione delle risorse per il finanziamento della sanità, che è stato sostituito da procedure di monitoraggio e di verifica dell'effettiva

---

<sup>16</sup> "Le Aziende Sanitarie Pubbliche", M. S. Macinati, Milano, Franco Angeli, 2007

<sup>17</sup> "Le criticità della spesa sanitaria: i costi del personale", T. Frittelli, Capitolo VI del "Manuale di Diritto Sanitario" a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

<sup>18</sup> "Diritto Sanitario", G. Cilione, Maggioli Editore, 2012

assistenza sanitaria erogata da ciascuna Regione in termini qualitativi e quantitativi. La soppressione dei trasferimenti statali e l'introduzione del sistema compartecipativo regionale, con l'obbligo per le Regioni di provvedere alla copertura dei propri disavanzi, sposta in capo all'organismo regionale sia le decisioni di spesa che quelle di prelievo, imponendo una responsabilizzazione economica e politica degli amministratori regionali<sup>19</sup>. Non tutti i trasferimenti erariali in materia di spesa sanitaria, però, sono stati effettivamente soppressi dal 1° gennaio 2001, in quanto la L. 388/2000 prevede che alcune somme residuano allo Stato ed alle nuove forme di finanziamento si accompagna, comunque, la previsione di un fondo di perequazione, per far fronte alle differenze regionali, considerando le diverse capacità contributive degli abitanti ed i variegati fabbisogni sanitari presenti nelle diverse realtà territoriali. Per assicurare il rispetto di standard essenziali ed uniformi di assistenza, inoltre, il D.M. 12-12-2001 definisce un sistema di indicatori e parametri di riferimento in base ai quali giudicare il livello di assistenza effettivamente erogata in ciascuna Regione e qualora tale monitoraggio dovesse evidenziare anomalie o inadempimenti il Governo può intervenire al fine di attivare un sistema di garanzie.

Il D. Lgs. 56/2000 non ha mai trovato piena attuazione ed è stato nei fatti sostituito dalla contrattazione Stato-Regioni sia relativamente all'importo complessivo del finanziamento da destinarsi ai servizi sanitari che alla sua ripartizione tra le Regioni. Nonostante la Riforma Costituzionale del Titolo V avutasi nel 2001 confermasse la validità dell'approccio secondo il quale la spesa sanitaria regionale deve essere finanziata con tributi propri, *<la modifica del sistema di finanziamento del SSN è rimasta di fatto inattuata essendone stata sospesa l'attuazione>*<sup>20</sup>.

Il sistema di finanziamento del SSN attualmente applicato, come sancito a partire dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, dovrebbe

---

<sup>19</sup> "Le criticità della spesa sanitaria: i costi del personale", T. Frittelli, Capitolo VI del "Manuale di Diritto Sanitario" a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

<sup>20</sup> "Le Aziende Sanitarie Pubbliche", M. S. Macinati, Milano, Franco Angeli, 2007

prescindere dal riferimento alla spesa storica, modello in cui lo Stato interveniva ripianando la spesa a piè di lista, e prevede che il finanziamento alle Regioni sia agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come ottimale in termini di rapporto rispetto al PIL.

*<Il modello pattizio delle relazioni tra Stato e Regioni - con cui le Regioni assumono impegni nei confronti del Governo come condizione dei trasferimenti finanziari - ha origine nell'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000><sup>21</sup> e si è consolidato con l'Accordo successivo dell'8 agosto 2001, che ha anche sancito il principio secondo il quale nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole regioni una quota risulta essere premiale, ovvero la sua effettiva erogazione si ha solo in seguito ad una verifica relativa al mantenimento dell'equilibrio di bilancio ed all'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.*

L'Accordo del 2001 è divenuto il prototipo per il Patto nazionale per la salute firmato il 28 settembre 2006, con cui sono state fissate le risorse economiche per la sanità per il triennio successivo, triennio per il quale la Finanziaria 2007 ha, inoltre, istituito un Fondo transitorio per le Regioni con elevati disavanzi.

I Patti per la salute, in linea con gli accordi dei primi anni del 2000, dimostrano la volontà di dare certezza di risorse per il SSN su un arco di tempo pluriennale, compatibilmente con la programmazione economico-finanziaria del Paese.

*<Governo e Regioni<sup>22</sup> hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato>*, in modo tale da garantire la piena erogazione dei LEA in condizioni di efficacia ed appropriatezza e la compatibilità degli stanziamenti previsti con le risorse finanziarie pubbliche disponibili.

---

<sup>21</sup> "Diritto Sanitario", G. Cilione, Maggioli Editore, 2012

<sup>22</sup> Come si legge nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

Il nuovo Patto per la salute, siglato il 3 dicembre 2009 e recepito dalla L. 191/2009, stabilisce l'entità del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato per il triennio 2010-2012 ed introduce delle modifiche alla disciplina dei piani di rientro, cui sono sottoposte le Regioni con elevati disavanzi.

I Piani di Rientro devono necessariamente contenere le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo e quelle di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza in conformità a quanto stabilito dal vigente PSN ed è prevista una maggiore responsabilizzazione delle istituzioni regionali a fronte dei maggiori spazi di autonomia. L'intento del legislatore è quello di porre fine alla pratica, in passato molto diffusa, di ripianare sistematicamente i deficit delle ASL con interventi finanziari da parte dello Stato.

Il federalismo fiscale prevede che le Regioni fronteggino con risorse proprie: gli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli minimi previsti a livello nazionale; le ripercussioni finanziarie conseguenti all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli stabiliti dal PSN come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento; eventuali disavanzi di gestione delle ASL e delle AO.

In attuazione della L. 42/2009 sul federalismo fiscale, il D. Lgs. 68/2011 stabilisce che a partire dal 2013 si applichi un *<nuovo criterio di determinazione dei fabbisogni standard delle Regioni nel settore sanitario, basato non più sui costi storici – cioè su quanto le singole Regioni hanno speso nel passato – ma sui costi standard – cioè su quanto è effettivamente giusto spendere per effettuare le varie prestazioni sanitarie>*<sup>23</sup>.

Il costo standard fa riferimento al costo di produzione di un bene o di un servizio in condizioni di efficienza ottimali, considerando non ottimali quei

---

<sup>23</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012



costi della produzione che si discostano da esso. Il meccanismo di determinazione dei costi standard stabilito dal D. Lgs. 68/2011 implica l'individuazione di tre Regioni di riferimento, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni fra le cinque migliori indicate dal Ministero della Salute, in virtù della loro capacità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di equilibrio economico. Il costo standard è dato, dunque, dalla media pro-capite dei costi sostenuti nelle tre Regioni migliori.

La riforma ha quale obiettivo il superamento graduale e definitivo dei criteri di riparto adottati in passato, basati su meccanismi legati alla spesa storica ed alla popolazione pesata per classi di età, e la loro sostituzione con i nuovi criteri, basati sui costi e sui fabbisogni standard, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica<sup>24</sup>.

Come afferma anche il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, l'introduzione del costo standard dovrà tendere al superamento degli squilibri regionali attualmente esistenti, costringendo le Regioni ad utilizzare le risorse in condizioni di efficienza, appropriatezza e trasparenza, rendendo uniformi le erogazioni dei LEA, eliminando gli sprechi, la cattiva gestione ed i deficit di bilancio.

L'omogeneizzazione delle prestazioni erogate in termini di LEA è necessaria ed imprescindibile, in quanto per trarre uno standard valutando i costi registrati nelle varie realtà osservate è necessario che gli outcome siano omogenei, in modo tale da poter essere confrontabili sotto il profilo dei costi di produzione. Per definire il fabbisogno finanziario delle singole Regioni, però, non è sufficiente valutare unicamente i costi alla ricerca di uno standard unico cui tendere, ma occorre tenere conto anche delle caratteristiche della popolazione e del territorio e delle connesse peculiarità dei servizi erogati.

---

<sup>24</sup> "Le criticità della spesa sanitaria: i costi del personale", T. Frittelli, Capitolo VI del "Manuale di Diritto Sanitario" a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

Per quanto concerne il finanziamento delle Aziende Sanitarie, come regolato dal D. Lgs. 502/1992 e lasciato inalterato dalle riforme successive, è compito delle Regioni disciplinare il finanziamento delle ASL in base ai caratteri della popolazione e del territorio, tenendo conto cioè del bacino d'utenza da servire e dalle prestazioni da erogare.

Fonti di finanziamento delle singole Aziende Sanitarie Locali sono:

- una quota del Fondo Sanitario Regionale annualmente ripartito dalla Regione;
- rendite, lasciti, donazioni ed eventuali altre risorse acquisite per contratti o convenzioni;
- mutui o altre forme di credito, che osservino determinati vincoli e limiti;
- un'anticipazione, da parte del tesoriere, entro un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Le ASL possono, inoltre, nell'ambito della propria autonomia patrimoniale ed economico-finanziaria, disporre pienamente di una serie di entrate proprie, quali: ticket pagati dagli assistiti per prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio; entrate derivanti da lasciti e donazioni; introiti dell'attività libero-professionale degli operatori ed eventuali avanzi di gestione<sup>25</sup>.

Differentemente da quanto detto per le ASL, il finanziamento delle Aziende Ospedaliere e dei presidi ospedalieri non costituiti in aziende è essenzialmente basato sulla remunerazione a tariffa predeterminata della prestazione sanitaria erogata attraverso i Diagnosis Related Group (DRG) o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, definiti dalla Regione sulla base della regolamentazione stabilita a livello nazionale dal Ministero della Salute. Introdotti in Italia sulla scia dell'esperienza statunitense, i DRG si

---

<sup>25</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

propongono quale alternativa alle misurazioni delle prestazioni erogate dagli ospedali sulla base del numero di giorni di degenza o di pazienti assistiti e costituiscono un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri che individua delle classi di ricovero clinicamente significative che racchiudono pazienti omogenei sotto il profilo diagnostico ed in relazione agli iter terapeutici, ovvero in relazione ai consumi ed all'assistenza prestata<sup>26</sup>.

Gli indicatori inseriti nei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi consentono di classificare i pazienti dimessi dagli ospedali in base ai costi sostenuti dalla struttura per l'assistenza al malato durante la degenza, al fine di ottenere poi i finanziamenti dalle Regioni. In questo modo si è cercato di superare il sistema del pagamento correlato alle giornate di degenza a favore di un sistema fondato sul prodotto complessivamente erogato.

Il sistema dei DRG si fonda sulla scheda di dimissione ospedaliera, che determina l'assegnazione di ciascun paziente ad uno specifico DRG, ed elenca circa 500 tipi di casistiche legate al consumo di risorse, alla durata della degenza ed al profilo clinico del paziente. A ciascun DRG corrisponde una tariffa, che include sia i costi di natura strettamente clinica che quelli gestionali, e *<rappresenta la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti>*<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> "Sanità & rapporto di lavoro", N. Gasparro, Edizioni Ecofutura, 2003

<sup>27</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

## 1.4 La contabilità delle strutture sanitarie pubbliche

L'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche ha determinato per le stesse il passaggio da una contabilità esclusivamente finanziaria ad un articolato sistema di origine privatistica basato sulla contabilità generale di tipo economico-patrimoniale, intesa quale sistema di rilevazione quantitativa volto alla determinazione del reddito d'esercizio, sulla programmazione pluriennale, sul budget d'esercizio e sulla contabilità analitica<sup>28</sup>. Il D. Lgs. 502/1992, così come modificato dal D. Lgs. 229/1999, demanda alle Regioni il compito di emanare le norme che regolino la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle ASL e delle AO nel rispetto dei principi civilistici, in base ai quali tali norme devono comunque prevedere:

- la tenuta del libro delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione, nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- l'obbligo delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere di rendere pubblici, con cadenza annuale, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
- il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare, anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

---

<sup>28</sup> "Sanità e rapporto di lavoro", N. Gasparro, Edizioni Ecofutura, 2003

Un'importante novità, introdotta dal novellato articolo 5 del decreto di cui si è discusso, è costituita dalla previsione normativa in base alla quale la contabilità analitica delle aziende sanitarie deve essere redatta non solo per centri di costo, cioè con riferimento alle singole strutture organizzative aziendali, ma anche per centri di responsabilità, il che consente la valutazione economica dei servizi e delle attività prodotte attraverso la misurazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali impiegate ed il loro collegamento con i risultati conseguiti dai centri amministrativi di responsabilità. Tale sistema si realizza attraverso il monitoraggio dei costi, dei rendimenti e delle attività svolte da ogni centro amministrativo di responsabilità, cioè da ogni unità organizzativa, reparto, laboratorio o ufficio cui è preposto un dirigente tenuto a rendere conto dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

La riforma del SSN avvenuta ad opera del D. Lgs. 229/1999 ha rivisto anche gli aspetti patrimoniali dell'attività delle ASL, individuando i beni facenti parte del patrimonio delle ASL, fermo restando il rispetto della normativa regionale vigente. Le ASL dispongono del proprio patrimonio secondo i principi che regolano la proprietà privata, rispettando, però, il limite imposto dall'art. 828 del c.c., secondo il quale se un bene fa parte del cosiddetto patrimonio indisponibile non può essere sottratto alla sua destinazione se non nei modi e nei termini stabiliti dalle leggi che lo riguardano.

Per quanto concerne i bilanci delle aziende sanitarie, il nuovo art. 5 del D. Lgs. 502/1992, coerentemente con l'autonomia attribuita alle ASL, ha disposto la soppressione della contabilità finanziaria, che è stata sostituita da contabilità generale e analitica. I bilanci delle aziende sanitarie, dovendosi adeguare alle disposizioni contenute nell'art. 2423 del c.c., devono essere costituiti da stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa. Al fine di uniformare la struttura dei bilanci delle aziende sanitarie, per facilitare il consolidamento dei conti pubblici ed il confronto

di costi, rendimenti e risultati, il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con il Ministro della Sanità e con la Conferenza Stato-Regioni ha predisposto uno schema di bilancio per le ASL e le AO, contenuto nel D. M. 11-2-2002. Un'ulteriore rivisitazione complessiva della contabilità di Regioni, Enti locali, Servizio Sanitario Nazionale e loro organismi si è avuta con il D. Lgs. 118/2011, attuativo della legge delega in materia di federalismo fiscale n. 42 del 2009, che dovrebbe consentire di *<disporre di dati di bilancio omogenei e confrontabili, per garantire un governo unitario e trasparente della finanza pubblica e raccordare i conti al sistema europeo>*<sup>29</sup>.

Con il Patto per la salute 2010-2012 le Regioni si sono impegnate ad avviare le procedure per la certificazione dei bilanci delle ASL, attraverso un percorso volto a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrative e contabili sottostanti la corretta contabilizzazione dei fatti aziendali<sup>30</sup>. Nel percorso verso la certificazione dei bilanci delle ASL, una tappa importante è stata il D.M. 18-1-2011, emanato dal Ministro della Salute, d'intesa con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, e contenente le disposizioni metodologiche destinate a facilitare il processo in questione. L'affiancamento della contabilità analitica alla contabilità generale dovrebbe garantire una maggiore efficacia all'azione delle ASL, in quanto attraverso la contabilità analitica è possibile indagare le modalità di svolgimento del "processo produttivo" e per mezzo di operazioni di classificazione, localizzazione ed imputazione i valori economici registrati vengono articolati in base alle caratteristiche dei processi produttivi e di erogazione. Grazie alla contabilità analitica le rilevazioni si estendono non solo ad aree di attività, a servizi, alla gestione di determinati beni ed a categorie di prestazioni o prodotti, ma anche ai fatti interni di gestione,

---

<sup>29</sup> "Le criticità della spesa sanitaria: i costi del personale", T. Frittelli, Capitolo VI del "Manuale di Diritto Sanitario" a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

<sup>30</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

consentendo di determinare costi, ricavi e risultati dei centri di responsabilità. Nelle intenzioni del legislatore e nell'ottica di un appropriato utilizzo della stessa, probabilmente la contabilità analitica dovrebbe essere in grado di fornire al management adeguati strumenti informativi, che consentano un necessario salto di qualità del SSN ed un efficace controllo di gestione di ciascuna azienda sanitaria.

## 1.5 L'attività contrattuale di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere

Con l'entrata in vigore del nuovo "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture", approvato con il D. Lgs. 163/2006, in attuazione delle direttive comunitarie n. 17 e n. 18 del 2004, è stato abrogato l'art. 3, comma 1ter, del D. Lgs. 502/1992, c.m. dal D. Lgs. 229/1999, il quale disponeva che *<le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere agiscono mediante atti di diritto privato e che i contratti di fornitura di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale>*. In virtù di tale abrogazione, anche le Aziende Sanitarie rientrano oggi nel novero dei soggetti pubblici tenuti al rispetto della procedura di "evidenza pubblica" e ad esse è applicabile la disciplina generale dell'attività contrattuale della Pubblica Amministrazione (P.A.), in quanto trattasi di enti del Servizio Sanitario Nazionale aventi natura aziendale ed autonomia imprenditoriale, la cui offerta e richiesta di beni e servizi si colloca sempre più in un mercato disciplinato dai principi della concorrenza<sup>31</sup>.

Il tratto distintivo caratterizzante l'attività di diritto privato della P.A. è che la volontà espressa in sede di conclusione del contratto ha natura privata, ma le varie fasi interne di formazione di tale volontà seguono le norme del diritto amministrativo. Il rapporto contrattuale, dunque, si compone di due fasi: una anteriore rispetto alla stipulazione del contratto, in cui prevalgono principi e criteri del diritto pubblico, detta fase procedimentale, ed una successiva alla stipulazione, relativa all'esecuzione del contratto ed in cui prevale il diritto privato, detta fase negoziale.

---

<sup>31</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012



Per quanto concerne il regime giuridico dei contratti privati della P.A., alcuni elementi del contratto sono disciplinati dal diritto pubblico ed in particolare: le attività relative al processo formativo della volontà del soggetto pubblico; le imposizioni al privato contraente di obblighi accessori nel corso del rapporto con possibili oneri ed obblighi aggiuntivi; la caducazione della deliberazione amministrativa che ha dato vita al rapporto, con conseguente venir meno dello stesso; le particolari forme in cui può manifestarsi l'attuazione coattiva del rapporto.

Le disposizioni in materia di contratti pubblici sono interamente contenute nel "Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture", che riassume in un unico testo normativo la disciplina degli appalti di rilevanza comunitaria e quella degli appalti sotto soglia comunitaria, sia per i settori ordinari che per quelli speciali.

*<Il Codice "comunitarizza" l'intera materia degli appalti pubblici...ed è orientato in un'ottica pro-concorrenziale, nel senso che i principi in materia di concorrenza costituiscono parte integrante della nuova disciplina e dagli stessi non è più possibile prescindere nell'aggiudicazione di un contratto pubblico><sup>32</sup>.*

Le maggiori novità introdotte dal Codice dei contratti pubblici riguardano: la semplificazione delle procedure di affidamento dei contratti "sotto soglia", al fine di garantire procedimenti più snelli, ma pur sempre rigorosi; la maggiore flessibilità e modernizzazione degli strumenti giuridici da impiegare per facilitare le amministrazioni nella gestione degli appalti pubblici; l'equivalenza, nell'ambito dei criteri per la scelta dell'offerta migliore, del criterio di aggiudicazione del prezzo più basso e di quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tra i quali la scelta di quello più adeguato in relazione alle caratteristiche dell'oggetto del contratto

---

<sup>32</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

spetta alla discrezionalità dell'amministrazione; la modernizzazione del settore dei contratti pubblici mediante l'utilizzo degli strumenti informatici. Il Codice dei contratti pubblici, inoltre, stabilisce esplicitamente che devono essere garantiti la qualità delle prestazioni ed il rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché la necessità di procedere alla scelta del contraente cui affidare il contratto nel rispetto dei principi di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità<sup>33</sup>.

Per quanto riguarda il profilo soggettivo, i soggetti tenuti all'applicazione del Codice dei contratti pubblici nello svolgimento della loro attività contrattuale sono detti "amministrazioni aggiudicatrici", intendendosi con tale definizione: le amministrazioni dello Stato; gli enti pubblici territoriali; gli altri enti pubblici non economici; gli organismi di diritto pubblico; le associazioni, unioni, consorzi, comunque denominati, costituiti da detti soggetti. Ulteriori specificazioni relative ai soggetti aggiudicatori sono operate dal Legislatore nelle varie parti del Codice, dove vengono definiti "enti aggiudicatori" le amministrazioni aggiudicatrici, le imprese pubbliche ed i soggetti che, non essendo amministrazioni aggiudicatrici o imprese pubbliche, operano in virtù di diritti speciali o esclusivi concessi loro dall'autorità competente secondo le norme vigenti.

L'espressione "stazione appaltante" comprende le amministrazioni aggiudicatrici e gli "altri soggetti aggiudicatori", ovvero i soggetti privati tenuti all'osservanza delle disposizioni del Codice.

La "centrale di committenza", infine, è un'amministrazione aggiudicatrice che: acquista forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori; aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori.

---

<sup>33</sup> <sup>33</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

In campo sanitario, le amministrazioni aggiudicatrici, ovvero le stazioni appaltanti aventi il compito di assolvere al procedimento di scelta di un operatore economico cui assegnare un contratto da cui derivi un'entrata o una spesa per l'organo committente, possono individuarsi nel Ministero della Salute, nelle Regioni, nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere-universitarie, nonché nelle Case di cura e di riposo.

Nel rispetto dei relativi ruoli e funzioni, *<tutti i soggetti appaltanti che orbitano nel settore della sanità sono accomunati da imprescindibili denominatori che cristallizzano la metodologia del comportamento procedimentale finalizzato al conferimento di un appalto: economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità>*<sup>34</sup>.

Al fine di assicurare la trasparenza, la regolarità e l'economicità della gestione dei contratti pubblici e di prevenire il rischio di infiltrazioni mafiose, la L. 136/2010 ha previsto la possibilità di istituire una centrale di committenza in ambito regionale, detta Stazione Unica Appaltante (SUA), a cui affidare la cura di tutte le fasi della gara d'appalto fino all'individuazione del soggetto contraente.

Per quanto riguarda l'ambito oggettivo di applicazione del Codice, ovvero le tipologie contrattuali alle quali esso si applica, il D. Lgs. 163/2006 disciplina prevalentemente i contratti pubblici cosiddetti "passivi", tra cui rientrano in primis gli appalti pubblici. L'appalto è un contratto a titolo oneroso stipulato per iscritto tra una stazione appaltante o un ente aggiudicatore ed uno o più operatori economici, avente per oggetto l'esecuzione di lavori, la fornitura di prodotti, la prestazione di servizi.

La cosiddetta "evidenza pubblica", o procedimento di formazione del contratto, è quella determinata e specifica procedura dettata da regole di

---

<sup>34</sup> "Gli appalti della sanità", F. A. Caputo, Capitolo V del "Manuale di Diritto Sanitario" a cura di F. Castiello e V. Tenore, Milano, Giuffrè Editore, 2012

ordine pubblico che non possono essere derogate dalle parti, che la pubblica amministrazione deve seguire per poter giungere alla stipula di un contratto e che consente di rendere evidenti le ragioni che inducono la stessa P.A. a stipulare il contratto proprio con un determinato soggetto<sup>35</sup>. Il procedimento in questione è teso ad attuare il principio di trasparenza nell'attività amministrativa, è posto a tutela delle imprese concorrenti che partecipano ad una gara e mira a garantire che il contratto venga affidato in favore dell'offerta più meritevole.

Il procedimento di formazione del contratto si articola essenzialmente in quattro fasi:

- 1) la cosiddetta "deliberazione a contrarre", che costituisce il presupposto del futuro negozio ed è un provvedimento amministrativo o un'analogia manifestazione di volontà con cui si dichiara lo scopo da perseguire ed il modo con cui si intende realizzarlo. La delibera a contrarre, in particolare, è l'atto con cui la P.A. manifesta la propria volontà di concludere un contratto, fornisce delle indicazioni di massima circa la futura procedura, legittima la successiva azione dell'organo esecutivo che rappresenta l'ente e deve individuare gli elementi essenziali del futuro contratto, la procedura di scelta del contraente che l'amministrazione intende adottare ed il criterio da seguire per selezionare l'offerta migliore;
- 2) la scelta del contraente, che deve avvenire mediante il criterio di aggiudicazione prestabilito nel bando e nel rispetto di criteri oggettivi e di precise regole procedurali che consentano di verificare ex post la scelta compiuta;
- 3) la conclusione del contratto, con la stipula dello stesso entro 60 giorni dall'aggiudicazione definitiva, ma non prima di 35 giorni

---

<sup>35</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

dalla comunicazione ai controinteressati della stessa, cioè a tutte le altre imprese concorrenti;

- 4) l'approvazione del contratto, che avviene al termine di una serie di controlli di regolarità amministrativa e contabile.

Le procedure di scelta individuate dall'art. 54 del Codice dei contratti pubblici sono fondamentalmente quattro:

- le procedure aperte, in cui ogni operatore economico interessato può presentare un'offerta;
- le procedure ristrette, in cui ogni operatore economico può chiedere di partecipare e gli operatori invitati dalla stazione appaltante possono presentare un'offerta;
- le procedure negoziate, con o senza la previa pubblicazione di un bando, in cui le stazioni appaltanti consultano gli operatori economici da loro scelti e negoziano con uno o più di essi le condizioni dell'appalto;
- il dialogo competitivo, che è applicabile in caso di appalti particolarmente complessi ed in cui qualsiasi operatore può chiedere di partecipare. L'amministrazione aggiudicatrice avvia un dialogo con i candidati ammessi al fine di elaborare una o più soluzioni atte a soddisfare le sue necessità e sulla base della quale o delle quali i candidati selezionati saranno invitati a presentare le offerte<sup>36</sup>.

Il Codice dei contratti pubblici introduce, inoltre, delle modalità procedurali precedentemente non presenti nel nostro ordinamento e di matrice comunitaria: gli accordi quadro ed i sistemi dinamici di acquisizione.

Un accordo quadro è un accordo concluso tra una o più stazioni appaltanti ed uno o più operatori economici, il cui scopo è quello di stabilire clausole

---

<sup>36</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

relative agli appalti da aggiudicare durante un dato periodo, in particolare per quanto riguarda i prezzi ed eventualmente le quantità previste<sup>37</sup>.

Il Codice prevede l'espletamento di una gara per individuare i soggetti partecipanti all'accordo quadro, che saranno i soli a potersi aggiudicare i successivi appalti basati sull'accordo stesso.

L'accordo quadro garantisce una maggiore flessibilità negli appalti, in quanto consente alla stazione appaltante di individuare o aggiornare alcuni elementi del contratto successivamente rispetto alla sua conclusione.

Il sistema dinamico di acquisizione è un processo di acquisizione interamente elettronico, per acquisti di uso corrente, le cui caratteristiche generalmente disponibili sul mercato soddisfano le esigenze della stazione appaltante, limitato nel tempo ed aperto per tutta la sua durata a qualsivoglia operatore economico che soddisfi i criteri di selezione e che abbia presentato un'offerta indicativa conforme al capitolato d'onori<sup>38</sup>.

Il sistema dinamico di acquisizione consente la gestione on-line dell'intera procedura di aggiudicazione per l'approvvigionamento di beni e servizi.

L'art. 26 della L. 488/1999 e sue s.m. ha introdotto le cosiddette "convenzioni quadro" e ha attribuito al Ministero dell'Economia e delle Finanze la funzione di stipulare, anche avvalendosi di società di consulenza specializzate, apposite convenzioni in virtù delle quali le imprese fornitrici selezionate si impegnano ad accettare, ai prezzi ed alle condizioni previste in tali convenzioni, ordinativi di fornitura sino a concorrenza della quantità massima complessiva fissata<sup>39</sup>.

Per realizzare il sistema delle convenzioni il Ministero dell'Economia e delle Finanze si avvale della Consip S.p.A. (Concessionaria Servizi Informatici Pubblici), che è una società interamente posseduta dallo stesso Ministero, a cui è affidata la gestione delle procedure per la conclusione

---

<sup>37</sup> Art. 3, comma 13, del Codice dei contratti pubblici.

<sup>38</sup> Art.3, comma 14, del Codice dei contratti pubblici.

<sup>39</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

delle convenzioni, la realizzazione e la gestione del sistema di controllo e verifica dell'esecuzione delle convenzioni stesse, nonché l'esecuzione di tutti i servizi informatici, telematici, logistici e di consulenza necessari alla compiuta realizzazione del sistema stesso<sup>40</sup>.

In campo sanitario, in particolare, la Consip è coinvolta in un progetto con Regioni, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Ministero della Sanità e Ministero dell'Economia e delle Finanze, mirato alla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi della sanità. Tale progetto rappresenta un'estensione ed un adattamento alle ASL ed alle AO delle esperienze e dei modelli già utilizzati per il contenimento della spesa delle altre pubbliche amministrazioni e ha tra i suoi obiettivi principali la riduzione della spesa sanitaria, la semplificazione dei processi interni e l'introduzione di tecnologie innovative.

La strategia di razionalizzazione degli acquisti in campo sanitario si basa, in particolare, sull'introduzione ed il pieno utilizzo di strumenti di e-procurement e sull'aggregazione della domanda a livello nazionale o regionale.

L'approvvigionamento di beni e servizi in campo sanitario può, dunque, avvenire attraverso: l'adesione al sistema delle convenzioni Consip, in particolare per la spesa comune anche ad altre amministrazioni; lo sviluppo di convenzioni regionali che aggregano la domanda di più Aziende Sanitarie ed Ospedaliere a livello regionale, per beni e servizi specificatamente sanitari; l'acquisto tramite mercato elettronico, che dovrebbe riunire i fornitori attuali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

---

<sup>40</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

## 1.6 L'analisi della spesa<sup>41</sup>

L'analisi della spesa è la prima fase dello “spend management”, il processo di gestione della spesa, che ha l'obiettivo di ottimizzare l'impiego delle risorse economiche disponibili per acquisire sul mercato le risorse materiali ed umane necessarie, attraverso la realizzazione di una struttura dei costi definita e gestibile nel tempo, in coerenza con gli obiettivi strategici dell'azienda. L'analisi della spesa va, dunque, inquadrata nell'ambito di un processo sistematico di gestione della spesa in un'ottica strategica, in relazione agli obiettivi ed all'andamento dell'organizzazione.

Gestire la spesa è un concetto che va oltre la semplice riduzione dei costi, significa portare a livello strategico le decisioni su come e dove spendere, ottimizzando l'utilizzo delle risorse e la flessibilità, puntando all'ottenimento dei migliori risultati possibili abbracciando un approccio strategico alla gestione dei driver della spesa, in particolare di quelli derivanti da domanda interna, mercato dell'offerta e modalità d'acquisto, nell'ottica dello sviluppo del business e della creazione di valore, che presuppongono anche un'appropriata opera di pianificazione.

Lo spend management non si limita alla gestione del processo di acquisto, ma implica un cambiamento della mentalità e dei comportamenti, che incrementi la capacità di analisi e valutazione, che consenta controlli efficaci e produttivi e che generi un forte coinvolgimento dei vari livelli di responsabilità sulle finalità da raggiungere.

L'analisi della spesa, nello specifico, prende in considerazione l'insieme degli acquisti di periodo, o portafoglio acquisti, dalla cui analisi si individuano quelle caratteristiche che incidono sui risultati, come i frazionamenti eccessivi degli ordini, le spropositate diversificazioni

---

<sup>41</sup> Le definizioni tecniche utilizzate in questo paragrafo sono state gentilmente concesse dal Professor Ing. R. Colangelo



nell'ambito delle categorie merceologiche, la dispersione degli ordini verso un elevato numero di fornitori e così via.

Obiettivo dell'analisi della spesa è la riclassificazione extracontabile dell'ordinato per individuare le strategie di governo della spesa, cioè la sua riclassificazione in base agli effetti indotti sulla gestione del business per valutarne l'impatto sui risultati e le criticità prodotte. La definizione delle strategie di acquisto per ottimizzare i costi richiede l'individuazione e l'attuazione di linee di razionalizzazione del sistema degli approvvigionamenti, che rendano la gestione adeguata a supportare le strategie. Gli indirizzi di razionalizzazione da individuare partendo dall'analisi della spesa e delle sue determinanti sono relativi a:

- domanda interna, per ottenere la riduzione della dispersione degli acquisti, l'aumento dei volumi, l'ottimizzazione dei flussi di approvvigionamento, attraverso pianificazione, standardizzazione e ridefinizione dei fabbisogni;
- rapporti con i fornitori, per adeguare il numero di fornitori impiegati alle esigenze, selezionare le opportunità, finalizzarne l'impiego ed ottimizzare i rapporti;
- processo e modalità d'acquisto, impiegando gli strumenti di negoziazione più adatti caso per caso, migliorando la qualità e la resa delle offerte, ottimizzando l'efficacia dei criteri di valutazione.

In campo sanitario l'analisi della spesa assume oggi fondamentale importanza, soprattutto alla luce della costante crescita della spesa sanitaria e delle sempre più esigue risorse disponibili per la sua copertura attuale e prospettica. La sostenibilità della spesa sanitaria è, infatti, uno dei problemi all'ordine del giorno nei dibattiti nazionali ed internazionali, nei quali si sente sempre più parlare di "spending review", attribuendo al termine un'accezione spesso negativa, interpretandolo come "taglio alla spesa".

La spending review, in realtà, dovrebbe essere un processo di gestione della spesa, che rientra nell'alveo dello spend management, finalizzato non tanto

al taglio della stessa quanto alla sua razionalizzazione, per soddisfare le esigenze di crescita del Paese o del settore in questione, un processo finalizzato alla corretta allocazione delle risorse disponibili, in base alle priorità esistenti.

Per completezza espositiva, prima di entrare nel dettaglio dell'analisi della spesa è corretto sottolineare come quello sanitario sia un settore atipico, caratterizzato da specifiche peculiarità, quali la presenza di numerose asimmetrie informative, la non osservabilità del prodotto da parte del consumatore e la separazione tra acquirente e decisore nelle scelte di consumo, in quanto la domanda individuale è generalmente mediata dal medico, che essendo anche fornitore di assistenza sanitaria riassume su di sé funzioni di domanda e di offerta<sup>42</sup>. I fallimenti del mercato sanitario, inoltre, vengono affrontati attraverso l'intervento pubblico ed una forte regolamentazione del settore sanitario.

Brevemente, per quanto concerne i fattori che influiscono sulla crescita della spesa sanitaria, si suole distinguere tra quelli che agiscono sul lato della domanda e quelli che intervengono sul lato dell'offerta di prestazioni sanitarie. Nel primo gruppo rientrano: le condizioni epidemiologiche; gli stili di vita; l'invecchiamento della popolazione; il miglioramento del tenore di vita, con l'aumento del livello d'istruzione e la maggiore conoscenza delle cure esistenti; gli aspetti etico-culturali legati alla sanità; l'estensione della copertura assicurativa garantita dal sistema sanitario nazionale.

Le componenti che agiscono dal lato dell'offerta sono principalmente due: il progresso tecnico in campo sanitario e la maggiore inflazione riscontrabile nel settore sanitario rispetto a quella media nazionale.

Entriamo ora nel dettaglio dell'analisi della spesa in campo sanitario analizzando in ciascuno dei tre capitoli seguenti quelli che sono i tre principali driver della spesa: domanda, fornitori, modalità d'acquisto.

---

<sup>42</sup> "Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia", S. Gabriele, M. Raitano, "Studi e Note di Economia", Anno XIV, n.3-2009, Gruppo Montepaschi

Qualsiasi acquisto è una conseguenza della mancata disponibilità all'interno dell'organizzazione delle risorse necessarie al suo funzionamento e per essere eseguito richiede la definizione di:

- cosa acquistare, cioè la specificazione del fabbisogno interno e l'identificazione di cosa può soddisfarlo ed a quali condizioni;
- da chi acquistare, cioè la ricerca e la scelta delle fonti di approvvigionamento più adeguate a fornire il bene o il servizio richiesto e del tipo di relazione da instaurare con il fornitore scelto;
- come acquistare, cioè la scelta delle modalità di acquisto, ovvero del modo con cui scegliere tra le diverse opportunità offerte dal mercato, e del tipo di rapporto contrattuale da mettere in atto.

## **2. L'analisi della domanda**

### **2.1 Le macro-componenti della spesa sanitaria**

Ogni organizzazione deve necessariamente ricorrere all'esterno per acquistare le risorse non disponibili al suo interno e che le occorrono per svolgere la propria mission. Il ricorso all'esterno è tanto maggiore quanto più l'organizzazione è estesa, cioè quanto più ha sostituito processi interni con processi dei fornitori integrati in una supply chain.

La domanda generata dalla struttura operativa, ovvero l'esigenza di risorse, determina cosa acquistare, la quantità, la qualità ed i tempi.

Le risorse necessarie al funzionamento dell'organizzazione e che devono essere approvvigionate possono avere diversa natura e configurarsi come:

- beni, mobili o immobili, materiali o immateriali, durevoli o non durevoli;
- servizi, ovvero forniture di prestazioni da parte di terzi per soddisfare esigenze interne o esterne all'organizzazione;
- lavoro, ossia esecuzione di opere all'interno o all'esterno e per conto dell'organizzazione;
- somministrazioni, cioè forniture di prestazioni di tipo periodico o continuativo.

Per condurre l'analisi della domanda in campo sanitario possiamo partire dall'analizzare i più recenti dati consuntivi di Conto Economico disponibili sul sito del Ministero della Salute, relativi all'anno 2010, sia come aggregati nazionali che per le singole regioni, e trarne le macro-componenti della spesa sanitaria, sulle quali impostare dei primi ragionamenti.

