

# LUISS



Corso di laurea in  
Economia e Management

Cattedra di  
Pianificazione e Controllo

## IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: UN PASSO VERSO L'EFFICIENZA

Prof. Anna Maria TACCONE

RELATORE

Raoul Gialloreto

CANDIDATO

Anno Accademico 2022/2023

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>2</b>
<b>1. DISPOSIZIONI GENERALI</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Il Sistema Sanitario Nazionale</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 Principi costituzionali .....	4
1.1.2 Il sostegno del codice civile.....	4
1.1.3 I principi fondamentali del Sistema sanitario nazionale .....	4
1.1.4 L'aziendalizzazione della sanità .....	5
<b>1.2 Controllo di gestione</b> .....	<b>6</b>
1.2.1 Programmazione e Controllo di Gestione in generale.....	6
1.2.2 Il Controllo di Gestione nelle Aziende sanitarie.....	7
1.2.3 Introduzione della contabilità economica in sanità .....	12
<b>1.3 Fonti di finanziamento del SSN</b> .....	<b>18</b>
1.3.1 Struttura di finanziamento.....	18
1.3.2 Trend di finanziamento a carico dello Stato.....	19
1.3.3 Il bilancio: Regioni a confronto .....	19
<b>2. ANALISI DELLA SPESA SANITARIA E NON SANITARIA</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1 Analisi di spesa non sanitaria</b> .....	<b>22</b>
2.1.1 Inefficienze e sprechi del Sistema sanitario nazionale.....	22
2.1.2 Studio: analisi economica degli sprechi in sanità.....	22
2.1.3 Analisi dei risultati .....	23
<b>2.2 Analisi della spesa sanitaria: attività di tirocinio</b> .....	<b>25</b>
2.2.1 Descrizione del lavoro .....	25
2.2.2 Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).....	25
2.2.3 Le fasi del progetto.....	26
2.2.4 La “breast unit” .....	30
<b>3. MISURAZIONE E ANALISI DELLE PERFORMANCE</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 Misurazione delle performance</b> .....	<b>31</b>
3.1.1 Il ruolo della AGE.NA.S.....	31
3.1.2 Funzionamento delle valutazioni .....	33
<b>3.2 Analisi delle performance</b> .....	<b>34</b>
3.2.1 Studio sull'analisi delle performance .....	34
3.2.2 Analisi di bilancio.....	34
3.2.3 Indici rilevati di CE e SP .....	36
3.2.4 I risultati.....	37
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>41</b>
<b>INDICE TABELLE</b> .....	<b>43</b>

## INTRODUZIONE

Il tema della sanità, in Italia, rappresenta da sempre un punto di riferimento per tutti i cittadini che quotidianamente vengono assistiti e curati nelle strutture sanitarie di tutto il territorio nazionale.

I recenti avvenimenti pandemici, unitamente ad un interesse personale per il tema, mi hanno spinto ad analizzare più da vicino il contesto sanitario nazionale.

Il progetto propone di rappresentare, in primo luogo, il sostegno che la Costituzione, le Leggi e lo Stato offrono al Sistema Sanitario Nazionale, in osservanza a quelli che sono i diritti del cittadino focalizzandosi sul processo evolutivo del Sistema Sanitario e gli avvenimenti che lo hanno radicalmente modificato nel tempo, come l'aziendalizzazione.

In secondo luogo, l'attenzione viene posta sul ruolo della Programmazione e Controllo di Gestione sia in generale sia più specificatamente in sanità.

Si introducono in questo ambito, i concetti di efficienza, efficacia e misurazione delle performance sempre in ottemperanza delle norme giuridiche vigenti.

Nella seconda parte del lavoro, invece, vengono presentati studi pratici. Il primo caso studio, formalizzato dalla Fondazione GIMBE, riporta sprechi ed inefficienze del Sistema ed evidenzia come la successione di tagli di spesa attuati nel tempo, abbiano sì ridotto le inefficienze e gli sprechi, senza però intaccare quelli attenzionati nello studio.

Prima di presentare i successivi studi esaminati, viene rappresentato il sistema di finanziamento in sanità, gli Enti deputati alla collocazione dei fondi, la struttura del finanziamento e il ruolo dello Stato nell'erogazione; più nel dettaglio viene esaminato un confronto di bilancio tra le regioni: Abruzzo, Puglia e Veneto; al fine di osservare le differenze risultanti nelle fonti di finanziamento tra le stesse.

Il fulcro del lavoro, da cui nasce l'idea del progetto di tesi, è rappresentato dal quinto capitolo che riporta l'attività di tirocinio curriculare da me svolta.

La "Azienda Ospedaliero – Universitaria, Ospedali Riuniti Umberto I, Lancisi, Salesi" di Ancona nel reparto di Programmazione e Controllo di Gestione, mi ha permesso di effettuare un'attività riguardante la ripartizione dei costi dei Percorsi Diagnostico Terapeuti Assistenziali di paziente affetto da tumore alla mammella. Il fine ultimo dell'attività, risiede nella conoscenza delle spese effettuate nonché nella ricerca di informazioni utili alla ricostruzione delle voci di spesa.

Questa attività di tirocinio è stata fortemente voluta all'interno di questo progetto in quanto ha significato molto per me e per il mio percorso, è stato il primo approccio con il mondo del lavoro che ha consentito di mettermi in gioco ed applicare le conoscenze apprese nel mondo universitario.

Nella parte finale, il tema trattato è quello delle misurazioni delle performance, come vengono effettuate e più specificatamente, il ruolo che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari ricopre a tale

scopo, come si articola il funzionamento delle valutazioni e quali sono i ruoli e le varie fasi che si susseguono.

Il lavoro si conclude atenzionando un report del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, studio che si concentra sull'analisi delle performance economiche delle varie strutture sanitarie e propone l'analisi di Conto Economico e Stato Patrimoniale con gli indici di bilancio di riferimento al fine di comprendere i dati che i bilanci restituiscono in riferimento alle performance aziendali.

In conclusione, il progetto di tesi è volto ad identificare gli strumenti utili all'ottenimento di un Sistema Sanitario efficiente ed efficace, oltre che ad identificare le complessità ed i limiti che nel tempo hanno rallentato questo processo, le incongruenze tra ciò che si evince dai regolamenti normativi e ciò che in pratica viene istituito.

# 1. DISPOSIZIONI GENERALI

## 1.1 Il Sistema Sanitario Nazionale

### 1.1.1 Principi costituzionali

L'art.32 della Costituzione italiana recita:

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.<sup>1</sup>*

Il diritto alla salute rappresenta per il costituente un fondamentale diritto per l'individuo, oltre ad un interesse per la collettività. È un diritto costituzionale qualificato come "inviolabile". Si sostanzia con il diritto all'integrità fisica e psichica.

Da ciò non deriva, tuttavia il diritto a cure gratuite per tutti, in quanto queste sono garantite unicamente agli indigenti.

### 1.1.2 Il sostegno del codice civile

Nell'art. 5 del Codice civile, Atti a disposizione del proprio corpo:

*Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.<sup>2</sup>*

Il diritto all'integrità fisica è il diritto al godimento del proprio organismo ed è assoluto, irrinunciabile ed indisponibile.

### 1.1.3 I principi fondamentali del Sistema sanitario nazionale

Nella legge n.833 del 1978 vengono delineati i principi fondamentali su cui si basa il funzionamento del Sistema sanitario nazionale (SSN).

Nell'art.1 del provvedimento troviamo la definizione del SSN, costituito da un complesso di funzioni, strutture, servizi e attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica

---

<sup>1</sup> Articolo 32, Costituzione italiana Titolo II rapporti etico-sociali

<sup>2</sup> Articolo 5, Codice civile (R.D. 16 marzo 1942), Atti a disposizione del proprio corpo

e psichica di tutta la popolazione senza alcuna distinzione di condizioni. L'attuazione del servizio sanitario compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali.<sup>3</sup>

Nell'art. 2 lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.<sup>4</sup>

La legge dello Stato nel piano sanitario nazionale fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini.

Il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini prestazioni e servizi propri dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

Il servizio di assistenza viene erogato su tutto il territorio nazionale attraverso Aziende ospedaliere e strutture private convenzionate con il SSN.

I tre principi fondamentali del SSN sono:

- **Universalità:** in virtù del nuovo concetto di salute introdotto nel 1978, il principio di universalità asserisce l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, poiché la salute viene intesa come risorsa della comunità.
- **Uguaglianza:** i cittadini devono accedere alle prestazioni del SSN senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, e i cittadini non appartenenti a categorie esenti sono tenuti a contribuire attraverso il pagamento di un ticket.
- **Equità:** a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso alle cure in funzione a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale al fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

#### 1.1.4 L'aziendalizzazione della sanità

Nel 1992, quattordici anni dopo l'istituzione del Sistema sanitario nazionale, vengono attuate delle radicali modifiche. Il D. Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" pur confermando i valori e gli obiettivi della legge 833/1978 tende a fornire gli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi del Sistema sanitario nazionale mirando alla regionalizzazione e all'aziendalizzazione della sanità.

---

<sup>3</sup> Articolo 1, Legge n.833 del 23 dicembre 1978, I principi

<sup>4</sup> Articolo 2, legge n.833 del 23 dicembre 1978, Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie

I principali punti della riforma sono:

- Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza. (art. 1)
- Le competenze regionali (art. 2)
- Organizzazione delle unità sanitarie locali (art. 3)
- Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario (art. 3 bis)
- Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri (art. 4)
- Controllo di qualità (e quantità) (art. 10)
- Fondo sanitario nazionale (art. 12)
- Autofinanziamento regionale (art.13)
- Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario (art. 15)

Il provvedimento dota di personalità giuridica le AUSL (azienda unità sanitaria locale) pur conservando l'obbligo di bilancio in pareggio.

Alle regioni viene affidata la gestione mentre ai comuni viene riservata una funzione meramente consultiva.

Al direttore generale viene affidato il vertice aziendale, con il compito di migliorare ed efficientare l'organizzazione, con l'obiettivo prioritario della riduzione degli sprechi.

La programmazione sanitaria si rivolge per la prima volta a temi di efficienza, efficacia ed economicità. Alla legge sopra citata saranno successivamente effettuate delle modifiche mediante legge 517/1993.<sup>5</sup>

## **1.2 Controllo di gestione**

### **1.2.1 Programmazione e Controllo di Gestione in generale**

Il Controllo di gestione è l'insieme di strumenti che consentono il monitoraggio di una specifica attività aziendale e di verificare se l'impresa opera in condizioni di efficienza, efficacia ed economicità; l'efficienza è intesa come raggiungimento del massimo risultato con il minimo impiego di risorse; l'efficacia come capacità di raggiungimento degli obiettivi; l'economicità è la traduzione monetaria dell'efficienza ovvero il rapporto tra input (la spesa) e output (il guadagno).

Questi elementi consentono di percepire se l'allocazione delle risorse all'interno dell'organizzazione è gestita in maniera ottimale oppure se vi sono inefficienze, sprechi o spazi di miglioramento.

Il fine di questa attività è quello di soddisfare i bisogni minimizzando i costi e massimizzando i risultati.

---

<sup>5</sup> Decreto legislativo n.502 del 30 dicembre 1992

Una peculiarità del Controllo di gestione è la vera e propria costituzione di una mentalità tale per cui è possibile sviluppare apprendimento critico, ovvero la consapevolezza e l'uso di strumenti di lavoro che consentono il miglioramento individuale e aziendale.

L'attività è suddivisa in fasi ex-ante ed ex-post come segue:

- **Programmazione:** fase in cui vengono fissati gli obiettivi esplicitati mediante la redazione del budget.
- **Gestione:** definita azione concreta o pratica.
- **Controllo:** fase consuntiva in cui vengono misurati i risultati raggiunti mediante contabilità generale o analitica.
- **Reporting:** fase finale in cui si confrontano i risultati raggiunti con gli obiettivi prefissati. Si attenzionano le differenze tra dati preventivi e consuntivi per evincere eventuali differenze, denominate "scostamenti". Nel caso vi siano, è dunque possibile attuare manovre correttive sia gestionali che di budget.

## 1.2.2 Il Controllo di Gestione nelle Aziende sanitarie

Il Controllo di Gestione in ambito sanitario, mantiene le funzione proprie sopra descritte con talune differenze: la differenza di maggior rilievo risiede nell'obiettivo finale che non è il profitto, ma il risultato in termini di salute; altra importante differenza è che, in questo ambito, il più incisivo decisore di spesa è il Medico e non il cliente che condiziona il mercato con le proprie scelte di consumo. L'attenzione nelle aziende sanitarie è principalmente rivolta ad una gestione orientata al contenimento dei costi.

