

*f*UNZIONE
FINANZIARIA
e valutazione
degli investimenti
in sanità

A cura di
Alberto Riccio
Roberto Prosperi



Copyright © 2007 OGM-One Global Medicine s.r.l.
C.so Buenos Aires, 37 - 20124 Milano
Tel. 02.20241664 (r.a.) - Fax 02.2043000 - Publishing Services & Communication
OG-07-1064
Progetto, Grafica, Videoimpaginazione e Stampa a cura di OGM s.r.l.
EDIZIONE FUORI COMMERCIO

Con i complimenti di 

*f*UNZIONE
FINANZIARIA
e valutazione
degli investimenti
in sanità

A cura di
Alberto Riccio
Roberto Prosperi

Prefazione

Funzione finanziaria e valutazione degli investimenti in sanità

La collana dell'economo, che ha un passato ultratrentennale glorioso, ha avuto l'importante compito di aumentare la professionalità degli economisti/proveditori e più in generale dei dirigenti del settore degli approvvigionamenti nella sanità. Gli autori, ben consci di quanto sopra, con questo lavoro auspicano di contribuire a mantenere questa tradizione.

Infatti il volume riporta, tra l'altro, riferimenti ed indicatori utili per tale settore (ad esempio lotto economico di acquisto per l'attività provveditoriale, l'indice di rotazione delle scorte per l'attività economica, indicatori per la valutazione degli investimenti in sanità, ecc.).

Gli autori sono voluti (però) andare oltre, cercando di coinvolgere con spirito collaborativo le altre figure professionali, in particolare quella del mondo sanitario, consci che è proprio grazie a questo processo di condivisione che in sanità è possibile raggiungere i migliori traguardi ed obiettivi, sia in termini di efficienza che di efficacia.

Pertanto il volume si sofferma ad analizzare anche tematiche più care alla classe medica (di diagnosi e cura, ma anche ai direttori sanitari ed ai responsabili di struttura complessa e semplice) e ad altre professioni sanitarie in generale (farmacisti, biologi, responsabili Dipartimento Professione Sanitaria, ecc.) laddove tratta vari aspetti della "clinical governance" (governo clinico), dell'E.B.M. (la Medicina basata sull'evidenza), del Technology Assessment (processo di valutazione della tecnologia basato su

un approccio multidisciplinare a base delle scelte), ecc. Non (si) trascura neanche di trattare in forma semplice e discorsiva concetti quale la contabilità direzionale, il budget trasversale degli acquisti, il sistema di indicatori, oltre alla presentazione schematica di un bilancio di Azienda Sanitaria (A.S.), ecc. elementi utili per tutti coloro che all'interno dell'azienda sanitaria od ospedaliera si occupano di controllo di gestione; ma non solo, in quanto la trattazione, come detto in forma semplice e sintetica, soddisfa anche tutti coloro che, "non addetti ai lavori", vogliono aumentare la loro cultura di base in materia.

L'interesse del volume si spinge ovviamente, per i suoi intrinseci contenuti, al variegato campo delle aziende e dei fornitori, oltre che ad un pubblico più vasto, relativamente anche alle ulteriori informazioni e notizie che veicola, circa i tempi medi di pagamento delle forniture e dei servizi da parte della ASL, nonché a dati macroeconomici ed indicatori di settore rilevanti (quali: incidenza della spesa sanitaria sul PIL, ecc.).

Gli autori auspicano di aver predisposto così un utile strumento per gli "addetti", ma anche per i "non addetti" ai lavori e di aver comunque contribuito alla crescita culturale, professionale e manageriale di quella cruciale e strategica figura che è, e da sempre è stata, il *"Proveditore Economo"*, soprattutto ora, in una così delicata fase di evoluzione economico-normativa-organizzativa dei processi di acquisto nella Sanità, pubblica e privata.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il consiglio direttivo della **fare** per la fiducia accordata in tale iniziativa.

Presentazione degli autori

ALBERTO RICCIO, nato a Casale Monferrato (AL) il 23/05/1946, ha conseguito la laurea in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Pavia.

È stato economo-provveditore, dirigente e direttore amministrativo di enti ospedalieri – unità sanitarie locali – aziende sanitarie locali, nonché amministratore straordinario di ASL; tra l'altro è stato Capo Ripartizione provveditorato-direttore amministrativo capo servizio e direttore amministrativo presso l'ospedale Maggiore di San Giovanni Battista e della Città di Torino- sede Molinette. Attualmente svolge l'attività libero professionale di dottore commercialista, essendo iscritto al relativo albo – giurisdizione del Tribunale di Casale Monferrato. Nell'ambito della professione di dottore commercialista opera, tra l'altro, come componente dei collegi sindacali di varie società di capitali e come consulente d'impresa a vari livelli, nonché Revisore dei Conti enti locali ed esperto di problemi fiscali e statutari del Terzo Settore No Profit, delle ONLUS, delle Associazioni senza fine di lucro ed in generale degli enti non commerciali, settore in grande espansione e di grande attualità.

È stato abilitato alle verifiche "Web Trust" per i siti di commercio elettronico da parte del Consiglio nazionale dei Dottori Commercialisti, a seguito della partecipazione ed al superamento del relativo corso, svoltosi presso l'Ordine di Torino nel dicembre 2001.

È autore di varie pubblicazioni di economia sanitaria, servizi economici, logistica integrata in sanità, controllo di gestione, contabilità dei costi e aspetti fiscali su ospedali ed aziende sanitarie, edite da riviste specialistiche (Minerva medica, Gazzetta Medica Italiana, Teme, Quaderni dell'Economista, Il Fisco, ecc.).

È stato colui che, nel 1997, ha ideato e progettato la formazione a catalogo della FARE con i corsi annuali di aggiornamento FARE Formazione, di cui

tuttora si sta occupando, anche in qualità di relatore/docente per alcune materie e discipline.

È stato relatore e docente, oltre che ai corsi per infermieri professionali e altre professioni sanitarie presso l'ospedale Molinette di Torino, in numerosi convegni nel settore della sanità, con particolare riferimento, ma non solo, all'area approvvigionamenti (economato-provveditorato). Ha avuto incarichi di insegnamento e di formazione presso ospedali/USL/Aziende sanitarie ed Ospedaliere, nonché in corsi specialistici organizzati con le Università.

Dall'anno accademico 1997/1998 tiene lezioni, quale testimone esperto, alla scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera – Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco – Università degli Studi di Torino, sulla legislazione, le normative e le moderne funzioni provveditorato-economato nelle aziende sanitarie ed ospedaliere. Dal 2002 è presidente del collegio sindacale della Federazione delle Associazioni regionali economisti e Provveditori della Sanità (F.A.R.E.), dal 2006 è membro del collegio dei revisori della fondazione FARE Sanità. Da vari anni è componente del consiglio direttivo dell'Associazione Provveditori Economisti Piemonte e Valle d'Aosta.

In occasione del 10° Congresso Nazionale della F.A.R.E. 19/22 settembre 1990, gli è stato conferito un attestato di benemerita per il fattivo contributo dato allo sviluppo dell'Associazione Economisti Provveditori della Sanità.

ROBERTO PROSPERI, nato a Foligno (PG) il 03/11/1964, ha conseguito la laurea in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Perugia, con indirizzo in finanza aziendale.

Si è perfezionato in management sanitario frequentando Corsi di Perfezionamento presso l'Università "La Sapienza" di Roma, la Scuola di Specializzazione per Funzionari e Dirigenti Pubblici dell'Università di Siena.

Consegue Master Post-Laurea in Management Approvvigionamenti Aziende Sanitarie, presso la S.D.A. di Torino; master di 1° livello in Progettazione di eventi formativi ed in Comunicazione, presso l'università di Teramo. Attualmente è collaboratore amministrativo presso la Direzione Acquisti e Appalti dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" di Perugia. Dal 2002 è segretario del N.I.V. (Nucleo Interno di Valutazione) dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per la valutazione della dirigenza sanitaria ed amministrativa.