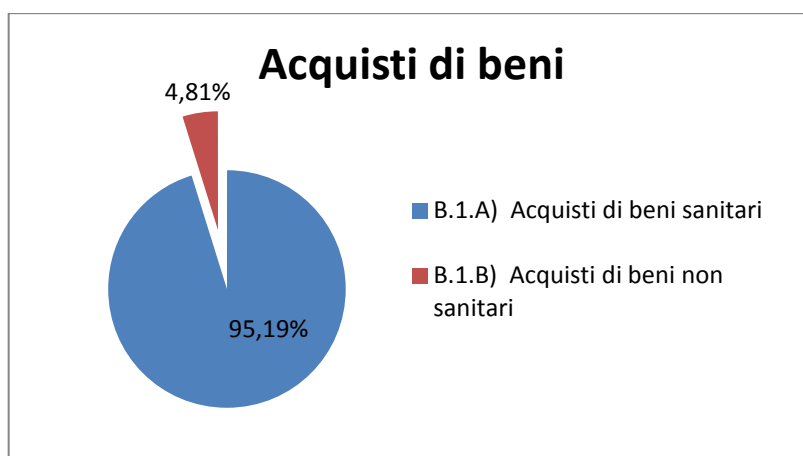
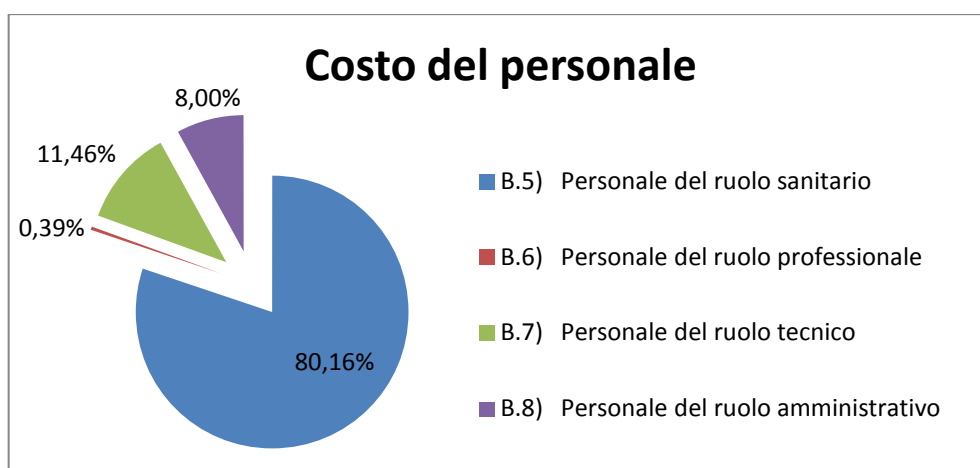
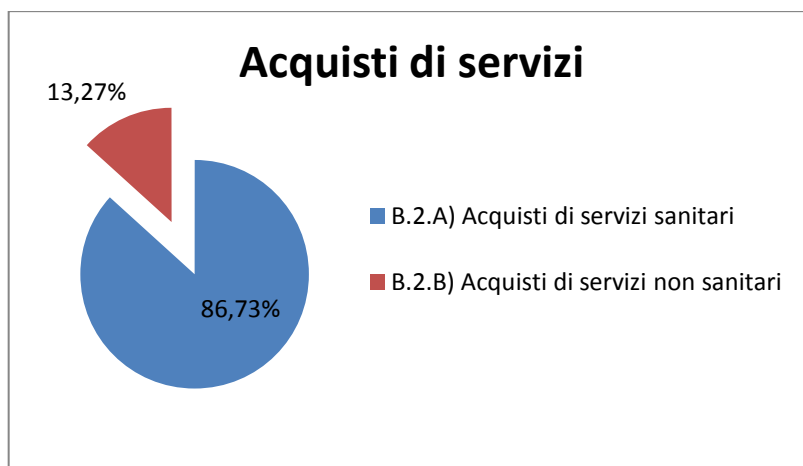
Dal modello riepilogativo regionale del consuntivo 2010 disponibile sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute è possibile innanzitutto rielaborare una tabella contenente le cinque macro-categorie di costo del Servizio Sanitario Nazionale, con le relative principali sottocategorie:

Descrizione voce	ITALIA	MEDIA ITALIA	CALABRIA
Acquisti di beni	14.802.677	704.889	396.320
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	14.091.044	671.002	381.659
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	711.633	33.887	14.661
Acquisti di servizi	56.402.428	2.685.830	1.494.716
B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	48.915.455	2.329.307	1.327.413
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.486.973	356.523	167.303
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.792.978	85.380	42.029
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	631.181	30.056	16.126
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	163.407	7.781	3.967
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	768.440	36.592	19.351
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	26.871	1.280	1.480
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	203.079	9.670	1.105
B.3.F) Manutenzioni e riparazioni da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	0	0	/
Godimento di beni di terzi	972.021	46.287	32.909
B.4.A) Affitti passivi	211.853	10.088	8.986
B.4.B) Canoni di noleggio	612.516	29.167	17.117
B.4.C) Canoni di leasing	147.652	7.031	6.806
B.4.D) Locazioni e noleggi da Asl-Ao della Regione	0	0	/
Costo totale del personale	36.207.462	1.724.165	1.289.255
B.5) Personale del ruolo sanitario	29.022.258	1.382.012	1.030.905
B.6) Personale del ruolo professionale	140.061	6.670	5.282
B.7) Personale del ruolo tecnico	4.147.881	197.518	137.180
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.897.262	137.965	115.888

I dati sono espressi in migliaia di euro  
Le righe rosse sono date dalla somma delle righe verdi

Come emerge da un'immediata lettura, a livello complessivo la categoria avente un peso economico-finanziario maggiore è quella degli acquisti di servizi, con oltre 56 miliardi e 400 mila euro, seguita dal costo totale del personale del SSN, che pesa circa 36 miliardi e 200 mila euro, e dagli acquisti di beni, che con i loro quasi 15 miliardi di euro occupano solo il terzo posto.

Sempre a livello complessivo, le tre principali voci di costo della spesa sanitaria nazionale sono articolate al loro interno nel seguente modo:

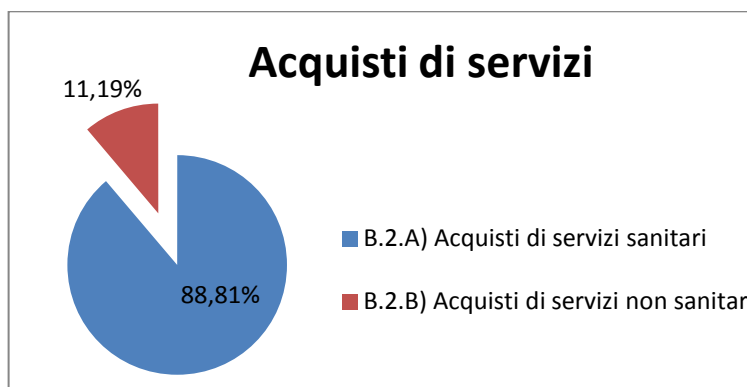


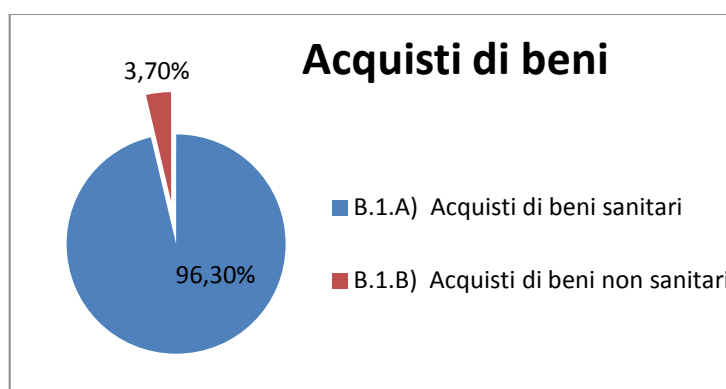
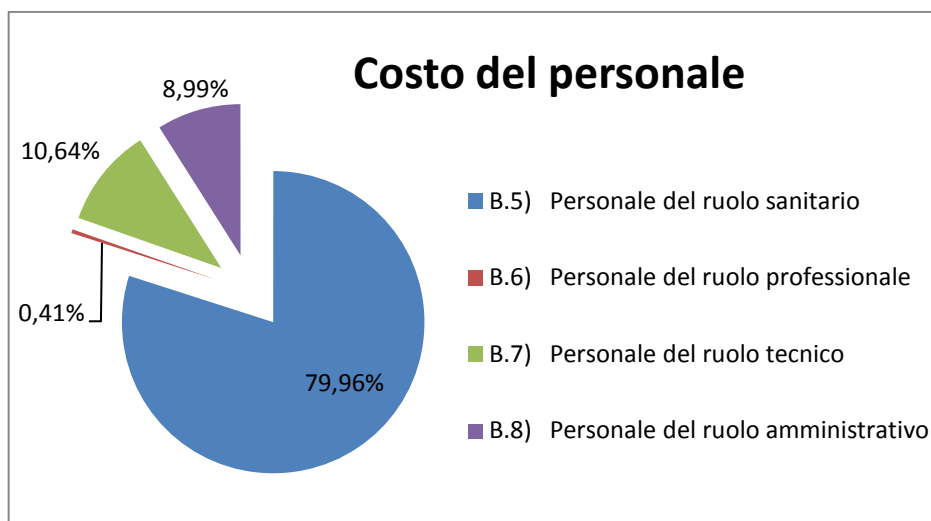
Nel Conto Economico complessivo del Servizio Sanitario Nazionale, dunque, quasi l'87% della spesa per acquisto di servizi è destinata a servizi di carattere sanitario, che includono la cosiddetta "sanità convenzionata" e costano circa 49 miliardi di euro, mentre i servizi non sanitari, che comprendono tutte le varie utenze, assicurazioni, consulenze, collaborazioni ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie pesano nel complesso circa 7 miliardi e mezzo di euro.

Per quanto concerne il costo del personale, a farla da padrone in termini di spesa per il SSN è il ruolo sanitario, che assorbe circa l'80% delle risorse destinate a questa macro-categoria di costo, seguito con molto distacco dal ruolo tecnico e dal ruolo amministrativo. Quasi irrisoria è la percentuale di risorse assorbite dal ruolo professionale.

Nell'ambito degli acquisti di beni oltre il 95% delle risorse sono destinate a beni di carattere sanitario, quali prodotti farmaceutici ed emoderivati, presidi chirurgici, materiali diagnostici, protesici, ecc. utilizzati nelle varie strutture del SSN, mentre neanche il 5% è impiegato per beni non sanitari, quali carburanti, materiali per la pulizia e per la manutenzione, cancelleria e prodotti alimentari.

Volendo confrontare tale articolazione delle principali voci di costo a livello nazionale con quella delle medesime voci del Conto Economico regionale della sanità calabrese noteremmo che non ci sono scostamenti particolarmente rilevanti, come si può verificare in maniera abbastanza immediata grazie ai seguenti grafici:





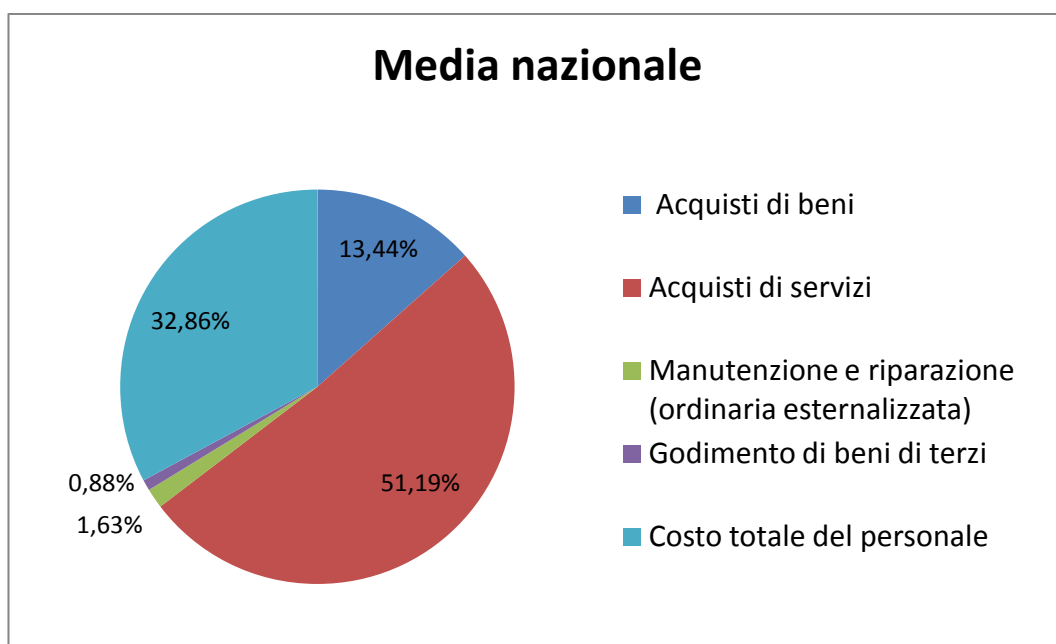
Sembra chiaro fin da queste prime analisi che il vero problema della sanità calabrese non è tanto il “cosa” venga acquistato, cioè come vengano distribuite le risorse tra le varie macro-categorie di spesa, in quanto in questi termini siamo quasi perfettamente in linea con i dati nazionali, ma il “perché” vengano spese le risorse in un modo piuttosto che in un altro ed è proprio a tale interrogativo che si rivolge un’intelligente e proficua analisi della spesa, volta a scovare tutti i possibili margini di miglioramento ed efficientamento del Servizio Sanitario Regionale, che possano consentirgli di risanare i conti e liberare risorse impiegabili più utilmente per l’innalzamento qualitativo delle prestazioni ed il pieno rispetto di tutta la normativa relativa ai LEA. L’obiettivo del sistema sanitario, infatti, è quello di erogare servizi sanitari e la spesa va analizzata in base ai benefici da

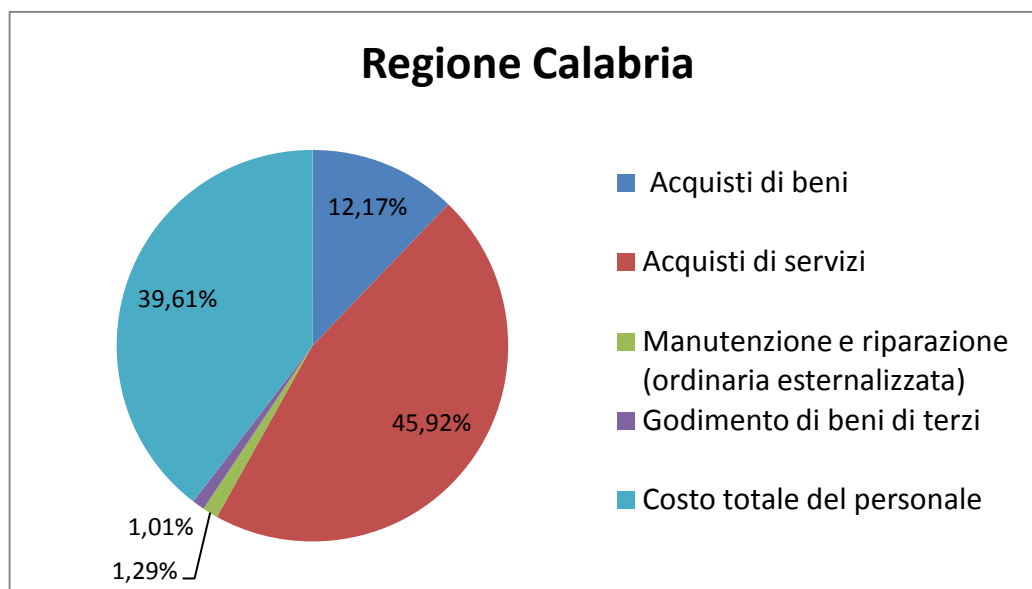


ottenere, bisogna valutare la coerenza della spesa sanitaria rispetto alla quantità di servizi erogati, intesa quale prodotto dei casi per le patologie, e rispetto al costo dei singoli servizi erogati, cioè il costo della cura delle specifiche patologie.

Il trait d'union tra servizi erogati e relativi costi, che consenta di valutarne la coerenza, è rappresentato dai protocolli sanitari, che dovrebbero individuare i dispositivi medici, i farmaci e la relativa posologia, la durata della degenza e le cure necessarie per ciascuna patologia.

Se consideriamo, adesso, il peso di ciascuna macro-categoria di costo rispetto al totale possiamo disegnare due grafici a torta facilmente intellegibili e confrontabili, uno per la Regione Calabria ed uno per la media nazionale, ottenuta come somma dei dati relativi alle 15 Regioni a statuto ordinario, a 4 delle Regioni a statuto speciale (Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna e Valle d'Aosta) ed alle province autonome di Trento e Bolzano, diviso 21.



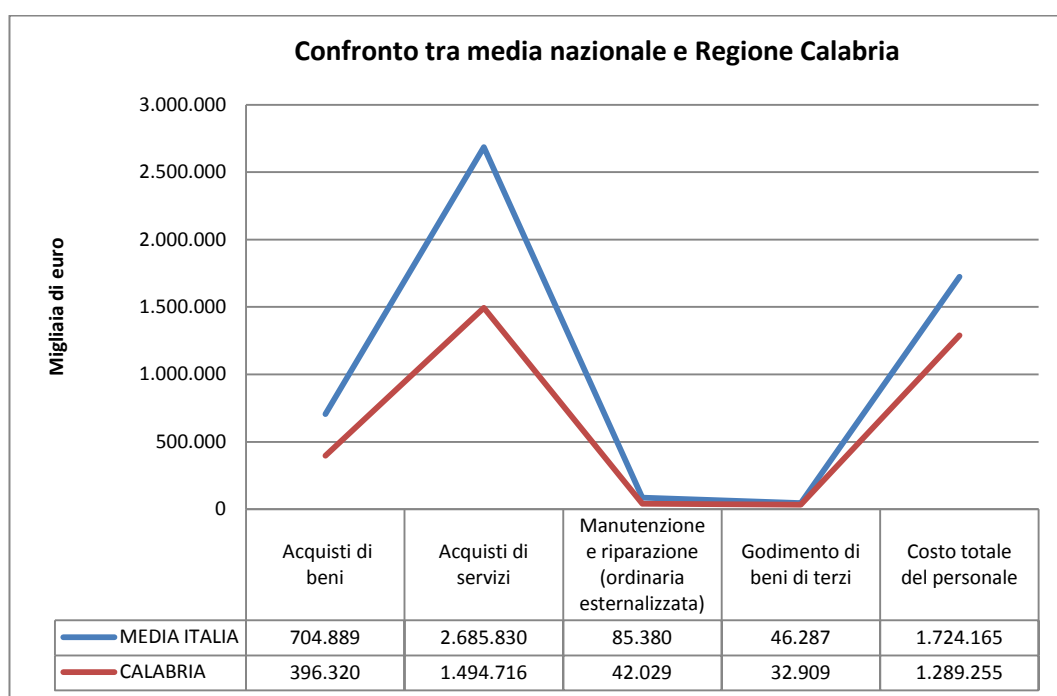


Come si evince chiaramente dai grafici, la Regione Calabria presenta un peso percentuale degli acquisti di servizi e beni decisamente inferiore rispetto a quello della media nazionale, ma nel suo bilancio sconta un peso nettamente maggiore del costo del personale, che si attesta a circa il 40% dei costi complessivi, a fronte di una media nazionale intorno al 33%.

Una prima valutazione che è fin da subito possibile fare interpretando tale dato è che questa differente distribuzione della spesa sanitaria tra le diverse macro-categorie di costo ed in particolare il 7% in più che la Calabria spende per il personale del proprio Servizio Sanitario Regionale rispetto alla media nazionale non sono elementi facilmente modificabili con interventi spot di breve periodo, ma richiedono una significativa ristrutturazione strutturale della rete di offerta regionale, a fronte di un'attenta e lungimirante pianificazione di medio-lungo termine, che tenga in dovuta considerazione le peculiarità demografiche, geomorfologiche ed epidemiologiche della Regione, ma anche gli imprescindibili vincoli di bilancio, gli impegni presi al momento della sottoscrizione del Piano di Rientro e le risorse effettivamente disponibili e reperibili nel tempo considerato ai fini della suddetta pianificazione.

Nonostante si tratti di valori irrisori rispetto ai precedenti e lo scarto in termini percentuali non sembri particolarmente significativo, è comunque interessante notare come la percentuale di costi destinata alla manutenzione e riparazione in Calabria sia inferiore rispetto alla media nazionale, mentre la spesa per godimento di beni di terzi sia superiore.

È possibile proseguire l'analisi relativa alle macro-componenti della spesa sanitaria in cui si articola il prospetto di Conto Economico redatto dalle varie Regioni, quale sintesi dei prospetti compilati e comunicati dalle singole Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere, confrontando i dati relativi alla media nazionale con quelli della Regione Calabria attraverso un grafico a linee, che consente di visualizzare le tendenze relative alle varie categorie di costo.



I dati sono espressi in migliaia di euro

Balza subito all'occhio come la Regione Calabria, in valori assoluti, si collochi sempre al di sotto della media nazionale per tutte le macro-componenti della spesa sanitaria, conseguendo risparmi relativi che in alcuni casi si attestano anche intorno al 50%. Per frenare i facili entusiasmi

ai quali sarebbe fin troppo semplice e superficiale abbandonarsi, è sufficiente ricordare che nonostante la spesa sia in valori assoluti inferiore a quella media nazionale, purtroppo anche i servizi offerti si collocano al di sotto della media<sup>43</sup>, così come le entrate fiscali, che dovrebbero rappresentare la principale fonte di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale<sup>44</sup>. A peggiorare le cose si aggiunge, infine, il saldo della mobilità interregionale, che per la Calabria è fortemente negativo<sup>45</sup> e ad oggi vanifica in parte gli sforzi fatti negli ultimi anni per l'azzeramento del deficit di bilancio, in quanto nonostante nel 2011, così come nel 2010, si sia riusciti ad avere dei costi inferiori ai ricavi<sup>46</sup>, i saldi della mobilità sanitaria interregionale hanno causato un risultato d'esercizio negativo, con un deficit di circa 130 milioni di euro nel 2011<sup>47</sup>. Tutto ciò dimostra ancora una volta come l'analisi della spesa non debba essere una sterile valutazione di dati asettici, di cui è tuttavia importante e necessario avere contezza precisa e puntuale, ma vada inquadrata in un contesto strategico e gestionale di conoscenza e comprensione della situazione attuale, dei reali problemi che si vivono e delle effettive dinamiche dell'organizzazione, in questo caso del Servizio Sanitario Regionale, ed utilizzata ai fini di una condivisa programmazione e pianificazione di ampio respiro, che abbracci ed affronti a 360° le problematiche esistenti.

---

<sup>43</sup> F. Pammolli e N. C. Salerno, in "Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La Sanità alla sfida del Federalismo. Il modello SaniRegio di CeRM", Working Paper n.2, 2011 fanno notare come <I profondi gap di efficienza e di qualità tra Regioni hanno natura strutturale e trovano conferma impiegando metodologie di analisi diverse. Il Mezzogiorno è staccato dal resto d'Italia di ordini di grandezza che dimostrano l'urgenza delle riforme. Sono cinque le Regioni per le quali il gap di efficienza e di qualità risulta particolarmente acuto: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. Per raggiungere il benchmark, [...] la Calabria dovrebbe [...] aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio)>

<sup>44</sup> La Regione Calabria, secondo una stima del Ministero dell'Economia e delle Finanze da IRAP ed addizionale regionale IRPEF dovrebbe aver incassato nel 2011 solo circa 303 milioni e mezzo di euro, a fronte di una media nazionale di circa 1 miliardo ed 800 mila euro

<sup>45</sup> Con i suoi circa 230 milioni e 235 mila euro di passivo nel solo 2011

<sup>46</sup> Nel 2011: Costi: 3.443,050 milioni di euro ; Ricavi: 3.543,365 milioni di euro  
Nel 2010: Costi: 3.490,603 milioni di euro ; Ricavi: 3.652,987 milioni di euro

<sup>47</sup> La fonte dei dati riportati è il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.

## 2.2 Le funzioni di spesa

Un'altra strada percorribile per condurre un'analisi della domanda in campo sanitario è quella che parte dai dati relativi alle funzioni di spesa del Servizio Sanitario Nazionale, disponibili grazie al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute per l'anno 2011. Partendo da tali dati è anzitutto possibile costruire la seguente tabella riassuntiva:

<b>Funzione di spesa</b>	<b>ITALIA</b>	<b>MEDIA NAZIONALE</b>	<b>CALABRIA</b>
<i>Personale</i>	36.149,120	1.721,387	1.260,775
<i>Beni e altri Servizi</i>	35.149,673	1.673,794	913,738
<i>Costi Straordinari, Stimati e Variazione delle Rimanenze</i>	653,527	31,120	15,598
<i>Medicina Generale convenzionata</i>	6.624,837	315,468	248,325
<i>Farmaceutica convenzionata</i>	9.929,689	472,842	364,514
<i>Specialistica convenzionata e accreditata</i>	4.653,946	221,616	133,502
<i>Riabilitativa accreditata</i>	1.971,912	93,901	65,123
<i>Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata</i>	1.921,864	91,517	77,955
<i>Altra Assistenza convenzionata e accreditata</i>	6.412,659	305,365	135,722
<i>Ospedaliera accreditata</i>	8890,6	423,361	195,358

I dati sono espressi in milioni di euro

Nella voce “Personale”, che costa circa 36 miliardi di euro, sono ricompresi i costi del personale dei vari ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) delle Aziende Sanitarie, degli IRCCS pubblici e dei Policlinici universitari pubblici, nonché il costo dell'indennità per il personale universitario.

“Beni e altri Servizi” rappresenta un aggregato, al cui interno ritroviamo diverse voci:

- beni, sanitari e non sanitari;
- servizi, sanitari e non sanitari;

- servizi non sanitari appaltati, quali lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, ecc.;
- manutenzione e riparazioni;
- godimento beni di terzi, nelle forme di leasing e service;
- oneri diversi di gestione, come le spese amministrative e generali, le assicurazioni, le spese legali, le utenze, ecc.;
- accantonamenti tipici, quali gli accantonamenti prudenziali a fondo rischi, gli accantonamenti relativi agli obiettivi di piano per le quote relative a progetti in corso di definizione o gli accantonamenti per rinnovi contrattuali;
- interessi passivi e oneri finanziari;
- imposte e tasse.

La “Medicina Generale convenzionata” e la “Farmaceutica convenzionata” con i loro oltre 16 miliardi e mezzo di euro complessivi rientrano, così come le successive voci di spesa, nell’ambito dei cosiddetti acquisti da produttori market, sono cioè erogate per conto del SSN e da questo remunerate nonostante non siano prodotte da pubbliche amministrazioni, ma da soggetti privati accreditati e/o convenzionati.

La “Specialistica convenzionata e accreditata” comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da convenzionati SUMAI (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana), da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici privati e da altri operatori privati accreditati.

La “Riabilitativa accreditata” comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa extra-ospedaliera da strutture private accreditate.

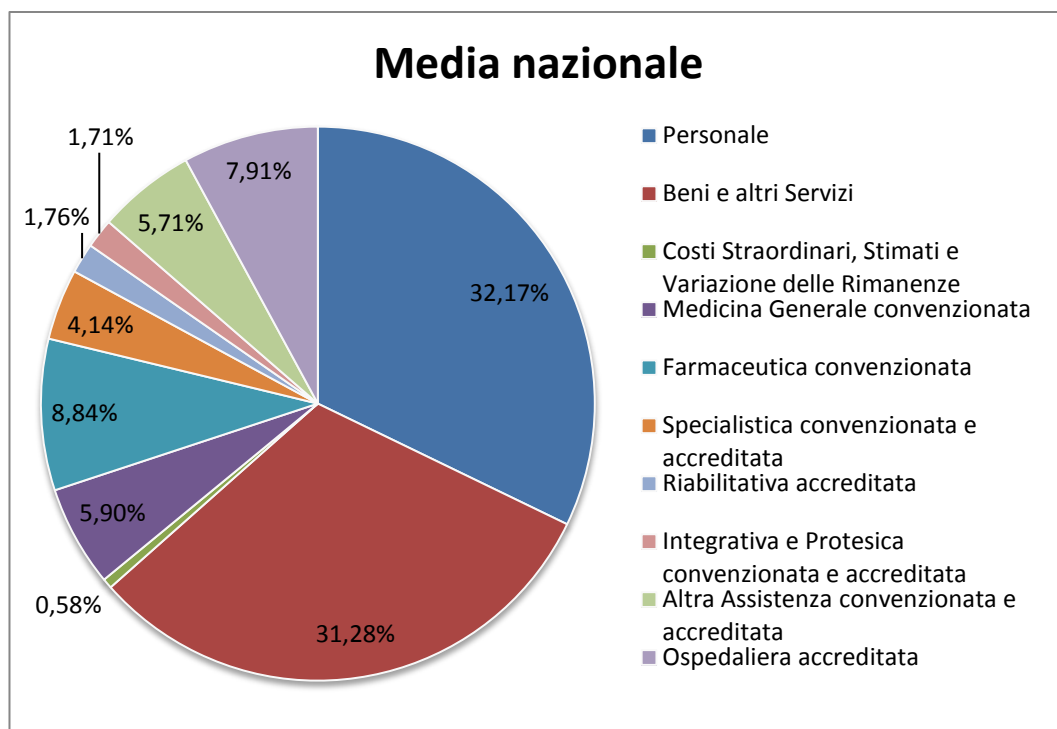
La funzione di spesa “Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata” include le prestazioni che comportano l’erogazione dei prodotti destinati ad un’alimentazione particolare per le persone affette da determinate patologie e dei prodotti per le persone diabetiche, nonché le prestazioni che comportano l’erogazione di protesi, ortesi ed ausili monouso e tecnologici

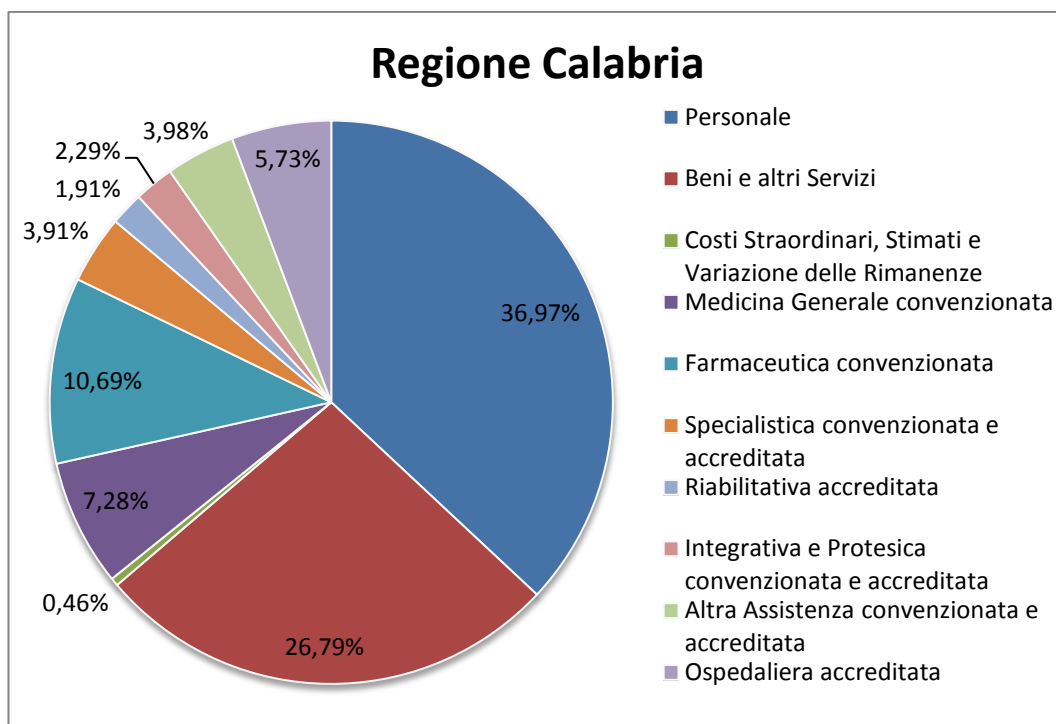
inclusi in appositi elenchi stilati dalle Autorità competenti negli appositi protocolli sanitari.

La macro-voce “Altra assistenza convenzionata e accreditata” con i suoi quasi 6 miliardi e mezzo di euro comprende: cure termali; medicina dei servizi; assistenza psichiatrica; assistenza agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti ed ai disabili; comunità terapeutiche.

L’“Ospedaliera accreditata”, infine, include al suo interno gli acquisti di assistenza ospedaliera da Ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate.

Consapevoli, in linea generale, del contenuto delle varie voci, possiamo ora confrontare la distribuzione percentuale della spesa tra le varie funzioni nella media nazionale e nella Regione Calabria attraverso i due seguenti grafici a torta, che ci consentono di vedere graficamente ed in modo facilmente intellegibile qual è il peso relativo di ciascuna voce rispetto al totale:





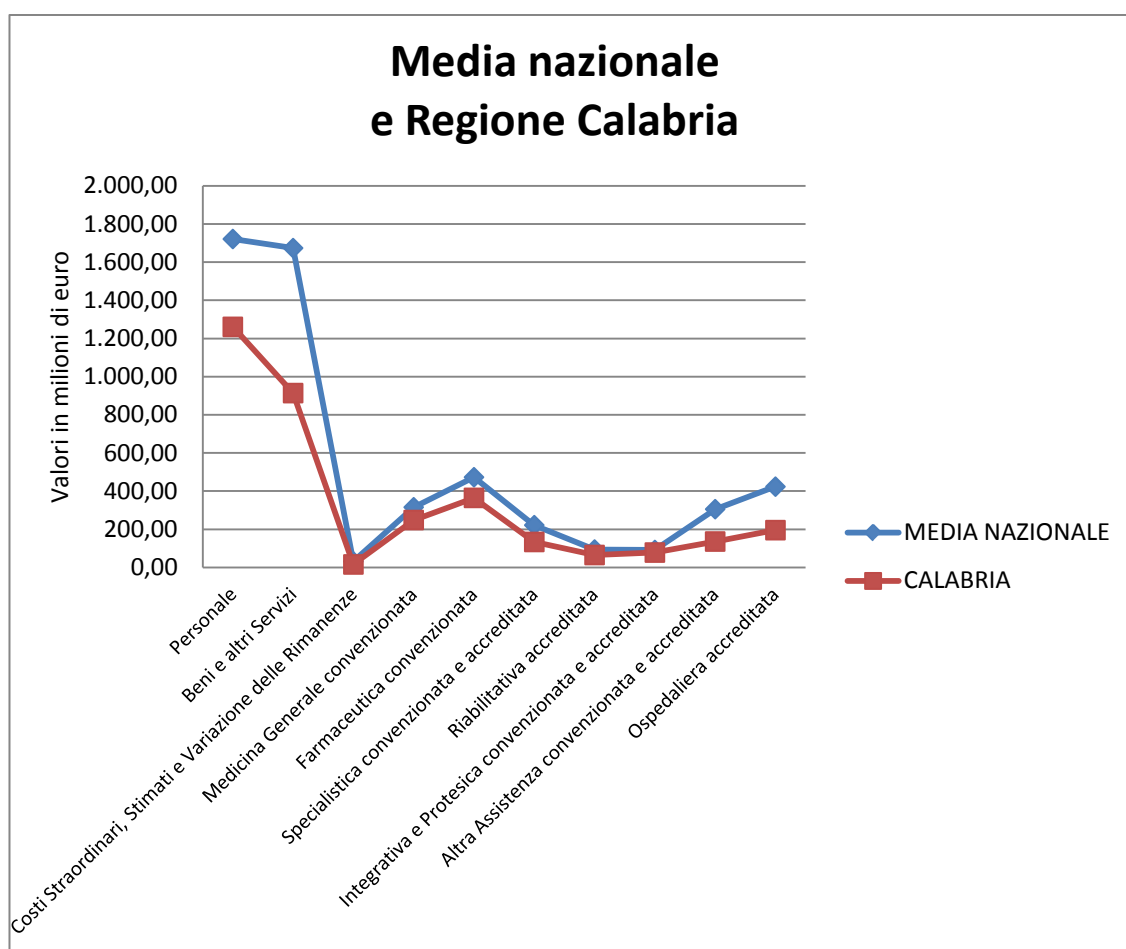
Come emerge immediatamente dai grafici, la voce che presenta il maggior scarto in termini percentuali è il “Personale”, che nel bilancio della sanità calabrese pesa circa il 5% in più che nella media nazionale.

Viceversa, “Beni e altri Servizi” hanno un impatto di circa il 4,5% inferiore in Calabria piuttosto che nella media nazionale, dimostrando ancora una volta che non è sufficiente limitarsi ad indagare “cosa si compra”, ma è necessario spingersi a capire “perché si compra” e “come si compra”, cioè con quali modalità di approvvigionamento, e se ci sono, com’è quasi certo che sia, scovare e sfruttare i margini di miglioramento in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

È interessante notare, inoltre, che in Calabria sia l’“Ospedaliera accreditata” che l’“Altra Assistenza convenzionata e accreditata” pesano meno che nella media nazionale, mentre la “Medicina Generale convenzionata” e la “Farmaceutica convenzionata” hanno un impatto maggiore rispetto a quello sulla media nazionale, nonostante le misure messe in atto per il contenimento della spesa, a fronte del Piano di rientro ancora in vigore.



Volendo confrontare voce per voce quelli che sono i valori presentati dalla media nazionale e dalla Regione Calabria è possibile disegnare un grafico a linee, con i valori in milioni di euro sull'asse delle ordinate e le varie voci di spesa sull'asse delle ascisse:



Anche in questo caso la Regione Calabria si colloca sotto la media nazionale relativamente a tutte le voci o funzioni di spesa analizzate, a testimonianza del fatto che la soluzione ai problemi di deficit e debito sanitario regionale non la si può trovare attuando solo dei “tagli lineari” alla spesa, ma bisogna agire sul piano della policy e della governance, con dei piani a medio-lungo termine in grado di mettere in equilibrio il finanziamento della sanità con il fabbisogno efficiente richiesto dai Livelli Essenziali di Assistenza, che devono essere garantiti.

## 2.3 Acquisti market e consumi intermedi

Per entrare gradualmente nel dettaglio dell'analisi della spesa attraverso una sempre più minuziosa analisi della domanda, che giunga ad identificare ed indagare quelli che possono essere definiti “acquisti aggredibili”, è necessario operare una distinzione preliminare tra “acquisti market” e “consumi intermedi”, per poi ricercare nell'ambito di questi ultimi quelli effettivamente “aggredibili”.

Gli “acquisti market”, secondo una più completa definizione detti “acquisti da produttori market”, comprendono tutti quei beni e servizi realizzati ed erogati da produttori che non fanno parte di pubbliche amministrazioni e che mettono tali beni e servizi direttamente a disposizione dei beneficiari, ovvero del settore delle famiglie. Si tratta, dunque, di servizi che non necessitano di ulteriori fasi produttive, ma che possono essere fruiti dal consumatore finale così come vengono acquistati.

Tipici acquisti da produttori market in campo sanitario sono le spese per l'assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate distribuite su tutto il territorio nazionale e le spese per le prestazioni sanitarie erogate da strutture convenzionate e/o accreditate.

I “consumi intermedi”, invece, in base alla definizione del Sistema Europeo dei conti nazionali e regionali (Sec95)<sup>48</sup>, *<rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali input nel processo produttivo, escluso il capitale fisso il cui consumo è registrato come ammortamento>*. I beni ed i servizi che rientrano tra i consumi intermedi possono essere trasformati oppure esauriti nel processo produttivo. Tale categoria include diverse tipologie di spesa, tra cui ad esempio le spese di manutenzione ordinaria, i servizi di ricerca e sviluppo e di formazione del personale acquistati all'esterno o l'acquisto di farmaci per le strutture del SSN.

---

<sup>48</sup> Regolamento (CE) n. 2223/96 del Consiglio del 25 giugno 1996

La spesa per consumi intermedi viene registrata nei conti nazionali <nel momento in cui il bene o il servizio passa effettivamente nella disponibilità di chi lo acquista, per essere impiegato nel processo produttivo><sup>49</sup>.

Se facciamo riferimento alle funzioni di spesa precedentemente analizzate, disponibili per il 2011 sul sito del Ministero della Salute grazie al Nuovo Sistema Informativo Sanitario, possiamo classificarle e distinguerle in “acquisti market” e “consumi intermedi” nel seguente modo:

#### ACQUISTI MARKET

Funzione di spesa	ITALIA	MEDIA	
		NAZIONALE	CALABRIA
<i>Medicina Generale convenzionata</i>	6.624,837	315,468	248,325
<i>Farmaceutica convenzionata</i>	9.929,689	472,842	364,514
<i>Specialistica convenzionata e accreditata</i>	4.653,946	221,616	133,502
<i>Riabilitativa accreditata</i>	1.971,912	93,901	65,123
<i>Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata</i>	1.921,864	91,517	77,955
<i>Altra Assistenza convenzionata e accreditata</i>	6.412,659	305,365	135,722
<i>Ospedaliera accreditata</i>	8890,6	423,361	195,358
<b>TOTALI</b>	<b>40.405,489</b>	<b>1.924,071</b>	<b>1.220,499</b>

I dati sono espressi in milioni di euro

#### CONSUMI INTERMEDI

Funzione di spesa	ITALIA	MEDIA	
		NAZIONALE	CALABRIA
<i>Personale</i>	36.149,120	1.721,387	1.260,775
<i>Beni e altri Servizi</i>	35.149,673	1.673,794	913,738
<i>Costi Straordinari, Stimati e Variazione delle Rimanenze</i>	653,527	31,120	15,598
<b>TOTALI</b>	<b>71.952,320</b>	<b>3.426,301</b>	<b>2.190,111</b>

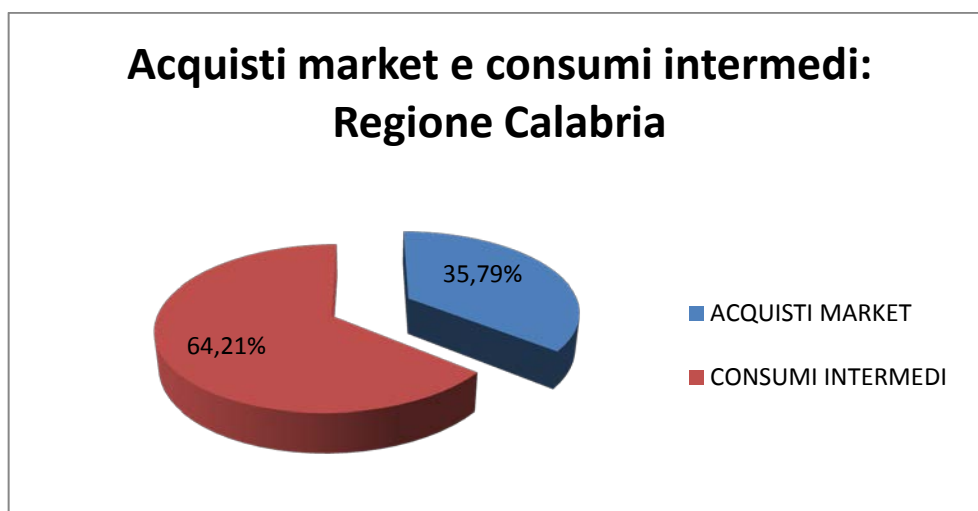
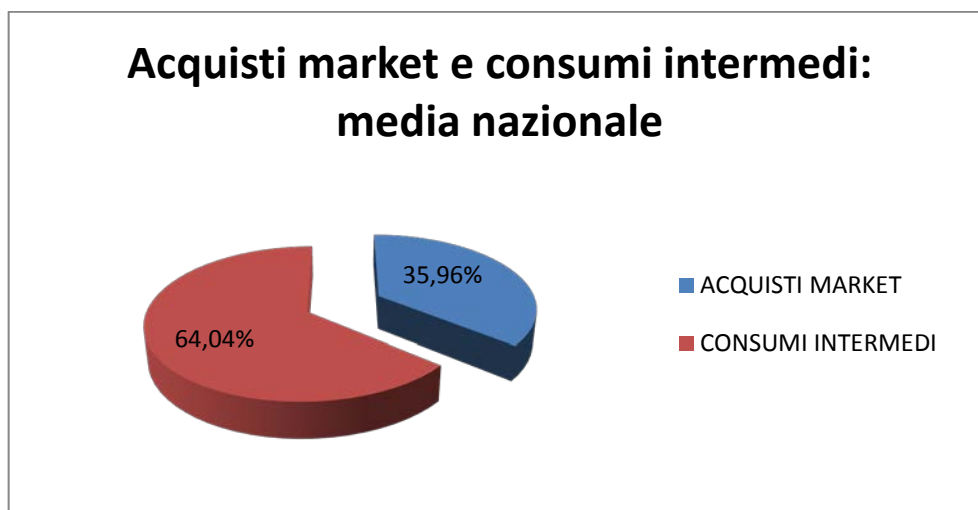
I dati sono espressi in milioni di euro

Come emerge dai totali dei grafici ricostruiti a partire dalle singole funzioni di spesa, nel complesso i consumi intermedi pesano per quasi 72 miliardi di euro, a fronte dei circa 40 miliardi e 400 milioni di euro degli acquisti

<sup>49</sup> “La spesa per consumi intermedi delle amministrazioni pubbliche”, elementi di documentazione, XVI legislatura, luglio 2009, n. 18, servizio del bilancio del Senato,

market. Ad essere aggredibile, però, come vedremo, non è l'intero importo dei consumi intermedi, ma solo la voce "Beni e altri Servizi".