Secondo l'approccio della Lean Production, orientato alla riduzione degli sprechi nella gestione aziendale, in sanità vengono identificate quattro cause di sprechi:

- Sprechi di necessità
- Sprechi per ignoranza
- Sprechi per medicina difensiva

L'insieme di principi, metodi e tecniche, seguendo l'approccio Lean, consentirebbe il contenimento degli sprechi mediante coinvolgimento di personale motivato al miglioramento. L'orientamento cardine è quello di fare il più possibile con le minori risorse possibili.

Per procedere all'eliminazione degli sprechi occorre una mappatura del flusso del valore, definendo l'articolazione del processo operativo, distinguendo attività a valore aggiunto e altre senza valore aggiunto; con assunzione del valore in termini di prospettiva del paziente.



Per cui una volta individuate le risorse impiegate, per ogni attività, si assegna ogni risorsa a una categoria di spesa. Tali categorie saranno successivamente attribuite alle categorie di spesa dirette o indirette. I costi diretti, strettamente correlati alla fornitura del servizio come l'assistenza infermieristica e costi indiretti come la contabilità, che devono essere assegnati a più servizi. Successivamente, è necessario determinare i fattori di costo per ogni risorsa e stabilire il numero di risorse impiegate.<sup>6</sup>

Da questa analisi è possibile identificare diversi fattori che influenzano i costi, cosiddetti drivers, tra cui i fattori di costo dei dipendenti come il tempo e i fattori di costo dei materiali come il numero di articoli utilizzati. Successivamente, utilizzando il tasso di allocazione dei costi, si determina il costo dell'attività assegnata.<sup>7</sup>

Incentrata sullo snellimento dei processi operativi, questa metodologia è caratterizzata da pregi e limiti. Rischiando, attraverso la focalizzazione sulla sequenzialità di processo, di non dare la giusta importanza al valore delle alternative strategiche per la minimizzazione dei costi.

Le succitate decisioni arrecano mutamenti di rilevanza considerevole, producendo un notevole impatto sulle strutture e sui servizi connessi al funzionamento degli apparati, e sorgono da scelte manageriali meditate o dettate da circostanze contingenti.

Un esempio, a sostegno di un approccio orientato alla riduzione dei costi e soprattutto delle inefficienze legate a questi, è dimostrato dalle centrali di acquisto per gli approvvigionamenti pubblici. Queste, attraverso l'utilizzo di economie di scala hanno la possibilità di stipulare accordi di fornitura vantaggiosi evitando una dispersione di risorse insita nel sistema di approvvigionamento decentralizzato.

L'indicatore per garantire una adeguata gestione, diviene la qualità gestionale stessa nei confronti degli utenti in rapporto alla qualità percepita.

Il concetto di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale trova adeguata attenzione nell'art. 11 del D.Lgs. 286/1999 che così recita:

*“I servizi pubblici nazionali e locali sono erogati con modalità che promuovono il miglioramento della qualità e assicurano la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione, nelle forme,*

---

<sup>6</sup> Le Aziende sanitarie organizzate secondo il metodo LEAN, Piero Rachele Simona, Antonella Fucilli, 2017

<sup>7</sup> A.Rosa-F.Albergo, “Efficientamento dei processi e analisi Activity Based Costing per ridisegnare il tariffario Drg”, 2021, IlSole24ore.

*anche associative, riconosciute dalla legge, alle inerenti procedure di valutazione e definizione degli standard qualitativi”.*<sup>8</sup>

La definizione degli standard qualitativi si inserisce in modo esplicito, tramite un’ apposita previsione normativa, nell’ambito di un processo di gestione del miglioramento dei servizi offerti, attraverso la previsione di meccanismi di monitoraggio che consentono l’individuazione delle criticità e tempestivi interventi.

Nel sistema sanitario, come evidenziato nel D. Lgs. 229/1999 nota anche come “Riforma Bindi”, l’**efficacia** di un sistema sanitario si identifica con l’appropriatezza.

Pertanto in un intervento vengono distinte:

- Efficacia sperimentale o teorica
- Efficacia pratica

L’efficacia assume diversi significati a seconda dell’obiettivo posto in essere e può risultare di tipo: assistenziale, biologica, diagnostica, preventiva o terapeutica.<sup>9</sup>

La ricerca dell’efficacia deve tener conto di valori come costi e strutture che dipendono dal consumo e dal volume delle attività mentre i risultati sono misurati in termini di qualità e quantità di vita e pertanto l’ottimizzazione dei costi risulta essere una sfida importante, ma ardua.

A questa sfida risponde proprio il Controllo di Gestione, come sistema coordinato di strumenti e procedure atti a programmare degli obiettivi e verificarne la rispondenza, coniugando l’efficacia di carattere tecnico – professionale con l’efficienza di carattere economico – gestionale.

Le tre tecniche messe in campo per questo sono: un sistema previsionale di budgeting in cui Direzione e Referenti del Centro di Responsabilità concordano gli obiettivi generali, le risorse, i modi e i tempi per raggiungerli; un sistema di contabilità analitica.; un sistema di reporting deputato a raccordare le due tecniche precedenti effettuando delle valutazioni.

Queste ultime, a cui giunge la responsabilizzazione verso l’equilibrio economico – finanziario sono: la valutazione dei bisogni da soddisfare e la valutazione dell’efficacia nell’erogazione della prestazione.

Nel campo specifico dei percorsi diagnostico – terapeutici, è indubbio che la qualità della sanità si concretizza nella qualità del singolo atto medico e che le decisioni sono fortemente condizionate dalla conoscenza scientifica e dalle capacità del singolo operatore sanitario. Pertanto, funzione prioritaria del sistema di coordinamento è quella di aumentare le probabilità che risorse assistenziali di qualità

---

<sup>8</sup> Decreto Legislativo n.286 del 1999

<sup>9</sup> Morosini, Perraro, Enciclopedia della gestione della qualità in sanità, 2001, Centro scientifico editore, Torino

si trovino nella quantità necessaria al momento giusto ove sussista la necessità, tenuto conto che l'utilizzo efficace dipenderà esclusivamente dal singolo operatore.<sup>10</sup>

Le scelte aziendali nel settore pubblico sono inoltre condizionate dalle decisioni di enti superiori come lo Stato e le Regioni che ne regolano i finanziamenti, i compiti e i tempi; al tempo stesso sono le aziende più a contatto con il cittadino che ne diviene al contempo finanziatore ed utente.

L'introduzione del Controllo di Gestione è volta al raggiungimento di due grandi obiettivi: da un lato l'efficienza, che garantisce una migliore utilizzazione delle risorse e concorre ad un maggior contenimento del deficit pubblico, condizione necessaria per uno sviluppo equilibrato in modo tale da offrire servizi qualitativi che corrispondano alle esigenze della popolazione.

Dall'altro, il secondo grande obiettivo è la responsabilizzazione di tutte le componenti della struttura organizzativa, fondamentale per ottenere nuovi metodi sempre più orientati alla qualità e all'efficienza.

Inoltre, al ruolo di ottimizzazione, il Controllo affianca un'importante funzione decisionale e informativa, che tende ad indirizzare i membri dell'organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Nel contesto sanitario, dove convivono dissimili realtà in ragione dei numerosi e variegati servizi offerti, si riscontra una marcata difficoltà di collegamento tra il tema normativo della qualità e l'effettività della sua misurazione.

I processi assistenziali sono caratterizzati da differenze sostanziali ed elevata variabilità che provocano una difformità di esito degli stessi.

Come visto, dunque il sistema di Controllo di Gestione assume significato più ampio rispetto al formale controllo dei singoli atti e alla rispondenza normativa.

Nel tempo, anche le aziende sanitarie hanno introdotto sistemi di contabilità analitica e di budgeting ma l'applicazione dei sistemi tradizionali applicati al campo sanitario hanno mosso numerose critiche in quanto le aziende sanitarie per loro natura sono caratterizzate da: marginalità della componente di costo variabile rispetto a quella fissa e dalla crescente importanza delle attività di supporto quali i sistemi informativi e la gestione della tecnologia.

Essendo emerso inoltre l'obiettivo di riportare il paziente al centro del processo di erogazione del Servizio alcune aziende sanitarie hanno iniziato a sperimentare, affiancando i sistemi di controllo tradizionali, modelli di rilevazione basati sull'activity based costing al fine di rilevare eventuali spazi di miglioramento e di coordinamento tra le attività.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Quintaliani G, Cencetti S. Il Controllo Di Gestione e La Qualità in Sanità. G Clin Nefrol Dial, 1 ottobre 2000

<sup>11</sup> Mecosan, Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione, Mariolina Longo, Cristina Masella, luglio – settembre 2000

In questo sistema la valutazione delle performance in ambito sanitario è condizione necessaria per uno sviluppo adeguato al soddisfacimento dei bisogni delle persone e sostenibile economicamente e, come anticipato, i parametri di valutazione delle performance sono: l'accessibilità ai servizi, l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza.

Il primo parametro, l'**accessibilità**, consente la comprensione delle possibilità di accesso al servizio sanitario, oltre che la semplicità e la velocità di accesso e a tal riguardo, uno degli indicatori più importanti di performance è "il rispetto dei tempi di attesa".

In quanto all'**appropriatezza**, essa è direttamente proporzionale all'efficacia e all'efficienza del sistema; in questo ambito, la tecnologia, gioca un ruolo fondamentale perché è possibile delegare la valutazione del livello di appropriatezza prescrittiva come per esempio negli esami specialistici o nei ricoveri. L'obiettivo è quello di offrire un servizio qualitativamente migliore con tempistiche ottimizzate.

Anche in riferimento all'efficienza, il ruolo della tecnologia assume sempre maggior rilievo, consentendo un'ottimizzazione dei processi interi e gestionali, al fine di semplificare le strategie di governance e di contribuire alla razionalizzazione delle risorse disponibili.<sup>12</sup>

Gli indicatori vengono distinti in:

- **Indicatori di struttura:** utilizzati nell'accreditamento, forniscono informazioni di natura strutturale di una struttura sanitaria. Comprendono i requisiti strutturali, tecnologici, professionali e organizzativi previsti nelle specifiche normative delle singole Regioni. Da qui, si evince una notevole differenziazione nella definizione dei requisiti minimi che differiscono da Regione a Regione. La mancata standardizzazione dei criteri, unita con la carenza di procedure di valutazione periodiche può compromettere la qualità assistenziale.
- **Indicatori di processo:** consentono di comprendere a che punto del processo si siano verificati dei problemi, al fine di individuarne manovre correttive. Misurano l'appropriatezza del processo rispetto a requisiti di riferimento come linee guida o percorsi assistenziali. Non giocano alcun ruolo diretto nella produzione di esiti, bensì costituiscono una raccomandazione clinica che può prevedere miglioramenti nei risultati. Misurano, dunque, l'appropriatezza degli interventi e permettono di identificare problematiche consentendo un intervento precoce dei processi aziendali.
- **Indicatori di esito:** sono indicatori di risultato che misurano gli effetti ottenuti in termini clinici come ad esempio la percentuale di guariti o il tasso di mortalità, economici come costi diretti e indiretti ed umanistici come la soddisfazione del cliente. Questi indicatori sono fortemente influenzati da diverse determinanti come fattori sociali, economici, ambientali e

---

<sup>12</sup>Artex, Qualità in sanità, 8 settembre 2020, Indicatori di performance in sanità: le 3 leve da ottimizzare

genetiche. La robustezza dei sopra citati indicatori può essere determinata dal tempo del processo e la relazione volume – esiti. Si contraddistinguono per facilità di utilizzo, soddisfazione di tutti gli attori dei processi aziendali. Alcuni svantaggi sono: la richiesta di lunghi tempi di osservazione, la carenza di fonti e la difficoltà di risalire ad esiti insoddisfacenti o negativi.<sup>13</sup>

Come evidenziato, la misurabilità in tema sanitario incontra non poche difficoltà, l’assetto organizzativo è distinto in strumenti altamente materiali e quantificabili di cui è possibile misurarne la qualità, l’utilizzo, la spesa e l’efficienza; altri, immateriali e non quantificabili come la materia prettamente sanitaria delle prestazioni la cui appropriatezza è espressione di diverse dimensioni aziendali e operative.<sup>14</sup>

L’appropriatezza risulta essere un indicatore primario di performance in grado di condizionare sia l’efficienza che l’efficacia tenendo in considerazione il contesto operativo del personale.