È membro e Docente-Formatore, in area management sanitario, di "F.A.R.E." Formazione (Federazione delle Associazioni Regionali dei Prowveditori Economi).

Inoltre è Co-fondatore e Vicepresidente di "Eurispes Umbria" formatore per diverse istituzioni pubbliche e private in area economica-aziendale, nonché Professore a Contratto di "Organizzazione del S.S.N." presso la Scuola di Specializzazione in Pediatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia. Dall'anno accademico 2000/01, docente di Management, Organizzazione ed Economia Aziendale e Sanitaria presso i se-

guenti Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie: Tecnico Laboratorio Biomedico, Podologo, Tecnico Ostetrico; Tecnico in Scienze Radiologiche, Fisioterapista, Dietista, Logopedista.

Docente di "Diritto Pubblico dell'Economia" presso il Master "Diamante" di 1° livello in: "Difesa dell'ambiente e del territorio", facoltà di Agraria, Università degli Studi di Firenze. È autore di varie pubblicazioni di economia sanitaria, servizi economici, logistica integrata in sanità, controllo di gestione, contabilità dei costi degli ospedali ed aziende sanitarie, edite dalla rivista specialistica Teme; coautore del libro "Tecniche Nefrologiche di Dialisi" del 2002, edito da Bios, trattando "Sistemi di Programmazione per Budget"; coautore lavoro: "Flusso dei dati all'interno di un ospedale: modalità e problemi", in collaborazione Ist. Microbiologia Università Studi Brescia, edito da Gruppo Scientifico Studi e Ricerche.

È stato relatore e docente, oltre che ai corsi per personale amministrativo all'interno della propria azienda, anche per altre aziende e istituzioni, nonché relatore in numerosi convegni nel settore della sanità, con particolare riferimento, ma non solo, all'area approvvigionamenti.

Indice

1. Introduzione	1	3.1 I profili d'analisi delle decisioni di investimento in generale ed in particolare in sanità	31
1.1 Perché l'Aziendalizzazione in sanità	1	3.2 La gestione dell' attivo o capitale circolante	33
1.2 Azienda Privata e Azienda Sanitaria; Mercato Perfetto e Mercato Sanitario	3	3.2.1 Il budget trasversale degli acquisti	33
1.3 Criteri di classificazione dell'Azienda e similitudini con l'Azienda Sanitaria	5	3.2.2 Il "lotto economico di acquisto" nelle aziende sanitarie	44
1.4 Condizioni gestionali di buon funzionamento di una Impresa e di una Azienda Sanitaria	7	3.2.3 "Ratios" elementi di analisi finanziaria nelle aziende sanitarie per la gestione degli approvvigionamenti e per il controllo di gestione	46
2. Efficienza ed efficacia in sanità, strumenti e metodologie di approccio alla base del Governo Clinico: la Medicina Basata sull'Evidenza (E.B.M.) ed il Technology Assessment (T.A.)	14	4. La valutazione dell'investimento in immobilizzazioni o capitale fisso	59
3. Finanza Aziendale e strumenti di valutazione degli investimenti in generale ed in sanità	28	5. La finanza innovativa per gli investimenti	70
		Appendice	72

1. Introduzione

1.1 Perché l'Aziendalizzazione in sanità

L'Aziendalizzazione della sanità, introdotta con i decreti legislativi n° 502/92 e n° 517/93, ha istituito le Aziende Sanitarie: Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) ed Aziende Ospedaliere (A.O.). Essa aveva il duplice obiettivo, da una parte di superare la crisi finanziaria del sistema in cui versava il Servizio Sanitario Nazionale alla fine degli anni '80 a seguito della travagliata applicazione della prima Riforma Sanitaria (L. n° 833/78) e dall'altra assicurare alla Sanità Pubblica maggiore efficacia, efficienza, economicità, competitività, anche attraverso un processo di "responsabilizzazione" di tutti gli "attori" del sistema.

Si ricordi che la L. n°833/78, i cui capisaldi, appare utile ricordarli, furono la Prevenzione, la Riabilitazione e la Capillarizzazione della Medicina Territoriale, grazie alla creazione di appositi organismi territoriali le Unità Sanitarie Locali (U.S.L.), articolate in Distretti Sanitari, Poliambulatori, Presidi Ospedalieri a diversa complessità, Ospedali Regionali, si fondava, ispirandosi nobilmente all'art. 32 della Costituzione, sul principio dell'*Uguaglianza* all'accesso alle prestazioni sanitarie, quale espressione del diritto alla salute e diritto inviolabile dell'individuo, erogando prestazioni "al bisogno" acriticamente, "a pioggia", verso i cittadini, e ciò prescindendo da discriminazioni di sesso, razza, nazionalità, religione, censo e classe sociale. Lo scopo era di addivenire ad un S.S.N. in grado di assicurare accessibilità e Livelli Uniformi di Assistenza (L.U.A.), cioè un livello minimo di assistenza sanitaria standard per tutti i cittadini.

La concomitanza di fenomeni epidemiologici (aumento dell'età media della popolazione, derivante dalla diminuzione dell'indice di nata-

lità con conseguente crescita dell'aspettativa media di vita anche diretta espressione del rilevante progresso della medicina), l'avvento di costose e più performanti tecnologie sanitarie (es: apparecchiature per indagini diagnostico-strumentali: TAC, PET, RMN, Acceleratore Lineare, ecc.), ma un loro uso non sempre "appropriato", insieme ad una diminuzione del rapporto fra popolazione attiva e passiva, nonché di un'applicazione "smodata" della L. n° 833/78 finì per portare il sistema ad erogare "tutto a tutti" prescindendo dall'effettivo bisogno. Ciò insieme ad un graduale processo di deresponsabilizzazione degli attori del sistema sanitario (amministratori, medici, dirigenti amministrativi, altro personale, ecc.), non sufficientemente sensibili verso obiettivi di efficacia, efficienza, economicità dell'azione amministrativa, un sistema di contabilità "decotto" e superato (la Contabilità Finanziaria), di seguito CO.FI. non in grado di misurare il vero risultato economico reddituale delle U.S.L., insieme ad un meccanismo di rifinanziamento della spesa "a pie' lista", acritico circa le modalità e finalità d'impiego delle risorse, furono le principali motivazioni che misero in crisi la L. n° 833/78 e gettarono le basi al processo di aziendalizzazione della sanità pubblica.

Punti cardine della Riforma Bis (Legge De Lorenzo-Garavaglia, ed in particolare dei Decreti Legislativi n°502/92 e 517/93) continuano ad essere quelli alla base della prima Riforma, istitutiva del S.S.N. (L. n°833/78), quali appunto:

- "Globalità" del S.S.N. in tutte le sue fasi del processo sanitario: prevenzione, diagnosi, cura, terapia e riabilitazione di tutte le patologie;
- "Unitarietà" del Servizio, inteso come sistema unico integrato pubblico-privato conven-

zionato, abilitato ad occuparsi di salute pubblica;

ed in aggiunta a questi:

- “Uguaglianza/Equità”, in termini di accesso alle prestazioni sanitarie ma non in funzione della semplice Domanda Sanitaria attraverso cioè l'erogazione dei *Livelli Uniformi di Assistenza* (L.U.A) che assicuravano il bisogno sanitario della popolazione passando ad un sistema incentrato senza una preventiva analisi critica sui Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), e cioè sull'equità;
- “Concorrenzialità”: pubblico-privato, infatti il cittadino è ora libero di rivolgersi ad una struttura pubblica o, diversamente, ad una struttura privata convenzionata, per usufruire delle prestazioni, delle cure comunque dal S.S.N. nazionale erogate e mutate, e ciò con l'obiettivo di stimolare il Servizio Sanitario Pubblico a migliorare la qualità;
- “Economicità” dell'intero sistema, mettendo fine alla modalità di finanziamento delle U.S.L. “a pie' lista”, e cioè ad un critico finanziamento della spesa storica consolidata senza valutazione dell'utilità, introducendo l'obbligatorietà per le A.S. delle seguenti novità:
 - Contabilità Generale (CO.GE.), alla stregua delle società di capitale private, ai sensi dell'art. 2423 e successivi del C.C.; in grado di misurare il reale risultato economico-reddituale conseguito;
 - “Vincolo di bilancio”, quale obiettivo minimale da perseguire in termini di uguaglianza fra il volume di ricavi da prestazioni (nelle A.O. è stato appunto introdotto per stimolare la produttività, un sistema di rifinanziamento per “D.R.G.” (diagnostic related group, o R.O.D., cioè raggruppamenti omogenei di diagnosi) che fissano tariffe di remunerazioni a fronte dei casi trattati e costi totali sostenuti;
 - “Dipartimentalizzazione” dei servizi, foriera di economie di scala e di risparmi di gestione;

- Contabilità Direzionale (CO.DIR.), strutturata per piano di fattori produttivi e centri di costo, in grado di misurare economicamente l'operatività interna delle aziende sanitarie, sia in termini di processi che di prodotti, con il duplice scopo di aumentare da una parte l'efficienza dei processi interni e dall'altra il livello di responsabilizzazione verso “obiettivi-risultati” dei professionisti adetti al processo;
- Introduzione di indicatori di performance dell'attività (procedure di verifica e revisione della qualità V.R.Q. e dei processi di accreditamento e miglioramento continuo della qualità: m.c.q.);
- Indicatori di efficacia ed appropriatezza;
- Controllo di Gestione, che traendo i dati dalla CO.GE e dalla CO.DIR., sintetizza la gestione complessiva e fornisce alla direzione aziendale dati ed informazioni per gestire, controllare, reindirizzare l'intera gestione.

La connotazione aziendale della natura e dell'organizzazione delle A.S. si accentua con la “Riforma ter”, la c.d. Riforma Bindi di cui al D. Leg.vo n° 229/99, che aggiunge alla personalità giuridica pubblica, all'autonomia tecnica, patrimoniale, gestionale, amministrativa, contabile, finanziaria, l'AUTONOMIA IMPRENDITORIALE. In sostanza la piena potestà riconosciuta al Direttore Generale di indirizzare la gestione, di effettuare le scelte allocative in totale autonomia, ovviamente nel rispetto dei fini istituzionali dell'organizzazione sanitaria e dei livelli di pianificazione, programmazione sanitaria (P.S.N.; P.S.R.; P.A.L.). L'autonomia imprenditoriale si traduce, nell'adozione dell'“Atto Aziendale” documento rappresentativo del massimo “potere organizzatorio” del Direttore Generale, quale atto di diritto privato, assimilabile all'atto costitutivo delle imprese private, in virtù del fatto che la legge non ne richiede l'omologazione (e cioè l'iscrizione nel registro delle imprese), documento appunto che definisce: organizza-

zione; funzionamento; soggetti in grado di agire verso l'esterno per conto dell'Azienda, in virtù della "delega".

In sostanza, il legislatore con la "Riforma Ter" ha voluto ancor più conferire una "vision" aziendalistica alla sanità pubblica, ed in particolare alle A.S. e, pertanto, appare utile approfondire similitudini e differenze fra queste organizzazioni sanitarie ed il mondo dell'"impresa", considerando che lo stesso ha voluto mutuare dal privato modelli organizzativi, strumenti, tecniche, metodologie ed implementarli, "mutatis mutandi", nelle A.S.

1.2 Azienda Privata e Azienda Sanitaria; Mercato Perfetto e Mercato Sanitario

Ai sensi dell'art. 2555 del C.C. l'Azienda: "è il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore nell'esercizio dell'impresa".

In questa definizione implicitamente sono contenuti i seguenti concetti:

- complesso dei beni: e cioè l'insieme di beni immobili, mobili, delle universalità di beni, delle attività, delle risorse, combinate insieme da un soggetto economico (imprenditore) nell'esercizio dell'impresa;
- organizzazione di persone: che definisce per una pluralità di soggetti, posizioni, poteri, compiti, autorità e responsabilità coerentemente con l'organigramma aziendale;
- processo economico produttivo: quale combinazione di risorse secondo una sequenza di fasi di lavorazione, atte a produrre "valore aggiunto" per l'impresa;
- imprenditore: ai sensi dell'art. 2082 C.C., chi esercita professionalmente ed in modo continuativo un'attività economica organizzata per la produzione di beni e servizi per il mercato;
- "scopo-mezzo": è l'esercizio dell'attività tipica dell'impresa (industriale, commerciale, distributiva, di servizi) il cui perpetrarsi consente il raggiungimento dello "scopo-fine";
- "scopo-fine": è il profitto, e cioè il fine ultimo di ogni attività economica privata. Assicura la redditività ed è indicatore di economicità dell'organizzazione e pertanto alla base della continuità aziendale dell'impresa;
- "mission": è la motivazione che ispira l'impresa, più ampia dell'importante anche se di per sé limitativo profitto. La mission può racchiudere ideali, principi, valori, "credo" ed è indispensabile per indicare il personale, costruire il team, fare coaching per creare una leadership innovativa.

È evidente come il semplice e secco accostamento: "Impresa" ed "Azienda Pubblica"; "Mercato Perfetto" e "Mercato Sanitario", ed in particolare con l'"Azienda Sanitaria" appare quantomai fuorviante e limitativo per le seguenti motivazioni:

- a) l'impresa nasce, cresce, si sviluppa in nome e per il raggiungimento del profitto, e a riguardo produce valore aggiunto, nuova ricchezza, con il fine ultimo di ridistribuire tali risorse a tutte le diverse categorie di percettori di reddito che contribuiscono al suo funzionamento: dipendenti, attraverso il pagamento degli stipendi; azionisti, con la distribuzione dei dividendi; lo stato, attraverso il pagamento delle imposte e delle tasse che gravano sull'acquisizione dei fattori della produzione e sulla vendita del prodotto finito. L'Azienda Sanitaria, diversamente, non ha come "scopo-fine" il raggiungimento del profitto (se non inteso quale migliore combinazione dei f.p. della produzione e cioè di massimizzazione dell'efficienza allocativa), quanto quello di adempiere ad un fine istituzionale e cioè l'erogare prestazioni sanitarie, cioè i L.E.A., con il più elevato livello di efficienza, efficacia, economicità, appropriatezza;
- b) l'imprenditore è sempre presente nell'impresa, è il soggetto economico, il finanziatore, il capitalista, colui che si assume il rischio d'impresa; guida l'impresa in "primis" o avvalendosi di un institore o di una tecno-

struttura, la cui ampiezza è funzione della dimensione aziendale e del tipo di organizzazione; mentre il "top management" delle A.S. è innanzitutto di nomina politica (il D.G. viene nominato dall'organo di governo della Regione e cioè dalla Giunta Regionale tra un elenco di candidati in possesso di requisiti specifici previsti dalla legge) sottostà al vincolo di bilancio, però alla stregua dell'imprenditore ha ampia autonomia gestionale nel dirigere l'azienda (autonomia imprenditoriale);