Volendo confrontare l'incidenza percentuale delle due tipologie di domanda tra la media nazionale e la Regione Calabria, possiamo costruire due grafici a torta, che ci consentono di vedere l'impatto di ciascuna voce sul totale:

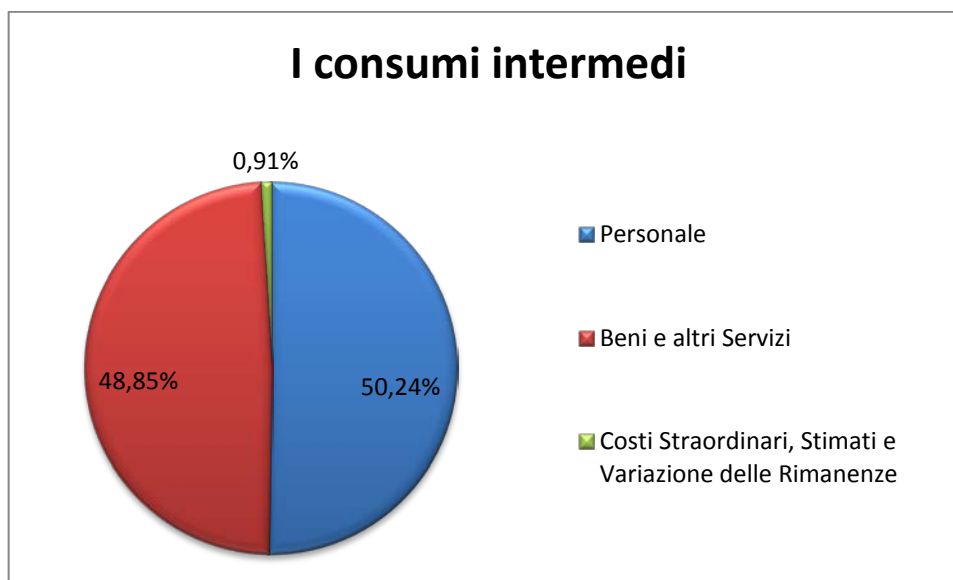


Come emerge dai grafici, la distribuzione delle risorse tra acquisti market e consumi intermedi della Regione Calabria è quasi perfettamente in linea con quella della media nazionale. È importante sottolineare come la maggior parte della spesa, ben il 64% circa, sia destinata ai consumi

intermedi, ovvero all'insieme di beni e servizi relativi a produttori non market, tra cui l'assistenza ospedaliera ed altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici, relativamente ai quali è possibile condurre un'attenta pianificazione ed un costante monitoraggio e controllo delle modalità di approvvigionamento ed erogazione delle prestazioni.

Nel proseguo della nostra analisi della domanda non considereremo gli acquisti market, in quanto le somme ad essi destinate sono prevalentemente soggette a decisioni di policy regionale. Anche per gli acquisti market, tuttavia, è necessario disporre di dati certi e precisi, poiché<sup>50</sup> *<più oggettivo e dettagliato è il quadro, più le scelte di policy saranno vincolate alla tempestività, alla responsabilità ed alla trasparenza verso i cittadini>*.

Nell'ambito dei consumi intermedi, non considereremo in seguito i costi straordinari, stimati e le variazioni delle rimanenze, giacché si tratta di una voce soggetta a variazioni aleatorie scarsamente prevedibili in sede di analisi della spesa e dalla bassa incidenza percentuale sul totale della categoria, che risulta così composta:



<sup>50</sup> Come scrivono F. Pammolli e N. C. Salerno in "Le proiezioni della Spesa Sanitaria SSN", SaniMod 2011-2030, working paper 3/2011

Un discorso a sé merita la voce “Personale”, che non verrà indagata nel seguito dell’analisi in virtù del fatto che non rappresenta una categoria di spesa direttamente aggredibile attraverso delle politiche di pianificazione e controllo degli acquisti, ma necessita di una politica ad essa specificatamente finalizzata e di un orizzonte temporale di medio-lungo periodo per l’ottenimento di risultati significativi.

Il comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale, così come stabilito dal contratto collettivo nazionale quadro per la definizione dei comparti di contrattazione sottoscritto il 18-12-2002, comprende il personale dipendente: delle aziende sanitarie ed ospedaliere del SSN; degli istituti zooprofilattici sperimentali; degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; dell’Ordine mauriziano di Torino; dell’ospedale Galliera di Genova; delle ex IPAB che svolgono prevalentemente funzioni sanitarie; delle Residenze Sanitarie Assistite prevalentemente pubbliche (RSA). Il testo normativo di riferimento per la disciplina del personale del SSN<sup>51</sup> è il D. Lgs. 165/2001, il Testo Unico del pubblico impiego, che disciplina l’organizzazione degli uffici ed i rapporti di lavoro e di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, intendendosi per tali anche le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Coerentemente con l’impostazione di un SSN incentrato sulle Regioni, il D.P.R. 761/1979 stabiliva in via preliminare che il personale del SSN venisse inquadrato in ruoli nominativi regionali istituiti e gestiti dalle Regioni. Nonostante tale D.P.R. sia stato disapplicato dal CCNL 7-4-1999, che ha introdotto un nuovo sistema di classificazione del personale, l’inquadramento nei ruoli delineati dal D.P.R. 761/1979 viene ancora oggi utilizzato per la classificazione delle voci di costo del personale nell’ambito del modello di Conto Economico utilizzato dalle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale.

---

<sup>51</sup> Come riporta il manuale “Legislazione Sanitaria e Sociale”, XIV Edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

Le posizioni funzionali previste dal D.P.R. 761/1979 erano<sup>52</sup>:

- ruolo sanitario, comprendente i dipendenti del SSN iscritti ai rispettivi ordini professionali, ove esistenti, che esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute;
- ruolo professionale, comprendente i dipendenti non appartenenti al ruolo sanitario che, nell'esercizio della loro attività, assumono a norma di legge responsabilità di natura professionale e che per svolgere la propria attività devono essere iscritti in albi professionali;
- ruolo tecnico, comprendente i dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi tecnici di vigilanza e di controllo, generali o di assistenza sociale;
- ruolo amministrativo, comprendente i dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi organizzativi, patrimoniali e contabili.

Il nuovo sistema di classificazione introdotto dal CCNL 7-4-1999 è, invece, articolato in quattro categorie (A, B, C, D), ciascuna delle quali individuata mediante la descrizione dei requisiti per l'inquadramento nella categoria stessa, che corrispondono a livelli omogenei di competenze, conoscenze e capacità richieste per espletare le relative attività lavorative. L'inquadramento di ogni dipendente nella propria categoria avviene in base al profilo di appartenenza.

---

<sup>52</sup> Come riporta il manuale "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV Edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

## 2.4 La spesa “aggredibile”

La cosiddetta “spesa aggredibile” è quella parte della spesa pubblica, e nel caso specifico della nostra analisi della spesa sanitaria, che può essere soggetta a revisione e ad una potenziale riduzione, in virtù di interventi calibrati ad hoc nell’ambito del procurement management.

Per individuare ed “attaccare” la spesa “aggredibile” è necessario valutare spazi, opportunità e valori della quota parte di spesa rivedibile nel breve e nel medio-lungo termine attraverso l’analisi e l’ottimizzazione del processo di pianificazione ed acquisto.

In questa direzione vanno le più recenti innovazioni legislative in materia di spending review: il Decreto Legge n. 52 del 7 maggio 2012 ed il Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012. Il primo, recante “Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica”, ha istituito un Comitato interministeriale per la revisione della spesa pubblica e<sup>53</sup> *<ha dettato norme sostanziali volte a rendere più stringente il ricorso per le pubbliche amministrazioni a procedure di acquisto centralizzato di beni e servizi, ai fini della riduzione della spesa per consumi intermedi>*. Il secondo, recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”, ha introdotto tutta una serie di misure di contenimento e di riorganizzazione della spesa pubblica.

Per analizzare la spesa aggredibile in campo sanitario, che rientra nell’ambito dei consumi intermedi e comprende al suo interno voci sia di carattere sanitario che non sanitario, possiamo utilizzare i dati dettagliati del Conto Economico Consuntivo 2010, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute. Le voci di nostro interesse possono essere riassunte nella seguente tabella, in cui si riportano sia i

---

<sup>53</sup> Come si legge nel sito della Camera dei deputati:  
<http://leg16.camera.it/465?area=8&tema=535&Il+controllo+della+spesa+e+la+spending+review>



valori complessivi per l'Italia intera, che la media nazionale ed i valori registrati in Calabria:

Descrizione voce	ITALIA	MEDIA NAZIONALE	CALABRIA
<b>B.1) Acquisti di beni</b>	<b>14.802.677</b>	<b>704.889</b>	<b>396.320</b>
<b>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</b>	<b>14.091.044</b>	<b>671.002</b>	<b>381.659</b>
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	7.269.069	346.146	200.470
B.1.A.2) Ossigeno	162.836	7.754	5.929
B.1.A.3) Prodotti dietetici	68.926	3.282	94
B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	260.945	12.426	9.439
B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	1.510.874	71.946	42.856
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	213.971	10.189	13.813
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	2.696.817	128.420	64.882
B.1.A.8) Materiali protesici	1.460.588	69.552	26.473
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	295.816	14.086	16.391
B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	6.618	315	160
B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	144.584	6.885	1.152
<b>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</b>	<b>711.633</b>	<b>33.887</b>	<b>14.661</b>
B.1.B.1) Prodotti alimentari	93.487	4.452	1.114
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	106.117	5.053	1.543
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	149.763	7.132	4.687
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	161.618	7.696	4.724
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	83.412	3.972	2.243
B.1.B.6) Altri beni non sanitari	117.236	5.583	350
<b>B.2) Acquisti di servizi</b>	<b>56.402.428</b>	<b>2.685.830</b>	<b>1.494.716</b>
<b>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</b>	<b>48.915.455</b>	<b>2.329.307</b>	<b>1.327.413</b>
<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>7.486.973</b>	<b>356.523</b>	<b>167.303</b>
B.2.B.1) Servizi non sanitari	7.042.568	335.360	159.768
B.2.B.1.1) Lavanderia	535.063	25.479	10.399
B.2.B.1.2) Pulizia	1.200.367	57.160	34.441
B.2.B.1.3) Mensa	765.555	36.455	23.223
B.2.B.1.4) Riscaldamento	490.857	23.374	4.289
B.2.B.1.5) Elaborazione dati	306.556	14.598	2.047
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	84.522	4.025	900
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	210.264	10.013	2.862
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	241.682	11.509	13.772
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	569.614	27.124	18.542
B.2.B.1.10) Altre utenze	239.353	11.398	4.539
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	682.995	32.524	28.379
B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	545.562	25.979	15.522
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	137.433	6.544	12.857
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	1.715.740	81.702	16.375
B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	212.002	10.095	44
B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	1.503.738	71.607	16.331
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	296.517	14.120	6.437
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	10	208
B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	3.798	181	3

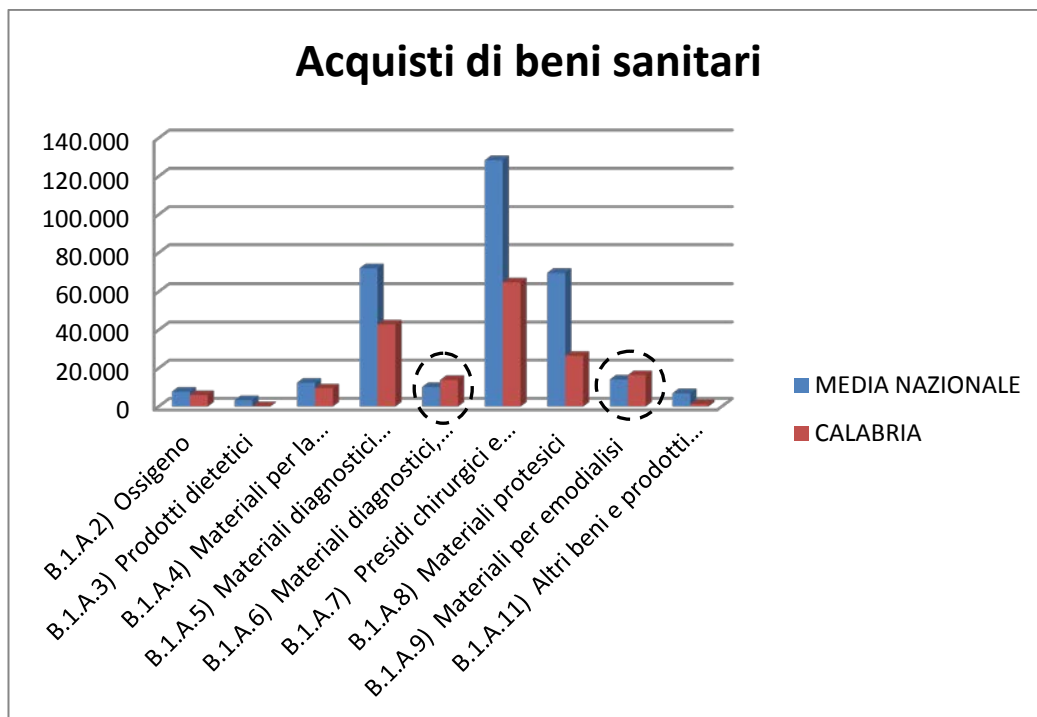
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	282.641	13.459	6.163
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	82.581	3.932	2.923
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	41.462	1.974	1.304
B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria	100.882	4.804	1.660
B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	57.716	2.748	276
B.2.B.2.4) Rimborsamento oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	9.870	470	63
B.2.B.2.4.B) Rimborsamento oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	9.231	440	63
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	147.888	7.042	1.098
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	50.697	2.414	525
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	97.191	4.628	573
<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>1.792.978</b>	<b>85.380</b>	<b>42.029</b>
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	631.181	30.056	16.126
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	163.407	7.781	3.967
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	768.440	36.592	19.351
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manutenzione di automezzi (sanitari e non)	26.871	1.280	1.480
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	203.079	9.670	1.105
<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	<b>972.021</b>	<b>46.287</b>	<b>32.909</b>
B.4.A) Affitti passivi	211.853	10.088	8.986
B.4.B) Canoni di noleggio	612.516	29.167	17.117
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	440.934	20.997	15.363
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	171.582	8.171	1.754
<b>B.4.C) Canoni di leasing</b>	<b>147.652</b>	<b>7.031</b>	<b>6.806</b>
B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	119.409	5.686	6.572
B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	28.243	1.345	234

I dati sono espressi in migliaia di euro

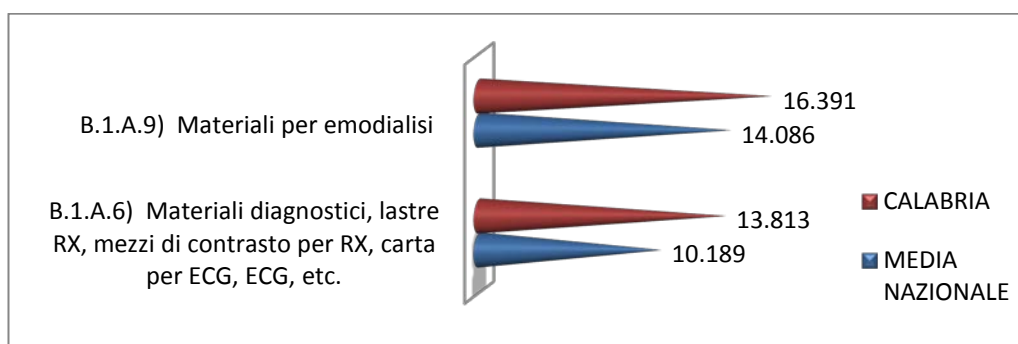
Le righe rosse sono date dalla somma delle verdi

In linea con quanto affermato in precedenza, le macro-componenti della spesa sanitaria calabrese sono tutte sotto la media nazionale, tuttavia, analizzando con attenzione le singole voci che compongono i macro-aggregati è possibile notare come in alcune di esse<sup>54</sup> la spesa calabrese sia superiore, in determinati casi anche nettamente, rispetto alla media nazionale. Tale osservazione può essere resa più evidente attraverso dei grafici di vario tipo, proposti in seguito, al fine di rappresentare in maniera immediata i macro-aggregati e le voci che manifestano gli scostamenti in eccesso rispetto alla media.

<sup>54</sup>Ovvero: Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.; Materiali per emodialisi; Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi; Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione; Manutenzione e riparazione per la manutenzione di automezzi (sanitari e non); Canoni di leasing - area sanitaria.



L'istogramma relativo agli acquisti di beni sanitari è stato costruito senza includere, per motivi prettamente grafici, le due voci estreme della categoria, intese come quelle riportanti il valore più alto (Prodotti farmaceutici ed emoderivati<sup>55</sup>) ed il più basso (Materiali e prodotti per uso veterinario<sup>56</sup>), ed esprimendo i valori sull'asse delle ordinate in migliaia di euro. Come si può notare, la colonna che rappresenta la Regione Calabria supera quella rappresentante la media nazionale solo in due casi, che possono essere così esplosi:

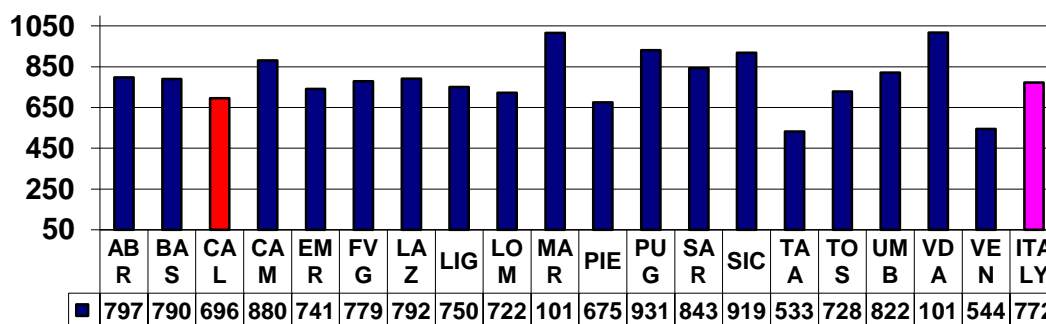


<sup>55</sup> Che da sola assorbe oltre il 50% della spesa per acquisti di beni sanitari, sia a livello calabrese che nella media nazionale

<sup>56</sup> La cui percentuale di incidenza sulla spesa per acquisti di beni sanitari è circa lo 0,05%

Per i materiali per emodialisi, la Regione Calabria spende circa il 16% in più rispetto alla media nazionale, con uno scostamento in eccesso di circa 2 milioni e 300 mila euro. Questo dato dovrebbe indurre a domandarsi se in Calabria ci siano più dializzati rispetto alla media nazionale o se il problema di eccesso di costo dei materiali per emodialisi sia dovuto a prezzi superiori alla media o a distorsioni e/o inefficienze nel processo di approvvigionamento degli stessi. Per rispondere a questa domanda è anzitutto importante riportare i dati relativi al numero di pazienti prevalenti in dialisi per milione di abitanti nelle varie regioni italiane<sup>57</sup>:

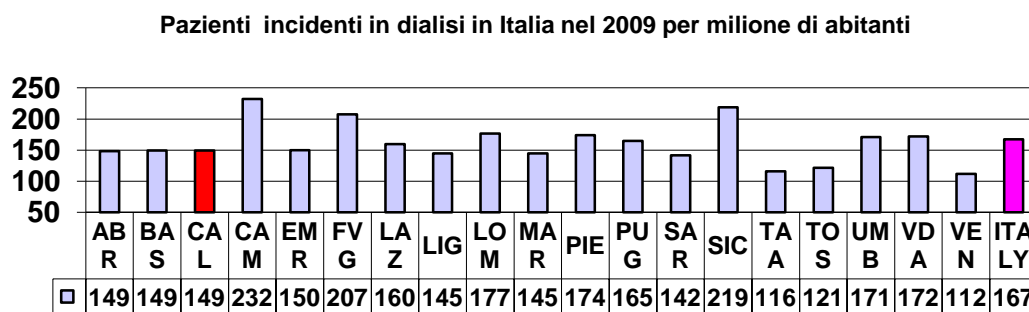
**Pazienti prevalenti in dialisi in Italia nel 2009 per milione di popolazione**



I pazienti prevalenti presso un centro o un'area geografica sono i pazienti che ad una certa data dializzano cronicamente e stabilmente presso il centro o nell'area geografica in questione, indipendentemente dal fatto di essere o meno residenti nell'area ed esclusi i pazienti che dializzano solo temporaneamente nel centro o nell'area geografica per motivi clinici o di altra natura. Nell'istogramma riportato, la colonna relativa alla Regione Calabria, dunque, non comprende i pazienti residenti in Calabria, ma che dializzano nelle Regioni confinanti, che al 30 giugno 2010 erano 46. Pur sommando tale valore a quello in figura, tuttavia, la Regione Calabria presenta comunque un'incidenza di pazienti prevalenti in dialisi inferiore

<sup>57</sup> La tabella ed i dati di seguito riportati sono tratti dal XVII Report della Società Italiana di Nefrologia, Sezione Calabria, presentato a Vibo Valentia il 21-10-2011 e disponibile sul sito del Registro Calabrese di Dialisi e Trapianto: <http://www.rc.ibim.cnr.it/Registro/Home.htm>

rispetto alla media nazionale. Questo dato, inoltre, è confermato ed avvalorato da quelli relativi all'incidenza di pazienti in dialisi:



I pazienti incidenti in un'area in un certo arco temporale<sup>58</sup> sono quei pazienti residenti nell'area che iniziano dialisi cronica nell'arco temporale considerato. Anche relativamente a questo dato la Regione Calabria presenta un valore inferiore rispetto alla media nazionale.

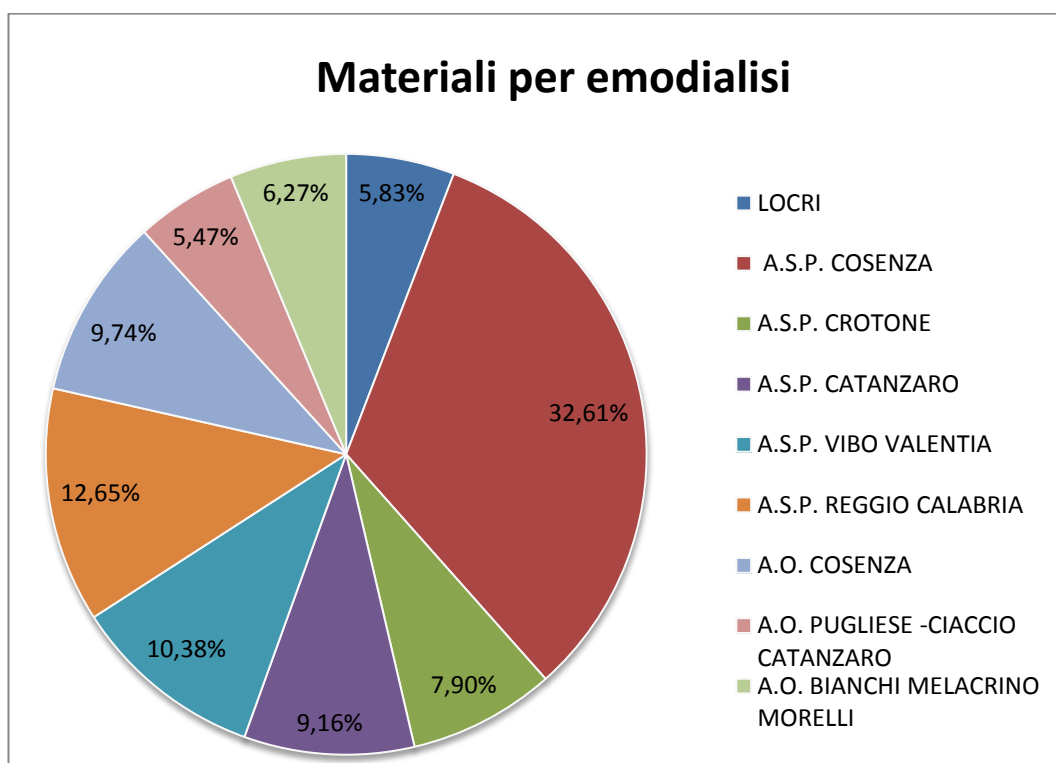
I motivi determinanti l'eccesso di spesa rispetto alla media nazionale della sanità calabrese per l'acquisto di materiali per emodialisi vanno, quindi, ricercati non attraverso l'analisi della domanda, in quanto quasi paradossalmente la domanda risulta essere inferiore in confronto a quella media nazionale, ma per mezzo dell'analisi dei fornitori, che consente anche di capire meglio le dinamiche in virtù delle quali si determinano i prezzi, ed attraverso l'analisi delle modalità d'acquisto, che indaga il processo di approvvigionamento.

Si dimostra così in concreto come l'analisi della spesa debba essere intesa quale processo unitario di miglioramento continuo, in cui le varie fasi di indagine, procedendo ciascuna dal generale al particolare, non possono mai considerarsi separate ed autonome, in quanto si intersecano ed integrano continuamente, fornendo spunti, interrogativi e soluzioni strettamente correlati. È solo da una chiara visione unitaria che si può partire per formulare un qualsivoglia piano di programmazione ed ottimizzazione

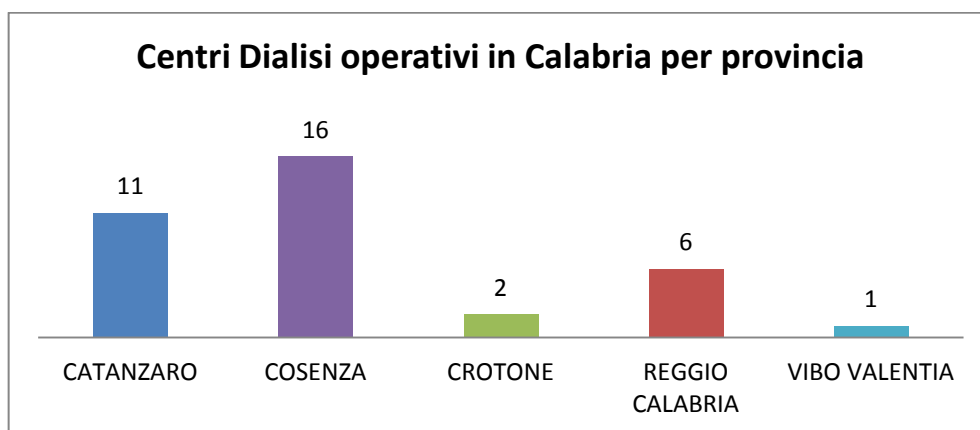
<sup>58</sup> Come riporta la stessa definizione del Registro Regionale Dialisi e Trapianto:  
[http://www.regdial.it/Paziente\\_dialisi.htm](http://www.regdial.it/Paziente_dialisi.htm)

pluriennale, che miri ragionevolmente ad efficacia, efficienza ed economicità.

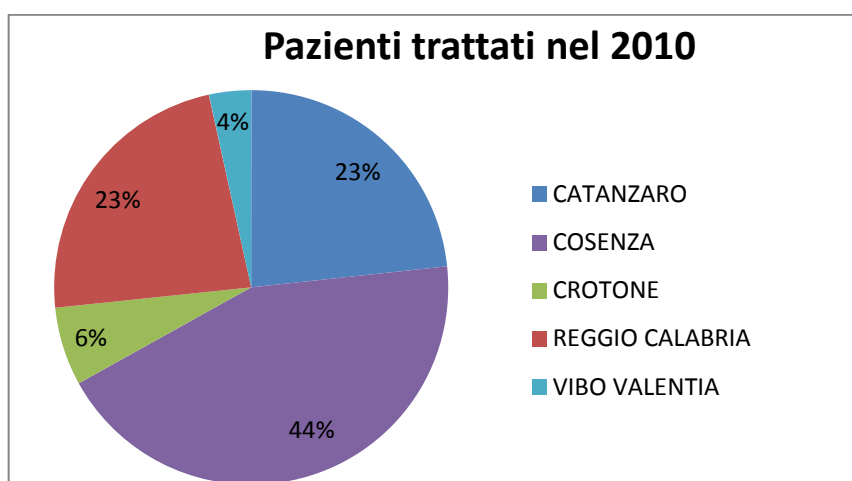
Volendo fare un focus ancora più minuzioso sulla voce “Materiali per emodialisi” nel contesto regionale calabrese, notiamo come essa sia generata dalle varie Aziende Sanitarie regionali nelle seguenti proporzioni:



Questo a fronte di un totale di 1279 pazienti in trattamento di emodialisi in Calabria al 31/12/2010 e 36 centri di dialisi operativi sul territorio regionale, così distribuiti nelle cinque province:



Per quanto concerne il numero di pazienti trattati nel 2010 in ciascuna provincia, Cosenza si piazza senza dubbio al primo posto con 558 assistiti, seguita da Catanzaro e Reggio Calabria quasi a pari merito rispettivamente con 298 e 297 pazienti trattati. Si hanno, infine, Crotone con 82 assistiti e Vibo Valentia con 44 pazienti trattati. Tale distribuzione può essere rappresentata con un grafico a torta riportante le rispettive percentuali:



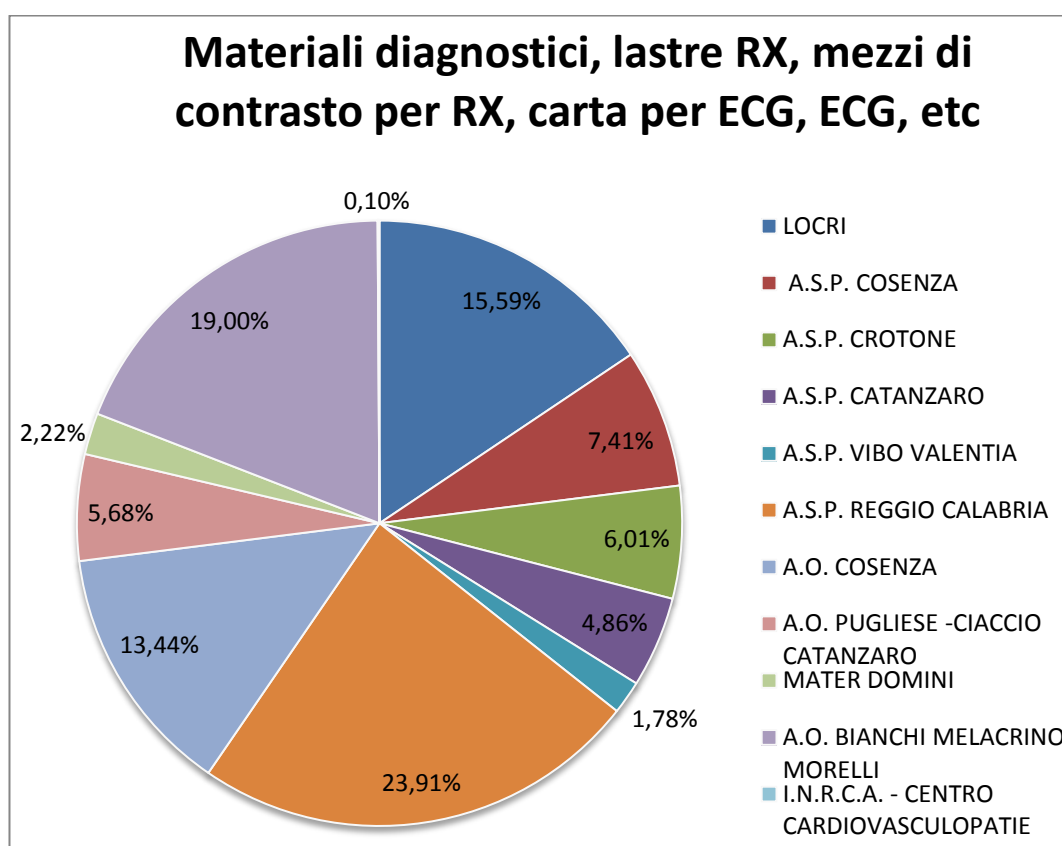
È possibile a questo punto disegnare una tabella riassuntiva che ci consenta di fare qualche altra riflessione:

Provincia	N° centri operativi	N° pazienti trattati con dialisi nel 2010	% di pazienti trattati sul totale di quelli trattati con dialisi nella Regione	% della spesa regionale per materiali per emodialisi
CATANZARO	11	298	23,30%	14,63%
COSENZA	16	558	43,63%	42,35%
CROTONE	2	82	6,41%	7,90%
REGGIO CALABRIA	6	297	23,22%	24,75%
VIBO VALENTIA	1	44	3,44%	10,38%

La Provincia di Reggio Calabria, pur avendo un numero di pazienti in trattamento dialitico pressoché identico a quello della Provincia di Catanzaro, ha un'incidenza sulla spesa regionale per materiali per emodialisi di circa 10 punti percentuali più alta di quella di Catanzaro; così come la Provincia di Vibo Valentia, pur avendo circa la metà dei dializzati

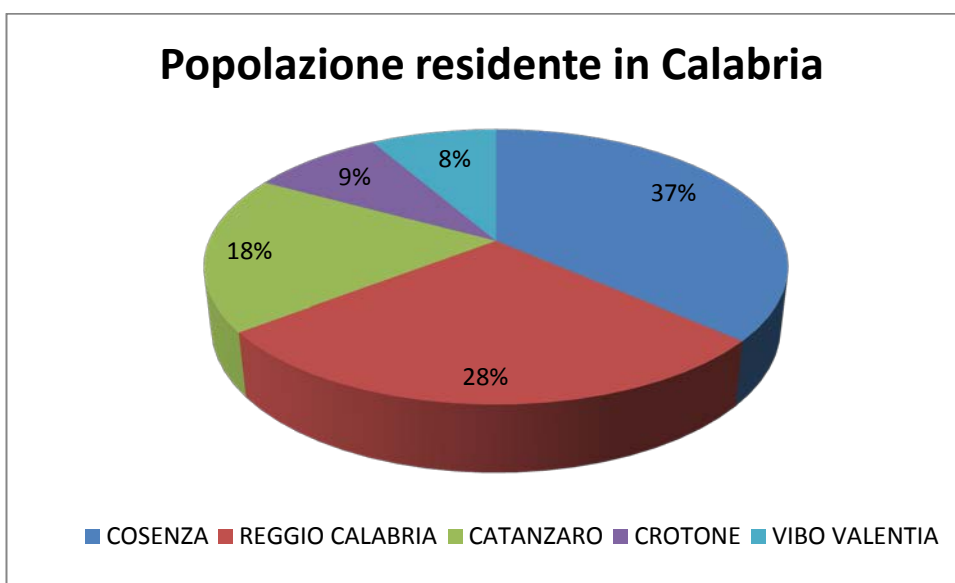
di Crotona, incide per il 2,5% in più rispetto alla Provincia di Crotona sulla spesa regionale destinata all'acquisto di materiali per emodialisi. Sembra, dunque, il caso di iniziare ad applicare concretamente il concetto di benchmarking, inteso quale metodologia di confronto sistematico con le migliori aziende della propria categoria, per apprendere da queste le pratiche migliori ed ottimizzare le proprie prestazioni.