L’appropriatezza ha diverse declinazioni in sanità:

- **Professionale/clinica:** che misura tempestività, sicurezza ed efficacia dell’intervento rispetto alle esigenze del paziente
- **Prescrittiva:** valuta la capacità del medico di prescrivere giusti farmaci
- **Organizzativa:** valuta la capacità di utilizzare un quantitativo corretto di risorse in funzione delle esigenze dei pazienti<sup>15</sup>

### 1.2.3 Introduzione della contabilità economica in sanità

Il SSN è stato, nel corso del tempo, revisionato mediante processo di trasformazione legislativa. Prima con il D.Lgs. 502 del 1992, subito dopo nel 1993 con il D.Lgs. 517 ed infine nel 1999 con il D.Lgs. 229. I decreti 502 e 517 rappresentano il riordino della disciplina in materia sanitaria, hanno introdotto l’aziendalizzazione sanitaria. L’orientamento aziendale attribuito si è reso necessario al fine di orientare il Sistema sanitario alla massimizzazione dei risultati e all’economicità in quanto la scarsità delle risorse era sempre più accentuata. Il concetto, dunque, non esprime l’aziendalizzazione come veicolo di lucro o profitto. Il D.Lgs. 502 del ’92 definisce così le ASL:

*“Le aziende di cui ai commi 1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l’equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.” (art. 3/c.1-ter); “la loro organizzazione e*

---

<sup>13</sup> Donabedian A. “The quality of care: how can it be assessed?” JAMA 1988

<sup>14</sup> Pillole di Governo clinico, Struttura Processo Esito, GIMBE, aprile 2009

<sup>15</sup> Ministero della Salute – Dip.to della programmazione e dell’ordinamento del SSN, Direzione Generale della programmazione sanitaria – “Manuale di formazione per il governo clinico”,

*funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico – professionale, soggette a rendicontazione analitica".<sup>16</sup>*

Di conseguenza, la piena autonomia, diviene condizione essenziale al fine di considerare aziende queste organizzazioni. Ne scaturisce: discrezionalità nell'utilizzo delle risorse poiché libere di acquisire, combinare e scegliere fattori produttivi e risorse; responsabilità in chiave contabile con criteri di attuazione affidati alle singole Regioni.

Sempre con il D.Lgs. 502 vengono introdotte significative trasformazioni attraverso nuove strutture organizzative e gestionali, il rinnovamento del sistema informativo delle aziende sanitarie e nuove procedure contabili che hanno affiancato alla contabilità finanziaria (tradizionale) la contabilità economico – patrimoniale.

Solamente nel giugno 2011 con il D.Lgs. 118 si è incentrato il sistema informativo sulla contabilità economico – patrimoniale al fine di rilevare, analizzare e valutare le diverse componenti del sistema. Passando, quindi, da tradizionali schemi burocratici a schemi manageriali.

Nella fattispecie l'articolo 2 del D.Lgs 118/2011 prevede un sistema contabile integrato che possa garantire rilevazioni unitarie, si denota un affiancamento della contabilità economico – patrimoniale alla contabilità finanziaria che rimane sistema contabile principale per fini autorizzativi, di rendicontazione finanziaria e di rilevamento di costi e oneri derivanti da transazioni di una pubblica amministrazione.<sup>17</sup>

Il controllo burocratico che ha sempre caratterizzato le pubbliche amministrazioni, accentra l'attenzione su singoli atti e procedure senza analizzare le selezioni spaziali e temporali tra decisioni ed informazioni.

Dopo la riforma, con la progressiva introduzione del controllo manageriale, si considera di importanza fondamentale la visione olistica (in termini di analisi e valutazione interattiva) del sistema

---

<sup>16</sup> Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992

<sup>17</sup> Come precisa la Ragioneria Generale dello Stato – (Allegato 4/3 al D.Lgs. 118/2021, Principio contabile applicato concernente la contabilità economico-patrimoniale degli enti in contabilità finanziaria) – L'articolo 2 del D.Lgs. n. 118/2011 prevede, Nell'ambito di tale sistema integrato, il fine ultimo di:

- predisporre il conto economico per rappresentare le "utilità economiche" acquisite ed impiegate nel corso dell'esercizio, anche se non direttamente misurate dai relativi movimenti finanziari, e per alimentare il processo di programmazione;
- consentire la predisposizione dello Stato Patrimoniale (e rilevare, in particolare, le variazioni del patrimonio dell'ente che costituiscono un indicatore dei risultati della gestione);
- permettere l'elaborazione del bilancio consolidato di ciascuna amministrazione pubblica con i propri enti e organismi strumentali, aziende e società;
- predisporre la base informativa necessaria per la determinazione analitica dei costi;
- consentire la verifica nel corso dell'esercizio della situazione patrimoniale ed economica dell'ente e del processo di provvista e di impiego delle risorse;
- conseguire le altre finalità previste dalla legge e, in particolare, consentire ai vari portatori d'interesse di acquisire ulteriori informazioni concernenti la gestione delle singole amministrazioni pubbliche.

aziendale, poiché azioni simili possono assumere significati diversi a seconda dalle relazioni che intercorrono tra le stesse.

Invero il controllo manageriale è un Sistema coordinato, il cui funzionamento non va valutato per sé ma piuttosto in relazione alla capacità di soddisfare bisogni o produrre output. Le finalità, gli obiettivi, la combinazione di risorse sono interconnessi da relazioni bidirezionali di reciproca influenza e non unidirezionali.<sup>18</sup>

In tal senso fondamentale è stata anche l'evoluzione del ruolo della dirigenza, le cui capacità, poteri e risultati assumono rilievo fondamentale<sup>19</sup> e premiante<sup>20</sup>, anche e soprattutto in termini di efficiente ed efficace utilizzo delle risorse impiegate, personale compreso.<sup>21</sup>

La contabilità analitica diviene essenziale come sistema per rilevazioni di informazioni utili alla direzione aziendale per perseguire obiettivi di efficienza e di efficacia, superando la semplice logica prettamente contabile. Le procedure e gli strumenti di controllo contabile e gestionale facilitano la responsabilizzazione del management, degli operatori sanitari e di tutti gli organi all'interno delle strutture sanitarie.

Di conseguenza, il controllo gestionale diventa uno strumento per attribuire responsabilità manageriali agli organi interni aziendali al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti rispettando i criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Infatti l'introduzione di una cultura economico-gestionale aumenta il grado di responsabilità del medico attraverso la sua partecipazione al controllo economico legata alla capacità di dare senso operativo e strategico alla propria azione.

Il medico, oggi, è coinvolto nel processo di programmazione e controllo che mira al contenimento della spesa sanitaria e al miglioramento delle prestazioni mediante obiettivi di economicità e qualità.<sup>22</sup>

Il cambiamento descritto in precedenza ha messo in crisi il tradizionale modello organizzativo delle Unità sanitarie locali, che era di tipo specialistico-funzionale ovvero basato su pochi livelli gerarchici e su un ampio numero di unità organizzative con elevata discrezionalità operativa. Tuttavia, è avvenuto un passaggio dal modello tradizionale a un modello connotato da centri di costo e di

---

<sup>18</sup> Luciano Hinna, "Le fasi del processo di programmazione e controllo: il ciclo gestionale (management cycle)"

<sup>19</sup> D.Lgs. 165/2001 – Art. 4, comma 2: "Ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati."

<sup>20</sup> D.Lgs. 165/2001 – Art. 21, comma 1: "Il mancato raggiungimento degli obiettivi accertato attraverso le risultanze del sistema di valutazione (...) ovvero l'inosservanza delle direttive imputabili al dirigente comportano, previa contestazione e ferma restando l'eventuale responsabilità disciplinare secondo la disciplina contenuta nel contratto collettivo, l'impossibilità di rinnovo dello stesso incarico dirigenziale. ..."

<sup>21</sup> D.Lgs. 165/2001 – Art. 6, comma 2: "Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. ..."

<sup>22</sup> Il sistema contabile e di bilancio dell'azienda sanitaria - Docsity

responsabilità, in cui le attività vengono aggregate in base all'identificabilità dei risultati, piuttosto che all'omogeneità tecnica.<sup>23</sup>

In un contesto in cui le risorse sono sempre più limitate, un sistema di controllo di gestione può diventare una scelta strategica importante per il cambiamento organizzativo e gestionale delle aziende sanitarie. È indubbio che la responsabilizzazione manageriale – tanto auspicata dal legislatore – richieda strumenti guida per gli operatori. A questi operatori vengono assegnati obiettivi e viene data la possibilità di confrontare i risultati ottenuti con gli stessi. L'obiettivo principale è quello di dimensionare le risorse in base agli obiettivi e verificare l'efficacia ed efficienza dei risultati ottenuti.

Questo significa che il controllo di gestione è un elemento teoricamente essenziale per stabilire le relazioni logiche tra risultati, risorse e livello di spesa. Ciò consente di prevedere e simulare l'operatività reale dell'azienda sanitaria e valutarne le priorità. Inoltre, il controllo di gestione permette di misurare l'andamento dei fenomeni al fine di verificarne l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, il raggiungimento dei risultati in termini di efficacia e il livello di servizio offerto. Tuttavia, è importante sottolineare che tali obiettivi non possono essere raggiunti semplicemente con la volontà o con atto di firma.

Spesso si verifica che il sistema di rilevazione contabile nelle aziende pubbliche non presti sufficiente attenzione alla quantità di risorse impiegate nelle diverse attività e processi, né all'efficienza complessiva. Inoltre è difficile ottenere indicatori affidabili sull'andamento finanziario ed economico-patrimoniale a causa delle modalità di gestione.

La necessità di migliorare la conoscenza e l'informazione nel sistema contabile delle aziende sanitarie ha portato all'importanza di considerare ed evidenziare gli aspetti economici che caratterizzano le attività aziendali. Di conseguenza, diviene necessario dimensionare correttamente, attraverso i Piani Attuativi aziendali, gli obiettivi sanitari regionali che devono tener conto dei seguenti elementi nella fase di programmazione locale tramite la negoziazione del Budget:

- Obiettivi aziendali
- Eventuali vincoli economici che ne condizionano l'attuazione
- Azioni per raggiungere gli obiettivi
- Risorse assegnate
- Responsabili di ogni processo
- Volumi, indicatori e fasi/tempi di verifica/attuazione

---

<sup>23</sup> Asso Care - "Come effettuare accuratamente e scientificamente il controllo di gestione nelle aziende sanitarie."



Il D.Lgs. 150/2009, che ha introdotto la valutazione della performance nella Pubblica Amministrazione italiana, fa parte degli interventi normativi mirati a introdurre elementi di aziendalizzazione e managerialità (come il D.Lgs. 29/93 e il D.Lgs. 286/99).

Da queste norme deriva l'approccio gestionale che confronta le risorse impiegate con i risultati ottenuti. Valutare la performance si traduce nella definizione delle qualità delle prestazioni erogate.

Il flusso logico che sottende alla disciplina sulla performance può essere sintetizzato nei seguenti quattro passaggi:

1. L'interesse generale e il valore pubblico come fine ultimo;
2. L'efficienza come condizione per raggiungere tale fine;
3. I sistemi incentivanti come metodi per migliorare l'efficacia e l'efficienza;
4. La premialità monetaria come strumento incentivante

Tuttavia, nei primi anni di applicazione del Decreto, l'attenzione era posta principalmente sulla premialità portando alcune conseguenze:

- Offuscamento dei primi tre passaggi;
- Annullamento dell'impatto innovativo

Un sistema interamente basato sulla premialità individuale ha suscitato diverse inchieste giornalistiche, che mettono in luce la fallacia di un sistema che, nonostante evidenti inefficienze gestionali, conferisce premi grazie al raggiungimento "completo" degli obiettivi. Si tratta di una distorsione, o meglio, una conseguenza legata alla qualità degli obiettivi, ma anche alla mancanza di un chiaro rapporto esplicito circa le dimensioni della performance, ovvero tra quelle prettamente organizzative e quelle individuali.

Le Amministrazioni hanno incontrato grandi difficoltà nel trasferire il "flusso logico" esposto in precedenza, che va dall'interesse collettivo al riconoscimento del contributo individuale, al sistema degli obiettivi definito nei Piani della performance; Ciò rappresenta una vera e propria sfida nel collegare diverse dimensioni della performance e gli obiettivi.

Nel caso ideale, il sistema di gestione delle performance viene personalizzato per adattarsi alle particolari peculiarità culturali e organizzative che distinguono un Ente, all'interno di un territorio e in un dato momento storico.

Tuttavia, tale modello, dovrebbe esser chiaro in merito ad almeno tre aspetti:

1. Come vengono misurate le tre dimensioni della performance (obiettivi, indicatori e target)
2. Come queste misurazioni sono collegate tra loro

3. Come tali misurazioni vengono utilizzate per valutare le performance organizzative e individuali.<sup>24</sup>

Va tenuto presente, che tali scelte, quando significative, modificano la cultura organizzativa e il clima aziendale. Ciò comporta un aggiornamento del modello stesso che può essere radicale o evolutivo. È in questo senso che dovrebbe innescarsi un ciclo virtuoso all'interno della Pubblica Amministrazione, orientato al miglioramento continuo.