- c) l'impresa produce beni e servizi per il mercato, per il consumatore che è sovrano delle scelte allocative di acquisto; dato un reddito disponibile, è lui l'assoluto decisore di spesa. Diversamente nel "mercato sanitario" il cittadino, l'utente, esercita una domanda di prestazioni sanitarie e di servizi indirettamente, per il tramite di un terzo soggetto che ne valuta la necessità, il bisogno (il medico), e qualora lo reputi necessario prescrive al cittadino una ulteriore domanda sanitaria (es.: visita specialistica, indagine diagnostico-strumentale, ricovero, ecc.). È il fenomeno della "asimmetria informativa" dei sistemi sanitari;
- d) l'impresa, a seconda di quale settore si trovi, opera con maggiore o minore concorrenza, ma sicuramente superiore a quella in cui operano le A.S. che di fatto agiscono in un mercato sanitario oligopolistico, ove appunto l'offerta sanitaria è in mano a pochi soggetti istituzionali eroganti le prestazioni sanitarie;
- e) l'impresa, operando in un mercato, ha una più ampia autonomia circa la fissazione dei prezzi di vendita, volumi, qualità dei prodotti e dei servizi offerti, nonché riguardo al target ed all'area geografica; le A.S., invece, ed in particolare le A.O., introitano risorse in relazione ai volumi operativi di prestazioni sanitarie erogate, attraverso un meccanismo di rifinanziamento (D.R.G.) che pondera da una parte volumi produttivi e dall'altra

tariffe fissate dal Ministero della Salute; diversamente le A.S.L. vengono finanziate secondo un meccanismo del "global budgeting" che quantizza il budget a disposizione in funzione della "quota capitaria" perequata e la popolazione residente nella A.S.L. di riferimento;

- f) l'impresa, producendo per il libero mercato, produce beni/servizi che soddisfano tendenzialmente una domanda meno rigida rispetto a quella che promana dall'utente che esercita una domanda di prestazione sanitaria; cambia pertanto sia l'aspetto psicologico di colui che esercita la domanda, nonché il grado di urgenza circa l'accessibilità al servizio/prestazione da parte dell'utente. In sostanza il mercato produce beni e servizi ad eccezione di quelli che assicurano i bisogni primari ("più elastici") mentre nel mercato sanitario la domanda esprime un bisogno "più rigido".

Dalla disamina effettuata appare evidente come l'unica similitudine possibile fra l'universo dell'Impresa e quello dell'Azienda Sanitaria è riconducibile all'unicità degli scopi circa la gestione dei processi produttivi, in entrambi i casi orientati all'efficacia, all'efficienza, all'economicità, alla produttività; in sintesi alla qualità. Entrambe le organizzazioni, infatti, in nome della "Legge del Minimo Mezzo", di Paretiana memoria, hanno quale obiettivo la massimizzazione del Profitto, inteso, nell'impresa, quale differenza fra costi e ricavi di gestione, nell'A.S., in senso allocativo, quale migliore combinazione delle risorse (fattori produttivi a fecondità semplice e ripetuta), che massimizzano il risultato (prodotto) al minor costo.

In sostanza la A.S., alla stregua dell'impresa, deve acquisire al meglio i fattori produttivi (F.P.) di IN-PUT (ottimizzazione della funzione approvvigionamenti) per poi combinarli insieme con la massima efficienza allocativa, così da ottenere il massimo risultato in termini di OUT-PUT, sia dal punto di vista quantitativo

(produttività), che qualitativo (efficacia ed appropriatezza dell'operatività), a beneficio dell'utenza, dei cittadini, generando un OUT-COME soddisfacente.

1.3 Criteri di classificazione dell'Azienda e similitudini con l'Azienda Sanitaria

Interessante è anche caratterizzare la figura di Azienda Sanitaria in relazione ai criteri classici di classificazione delle Aziende, così da individuarne meglio tipicità, analogie e criticità, in particolare in base a:

- **"Tipologia del Processo" ("fine-mezzo"):**

- di produzione di beni;
- di produzione di servizi;
- mercantili.

In relazione a ciò la A.S. è certamente azienda di erogazione di servizi (di bassa o media specialità, l'A.S.L. e di alta specialità, l'A.O.), ma comunque organizzazione il cui "core-business" è l'erogazione di prestazioni sanitarie ai cittadini in un mercato atipico quale quello sanitario.

- **Veste giuridica societaria:**

- **società di capitali:** l'elemento prevalente è il "capitale";
- **società di persone:** l'elemento prevalente è l'aspetto personale di soci;
- **enti pubblici:** "imprese organo" ed "imprese ente".

L'Azienda Sanitaria è assimilabile alla terza categoria. È infatti una "impresa-organo" dello Stato, attraverso la quale infatti esso eroga prestazioni sanitarie, L.E.A. (livelli essenziali di assistenza), per la popolazione. Essa è una azienda "atipica" in quanto non civilisticamente prevista dal Codice Civile ma successivamente disciplinata dal legislatore con i Decreti Legislativi n° 502/92 e n° 517/93, che appunto la individuano quale azienda con personalità giuridica pubblica, autonomia tecnica, patrimo-

niale, finanziaria, contabile, gestionale, amministrativa ed a seguito del Decreto Legislativo n° 229/99, anche con "autonomia imprenditoriale".

- **"Mission" e "scopo-fine":**

La tipologia dell'Azienda è anche funzione della "mission", cioè dei valori, dei principi a cui si ispira l'operatività aziendale ed in particolare il fine ultimo, evidenziando Aziende:

- **"profit-oriented":** orientate al profitto, all'utile, al dividendo;
- **"no profit-oriented":** non orientate al profitto ma a fini filantropici, benefici, di pubblica utilità, di "welfare state", ma non per questo non orientate a comportamenti di efficacia, efficienza, economicità dell'azione amministrativa.

L'Azienda Sanitaria rientra in questa seconda tipologia di organizzazioni, in quanto soggetto istituzionalmente preposto ad erogare prestazioni sanitarie L.E.A. (livelli essenziali di assistenza), influenzando sul "welfare state", nel rispetto del vincolo di bilancio, ottemperando a quanto previsto dall'art. 32 della Costituzione circa il "diritto alla salute".

- **Criterio della "prevalenza" tra fattore produttivo: "risorsa umana" e "capitale":**

La diversa "tipicità" dell'Azienda è in relazione anche all'assetto organizzativo ma soprattutto circa le modalità di combinazione dei due fondamentali fattori della produzione: lavoro e capitale e del loro relativo peso all'interno del processo. A riguardo si individuano, in base al criterio della "prevalenza", aziende:

- **"labour-intensive":** cioè ad alta intensità di lavoro, di manodopera, di risorse umane, e quindi quelle sulle quali questo fattore prevale sul "capitale" (impianti, apparecchiature, attrezzature, in una parola: Immobilizzazioni), quali ad esempio le imprese artigianali, le industrie manifatturiere, le imprese di servizi (di pulizia, logistica, ecc.), edili, e cioè tutte quelle organizzazioni produttive dove è ancora prevalente

l'aspetto dell'apporto della manodopera, della risorsa "lavoro", l'entità degli addetti che determina tra l'altro la "capacità produttiva" dell'organizzazione;

- **"capital-intensive"**: ad alta intensità di capitale, dove è appunto prevalente il fattore produttivo "capitale", sul lavoro, e cioè l'aspetto della tecnologia, dell'informatizzazione e della meccanizzazione dei processi, della robotica, cioè degli investimenti in impianti, apparecchiature, tecnologia e dalla entità di questi dipende la capacità produttiva dell'impresa;
- **"capital-intensive" e "labour-intensive"**: quelle nelle quali è parimenti presente sia il "fattore lavoro" che il "fattore capitale". Rientrano in tale ultima categoria le grandi imprese meccaniche, automobilistiche dove appunto la numerosità dei dipendenti e l'elevato livello degli investimenti di capitale ne caratterizzano il funzionamento.