Passando ora ad analizzare la voce "Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.", la spesa per essa sostenuta dalla Regione Calabria è oltre 3 milioni e mezzo maggiore di quella media nazionale, il che si traduce in oltre il 35% di costi in più per la medesima voce di spesa, che è generata dalle diverse Aziende Sanitarie della Regione nelle seguenti proporzioni:





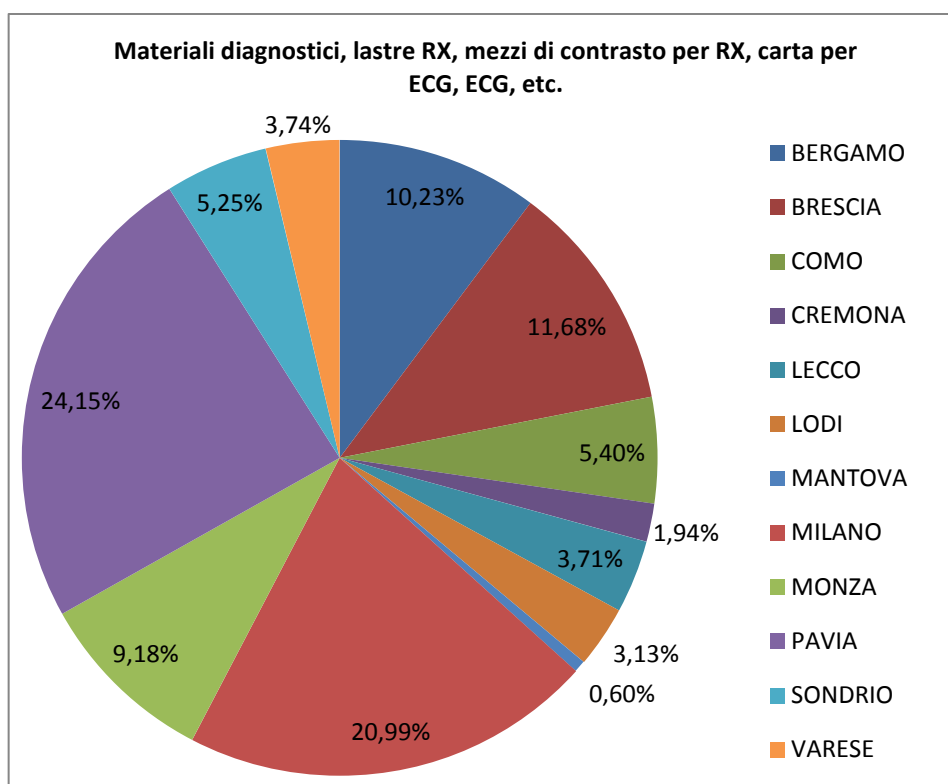
Per questa voce è quasi impossibile avere dati certi relativamente al numero di esami diagnostici effettuati da ciascun centro di costo per trarne in qualche modo i relativi consumi di materiali. Tuttavia, sorge spontanea la domanda circa il fatto se in Calabria vengono fatti più esami diagnostici rispetto alla media nazionale o se gli acquisti per i materiali necessari agli esami diagnostici scontano prezzi nettamente maggiori rispetto alla media. Non avendo dati certi disponibili circa la prima ipotesi, un'idea percorribile per cercare di interpretare i dati di spesa relativi ai materiali diagnostici potrebbe essere quella di verificare la congruità della spesa di ciascuna Provincia con la propria popolazione. La distribuzione percentuale dei calabresi nelle varie province della Regione è la seguente:



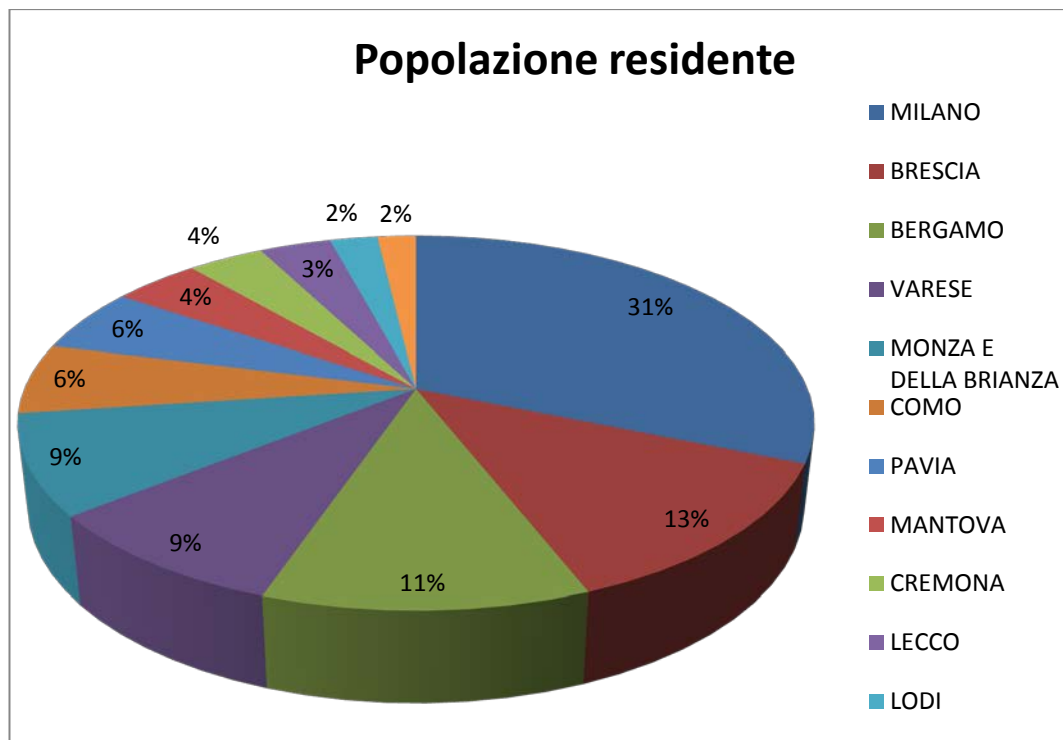
Confrontando questi dati con quelli relativi alla spesa di ciascuna Provincia, ottenuta sommando i valori di tutte le sue Aziende Sanitarie, notiamo che Reggio Calabria è l'unica ad avere una percentuale di incidenza sulla spesa sanitaria regionale per materiali diagnostici molto maggiore rispetto alla sua quota di popolazione residente, con una fetta di costi per materiali diagnostici pari al 58,5% del totale regionale a fronte del 28% di popolazione regionale residente nella Provincia reggina.

In questo confronto ideale tra percentuale di costi generata sul totale regionale e popolazione residente, la Provincia più virtuosa risulta essere Cosenza, con il 20,86% di spesa generata a fronte del 37% di popolazione regionale ivi residente. Seguono Vibo Valentia, Catanzaro e Crotone rispettivamente con uno scarto di 6,22 punti percentuali, 5,24 e 2,99 punti percentuali tra popolazione residente e quota parte di spesa regionale per materiali diagnostici.

In considerazione del fatto che questo confronto tra spesa per materiali diagnostici e popolazione residente nelle varie province regionali è solo un'idea percorribile, si ritiene opportuno applicarla anche ad una Regione, quale la Lombardia, considerata oggettivamente virtuosa e che rientra nel paniere delle 5 Regioni benchmark tra le quali verranno scelte le 3 che determineranno i costi standard, così da poter fare delle considerazioni in parallelo. L'incidenza percentuale della spesa per materiali diagnostici delle varie province lombarde sul totale regionale è la seguente:



La distribuzione della popolazione residente nelle varie province della Regione Lombardia, invece, si presenta nel seguente modo:



Come emerge dai grafici, l'incidenza della spesa delle varie Aziende Sanitarie delle province lombarde è sostanzialmente in linea con la percentuale di popolazione ivi residente, se non inferiore ad essa, fatta eccezione per la Provincia di Pavia, che presenta un'incidenza sulla spesa totale per materiali diagnostici della Regione Lombardia circa 4 volte la percentuale di popolazione ivi residente, ma tale dato può essere spiegato in virtù di diversi aspetti: la Provincia di Pavia si distingue per la qualità della ricerca e della cura in Italia ed in Europa, registrando anche un bilancio virtuoso; nella Provincia è presente un rinomato polo sanitario, di cui il Policlinico San Matteo è il fiore all'occhiello, che attrae giornalmente migliaia di pazienti, molti dei quali provenienti dalle altre province lombarde; una percentuale di pazienti del Policlinico San Matteo

provenienti da altre regioni italiane che nel 2011 era pari al 15%<sup>59</sup>; la presenza nel polo sanitario di Pavia di aree di eccellenza, come la radiologia pediatrica e per adulti, che richiedono un notevole utilizzo di materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ecc.. Particolare menzione a fronte della sua efficienza merita la Provincia di Milano, che pur essendo la più abitata della Regione, con il 31% di popolazione residente, incide sulla spesa per materiali diagnostici solo per il 21%. Anche l'intera Regione Lombardia registra un risultato pregevole in termini di efficienza, per quanto concerne nello specifico la spesa per i materiali diagnostici, in quanto pur essendo la Regione più popolosa d'Italia con quasi 10 milioni di abitanti ha una spesa per materiali diagnostici di 17 milioni e 311 mila euro, che è sì superiore alla media, ma non la più alta. La spesa per materiali diagnostici della Regione Lombardia, inoltre, eccede solo per 1/4 quella della Regione Calabria, pur avendo la prima una popolazione pari a circa 5 volte quella della seconda.

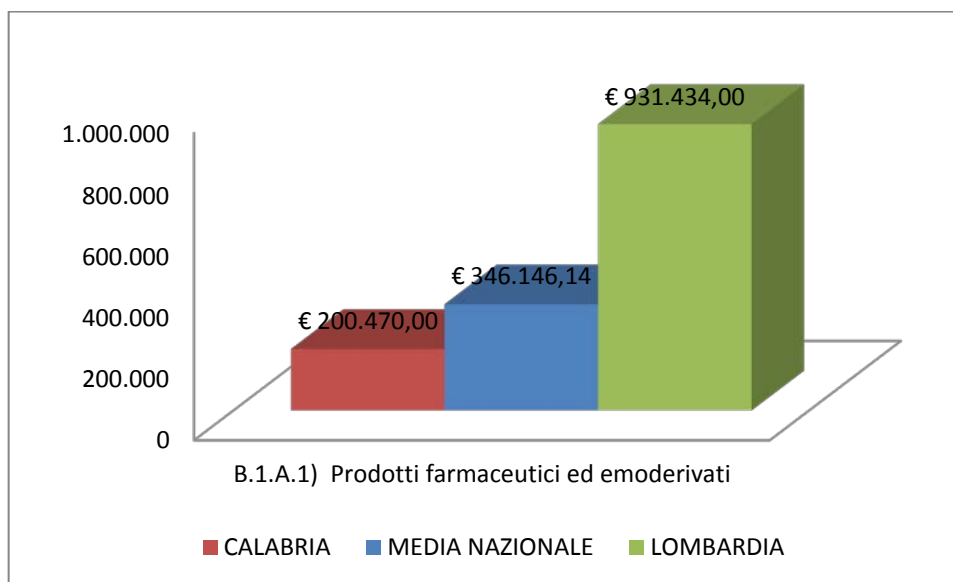
Prima di passare ad analizzare le altre macro-componenti della spesa sanitaria calabrese, al fine di dimostrare ancora una volta l'efficacia nello scovare le inefficienze ed i margini di miglioramento, nonché l'estesa applicabilità del metodo di analisi della spesa adottato, pare opportuno indagare almeno una voce di costo nell'ambito degli acquisti di beni sanitari in cui la spesa della Regione Calabria è inferiore rispetto a quella media nazionale, per verificare se nonostante ciò vi siano comunque delle possibilità di efficientamento del processo di approvvigionamento attraverso lo strumento della pianificazione degli acquisti.

Una voce molto interessante nell'ambito degli acquisti di beni sanitari sono i "Prodotti farmaceutici ed emoderivati", che assorbono la maggior parte della spesa destinata alla loro macro-categoria. I valori registrati rispettivamente dalla Regione Calabria, dalla media nazionale e dalla

---

<sup>59</sup> Dato tratto dal "Piano delle Performance 2012-2014" della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia

Regione Lombardia per questa voce di costo sono rappresentati nel seguente istogramma:



I dati sono espressi in migliaia di euro

Quello che ad una lettura superficiale potrebbe apparire come un dato confortante per la Regione Calabria, in quanto inferiore rispetto alla media nazionale, ed accettabile per la Regione Lombardia, in virtù del fatto di essere la Regione più popolosa d'Italia e con il maggior saldo positivo per la mobilità sanitaria interregionale, assume nuovi significati se letto in un'ottica di costo per prestazione. Una modalità per fare ciò potrebbe essere quella di confrontare la spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati con il numero di ricoveri nella Regione nel corso dell'anno, tratto dal "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" del Ministero della Salute presentato nell'ottobre 2011 e riferito ai dati SDO 2010. Lo strumento che consente di avere questi dati, infatti, è la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che costituisce la sintesi delle informazioni contenute nella cartella clinica di ciascun paziente e relative ai singoli dimessi dagli istituti di

ricovero ospedaliero. Con questi dati possiamo calcolare teoricamente la spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati per singolo ricovero<sup>60</sup>.

In Calabria, a fronte di 324.940 SDO, la spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati nel 2010 è stata di 200 milioni e 470 mila euro, con una spesa per singolo ricovero teoricamente di 616,94 €

In Lombardia, invece, a fronte di 1.769.241 Schede di Dimissione Ospedaliera, la spesa per la medesima voce di costo nel 2010 è stata di 931 milioni e 434 mila euro, con una spesa per singolo ricovero di 526,46 €

Stando a questi dati, se la Calabria riuscisse ad allinearsi all'attuale costo per singolo ricovero della Regione Lombardia, colmando il gap di 90,49 € attualmente esistente, potrebbe risparmiare circa 29 milioni e 400 mila euro annui, pari ad oltre il 43% del deficit sanitario registrato nel 2010 dalla Regione Calabria, che era pari a 67 milioni e 851 mila euro.

Ciò dimostra come un'attenta e puntuale applicazione del metodo dell'analisi della spesa anche alle voci di costo che risultano in valore assoluto inferiori rispetto alla media nazionale consente di risparmiare somme rilevanti, sfruttando i notevoli margini di miglioramento esistenti.

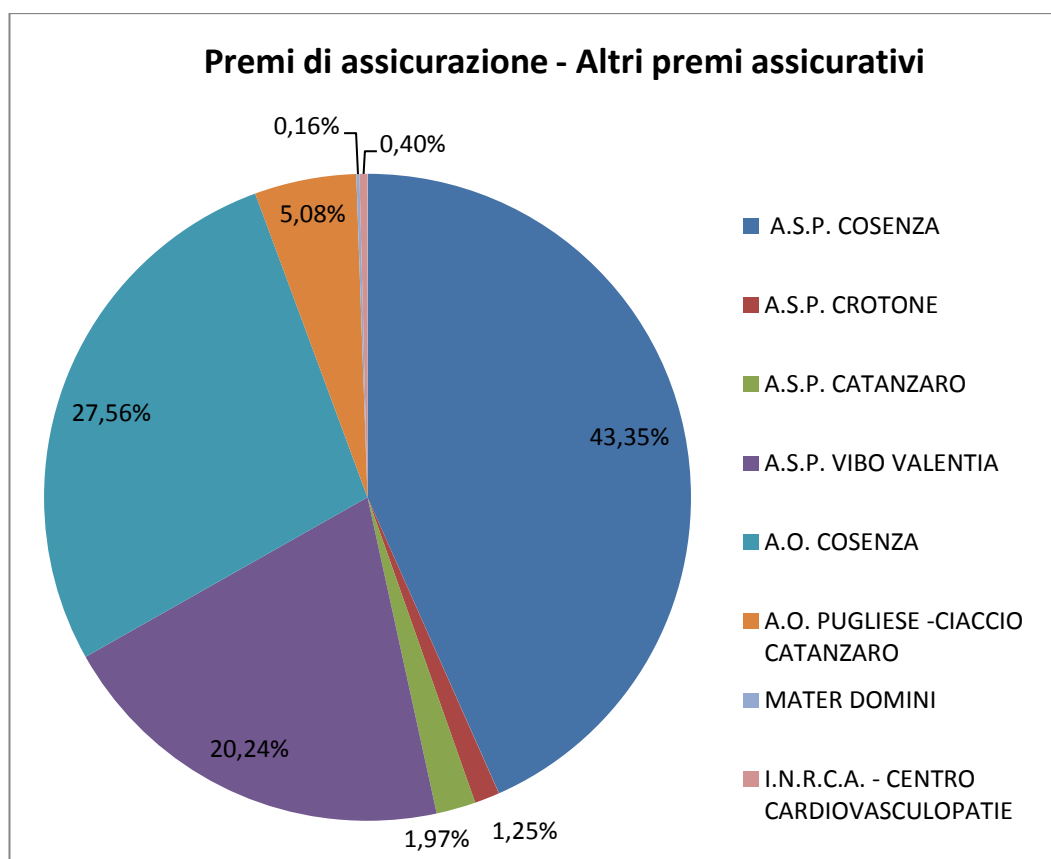
Per quanto concerne gli acquisti di beni non sanitari, come i prodotti alimentari, materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere o combustibili, carburanti e lubrificanti, non si rilevano voci di spesa nelle quali la Regione Calabria vada oltre quella che è la media nazionale, tenendosi, piuttosto, ben al di sotto di essa.

Lo sforamento della media nazionale da parte della Regione Calabria lo si ha, invece, nell'ambito degli acquisti di servizi non sanitari ed in particolare relativamente ai premi di assicurazione classificati come "altri premi assicurativi", per i quali, a fronte di una media nazionale di 6.544.000 €, la Regione Calabria spende quasi il doppio, ben 12.857.000 €

---

<sup>60</sup> Il fatto che nel numero dei ricoveri considerato per ciascuna Regione siano compresi sia quelli nelle strutture pubbliche che quelli presso cliniche private bilancia il fatto che i prodotti farmaceutici ed emoderivati sono utilizzati non solo negli ospedali, ma anche presso le ASL.

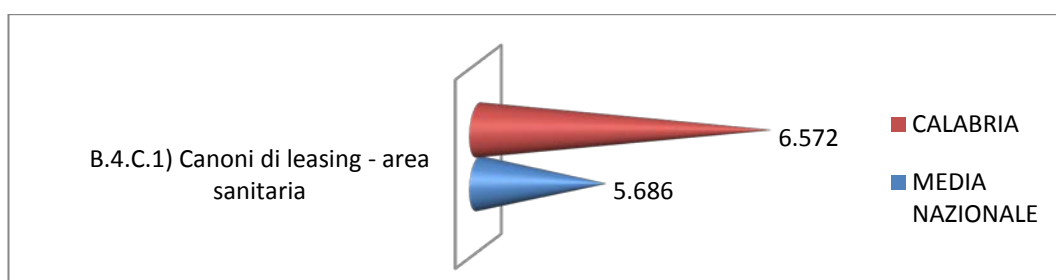
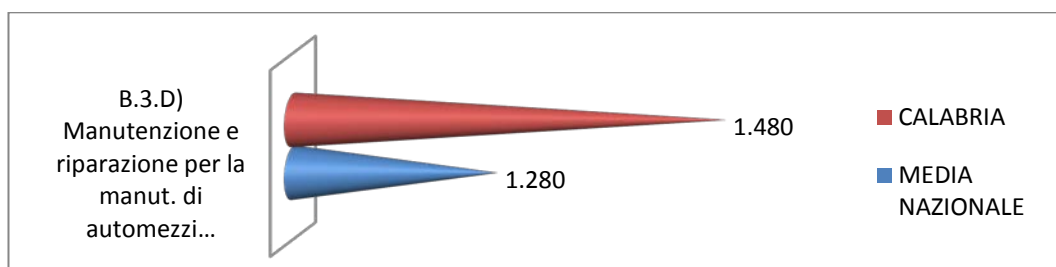
Gli “altri premi assicurativi” presenti nel Conto Economico della sanità calabrese sono ripartiti percentualmente tra le varie Aziende Sanitarie della Regione nel seguente modo:



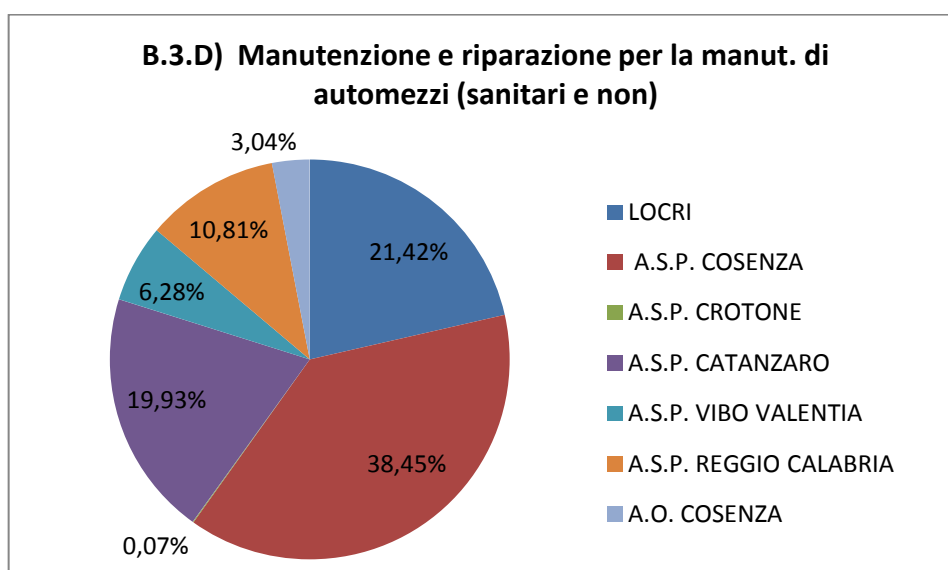
Sempre nell’ambito degli acquisti di servizi non sanitari va rilevato che la Regione Calabria è l’unica in Italia a riportare nel proprio Conto Economico la voce di costo “Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione” per 208 mila euro, di cui 195 mila spesi dall’A.S.P. di Vibo Valentia e 13 mila dall’I.N.R.C.A – Centro Cardiovasculopatie di Cosenza.

Le ultime due voci, nell’ambito delle macro-componenti della spesa sanitaria fin qui esaminate, a presentare degli scostamenti in eccesso nel Conto Economico della Regione Calabria rispetto alla media nazionale sono la “Manutenzione e riparazione per la manutenzione di automezzi (sanitari

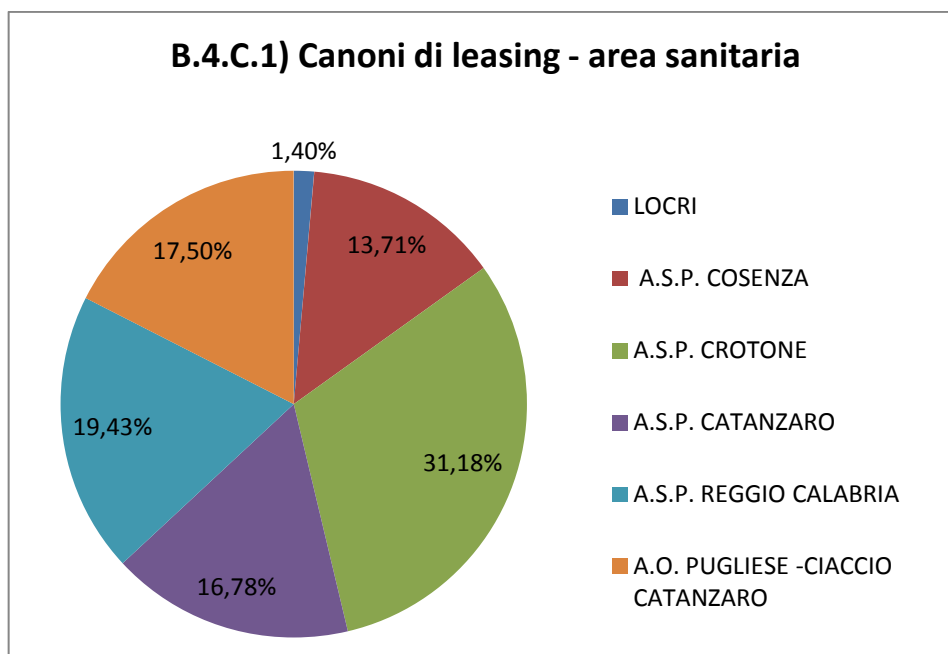
e non)” e “Canoni di leasing – area sanitaria”, che presentano ciascuna i seguenti valori rispetto alla media nazionale:



La prima delle due voci in questione rientra nell’ambito dell’aggregato “Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)” ed eccede del 15% rispetto alla media nazionale; la seconda voce, invece, fa parte della macrocategoria “Godimento di beni di terzi” ed in Calabria registra un costo del 15% in più circa rispetto alla media nazionale. La contribuzione percentuale delle varie Aziende Sanitarie calabresi alle due voci è la seguente:



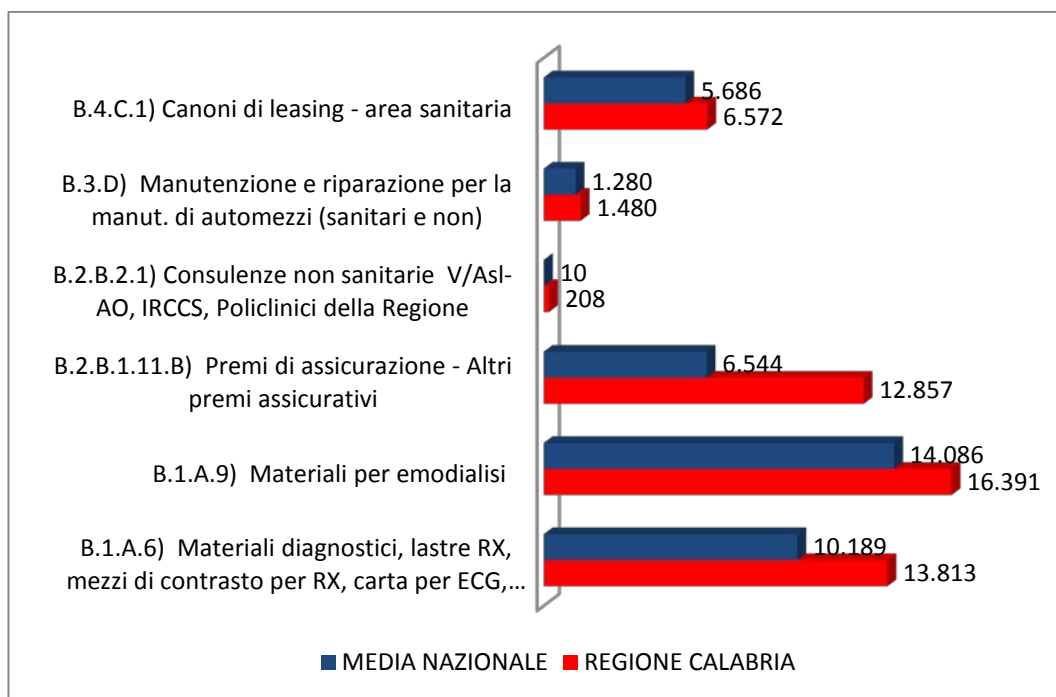




Queste sono due voci di non facile trattazione in termini di analisi della spesa, in quanto non ci sono per esse protocolli sanitari che ne indichino il prezzo di riferimento e/o la misura in cui è necessario spendervi per ottenere determinati risultati. Ciò che si può fare in tali casi è indagare circa il “perché” tali spese vengono effettuate, se il bisogno cui rispondono non possa essere soddisfatto in maniera economicamente migliore e che modalità di approvvigionamento vengono utilizzate.

In ogni caso, sembrerebbe conveniente che perlomeno la spesa relativa ai canoni di leasing dell’area sanitaria venisse accentrata a livello regionale, in maniera tale da consentire un efficientamento delle procedure e l’ottenimento di economie di scala.

Riassumendo in un unico istogramma le voci nelle quali la spesa della Regione Calabria supera quella media nazionale e riportando per entrambe i valori specifici di ciascuna voce otteniamo il seguente grafico:



I dati sono espressi in migliaia di euro

Sommando tutti gli scostamenti dalla media otteniamo un risparmio potenziale di 13 milioni e 525 mila euro, che si avrebbe riallineando la spesa sanitaria calabrese alla media nazionale nelle voci di costo analizzate, in cui al momento si eccede. Tale risparmio consentirebbe di per sé una riduzione di circa il 20% del deficit sanitario regionale 2010, che è stato pari a circa 67 milioni e 851 mila euro, oltre ad indurre un miglioramento generalizzato dei processi di approvvigionamento, monitoraggio e controllo dei costi, introducendo nel SSR l'ottica dell'analisi della spesa.

Il fatto che la Calabria non si discosti dalla media nazionale relativamente alle macro-componenti della spesa sanitaria non significa che si stia spendendo "bene". Questo emerge ancor più chiaramente se, anziché considerare semplicemente i dati consuntivi regionali e della media nazionale, si effettua una comparazione pesata tra i dati consuntivi della Regione Calabria e quelli medi nazionali e di una Regione virtuosa, come la Lombardia, eleggibile quale best practice cui mirare pesati per la popolazione o per il numero di ricoveri, in modo da poter fare un confronto che non abbia basi diverse, ma teoricamente a parità di risorse impiegate.

Secondo il bilancio demografico Istat 2010, al 31/12/2010 in Calabria risiedevano 2.011.395 persone, in Lombardia 9.917.714 e la popolazione mediamente residente in una Regione d'Italia era di 2.886.973 persone. Sulla base di queste informazioni è possibile elaborare la seguente tabella con i dati del consuntivo 2010 pesati sulla popolazione:

Descrizione voce	CALABRIA	MEDIA NAZIONALE	LOMBARDIA
<b>B.1) Acquisti di beni</b>	<b>396.320</b>	<b>491.106</b>	<b>427.444</b>
<b>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</b>	<b>381.659</b>	<b>467.497</b>	<b>388.779</b>
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	200.470	241.165	188.903
B.1.A.2) Ossigeno	5.929	5.402	4.989
B.1.A.3) Prodotti dietetici	94	2.287	2.189
B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	9.439	8.657	10.763
B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	42.856	50.126	44.558
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	13.813	7.099	3.511
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	64.882	89.472	73.370
B.1.A.8) Materiali protesici	26.473	48.458	45.418
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	16.391	9.814	8.906
B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	160	220	246
B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	1.152	4.797	5.928
<b>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</b>	<b>14.661</b>	<b>23.610</b>	<b>38.665</b>
B.1.B.1) Prodotti alimentari	1.114	3.102	5.092
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.543	3.521	3.573
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.687	4.969	6.400
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	4.724	5.362	5.111
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	2.243	2.767	2.896
B.1.B.6) Altri beni non sanitari	350	3.890	15.593
<b>B.2) Acquisti di servizi</b>	<b>1.494.716</b>	<b>1.871.255</b>	<b>2.047.588</b>
<b>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</b>	<b>1.327.413</b>	<b>1.622.861</b>	<b>1.828.693</b>
<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>167.303</b>	<b>248.394</b>	<b>218.895</b>
B.2.B.1) Servizi non sanitari	159.768	233.650	207.794
B.2.B.1.1) Lavanderia	10.399	17.752	12.081
B.2.B.1.2) Pulizia	34.441	39.824	31.743
B.2.B.1.3) Mensa	23.223	25.399	20.155
B.2.B.1.4) Riscaldamento	4.289	16.285	22.385

B.2.B.1.5) Elaborazione dati	2.047	10.171	12.093
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	900	2.804	763
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	2.862	6.976	5.311
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	13.772	8.018	6.801
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	18.542	18.898	18.987
B.2.B.1.10) Altre utenze	4.539	7.941	8.696
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	28.379	22.660	23.181
B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	15.522	18.100	19.649
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	12.857	4.560	3.532
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	16.375	56.923	45.598
B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	44	7.034	154
B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	16.331	49.889	45.444
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	6.437	9.838	8.403
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	7	0
B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	3	126	32
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	6.163	9.377	8.338
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.923	2.740	2.503
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.304	1.376	1.070
B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria	1.660	3.347	3.456
B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area non sanitaria	276	1.915	1.309
B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	63	327	34
B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	63	306	34
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	1.098	4.906	2.698
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	525	1.682	171
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	573	3.224	2.527
<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>42.029</b>	<b>59.485</b>	<b>56.896</b>
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	16.126	20.941	17.985

B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	3.967	5.421	3.951
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	19.351	25.494	25.671
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	1.480	891	778
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	1.105	6.738	8.511
<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	<b>32.909</b>	<b>32.249</b>	<b>24.494</b>
B.4.A) Affitti passivi	8.986	7.029	4.761
B.4.B) Canoni di noleggio	17.117	20.321	16.854
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	15.363	14.629	11.878
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	1.754	5.693	4.976
B.4.C) Canoni di leasing	6.806	4.899	2.879
B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	6.572	3.962	1.459
B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	234	937	1.420
<b>Totale Costo del personale</b>	<b>1.289.255</b>	<b>1.201.250</b>	<b>1.037.648</b>
<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	<b>1.030.905</b>	<b>962.867</b>	<b>802.944</b>
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	610.613	488.574	393.067
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	559.253	444.410	355.444
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	51.360	44.165	37.623
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	420.292	474.293	409.877
<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	<b>5.282</b>	<b>4.647</b>	<b>4.734</b>
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	4.360	4.183	4.490
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	922	464	243
<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	<b>137.180</b>	<b>137.614</b>	<b>137.932</b>
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	10.854	3.457	1.291
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	126.326	134.157	136.641
<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>115.888</b>	<b>96.122</b>	<b>92.037</b>

I dati sono espressi in migliaia di euro

Le righe rosse sono date dalla somma delle verdi

Considerando le sole voci di costo in cui i dati del consuntivo calabrese eccedono rispetto a quelli che sarebbero i dati della sanità lombarda se avesse una popolazione pari a quella della Regione Calabria, si può

costruire un'ulteriore tabella, in cui si riportano anche i risparmi potenzialmente ottenibili dal riallineamento dei costi calabresi a quelli della best practice e la percentuale di risparmio potenziale conseguibile sulla singola voce di costo:

<b>Descrizione voce</b>	<b>CALABRIA</b>	<b>LOMBARDIA</b>	<b>Risparmio potenziale se la Calabria si allineasse ai valori della Lombardia</b>	<b>Percentuale di risparmio potenziale</b>
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	200.470	188.903	11.567	6
B.1.A.2) Ossigeno	5.929	4.989	940	16
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	13.813	3.511	10.302	75
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	16.391	8.906	7.485	46
B.2.B.1.2) Pulizia	34.441	31.743	2.698	8
B.2.B.1.3) Mensa	23.223	20.155	3.068	13
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	900	763	137	15
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	13.772	6.801	6.971	51
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	12.857	3.532	9.325	73
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	0	208	100
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.923	2.503	420	14
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.304	1.070	234	18
B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	63	34	29	47
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	525	171	354	67
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	3.967	3.951	16	0,41
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	1.480	778	702	47

B.4.A) Affitti passivi	8.986	4.761	4.225	47
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	15.363	11.878	3.485	23
B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	6.572	1.459	5.113	78
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	559.253	355.444	203.809	36
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	51.360	37.623	13.737	27
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	420.292	409.877	10.415	2
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	922	243	679	74
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	10.854	1.291	9.563	88
B.8) Personale del ruolo amministrativo	115.888	92.037	23.851	21

I dati sono espressi in migliaia di euro

Il risparmio potenziale teoricamente ottenibile attraverso questo ideale riallineamento per le suddette voci di costo della spesa sanitaria calabrese a quella che sarebbe la spesa lombarda a parità di popolazione residente è di circa 329 milioni di euro, che non solo azzererebbero il deficit annualmente esistente e contribuirebbero a risanare il debito, ma consentirebbero anche di investire nella sanità calabrese le risorse necessarie per innalzare i livelli qualitativi delle prestazioni erogate e puntare a performance eccellenti.

Volendo utilizzare il numero di ricoveri nella Regione quale valore base per pesare i dati dobbiamo far riferimento al Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero prodotto dal Ministero della Salute e prendere i dati SDO 2010, in base ai quali nel corso dell'anno sono state trasmesse 324.940 Schede di Dimissione Ospedaliera dalla Regione Calabria, 1.796.241 dalla Regione Lombardia ed in media 537.852 da ogni Regione italiana. In virtù di questi dati è possibile elaborare la seguente tabella:

Descrizione voce	CALABRIA	MEDIA NAZIONALE	LOMBARDIA
B.1) Acquisti di beni	396.320	296.699	78.505
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	381.659	282.435	71.403
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	200.470	145.698	34.694

B.1.A.2) Ossigeno	5.929	3.264	916
B.1.A.3) Prodotti dietetici	94	1.382	402
B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	9.439	5.230	1.977
B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	42.856	30.283	8.184
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	13.813	4.289	645
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	64.882	54.054	13.475
B.1.A.8) Materiali protesici	26.473	29.275	8.341
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	16.391	5.929	1.636
B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	160	133	45
B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	1.152	2.898	1.089
<b>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</b>	<b>14.661</b>	<b>14.264</b>	<b>7.101</b>
B.1.B.1) Prodotti alimentari	1.114	1.874	935
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.543	2.127	656
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.687	3.002	1.176
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	4.724	3.239	939
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	2.243	1.672	532
B.1.B.6) Altri beni non sanitari	350	2.350	2.864
<b>B.2) Acquisti di servizi</b>	<b>1.494.716</b>	<b>1.130.508</b>	<b>376.061</b>
<b>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</b>	<b>1.327.413</b>	<b>980.442</b>	<b>335.859</b>
<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>167.303</b>	<b>150.066</b>	<b>40.202</b>
B.2.B.1) Servizi non sanitari	159.768	141.158	38.164
B.2.B.1.1) Lavanderia	10.399	10.725	2.219
B.2.B.1.2) Pulizia	34.441	24.060	5.830
B.2.B.1.3) Mensa	23.223	15.344	3.702
B.2.B.1.4) Riscaldamento	4.289	9.839	4.111
B.2.B.1.5) Elaborazione dati	2.047	6.144	2.221
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	900	1.694	140
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	2.862	4.214	975
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	13.772	4.844	1.249
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	18.542	11.417	3.487
B.2.B.1.10) Altre utenze	4.539	4.797	1.597
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	28.379	13.690	4.257
B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	15.522	10.935	3.609
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	12.857	2.755	649
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	16.375	34.390	8.375
B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	44	4.249	28
B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	16.331	30.140	8.346
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	6.437	5.943	1.543
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	4	0



B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	3	76	6
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	6.163	5.665	1.531
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.923	1.655	460
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.304	831	197
B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria	1.660	2.022	635
B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area non sanitaria	276	1.157	240
B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	63	198	6
B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	63	185	6
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	1.098	2.964	495
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	525	1.016	31
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	573	1.948	464
<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>42.029</b>	<b>35.938</b>	<b>10.449</b>
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	16.126	12.651	3.303
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	3.967	3.275	726
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	19.351	15.402	4.715
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	1.480	539	143
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	1.105	4.070	1.563
<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	<b>32.909</b>	<b>19.483</b>	<b>4.499</b>
B.4.A) Affitti passivi	8.986	4.246	874
B.4.B) Canoni di noleggio	17.117	12.277	3.095
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	15.363	8.838	2.182
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	1.754	3.439	914
B.4.C) Canoni di leasing	6.806	2.959	529
B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	6.572	2.393	268
B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	234	566	261
<b>Totale Costo del personale</b>	<b>1.289.255</b>	<b>725.728</b>	<b>190.575</b>
<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	<b>1.030.905</b>	<b>581.710</b>	<b>147.469</b>
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	610.613	295.169	72.191
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	559.253	268.487	65.281
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	51.360	26.682	6.910
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	420.292	286.541	75.278

<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	<b>5.282</b>	<b>2.807</b>	<b>869</b>
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	4.360	2.527	825
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	922	280	45
<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	<b>137.180</b>	<b>83.138</b>	<b>25.333</b>
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	10.854	2.088	237
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	126.326	81.050	25.096
<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>115.888</b>	<b>58.072</b>	<b>16.904</b>

I dati sono espressi in migliaia di euro

Le righe rosse sono date dalla somma delle verdi

Considerando anche in questo caso le sole voci di costo in cui i dati del consuntivo calabrese eccedono rispetto a quelli che sarebbero i dati della sanità lombarda se avesse un numero di Schede di Dimissione Ospedaliera, quindi presumibilmente di ricoveri, pari a quello della Regione Calabria, si può costruire un'ulteriore tabella, in cui si riportano anche i risparmi potenzialmente ottenibili dal riallineamento dei costi calabresi a quelli della best practice lombarda e la percentuale di risparmio potenziale conseguibile sulla singola voce di costo:

<b>Descrizione voce</b>	<b>CALABRIA</b>	<b>LOMBARDIA</b>	<b>Risparmio potenziale se la Calabria si allineasse ai valori della Lombardia</b>	<b>Percentuale di risparmio potenziale</b>
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	200.470	34.694	165.776	83
B.1.A.2) Ossigeno	5.929	916	5.013	85
B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	9.439	1.977	7.462	79
B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	42.856	8.184	34.672	81
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	13.813	645	13.168	95
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	64.882	13.475	51.407	79
B.1.A.8) Materiali protesici	26.473	8.341	18.132	68
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	16.391	1.636	14.755	90

B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	160	45	115	72
B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	1.152	1.089	63	5
B.1.B.1) Prodotti alimentari	1.114	935	179	16
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.543	656	887	57
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.687	1.176	3.511	75
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	4.724	939	3.785	80
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	2.243	532	1.711	76
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	1.327.413	335.859	991.554	75
B.2.B.1.1) Lavanderia	10.399	2.219	8.180	79
B.2.B.1.2) Pulizia	34.441	5.830	28.611	83
B.2.B.1.3) Mensa	23.223	3.702	19.521	84
B.2.B.1.4) Riscaldamento	4.289	4.111	178	4
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	900	140	760	84
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	2.862	975	1.887	66
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	13.772	1.249	12.523	91
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	18.542	3.487	15.055	81
B.2.B.1.10) Altre utenze	4.539	1.597	2.942	65
B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	15.522	3.609	11.913	77
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	12.857	649	12.208	95
B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	44	28	16	36
B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	16.331	8.346	7.985	49
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	0	208	100
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.923	460	2.463	84
B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.304	197	1.107	85
B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria	1.660	635	1.025	62
B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area non sanitaria	276	240	36	13

B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	63	6	57	90
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	525	31	494	94
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	573	464	109	19
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	16.126	3.303	12.823	80
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	3.967	726	3.241	82
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	19.351	4.715	14.636	76
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	1.480	143	1.337	90
B.4.A) Affitti passivi	8.986	874	8.112	90
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	15.363	2.182	13.181	86
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	1.754	914	840	48
B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	6.572	268	6.304	96
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	559.253	65.281	493.972	88
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	51.360	6.910	44.450	87
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	420.292	75.278	345.014	82
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	4.360	825	3.535	81
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	922	45	877	95
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	10.854	237	10.617	98
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	126.326	25.096	101.230	80
B.8) Personale del ruolo amministrativo	115.888	16.904	98.984	85

Se si riuscisse, anche solo in parte, a colmare il gap di efficienza in termini di utilizzo delle risorse e conseguentemente di costi a parità di numero di ricoveri, se ne avrebbero enormi benefici sia in termini di situazione

economico finanziaria della sanità calabrese che di disponibilità di risorse indispensabili per il miglioramento qualitativo delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale.