In estrema sintesi, il segreto non risiede nella ricerca di un modello perfetto e definito, bensì nella tendenza a modelli adeguati per perseguire risultati sempre più ambiziosi.

---

<sup>24</sup> “Valutazione e ciclo delle performance nel settore pubblico: una guida completa” – Adriano Scaletta, 26 marzo 2020

## **1.3 Fonti di finanziamento del SSN**

### **1.3.1 Struttura di finanziamento**

Il D.Lgs. 56/2000 prevede un sistema di finanziamento basato sul gettito potenziale da entrate proprie di un territorio, date la base imponibile e l'aliquota legale.

Il decreto stabilisce che concorrono al finanziamento nella componente destinata: l'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), l'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e la compartecipazione all'IVA.

Tenuto conto dello scenario macroeconomico, del fabbisogno dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e degli obblighi europei, la Legge dello Stato determina il livello complessivo di risorse del Sistema sanitario nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato. Oltre al finanziamento sostenuto dalla capacità fiscale regionale, il sistema è sorretto da entrate proprie quali il ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti.

Il criterio di formazione del finanziamento è basato sui "riparti" proposti dal Ministero della Salute ovvero l'identificazione delle fonti e il conferimento del fabbisogno alle Regioni, sui quali viene raggiunta l'intesa in sede di conferenza Stato – Regioni e successivamente recepiti dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE).

Le Regioni, assegnano le risorse finanziarie alle aziende in base a diversi parametri, tenendo conto anche di residenti che vengono curati in altre aziende o fuori Regione (mobilità passiva) e residenti esterni che vengono curati all'interno dell'azienda o della Regione (mobilità attiva). Per quanto concerne il finanziamento a carico dello Stato è il Governo ad apportare le dovute modifiche.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Decreto legislativo n. 56 del 18 febbraio 2000 in sitografia

### 1.3.2 Trend di finanziamento a carico dello Stato

Anni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa Sanitaria Corrente (*)	110.399	109.429	110.746	111.114	112.492	114.308	115.713	116.928	123.295	126.640
Finanziamento Ordinario del FSN (**)	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061
Finanziamento effettivo (***)	109.611	108.696	111.246	111.237	112.626	114.007	114.982	116.235	123.230	124.572

*Tabella A Dati in miliardi di euro. Elaborazione AGE.NA.S su dati Monitoraggio della Spesa MEF-RGS*

Il finanziamento della spesa sanitaria ha subito un brusco innalzamento nel periodo 2020-2021 in seguito allo scenario pandemico verificatosi.

In seguito a quanto emerge dal Documento di Economia e Finanza 2022, la spesa sanitaria prevista risulta essere: 131.710 milioni di euro nel 2022, 130.734 milioni di euro nel 2023, 128.872 milioni di euro nel 2024 e 129.518 milioni di euro nel 2025. La dinamica in tal senso riflette: le dinamiche degli aggregati di spesa negli anni, la razionalizzazione dei costi programmati, la spesa sanitaria in funzione dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed infine la contabilizzazione degli oneri imputabili ai rinnovi contrattuali.<sup>26</sup>

### 1.3.3 Il bilancio: Regioni a confronto

Dopo aver osservato come il Sistema sanitario viene finanziato nel suo complesso, è possibile analizzare nel dettaglio le singole regioni e confrontarle. I bilanci selezionati riguardano tre Regioni italiane una del sud, una del centro-sud ed una del nord che sono rispettivamente: Puglia, Abruzzo e Veneto.

Nei tre bilanci considerati nell'analisi emerge che la principale fonte di finanziamento è sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale (F.S.R.) nella voce A1. Quest'ultimo si divide in indistinto e vincolato ed in tutti i bilanci considerati è l'indistinto a contribuire per la maggior parte dell'importo.

Anche nella voce di Conto Economico A2, troviamo una prevalenza di fondi ministeriali o regionali in aggiunta a quelli previsti dal F.S.R.; una minima parte della voce viene occupata dai contributi da soggetti privati.

Il Saldo di mobilità di cui alla voce di bilancio A3, risulta essere positivo per la regione Veneto e negativo per le altre due. A gravare su questo dato per la Regione Puglia sono gli elevati costi di "mobilità in compensazione extra" e i mancati ricavi rispetto all'anno precedente di "mobilità non in compensazione extra" ma il dato nel suo totale non si discosta eccessivamente dall'anno precedente.

<sup>26</sup> Documento di Economia e Finanza, 2022, sezione II, Analisi e tendenze della finanza pubblica

La regione Abruzzo invece subisce un innalzamento dei costi “in compensazione extra”. Il Veneto incontra una riduzione del Saldo di mobilità dovuto ad una diminuzione di costi e ricavi della “mobilità internazionale”.

Il peso relativo maggiore, della voce “ticket” al punto A4, sul totale dei ricavi è detenuto dal Veneto, a seguire l’Abruzzo ed infine la Puglia.

Concorre ad alimentare le fonti di finanziamento la voce “Altre Entrate Proprie”, in tutte e tre le Regioni in esame e che rappresenta un’importante fonte nel totale dei ricavi per la Puglia e l’Abruzzo seppure anche in Veneto, in misura minore rispetto alle altre due, rappresenti una discreta presenza. È possibile, dunque, osservare i margini operativi risultati dal Conto Economico per macro aggregati gestionali di tutte e tre le Regioni considerate.

In tutte le Regioni è osservabile un margine operativo positivo.

Per la regione Puglia si osserva una crescita rispetto all’anno precedente, così come per l’Abruzzo, seppur in misura minore.

Il Veneto invece, registra una diminuzione del margine rispetto all’anno precedente.

Con l’aggiunta delle Componenti Finanziarie e Straordinarie, oltre che degli Oneri Fiscali tutte e tre le Regioni considerate registrano un risultato di esercizio negativo.

Rispetto al risultato, Puglia e Abruzzo migliorano la situazione registrata nel 2019 mentre il Veneto nel 2020 registra una perdita maggiore rispetto all’anno precedente.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Dati economici dei Servizi Sanitari Regionali, Andamento economico-patrimoniale anni 2019/2020 Age.Na.S, fonte dati NSIS – modelli SP- CE consolidati Regionali, estrazione del 29 aprile 2022, Regione Puglia, Abruzzo e Veneto

		Anno	2020	2019
ID	CONTO ECONOMICO unità di euro			
A1	Contributi F.S.R. netti		7.665.911.629	7.423.708.900
A2	Ulteriori contributi da soggetti pubblici e contributi da privati netti		101.389.948	67.779.818
A3	Saldo Mobilità		207.478.193	203.664.223
A4	Ticket		30.381.888	49.702.048
A5	Altre Entrate Proprie		200.309.445	196.090.001
A6	Saldo Intramoenia		3.334.078	10.982.668
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>		<b>7.793.848.795</b>	<b>7.544.599.213</b>
B1	Personale		2.169.525.767	2.089.959.252
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati		953.254.761	939.940.335
B3	Altri Beni e Servizi		1.624.115.262	1.438.988.670
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati		9.759.258	12.198.102
B5	Accantonamenti		195.372.569	153.062.686
B6	Variazione Rimanenze		11.114.812	6.077.055
B7	Svalutazione immobilizzazioni e crediti		13.565.776	7.047.000
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>		<b>4.954.478.581</b>	<b>4.647.273.100</b>
C1	Medicina Di Base		535.350.401	523.528.786
C2	Farmaceutica Convenzionata		556.002.194	571.702.477
C3	Prestazioni da Privato		1.646.410.547	1.731.651.017
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>		<b>2.737.763.142</b>	<b>2.826.882.279</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>		<b>7.692.241.723</b>	<b>7.474.155.380</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>		<b>101.607.072</b>	<b>70.443.833</b>

*Tabella B C.E. Regione Puglia 2020, fonte AGE.N.A.S.*

		Anno	2020	2019
ID	CONTO ECONOMICO unità di euro			
A1	Contributi F.S.R. netti		2.547.814.342	2.469.075.689
A2	Ulteriori contributi da soggetti pubblici e contributi da privati netti		37.152.416	7.429.678
A3	Saldo Mobilità		102.968.642	84.909.520
A4	Ticket		21.734.212	36.190.182
A5	Altre Entrate Proprie		65.246.978	65.786.091
A6	Saldo Intramoenia		2.174.155	3.400.814
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>		<b>2.571.153.461</b>	<b>2.496.972.934</b>
B1	Personale		827.530.943	796.161.978
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati		324.582.709	305.776.458
B3	Altri Beni e Servizi		598.960.420	553.155.325
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati		1.074.208	988.764
B5	Accantonamenti		59.285.641	56.886.707
B6	Variazione Rimanenze		14.210.018	2.412.076
B7	Svalutazione immobilizzazioni e crediti		100.000	100.012
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>		<b>1.797.323.903</b>	<b>1.715.481.321</b>
C1	Medicina Di Base		157.753.424	153.599.211
C2	Farmaceutica Convenzionata		192.445.820	199.415.630
C3	Prestazioni da Privato		384.136.971	397.805.583
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>		<b>734.336.215</b>	<b>750.820.424</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>		<b>2.531.660.118</b>	<b>2.466.301.746</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>		<b>39.493.343</b>	<b>30.671.188</b>

*Tabella C C.E. Regione Abruzzo 2020, fonte AGE.N.A.S.*

		Anno	2020	2019
ID	CONTO ECONOMICO unità di euro			
A1	Contributi F.S.R. netti		8.965.151.675	8.783.724.987
A2	Ulteriori contributi da soggetti pubblici e contributi da privati netti		394.717.632	108.925.205
A3	Saldo Mobilità		149.204.821	168.508.736
A4	Ticket		119.023.183	177.038.867
A5	Altre Entrate Proprie		244.995.110	258.591.279
A6	Saldo Intramoenia		11.383.032	24.399.009
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>		<b>9.884.475.454</b>	<b>9.521.188.083</b>
B1	Personale		2.945.023.827	2.820.194.060
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati		1.001.656.029	928.476.764
B3	Altri Beni e Servizi		2.665.220.191	2.223.371.364
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati		44.238.214	47.579.720
B5	Accantonamenti		236.147.722	351.401.572
B6	Variazione Rimanenze		138.409.022	15.504.538
B7	Svalutazione immobilizzazioni e crediti		9.553.653	8.256.745
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>		<b>6.763.430.614</b>	<b>6.363.775.686</b>
C1	Medicina Di Base		579.847.726	551.700.981
C2	Farmaceutica Convenzionata		494.736.751	507.060.216
C3	Prestazioni da Privato		1.868.438.340	1.901.576.252
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>		<b>2.943.022.817</b>	<b>2.960.337.449</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>		<b>9.706.453.431</b>	<b>9.324.113.135</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>		<b>178.022.023</b>	<b>197.074.948</b>

*Tabella D C.E. Regione Veneto 2020, fonte AGE.N.A.S.*

## 2. ANALISI DELLA SPESA SANITARIA E NON SANITARIA

### 2.1 Analisi di spesa non sanitaria

#### 2.1.1 Inefficienze e sprechi del Sistema sanitario nazionale

In questo capitolo l'intenzione è quella di portare alla luce il tema degli sprechi e delle inefficienze. Come emerge dal V Rapporto sul Servizio sanitario nazionale GIMBE:

*“Gli sprechi e le inefficienze si annidano a tutti i livelli del SSN ed erodono preziose risorse: sovrautilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate o dal basso value, sottoutilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal value elevato, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare tra ospedale e territorio”*.<sup>28</sup>

Il rapporto indica un coinvolgimento di tutti i livelli del Sistema sanitario.

L'inesistenza di una metodologia appropriata per l'analisi dei costi prettamente sanitari porta ad una mancata analisi di sprechi e sacche di inefficienza delle spese sanitarie. È possibile però iniziare una valutazione del Sistema, analizzando prima spese e inefficienze delle voci di costo **non sanitarie**, utilizzando uno studio effettuato nel rapporto “Curiamo la corruzione, percezione, rischi e sprechi in sanità”.

#### 2.1.2 Studio: analisi economica degli sprechi in sanità

Alla luce delle divergenze regionali evidenziate nel Paese, il tema della sostenibilità della spesa assume maggiore rilevanza.

Il lavoro ha come obiettivo la valutazione della variabilità di alcune specifiche voci di costo in relazione a parametri strutturali quali: la popolazione residente e il numero di dimessi pesato per l'indice di case mix (ICM) con lo scopo di individuare eventuali anomalie ingiustificate.