Rientra in quest'ultima tipologia di organizzazione, l'Azienda Sanitaria, in particolare l'Azienda Ospedaliera istituzionalmente preposta all'"alta specialità" che indissolubilmente necessita sia di rilevanti investimenti di capitale (per l'acquisizione di impianti, attrezzature ad alta tecnologia per la diagnostica strumentale: TAC, RMN, PET, Acceleratore Lineare, ecc.), che anche di un rilevante impiego di risorse umane sia in termini di numero di addetti, che di professionalità eterogenee, (Medici, Farmacisti, Biologi, Infermieri ed altri professionisti sanitari, dirigenti amministrativi e non, personale amministrativo, tecnico, ecc.). Il presente studio, tralasciando ovviamente l'analisi sul versante della gestione e organizzazione della variabile "lavoro" e "risorse umane", approfondisce il "fattore capitale" ed in particolare intende studiare la complessa questione della "Variabile Investimenti in Sanità".

• **"Dimensioni"**:

- **n° di addetti**: ditta individuale, impresa familiare, imprese artigianali, industrie, grandi imprese;

- **economiche**: per "volume di fatturato" o "volume di affari": raggruppandosi in piccole, medie, grandi in base all'entità del fatturato attivo.

Secondo tale criterio di classificazione le A.S. sono organizzazioni complesse sia in relazione al numero di addetti, che ai volumi di fatturati gestiti, sia sul versante del "ciclo passivo del processo", relativamente ai costi sostenuti (retribuzione dipendenti, acquisti di beni e servizi), che dal "ciclo attivo erogato" relativamente alla loro operatività ed in funzione alle modalità di finanziamento delle stesse e l'entità delle risorse gestite (sia le A.O. che vengono rifinanziate con il meccanismo del D.R.G. per volumi operativi erogati, quanto le A.S.L., che si finanziano secondo il meccanismo del "Global Budgeting"), "muovono" ingenti risorse finanziarie. Basti pensare che l'investimento sulla sanità è *passato negli ultimi anni da un 5,7% del PIL nel 1999, fino a raggiungere il 6,7% del PIL nel 2005* (fonte: Roma 15 novembre 2006 – convegno promosso da CERM (Competitività Regolamentazione Mercati e W2W "per una nuova politica economica della sanità", presso la Camera dei Deputati) e con l'indotto la sanità nel suo insieme arriva all'11,5% del PIL, dando lavoro direttamente ad 1,3 milioni di dipendenti e con l'indotto arriva a 2,4 milioni di dipendenti (fonte Guido Riva – Presidente della commissione Sanità di Confindustria, da rivista Ospedalità Privata n. 1 – anno 2006). L'ultimo dato (Sole 24 Ore del 23/08/07) parla di una percentuale rispetto al PIL salita all'8,7%.

Gli obiettivi principali del legislatore con il processo di "aziendalizzazione", pertanto, sono essenzialmente quelli di orientare l'intero sistema verso una maggiore efficienza, efficacia, economicità perseguibile attraverso un incremento dell'appropriatezza circa le prestazioni erogate ed un progressivo ma costante processo di sensibilizzazione, formazione (E.C.M.), responsabilizzazione diffusa e differenziata a tutti i livelli gerarchici degli attori del sistema.

Le A.S., quali gestori di risorse e soggetti istituzionali erogatori di prestazioni sanitarie, debbono strutturare la loro operatività così da addivenire al raggiungimento dei seguenti macro-obiettivi:

- erogare i L.E.A.;
- rispettare gli obiettivi di programmazione regionale assegnati circa l'operatività;
- assicurare l'accessibilità alle prestazioni (contenimento dei tempi delle liste di attesa);
- monitorarne la qualità, Verifica Revisione Qualità (V.R.Q.);
- rispettare il vincolo di bilancio, fra costi e ricavi derivanti da tariffe da prestazioni erogate o da fonti di finanziamento esterne;
- appropriatezza.

Ecco che continuando sul difficile filone della similitudine "Azienda/Impresa - Azienda Sanitaria", è necessario prioritariamente definire le condizioni "tipiche" di "buon funzionamento" dell'Impresa e parimenti, dell'Azienda Sanitaria.

1.4 Condizioni gestionali di buon funzionamento di una Impresa e di una Azienda Sanitaria

In una qualsiasi organizzazione produttiva, un'azienda è sana quando nel produrre "valore", rispetta contestualmente, puntualmente, con ordinaria sistematicità le seguenti condizioni di **equilibrio**:

- a) economico-reddituale;**
- b) monetario-finanziario-numerario;**
- c) patrimoniale.**

In genere, per valutare le situazioni di equilibrio di un'impresa, la dottrina aziendale si avvale dell'analisi per indicatori o indici di bilancio. Tale analisi consente una più facile lettura ed interpretazione di determinati dati, con relativi collegamenti che i soli valori assoluti non evidenziano.

Gli aspetti della realtà aziendale che normalmente vengono presi in considerazione ed interpretati tramite tale analisi sono di natura economica, finanziaria e patrimoniale.

Essi tendono alla "diagnosi" di un'azienda per poter determinare, se è il caso, la "terapia" più appropriata.

Gli elementi per comprendere la situazione e quindi lo stato di salute di un'azienda sia al momento che in chiave prospettica sono (fonte I. Facchinetti - Le analisi di bilancio. Il Sole 24 Ore):

1. la solidità: intesa come la capacità dell'azienda di perdurare nel tempo, adattandosi alle mutevoli condizioni esterne ed interne. Generalmente viene accertata tramite gli indici di correlazione tra le fonti e gli impieghi e l'indice di indipendenza da terze economie;
2. la liquidità: intesa come la capacità di far fronte tempestivamente ed economicamente ai propri impegni. Gli indici interessati sono quelli di struttura e di rotazione;
3. la redditività: intesa come la capacità dell'azienda di remunerare tutti i fattori di produzione. Si utilizzano indici di redditività operativa, redditività globale e redditività delle vendite.

Molti di questi indicatori utilizzati dalle imprese, in questa fase, non sono sufficientemente espressivi e/o mal si adattano, momentaneamente, all'utilizzo nelle aziende sanitarie, proprio per i motivi dinanzi espressi, in merito al mercato perfetto e mercato sanitario, la natura e la peculiarità dell'Azienda Sanitaria, con difficoltà di introdurre e trasporre concetti e dati riferiti, ad esempio, di capitale proprio e capitale di terzi, reddito operativo e reddito netto (le A.S. dovrebbero tendere al pareggio, ma molte chiudono ancora con un risultato d'esercizio in perdita), patrimonio netto, vendite, ecc.

Esula dai compiti di questo volume la predisposizione di un completo sistema di indicatori di un'azienda e la possibile sua trasferibilità, con i dovuti accorgimenti e le adattabilità, sulle

attività di un'A.S. o A.O., anche se sarebbe opportuno che qualcuno pensasse seriamente ad esaminare e studiare un sistema di indicatori completo da utilizzare nelle Aziende Sanitarie.

Pertanto, la narrativa sugli equilibri aziendali continuerà in termini più generali, salvo poi, in particolare, approfondire e valutare taluni indicatori che si ritiene possano essere tranquillamente utilizzati anche per le A.S. ed A.O. (ad esempio: indice di rotazione delle scorte, ecc.).

a) Equilibrio economico-reddituale

Un'impresa nell'esercizio dell'attività ordinaria deve costantemente realizzare l'equilibrio fra i costi derivanti dal ciclo passivo degli acquisti e della produzione ed i ricavi rivenienti dal ciclo attivo per la vendita di beni e servizi. L'entità del Profitto è pertanto l'unità di riferimento che consente di giudicare se il risultato economico, differenza fra ricavi e costi tipici, è di soddisfazione per la proprietà ed il management aziendale. La finanza aziendale, per assicurare l'oggettività del giudizio, ha messo a punto un corredo di indicatori per misurare la redditività aziendale, ancorando la redditività lorda e netta, sia al capitale interamente investito che al capitale proprio.