Al termine di questa comparazione pesata tra dati calabresi, media nazionale e dati lombardi, scelti quali esempio di best practice auspicabile, è corretto sottolineare che quella che si sta avanzando non è una semplice proposta di “taglio lineare” dei costi, ma di introduzione di una metodologia operativa che, attraverso l’analisi attenta e precisa delle diseconomie attualmente esistenti, possa generare dei risparmi consistenti e liberare risorse da poter investire più utilmente nel rispetto dei principi cardine di efficacia, efficienza ed economicità.

La maggior incidenza percentuale di alcuni acquisti rispetto ad altri sul bilancio sanitario regionale non ne giustifica di per sé la riduzione, in quanto bisogna sempre verificare se lo scostamento dalla media o la maggior incidenza percentuale dipende da una particolare situazione epidemiologica o da una cattiva gestione della spesa.

Fare imprescindibile dell’analisi della spesa e della sua razionalizzazione, infatti, è la coerenza della spesa stessa con gli obiettivi dell’organizzazione e con le attività da essa effettivamente svolte. Se la spesa non è coerente con gli obiettivi dell’organizzazione significa che essa è improduttiva, non rispetta il rapporto costi/benefici che dovrebbe sottendere e va necessariamente ridimensionata.

### 3. L'analisi dell'offerta

#### 3.1 Il mercato dell'offerta per gli acquisti market

L'analisi dell'offerta è, insieme all'analisi della domanda e delle modalità di approvvigionamento, uno degli strumenti che consentono di pianificare e programmare gli acquisti in modo efficace, efficiente ed economicamente sostenibile. Affinché il processo d'acquisto sia impostato correttamente, ovvero in modo tale da garantire il raggiungimento dei risultati, la soddisfazione delle esigenze organizzative ed il rispetto dei vincoli economici, è necessario conoscere a fondo sia la domanda interna che il mercato dell'offerta, in particolare per quanto concerne le caratteristiche del settore, dei fornitori e del modo con il quale si fa business.

Relativamente agli acquisti market, il mercato dell'offerta può essere suddiviso in tre grandi segmenti:

- i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- la farmaceutica convenzionata;
- le strutture private convenzionate e/o accreditate.

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta sono figure centrali dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale, occupandosi di diagnosi e cura di primo livello, pronto intervento, medicina preventiva individuale ed educazione sanitaria.

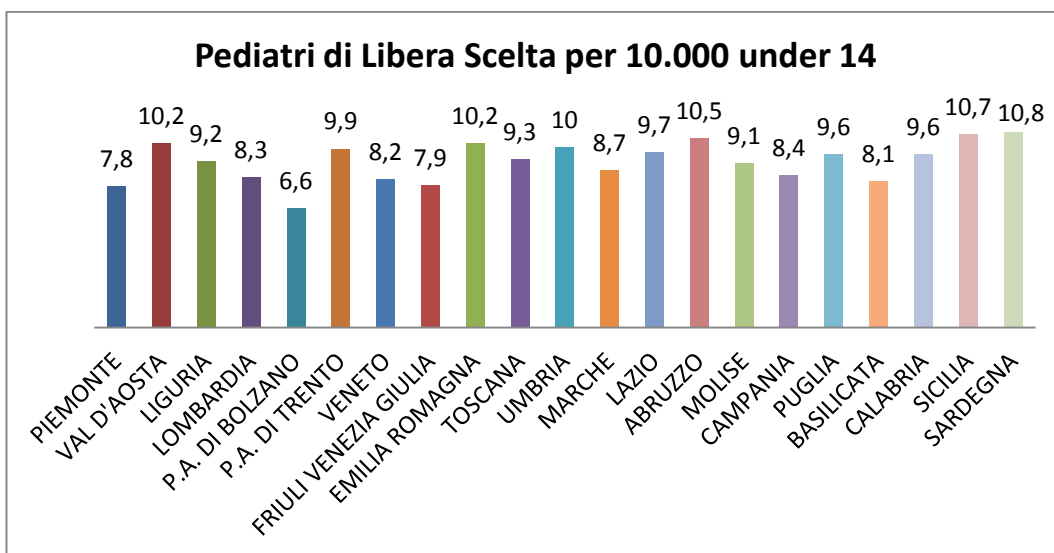
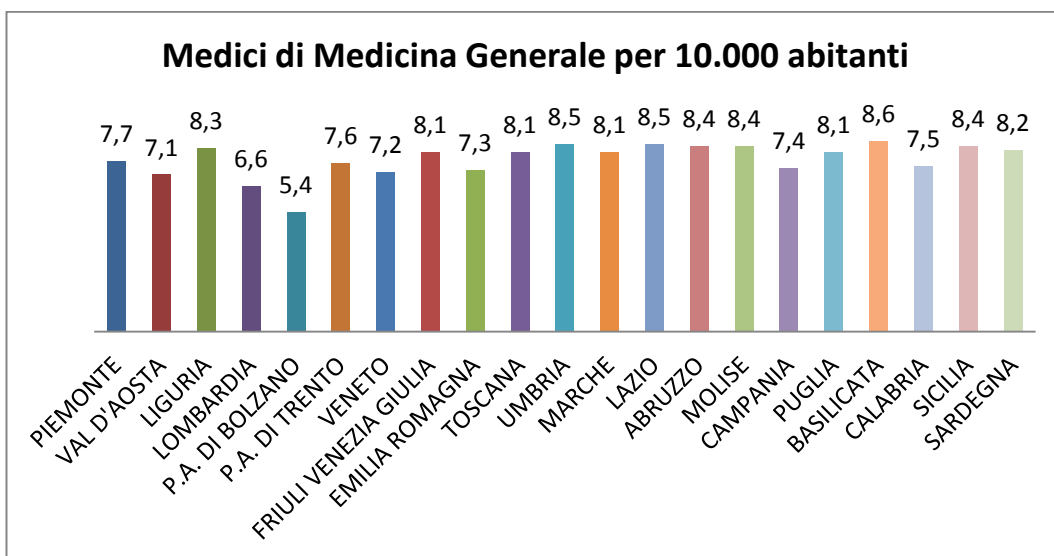
I MMG ed i PLS non dipendono dalle Aziende Sanitarie Locali, ma sono legati al Servizio Sanitario Nazionale da un accordo collettivo nazionale, che ne disciplina compiti, funzioni e responsabilità.

In valori assoluti, in Italia nel 2009<sup>61</sup> c'erano 46.209 MMG e 7.695 PLS, a fronte di 1.134 assistiti per medico e 857 "under 14" per pediatra. In media

---

<sup>61</sup> Dati tratti dall'"Annuario statistico italiano 2012" dell'Istat

si avevano 7,7 MMG per 10.000 abitanti e 9,1 PLS per 10.000 “under 14”. Ci sono, tuttavia, notevoli differenze tra le varie regioni in termini di numero di Medici di Medicina Generale per 10.000 abitanti e Pediatri di Libera Scelta per 10.000 abitanti sotto i 14 anni d’età, come emerge dai seguenti istogrammi:



La Calabria, in particolare, nel 2009 aveva 1.502 Medici di Medicina Generale e 278 Pediatri di Libera Scelta a fronte di 1.338 persone residenti

per medico e 1.042 residenti sotto i 14 anni per pediatra, che significano 7,5 MMG per 10.000 abitanti e 9,6 PLS per 10.000 “under 14”.

La spesa della Regione Calabria per la “Medicina Generale convenzionata” nel 2011 è stata di 248 milioni e 325 mila euro, inferiore, dunque, rispetto alla media nazionale di 315 milioni e 468 mila euro. Tuttavia, vi sono margini di efficientamento, poiché in Calabria risultano esservi 1.121 assistiti per medico<sup>62</sup>, a fronte di una media nazionale di 1.134 e di un massimale di 1.500 pazienti fissato per legge, salvo determinate deroghe.

La voce di costo “Farmaceutica convenzionata” fa riferimento all'erogazione di medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte di farmacie aperte al pubblico su presentazione di ricetta medica del SSN. I rapporti tra le farmacie ed il Servizio Sanitario Nazionale<sup>63</sup> sono regolati da una convenzione nazionale stipulata tra Federfarma e le Regioni nel 1998 e tutt'oggi in vigore in regime di “prorogatio”, in quanto scaduta nel 2001. La spesa per la suddetta voce di costo nel 2011 è stata complessivamente di circa 9 miliardi e 930 milioni di euro, con una diminuzione del 9% rispetto all'anno precedente, grazie all'effetto sinergico di diversi fattori, primi fra tutti il potenziamento della distribuzione diretta ed il monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche, ma la strada da percorrere lungo l'inevitabile via della riduzione della spesa farmaceutica è ancora lunga e notevole è la spinta propulsiva che potrebbe dare in tale direzione una sapiente pianificazione e programmazione regionale e nazionale.

Sul territorio italiano ci sono 18.021 farmacie, di cui 16.380 private (comprehensive di 529 dispensari) e 1.641 pubbliche, con un rapporto in media di 3.364 abitanti per farmacia<sup>64</sup>. È presente, anche in questo caso,

---

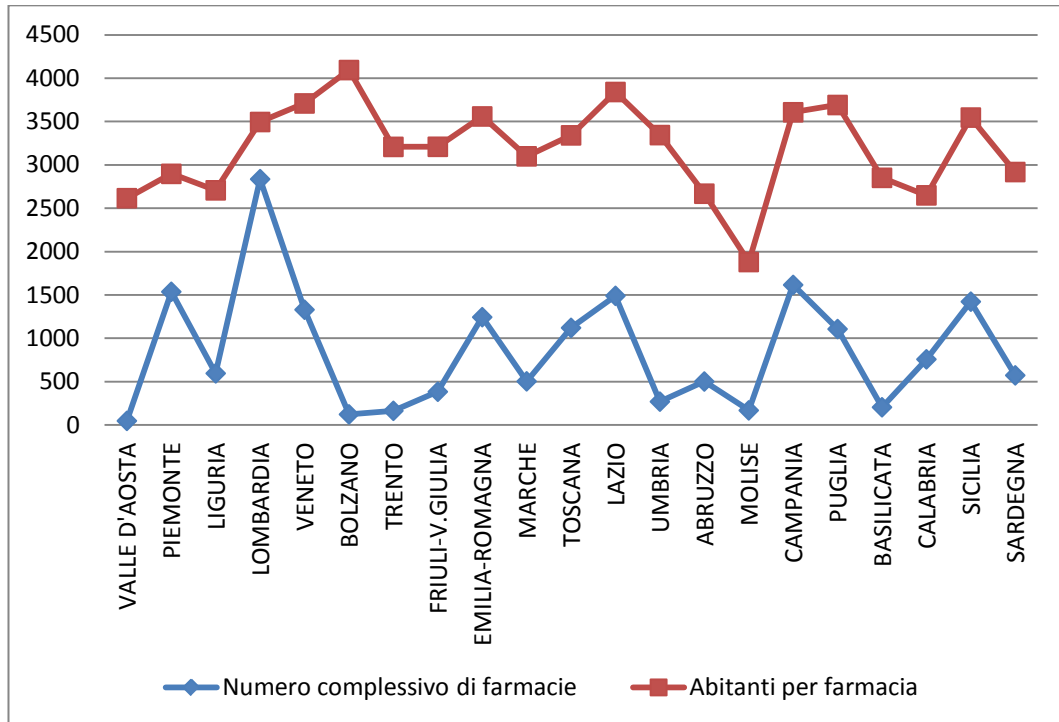
<sup>62</sup> Questo dato si riferisce al 2009 ed è il più recente disponibile

<sup>63</sup> Come si legge sul sito [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)

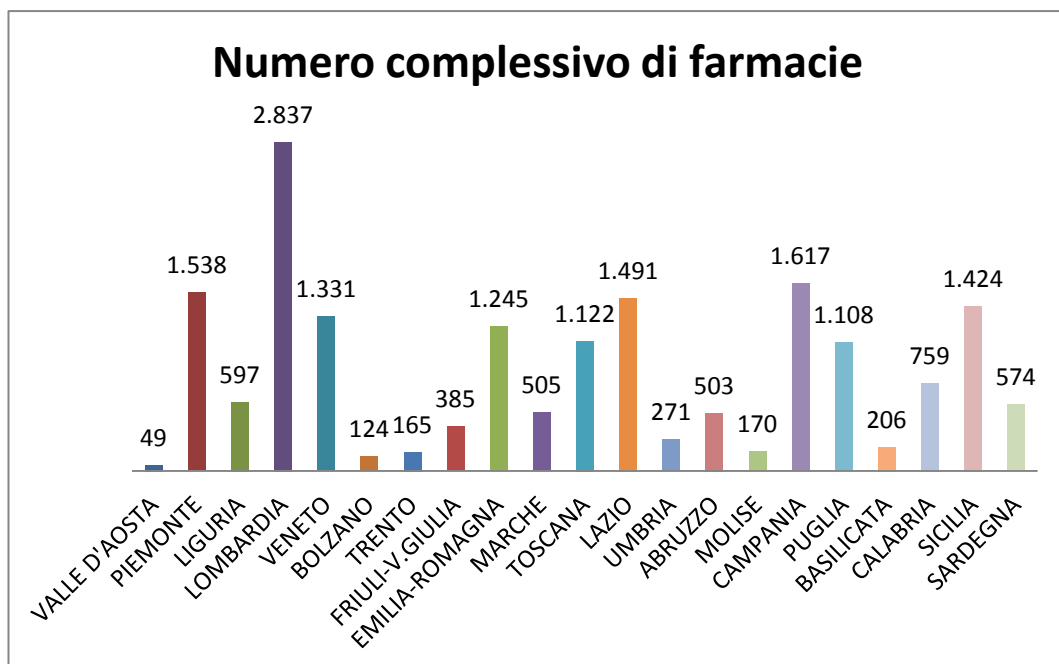
<sup>64</sup> Tali dati, così come quelli riportati in seguito relativamente alla Regione Calabria sono tratti dal sito [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) ed aggiornati all'ottobre 2012

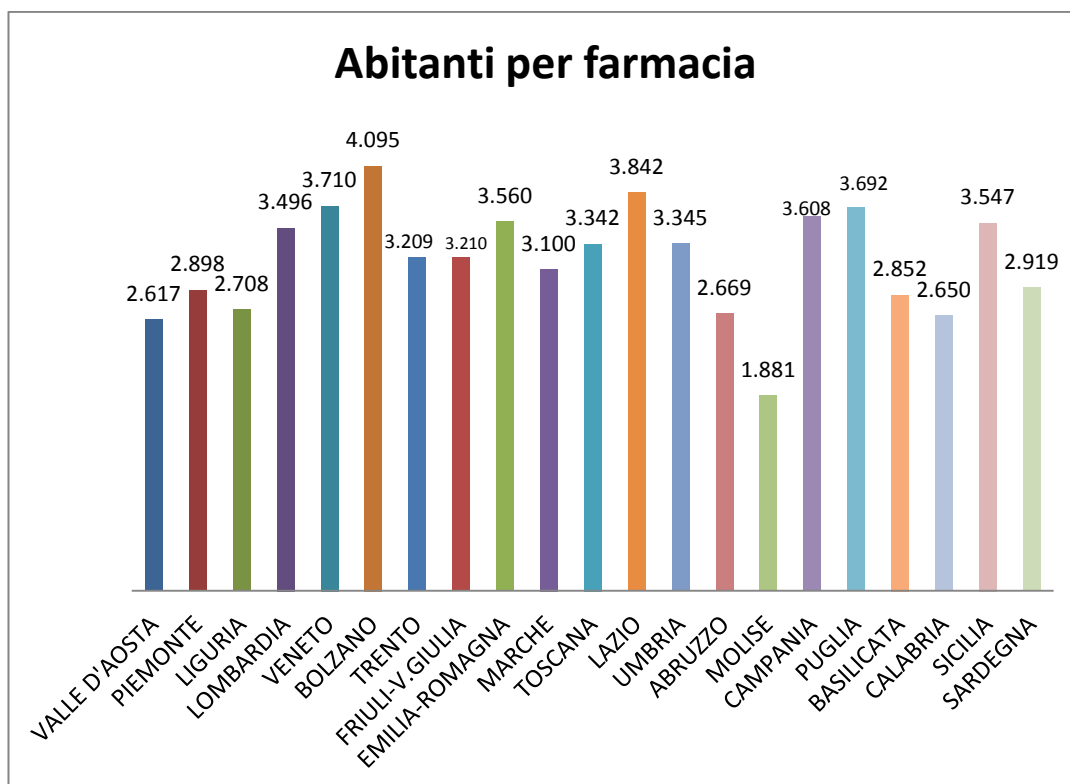


una notevole variabilità regionale in termini di numero complessivo di farmacie ed abitanti per farmacia:



Nel dettaglio:





Nella Regione Calabria, in particolare, la spesa per la farmaceutica convenzionata nel 2011 è stata di circa 364 milioni e mezzo di euro, più bassa della media nazionale di 472 milioni e 842 mila euro, ma non per questo esente da ulteriori possibili riduzioni derivanti da processi virtuosi di programmazione ed efficientamento delle procedure d'acquisto e distribuzione dei farmaci sul territorio regionale.

In Calabria ci sono 759 farmacie, di cui 758 private ed una pubblica, che determinano un rapporto di 2.650 abitanti per farmacia, a fronte di una già richiamata media nazionale di 3.364 abitanti per farmacia.

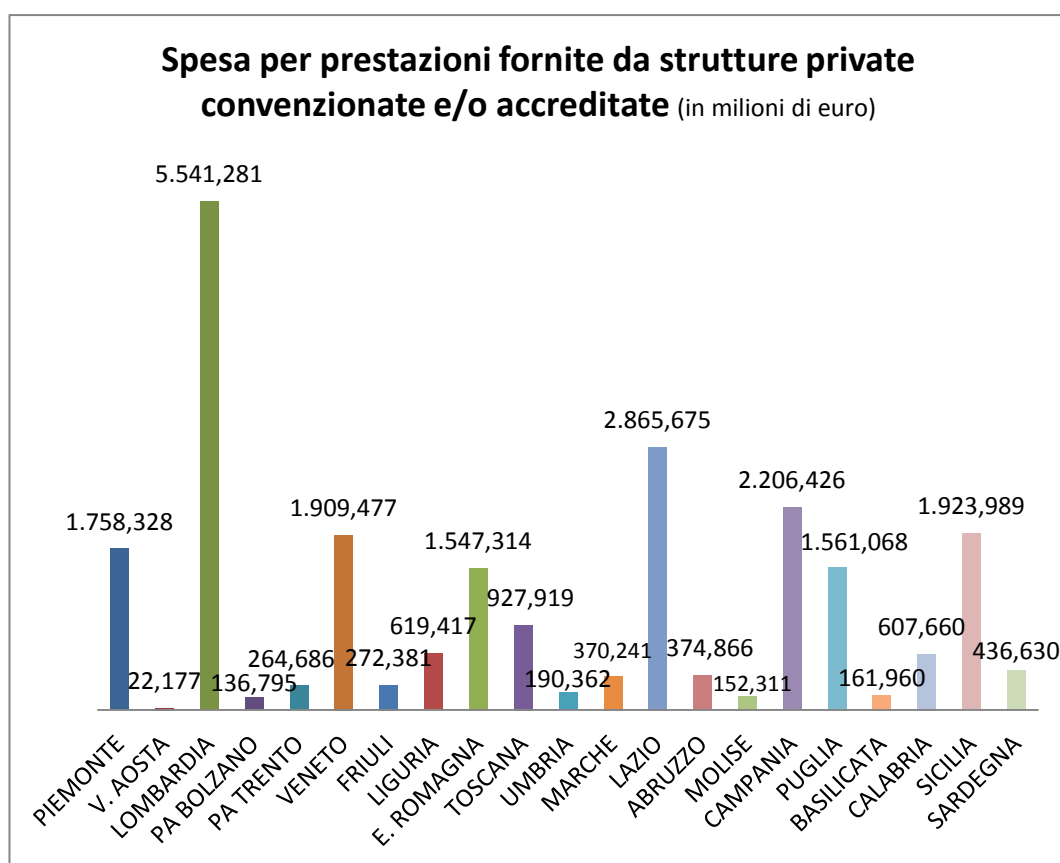
Il discorso relativo alle strutture private convenzionate e/o accreditate è molto complesso e meriterebbe una trattazione puntuale ed esaustiva che non è possibile esperire in questa sede, dove ci si limita, invece, a dei cenni di carattere generale.

L'accreditamento è un processo antecedente la convenzione, attraverso il quale si mira a verificare il possesso di determinati requisiti strutturali,

tecnologici ed organizzativi da parte dei soggetti che mirano ad erogare delle prestazioni nell'ambito del SSN.

Con la convenzione i soggetti accreditati che stipulano tale accordo contrattuale possono lavorare "a carico" del Servizio Sanitario Nazionale, cioè essere da questo remunerati in funzione delle prestazioni rese secondo gli accordi sottoscritti.

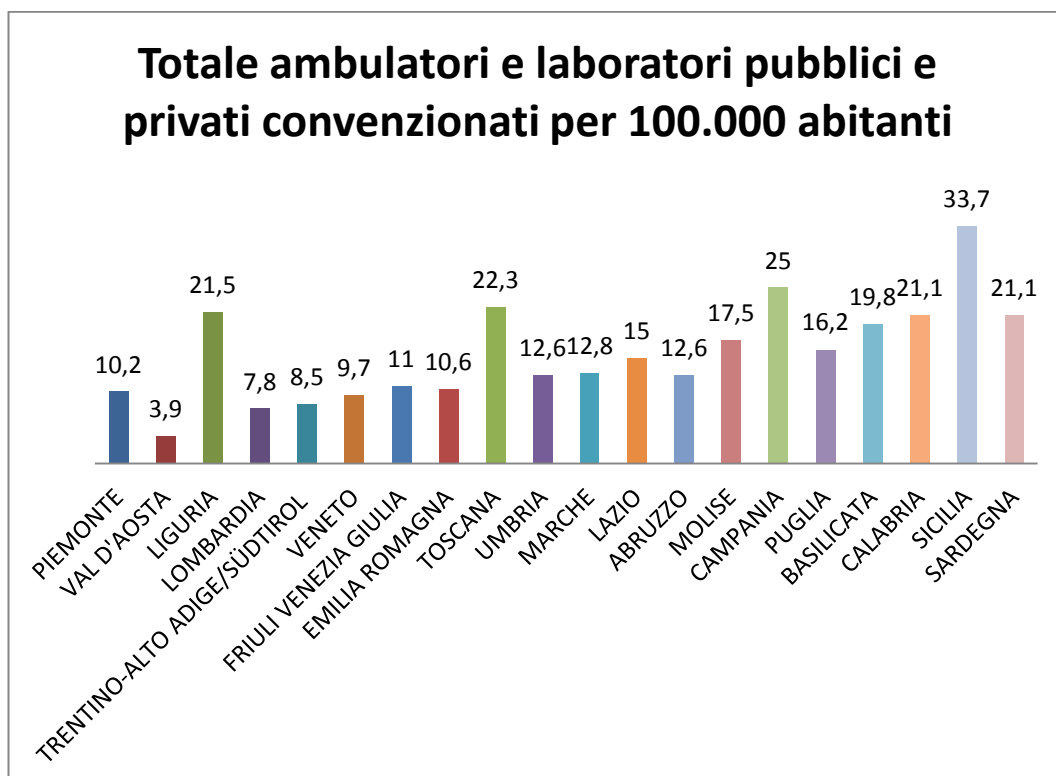
La spesa del SSN per prestazioni fornite da strutture private convenzionate e/o accreditate nel 2011 ammontava a circa 23 miliardi e 850 milioni di euro, con un'ampia variabilità tra le varie Regioni:



La Regione Calabria, nello specifico, per tali prestazioni nel 2011 ha speso poco meno di 610 milioni di euro, a fronte di una media nazionale di circa 1 miliardo e 135 milioni di euro.

La numerosità e la concentrazione delle strutture private convenzionate e/o accreditate è molto disomogenea sul territorio nazionale ed una disamina particolareggiata delle varie tipologie è qui impossibile, ma a titolo esemplificativo si possono considerare i soli ambulatori e laboratori<sup>65</sup>.

La loro distribuzione in termini numerici nelle varie Regioni è la seguente:

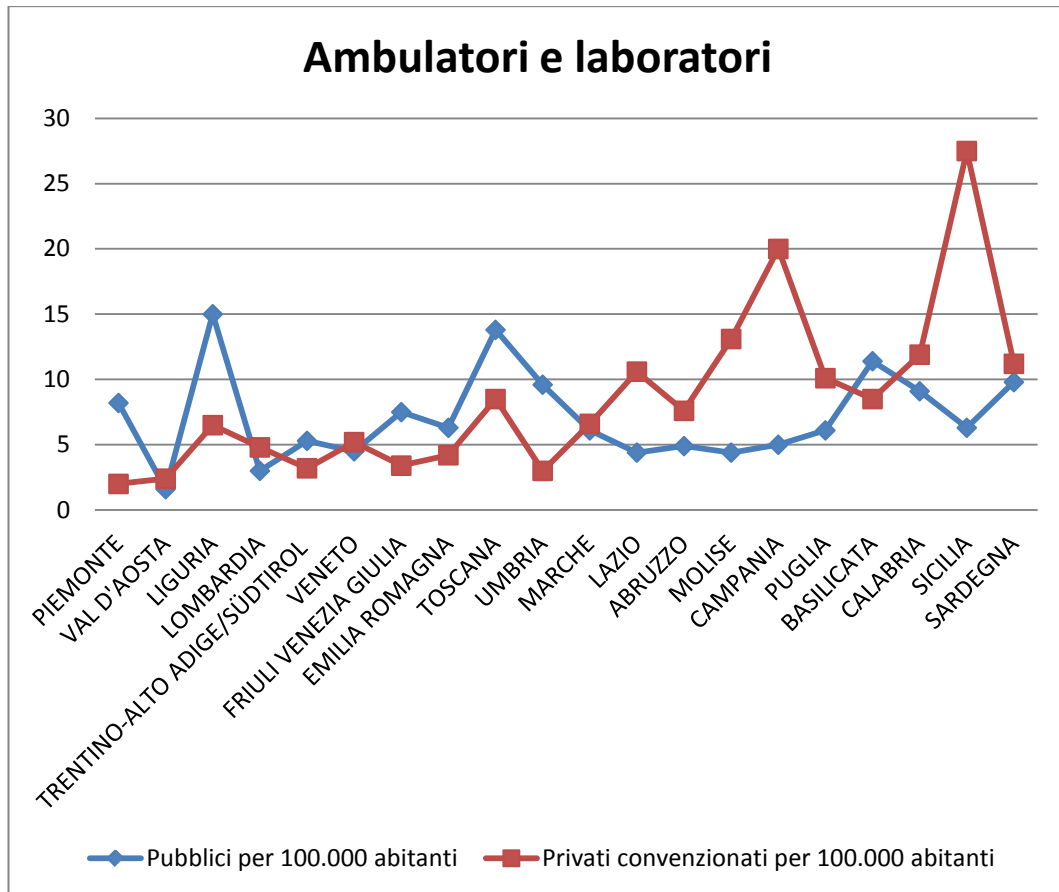


Distribuzione che non in tutti i casi rispecchia la popolosità delle varie Regioni, la cui classifica, partendo dalla Regione con il maggior numero di abitanti, sarebbe: Lombardia; Campania; Lazio; Sicilia; Veneto; Piemonte; Emilia-Romagna; Puglia; Toscana; Calabria; Sardegna; Liguria; Marche; Abruzzo; Friuli-Venezia Giulia; Trentino-Alto Adige/Südtirol; Umbria; Basilicata; Molise; Valle d'Aosta.

Nell'ambito del numero totale di ambulatori e laboratori per Regione, la componente pubblica e quella privata convenzionata pesano di più o di

<sup>65</sup> Facendo riferimento ai dati contenuti nel Capitolo 3 "Sanità e salute" dell'Annuario Statistico Italiano 2012 dell'Istat

meno a seconda del modello di offerta sanitaria prediletto dalle varie Regioni ed il rapporto che intercorre tra di esse, con la prevalenza dell'una piuttosto che dell'altra, è visibile nel seguente grafico:



### 3.2 Il mercato di fornitura per gli acquisti intermedi

Come già evidenziato in precedenza, nell'ambito degli acquisti intermedi ci si focalizza su quelli effettivamente "aggredibili", ovvero beni e servizi, tralasciando le questioni relative al personale, ai costi straordinari, ai costi stimati ed alle variazioni delle rimanenze, non perché questioni di minore importanza, ma in quanto richiederebbero un'analisi specifica che esula dal tema centrale di questo lavoro.

Per quanto concerne l'approvvigionamento di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie, la scelta dell'offerta migliore tra tutte quelle individuate all'interno di un segmento di mercato assume fondamentale importanza nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità. Per tali ragioni, il rapporto con il mercato di fornitura dovrebbe essere affrontato in modo sistematico e strutturato, andando oltre il mero rispetto formale e procedimentale delle norme che regolano gli acquisti pubblici. Sarebbe necessario implementare concretamente il sourcing, quale processo di ricerca continuo che operando in modo sistematico scovi le potenziali opportunità sul mercato dell'offerta con lo scopo di acquisire condizioni di vantaggio competitivo per l'azienda attraverso l'approvvigionamento delle risorse migliori a condizioni ottimali. L'individuazione attraverso il sourcing delle fonti di approvvigionamento da inserire negli elenchi di operatori economici da istituire presso le stazioni appaltanti consentirebbe di creare valore per l'azienda attraverso il miglioramento della qualità entrante e conseguentemente del prodotto/servizio finale, la riduzione dei rischi di fornitura, il contenimento dei prezzi d'acquisto e la riduzione dei costi di gestione. Questo discorso ha senso tanto più in virtù dell'esistenza dell'art. 125, comma 11, del D. Lgs. 163/2006, che consente l'affidamento diretto da parte del Responsabile del procedimento per servizi o forniture inferiori a 40.000 €. Il medesimo articolo 125, inoltre, attribuisce alle amministrazioni appaltanti la

possibilità, entro determinate soglie, di ricorrere alle acquisizioni in economia di beni e servizi, procedure meno garantiste della concorrenzialità rispetto ai classici bandi di gara e per le quali si rivelerebbero particolarmente utili degli “albi fornitori” o “elenchi di operatori economici” precedentemente istituiti.

Da una ricerca sul campo effettuata nella Regione Calabria è emerso che ancora oggi, nonostante tutte le norme che devono essere rispettate in materia di acquisti pubblici e che sembrerebbero limitare la discrezionalità in merito, il Responsabile del procedimento e coloro che si occupano di approvvigionamenti per conto della pubblica amministrazione possiedono un potere notevole, di cui son ben consci e che necessiterebbe di maggior controllo.

Con il sempre maggior utilizzo anche in campo sanitario delle procedure telematiche di aggiudicazione delle gare d'appalto, la platea di potenziali fornitori si amplia notevolmente rendendone quasi impossibile una precisa mappatura e/o localizzazione geografica. Un esempio per tutti è quello relativo alla gara centralizzata per l'acquisto di farmaci indetta nel 2010 dalla Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria per un importo stimato a base d'asta di circa 550 milioni di euro, che ha visto la partecipazione di 138 operatori accreditati, di cui 117 abilitati ad offerta, numeri davvero impressionanti.

Nonostante la complessità del mercato di fornitura di beni e servizi sanitari e non sanitari necessari ai sistemi sanitari regionali e nazionale, si ravvisa comunque la necessità di una seria “vendor evaluation”, attraverso un processo di gestione dei fornitori che, basandosi sull'utilizzo di metodi e metriche di valutazione efficaci, favorisca il miglioramento continuo delle relazioni con i fornitori e dei loro riflessi sul processo produttivo delle Aziende Sanitarie.

## 4. L'analisi delle modalità d'acquisto

### 4.1 Come acquistano le Aziende Sanitarie

L'acquisto di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie è un tema di sempre maggior interesse a livello regionale e nazionale, in quanto ha un ruolo strategico nel raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa pubblica e di *<ricerca di un rapporto negoziale equilibrato tra amministrazioni pubbliche ed imprese fornitrici, basato su formule contrattuali corrette ed efficaci>*<sup>66</sup>.

La funzione acquisti in campo sanitario è stata investita nel corso degli anni da numerosi e significativi processi di cambiamento dettati in primo luogo dalla progressiva aziendalizzazione del SSN, dalle trasformazioni sempre più veloci e pervasive delle tecnologie e dei mercati e dalla costante evoluzione del quadro normativo di riferimento.

Alla funzione acquisti ed alle procedure di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie si applicano le norme generali sugli appalti pubblici contenute nel Decreto Legislativo n. 163 del 2006, con cui nasce il nuovo “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”, che ha recepito le Direttive Comunitarie n. 17 e 18 del 2004, cosiddette “direttive di terza generazione”, che disciplinano in maniera integrata gli appalti di lavori, servizi e forniture.

Il Codice, però, ha un ambito di applicazione più ampio rispetto a quello delle direttive, *<poiché non si limita a disciplinare la fase della gara, ma si occupa anche delle fasi a monte (programmazione e progettazione) e a valle (esecuzione) e non disciplina solo gli appalti, ma prende in*

---

<sup>66</sup> F. Amatucci in “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento”, di F. Amatucci e S. Mele, Milano, Egea, 2011



*considerazione tutti i contratti stipulati dalle amministrazioni aggiudicatrici*<sup>67</sup>.

I più recenti provvedimenti legislativi approvati sia a livello comunitario che nazionale riconoscono maggiore flessibilità alle Aziende Sanitarie introducendo anche alcune procedure di selezione dei fornitori, quali il dialogo competitivo e l'accordo quadro, che cercano di andare incontro alle esigenze dei responsabili della funzione acquisti.

Altri elementi particolarmente innovativi<sup>68</sup> che riguardano l'acquisto di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie sono legati alle soluzioni istituzionali e gestionali adottate dalle stesse ed in particolare a:

- Il ripensamento del ruolo di Consip s.p.a.;
- Il rafforzamento del ruolo dell'e-procurement;
- L'introduzione di logiche di accentramento degli acquisti.

Consip è una società per azioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze, che ne è l'azionista unico, ed opera secondo i suoi indirizzi strategici, lavorando al servizio esclusivo delle pubbliche amministrazioni, fornendo servizi di consulenza e di assistenza progettuale, organizzativa e tecnologica per l'innovazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze e della Corte dei conti e gestendo il Programma per la razionalizzazione degli acquisti nella Pubblica Amministrazione. Con il passare degli anni Consip è divenuta una sorta di “centrale d'acquisto nazionale”, che definisce e fornisce soluzioni integrate innovative attraverso consulenza di contenuto, progettazione, realizzazione ed acquisizione di beni e servizi, valorizzando le migliori opportunità offerte dalla tecnologia ICT.

---

<sup>67</sup> Primo Rapporto Nazionale della Fondazione Promo P.A. e dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, “Come acquista la P.A.. Il nuovo ruolo dei Responsabili acquisto per lo sviluppo del procurement nella Pubblica Amministrazione e per l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa”, Roma, 2010

<sup>68</sup> Come fa notare G. Monchiero nella Prefazione a “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento”, di F. Amatucci e S. Mele, Milano, Egea, 2011

Il rafforzamento del ruolo dell'e-procurement è complementare rispetto alle suddette attività di Consip e garantisce maggiore flessibilità ed attenzione alle specifiche necessità aziendali. L'azione di Consip, infatti<sup>69</sup>, si traduce nel supporto al processo di e-Government/e-Procurement del Paese, *<intervenendo in modo sostanziale sui processi di funzionamento, che richiedono la disponibilità di competenze specifiche e l'utilizzo del necessario know how tecnologico>*.

Particolare rilievo nell'ambito dell'e-procurement pubblico ha il MEPA o Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, realizzato da Consip per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dove le amministrazioni pubbliche possono acquistare beni e servizi in economia e sotto soglia comunitaria<sup>70</sup> attraverso un confronto concorrenziale delle offerte già presenti sul MEPA o un confronto concorrenziale delle offerte ricevute sulla base di una richiesta di offerta rivolta ai fornitori abilitati<sup>71</sup>.

Il procurement pubblico<sup>72</sup> ed in particolare quello sanitario, tuttavia, non si esaurisce con il ricorso alle tecnologie informatiche, in quanto richiede la capacità di organizzare la catena del valore delle Aziende Sanitarie, la conoscenza dei mercati di riferimento, l'utilizzo di tutti gli strumenti contrattuali disponibili e l'abilità di stimolare concorrenza ed innovazione fra i fornitori, ottenibili solo grazie a professionalità e competenze sempre

---

<sup>69</sup> Come spiega il Primo Rapporto Nazionale della Fondazione Promo P.A. e dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, intitolato "Come acquista la P.A.. Il nuovo ruolo dei Responsabili acquisto per lo sviluppo del procurement nella Pubblica Amministrazione e per l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa", presentato a Roma nel 2010

<sup>70</sup> Le soglie comunitarie, fissate originariamente dall'art. 7 della Direttiva CE n.18 del 2004 e recepite dal Codice dei contratti pubblici, sono state ridefinite dal Regolamento (UE) n. 1251 del 2011, che le fissa al netto dell'IVA a: 130.000€ per gli appalti pubblici di forniture e di servizi aggiudicati dalle amministrazioni centrali; 200.000€ per gli appalti pubblici di forniture e servizi aggiudicati da altre stazioni appaltanti; 5.000.000€ per gli appalti e le concessioni di lavori pubblici.

<sup>71</sup> Come si legge nello stesso "Manuale d'uso del Sistema di e-procurement per Amministrazioni – MEPA. Linee guida all'utilizzo del Mercato Elettronico", [www.acquistinretepa.it](http://www.acquistinretepa.it)

<sup>72</sup> Come sottolinea il Primo Rapporto Nazionale della Fondazione Promo P.A. e dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata, intitolato "Come acquista la P.A.. Il nuovo ruolo dei Responsabili acquisto per lo sviluppo del procurement nella Pubblica Amministrazione e per l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa", presentato a Roma nel 2010

aggiornate. L'introduzione di elementi di e-procurement, infatti, pur essendo in grado di semplificare e velocizzare i processi di approvvigionamento, diviene sterile in assenza di un'efficace attività di programmazione e pianificazione degli acquisti.

La costituzione di centrali d'acquisto o la stipula di convenzioni tra Aziende Sanitarie rientrano nel novero delle logiche di accentramento degli acquisti, in ottica interaziendale o regionale, finalizzate non solo al contenimento della spesa, ma anche alla semplificazione ed alla razionalizzazione dell'azione amministrativa. La centralizzazione degli acquisti, realizzata mediante diverse forme di aggregazione ed accentramento delle procedure di approvvigionamento di beni e servizi, costituisce una grande opportunità, in quanto consente di prevenire e far fronte a tutta una serie di criticità, quali: la complessità dei processi; la continua evoluzione dei mercati e delle normative, che richiedono professionalità adeguatamente formate e competenti; le incertezze applicative nella gestione delle procedure di appalto; le difficoltà nel reperimento delle risorse da investire in nuove piattaforme tecnologiche di e-procurement<sup>73</sup>.

La funzione acquisti<sup>74</sup> è caratterizzata da un elevato grado di regolamentazione, volto a garantire il rispetto di condizioni di trasparenza nei processi di acquisto, tutela della concorrenza e par condicio tra i diversi attori. In Italia la disciplina unificata sugli appalti pubblici di lavori, forniture e servizi sopra e sotto la soglia comunitaria è contenuta nel Codice dei contratti pubblici, che riprende i fondamentali principi di pubblicità, trasparenza, imparzialità e parità di trattamento contenuti nella normativa comunitaria.

---

<sup>73</sup> F. Amatucci in "I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento", di F. Amatucci e S. Mele, Milano, Egea, 2011

<sup>74</sup> Come fa giustamente notare F. Amatucci in "I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento", di F. Amatucci e S. Mele, Milano, Egea, 2011

Ogni processo decisionale che conduce all'acquisto di beni e servizi da parte di un'Azienda Sanitaria, così come di ogni altra pubblica amministrazione, deve necessariamente affrontare tre diverse tipologie di decisioni:

- la scelta della procedura di gara;
- la definizione dei criteri di aggiudicazione;
- l'indicazione delle formule matematiche adottate per assegnare i punteggi alle offerte.