Sono state analizzate le Linee Guida per l'elaborazione dei Modelli CE e approfondite le principali prassi contabili in modo da creare una rappresentazione omogenea. L'efficacia complessiva di un sistema sanitario è funzione stretta dell'efficienza. La misurazione di quest'ultima è il primo passo verso la quantificazione di quella complessiva del sistema.

Le voci selezionate concernono acquisti di beni o servizi non sanitari, più specificatamente: Pulizia, Mensa, Lavanderia, Smaltimento rifiuti, Cancelleria e Guardaroba.

---

<sup>28</sup> V Rapporto sul Sistema Sanitario Nazionale GIMBE, 2022

La scelta di questi beni e servizi è dettata anche dalla disciplina sui prezzi emanata dall’Autorità Anti Corruzione (ANAC).<sup>29</sup>

L’analisi è stata condotta sui dati di bilancio riferiti agli anni 2009-2013 in modo da evidenziare il trend di possibili sprechi.

### **2.1.3 Analisi dei risultati**

Pur non essendo intenzione dello studio fare una classifica tra i Sistemi Sanitari Regionali, l’analisi compara la spesa delle diverse regioni.

Lo studio evidenzia un’elevata variabilità di spesa con disfunzioni generalizzate.

Le voci selezionate per residente (Aziende Sanitarie Locali), nell’anno 2013:

Per la voce **“Pulizia”**: Lombardia e Sicilia registrano le voci di spesa più basse, mentre Bolzano e Trento registrano le più alte. I margini di risparmio più alti vengono riportati da Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia.

Per la voce **“Lavanderia”**: Puglia e Calabria manifestano valori contenuti e la Sicilia ottiene il valore mediano più basso. Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Lazio, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia registrano possibili anomalie. Invece la Lombardia mostra valori di buona allocazione complessiva.

Per la voce **“Mensa”** valori preoccupanti sono propri di Friuli Venezia Giulia e Veneto, mentre le restanti regioni ottengono dati nella media.

Per la voce **“Smaltimento dei rifiuti”**: Abruzzo e Sardegna mostrano dati con il maggior margine di risparmio, alla Lombardia la posizione di minor spesa.

Nelle voci di beni si osservano margini di risparmio maggiori nella **“Cancelleria”** rispetto al **“Guardaroba”**. In quest’ultima risultano probabili anomalie solo per il Friuli Venezia Giulia.

Le voci selezionate per dimesso pesato per ICM, 2013 (Aziende Ospedaliere):

Per la voce **“Pulizia”**, Lazio, Piemonte, Campania e Veneto hanno medesimi margini di contenimento delle inefficienze, le altre regioni mostrano valori più omogenei.

---

<sup>29</sup> Articolo 17, Decreto Legge n.98 del 2011



Per la voce “**Lavanderia**” le anomalie sono riscontrate per Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Veneto. La spesa più alta appartiene alla Liguria.

Non mostra particolari segni negativi la voce “**Mensa**”. Sono invece riscontrate voci allarmanti per “**Smaltimento dei rifiuti**” di Lazio, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Nei beni si riscontrano solamente maggiori spese per Piemonte e Friuli Venezia Giulia per quanto concerne il “**Guardaroba**” ed invece Veneto e Friuli Venezia Giulia per la voce “**Cancelleria**”.

Lo studio partendo dalle differenze che si evincono tra le diverse regioni, quantifica il reale bacino delle inefficienze.

Nel 2013 i risparmi legati alle voci considerate ammontano complessivamente a 663 milioni per le Aziende sanitarie locali (ASL) e 718 milioni per le Aziende ospedaliere (AO). Questi dati costituiscono circa l’1,5% del totale della spesa sanitaria nazionale.

Conseguentemente ai vincoli UE, negli anni 2009-2013 abbiamo osservato l’effetto di manovre di taglio alla spesa e i tentativi messi in campo per renderla efficiente. L’effetto risultante sembra essere quello di una riduzione della spesa e delle inefficienze senza però alcuna inversione di tendenza rispetto al peso degli sprechi evidenziati dallo studio considerato. L’obiettivo è stato quello di razionalizzare linearmente la spesa senza selezionare le voci inefficienti di spesa e le sacche di spreco. Per questo sono stati ottenuti dei risparmi senza intaccare le disfunzioni gestionali dalle quali originano le inefficienze.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Analisi economica degli sprechi in sanità, contributo elaborato per ISPE-Sanità da Francesco Saverio e G. Fabiano in Curiamo la corruzione, percezione rischi e sprechi in sanità, Trasparency International Italia, 2016

## **2.2 Analisi della spesa sanitaria: attività di tirocinio**

### **2.2.1 Descrizione del lavoro**

Il progetto vede come parte centrale l'attività di tirocinio che ha coinvolto la mia persona. Nel mese di luglio 2022 la "Azienda Ospedaliero Universitaria, Ospedali Riuniti Umberto I, Lancisi, Salesi" di Ancona nella persona della Dott.ssa Carignani, Direttore SO Programmazione e Controllo di Gestione, ha concesso a me l'opportunità di svolgere un'attività sperimentale ed innovativa circa la ripartizione dei costi sostenuti nell'intero percorso sanitario di un paziente affetto da tumore della mammella.

Il lavoro si è dapprima focalizzato sullo studio della documentazione in possesso della struttura, ovvero del percorso assistenziale per la gestione ed il trattamento del paziente affetto da tumore della mammella. Questa documentazione, redatta dal personale sanitario direttamente coinvolto al trattamento prevede: diagrammi di flusso che delineano il percorso che un paziente può incontrare, denominato: Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e l'elenco delle attività svolte per ognuna delle varie fasi diagnostiche, cliniche, terapeutiche, operatorie e post operatorie.

### **2.2.2 Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)**

I PDTA, vengono definiti come: *“Descrizione operativa di un intervento complesso per prendere decisioni ed organizzare in modo condiviso l'assistenza di un ben definito gruppo di pazienti in un intervallo di tempo precisato. Le caratteristiche che definiscono i percorsi includono: la definizione esplicita degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basati su evidenze, best practice e aspettative del paziente, La facilitazione di comunicazione, coordinamento dei ruoli, e messa in sequenza delle attività di team assistenziali multidisciplinari, pazienti e familiari, La documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti e degli outcome, L'identificazione delle risorse appropriate. Lo scopo di un percorso assistenziale è aumentare la qualità delle cure nel continuum dell'assistenza, migliorando gli esiti clinici risk adjusted, promuovendo la sicurezza e aumentando la soddisfazione dei pazienti, e ottimizzando l'uso delle risorse”*.<sup>31</sup>

Di conseguenza vengono utilizzati come strumenti per migliorare i processi, l'efficacia e l'efficienza del servizio. L'obiettivo primario è di natura temporale, con la riduzione dei ritardi che nella materia specifica costituiscono elemento fondamentale mentre un'altra importante funzione è quella svolta dal coordinamento delle azioni rivolte al paziente che si susseguono.

---

<sup>31</sup> European Pathway Association, 2008

### 2.2.3 Le fasi del progetto

Le fasi vengono suddivise in primo luogo in base al reparto di competenza:

- ambulatorio senologico,
- fase pre-ricovero chirurgico,
- fase chirurgica escissionale,
- fase escissionale/ricostruttiva (unico tempo chirurgico),
- fase ricostruttiva,
- ambulatorio di oncologia,
- clinica di oncologia day hospital ciclico,
- radioterapia;

In secondo luogo le sottofasi vengono distinte dal numero di accesso ospedaliero.<sup>32</sup>

La documentazione fornita è risultata particolarmente lacunosa nel dettaglio per natura delle diverse fasi ed opzioni cliniche poiché, pur essendo strumento di incentivazione al coordinamento, le diverse sfaccettature e scelte che appaiono di fronte ai diversi quadri sanitari dei pazienti sono difficilmente raggruppabili e generalizzabili. Questo ha portato conseguentemente ad una attenta attività di ricerca delle informazioni mediante interviste a medici ed infermieri che hanno consentito una più precisa ricostruzione delle varie fasi nel dettaglio.

Nelle interviste che si sono susseguite nell'arco della frequenza in tirocinio è stato possibile identificare e generalizzare diversi aspetti tra cui:

il tempo impiegato da ciascun operatore sanitario in ciascuna delle fasi e sottofasi in misura indicativa;

i medicinali utilizzati in ogni fase e il loro dosaggio;

infine è stato possibile ridefinire in linea generale le fasi elencate nella documentazione inizialmente fornita.

Successivamente alla fase di ricerca informativa è stato possibile formalizzare un modello schematico, in cui vengono affiancate fasi e sottofasi cliniche a voci di costo.

L'elaborazione del modello sotto riportato è stata riprodotta per ognuna delle macro fasi sopra citate, in modo tale da ottenere una standardizzazione dei costi per ogni reparto in funzione di quelle che sono le diverse modalità di azione del percorso.

La struttura tabellare ha voluto tenere conto delle quantità, dei costi unitari e dei costi totali in modo tale da poter individuare possibili manovre correttive.

---

<sup>32</sup> Percorso assistenziale per la gestione ed il trattamento del paziente affetto da tumore della mammella, REV.01, 31 gennaio 2019

AMBULATORIO SENOLOGICO AZIENDALE					
DM_NAZ	PERCORSO	1' ACCESSO			TOT
		QTA'	Cu	COSTO	
	1 <i>Valutazione (medico)</i>				
	1.a Analisi documentale del paziente	15	0,70 €	10,53 €	
	1.b Compilazione scheda ingresso	15	0,70 €	10,53 €	
	1.c Anamnesi e Esami obiettivo	15	0,70 €	10,53 €	
					31,58 €
	2 <i>Esami (medico)</i>			- €	
87.37.1	2.a Mammografia bilaterale (2 proiezioni)	1	34,90 €	34,90 €	
88.73.1	2.b Ecografia della mammella bilaterale	1	35,90 €	35,90 €	
88.92.9	2.c Risonanza magnetica nucleare senza e con contrasto bilaterale	1	187,10 €	187,10 €	
91.46.5	2.d Esame Citologico ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica	1	46,50 €	46,50 €	
85.11	2.e Esame Istologico "core biopsy" BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	1	34,70 €	34,70 €	
88.38.9	2.f TC total body per stadiazione oncologica. Almeno 3 distretti anatomici	1	284,50 €	284,50 €	
					623,60 €
	3 <i>Interventi/procedure (infermiere)</i>				
	3.a Preparazione paziente per esame obiettivo	15	0,31 €	4,60 €	
	3.b Consegna al paziente lettera visita amb. Per medico curante	5	0,31 €	1,53 €	
					6,13 €
	4 <i>Farmaci</i>				
	4.a Vigilanza terapie domiciliari (medico)	15	0,70 €	10,53 €	
	4.b Sospensione terapie anticoagulanti/antiaggreganti (medico)	10	0,70 €	7,02 €	
	4.d Comunicazione sospensione terapie domiciliari (infermiere)	10	0,31 €	3,06 €	
	<i>indicare terapia domiciliare cin tipologia e quantità</i>			- €	
					20,61 €
	5 <i>Consulenze</i>				
	6 <i>Nutrizione</i>				
	7 <i>Educazione paziente (medico)</i>			- €	
	7.a Educazione ad autopalpazione periodica	10	0,70 €	7,02 €	
	7.b Consegna brochure informativa sulla prevenzione del tumore alla mammella	5	0,70 €	3,51 €	
	7.c Educazione famiglia in caso di minori o pazienti con tutore legale	10	0,70 €	7,02 €	
					17,54 €
	8 <i>Attività sicurezza paziente (infermiere)</i>				
	8.a Consigli a ridosso e post procedure invasive	5	0,31 €	1,53 €	
					1,53 €
	9 <i>Pianificazione percorso (infermiere)</i>			- €	
	9.a Richiamo in ambulatorio per consegna referto cito/istologico	5	0,31 €	1,53 €	
	9.b Inserimento in lista d'attesa per esame cito/istologico	5	0,31 €	1,53 €	
	9.c Attivazione Breast Unit se referto positivo AP	5	0,31 €	1,53 €	
					4,60 €
TOTALE 1' ACCESSO					705,58 €

**Tabella E** Primo accesso ambulatorio senologico aziendale. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio.

Nel grafico sopra riportato troviamo tutte le fasi che il paziente incontra nel primo accesso in ambulatorio senologico aziendale. La struttura vede nella prima colonna a sinistra il codice identificativo della prestazione contrassegnato da "DM\_NAZ", nella seconda colonna la fase del percorso in cui si trova.

Infine troviamo la voce delle quantità espresse in tempo laddove vi siano azioni messe in atto da operatori sanitari e in quantità numerica ove i costi siano stati prelevati dai tabellari nazionali in possesso dell'azienda. Nel caso dei costi unitari affiancati alle figure coinvolte, essi sono calcolati in base alla retribuzione oraria prevista, ponderati per il minutaggio impiegato a svolgere la visita.