Nelle Aziende Sanitarie, tale equilibrio è imposto dalla norma che appunto ai sensi del D. Legislativo n° 502/92 prevede come le A.S. debbano rispettare il vincolo di bilancio fra risorse assegnate (nel caso delle A.S.L. il cui finanziamento secondo il meccanismo del "global budgeting" è funzione della quota capitaria e della popolazione residente) o ricavi da gestione dell'attività tipica (nelle A.O. il meccanismo di finanziamento è per volumi operativi erogati per tariffe D.R.G., metodo "Fetter"), compatibilmente all'entità dei costi. Il Punto di Equilibrio (il c.d.: break event point) diventa pertanto un evento verso cui puntare ed orientare l'intera gestione, assicurando nel contempo, L.E.A., qualità ed appropriatezza. La norma introduce il vincolo di bilancio ed i meccanismi di rifinan-

ziamento per volumi operativi (per le A.O.), così da stimolare gli amministratori, il management, i dirigenti, i funzionari, i medici, i professionisti sanitari verso comportamenti sempre più responsabili, orientati all'efficacia, efficienza, fino al punto di individuare una destinazione vincolata per gli avanzi di gestione (utili) che devono "de iure" essere destinati a reinvestimenti in apparecchiature o forme di incentivazione per il personale. La massima economicità nelle A.S., si ottiene, innanzitutto, e ciò è valido sia per le A.S.L. che le A.O., minimizzando la funzione dei costi del ciclo passivo, facendo leva sui seguenti fattori produttivi:

- personale e modelli organizzativi (rappresenta il 70-75% dei totali costi di una A.S.) e pertanto, stante l'intrinseca sua rigidità, occorre massimizzarne la produttività, l'efficienza attraverso modalità d'impiego, di gestione, di organizzazione del lavoro, della turnistica, che assicurando efficacia e qualità dei processi sanitari, minimizza i costi, aumentandone la flessibilità;
- beni e servizi: (rappresentano mediamente il 20-25% dei costi di una A.S.) ottimizzandone quantità e qualità dei beni da acquistare in funzione del "vero bisogno" ed al "Technology Assessment";
- appropriatezza: erogare prestazioni "economiche" ed "appropriate" al caso clinico, alla patologia seguendo un approccio scientifico, incentrato sull'E.B.M. (Evidence Based Medicine).

Inoltre, l'economicità la si ottiene anche sul versante della massimizzazione dei ricavi, i fatturati, l'operatività (volumi erogati x tariffe DRG), delle A.O., e ciò in armonia con gli obiettivi di programmazione sanitaria impartiti dalla Regione, mentre per le A.S.L. (con il "global budgeting") l'economicità si ottiene innanzitutto comprimendo i costi di produzione delle prestazioni (è un sistema isorisorse dove appunto la variabile Ricavo è funzione della quota capitaria perequata e dalla popolazione residente), assi-

curando comunque i L.E.A., innalzando i livelli di appropriatezza, d'integrazione medicina di base-territorio, potenziando l'attività dei centri di salute, poliambulatori, presidi ospedalieri, limitando appunto il ricorso al ricovero solo in caso di effettiva necessità.

Pertanto, il semplice dato secco del risultato economico di esercizio (Bilancio) conseguito da una A.S. (utile, perdita, pareggio), anche se giuridicamente richiesto, non è di per sé esaustivo per esprimere un giudizio circa l'andamento complessivo dell'Azienda Sanitaria; occorre pertanto integrare tale dato con ulteriori indicatori che tengano conto delle seguenti ulteriori variabili, che comunque "pesano":

- grado di appropriatezza dell'operatività: misura la "congruità" della produzione sanitaria erogata rispetto ai bisogni effettivi dell'utenza che ne fa domanda;
- il "peso" medio ponderato della produzione sanitaria, e cioè l'indice medio di "case-mix", che misurando il grado di complessità del volume delle prestazioni erogate in virtù di un sistema di classificazione "isoseverità", ne giustifica, pesandolo, il livello di assorbimento di risorse;
- accessibilità: misura la fruibilità del servizio, della prestazione, e ci dice se il servizio è "user friendly" per il cittadino (e cioè se il servizio è facilmente utilizzabile e agevolmente accessibile), per l'utenza (l'indicatore sono le entità delle liste di attesa per usufruire del servizio sanitario);
- "indice di performance".

Pertanto, una valutazione più sistemica dell'operatività complessiva di una A.S. non può certamente promanare da un seppur completo, approfondito ed integrato "Controllo di Gestione", con i suoi report di "CO.DIR" (Contabilità Direzionale) e "CO.GE" (Contabilità Generale), quanto da un sistema più completo, più evoluto che, oltre ad esaminare aspetti economico-redдитuali, finanziari, patrimoniali, rileva anche aspetti di qualità, di gradimento, di utilità so-

ciale comunque influenzati dall'operatività della A.S. quale Azienda produttrice di prestazioni sanitarie e dunque influenzante il "welfare state", definito: "balanced scorecard".

Di seguito si riportano sinteticamente alcune brevi informazioni e considerazioni relative a "balanced scorecard" e "bilancio sociale", così da sensibilizzare il lettore al fatto che il solo risultato economico-reddituale-patrimoniale-finanziario non è certamente esaustivo dell'operato di una organizzazione, soprattutto quando trattasi di un'Azienda di Erogazione di Servizi di Pubblica Utilità, quale è appunto un'Azienda Sanitaria.

Cenni sul "balanced scorecard"

È un sistema, un modello diagnostico prescrittivo, creato nella Business School di Harvard all'inizio degli anni '90, dai due guru del management: Robert Kaplan e David Norton.

La balanced scorecard fornisce al management struttura e criteri certi per valutare in ogni situazione i risultati conseguiti ed i traguardi ancora da raggiungere; in buona sostanza ha lo scopo di trovare il modo migliore per misurare le organizzazioni.

La balanced scorecard, in pratica, fornisce un kit di strumenti, secondo un modello flessibile che può essere riempito di contenuti da qualsiasi tipo di organizzazione pubblica, privata o non profit. Secondo la balanced scorecard la strategia deve inquadrarsi in un processo il più possibile scientifico.

In genere si procede nell'ambito delle strategie aziendali e fissando obiettivi da perseguire, così da individuare aree chiave d'intervento, e porre in atto le concrete azioni e le cose da fare ed in una fase successiva, con opportuni indicatori, a misurare le performance.

È preferibile, in una fase iniziale, porre il "focus" su poche cose importanti e procedere ad una sorta di allineamento, ovvero tutti gli operatori dell'organizzazione devono sapere le finalità delle attività e dove si vuole arrivare.

Tale metodologia si sta diffondendo nel campo della pubblica amministrazione e se ne pre-

vedono ulteriori sviluppi, anche nel settore sanitario (da stime fatte, nel 2003, il 70% delle aziende sanitarie non conosceva la *balanced scorecard*).

Cenni sul "bilancio sociale"

Nel campo della impresa privata, soprattutto di grande dimensioni, si è diffuso la prassi di elaborare, oltre al tradizionale ed obbligatorio bilancio d'esercizio, anche altri documenti quali: il bilancio sociale, bilancio ambientale, ecc.

Si sente ormai sempre più spesso, parlare di "Corporate Social Responsibility, intendendo con tale termine, la capacità dell'impresa di coniugare – da un lato – il perseguimento del profitto, (condizione essenziale e primaria della sua esistenza) e – d'altro lato – l'attenzione non occasionale agli impatti sociali della sua attività, vale a dire alla soddisfazione di legittimi interessi nei confronti dell'impresa stessa: i cosiddetti "stakeholders", che non sono i classici azionisti ("shareholders"), ma anche i dipendenti, i clienti e i fornitori, le istituzioni pubbliche e private, le collettività (specie la comunità locale o le comunità/locali territoriali nelle quali l'impresa più direttamente opera), l'ambiente e la sicurezza.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica nel 2004 con la pubblicazione di un manuale dal titolo "rendere conto ai cittadini" ha consentito di allargare la cultura della rendicontazione sociale anche nel settore pubblico e quindi anche nella sanità.