Per quanto concerne la scelta della procedura di gara, la normativa a riguardo consente la scelta tra diverse modalità per l'affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture, che presentano, però, differenti condizioni di applicabilità. È l'amministrazione appaltante che, a seconda delle caratteristiche del bene o del servizio da acquistare, deve stabilire se adottare una procedura che assicuri la più ampia partecipazione o se, in virtù del particolare carattere della gara, restringere la partecipazione alla gara ad un ristretto numero di candidati o, in casi eccezionali, utilizzare una procedura negoziata, in cui si tratta direttamente con i singoli fornitori scegliendo quello ritenuto più idoneo.

L'amministrazione appaltante deve preventivamente indicare il criterio, tra quello del prezzo più basso e quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, in base al quale verrà effettuata la scelta di affidamento del contratto e le formule matematiche, tra quelle indicate dalla normativa e quelle presenti in letteratura, in base alle quali verranno assegnati i punteggi alle offerte per stilare una graduatoria.

Generalmente il criterio del prezzo più basso è preferito quando l'amministrazione aggiudicatrice è in grado di definire in modo preciso l'oggetto del contratto e la natura della fornitura è conforme in modo puntuale ad appositi capitolati o disciplinari, in cui prevalga la componente tecnica; in tal caso, l'oggetto di acquisto presenta caratteristiche tali da consentire all'acquirente una definizione precisa e dettagliata degli elementi

essenziali e qualificanti del bene/servizio e delle soglie minime di accettabilità di tali requisiti.

In presenza di gare più complesse o in cui è presente una componente professionale di servizio diventa preferibile adottare il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, che consente di identificare diversi indicatori (prezzo, qualità, pregio tecnico, caratteristiche estetiche e funzionali, caratteristiche ambientali, costo di utilizzazione e manutenzione, redditività, servizio successivo alla vendita, assistenza tecnica, termine di consegna o di esecuzione, sicurezza di approvvigionamento, ecc.) attraverso i quali scegliere l'offerta migliore.

Altre tipologie di appalti pubblici cui possono ricorrere le Aziende Sanitarie, oltre alle procedure aperte, ristrette e negoziate, sono gli accordi quadro e le convenzioni.

Anche in campo sanitario si stanno sempre più diffondendo le gare telematiche e le aste elettroniche. Le prime sono procedure di scelta del contraente basate su sistemi di negoziazione telematica e finalizzate all'aggiudicazione di forniture di beni e servizi di specifico interesse di alcune Aziende Sanitarie. Le seconde, invece, possono essere definite come un processo costituito da fasi successive e basato su un dispositivo elettronico di presentazione di nuovi prezzi, modificandoli al ribasso, o di nuovi valori riguardanti taluni elementi delle offerte.

In alternativa alle normali procedure di gara, per acquisti sotto soglia comunitaria ed in presenza di precise condizioni, l'art. 125 del Codice dei contratti consente e disciplina l'affidamento in economia di lavori, servizi e forniture. Tale procedura ha natura "eccezionale" rispetto all'ordinario sistema di selezione del fornitore da parte delle pubbliche amministrazioni, in quanto *<rappresenta una deroga all'applicazione delle procedure di affidamento con le formalità della pubblicità e della selezione aperta>*<sup>75</sup>.

---

<sup>75</sup> F. Amatucci in "I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento", di F. Amatucci e S. Mele, Milano, Egea, 2011

Le acquisizioni in economia di beni, servizi e lavori possono essere effettuate mediante amministrazione diretta o cottimo fiduciario ed il ricorso a questo tipo di procedura deve essere opportunamente motivato<sup>76</sup>.

L'amministrazione diretta consiste nell'effettuare le acquisizioni con materiali e mezzi propri o appositamente acquistati o noleggiati e con personale proprio delle stazioni appaltanti, o eventualmente assunto per l'occasione, sotto la direzione del Responsabile Unico del Procedimento (RUP).

Il cottimo fiduciario, invece, è una procedura negoziata in cui le acquisizioni avvengono mediante affidamento a terzi.

Per entrambe le procedure vale la spiegazione secondo la quale il Legislatore ha voluto creare un istituto, quello delle acquisizioni in economia, che consentisse maggiore snellezza e minore formalismo rispetto alle tradizionali gare ad evidenza pubblica, per acquisire lavori, opere, servizi o forniture di importo contenuto evitando notevoli dispendi di tempi e risorse e/o rallentamenti dell'azione amministrativa.

Sarebbe auspicabile, quantomeno a livello regionale, la predisposizione di una procedura standard o di un regolamento per le acquisizioni di beni e servizi in economia che, sulla base delle best practice regionali e nazionali, fornisca delle regole operative comuni e delle linee guida unitarie, in modo da uniformare i comportamenti tenuti nelle varie aziende sanitarie e limitare la discrezionalità dei singoli responsabili del procedimento.

A conclusione di questa breve disamina dei vari strumenti utilizzabili dalle Aziende Sanitarie per l'approvvigionamento di tutto ciò che necessita loro, è interessante sottolineare alcuni aspetti rilevanti dei processi di acquisto<sup>77</sup>:

---

<sup>76</sup> Come spiega la stessa Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture sul suo portale [www.avcp.it](http://www.avcp.it)

<sup>77</sup> Individuati da E. Borgonovi nell'Introduzione al libro "I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento", di F. Amatucci e S. Mele, Milano, Egea, 2011

- ✓ la corretta acquisizione di fattori produttivi di consumo o di investimento è condizione essenziale, anche se non sufficiente, per svolgere processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi efficaci ed efficienti;
- ✓ l'organizzazione della funzione acquisti, intesa come l'insieme delle persone e/o degli organi responsabili dei processi operativi e giuridici di individuazione dei fornitori, selezione delle offerte, emissione degli ordini, ricezione, presa in consegna dei beni ed utilizzo dei servizi, determina il concretizzarsi o meno dei "vantaggi potenziali" del modello di acquisto prescelto dall'azienda;
- ✓ la professionalità degli operatori responsabili degli acquisti non può più limitarsi solo a competenze di tipo giuridico-amministrativo o economico, ma deve essere di carattere più ampio ed in particolare includere le competenze tipiche del "marketing degli acquisti";
- ✓ un'attenta e precisa programmazione dei consumi è fondamentale per prendere decisioni profittevoli per l'azienda;
- ✓ i processi d'acquisto delle Aziende Sanitarie hanno un impatto non trascurabile sul sistema competitivo dei settori dei beni e servizi forniti alle aziende stesse.

La vigilanza sull'osservazione della legislazione in tutto ciò che concerne i contratti pubblici, quindi anche quelli delle Aziende Sanitarie, compete all'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (AVCP), che è un organo collegiale dotato di indipendenza funzionale, di giudizio, di valutazione e di autonomia organizzativa, avente il dovere di vigilare sul rispetto delle regole che disciplinano la materia dei contratti pubblici. L'AVCP formula ogni anno un rapporto contenente tutta una serie di statistiche, che consente, tra le altre cose, di comprendere meglio come acquistano le Aziende Sanitarie in termini di numero di gare espletate e relativi importi e quindi di impatto del procurement sanitario sulla spesa pubblica.

Nel 2011 le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di stazioni appaltanti, hanno emesso<sup>78</sup>:

- 807 bandi ed inviti di importo inferiore a 150.000€ per l'affidamento di contratti di lavori nei settori ordinari e speciali, pari al 3,6% del totale, per un importo complessivo di 71.546.291€
- 26.077 bandi ed inviti di importo inferiore a 150.000€ per l'affidamento di contratti di forniture nei settori ordinari e speciali, pari al 46,81% del totale, configurandosi come i principali committenti per questa tipologia di contratti, per un importo complessivo di 1.558.343.944,95€
- 5.528 bandi ed inviti di importo inferiore a 150.000€ per l'affidamento di contratti di servizi nei settori ordinari e speciali, pari all'11% del totale, per un importo complessivo di 352.696.917€

Sempre nel 2011, le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o le Centrali di committenza regionali in ambito sanitario, in qualità di stazioni appaltanti, hanno prodotto una domanda di contratti pubblici di importo superiore a 150.000€ così composta:

- 752 bandi ed inviti di importo superiore a 150.000€ per l'affidamento di contratti di lavori nei settori ordinari e speciali, pari al 3,4% del totale, per un importo complessivo di 973.657.008€
- 9.851 bandi ed inviti di importo superiore a 150.000€ per l'affidamento di contratti di forniture nei settori ordinari e speciali, pari al 56,4% del totale, configurandosi come i principali committenti per questa tipologia di contratti, per un importo complessivo di 8.600.466.908€
- 3.295 bandi ed inviti di importo superiore a 150.000€ per l'affidamento di contratti di servizi nei settori ordinari e speciali, pari al 16,1% del totale, per un importo complessivo di 6.608.957.346€

---

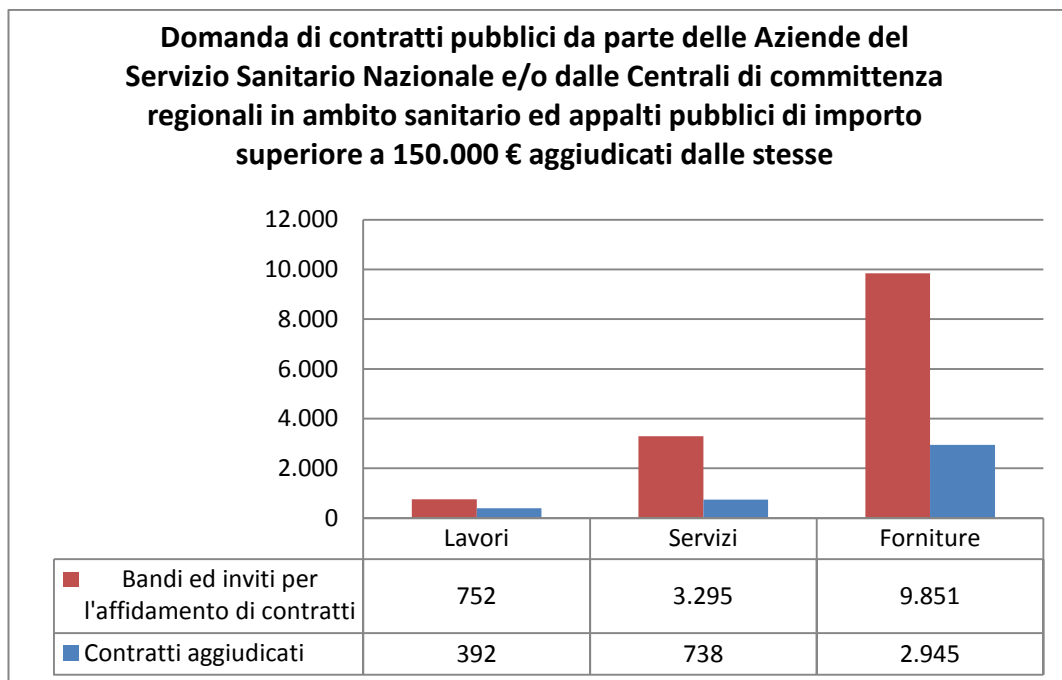
<sup>78</sup> I dati riportati sono tratti dalla Relazione annuale 2011 dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture presentata a Roma il 4 luglio 2012



A fronte di tale domanda, gli appalti pubblici di importo superiore a 150.000€ aggiudicati dalle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o dalle Centrali di committenza regionali in ambito sanitario, in qualità di stazioni appaltanti nei settori ordinari e speciali sono:

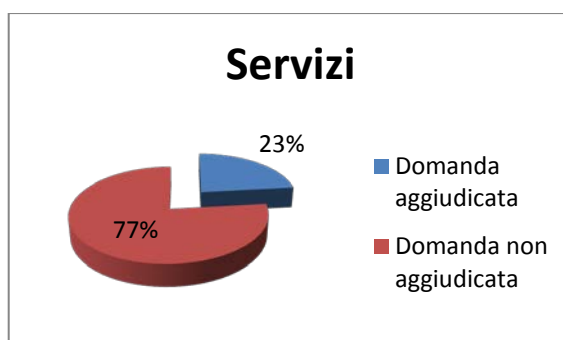
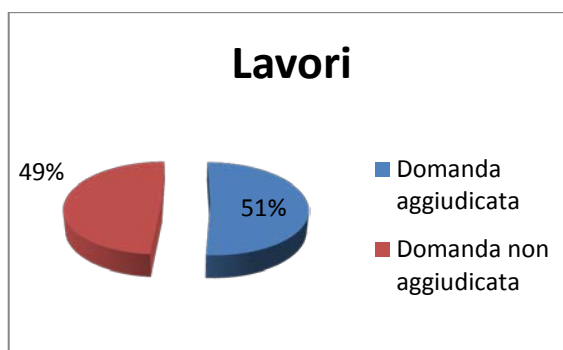
- 392 quelli di lavori, per un importo complessivo di 497.708.322€
- 738 quelli di servizi, per un importo complessivo di 1.537.131.977€
- 2.945 quelli di forniture, per un importo complessivo di 1.897.102.636€

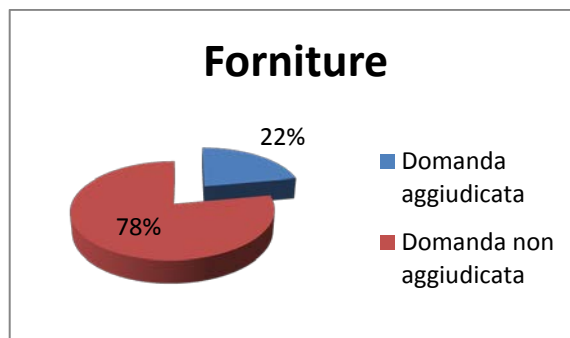
Qualche grafico può aiutare ad interpretare tali dati consentendo di fare alcune osservazioni:



Come emerge chiaramente dall'istogramma, il numero di bandi ed inviti di importo superiore a 150.000€ emessi dalle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o dalle Centrali di committenza regionali in ambito sanitario in qualità di stazioni appaltanti per l'affidamento di contratti pubblici nei settori ordinari e speciali è di gran lunga maggiore rispetto al numero di contratti di importo superiore a 150.000 € effettivamente aggiudicati dalle

Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o dalle Centrali di committenza regionali in ambito sanitario. La notevole discrasia tra la domanda di contratti pubblici di importo superiore a 150.000€ rappresentata dal numero di bandi emessi, ed i contratti effettivamente aggiudicati conduce a pensare che con una diversa organizzazione degli enti e delle procedure coinvolte sarebbe possibile una riduzione del numero di bandi emessi, con la conseguente potenziale riduzione della spesa dovuta all'avvio ed alla conduzione delle pratiche, attraverso il miglioramento dei processi di programmazione e pianificazione degli acquisti in campo sanitario. Ciò determinerebbe degli effetti benefici anche per gli altri operatori economici presenti nel settore sanitario in qualità di fornitori, che nella situazione attuale hanno parecchi problemi di pianificazione delle proprie attività, trovandosi ad operare in un contesto in cui la domanda teorica, data dalla somma di quella aggiudicata e di quella non aggiudicata, è molto maggiore rispetto a quella reale:





Per quanto riguarda la Regione Calabria, da una complessa ricerca sul campo è emerso che nel procurement sanitario sono coinvolti una larghissima varietà di soggetti ed uffici e ad oggi non esiste una disciplina regionale degli acquisti delle Aziende Sanitarie, che ne regoli la programmazione, la pianificazione e/o l'effettuazione, fatta salva la norma che impone a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale di avvalersi della Stazione Unica Appaltante per la predisposizione degli atti iniziali di tutte le procedure di aggiudicazione di contratti di lavori pubblici, di prestazioni di servizio, di acquisto di beni e forniture, fino all'aggiudicazione definitiva.

La norma in questione è contenuta nella Legge Regionale n. 26 del 7 dicembre 2007 "Istituzione dell'autorità regionale denominata <Stazione Unica Appaltante> e disciplina della trasparenza in materia di appalti pubblici di lavori, servizi e forniture", che stabilisce anche che il Direttore Generale della SUA individua nel regolamento di organizzazione della Stazione Unica Appaltante le procedure di acquisto che, per l'esiguità dell'importo, per l'assoluta specialità dell'oggetto, per il ricorso a metodi standardizzabili attraverso sistemi informatici o per l'utilizzo di procedure con attestazione di qualità, rilasciate da organismi accreditati, possono essere interamente espletate dalle amministrazioni aggiudicatrici.

In particolare, si legge nel Regolamento di organizzazione della SUA, i soggetti obbligati a ricorrere alla SUA sono esonerati nel caso in cui il valore lordo del contratto, IVA ed oneri per la sicurezza inclusi, sia

inferiore a: 150.000€ per contratti di lavori; 20.000€ per contratti di servizi o di forniture; 20.000€ per contratti misti di servizi e forniture; 75.000€ per contratti misti di lavori e servizi e/o forniture.

Nonostante tale dettato normativo, tuttavia, nella realtà dei fatti si verifica molto spesso che siano le singole Aziende Sanitarie a svolgere le procedure di gara anche nei casi in cui esse competerebbero alla SUA, in quanto è la stessa SUA che, in virtù dell'attuale assetto organizzativo e del sottodimensionamento delle risorse umane e delle attrezzature, le rimette alle Aziende, tenendo per sé le sole attività di monitoraggio e vigilanza. Ciò determina, ovviamente, lo spreco di potenziali opportunità di efficientamento delle procedure e di risparmio in termini di spesa regionale, che si potrebbero avere in virtù delle economie di scala e di specializzazione che la Stazione Unica Appaltante potrebbe conseguire.

Il fatto di rimettere le procedure di gara alle singole realtà aziendali, inoltre, non consente di uniformare l'azione contrattuale regionale per le tipologie di gara in questione ed implica inevitabilmente un minor controllo sulle procedure, i modi ed i tempi di conduzione delle gare.

Nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, ad esempio, mancano le statistiche ufficiali del numero di gare indette ed aggiudicate nel corso dell'anno, nonché quelle relative alle varie tipologie di gara scelte.

I Responsabili dei Procedimenti, inoltre, non sono a conoscenza o ritengono inesistenti gli albi fornitori o altri equivalenti elenchi di operatori economici cui rivolgersi in caso di acquisti in economia di servizi, forniture e lavori, ritenendo di poter condurre al meglio gli affidamenti in questione facendo esclusivamente leva sulla propria esperienza e competenza professionale. Si ritiene che ciò possa essere contro-produttivo per l'Azienda non solo in ottica presente, in quanto probabilmente non si considerano fornitori che potrebbero potenzialmente offrire condizioni migliori solo perché non conosciuti direttamente dal RUP, ma soprattutto in ottica futura, poiché in assenza di procedure chiare, conosciute e condivise da tutti, nonché di albi

fornitori o simili il processo di approvvigionamento viene demandato esclusivamente ai soggetti incaricati di occuparsene, con possibili gravi blocchi del sistema nel momento in cui per un qualsiasi motivo tali soggetti dovessero lasciare l'Azienda.

Altre criticità rilevate nel corso dell'indagine sul campo riguardano:

- la tempistica con cui le varie Aziende Sanitarie regionali si rivolgono alla SUA;
- l'uso diffuso di prorogare gli appalti di servizi;
- la programmazione distorta dei costi, dovuta ad esempio all'uso di riportare a Conto Economico dei costi che essendo legati a servizi appaltati prorogati per anni non rispecchiano l'attuale situazione concorrenziale.

Va detto, per correttezza, che a livello regionale si sta lavorando per far fronte alle varie problematiche attualmente esistenti, attraverso il ridisegno del processo di acquisto dei prodotti farmaceutici e del materiale sanitario, in modo che sia univoco per tutte le Aziende Sanitarie regionali, nonché sostituendo quelle che fino ad oggi erano solo linee guida relative alla programmazione delle Aziende Sanitarie con dettati normativi che richiedono alle stesse una pianificazione annuale e triennale degli approvvigionamenti necessari.

Nelle intenzioni dei Dipartimenti regionali coinvolti c'è, inoltre, la volontà di dare una spinta propulsiva alla centralizzazione degli acquisti, cercando di far fronte a quelle che potrebbero esserne le criticità (in primo luogo i tempi di aggiudicazione delle gare) attraverso un inasprimento del regime sanzionatorio ed un maggior controllo dei vari compiti e responsabilità.

Nell'ambito di un efficace ed efficiente modello di centralizzazione degli acquisti adeguata attenzione dovrebbe essere prestata al sistema di valutazione ed incentivazione, attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi alle diverse figure professionali coinvolte ed un chiaro collegamento tra obiettivi, risultati ed incentivi.

Si tratta, va ammesso, di azioni che richiedono tempi non brevi, in quanto riguardano principalmente il modo di affrontare le situazioni e di operare, il sistema nel suo complesso e la mentalità delle persone, tutti elementi che richiedono sì fermezza, ma soprattutto pazienza, comprensione e coinvolgimento dei singoli nel processo di cambiamento, che deve essere accettato, condiviso e fatto proprio da ciascuno.

## 4.2 La Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria

L'Autorità della Regione Calabria per i procedimenti e la vigilanza nella materia dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, denominata "Stazione Unica Appaltante" (SUA), è stata istituita con la Legge Regionale n. 26 del 7 luglio 2007 al fine di assicurare la correttezza, la trasparenza e l'efficienza nella gestione dei contratti pubblici.

La Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria ha sede a Catanzaro, opera con piena indipendenza funzionale, di giudizio e di valutazione, nonché in regime di autonomia organizzativa e contabile e ha il compito di svolgere l'attività di preparazione, indizione e di aggiudicazione delle gare concernenti lavori ed opere pubbliche, acquisizioni di beni e forniture di servizi a favore della Regione Calabria e degli Enti, Aziende, Agenzie ed Organismi da essa dipendenti, vigilati o ad essa collegati, tra cui in particolare gli enti del Servizio Sanitario Regionale. Tali soggetti sono obbligati a ricorrere alla SUA nei modi e nei termini stabiliti dalla suddetta Legge Regionale. Della SUA devono avvalersi anche gli altri Enti pubblici della Calabria non specificatamente citati per le procedure di affidamento di contratti pubblici aventi un importo uguale o superiore a 150.000€ cui si provveda anche parzialmente con finanziamenti o contributi a carico del bilancio della Regione Calabria o di Enti, Società interamente partecipate, Agenzie, Aziende ed Organismi da essa dipendenti, vigilati o ad essa collegati. Alla SUA, inoltre, possono rivolgersi Enti pubblici della Calabria che, pur non essendovi tenuti per legge, intendono ricorrervi in regime di convenzione.

L'Autorità si occupa anche delle attività di controllo e vigilanza sull'esecuzione delle procedure relative alle gare pubbliche e le amministrazioni committenti operanti nella Regione Calabria hanno l'obbligo di trasmetterle copia dei bandi e delle lettere di invito.

La Stazione Unica Appaltante si configura quale centrale di acquisto della Regione Calabria, dispone di una struttura organizzativa articolata in tre sezioni (amministrativa, tecnica, osservatorio) e suoi organi sono il Direttore Generale ed il Comitato di sorveglianza.

La sezione amministrativa svolge tutte le attività necessarie a garantire l'autonomia organizzativa e finanziaria della SUA e gestisce i rapporti economici con i soggetti obbligati a ricorrervi.

La sezione tecnica svolge tutte le attività necessarie a garantire la verifica dei bandi di gara e della relativa documentazione tecnica predisposta dalle stazioni appaltanti, nonché l'espletamento delle procedure di affidamento dei contratti pubblici per conto dei soggetti obbligati.

La sezione Osservatorio regionale dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture svolge tutte le attività necessarie a garantire l'espletamento di una pluralità di compiti, tra cui il monitoraggio delle procedure di indizione e di affidamento degli appalti, il cui importo risulta sotto soglia e le cui procedure sono gestite direttamente dalle strutture regionali, sub-regionali e degli altri enti committenti, ai fini di combattere l'elusione derivante dal frazionamento degli appalti.

Il Direttore generale della SUA resta in carica tre anni, adotta gli atti aventi efficacia esterna ed è responsabile dell'intera attività della SUA e dell'attuazione delle procedure ad essa affidate. Il Direttore generale, in particolare, ha la responsabilità di garantire la piena e corretta attuazione del Regolamento organizzativo, nonché di definire gli indirizzi che l'Autorità deve seguire e coordinarne l'efficace messa in atto da parte dei dirigenti responsabili delle varie sezioni.

Il Comitato di sorveglianza è preposto alla verifica dell'andamento generale della SUA, assegna gli obiettivi al Direttore generale ed agli altri dirigenti e ne verifica il conseguimento.

Tutti i dipendenti della Stazione Unica Appaltante, includendo in tale definizione sia i collaboratori diretti che quelli indiretti, devono



necessariamente attenersi nell'esercizio del loro ruolo o compito al Codice Etico dell'Autorità, conformando il proprio comportamento alle norme dettagliatamente definite nello stesso.

Le Aziende Sanitarie e gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale devono avvalersi obbligatoriamente della SUA per la predisposizione degli atti iniziali di tutte le procedure di aggiudicazione di contratti di lavori pubblici, di prestazioni di servizio, di acquisto di beni e forniture, fino all'aggiudicazione definitiva. Le uniche deroghe ammesse all'obbligo di ricorso alla Stazione Unica Appaltante sono specificatamente elencate nell'art. 17 del Regolamento di organizzazione della SUA<sup>79</sup>, che per lo svolgimento delle proprie attività adotta modalità organizzative fondate su un sistema di norme procedurali formalizzate mediante adeguata documentazione, in modo da garantire la qualità dei procedimenti contrattuali. Finalità generale dell'Autorità regionale è, infatti, quella di assicurare la correttezza, la trasparenza, l'efficienza e l'efficacia della gestione di tutti i contratti pubblici delle stazioni appaltanti operanti nella Regione e tenute all'applicazione del Codice dei contratti pubblici.

Nell'ambito delle sue molteplici funzioni attive, consultive e di controllo, la Stazione Unica Appaltante ha il compito di: collaborare con le amministrazioni aggiudicatrici, al fine della corretta individuazione del contratto, per garantire la rispondenza dell'opera, del servizio o della fornitura alle effettive esigenze degli enti destinatari, nonché la loro corretta e tempestiva esecuzione; concordare con il RUP la tipologia di gara per la scelta del contraente privato; collaborare alla redazione del capitolato generale e degli eventuali capitolati speciali necessari; nominare le commissioni od i responsabili di gara; predisporre le formule e/o i modelli di presentazione delle offerte; redigere gli schemi di bando, curandone la pubblicazione e l'invio ai soggetti interessati nel rispetto della disciplina in

---

<sup>79</sup> Adottato dal Presidente F.F. il 17.02.2009, ai sensi dell'art. 2 comma 1 della L.R. n. 26 del 2007 e s.m.i., discusso e condiviso con il Comitato di sorveglianza nella stessa data ed approvato dalla Giunta Regionale il 31 marzo 2009.

tema di procedimenti ad evidenza pubblica; definire i criteri di aggiudicazione ed indicare le tipologie di appalto che saranno sottoposte al ricorso del sistema dell'offerta economicamente più vantaggiosa; fissare i modelli di tracciabilità bancaria e contabile delle attività finanziarie connesse all'esecuzione del contratto e dei subcontratti; curare ogni adempimento relativo alla valutazione delle offerte presentate ed all'attribuzione dei relativi punteggi; redigere le graduatorie di merito, sia provvisorie che definitive; curare l'esame e la decisione delle opposizioni; predisporre le relazioni tecniche per l'Avvocatura regionale; monitorare gli stati di avanzamento e la corretta esecuzione dei contratti.

Stabilire l'oggetto del contratto ed i suoi elementi essenziali, tuttavia, è competenza degli enti committenti che devono avvalersi della SUA, la quale organizza la propria attività dando priorità alle procedure più urgenti e predispone il bando di gara e tutti gli atti preparatori in modo da garantire la conclusione del procedimento di aggiudicazione entro tempi conformi alle esigenze rappresentate dalle amministrazioni aggiudicatrici. Queste ultime, entro trenta giorni dall'approvazione del rispettivo bilancio, devono comunicare alla Stazione Unica Appaltante i contratti di opere, servizi e fornitura, aventi determinati requisiti, di cui prevedono l'affidamento nel corso dell'anno. Ricevuta tale comunicazione, la SUA propone all'amministrazione interessata eventuali correttivi dell'oggetto del contratto, anche in vista della sua omogeneizzazione ai contenuti di contratti affini che la SUA abbia il compito di aggiudicare, in modo da favorire, laddove possibile, la standardizzazione degli acquisti ed assicurare che lo svolgimento dell'attività di affidamento e di esecuzione avvenga secondo canoni di presumibile migliore economicità ed efficienza. La SUA, a tal proposito, può procedere all'indizione di un'unica gara, avente ad oggetto l'affidamento di più lotti, ovvero, nell'ipotesi in cui sussistano le condizioni per accorpare più opere, servizi o forniture nell'ambito di un unico contratto, procedere all'affidamento unitario dello stesso. Va, però,

sottolineato il fatto che nel caso in cui l'amministrazione aggiudicatrice ritenga di non condividere la proposta formulata dalla SUA, quest'ultima deve espletare la procedura di affidamento secondo il progetto e le indicazioni provenienti dall'amministrazione aggiudicatrice.

Il Regolamento di organizzazione della SUA è stato approvato dalla Giunta regionale calabrese nella seduta del 31 marzo 2009, con la deliberazione n. 142 del 2009, avente ad oggetto "Stazione unica appaltante – approvazione del regolamento di organizzazione – primi indirizzi operativi". Con tale deliberazione la Giunta regionale calabrese ha, inoltre, previsto che nell'ambito dell'attivazione progressiva della SUA venisse data priorità alle procedure riguardanti le forniture per gli enti del Servizio Sanitario Regionale e ha dato indirizzo affinché si realizzassero, in tempi rapidi ed in sinergia con il Dipartimento regionale Tutela della salute, le azioni prioritarie di:

- vigilanza sulla correttezza, trasparenza, efficienza ed efficacia nell'applicazione delle norme sui contratti pubblici;
- effettuazione di acquisti in forma aggregata operando come centrale di acquisto, ovvero come centrale di committenza, anche attraverso la stipula di appositi contratti quadro;
- creazione di un osservatorio prezzi, nonché di validi sistemi di benchmarking;
- implementazione di piattaforme di e-procurement, per le ipotesi di esonero dall'obbligo di ricorrere alla SUA.

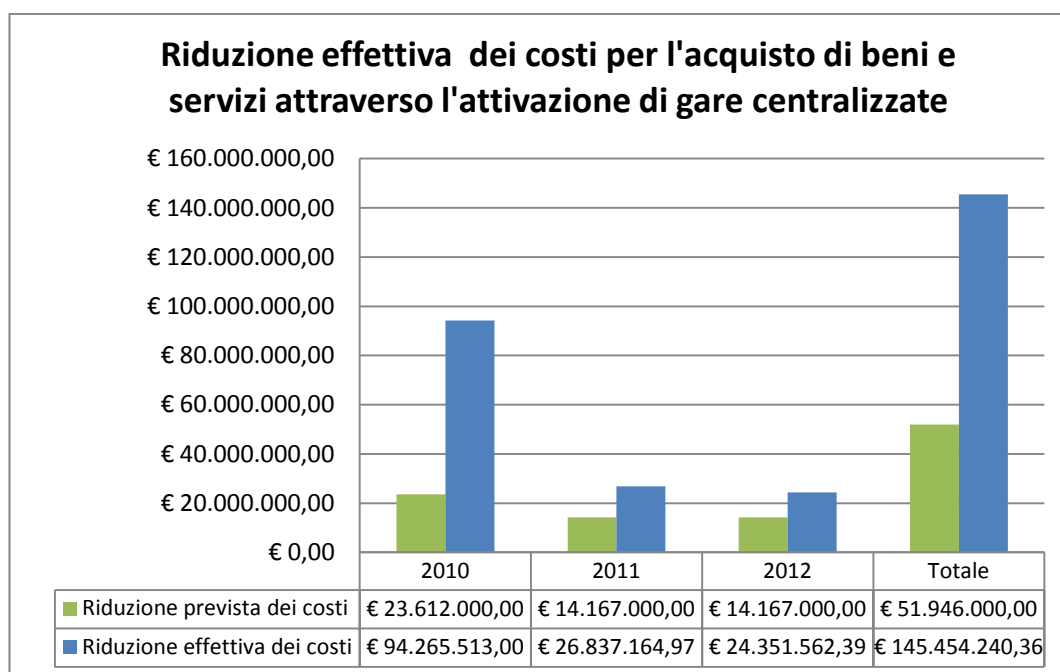
Le attività della Stazione Unica Appaltante relative alla gestione delle procedure di gara per gli enti del Servizio Sanitario Regionale sono entrate a regime a partire dal gennaio 2010 con l'attivazione di una Struttura centralizzata di controllo sui contratti relativi ai servizi ed alle forniture necessarie al funzionamento del sistema sanitario calabrese.

A far data dal 31 maggio 2010, poi, la SUA è divenuta operativa anche per gli altri soggetti e di essa hanno sempre più chiesto di avvalersi anche

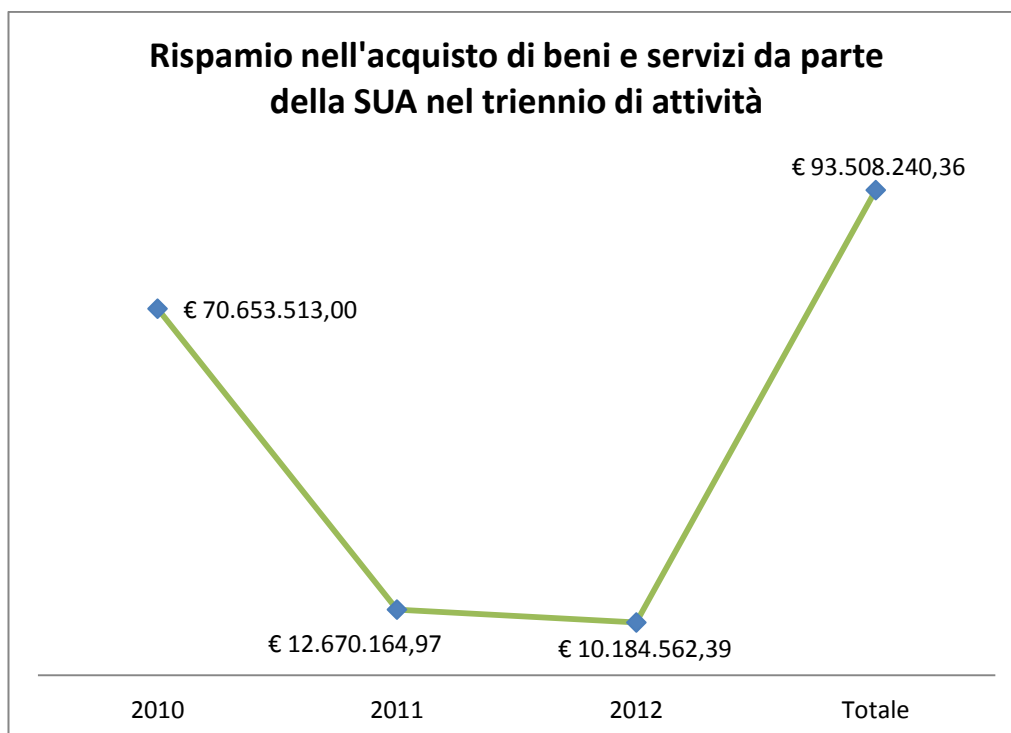
amministrazioni diverse ed estranee al contesto degli enti regionali, quali amministrazioni comunali di tutte le province calabresi e perfino enti ecclesiastici, testimoniando la trasparenza, l'efficacia e l'efficienza delle procedure condotte dall'Autorità regionale.

A distanza di un triennio, la Stazione Unica Appaltante si è dimostrata essere una realtà amministrativa positiva e virtuosa, da salvaguardare, potenziare ed utilizzare sempre più diffusamente.

A prova dei pregevoli risultati conseguiti su più fronti dalla Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria nel triennio di attività è possibile riportare tutta una serie di dati oggettivi di seguito analizzati.



Come mostra chiaramente l'istogramma, la Stazione Unica Appaltante nel triennio di attività 2010-2012 è riuscita a conseguire dei risultati anche di gran lunga superiori rispetto alle previsioni in termini di riduzione effettiva dei costi per l'acquisto di beni e servizi, con un risparmio complessivo di oltre 93 milioni e mezzo di euro rispetto a quella che era la riduzione prevista dei costi.



Il profondo gap tra i risparmi conseguiti nel 2010 e quelli relativi al 2011 ed al 2012 è semplicemente spiegabile dal fatto che la gara di maggior importo e complessità, ovvero la gara per la fornitura triennale di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche, ecc. è stata condotta nel 2010 coprendo il fabbisogno dei prodotti in questione anche per i due anni successivi.

Per comprendere meglio l'entità del lavoro svolto in particolare dalla sezione tecnica della Stazione Unica Appaltante, la cui attività è incentrata sia nell'espletamento delle procedure relative al comparto sanitario che nella gestione di ulteriori gare espletate su richiesta di numerosi soggetti obbligati ed enti convenzionati ai sensi della L.R. 26/2007, è possibile riportare il dettaglio delle gare indette dalla SUA nel triennio di attività<sup>80</sup>, considerando unitariamente quelle aggregate, anche se coinvolgono una pluralità di soggetti obbligati.