I punti 5 e 6 risultano non compilati in quanto quella fase, seppur indicata, non è stata effettuata nell'ambulatorio senologico aziendale.

AMBULATORIO SENOLOGICO AZIENDALE					
DM_NAZ	PERCORSO	2' ACCESSO			
		QTA'	Cu	COSTO	TOT
94.09	1 <i>Valutazione (Psicologo)</i>				
	1.a Individuazione intervento psicologico specifico COLLOQUIO PSICOLOGO CLINICO	1	19,40 €	19,40 €	19,40 €
	2 <i>Esami</i>				
	2.a Programmazione stadiazione della pz (medico)	15	0,70 €	10,53 €	
	2.b Comunicazione data esami pre ricovero/terapia (infermiere)	15	0,31 €	4,60 €	
	2.c Comunicazione data esami per stadiazione pz (infermiere)	15	0,31 €	4,60 €	
					19,72 €
	3 <i>Interventi/procedure</i>				
	3.a Inserimento in lista d'attesa per intervento (medico)	10	0,70 €	7,02 €	
	3.b Inserimento in lista d'attesa per terapia medica (medico)	10	0,70 €	7,02 €	
	3.c Compilazione cartella clinica (medico)	10	0,70 €	7,02 €	
	3.e Assistenza alla pz per compilazione cartella (infermiere)	5	0,31 €	1,53 €	
	3.f Trascrizione attività pre-intervento (infermiere)	5	0,31 €	1,53 €	
3.g Supporto assistenziale alla visita medica (infermiere)	10	0,31 €	3,06 €		
				27,18 €	
4 <i>Farmaci (infermiere)</i>					
4.a Comunicazione sospensione terapie domiciliare (infermiere)			- €	- €	
				- €	
89.7	5 <i>Consulenze</i>				
	5.a Pre trattamento: specialista per patologie di base VISITA GENERALE	1	20,70 €	20,70 €	
	5.b Radiologica per localizzazione lesioni non palpabili			- €	
	5.c Intraoperatoria ch plastico per ricostruzione			- €	
	5.d Intraoperatoria med nucleare per linfonodo sentinella			- €	
					20,70 €
	6 <i>Nutrizione</i>				
	7 <i>Educazione paziente (referente Breast Unit)</i>				
	7.a Comunicazione referto cito/istologico	15	0,70 €	10,53 €	
	7.b Planning multidisciplinare da riunione B.U. pre- intervento	15	0,70 €	10,53 €	
7.c Colloquio pz per descrizione piano terapeutico dopo riunione B.U.	15	0,70 €	10,53 €		
7.d Educazione famiglia in caso di minori o pazienti con tutore legale	15	0,70 €	10,53 €		
				42,10 €	
8 <i>Attività sicurezza paziente (medico)</i>					
8.a Consenso informato della paziente per foto	10	0,70 €	7,02 €		
				7,02 €	
9 <i>Pianificazione percorso (medico)</i>					
9.a Programmazione pre-ricovero	15	0,70 €	10,53 €		
9.b Accesso in ambulatorio senologico e anestesilogico			- €		
				10,53 €	
TOTALE 2' ACCESSO					146,63 €

**Tabella F** Secondo accesso ambulatorio senologico aziendale. Tabella prodotta da Raoul Gialloreti in sede di tirocinio.

Nella seconda tabella, identica alla prima a livello strutturale, troviamo le voci di costo del secondo accesso effettuato nell'ambulatorio senologico aziendale. Le fasi del percorso 5.b, 5.c, 5.d sono state impossibili da rintracciare a livello informativo. La differenza nel totale ascrivibile al secondo accesso è dovuta all'assenza di esami strumentali che sono stati effettuati durante il primo accesso.

In questa tabella si evincono numerose azioni di tipo burocratico e preparatorio alle successive fasi che il paziente incontrerà.

La variabilità rispetto al minutaggio inserito è comunque sempre riconducibile alla soggettiva produttività della figura professionale di riferimento, i tempi sono indicativi e talvolta inseriti per eccesso.

AMBULATORIO SENOLOGICO AZIENDALE						
DM_NAZ	PERCORSO	4' ACCESSO				
		DOSAGGIO	QTA'	Cu	COSTO	TOT
94.09	1 <i>Valutazione</i>					
	1.a Consegna referto anatomopatologico dopo discussione B.U. (medico)		15,00 €	0,70 €	10,53 €	
	1.b Intervento psicologico specifico (psicologo) COLLOQUIO PSICOLOGO CLINICO		1,00 €	19,40 €	19,40 €	29,93 €
	2 <i>Esami (medico)</i>					
	2.a Comunicazione terapie adiuvanti (CHT,RHT,OT) e esami stadiazione		15,00 €	0,70 €	10,53 €	10,53 €
	3 <i>Interventi/procedure (medico)</i>					
	3.a Oncologo per rich. Posizionamento CVC		5,00 €	0,70 €	3,51 €	
	3.b Radioterapia per RHT				- €	
					- €	3,51 €
*	4 <i>Farmaci</i>					
	4.a Oncologo per CHT e/o OT		15,00 €	0,70 €	10,53 €	
	4.b Antracicline x 3 mesi (myocet)	60mg /m2 ogni 3 sett	513,60 €	10,49 €	5.387,66 €	
	4.c Taxani x 3 mesi (se paclitaxel: 80mg/m2 ogni set 12 set)	100mg/m2 ogni 3 set	2.054,40 €	0,11 €	225,95 €	
	4.d se HER2+ Trastuzumab somministrazioni (se sempre trisettimanale)	8mg/kg e poi 6mg/kg x 18	14.040,00 €	1,39 €	19.530,11 €	25.154,25 €
89.07	5 <i>Consulenze</i>					
	5.a Consulto definito complessivo (Fisiatra per fisioterapia)		1,00 €	46,50 €	46,50 €	46,50 €
	6 <i>Nutrizione</i>					
	6.a Educazione alimentare					
	7 <i>Educazione paziente (medico)</i>					
	7.a Consigli per stili di vita e attività fisiche e fisioterapiche		10,00 €	0,70 €	7,02 €	
	7.b Consueing genetico in pz con rischio eredo familiare		15,00 €	0,70 €	10,53 €	17,54 €
	8 <i>Attività sicurezza paziente(medico)</i>					
	8.a Consigli attività post operatorie		15,00 €	0,70 €	10,53 €	10,53 €
	9 <i>Pianificazione percorso</i>					
	9.a Programmazione controlli periodici e secondi tempi ricostruttivi (medico)		15,00 €	0,70 €	10,53 €	
	9.b Programmazione secondo controllo B.U. post intervento (medico)		15,00 €	0,70 €	10,53 €	
	9.c Pianificazione controlli (infermiere)		15,00 €	0,31 €	4,60 €	25,65 €
*20% effettuano terapia adiuvante						
TOTALE 4' ACCESSO						25.298,42 €

**Tabella G** Quarto accesso ambulatorio senologico aziendale. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio

Il quarto accesso è l'ultima fase riscontrabile all'interno dell'ambulatorio senologico aziendale. La terza fase è mancante perché effettuata in altro ambulatorio diverso da quello senologico. In questa sezione è rilevante la ricostruzione farmacologica al punto 4. I dosaggi riferiti dal professionista e i listini prezzi in dotazione alla ASL, hanno consentito una ripartizione minuziosa e precisa.

Da segnalare che l'importo di 513,60 euro nella voce Antracicline (Myocet) è riferito a milligrammi per una terapia di tre mesi ipotizzando un soggetto di 180 cm per 90 kg che copre 2,14 metri quadri. Da evidenziare ancora che in alternativa alla sezione 4 indicata, è possibile la terapia adiuvante. Come rilevato solo il 20 per cento dei soggetti effettua questa terapia.

## 2.2.4 La “breast unit”

BREAST UNIT (3 riunioni)				
FIGURA PROFESSIONALE	Tempo	Riunioni	C. orario	COSTO
Coordinatore Breast unit	60	3	42,10 €	126,30 €
Radiologo	60	3	42,10 €	126,30 €
Chirurgo senologo	60	3	42,10 €	126,30 €
Oncologo	60	3	42,10 €	126,30 €
Chirurgo plastico	60	3	42,10 €	126,30 €
Anatomo patologo	60	3	42,10 €	126,30 €
Citopatologo	60	3	42,10 €	126,30 €
Medico nucleare	60	3	42,10 €	126,30 €
Infermiere ambulatorio senologico	60	3	18,38 €	55,14 €
Tecnico di radiologia	60	3	18,34 €	55,02 €
Fisioterapista	60	3	18,34 €	55,02 €
Radioterapista	60	3	42,10 €	126,30 €
Psico-oncologo	60	3	18,38 €	55,14 €
Oncogenetista	60	3	42,10 €	126,30 €
Fisiatra	60	3	42,10 €	126,30 €
Ginecologo	60	3	42,10 €	126,30 €
Data Manager per l'analisi dei dati	60	3	18,34 €	55,02 €
Dott.ssa Savini (Preso in carico pz dopo riunione B.Unit)	45	3	42,10 €	126,30 €
Dott. Pistelli (Preso in carico pz dopo riunione B.Unit)	45	3	42,10 €	126,30 €
<b>TOTALE</b>				<b>2.043,54 €</b>

*Tabella H Breast unit ripartizione dei costi. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio.*

La Presidenza del Consiglio dei Ministri in sede di conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, in data 18 dicembre 2014 emana quelle che sono le direttive sulla Breast Unit. Nello specifico il documento recita:

*“È dimostrato che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale aumenta le probabilità di sopravvivenza e la qualità della vita, secondo un modello che prevede l’attivazione di percorsi dedicati che permettano la presa in carico della paziente con neoplasia della mammella, sia in fase terapeutica, sia riabilitativa”.*

La B.U. ha come obiettivo quello di mettere al servizio della donna competenze specifiche e ogni altro mezzo, in modo da valorizzare anche quelle che sono le risorse esistenti.

Inoltre evidenzia come il ruolo delle suddette debba svolgersi anche in tema di prevenzione e mappatura genetica. Indica che vi sia necessità di individuare percorsi omogenei e standardizzati di terapia.<sup>33</sup>

Attraverso le interviste agli specialisti, siamo riusciti a ricostruire un quadro generale dei costi sostenuti per l’intera attività della breast unit ricorrendo ad una ripartizione in base al tempo impiegato nelle riunioni e al salario orario di ognuna delle figure professionali coinvolte.

<sup>33</sup> La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, atti n.185/CSR, 18 dicembre 2014

## 3. MISURAZIONE E ANALISI DELLE PERFORMANCE

### 3.1 Misurazione delle performance

#### 3.1.1 Il ruolo della AGE.NA.S.

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è un organo pubblico non economico che svolge attività di supporto tecnico e operativo alle politiche del sistema sanitario.

L'Ente fornisce ogni anno l'aggiornamento sul Sistema di misurazione e valutazione delle performance che raccoglie tutte le novità introdotte sul tema.

Per performance si intende il contributo che ciascuno, all'interno dell'Azienda, apporta al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Al fine di valutare le performance strategiche, individuali e organizzative, il Sistema osserva tutte le fasi, le modalità, i soggetti e i tempi posti in essere per la misurazione e la valutazione dei risultati, raccordati in seguito alla documentazione finanziaria e di bilancio.

Lo scopo del monitoraggio è quello di rendere pubblica l'efficacia organizzativa dell'Azienda in riferimento a quanto sostenuto nell'art.7 D.Lgs. 150/2009 che stabilisce che le amministrazioni pubbliche valutino la performance organizzativa adottando il sistema di misurazione e valutazione delle performance.

Il Decreto Legislativo del 2009 nasce al fine di contrastare le inefficienze della Pubblica Amministrazione e di realizzare la riserva di produttività inespressa. Il Decreto crea all'interno delle Pubbliche Amministrazioni, una pressione competitiva così da incentivare l'efficienza e la produttività. In sostanza si sostituisce la funzione che nel sistema privato viene svolta dal mercato e dalla concorrenza. L'idea è di affermare la cultura della valutazione, attraverso il sistema premiante così da ottenere procedure di cui è periodicamente osservabile il rendimento e le caratteristiche professionali del personale.

Un altro obiettivo posto dal D. Lgs. 150 è il raggiungimento di standard qualitativi ed economici elevati.<sup>34</sup>

L'AGENAS nel merito, definisce e assegna gli obiettivi da raggiungere, effettua collegamenti tra obiettivi e risorse, monitora in corso di esercizio ed apporta eventuali manovre correttive, misura e valuta le performance individuali ed organizzative, stabilisce i criteri del sistema premiante del merito e pubblica la rendicontazione dei risultati.