Settore caratterizzato da aziende che hanno il fine di garantire il massimo livello di tutela della salute possibile, dati i vincoli di risorse finanziarie e di altro tipo, tenuto conto delle conoscenze tecnico-scientifiche.

Alcune Regioni si sono già mosse anche sotto l'aspetto normativo.

Ad esempio l'Emilia Romagna con legge regionale n°29/2004, ha imposto, con decorrenza 2005, l'obbligo per le Aziende Sanitarie di presentare, accanto al bilancio di esercizio, un bilancio di missione.

Da uno studio della S.d.a. Bocconi nel 2005 (*Sole 24 Ore* del 27/06/05) che ha censito ed esaminato, a partire dal 1998, n.12 bilanci sociali, di 11 A.S.L. (Biella, Chiavari, Città di Milano, Ferrara, Firenze, Lecco, Lucca, Monza, Roma D, Viareggio) e di un'Azienda Ospedaliera (Padova), emerge da tali documenti una gran voglia di comunicare all'esterno.

Il bilancio sociale o di missione, analizzando l'attività delle Aziende Sanitarie su più fronti, oltre a quello economico, (dall'appropriatezza sotto l'aspetto tecnico-scientifico al grado di soddisfazione degli utenti e di tutti coloro che interagiscono, con l'Azienda Sanitaria, siano essi "clienti esterni" che "interni", ecc.), permette da parte del management, attraverso l'acquisizione di maggiori informazioni in più settori, di avere una visione più completa della realtà, utile per migliorare le capacità delle Aziende Sanitarie a svolgere le proprie funzioni e raggiungere gli obiettivi prefissati.

Si ricorda che tendenzialmente i bilanci di una A.S. o A.O. dovrebbero orientarsi verso il pareggio d'esercizio.

Molte sono ancora le A.S. o A.O. che hanno chiuso il bilancio con un risultato d'esercizio negativo ovvero con una perdita d'esercizio.

b) Equilibrio monetario-finanziario

Il solo equilibrio economico, anche se rappresenta una delle condizioni essenziali di buon funzionamento di un'azienda, non è di per sé sufficiente ad esprimere la situazione complessiva aziendale. Infatti, oltre la redditività l'impresa deve puntare a conseguire una sana e sufficiente liquidità, all'equilibrio finanziario fra entrate ed uscite, nel breve medio-lungo periodo.

La funzione finanziaria è deputata, infatti, da una parte a selezionare i canali più convenienti relativamente al procacciamento delle "Fonti di Finanziamento", e dall'altra al più economico "Impiego" delle risorse, (riferimento al "Binomio Fonti-Impieghi"), evitando da una parte linee di finanziamento troppo onerose, costose e dall'altra,

impieghi di capitale antieconomici per giacenze inattive di liquidità o eccessivi e costosi immobilizzi di capitale nell'attivo circolante (scorte di magazzino di: semilavorati, materie prime, ecc.).

L'obiettivo del raggiungimento, gestione e mantenimento dell'equilibrio finanziario passa anche attraverso la puntuale analisi tra fabbisogni per adempiere le obbligazioni contrattuali e ritorno finanziario degli aspetti tipicamente reddituali della gestione economica. In particolare il "Credito mercantile" e cioè la dinamica temporale che intercorre tra la gestione dei debiti di funzionamento verso i fornitori o terze economie ed i crediti di funzionamento concessi ai clienti, con la tendenza a differire i primi ed anticipare quanto prima l'incasso per i secondi. Utili per monitorare l'assetto finanziario aziendale sono i "ratios", cioè indicatori finanziari che misurano la struttura finanziaria-patrimoniale dell'azienda nel breve, medio, lungo periodo. Primo fra tutti il "*cash-flow*" (Flusso di Cassa) quale grandezza principe che si ottiene dalla differenza tra entrate realizzate ed uscite sostenute in un determinato periodo.

Nelle A.S. l'equilibrio finanziario è un vincolo necessariamente da raggiungere. Oltre al vincolo di bilancio, inteso come equilibrio reddituale fra ricavi e costi, l'A.S., quale azienda con personalità giuridica pubblica, autonomia, tecnica, patrimoniale, contabile, ha anche come obiettivo l'autonomia finanziaria e cioè produrre flussi di entrate da prestazioni a copertura delle uscite, ed il pagamento dei fattori della produzione acquistati. È questa una delle maggiori novità introdotte dall'aziendalizzazione che obbligando le aziende sanitarie al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario ha cercato di arginare il "patologico" ricorso al meccanismo di rifinanziamento a "pie'-lista" in auge con le U.S.L. di cui alla L. n° 833/78 che progressivamente portò il S.S.N. a quel grave disequilibrio finanziario alla fine degli anni '80.

La "tipicità" delle A.S. è riscontrabile anche sul versante della dinamica finanziaria: entrate/uscite, con particolare riferimento a:

- ciclo "**passivo**" della gestione, relativamente a:
 - acquisizione di beni e servizi strumentali alla produzione (soggetti comunque ai tempi della burocrazia per l'espletamento delle procedure amministrative previste dalla legge, peraltro caratterizzati da lunghi tempi di pagamento delle forniture stesse);
 - pagamento degli stipendi e delle indennità al personale (che hanno diversamente una dinamica finanziaria in termini di esborso costante, puntuale e mensile, prescindendo dalla dinamica delle entrate da prestazioni erogate);
- ciclo "**attivo**" caratterizzante il tipo di Azienda: Ospedaliera o Sanitaria Locale Territoriale:
 - la A.O. viene finanziata sulla scorta dei volumi di prestazioni erogate con riferimento al meccanismo dei D.R.G., e riceve all'inizio dell'anno quale anticipo dalla Regione risorse finanziarie per far fronte alla gestione corrente relativamente al pagamento degli stipendi del personale e delle forniture di beni e servizi;
 - la A.S.L. è finanziata secondo il sistema del "*global budgeting*" che prende a riferimento la *popolazione* ivi residente per la *quota capitaria* opportunamente corretta e perequata dalla regione (con specifici pesi);
 - modelli di finanziamento estremamente diversi da una tradizionale *Impresa* che opera sul mercato.

c) *Equilibrio patrimoniale*

Oltre all'equilibrio reddituale e finanziario l'Azienda deve costantemente perseguire anche l'equilibrio patrimoniale nella gestione del passivo tra la strutturazione, la composizione e il costo delle "Fonti di Finanziamento" esterne a breve, medio e lungo termine e "Capitale Proprio" investito.

Monitorare il ricorso, il costo, il livello di indebitamento, sono obiettivi prioritari nella ge-

stione patrimoniale aziendale. Una prudenziale politica dei dividendi e degli accantonamenti a fondi di riserva straordinaria (adempiti agli accantonamenti di riserva legale e statutaria), accantonamenti a fondi per autofinanziamenti, rappresentano sane scelte strategiche che contribuiscono a migliorare l'assetto patrimoniale dell'Azienda e prevengono situazioni di disequilibrio patrimoniale, che se protratte, possono sfociare nell'"annacquamento" del capitale "sociale" dell'A.S.

Testimonianza di ciò in sanità, sono i tanti "commissariamenti" che si sono succeduti nelle A.S. per una gestione economica finanziaria pesantemente in disequilibrio con elevati ed inaccettabili livelli di indebitamento.