<sup>80</sup> Tutti i dati di seguito riportati sono tratti dalle "Statistiche S.U.A. – Elenco Gare 2010/2012" dell'Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria

## Anno 2010

<b>Gara n°</b>	<b>Soggetto Obbligato</b>	<b>Denominazione gara</b>	<b>Importo di gara</b>
1	ASI Vibo Valentia	Lavori collettamento fognario dell'abitato San Gregorio d'Ippona	€ 411.809,00
2	ASP Crotona	Servizio archiviazione, elaborazione, custodia e gestione documentale per il PO di Crotona	€ 1.000.000,00
3	ASI Vibo Valentia	Lavori di adeguamento rete fognaria e potenziamento piattaforma di Porto Salvo	€ 57.991,00
4	AS di Locri	Affidamento lavori realizzazione progetto poliambulatorio di Caulonia	€ 618.000,00
5	Aggregata	Fornitura triennale di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche, ecc.	€ 548.067.613,04
6	Regione Calabria Dipartimento 3	Servizio assistenza tecnica all'Autorità di Gestione del POR Calabria FESR 2007/2013 per le attività di controllo di primo livello delle operazioni finanziate dal Programma e all'Autorità di certificazione	€ 2.800.000,00
7	ASP di Vibo Valentia	Servizio di vigilanza armata PO di Vibo Valentia	€ 525.600,00
8	ASP di Vibo Valentia	Servizio di ristorazione	€ 6.410.000,00
9	ASP di Cosenza	Servizio ossigenoterapia-ventiloterapia-assistenza domiciliare	€ 18.270.000,00
10	ASP di Crotona	Servizio per la gestione del calore, la conduzione e la riqualificazione tecnologica degli impianti termici e di coordinamento dell'ASP di Crotona	€ 5.940.000,00
11	ASP di Cosenza	Servizio di pulizia	€ 12.715.000,00
12	ATERP di Cosenza	Lavori recupero e manutenzione straordinaria alloggi ERP Comune di Acri-Loc.Mucone	€ 333.400,00
13	ATERP di Cosenza	Lavori completamento n°6 alloggi ERP Comune di Spezzano Albanese	€ 206.690,20
14	AO di Cosenza	Smaltimento rifiuti speciali e non	€ 1.500.000,00
15	ASI Vibo Valentia	Collettamento acque reflue dei comuni di Dasà, Arena ed Acquaro	€ 818.818,00
16	ASP di Cosenza	Smaltimento rifiuti speciali e non	€ 2.475.000,00
17	AO di Cosenza	Servizio di vigilanza degli stabilimenti ospedalieri	€ 8.000.000,00
18	AFOR	Acquisto attrezzature e dispositivi di protezione individuali	€ 15.889.056,00
19	Arcidiocesi Oppido-Palmi	Lavori costruzione del nuovo complesso parrocchiale "San Gaetano Catanoso" in Gioia Tauro	€ 1.352.842,79

20	Comune di Luzzi	Affidamento del servizio mensa scolastica nelle scuole dell'infanzia statali e secondaria di I° grado del Comune di Luzzi	€ 422.304,00
21	Comune di Luzzi	Affidamento del servizio di trasporto scolastico, trasporto disabili e vigilanza alunni durante il trasporto con gli scuolabus comunali nel Comune di Luzzi	€ 620.000,00
22	Aggregata	Fornitura vaccini antinfluenzali per la campagna vaccinale 2010/2011 alle aziende sanitarie provinciali della Calabria	€ 793.272,00
23	ASI Vibo Valentia	Adeguamento impianto di depurazione località Silica	€ 591.600,00
24	ATERP di Cosenza	Lavori completamento n°6 alloggi ERP Comune di Cervicati	€ 222.365,00
25	ASI Vibo Valentia	Lavori di completamento delle infrastrutture di collegamento tra il comparto "A" ed il comparto "B" della zona industriale Aeroporto nel Comune di Vibo Valentia	€ 1.491.000,00
26	ASI Vibo Valentia	Lavori di realizzazione I stralcio opere di urbanizzazione area industriale Valle del Mesima	€ 2.100.000,00
27	ATERP di Vibo Valentia	Lavori di completamento di n°1 fabbricato con 10 alloggi in località S.Antonio, Int. n. 23/C nel Comune di Pizzo Calabro	€ 606.515,57
28	ATERP di Vibo Valentia	Lavori di completamento di n°1 fabbricato con 10 alloggi in località S.Antonio, Int. N. 23/D nel Comune di Pizzo Calabro	€ 563.436,13
29	Aggregata	Fornitura triennale di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche, ecc. Il esperimento di gara	€ 71.493.321,07
Totale			€ 706.295.633,80

### Anno 2011

Gara n°	Soggetto Obbligato	Denominazione gara	Importo di gara
1	Regione Calabria	Affidamento del Servizio di riorganizzazione dei processi lavorativi e di ottimizzazione delle risorse degli uffici giudiziari della Regione Calabria	€ 2.025.000,00
2	AO di Cosenza	Affidamento del servizio di vigilanza	€ 5.541.000,00
3	Regione Calabria Dipartimento 6	Affidamento del servizio di progettazione, realizzazione e distribuzione di una pubblicazione trimestrale sull'agricoltura e sul mondo rurale della Calabria, denominata "Calabria rurale"	€ 250.000,00
4	Comune di Corigliano Calabro	Affidamento del servizio di igiene urbana per il Comune di Corigliano Calabro	€ 12.036.000,00

5	ASI di Vibo Valentia	Progettazione esecutiva e realizzazione dei lavori di completamento ed ampliamento depuratore di località Piscopio di Vibo Valentia	€ 1.640.841,41
6	Comune di Rossano	Affidamento dei lavori di costruzione di n° 6 alloggi di edilizia residenziale pubblica nel quartiere Matassa del Comune di Rossano Calabro – “Contratto di Quartiere II – Edificio di ricucitura”	€ 687.437,69
7	Aggregata	Procedura in service di “Sistemi Completi per l’esecuzione di Trattamenti di Dialisi”	€ 46.500.000,00
8	Aggregata	Fornitura di materiale di consumo per laboratori (vetrini, pipette, provette, ecc.)	€ 9.150.000,00
9	SUA per il Commissario Delegato	Procedura ristretta per l’affidamento del contratto di concessione di costruzione e gestione ai sensi dell’art.144 del D.Lgs.163/06 relativo alla realizzazione del nuovo ospedale di Vibo Valentia	€ 118.411.858,47
10	SUA per il Commissario Delegato	Procedura ristretta per l’affidamento del contratto di concessione di costruzione e gestione ai sensi dell’art. 144 del D.Lgs. 163/06 relativo alla realizzazione del nuovo ospedale della sibaritide	€ 119.307.847,25
11	ATERP Provincia di RC	Lavori di recupero di n° 48 alloggi ubicati nel Comune di Reggio Calabria, via Sbarre Superiori – lotto 38/Q	€ 296.847,13
12	Stazione Unica Appaltante	Affidamento del servizio di gestione delle gare telematiche della Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria (SUA)	€ 55.000,00
13	Aggregata	Fornitura di materiale di consumo per trattamenti dialitici	€ 87.090.082,50
14	Aggregata	Fornitura di reattivi, materiale vario e diagnostici di uso manuale per laboratori	€ 11.400.000,00
15	Aggregata	Fornitura di vaccini antinfluenzali alle aziende sanitarie provinciali	€ 570.704,50
16	SUA per il Commissario Delegato	Procedura ristretta per l’affidamento del contratto di concessione di costruzione e gestione ai sensi dell’art.144 del D.Lgs. 163/06 relativo all’intervento di realizzazione del nuovo Ospedale della piana di Gioia Tauro	€ 126.174.452,11
17	Regione Calabria per il Dipartimento Organizzazione e Personale	Gara per la progettazione e realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende	€ 20.100.000,00
18	Aggregata	Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura triennale di disinfettanti, antisettici, proteolitici e detergenti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	€ 11.371.907,79



19	Aggregata	Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura triennale di guanti chirurgici e non, materiale monouso ed ausili per incontinenti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	€ 28.428.525,85
20	Aggregata	Procedura aperta per la fornitura triennale in service di sistemi analitici per i laboratori di anatomia patologica per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	€ 12.565.782,00
21	Aggregata	Procedura triennale in service per gruppi sanguigni, prodotti per donazioni, trasfusioni, ecc. e materiale vario per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	€ 23.879.655,00
Totale			€ 637.482.941,70

### Anno 2012

Gara n°	Soggetto Obligato	Denominazione gara	Importo di gara
1	Regione Calabria SUA	Procedura aperta per l'affidamento triennale della realizzazione del Sistema Informativo di Supporto alla Gestione degli Appalti Pubblici	€ 1.486.000,00
2	Regione Calabria Dipartimento Lavori Pubblici	Procedura aperta per l'affidamento del servizio di verifica, finalizzata alla validazione della progettazione definitiva per appalto integrato, comprensiva del piano di sicurezza, della successiva verifica della progettazione esecutiva e delle eventuali perizie di varianti, relativo alla realizzazione del sistema di collegamento metropolitano tra Cosenza – Rende ed Università della Calabria	€ 350.000,00
3	Consiglio Regionale della Calabria	Procedura aperta per l'affidamento del Global Service relativo al servizio quadriennale di energia, conduzione, gestione e manutenzione degli impianti tecnologici della sede del Consiglio Regionale della Calabria ed annesso auditorium	€ 3.131.487,05
4	Università degli Studi Mediterranea di Reggio Calabria	Procedura aperta per l'affidamento dei lavori di recupero e riqualificazione degli alloggi per studenti universitari e relativi servizi	€ 9.754.182,76
5	AO di Cosenza	Procedura aperta per l'affidamento del servizio di pulizia e servizi integrativi	€ 31.700.000,00
6	Regione Calabria Dipartimento Bilancio	Procedura aperta per l'affidamento dei lavori di bonifica da amianto dei locali dell'ex CIAPI di Reggio Calabria, località Catona	€ 488.156,00

7	Aggregata	Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura triennale di dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta	€ 19.243.725,75
8	Aggregata	Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna vaccinale 2012/2013	€ 1.863.226,00
9	Aggregata	Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura annuale di farmaci	€ 50.762.430,40
Totale			€ 118.779.207,96

L'attenzione al settore sanitario è sempre stata una delle priorità della Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria.

Nel 2010 delle 29 gare indette ben 13 riguardavano Enti del Servizio Sanitario Regionale, comprese le 3 aggregate. Tali gare afferenti il settore sanitario possono essere classificate per voce di costo e riassunte nella seguente tabella, che riporta anche i soggetti obbligati e l'importo di gara:

Descrizione Voce	Gara n°	Soggetto Obbligato	Importo
<b>Beni sanitari</b>			
Fornitura triennale di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche, ecc.	5	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; AS Reggio Calabria; AS Locri; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Mater Domini Catanzaro; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€548.067.613,04
Fornitura vaccini antinfluenzali per la campagna vaccinale 2010/2011 alle aziende sanitarie provinciali della Calabria	22	ASP Catanzaro; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; ASP Vibo Valentia	€793.272,00
Fornitura triennale di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche, ecc. Il esperimento di gara	29	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; AS Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Mater Domini Catanzaro; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€1.493.321,07
<b>Totale</b>			<b>€620.354.206,04</b>

<b>Servizi sanitari</b>			
Servizio ossigenoterapia-ventiloterapia-assistenza domiciliare	9	ASP Cosenza	€18.270.000,00
<b>Totale</b>			<b>€18.270.000,00</b>
<b>Servizi non sanitari</b>			
Servizio archiviazione, elaborazione, custodia e gestione documentale per il PO di Crotone	2	ASP Crotone	€1.000.000,00
Servizio di vigilanza armata PO di Vibo Valentia	7	ASP Vibo Valentia	€25.600,00
Servizio di ristorazione	8	ASP Vibo Valentia	€6.410.000,00
Servizio per la gestione del calore, la conduzione e la riqualificazione tecnologica degli impianti termici e di coordinamento dell'ASP di Crotone	10	ASP Crotone	€5.940.000,00
Servizio di pulizia	11	ASP Cosenza	€12.715.000,00
Smaltimento rifiuti speciali e non	14	AO Cosenza	€1.500.000,00
Smaltimento rifiuti speciali e non	16	ASP Cosenza	€2.475.000,00
Servizio di vigilanza degli stabilimenti ospedalieri	17	AO Cosenza	€8.000.000,00
<b>Totale</b>			<b>€38.565.600,00</b>
<b>Lavori</b>			
Affidamento lavori realizzazione progetto poliambulatorio di Caulonia	4	AS Locri	€18.000,00
<b>Totale</b>			<b>€18.000,00</b>
<b>Totale transato SUA per gli Enti Sanitari nel 2010</b>			<b>€77.807.806,04</b>

Nel 2011 su 21 gare 10 vedevano come soggetto obbligato a ricorrere alla SUA un Ente del Servizio Sanitario Regionale e ben 9 erano gare aggregate. Le gare relative al settore sanitario condotte dalla SUA nel 2011 possono essere così riclassificate:

Descrizione Voce	Gara n°	Soggetto Obligato	Importo
<b>Beni sanitari</b>			
Fornitura di materiale di consumo per laboratori (vetrini, pipette, provette, ecc.)	8	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€9.150.000,00
Fornitura di materiale di consumo per trattamenti dialitici	13	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro	€7.090.082,50
Fornitura di reattivi, materiale vario e diagnostici di uso manuale per laboratori	14	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro	€1.400.000,00
Fornitura di vaccini antinfluenzali alle aziende sanitarie provinciali	15	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria	€70.704,50
Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura triennale di disinfettanti, antisettici, proteolitici e detergenti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	18	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; AO Mater Domini Catanzaro; Fondazione Campanella	€1.371.907,79
Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura triennale di guanti chirurgici e non, materiale monouso ed ausili per incontinenti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	19	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; AO Mater Domini Catanzaro; Fondazione Campanella	€28.428.525,85
<b>Totale</b>			<b>€148.011.220,64</b>

<b>Servizi sanitari</b>			
Procedura in service di "Sistemi Completi per l'esecuzione di Trattamenti di Dialisi"	7	ASP Catanzaro; ASP Vibo Valentia; ASP Crotone; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€46.500.000,00
Procedura aperta per la fornitura triennale in service di sistemi analitici per i laboratori di anatomia patologica per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	20	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Crotone; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€12.565.782,00
Procedura triennale in service per gruppi sanguigni, prodotti per donazioni, trasfusioni, ecc. e materiale vario per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria	21	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotone; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Mater Domini Catanzaro	€23.879.655,00
<b>Totale</b>			<b>€82.945.437,00</b>
<b>Servizi non sanitari</b>			
Affidamento del servizio di vigilanza	2	AO Cosenza	€5.541.000,00
<b>Totale</b>			<b>€5.541.000,00</b>
<b>Totale transato SUA per gli Enti Sanitari nel 2011</b>			<b>€236.497.657,64</b>

Nel 2012 in 4 casi, di cui 3 gare aggregate, su 9 gare indette dalla SUA, si sono trattati beni o servizi per il settore sanitario.

Le gare condotte dalla Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale nel 2012 possono essere riclassificate nel seguente modo:

Descrizione Voce	Gara n°	Soggetto Obbligato	Importo
<b>Beni sanitari</b>			
Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura triennale di dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta	7	ASP Catanzaro; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€9.243.725,75
Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna vaccinale 2012/2013	8	ASP Catanzaro; ASP Cosenza; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria;	€1.863.226,00
Procedura aperta con modalità telematica per la fornitura annuale di farmaci	9	ASP Catanzaro; ASP Vibo Valentia; ASP Crotona; ASP Reggio Calabria; AO Reggio Calabria; AO Cosenza; AO Pugliese Ciacco Catanzaro; Fondazione Campanella	€0.762.430,40
<b>Totale</b>			<b>€1.869.382,15</b>
<b>Servizi non sanitari</b>			
Procedura aperta per l'affidamento del servizio di pulizia e servizi integrativi	5	AO Cosenza	€1.700.000,00
<b>Totale</b>			<b>€1.700.000,00</b>
<b>Totale transato SUA per gli Enti Sanitari nel 2012</b>			<b>€103.569.382,15</b>

## 5. La pianificazione degli acquisti in campo sanitario

### 5.1 I Livelli Essenziali di Assistenza

Per programmare e pianificare gli acquisti in campo sanitario è imprescindibilmente necessario far riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), che rappresentano le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione alla spesa.

*<I livelli di assistenza sanitaria definiscono le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza fra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale><sup>81</sup>.*

Fonti normative dei L.E.A. sono principalmente il Decreto Legislativo n.502 del 1992, come modificato dal Decreto Legislativo n.229 del 1999, e la Legge n. 405 del 2001, che pongono a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: non rispondono a necessità assistenziali meritevoli di tutela; non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le

---

<sup>81</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012.

medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

I Livelli Essenziali di Assistenza includono quelle prestazioni che, per specifiche condizioni cliniche, presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva<sup>82</sup> e rappresentano la risposta del Servizio Sanitario Nazionale alla domanda di salute dei cittadini. Tale risposta deve essere garantita a tutti i cittadini in condizioni di uniformità, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, su tutto il territorio nazionale e con una tempistica adeguata alle condizioni cliniche di ciascun paziente. È importante sottolineare che si tratta di livelli “essenziali” e non “minimi” di assistenza, prestazioni ed attività, cioè, che lo Stato considera imprescindibili a fronte del proprio sviluppo sociale e culturale. Con tale terminologia, inoltre, il Legislatore ha voluto porre l'accento sul fatto che tali livelli “essenziali” di assistenza non sono il frutto di un razionamento delle prestazioni, ma nascono dall'impegno a garantire le cure appropriate a tutti i pazienti, ovvero le cure più efficaci ed in grado di evitare gli sprechi.

Le prestazioni comprese nei L.E.A. sono erogate senza oneri a carico dell'utente al momento della fruizione del servizio o dietro pagamento di una quota limitata della spesa, stabilita in modo tale da favorire la consapevolezza dell'onere economico-finanziario implicito nell'erogazione delle prestazioni e comunque tale da non costituire un ostacolo nell'accesso ai servizi per il singolo cittadino<sup>83</sup>.

I Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002 e successivamente modificato ad opera del D.P.C.M. 23-04-2008. I Livelli Essenziali di Assistenza, infatti, non sono

---

<sup>82</sup> [http://www.soluzioneavvocati.it/34-diritto\\_sanitario/37-farmaci\\_e\\_salute.html](http://www.soluzioneavvocati.it/34-diritto_sanitario/37-farmaci_e_salute.html)

<sup>83</sup> “Legislazione Sanitaria e Sociale”, XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012.



un qualcosa di storicamente immutabile, ma necessitano di aggiornamenti in virtù del mutare delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, nonché a fronte del progredire delle conoscenze scientifiche e dello sviluppo tecnologico<sup>84</sup>.

Il Decreto di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza individua tra macro-classi di attività:

- 1) Prevenzione collettiva e sanità pubblica, precedentemente definita  
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- 2) Assistenza distrettuale;
- 3) Assistenza ospedaliera.

La Prevenzione collettiva e sanità pubblica include tutte le attività di prevenzione rivolte al singolo ed alla collettività, quali:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- g) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- h) valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche.

Nella macro-area Assistenza distrettuale rientrano tutte le attività ed i servizi socio-sanitari diffusi in maniera capillare sul territorio, quali:

- a) assistenza sanitaria di base;

---

<sup>84</sup> "Legislazione Sanitaria e Sociale", XIV edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012.

- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Nell'ambito dell'Assistenza ospedaliera, infine, rientrano le seguenti attività:

- a) pronto soccorso;
- b) ricovero ordinario per acuti;
- c) day surgery;
- d) day hospital;
- e) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f) attività trasfusionali;
- g) attività di trapianto di organi e tessuti.

Il suddetto Decreto ed i relativi allegati specificano, inoltre, le prestazioni ed i servizi ricompresi nell'ambito di ciascuna delle attività elencate, le prestazioni totalmente escluse dai L.E.A., che non vengono fornite dal SSN, e quelle parzialmente escluse, erogabili solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Il Decreto, infine, riporta un elenco di prestazioni ad alto rischio di inappropriata, cioè prestazioni che pur essendo incluse nei L.E.A. presentano un profilo organizzativo potenzialmente non appropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione.

Relativamente ai L.E.A. fondamentale è il ruolo delle Regioni, che devono garantirne l'effettiva erogazione sulla base delle specifiche esigenze del proprio territorio.

In particolare, compete alle Regioni l'adozione delle misure organizzative e strutturali idonee a far sì che le prestazioni ricomprese nei L.E.A. vengano erogate in maniera appropriata, garantendo l'efficace utilizzo delle risorse da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

## 5.2 L'analisi dei rischi relativi agli approvvigionamenti sanitari

Nel momento in cui si instaura un qualsiasi rapporto di fornitura, quindi anche quelli per l'acquisto di beni sanitari, è necessario considerare i rischi che si possono verificare fondamentalmente in relazione a:

- gli aspetti economici;
- i risultati;
- la sicurezza.

Gli aspetti economici sono inevitabilmente legati ai requisiti richiesti al fornitore ed alle decisioni relative al modo in cui viene formulata la domanda e scelta l'offerta migliore, nonché alle spese sostenute per la mitigazione o la riparazione del rischio.

I risultati immediati o prospettici dipendenti dall'esecuzione della fornitura possono essere inficiati dal verificarsi di rischi che ne compromettono alcune caratteristiche essenziali, quale in primo luogo la qualità.

Non può essere, infine, trascurata la sicurezza delle persone, delle cose, dei luoghi o dell'ambiente in generale, che vengono a contatto con la fornitura.

In campo sanitario certamente la priorità va data ai risultati ed alla sicurezza, ma gli aspetti economici non possono essere trascurati.

L'obiettivo dell'analisi dei rischi relativi agli approvvigionamenti sanitari deve essere quello di evitare che essi si trasformino in effettivi eventi negativi, quindi prevenire i rischi o, qualora ciò non sia possibile o sufficiente, mitigarne gli effetti.

È importante prestare attenzione alla definizione di politiche e criteri di approvvigionamento che considerino il rischio negli aspetti connessi con la formazione della domanda, le modalità d'acquisto, le logiche di monitoraggio, l'analisi e la gestione del mercato dell'offerta.

Prima di emettere un bando di gara per l'approvvigionamento di beni sanitari bisogna, in particolare, curare meticolosamente:

- la definizione dei requisiti, dei tempi e delle modalità di fornitura;

- la definizione dei requisiti che i fornitori devono possedere per l’adeguata soddisfazione della domanda;
- la determinazione del prezzo base di gara, che deve essere legato alla composizione dell’offerta ed al tipo di trattativa;
- la determinazione dei criteri che verranno utilizzati per la valutazione delle offerte.

Questi aspetti, infatti, sono intimamente connessi ai rischi legati agli approvvigionamenti.

Il rischio può essere definito<sup>85</sup> come la misura dell’incertezza futura nel raggiungere gli obiettivi di prestazione, pianificazione e costi data dalla combinazione della probabilità che accada un evento non pianificato e delle sue conseguenze.

Le classi di rischio che possono impattare sugli approvvigionamenti sono essenzialmente tre:

- Background Risks;
- Foreground Risks;
- Emergent Risks.

I rischi di Background, o Background Risks, sono quelli antecedenti la stipulazione del contratto di fornitura, in quanto logicamente preesistenti ed indipendenti dal processo di approvvigionamento. Essi vanno considerati in fase di pianificazione degli acquisti e dipendono da:

- I mercati, per quanto concerne i rischi commerciali e quelli legati alle caratteristiche della base di fornitura;
- I prodotti, per quanto concerne i rischi relativi alle caratteristiche tecnologiche e funzionali, alla complessità tecnica, ai processi produttivi ed al grado di innovazione o obsolescenza;

---

<sup>85</sup> Secondo quanto contenuto nella Guida ISO/IEC n.73

- Le capacità interne all'organizzazione di gestire il prodotto, il mercato, le tecnologie e tutti gli altri fattori connessi al processo di approvvigionamento.

I rischi di Foreground, o Foreground Risks, nascono con il processo di approvvigionamento, in quanto dipendono dal modo in cui viene gestito il ciclo d'acquisto, dalle relazioni con i fornitori e dalle loro capacità e caratteristiche. Nello specifico, i rischi di Foreground riguardano:

- La fornitura, con riferimento alle capacità del fornitore di portarla correttamente a compimento;
- La gestione del contratto, relativamente al rispetto di condizioni e specifiche, nonché di leggi e regolamenti;
- Le frodi, cioè i tentativi deliberati di avvantaggiare se stessi o di danneggiare gli altri concorrenti attraverso azioni volte ad influenzare il processo di gara o ad alterare i modi e/o le condizioni del processo di fornitura.

I rischi emergenti, o Emergent Risks, anche detti “Black Swan risks”, sono quelli legati a fattori esterni al processo di acquisto, difficili da prevedere e costosi da prevenire. Essi includono:

- Il rischio paese, che è legato alla stabilità politica dello stesso, al suo sistema regolatorio ed alle barriere sociali, culturali e religiose;
- I rischi connessi alle attività illegali, come la mancata sicurezza o i rischi derivanti dalla presenza della criminalità organizzata;
- I rischi connessi ai fattori di instabilità dovuti ad eventi naturali, crisi finanziarie, rivoluzioni o guerre.

Riprendendo tali categorie di rischio, con riferimento in particolare agli approvvigionamenti sanitari si possono individuare, a titolo esemplificativo, i seguenti rischi:

<b>Background Risks</b>	Sul mercato non sono presenti fornitori con caratteristiche adeguate alla domanda o il loro numero è troppo esiguo per dar vita ad un regime concorrenziale.
	I prodotti attualmente esistenti o disponibili hanno delle caratteristiche non del tutto in linea con quelle richieste dalla domanda.
	L'organizzazione non possiede capacità adeguate in termini di personale, conoscenze e/o competenze per gestire il processo di approvvigionamento.
<b>Foreground Risks</b>	Il fornitore non effettua la consegna nei modi e nei tempi stabiliti.
	La fornitura non è qualitativamente confacente alle specifiche del contratto.
	Il fornitore tenta in un qualsiasi modo di turbare a proprio favore il processo di gara.
<b>Emergent Risks</b>	Nel Paese dell'azienda acquirente cambia la normativa relativa all'importazione dei beni acquistati e questi ultimi non possono varcare la frontiera.
	La fornitura viene rubata durante il trasporto.
	La crisi finanziaria internazionale provoca il fallimento di un fornitore.

Per prevenire o mitigare potenziali condizioni future che genererebbero conseguenze negative per un'Azienda Sanitaria, essa preliminarmente rispetto alla pianificazione ed all'effettuazione degli acquisti deve adottare una logica di Risk Management, che identifica le cause generatrici dei rischi e ne valuta gli impatti, al fine di individuare piani di mitigazione che includano cosa si deve fare, quando occorre farlo, chi se ne deve occupare e quali sono i costi a ciò associati.

### 5.3 Un metodo ed un modello per la pianificazione e l'effettuazione degli acquisti in campo sanitario

A fronte di tutto il lavoro di analisi della spesa, analisi dei rischi, studio dei L.E.A. e ricerca di dati ed informazioni utili e pertinenti, fin qui condotto, si intende adesso proporre un metodo di programmazione e pianificazione degli acquisti sanitari per patologia nell'ambito di un modello centralizzato per gli approvvigionamenti sanitari. Tale proposta si riferisce in primo luogo alla Regione Calabria, ma, aspirando alla definizione di un metodo e di un modello specificatamente codificati e pertanto ripetibili, potrebbe essere implementata anche in altri contesti regionali.

Il livello di centralizzazione auspicato è quello regionale, in quanto consente di avere i maggiori vantaggi, grazie alla visione di insieme ed alle funzioni di pianificazione, controllo e valutazione che gli competono.

L'Autorità Regionale che rappresenta ed incarna il livello di centralizzazione auspicato in Calabria è la Stazione Unica Appaltante, la quale, però, andrebbe potenziata, formata e dotata delle risorse umane e strumentali necessarie per assolvere i nuovi compiti in modo efficace, efficiente e tempestivo, oltre che ovviamente in modo vantaggioso e sostenibile da un punto di vista economico.

Il livello regionale deve necessariamente essere coadiuvato da una rete di centri di responsabilità, identificabili nelle Aziende Sanitarie della Regione, che, dialogando proficuamente e relazionandosi costantemente tra di loro e con il livello centrale, consentano di adottare in modo uniforme e condiviso le best practice di rete, attraverso il trasferimento di competenze tra aziende. Il metodo di pianificazione degli acquisti suggerito, in virtù delle innegabili specificità ed in qualche modo atipicità del settore sanitario, è quello per patologia.

Pianificare e programmare gli acquisti per patologia e non per item significa in primo luogo riconoscere e valorizzare il ruolo del medico, che,



nell'ambito di questo metodo, è il soggetto deputato in primis all'identificazione dei beni e dei servizi necessari per il trattamento di ciascuna patologia.

Pianificare per item significherebbe semplicemente far riferimento allo storico degli acquisti delle varie Aziende Sanitarie e proiettare nel futuro tali valori incrementandoli, mantenendoli invariati o decurtandoli in virtù delle correnti disponibilità economico-finanziarie della Regione, senza considerare in alcun modo fattori chiave, quali l'appropriatezza e l'efficienza dell'uso che se ne fa, la qualità o altri driver della spesa che senza dubbio in campo sanitario non possono essere trascurati.

La pianificazione per patologia, invece, se opportunamente implementata, consente di ottenere la massima efficienza negli acquisti senza penalizzare in alcun modo l'efficacia dei trattamenti terapeutici.

Pianificare per patologia significa far riferimento a tutta una serie di protocolli clinici e linee guida, che individuano i dispositivi diagnostico-terapeutici utilizzati, la terapia farmacologica più adeguata, la frequenza e la durata dei trattamenti ed i tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento. A favore di questo metodo depone anche l'impegno del Ministero della Salute, sancito nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, a puntare su obiettivi di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni attraverso la promozione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici e priorità nell'erogazione delle prestazioni in presenza di determinate patologie.

La strada della pianificazione per patologia è già stata tracciata da tempo in ambito ospedaliero per acuti grazie all'introduzione del sistema dei Diagnosis Related Group (DRG) o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, che, riclassificando il prodotto dell'ospedale in classi o categorie di pazienti omogenei in termini di caratteristiche cliniche ed assistenziali e profilo di trattamento atteso, riconosce il ruolo fondamentale che le tipologie di casi trattati da una struttura, ovvero le patologie trattate, hanno sul consumo di

risorse e sui costi. Attraverso l'ipotesi di un'organizzazione matriciale dell'ospedale con due funzioni di produzione (la prima relativa alla conversione dei fattori produttivi in prodotti intermedi di carattere non prettamente sanitario, quali pasti, analisi di laboratorio, diagnostica per immagini, medicazioni, interventi chirurgici, ecc. e la seconda relativa all'utilizzo dell'insieme di beni e servizi ritenuti appropriati dai professionisti per la diagnosi ed il trattamento di specifiche tipologie di pazienti), il sistema dei DRG arriva a definire una classificazione esaustiva della globalità della casistica ospedaliera acuta, identificando per ciascuna patologia una tariffa, che *<ha carattere di remunerazione omnicomprensiva del profilo di trattamento mediamente associato alla corrispondente categoria di ricoveri>* e *<può riflettere politiche di programmazione sanitaria mirate ad incentivare le modalità terapeutiche e/o organizzative ritenute più efficaci e più appropriate e a disincentivare quelle ritenute inappropriate>*<sup>86</sup>.

Tornando al nostro modello, si ritiene che, per consentire un'efficace applicazione del metodo di pianificazione per patologia, il livello centrale debba affidare il compito di disegnare, descrivere e definire una sorta di "distinta base" per patologia al centro di responsabilità che si verifica essere, sulla base dei dati disponibili, quello più efficiente ed efficace nel trattamento della patologia in questione.

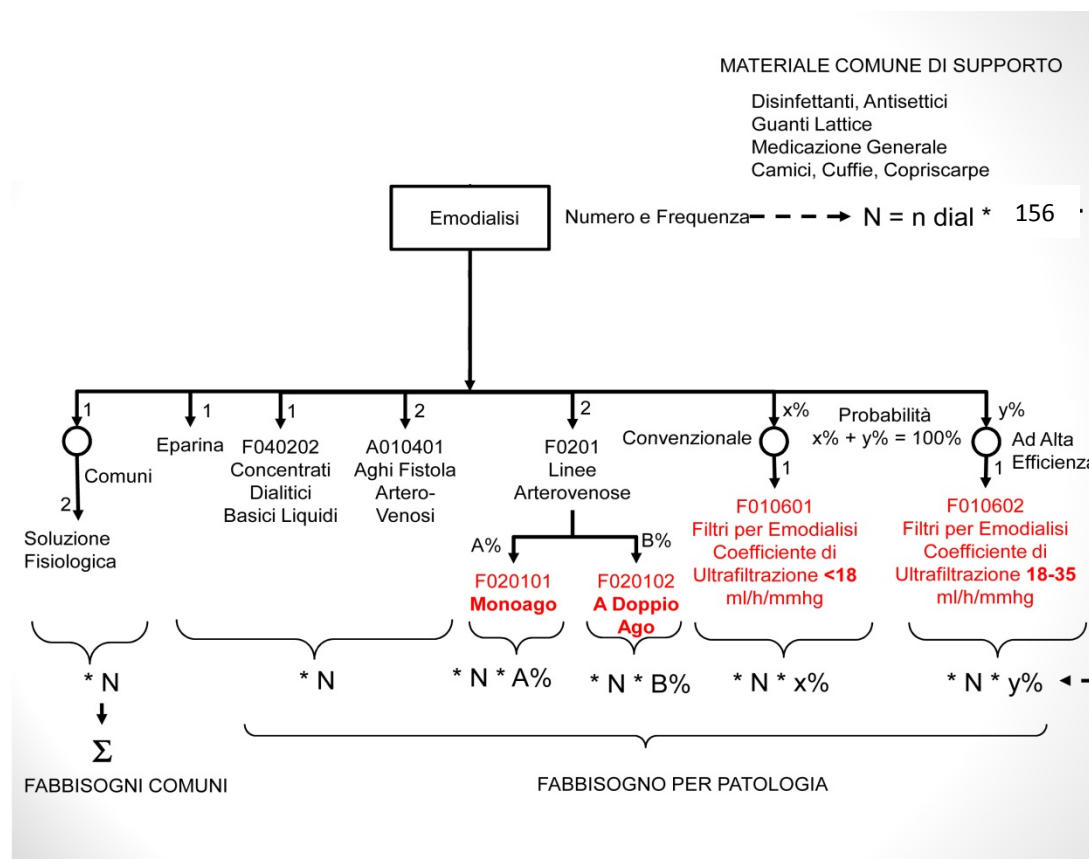
La "distinta base" per patologia, tracciata in virtù dei protocolli sanitari e delle linee guida esistenti, nonché delle conoscenze e competenze maturate sul campo dai medici del centro di responsabilità incaricato di stilarla, dovrebbe indicare dettagliatamente tutti i dispositivi medici ed i farmaci necessari per il trattamento della patologia.

---

<sup>86</sup>

<http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/paginaInternaMenuRicoveriOspedalieri.jsp?menu=sistema&id=1349&lingua=italiano>

Un esempio di “distinta base”, particolarmente calzante con una delle problematiche emerse dall’analisi della spesa sanitaria della Regione Calabria, è quello dell’emodialisi, che potrebbe così presentarsi:



Una volta definita la “distinta base” per patologia, la Stazione Unica Appaltante dovrebbe verificare, per ogni patologia, qual è il prezzo pagato per ciascun item dalle aziende che, relativamente alla patologia in questione, si configurano come best practice regionali e nazionali.

In questo processo la SUA deve fare necessariamente ed imprescindibilmente riferimento al Decreto 18 ottobre 2012 del Ministero della Salute, denominato “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il

28 gennaio 2013, che decreta l'aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali.

La SUA avrebbe così tutti i dati necessari per calcolare il costo per patologia, nonché per fissare successivamente il prezzo base nelle diverse gare d'appalto per l'approvvigionamento dei vari item.

L'obiettivo di questo processo di definizione del costo di ciascuna patologia dovrebbe essere quello di costruire una sorta di prontuario da mettere a disposizione delle varie Aziende Sanitarie, sulla falsa riga di quanto fatto dal Ministero della Salute nei tre Allegati al Decreto 18 ottobre 2012.

Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio Sanitario Nazionale, articolate per tipo di ricovero<sup>87</sup>, sono individuate nell'Allegato 1, di cui a titolo esemplificativo si riporta la prima pagina:

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24* rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15.085	3.616	-	314
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.872	3.367	-	304
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	8.860	2.370	-	213
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.658	2.383	2.585	252
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	2.585	196
9	1	M	Malattie e traumi del midollo spinale	3.589	522	329	219
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	298	152
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	164
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	131
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	96
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	159
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute specifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	156
16	1	M	Malattie cerebrovascolari specifiche con CC	4.553	477	226	147
17	1	M	Malattie cerebrovascolari specifiche senza CC	2.549	378	226	151
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	149
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	143
21	1	M	Meningite virale	2.629	308	215	101
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	199
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	175
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	154
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624	-	239
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562	-	213
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478	-	216
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.409	476	-	208
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	337	243
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	225
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	214

<sup>87</sup> Come si legge nello stesso Decreto 18 ottobre 2012 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 28 gennaio 2013

Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sono riportate nell'Allegato 2<sup>88</sup>, che riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato, di cui a titolo esemplificativo si riporta la prima pagina:

**TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA OSPEDALIERA, per TIPO DI RICOVERO (EURO)**

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia (gg)	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
	(per giornata)	(per giornata)		(per accesso)	(per accesso)
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	272,70	163,62	60	218,16	130,90
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	231,00	138,60	30	184,80	110,88
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	251,00	150,60	30	200,80	120,48
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	246,89	148,13	40	197,51	118,51
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTENEO E DELLA MAMMELLA	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	202,00	121,20	30	161,60	96,96

<sup>88</sup> Come si legge testualmente nell'art. 2 comma 2 del Decreto 18 ottobre 2012 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 28 gennaio 2013

Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, infine, sono individuate all'Allegato 3<sup>89</sup>, di cui a titolo esemplificativo si riporta la prima pagina:

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE			TARIFFE
PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE	51,65
2	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA	103,29
3	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE	103,29
4	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	61,32
5	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	71,54
6	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	51,65
7	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	15,49
8	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	77,47
9	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	129,11
10	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	73,80
11	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	60,76
12	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	86,10
13	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	93,94
14	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE	16,32
15	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	16,32
16	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA	16,32
17	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	19,04
18	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	32,76
19	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	32,76
20	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	32,76
21	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	54,60
22	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	40,92
23	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	49,08
24	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	49,08
25	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	81,84
26	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA	185,88
27	08.52	BLEFARORRAFIA	49,08
28	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	371,88
29	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	40,92
30	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE,	40,92
31	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	40,92
32	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE,	81,84
33	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	27,24
34	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	27,24
35	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	16,32
36	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	40,92
37	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	79,52
38	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	57,26
39	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	40,90
40	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	68,16
41	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	16,32
42	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	19,08
43	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE	68,16
44	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	40,92
45	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	40,92
46	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	40,92
47	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI	40,92
48	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI	309,84
49	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	68,16
50	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	247,92
51	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	22,26
52	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA	32,76
53	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA	32,76

<sup>89</sup> Come sottolineato dall'art. 3 del Decreto 18 ottobre 2012 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 28 gennaio 2013

Tornando al nostro modello, ogni Azienda Sanitaria, sulla base delle proprie casistiche storiche, dei dati sull'incidenza statistica delle varie patologie e di un'indagine epidemiologica condotta sul territorio di riferimento deve calcolare e comunicare alla SUA il numero di pazienti affetti da ciascuna patologia trattati in un anno.

È a questo punto immediato calcolare, tanto per la singola Azienda Sanitaria che per la SUA, il fabbisogno di ciascun item ed il budget di spesa sia nel breve termine, consentendo una puntuale programmazione degli acquisti, che nel medio termine, garantendo una pianificazione perlomeno triennale.

La “distinta base”, ovviamente, non è uno strumento immutabile nel tempo, ma necessita di periodiche revisioni in funzione delle scoperte di nuovi farmaci o trattamenti, degli sviluppi tecnologici e delle varie evoluzioni della medicina contemporanea.

Una volta che tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno implementato correttamente il metodo di pianificazione per patologia e comunicato i risultati alla SUA, si consiglia a quest'ultima di acquistare per item in modo centralizzato a fronte dell'aggregazione dei fabbisogni pervenuti.

I vantaggi derivanti dall'applicazione del modello proposto, che partendo dalla pianificazione per patologia conduce ad un acquisto centralizzato a livello regionale per item, sono molteplici, tra cui:

- La standardizzazione dei beni e servizi acquistati, ottenibile grazie alla condivisione delle medesime “distinte base” per patologia tra tutte le Aziende Sanitarie regionali, che consente la riduzione della variabilità dei beni e servizi acquistati, sia in termini di categorie merceologiche che di prezzi d'acquisto;
- Le economie di scala, cui si perviene grazie alla riduzione del costo unitario per input ottenibile a fronte dei maggiori volumi acquistati;

- La massimizzazione del rapporto costo-beneficio di ciascun item, attraverso l'individuazione di quelli che mostrano le performance migliori;
- La reingegnerizzazione del processo di approvvigionamento, che, una volta fatta propria, assimilata (in termini di metodi e procedure da attuare) ed entrata a regime nelle varie Aziende Sanitarie regionali, consente la riduzione dei tempi e dei costi dei processi di approvvigionamento dei fattori produttivi;
- Lo sfruttamento delle economie di specializzazione, attraverso il coinvolgimento dei centri di responsabilità che adottano e danno vita alle best practice nel trattamento di ciascuna patologia e la condivisione delle loro competenze nell'ambito del modello reticolare proposto;
- L'importanza data al concetto di governo clinico, inteso quale *<approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità>*<sup>90</sup>;
- La razionalizzazione del processo d'acquisto, grazie alla riduzione delle inefficienze a fronte di una migliore programmazione e pianificazione che riduce anche i costi di transazione;
- La più semplice attuabilità di un serio controllo di gestione, che miri al governo dei volumi complessivamente consumati a livello regionale e conseguentemente dei costi sostenuti.

Ricapitolando sinteticamente quanto detto, il modello proposto può schematizzarsi in tre fasi chiave:

- I) Il livello regionale, nella fattispecie trattata l'Autorità Stazione Unica Appaltante, a fronte dello studio dei Livelli Essenziali di Assistenza,

---

<sup>90</sup> <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaMenuQualita.jsp?menu=qualita&lingua=italiano>



è a conoscenza delle prestazioni che deve necessariamente garantire ai propri cittadini ed in virtù delle quali deve programmare e pianificare la spesa sanitaria regionale e gli approvvigionamenti di beni e servizi che ad essa concorrono. L'Autorità, in virtù di tale conoscenza, assegna ai centri di responsabilità regionali ritenuti più efficienti ed efficaci nel trattamento di ciascuna patologia il compito di stilare una "distinta base" per patologia, nell'ambito della quale la stessa SUA assocerà un prezzo di riferimento a ciascun item. Una volta ultimata la procedura per tutte le patologie, la SUA pubblicherà, in modo da renderlo accessibile a tutte le Aziende Sanitarie regionali, una sorta di prontuario contenente tutte le "distinte base" delle varie patologie con i relativi prezzi di riferimento per ciascun item e predisporrà un database con tutti gli item utilizzati. La definizione di un'unica anagrafica dei beni e servizi acquistati per tutte le aziende sanitarie della Regione ha un notevole impatto positivo sia sul processo di acquisto che su tutte le attività tecniche ed amministrative ad esso collegate.