L'Agenzia formalizza il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) in cui confluiscono:

- il Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio,

---

<sup>34</sup> Aggiornamento, Sistema di misurazione e valutazione della performance del Ministero della Salute, 18 dicembre 2018



- il Piano delle Performance,
- il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

Nel Piano degli indicatori sono contenuti uno o più obiettivi strategici che concorrono alla realizzazione di una o più missioni aziendali e per ciascuna missione il Piano stabilisce:

gli obiettivi ovvero il contributo di ognuna struttura al conseguimento degli obiettivi;

gli indicatori deputati alla misurazione degli obiettivi e al monitoraggio;

le azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Il Piano delle performance è un documento di programmazione triennale ed individua gli obiettivi strategici ed operativi oltre che gli indicatori deputati alla loro misurazione.

Il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza viene posto in relazione al ciclo di gestione delle performance così da integrare gli obiettivi di performance e gli obiettivi di trasparenza e anticorruzione e comprende gli indicatori relativi per la prevenzione della corruzione e gli obblighi in tema di trasparenza.

Inoltre l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) valida la Relazione annuale sulla performance.

Tra i soggetti coinvolti, come definito nel D.Lgs. 150/2009, il Consiglio di Amministrazione approva il PIAO e la Relazione annuale sulla performance e verifica il conseguimento degli obiettivi.

Il Direttore Generale misura e valuta le performance organizzative e individuali dei dirigenti e assicura l'efficienza e l'efficacia di gestione.

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica l'andamento delle performance in riferimento agli obiettivi programmati e propone al Consiglio di Amministrazione la valutazione del Direttore Generale. La valutazione di quest'ultimo è basata sulla relazione che intercorre tra la missione, il programma e l'obiettivo strategico. Un esempio nel dettaglio a tal riferimento può essere:

- Missione: "Tutela della Salute",
- Programma: "Programma monitoraggio, valutazione e rafforzamento dei Sistemi Sanitari Regionali",
- Obiettivo strategico: "Rafforzamento e diffusione della cultura del monitoraggio, della valutazione delle performance dei Sistemi Sanitari Regionali, anche con riguardo alle tematiche concernenti la trasparenza, l'equità e l'etica in ambito sanitario";

A tutti i dirigenti compete la misurazione delle performance individuali e del personale sottoposto.

### **3.1.2 Funzionamento delle valutazioni**

Ogni dirigente responsabile di unità organizzativa insieme con il personale propone, attraverso il Piano degli indicatori, gli obiettivi che vengono successivamente adottati dal Direttore Generale. La valutazione dei dirigenti viene effettuata mediante analisi degli obiettivi organizzativi nella misura del 40%, dei comportamenti organizzativi nella misura del 40% e degli obiettivi individuali nella misura del 20%.

Ogni dirigente trasmette la valutazione e la rendicontazione della propria unità evidenziando il grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano degli indicatori, infine spetta al Direttore Generale la valutazione degli obiettivi organizzativi che si ritiene raggiunto da tutto il personale relativo alla struttura organizzativa.

Anche per quanto concerne gli obiettivi individuali e il comportamento organizzativo ogni dirigente valuterà il proprio settore di competenza e il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e spetta anche in questa sede al Direttore Generale la definizione del raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione della performance organizzativa comprende: la capacità di garantire l'efficacia e la qualità degli interventi da parte di tutte le componenti aziendali, la coerenza tra obiettivi definiti e attività, la corrispondenza delle attività svolte con le risorse erose e la corrispondenza delle risorse consumate con quelle assegnate.

La performance individuale comprende: il contributo assicurato in maniera diretta da Unità Operativa Complessa (UOC), Unità Operativa Semplice (UOS) e Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) al raggiungimento dei risultati e una componente che interviene nella realizzazione degli obiettivi legata al comportamento organizzativo.

Il risultato della valutazione complessiva può essere utilizzato per l'assegnazione dei sistemi premianti.

L'erogazione del premio individuale è proporzionato al raggiungimento degli obiettivi e viene definito in base ad una rigida regolamentazione in riferimento alla partecipazione del dipendente.

Il criterio di assegnazione è stabilito sulla base del punteggio risultante dal raggiungimento degli obiettivi espresso in percentuale e il punteggio derivante dalla valutazione del valutatore, i risultati delineano la fascia di appartenenza.

Le fasce sono in totale undici, la fascia numero uno corrisponde ad un risultato superiore alle attese mentre la fascia numero undici corrisponde ad un risultato molto al disotto delle attese.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Sistema di misurazione e valutazione della performance di AGENAS- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Aggiornamento 2022, Articolo 7, comma 1, Decreto Legislativo 150/2009

## **3.2 Analisi delle performance**

### **3.2.1 Studio sull'analisi delle performance**

Nell'ultimo capitolo del lavoro si analizzano le performance economiche delle Aziende Ospedaliere (AO) al fine di osservarne le determinanti delle performance e di comprendere eventuali casi potenzialmente migliorabili.

Occorre evidenziare due adattamenti, il primo in riferimento al Conto Economico ed il secondo in riferimento alla prevalenza di azioni di scambio atipiche nelle aziende pubbliche e di conseguenza l'impossibilità di interpretare il risultato di esercizio in maniera meramente analitica.

Il Conto Economico risulta insufficiente alla misurazione poiché il profilo economico non è l'unica determinante dell'economicità, infatti oltre alla misurazione di quest'ultima è possibile utilizzare indicatori non economico – finanziari per poter misurare l'efficacia e quindi la capacità di rispondere ai bisogni degli individui.

In riferimento al risultato di esercizio vi sono numerosi scambi che non avvengono a condizioni di mercato, per cui è impossibile correlare voci di costo a voci di ricavo ed il reddito di esercizio assume l'attitudine dell'azienda a consumare risorse maggiori rispetto a quelle attribuite.<sup>36</sup>

Lo studio condotto dal Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) propone l'analisi del Conto Economico (CE) e Stato Patrimoniale (SP) di tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche su tutto il territorio nazionale.

La suddivisione in gruppi delle diverse aziende avviene mediante differenziazione dell'indice Return On Sales (ROS) calcolato per l'anno 2017 come rapporto tra reddito operativo e valore della produzione.

### **3.2.2 Analisi di bilancio**

In riferimento all'analisi condotta si evidenziano alcune peculiarità; per il Conto Economico i macro aggregati individuati sono:

- Valore della Produzione Interna,
- Valore della Produzione da Contributi,
- Proventi dalla Produzione Caratteristica,
- Costi della Produzione Interna,
- Costi della Produzione Esterna,

---

<sup>36</sup> Cantù, E., Notaricola, E., Anessi Pessina, E. 2017, Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei "Piani di Rientro Aziendali", in CERGAS Bocconi, Rapporto Oasi 2017, Egea: Milano

- Risultato Operativo,
- Proventi e Oneri accessori e finanziari,
- Proventi e Oneri straordinari,
- Oneri Tributari,
- Risultato di Esercizio;

Come descritto in precedenza, la volontà è quella di distinguere tra entrate proprie ed entrate derivanti da Enti come Stato o Regione.

Nel Valore della Produzione Esterna l'attenzione è rivolta nello specifico a voci di costo per lo svolgimento di funzioni non tariffabili, poiché individuato dal decreto sui Piani di Rientro aziendale come elemento di maggior distorsione del risultato di esercizio a cui è stato apposto, da norma nazionale, il limite del 42,9% dei ricavi.

Per quanto concerne il modello di riclassificazione dello Stato Patrimoniale troviamo:

- Attivo Fisso Netto (AFN),
- Attivo a Breve,
- Totale Attivo,
- Mezzi Propri,
- Passività a Medio Lungo termine,
- Passivo a Breve,
- Risconti Passivi,
- Totale Passività;

La logica seguita nella sopra descritta riclassificazione è di approccio classico, eccezion fatta per i Risconti Passivi che includono le quote inutilizzate di contributi vincolanti.

### 3.2.3 Indici rilevati di CE e SP

Nel Conto Economico il primo indice risultante è il **ROS** della gestione caratteristica atto a valutare la redditività aziendale derivante dalle attività di gestione caratteristica in rapporto al Valore della produzione e viene calcolato come rapporto tra Reddito Operativo e Valore della Produzione totale.

**L'indice di Redditività totale** calcolato come rapporto tra Reddito Netto di esercizio e Valore della Produzione Totale viene utilizzato per misurare la redditività aziendale e per confrontare aziende dimensionalmente differenti.

**L'indicatore di Incidenza del valore della produzione interna**, misurato come rapporto tra Valore della Produzione Interna e Valore della Produzione Totale, individua l'incidenza relativa di queste voci di natura caratteristica. Allo stesso modo per i costi viene individuato l'indice di incidenza dei costi della produzione interna sulla totalità dei costi.

Per evidenziare la quota di valore della produzione assorbita dai costi per beni e servizi viene utilizzato un indicatore di rapporto tra Costi per Beni e Servizi e Valore della Produzione Totale e allo stesso modo per quanto riguarda i Costi del personale.

L'utilizzo del ROS come anticipato, viene preferito al risultato di esercizio in quanto quest'ultimo può risultare distorto. Il ROS include il reddito operativo anziché il reddito netto come misura della redditività aziendale.

L'analisi di Conto Economico è articolata in: redditività complessiva, articolazione dei proventi e articolazione dei costi della produzione.

In riferimento allo Stato Patrimoniale, l'analisi viene articolata in: solidità patrimoniale, obsolescenza delle immobilizzazioni e liquidità.

Per valutare l'esposizione debitoria si utilizza il **Rapporto di indebitamento** calcolato come rapporto tra Mezzi di Terzi e Totale Passivo.

Per valutare la capacità del patrimonio netto di supportare gli investimenti viene individuato **l'indice di Copertura delle Immobilizzazioni** risultante dal rapporto tra Mezzi Propri e Attivo Fisso Netto.

**L'indice di Obsolescenza delle Immobilizzazioni Materiali**, calcolato come rapporto tra Fondo di Ammortamento dell'Immobilizzazione Materiale e Valore Lordo dell'Immobilizzazione Materiale, valuta la perdita di valore ed efficienza economica delle Immobilizzazioni Materiali.

Per la liquidità e quindi per valutare la capacità di assolvere alle passività a breve si distinguono due indici:

**Liquidità Primaria** come rapporto tra Liquidità Immediate più le Differite e il Passivo a Breve.

**Liquidità Secondaria** come rapporto tra Attivo a Breve e Passivo a Breve.

### 3.2.4 I risultati

Nel raggruppamento per indice ROS su un totale di 100 Aziende Ospedaliere analizzate i risultati emersi sono:

- per il primo gruppo (A) 4% ROS positivo,
- per il secondo gruppo (B) 57% con ROS compreso tra 0% e -5%,
- per il terzo gruppo (C) 27% con ROS compreso tra -5% e -10%
- per il quarto gruppo (D) il 12% con ROS maggiore o uguale a -10%.

Il minimo risultato di ROS raggiunto è stato di -57%v mentre il massimo è stato di +6%.

Le medie sono state: 3% per il gruppo A, -3% per il gruppo B, -7% per il gruppo C e -32% per il gruppo D.

L'indice di Redditività totale risulta essere positivo nei tre esercizi considerati per il gruppo A, positivo solo per l'esercizio 2017 e leggermente negativo per gli altri esercizi per il gruppo B, per il gruppo C negativo in tutti gli esercizi, compreso tra -5% e -10%, fortemente negativo in tutti gli esercizi il gruppo D.

Osservando invece il risultato di esercizio, esso risulta per il gruppo A positivo al 100% negli esercizi 2015 e 2016 e al 75% nel 2017, per il gruppo B risulta essere positivo al 66% nel 2015, al 84% nel 2016 e al 87% nel 2017. Le percentuali sono in calo per il gruppo C che vede il 57% nel 2015, il 64% nel 2016 e nel 2017. Per il gruppo D nei tre esercizi considerati non risultano bilanci positivi e la performance negativa si riflette sia nella gestione operativa che nel bilancio.

Con riguardo all'Incidenza del Valore della Produzione interna, si osserva una media complessiva superiore al 60% e l'indice risulta essere inversamente proporzionale alla redditività operativa, ovvero è elevato nei gruppi C e D e si riduce nei gruppi A e B; la ragion d'essere di questi dati trova riscontro con una tendenza degli ultimi anni a ricorrere a contributi indistinti come sostitutivi del finanziamento a tariffa, specialmente ove siano stati apportati interventi regionali e non organizzativi e amministrativi.

Lato costi, l'Incidenza è risultata mediamente pari a 111,6% nel 2015, 109,9% nel 2016 e 108,4% nel 2017. Il maggior peso è risultato nei gruppi C e D ma tendenzialmente il dato è in miglioramento.

L'Incidenza dei costi per beni e servizi è risultata stabile nei tre esercizi con una attestazione media intorno al 40%, sempre con maggior peso per i gruppi C e D e sono i gruppi A e B a contenere maggiormente i costi. L'incidenza dei costi per il personale è stata anch'essa stabile nella misura media del 56-57%.

Analizzando i risultati di Stato Patrimoniale, si osserva un Indice di indebitamento in diminuzione nel corso dei tre esercizi passando da un valore medio del 55% nel 2015 ad un valore medio del 52% nel 2017, a conferma della riduzione delle posizioni debitorie. I valori più bassi sono stati registrati nei gruppi B e C, l'alterazione dei dati nel gruppo A è dovuta al fatto che il gruppo è composto da solo quattro aziende e risentono delle specifiche situazioni.

Quanto all'indice di Copertura delle Immobilizzazioni, emergono dati in miglioramento negli anni: il gruppo D mostra valori particolarmente bassi che vanno riducendosi nel triennio.

Negli indicatori di Obsolescenza delle immobilizzazioni si osserva una riduzione costante della vita utile dei beni coinvolti nella produzione, a dimostrazione di una carenza di investimenti da parte delle aziende di tutti i gruppi osservati.

Gli indici di liquidità Primaria e Secondaria evidenziano nel complesso una buona situazione di liquidità, nei gruppi A, B e C; il crescente indice di liquidità quasi vicino al valore di 1,30, mostra una tendenza verso l'eccesso di liquidità. Nel gruppo D al contrario si osserva un abbassamento dell'indice al di sotto dell'unità che trova risposta in una revisione della liquidità tra il 2015 e il 2016.

Analizzando il miglioramento del ROS emerge che tutte e quattro le aziende del gruppo A hanno migliorato la performance nel triennio, insieme a 18 Aziende Ospedaliere del gruppo B (47%), il 36% del gruppo C e 8 su 12 del gruppo D.

Si è osservato che la maggior parte delle aziende in miglioramento sono nelle Regioni in piano di rientro e che le aziende in risanamento continuano a soffrire sulla gestione caratteristica, non riuscendo a coprire i costi di produzione con le fonti di produzione a compensazione.

Le aziende che hanno visto un miglioramento consistente sono appartenenti ai gruppi C e D, 14 aziende hanno migliorato il ROS di un valore limitato di punti percentuali, altre 12 tra 4 e 10 punti percentuali e le ultime 10 di oltre 10 punti percentuali.

Delle 36 in miglioramento, la redditività complessiva di aziende con risultato negativo si riduce da 64% al 44%.

Tra i miglioramenti delle 36 aziende si osserva la quota di ricavi da produzione interna, cresciuta di circa 10 punti percentuali rispetto al 2015. Il trend riguarda tutti i gruppi ad eccezione del gruppo D. Le aziende con performance migliori sono quelle con una alta incidenza di ricavi da Produzione Esterna e non collegata alla valorizzazione della produzione tramite tariffe.

Per quanto riguarda il miglioramento dell'incidenza dei costi si osserva un miglioramento per tutti i gruppi considerati, il gruppo D che registra nel 2015 il 150,8% di incidenza, nel 2017 vede la situazione nettamente in miglioramento con un'incidenza pari a 132,3%. L'incidenza dei costi per beni e servizi migliora in maniera limitata nel tempo per tutti i gruppi analizzati.

Delle 36 aziende considerate in miglioramento, anche la solidità in termini di Rapporto di Indebitamento è migliorata attestandosi, nel 2017, ad un valore medio pari al 52,5%. In termini di Copertura delle Immobilizzazioni il dato è in calo di circa 10 punti percentuali attestando una migliore capacità di supporto agli investimenti da parte del patrimonio netto, tenendo sempre conto che le aziende con risultati peggiori di performance operativa rimangono le più esposte all'indebitamento.

In riferimento agli indicatori di Obsolescenza delle Immobilizzazioni solo il gruppo A mostra segnali di miglioramento per tutte le categorie di Immobilizzazioni.

Come scritto in precedenza i gruppi A e B vedono gli indicatori di liquidità crescere nel tempo, il che indica possibili criticità future. In controtendenza invece il gruppo D che mostra una decrescenza dei dati nel tempo.

Il quadro complessivo mostra un trend di miglioramento per tutte le Aziende Ospedaliere circa i risultati complessivi di bilancio.

La gestione operativa evidenzia alcune difficoltà, i risultati di esercizio dimostrano un ruolo rilevante della gestione straordinaria e finanziaria. Dal punto di vista dei ricavi un ruolo fondamentale viene messo in campo dai contributi indistinti, utilizzati nel risanamento e ripiano perdite. La gestione della liquidità segnala alcune criticità per tutti i gruppi considerati insieme con l'Obsolescenza delle Immobilizzazioni.

In riferimento alle aziende in miglioramento si evince che la maggior parte di queste è appartenente ai gruppi B e D, ovvero aziende vicine ad una situazione di pareggio o aziende in situazione negativa estrema che necessitavano di interventi urgenti.

Nelle sopra citate aziende si osserva nel tempo un andamento di riduzione dei costi, con miglioramento del grado di indebitamento.

Anche gli indici di liquidità risultano meno sbilanciati rispetto alla totalità del campione osservato.

In ultimo, si rileva una riduzione dell'Obsolescenza di alcune classi di Immobilizzazioni.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Barzan E., Notarnicola E., Rota S., Performance economiche delle aziende ospedaliere: quali strategie per il risanamento?, In CER GAS, Rapporto OASI 2019, Egea: Milano



## CONCLUSIONI

Quanto emerge dal lavoro appena concluso, apre numerose riflessioni. Il Sistema Sanitario Nazionale, risulta essere un esempio di eccellenza italiana, forte del sostegno che la Costituzione fornisce sul tema e della consapevolezza che i cittadini hanno del proprio diritto alla salute.

Ciò non toglie che il Sistema, troppe volte, si è trovato di fronte a situazioni di profonde crisi che lo porta ancora ad oggi a vacillare in termini di stabilità finanziaria e strutturale.

Il progresso verso un sistema efficiente ed efficace è, ad oggi, ancora possibile, così come sostengono i numerosi regolamenti emanati nella fattispecie e le attività sperimentali che vengono effettuate, come nel caso del tirocinio, a dimostrazione che gli sforzi in tema di efficienza vengono messi in campo.

I rallentamenti dell'ottenimento dell'efficacia e dell'efficienza sono, il più delle volte di natura burocratica, anche alla luce delle dimensioni di questo Servizio.

La struttura, contemporaneamente aziendalizzata e centralizzata in termini di finanziamenti, non consente un'autonomia di gestione delle fonti, spesso subordinate a decisioni di Enti come Stato e Regioni.

Lo studio analizzato, circa la gestione delle inefficienze e degli sprechi, evidenzia come ci sia ancora molto da fare sul contenimento degli sprechi di natura non sanitaria, altamente quantificabili e qualificabili, prima ancora di effettuare razionamenti in materia sanitaria, quest'ultima difficilmente qualificabile e quantificabile.

La responsabilità dei dirigenti aziendali, come attenzionato nella valutazione delle performance, gioca un ruolo fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza.

È evidente che non sarà mai possibile confrontare sullo stesso piano aziende private tradizionali con aziende sanitarie in quanto si evincono numerose differenze strutturali e di funzionamento, ma le aziende ospedaliere possono e devono sempre più puntare al raggiungimento dell'efficienza e dell'efficacia per poter continuare a fornire assistenza e a garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, al contempo finanziatori e utilizzatori del Servizio Sanitario Nazionale.

## BIBLIOGRAFIA

- A.Rosa-F.Albergo, “Efficientamento dei processi e analisi Activity Based Costing per ridisegnare il tariffario Drg”, 2021, *IlSole24ore*.
- Aggiornamento, Sistema di misurazione e valutazione della performance del Ministero della Salute, 18 dicembre 2018
- Analisi economica degli sprechi in sanità, contributo elaborato per ISPE-Sanità da Francesco Saverio e G. Fabiano in *Curiamo la corruzione, percezione rischi e sprechi in sanità*, Transparency International Italia, 2016
- Artexe, *Qualità in sanità*, 8 settembre 2020, Indicatori di performance in sanità: le 3 leve da ottimizzare
- Articolo 1, Legge n.833 del 23 dicembre 1978, I principi
- Articolo 17, Decreto Legge n.98 del 2011
- Articolo 2, legge n.833 del 23 dicembre 1978, Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie
- Articolo 32, Costituzione italiana Titolo II rapporti etico-sociali
- Articolo 5, Codice civile (R.D. 16 marzo 1942), Atti a disposizione del proprio corpo
- Asso Care - “Come effettuare accuratamente e scientificamente il controllo di gestione nelle aziende sanitarie.”
- Barzan E., Notarnicola E., Rota S., *Performance economiche delle aziende ospedaliere: quali strategie per il risanamento?*, In *CERGAS, Rapporto OASI 2019*, Egea: Milano
- Cantù, E., Notarnicola, E., Anessi Pessina, E. 2017, *Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei “Piani di Rientro Aziendali”*, in *CERGAS Bocconi, Rapporto Oasi 2017*, Egea: Milano
- *Dati economici dei Servizi Sanitari Regionali, Andamento economico-patrimoniale anni 2019/2020* Age.Na.S, fonte dati NSIS – modelli SP- CE consolidati Regionali, estrazione del 29 aprile 2022, Regione Puglia, Abruzzo e Veneto
- Decreto legislativo n. 56 del 18 febbraio 2000 in *sitografia* [https://temi.camera.it/leg17/post/app\\_la\\_composizione\\_dei\\_finanziamenti\\_del\\_fabbisogno\\_sanitario\\_nazionale](https://temi.camera.it/leg17/post/app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitario_nazionale)
- Decreto Legislativo n.165 del 2001 Art. 4, Art. 6, Art. 21
- Decreto Legislativo n.286 del 1999
- Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992
- Documento di Economia e Finanza, 2022, sezione II, *Analisi e tendenze della finanza pubblica*
- Donabedian A. “The quality of care: how can it be assessed?” *JAMA* 1988

- European Pathway Association, 2008
- Il sistema contabile e di bilancio dell'azienda sanitaria – Docsity
- La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, atti n.185/CSR, 18 dicembre 2014
- Le Aziende sanitarie organizzate secondo il metodo LEAN, Pierro Rachele Simona, Antonella Fucilli, 2017
- Luciano Hinna: "Le fasi del processo di programmazione e controllo: il ciclo gestionale (management cycle)"
- Mecosan, Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione, Mariolina Longo, Cristina Masella, luglio – settembre 2000
- Ministero della Salute – Dip.to della programmazione e dell'ordinamento del SSN, Direzione Generale della programmazione sanitaria – "Manuale di formazione per il governo clinico"
- Morosini, Ferraro, Enciclopedia della gestione della qualità in sanità, 2001, Centro scientifico editore, Torino
- Percorso assistenziale per la gestione ed il trattamento del paziente affetto da tumore della mammella, REV.01, 31 gennaio 2019
- Pillole di Governo clinico, Struttura Processo Esito, GIMBE, aprile 2009
- Quintaliani G, Cencetti S. Il Controllo Di Gestione e La Qualità in Sanità. G Clin Nefrol Dial, 1 ottobre 2000
- Sistema di misurazione e valutazione della performance di AGENAS- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Aggiornamento 2022, Articolo 7, comma 1, Decreto Legislativo 150/2009
- V Rapporto sul Sistema Sanitario Nazionale GIMBE, 2022
- Valutazione e ciclo delle performance nel settore pubblico: una guida completa – Adriano Scaletta, 26 marzo 2020

## INDICE TABELLE

<b>Tabella A</b> Dati in miliardi di euro. Elaborazione AGE.NA.S su dati Monitoraggio della Spesa MEF-RGS	19
<b>Tabella B</b> C.E. Regione Puglia 2020, fonte AGE.NA.S .....	21
<b>Tabella C</b> C.E. Regione Abruzzo 2020, fonte AGE.NA.S.....	21
<b>Tabella D</b> C.E. Regione Veneto 2020, fonte AGE.NA.S.....	21
<b>Tabella E</b> Primo accesso ambulatorio senologico aziendale. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio.....	27
<b>Tabella F</b> Secondo accesso ambulatorio senologico aziendale. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio.....	28
<b>Tabella G</b> Quarto accesso ambulatorio senologico aziendale. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio.....	29
<b>Tabella H</b> Breast unit ripartizione dei costi. Tabella prodotta da Raoul Gialloredo in sede di tirocinio.	30