- II) Ciascuna Azienda Sanitaria regionale, in qualità di centro di responsabilità, sulla base di dati statistici, dello storico delle prestazioni erogate, di indagini e/o ricerche sul territorio, deve determinare e comunicare alla SUA il numero di pazienti affetti da ciascuna patologia contenuta nel prontuario che si prevede di curare nel corso di un anno. Le Aziende Sanitarie devono, inoltre, predisporre anch'esse un database contenente tutti gli item che prevedono di utilizzare nel corso dell'anno e procedere alla determinazione dei propri fabbisogni da comunicare, poi, alla SUA.
- III) La Stazione Unica Appaltante, anche in virtù dell'analisi dei rischi, aggrega per item i fabbisogni comunicatigli dalle varie Aziende Sanitarie regionali e si occupa della stesura del bando di gara,

coadiuvata da rappresentanti dei vari centri di responsabilità individuati come più efficiente ed efficaci per ciascuna patologia.

La stesura del bando di gara e del relativo capitolato è un momento di fondamentale importanza, che merita qualche ulteriore precisazione ed approfondimento.

I centri di responsabilità cui viene affidato il compito di disegnare la “distinta base” per patologia devono fornire alla Stazione Unica Appaltante anche una sorta di capitolato, in cui vengano dettagliate le migliori modalità di approvvigionamento, in termini di: tempi, luoghi e modalità di consegna ritenuti più efficaci ed efficienti; tipo e modalità di trasporto ritenuto ottimale; gestione delle scorte; livello di sicurezza delle scorte, che deve essere necessariamente garantito; ecc..

Questo lavoro aggiuntivo di stesura di una sorta di capitolato, però, può essere richiesto ai centri di responsabilità incaricati solo per gli item specifici per il trattamento della patologia in questione e non per il materiale comune e di supporto, del cui capitolato se ne può occupare senza difficoltà la SUA.

L’analisi dei rischi ed il risk management deve aiutare la SUA a sviluppare e richiedere procedure distributive e di fruizione dei beni e servizi acquistati più sicure, oltre che più efficaci ed efficienti.

La logistica rappresenta un tema intimamente connesso con le modalità di approvvigionamento di beni e servizi e l’implementazione di un modello centralizzato degli acquisti richiede lo sviluppo di nuove forme di logistica integrata, che consentano una razionalizzazione della spesa ed una semplificazione delle procedure di gestione.

Nella stesura dei bandi di gara grande attenzione deve essere riservata alla puntuale e precisa esplicitazione delle modalità di delivery, in modo da limitare lo stoccaggio interno, minimizzando i conseguenti oneri finanziari, e coinvolgere il tessuto distributivo regionale, richiedendo tempi di consegna molto rapidi.

Altro elemento di fondamentale importanza riguarda l'impostazione delle gare ed il frazionamento dei lotti, che devono essere effettuati anche in base alla configurazione ed alle caratteristiche del mercato dell'offerta, in modo da evitare sia un eccessivo frazionamento dei lotti, che potrebbe comportare il dover affrontare un maggior numero di procedure di contestazione e/o di ricorsi, che la problematica dei lotti deserti, qualora nessuna azienda fosse in grado di fornire i beni e/o i servizi richiesti o non lo trovasse economicamente conveniente.

La Stazione Unica Appaltante, riassumendo, per la stesura dei bandi e dei capitolati di gara deve raccogliere tutte le informazioni necessarie, normalizzarle, standardizzarle, utilizzare le conoscenze disponibili sui Livelli Essenziali di Assistenza, l'analisi dei rischi e le competenze e professionalità di risorse umane adeguatamente formate.

Come emerge da quanto detto fin qui, il modello proposto, basato su un metodo di pianificazione degli approvvigionamenti per patologia ed un livello di centralizzazione regionale a capo di una rete di centri di responsabilità interconnessi, consente il perseguimento di numerosi vantaggi sia a livello aziendale che regionale, tra i quali sembra opportuno ancora una volta sottolineare:

- La maggiore appropriatezza degli acquisti, con un particolare occhio di riguardo alla qualità degli item acquistati;
- Il minor numero di lotti e bandi di gara emessi, che divengono più precisi, dettagliati e costruiti in modo da ridurre i costi accessori ed incrementare l'efficacia e l'efficienza degli approvvigionamenti;
- I minori costi procedurali consentiti dalla standardizzazione delle procedure a livello regionale e dalla condivisione delle stesse tra tutte le aziende della rete;
- Il taglio degli sprechi basati sullo storico;
- I prezzi spuntati, necessariamente più bassi grazie alle economie di scala e di esperienza.

## 5.4 Possibili risultati

A conclusione di questo lavoro, sembra opportuno ripercorrerne brevemente i punti essenziali, focalizzando in particolar modo l'attenzione su obiettivi, metodi e risultati.

Il contributo che questa tesi intende fornire a coloro che si occupano della gestione economico-finanziaria della sanità regionale e nazionale consiste nell'individuazione di un metodo strutturato per l'analisi della spesa, che consenta di identificare le aree di inefficienza ed i margini di miglioramento esistenti, e di un metodo analitico di pianificazione degli acquisti che, facendo leva sui risultati dell'analisi della spesa ed inserendosi nell'ambito di un modello di acquisti centralizzato a livello regionale, permetta di ottenere risparmi significativi nel processo di approvvigionamento di beni e servizi sanitari.

Nel contesto dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, introdotta affinché gli enti sanitari operino in condizioni di efficienza produttiva e con strumenti e metodi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati da priorità aziendali condivise, il sistema degli approvvigionamenti, che è quello da cui origina la spesa sanitaria, si presenta come combinazione complessa ed articolata di più fattori, quali strategie, processi, risorse, organizzazione e tecnologia.

Piano Sanitario Nazionale e Piani Sanitari Regionali rappresentano il quadro strategico a fronte del quale condurre l'analisi della spesa, che non può essere avulsa dagli obiettivi e dai vincoli posti dai documenti di programmazione sanitaria redatti in conformità ed in osservanza alle linee generali di indirizzo dettate dalla programmazione economica e finanziaria nazionale, nonché ai principi di tutela della salute stabiliti a livello comunitario.

Per condurre un'attenta e puntuale analisi della spesa sanitaria ed una consapevole e lungimirante pianificazione degli acquisti in campo sanitario

è necessario conoscere le fonti di finanziamento del SSN e delle Aziende Sanitarie, nonché il loro sistema contabile e la disciplina generale che presiede alla loro attività contrattuale.

L'analisi della spesa, infatti, va inquadrata nell'ambito di un processo sistematico di gestione della spesa in ottica strategica, in relazione agli obiettivi ed all'andamento dell'organizzazione, e prende in considerazione l'insieme degli acquisti di periodo, o portafoglio acquisti, dalla cui analisi si individuano le caratteristiche che incidono sui risultati.

La definizione delle strategie di acquisto per ottimizzare i costi richiede l'individuazione e l'attuazione di linee di razionalizzazione del sistema degli approvvigionamenti, che rendano la gestione adeguata a supportare le strategie. Gli indirizzi di razionalizzazione da individuare partendo dall'analisi della spesa e delle sue determinanti sono relativi a: domanda interna; rapporti con i fornitori; processo e modalità d'acquisto.

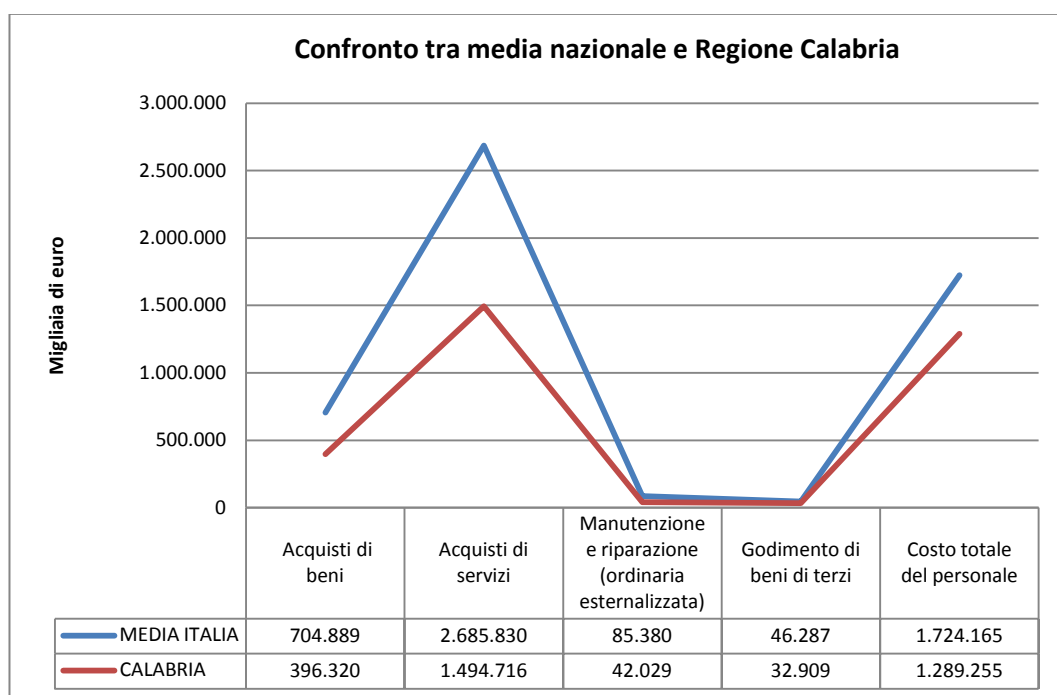
Per condurre l'analisi della domanda in campo sanitario è possibile analizzare i dati consuntivi di Conto Economico dei sistemi sanitari regionali e nazionale e trarne le macro-componenti della spesa sanitaria:

Descrizione voce	ITALIA	MEDIA ITALIA	CALABRIA
Acquisti di beni	14.802.677	704.889	396.320
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	14.091.044	671.002	381.659
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	711.633	33.887	14.661
Acquisti di servizi	56.402.428	2.685.830	1.494.716
B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	48.915.455	2.329.307	1.327.413
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.486.973	356.523	167.303
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.792.978	85.380	42.029
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	631.181	30.056	16.126
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	163.407	7.781	3.967
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	768.440	36.592	19.351
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	26.871	1.280	1.480
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	203.079	9.670	1.105
Godimento di beni di terzi	972.021	46.287	32.909
B.4.A) Affitti passivi	211.853	10.088	8.986
B.4.B) Canoni di noleggio	612.516	29.167	17.117
B.4.C) Canoni di leasing	147.652	7.031	6.806

<b>Costo totale del personale</b>	<b>36.207.462</b>	<b>1.724.165</b>	<b>1.289.255</b>
B.5) Personale del ruolo sanitario	29.022.258	1.382.012	1.030.905
B.6) Personale del ruolo professionale	140.061	6.670	5.282
B.7) Personale del ruolo tecnico	4.147.881	197.518	137.180
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.897.262	137.965	115.888

I dati sono espressi in migliaia di euro e si riferiscono all'anno 2010  
Le righe rosse sono date dalla somma di quelle verdi

Per quanto concerne il caso della Regione Calabria, essa, in valori assoluti, si colloca al di sotto della media nazionale per tutte le macro-componenti della spesa sanitaria, conseguendo risparmi relativi che in alcuni casi si attestano anche intorno al 50%:



Il vero problema della sanità calabrese, dunque, non è tanto il “cosa” si acquista, cioè come vengono distribuite le risorse tra le varie macro-categorie di spesa, in quanto in questi termini la Regione è quasi perfettamente in linea con i dati nazionali, ma il “perché” le risorse vengono spese in un modo piuttosto che in un altro. È proprio a tale interrogativo che si rivolge un’intelligente e proficua analisi della spesa, volta a scovare tutti i possibili margini di miglioramento ed efficientamento del Servizio

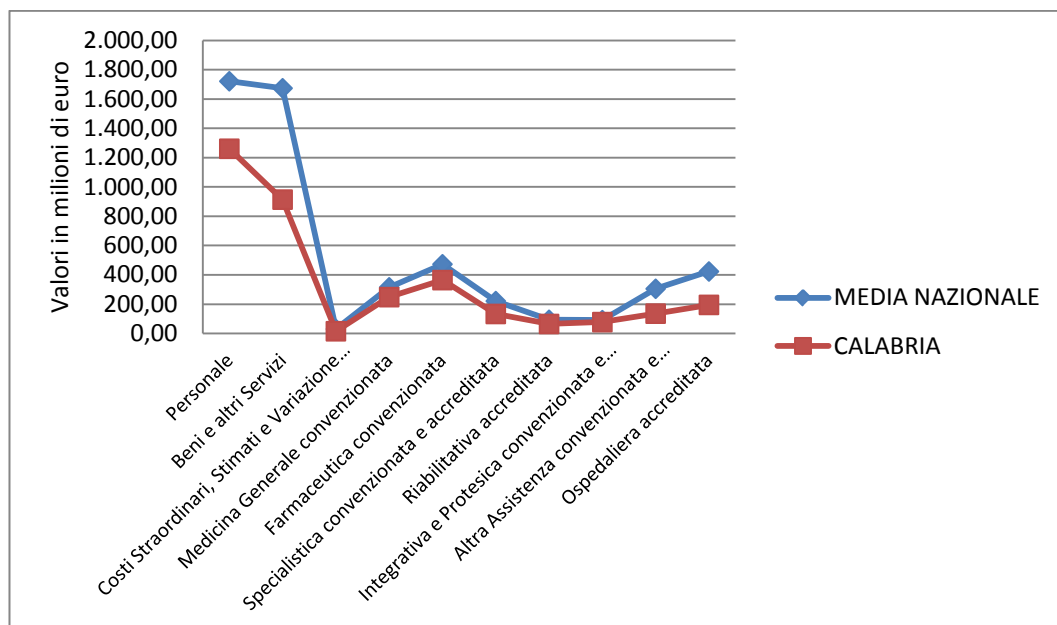
Sanitario Regionale, che possano consentire di risanare i conti e di liberare risorse impiegabili più utilmente per l'innalzamento qualitativo delle prestazioni ed il pieno rispetto della normativa relativa ai LEA.

L'analisi della domanda può essere condotta anche partendo dai dati relativi alle funzioni di spesa del Servizio Sanitario Nazionale:

Funzione di spesa	ITALIA	MEDIA NAZIONALE	CALABRIA
<i>Personale</i>	36.149,120	1.721,387	1.260,775
<i>Beni e altri Servizi</i>	35.149,673	1.673,794	913,738
<i>Costi Straordinari, Stimati e Variazione delle Rimanenze</i>	653,527	31,120	15,598
<i>Medicina Generale convenzionata</i>	6.624,837	315,468	248,325
<i>Farmaceutica convenzionata</i>	9.929,689	472,842	364,514
<i>Specialistica convenzionata e accreditata</i>	4.653,946	221,616	133,502
<i>Riabilitativa accreditata</i>	1.971,912	93,901	65,123
<i>Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata</i>	1.921,864	91,517	77,955
<i>Altra Assistenza convenzionata e accreditata</i>	6.412,659	305,365	135,722
<i>Ospedaliera accreditata</i>	8890,6	423,361	195,358

I dati sono espressi in milioni di euro

Anche in questo caso la Regione Calabria si colloca sotto la media nazionale relativamente a tutte le voci analizzate:



Per arrivare ad identificare ed indagare gli “acquisti aggredibili”, che sono il vero obiettivo dell’analisi della spesa, è necessario operare una distinzione preliminare tra “acquisti market” e “consumi intermedi”, per poi ricercare nell’ambito di questi ultimi quelli effettivamente “aggredibili”.

Gli “acquisti market” comprendono tutti i beni e servizi realizzati ed erogati da produttori che non fanno parte di pubbliche amministrazioni e che li mettono direttamente a disposizione dei beneficiari.

I “consumi intermedi”, invece, *<rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali input nel processo produttivo, escluso il capitale fisso il cui consumo è registrato come ammortamento>*.

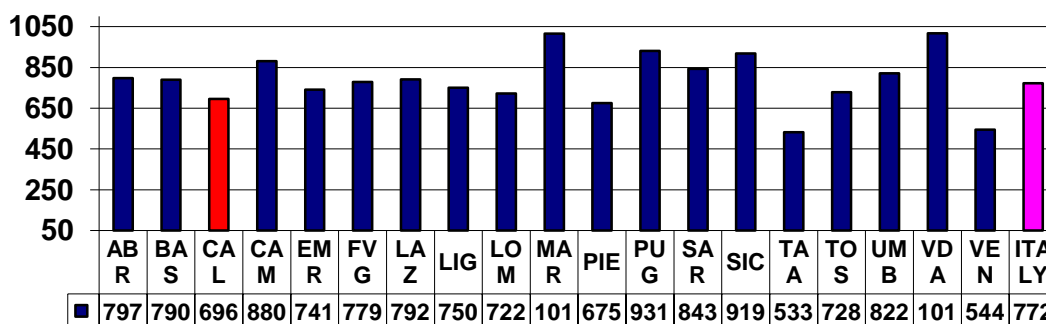
La “spesa aggredibile” in campo sanitario, dunque, è quella parte della spesa sanitaria relativa ai “consumi intermedi” che può essere soggetta a revisione e ad una potenziale riduzione, in virtù di interventi calibrati ad hoc nell’ambito del procurement management.

Nonostante le macro-componenti della spesa sanitaria calabrese siano tutte sotto la media nazionale, analizzando con attenzione le singole voci che compongono i macro-aggregati è possibile notare come in alcune di esse la spesa calabrese sia superiore, in determinati casi anche nettamente, rispetto alla media nazionale. Tali voci meritano un’analisi più approfondita e metodica, per capire se l’eccesso di spesa è giustificato da particolari condizioni epidemiologiche e/o demografiche tipiche del territorio o se, invece, si configura come uno spreco che, una volta eliminato, consentirebbe un notevole risparmio. Una delle voci analiticamente esaminate è quella dei “Materiali per emodialisi”, per i quali la Regione Calabria spende circa il 16% in più rispetto alla media nazionale, con uno scostamento in eccesso di circa 2 milioni e 300 mila euro. Questo dato dovrebbe indurre a domandarsi se in Calabria ci siano più dializzati rispetto alla media nazionale o se il problema di eccesso di costo dei materiali per emodialisi sia dovuto a prezzi superiori alla media o a distorsioni e/o inefficienze nel processo di approvvigionamento degli stessi. Per rispondere



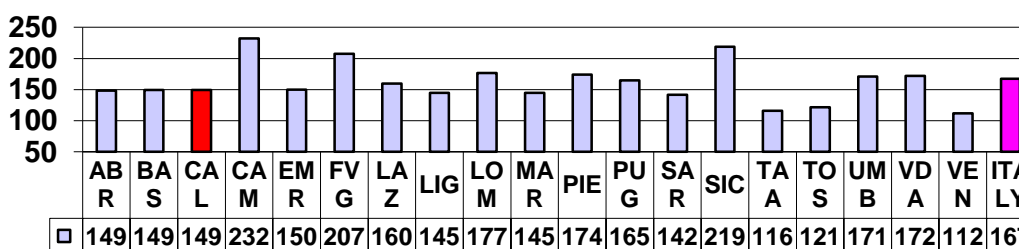
a questa domanda si può ricorrere ai dati relativi al numero di pazienti prevalenti in dialisi per milione di abitanti nelle varie regioni italiane:

**Pazienti prevalenti in dialisi in Italia nel 2009 per milione di popolazione**



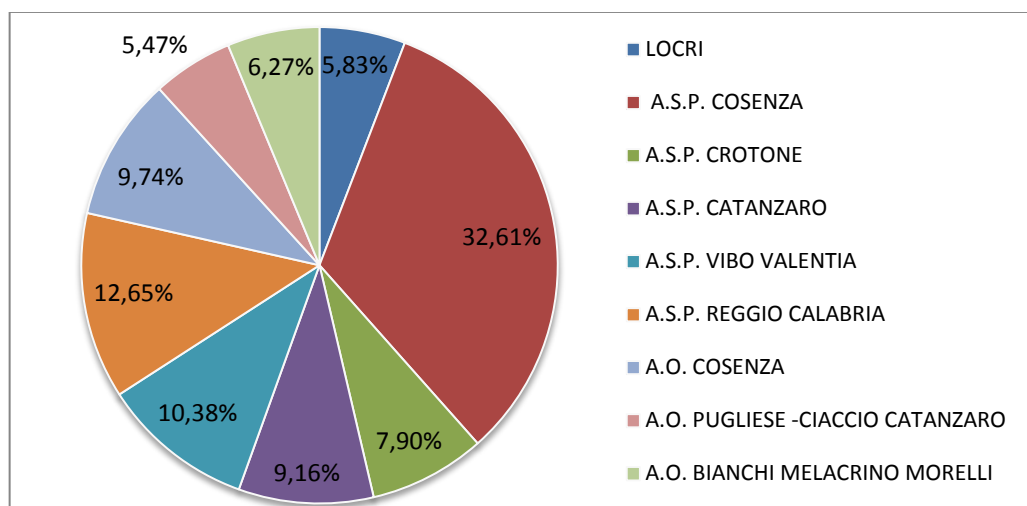
Come dimostra l'istogramma, la Regione Calabria presenta un'incidenza di pazienti prevalenti in dialisi inferiore rispetto alla media nazionale, dato questo confermato ed avvalorato da quelli relativi al numero di pazienti che iniziano dialisi cronica nell'arco temporale considerato:

**Pazienti incidenti in dialisi in Italia nel 2009 per milione di abitanti**



I motivi determinanti l'eccesso di spesa rispetto alla media nazionale della sanità calabrese per l'acquisto di materiali per emodialisi vanno, quindi, ricercati non attraverso l'analisi della domanda, in quanto quasi paradossalmente la domanda risulta essere inferiore in confronto a quella media nazionale, ma per mezzo dell'analisi dei fornitori, che consente anche di capire meglio le dinamiche in virtù delle quali si determinano i prezzi, ed attraverso l'analisi delle modalità d'acquisto, che indaga il processo di approvvigionamento.

Volendo fare un focus ancora più minuzioso sulla voce “Materiali per emodialisi” nel contesto regionale calabrese, notiamo come essa sia generata dalle varie Aziende Sanitarie regionali nelle seguenti proporzioni:



Considerando anche i dati relativi ai 1279 pazienti in trattamento di emodialisi in Calabria al 31/12/2010, ai 36 centri di dialisi operativi sul territorio regionale ed al numero di pazienti trattati nel 2010 in ciascuna provincia, in valore assoluto ed in percentuale rispetto al totale regionale, è possibile disegnare la seguente tabella riassuntiva:

Provincia	N° centri operativi	N° pazienti trattati con dialisi nel 2010	% di pazienti trattati sul totale di quelli trattati con dialisi nella Regione	% della spesa regionale per materiali per emodialisi
CATANZARO	11	298	23,30%	14,63%
COSENZA	16	558	43,63%	42,35%
CROTONE	2	82	6,41%	7,90%
REGGIO CALABRIA	6	297	23,22%	24,75%
VIBO VALENTIA	1	44	3,44%	10,38%

Da essa si evince che la Provincia di Reggio Calabria, pur avendo un numero di pazienti in trattamento dialitico pressoché identico a quello della Provincia di Catanzaro, ha un'incidenza sulla spesa regionale per materiali per emodialisi di circa 10 punti percentuali più alta di quella di Catanzaro; così come la Provincia di Vibo Valentia, pur avendo circa la metà dei dializzati di Crotona, incide per il 2,5% in più rispetto alla Provincia di

Crotone sulla spesa regionale destinata all'acquisto di materiali per emodialisi. Sembra, dunque, il caso di iniziare ad applicare concretamente il concetto di benchmarking, inteso quale metodologia di confronto sistematico con le migliori aziende della propria categoria, per apprendere da queste le pratiche migliori ed ottimizzare le proprie prestazioni.

Un'altra analisi molto approfondita è stata quella che ha interessato la voce "Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.", per la quale la spesa della Regione Calabria è oltre 3 milioni e mezzo maggiore rispetto a quella media nazionale. Per tale voce, in assenza di dati certi relativi al numero di esami diagnostici effettuati da ciascun centro di costo, è stato scelto quale driver la popolazione residente nelle varie province e per la valutazione dei risultati si è proceduto ad un confronto con una Regione virtuosa come la Lombardia, che ha dimostrato che l'eccesso di spesa della Calabria non può essere giustificato da ragioni demografiche, ma va ricercato nel processo di approvvigionamento.

Dopo aver analizzato singolarmente le varie voci in cui vi sono scostamenti in eccesso della spesa sanitaria calabrese rispetto a quella media nazionale, è possibile riassumerle nella seguente tabella:

<b>Descrizione voce</b>	<b>ITALIA</b>	<b>MEDIA NAZIONALE</b>	<b>CALABRIA</b>	<b>RISPARMIO POTENZIALE</b>
Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	213.971	10.189	13.813	3.624
Materiali per emodialisi	295.816	14.086	16.391	2.305
Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	137.433	6.544	12.857	6.313
Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	10	208	198
Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	26.871	1.280	1.480	200
Canoni di leasing - area sanitaria	119.409	5.686	6.572	886
<b>Totale</b>				<b>13.525</b>

Riallineando la spesa sanitaria calabrese alla media nazionale nelle voci di costo in cui al momento si eccede si avrebbe un risparmio potenziale di 13 milioni e 525 mila euro, che consentirebbe di per sé una riduzione di circa il 20% del deficit sanitario 2010 della Regione Calabria, che in quell'anno è stato pari a circa 67 milioni e 851 mila euro, oltre ad indurre un generalizzato miglioramento dei processi di approvvigionamento, monitoraggio e controllo dei costi, introducendo nel Sistema Sanitario Regionale l'ottica dell'analisi della spesa.

Per dimostrare ulteriormente l'efficacia nello scovare le inefficienze ed i margini di miglioramento, nonché l'estesa applicabilità dello strutturato e puntuale metodo di analisi della spesa adottato, si è indagata anche una voce di costo in cui la spesa della Regione Calabria è complessivamente inferiore rispetto a quella media nazionale. La voce "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" del Conto Economico della sanità calabrese è stata letta in un'ottica di costo per prestazione considerando il numero di ricoveri nella Regione nel corso dell'anno e confrontata con quella della Regione Lombardia, letta nella medesima ottica. I dati risultanti da tale analisi possono essere così riassunti:

Regione	Spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati	Schede di Dimissione Ospedaliera	Spesa per singolo ricovero
CALABRIA	€ 200.470.000,00	324.940	€ 616,94
LOMBARDIA	€ 931.434.000,00	1.769.241	€ 526,46

Se la Calabria riuscisse ad allinearsi al costo per singolo ricovero della Regione Lombardia, colmando il gap di € 90,49 esistente, potrebbe risparmiare circa 29 milioni e 400 mila euro annui, pari ad oltre il 43% del deficit sanitario 2010 della Regione Calabria.

È chiara a questo punto l'importanza fondamentale della pianificazione degli acquisti per sfruttare i notevoli spazi di ottimizzazione esistenti.

Affinché il processo d'acquisto sia impostato correttamente, ovvero in modo tale da garantire il raggiungimento dei risultati, la soddisfazione delle esigenze organizzative ed il rispetto dei vincoli economici, è necessario

conoscere a fondo, oltre che la domanda interna, anche il mercato dell'offerta, in particolare per quanto concerne le caratteristiche del settore, dei fornitori e del modo con il quale si fa business. L'analisi dell'offerta, infatti, insieme all'analisi della domanda e delle modalità di approvvigionamento, è uno degli strumenti che consentono di pianificare e programmare gli acquisti in modo efficace, efficiente ed economicamente sostenibile. Alla funzione acquisti ed alle procedure di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie si applicano le norme generali sugli appalti pubblici contenute nel "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" e la funzione acquisti in campo sanitario è stata investita nel corso degli anni da numerosi e significativi processi di cambiamento.

Per programmare e pianificare gli acquisti in campo sanitario è imprescindibilmente necessario far riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza, che rappresentano le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, nonché all'analisi dei rischi relativi agli approvvigionamenti sanitari.

A fronte di analisi della spesa, analisi dei rischi, studio dei L.E.A. e ricerca di dati ed informazioni utili e pertinenti si è proposto un metodo di programmazione e pianificazione degli acquisti sanitari per patologia nell'ambito di un modello centralizzato per gli approvvigionamenti sanitari. Pianificare per patologia significa far riferimento a tutta una serie di protocolli clinici e linee guida, che individuano i dispositivi diagnostico-terapeutici utilizzati, la terapia farmacologica più adeguata, la frequenza e la durata dei trattamenti ed i tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento. Pianificare e programmare gli acquisti per patologia, inoltre, significa riconoscere e valorizzare il ruolo del medico, che, nell'ambito di questo metodo, è il soggetto deputato in primis all'identificazione dei beni e dei servizi necessari per il trattamento di ciascuna patologia. La pianificazione per patologia, infine, se

opportunamente implementata, consente di ottenere la massima efficienza negli acquisti senza penalizzare l'efficacia dei trattamenti terapeutici.

Il livello di centralizzazione preferibile è quello regionale, in quanto consente di avere i maggiori vantaggi, grazie alla visione d'insieme ed alle funzioni di pianificazione, controllo e valutazione che gli competono.

Tale proposta si riferisce in primo luogo alla Regione Calabria, dove l'Autorità Regionale che incarna il livello di centralizzazione auspicata è la Stazione Unica Appaltante, ma, aspirando alla definizione di un metodo e di un modello specificatamente codificati e pertanto ripetibili, potrebbe essere implementata anche in altri contesti regionali.

Il livello regionale deve necessariamente essere coadiuvato da una rete di centri di responsabilità, identificabili nelle Aziende Sanitarie della Regione, che, dialogando proficuamente e relazionandosi costantemente tra di loro e con il livello centrale, consentano di adottare in modo uniforme e condiviso le best practice di rete, attraverso il trasferimento di competenze tra aziende. Per consentire un'efficace applicazione del metodo di pianificazione per patologia, il livello centrale deve affidare il compito di disegnare, descrivere e definire una sorta di "distinta base" per patologia al centro di responsabilità che si verifica essere, sulla base dei dati disponibili, quello più efficiente ed efficace nel trattamento della patologia in questione.

Una volta definita la "distinta base" per patologia, la Stazione Unica Appaltante dovrebbe verificare, per ogni patologia, qual è il prezzo pagato per ciascun item dalle aziende che, relativamente alla patologia in questione, si configurano come best practice regionali e nazionali.

Ogni Azienda Sanitaria, sulla base delle casistiche, dei dati sull'incidenza statistica delle varie patologie e di un'indagine epidemiologica condotta sul territorio di riferimento, deve calcolare e comunicare alla SUA il numero di pazienti affetti da ciascuna patologia trattati in un anno.

Una volta che tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno implementato correttamente il metodo di pianificazione per patologia e comunicato i

risultati alla SUA, si consiglia a quest'ultima di acquistare per item in modo centralizzato a fronte dell'aggregazione dei fabbisogni pervenuti.

I vantaggi derivanti dall'applicazione del modello proposto, che partendo dalla pianificazione per patologia conduce ad un acquisto centralizzato a livello regionale per item, sono molteplici:

- La standardizzazione dei beni e servizi acquistati, ottenibile grazie alla condivisione delle medesime “distinte base” per patologia tra tutte le Aziende Sanitarie regionali, che consente la riduzione della variabilità dei beni e servizi acquistati, sia in termini di categorie merceologiche che di prezzi d'acquisto;
- Le economie di scala, cui si perviene grazie alla riduzione del costo unitario per input ottenibile a fronte dei maggiori volumi acquistati;
- La massimizzazione del rapporto costo-beneficio di ciascun item, attraverso l'individuazione di quelli che mostrano le performance migliori;
- La reingegnerizzazione del processo di approvvigionamento, che, una volta consolidatasi, consente la riduzione dei tempi e dei costi dei processi di acquisto dei fattori produttivi;
- Lo sfruttamento delle economie di specializzazione, attraverso il coinvolgimento dei centri di responsabilità che adottano e danno vita alle best practice nel trattamento di ciascuna patologia e la condivisione delle loro competenze nell'ambito del modello reticolare proposto;
- L'importanza data al concetto di governo clinico;
- La razionalizzazione del processo d'acquisto, grazie alla riduzione delle inefficienze a fronte di una migliore programmazione e pianificazione, che riduce anche i costi di transazione;

- La più semplice attuabilità di un serio controllo di gestione, che miri al governo dei volumi complessivamente consumati a livello regionale e conseguentemente dei costi sostenuti.
- La maggiore appropriatezza degli acquisti, con un particolare occhio di riguardo alla qualità degli item acquistati;
- Il minor numero di lotti e bandi di gara emessi, che divengono più precisi, dettagliati e costruiti in modo da ridurre i costi accessori ed incrementare l'efficacia e l'efficienza degli approvvigionamenti;
- I minori costi procedurali consentiti dalla standardizzazione delle procedure a livello regionale e dalla condivisione delle stesse tra tutte le aziende della rete;
- Il taglio degli sprechi basati sullo storico;
- I prezzi spuntati, necessariamente più bassi a fronte dei maggiori volumi acquistati centralmente e delle più specifiche competenze maturate relativamente al processo di approvvigionamento;
- L'ottimizzazione del funzionamento della Stazione Unica Appaltante, che diviene il vero perno del modello di acquisti centralizzato, ed il perfezionamento dei flussi informativi tra la SUA e le Aziende Sanitarie Regionali.

Il modello proposto, dunque, pur richiedendo grande impegno, soprattutto nella fase iniziale di introduzione ed assimilazione delle procedure, una volta consolidato ed a regime consentirebbe una significativa riduzione della spesa sanitaria regionale, nonché un generale miglioramento del sistema di approvvigionamento in campo sanitario.



## **Bibliografia**

Amatucci F., Mele S., “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento”, Milano, Egea, 2011

Anessi Pessina E., Cantù E., Ferré F., Ricci A. (a cura di), “Executive Summary” de “L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012”, Centro di Ricerche sulla Gestione dell’Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Commerciale Luigi Bocconi

Borgonovi E., “Introduzione” a “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento” di Amatucci F., Mele S., Milano, Egea, 2011

Annuario statistico italiano 2012, ISTAT

Castiello F., Tenore V. (a cura di), “Manuale di Diritto Sanitario”, Milano, Giuffrè Editore, 2012

Cilione G., “Diritto Sanitario”, Maggioli Editore, 2012

Colangelo R., “Spend Management e Procurement Management. La gestione della domanda interna e degli acquisti per migliorare i risultati aziendali”, Milano, Franco Angeli, 2005

“Come Acquista la P.A.. Il nuovo ruolo dei Responsabili acquisto per lo sviluppo del procurement nella Pubblica Amministrazione e per l’aumento dell’efficienza e dell’efficacia dell’azione amministrativa. Primo Rapporto Nazionale”, Promo P.A. Fondazione ed Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma, 2010

Gasparro N., “Sanità & rapporto di lavoro”, Edizioni Ecofutura, 2003

Giannini M.S., “Rapporto sui principali problemi della Amministrazione dello Stato”, trasmesso alle Camere dall’allora Ministro per la funzione pubblica M.S. Giannini il 16 novembre 1979

“Legislazione Sanitaria e Sociale”, XIV Edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

“Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale”, Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachel”, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS Guido Carli, 2008

Macinati M., “Le Aziende Sanitarie Pubbliche”, Milano, Franco Angeli, 2007

Monchiero G., “Prefazione” a “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento” di Amatucci F., Mele S., Milano, Egea, 2011

Rapporto n. 13 della Ragioneria Generale dello Stato, relativo alle tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, 2012

“Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2010”,  
Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del Servizio Sanitario  
Nazionale, Ministero della Salute, ottobre 2011

“Relazione Annuale 2011” dell’Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di  
lavori, servizi e forniture (AVCP), presentata a Roma, presso la Camera dei  
Deputati, il 4 luglio 2012

Relazioni Annuali 2010, 2011 e 2012 dell’Autorità Regionale Stazione Unica  
Appaltante della Regione Calabria

“Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011”, presentata al  
Parlamento dal Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro dell’Economia e  
delle Finanze Sen. Prof. Mario Monti il 15 giugno 2012

## **Fonti normative**

L. 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, in materia di “Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”

L. 23 ottobre 1992, n. 421, in materia di “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale”

D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”

D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, in materia di “Modificazioni 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”

D. Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, in materia di “Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali”

L. 30 novembre 1998, n. 419, in materia di “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”

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro integrativo del CCNL del personale del comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999

L. 13 maggio 1999, n. 133, in materia di “Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale”

D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, in materia di “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

D. Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, in materia di “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133”

Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000

L. 23 dicembre 2000, n. 388, in materia di “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)”

Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001

L. C. 18 ottobre 2001, n. 3, in materia di “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”

L. 16 novembre 2001, n. 405, in materia di “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”

“Accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni”, stipulato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 novembre 2001

D.P.C.M. 29 novembre 2001, in materia di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

Decreto 12 dicembre 2001 del Ministero della Salute, in materia di “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”

Decreto 11 febbraio 2002 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in materia di “Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere”

Contratto Collettivo Quadro per la definizione dei comparti di contrattazione per il quadriennio 2002-2005, 18 dicembre 2002

Direttiva 2004/17/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004, che coordina le procedure di appalto degli enti erogatori di acqua e di energia, degli enti che forniscono servizi di trasporto e servizi postali

Direttiva 2004/18/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi

D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, in materia di “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”

Protocollo di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute 2007-2009 firmati il 28 settembre 2006

D.P.C.M. 23 aprile 2008, in materia di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

L. 5 maggio 2009, n. 42, in materia di “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione”

Provvedimento 3 dicembre 2009 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano relativo al Patto per la salute 2010-2012

L. 23 dicembre 2009, n. 191, in materia di "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)"

Delibera del P.C.M. del 30 luglio 2010 di nomina del Presidente della Regione Calabria quale Commissario ad acta, al fine di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Calabria

Delibera del P.C.M. del 4 agosto 2010 di nomina di due sub-commissari per la Regione Calabria, al fine di facilitare il rientro dal disavanzo sanitario

Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

Decreto 18 gennaio 2011 del Ministero della Salute, in materia di "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliere-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari"

D. Lgs. 6 maggio 2011, n. 68, in materia di "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario"

Regolamento (UE) della Commissione, 30 novembre 2011, n. 1251, che modifica le direttive 2004/17/CE, 2004/18/CE e 2009/81/CE del Parlamento europeo e del Consiglio riguardo alle soglie di applicazione in materia di procedure di aggiudicazione degli appalti



D.L. 7 maggio 2012, n. 52, in materia di “Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica”

D.L. 6 luglio 2012, n. 95, in materia di “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”

Decreto 18 ottobre 2012 del Ministero della Salute, in materia di “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”

Piano Sanitario Regionale della Regione Calabria 2004-2006

L.R. della Regione Calabria 7 dicembre 2007, n. 26, in materia di “Istituzione dell’ autorità regionale denominata «Stazione Unica Appaltante» e disciplina della trasparenza in materia di appalti pubblici di lavori, servizi e forniture”

Piano di rientro della Regione Calabria, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009

Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Calabria 31 marzo 2009, n. 142, in materia di “Stazione unica appaltante – approvazione del regolamento di organizzazione – primi indirizzi operativi”

# Sitografia

[www.abmedica.it](http://www.abmedica.it)

[www.acquistinretepa.it](http://www.acquistinretepa.it)

[www.asp.rc.it](http://www.asp.rc.it)

[www.avcp.it](http://www.avcp.it)

[www.consiglioregionale.calabria.it](http://www.consiglioregionale.calabria.it)

[www.consip.it](http://www.consip.it)

[www.federfarma.it](http://www.federfarma.it)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[osservatorio.sua.regione.calabria.it](http://osservatorio.sua.regione.calabria.it)

[www.rc.ibim.cnr.it](http://www.rc.ibim.cnr.it)

[www.regdial.it](http://www.regdial.it)

[www.regione.calabria.it](http://www.regione.calabria.it)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[www.soluzioneavvocati.it](http://www.soluzioneavvocati.it)