La finanza aziendale e soprattutto la funzione finanziaria, che indagheremo nel prosieguo dello studio, consentono la corretta gestione delle poste del patrimonio, attraverso l'adozione di indicatori, di "ratios" anche patrimoniali che indagano circa la composizione della struttura patrimoniale, il livello di indebitamento, il grado di copertura degli investimenti e l'entità dell'autofinanziamento. Individuare le linee di credito più consone e convenienti per l'"asset" patrimoniale dell'impresa, diversificare le fonti, cercare coerenza fra durata delle stesse e relativo impiego sono i punti cardine di un'equilibrata e sana composizione patrimoniale di un'impresa. Elevati livelli di indebitamento, se da una parte limitano il rischio di perdita del proprio capitale, rappresentano per l'impresa un costo oneroso (interessi passivi sul capitale mutuato), contribuendo negativamente sul livello di redditività.

In genere la contrazione di mutui, come altre forme di indebitamento, da parte delle Aziende Sanitarie non è lasciata alla discrezionalità della direzione generale, bensì è regolamentata e disciplinata da normative regionali, che a loro volta intervengono in base alle leggi finanziarie nazionali.

Infine si segnala la legge regionale n. 15/2007 della Liguria che all'art. 11 prevede, ai fini del rispetto del principio di coordi-

namento della finanza pubblica, l'autorizzazione regionale, per gli enti operanti nel comparto della sanità, alla contrazione di mutui ed al ricorso di altre forme di indebitamento, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15% delle entrate proprie correnti.

La Giunta Regionale individua i criteri per la determinazione delle entrate utili al calcolo del limite dell'indebitamento autorizzabile a livello regionale per gli enti operanti nel comparto della sanità.

Le A.S., dotate di "autonomia patrimoniale", debbono costantemente addivenire a tale condizione per legge. È anche questa l'ulteriore novità voluta dall'aziendalizzazione, dettata dall'esigenza di riequilibrare la patologica situazione di indebitamento patrimoniale in cui versava il S.S.N. alla fine degli anni '80, quando appunto le U.S.L. chiudevano sistematicamente i bilanci in disavanzo, con elevatissimi livelli di indebitamento, puntualmente ripianati dal Governo centrale, attraverso sistematici trasferimenti (Stato/Regione/U.S.L.), per rifinanziamento "a pie' lista" del disavanzo consolidato.

La composizione della struttura patrimoniale di una A.S. trae origine dalla "valorizzazione" della dotazione patrimoniale, peraltro prima operazione contabile effettuata subito dopo la costituzione delle A.S.L. Infatti, terminate le operazioni di "gestione-stralcio" si dovette procedere alla liquidazione ed al pagamento dei debiti contratti per fornitura beni e servizi delle commissariate U.S.L. In quella fase ancora una volta intervenne il Governo Centrale che stanziò ingenti risorse, "a pie' lista", per estinguere i debiti consolidati contratti dalle U.S.L. nella gestione pregressa, successivamente movimentata dai trasferimenti in conto capitale ed in conto esercizio effettuati e dalle ordinarie operazioni di gestione.

Il "patologico" livello di indebitamento delle A.S. per debiti di funzionamento (per forniture di beni e servizi), i "cronici" tempi di pagamento delle stesse (anche in presenza di una legge

che prevede tempi di pagamento a 90 giorni, ma in realtà sono molti di più, come evidenzieremo in seguito], una non sempre oculata gestione delle imposte dell'attivo dello stato patrimoniale sono solo alcuni aspetti delle difficoltà finanziarie in cui si trovano spesso le Aziende Sanitarie.

Lungaggini, inerzia, inefficienza amministrativa, deresponsabilizzazione e demotivazione del personale della macchina pubblica, lievitano i tempi di pagamento delle forniture, con la diretta conseguenza dell'incremento del costo delle stesse in quanto i fornitori "scaricano" tale sfasamento temporale finanziario negativo (cash-flow negativo) in termini di limitazione del costo della fornitura (oneri finanziari).

Giorni di attesa dei pagamenti dei fornitori delle Aziende Sanitarie a febbraio 2007

(Fonte: Assobiomedica aprile 2007)

Media nazionale 348 gg., così ripartiti tra le varie regioni:

Valle d'Aosta 119, Piemonte 237, Liguria 314, Lombardia 282, Trentino Alto Adige 97, Veneto 276, Friuli 113, Emilia Romagna 472, Toscana 210, Marche 303, Umbria 236, Abruzzo 298, Molise 867, Lazio 459, Campania 844, Basilicata 265, Puglia 278, Calabria 503, Sicilia 312, Sardegna 290.

In occasione del convegno "Sanità e Finanza: una cultura in crescita" svoltosi a Roma il

9 maggio 2007, sono state presentate tre ricerche condotte dal Cer-NIB, dal Cergas e dal Censis, di cui, in sintesi, alcune sono state riportate dalla rivista Teme7/8.07, a cura di Elio Borghonovi, Fabio Amatucci e Francesca Lecci, Cergas - Università Bocconi - Milano.

Nell'ambito dell'analisi dei disavanzi sanitari e della loro relazione con le caratteristiche dei Servizi Sanitari Regionali, sono emerse sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo sanitari regionali, divergenze che sono andate consolidandosi negli ultimi anni e spesso molto difficili da interpretare. Basti pensare che Lazio e Campania, insieme presentavano un disavanzo cumulato pari al 43% di quello complessivo a livello nazionale, disavanzo che nel corso degli anni si è accresciuto fino ad arrivare ad attestarsi nel 2005 al 62%.

Le regioni che nel 2005 sono arrivate ad una situazione di equilibrio economico-finanziario sono la provincia autonoma di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana e l'Umbria.

La ricerca ha prodotto ulteriori interessanti considerazioni che esulano però dallo scopo del presente lavoro, mentre ne riprenderemo alcune riguardanti le forme di sostenibilità finanziaria e gli effetti delle forme innovative di finanziamento.

2. Efficienza ed efficacia in sanità, strumenti e metodologie di approccio alla base del Governo Clinico: la Medicina Basata sull'Evidenza (E.B.M.) ed il Technology Assessment (T.A.)

Definizione di salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), agenzia dell'ONU, istituita nel 1948 con l'obiettivo di operare per far raggiungere a tutte le popolazioni il livello di salute più elevato possibile, definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Come si può notare l'evoluzione del concetto di salute è notevole.

La definizione di salute proposta dall'OMS, è molto impegnativa, quasi alla soglia "dell'utopia", infatti la sua traduzione in termini operativi e soprattutto in azioni, ha sempre suscitato riflessioni, dubbi, discussioni.

Nel tempo, sul concetto di salute e sulla sua definizione, si è sviluppato un dibattito internazionale e sono state formulate alcune proposte di definizione alternativa.

Fino ad ora però non hanno avuto molto credito e quindi la definizione dell'OMS (risultato di fattori di tipo genetico, ambientale, economico e sociale) rimane ancora un punto di riferimento e di partenza.

L'efficacia di un sistema sanitario è l'attitudine ad erogare prestazioni sanitarie atte a guarire (efficacia assoluta: "*efficacy*") o a migliorare lo stato di salute di un soggetto (paziente, utente, malato) (efficacia relativa: "*effectiveness*").

Conseguentemente, l'efficacia di una prestazione sanitaria è funzione di una serie di variabili, quali:

- a) grado di appropriatezza della prestazione rispetto alla patologia, (caso: diagnostico-clinico-chirurgico) con riferimento all'esperienza maturata e comprovata da linee guida, trial, studi randomizzati (E.B.M.);
- b) momento di diagnosi;
- c) tempestività della prestazione;
- d) stato di evoluzione della patologia;
- e) sensibilità al trattamento ed alla prestazione sanitaria;
- f) condizioni psico-fisiche generali dell'individuo;
- g) generalità ed anagrafe (sesso, età, livello di istruzione, carattere, ecc.);
- h) abitudini e stili di vita (dieta alimentare, tipologia di lavoro, sport, ecc.).

Da una prima analisi dei fattori influenzanti l'efficacia della prestazione si consta come solo le prime 3 variabili (a, b, c) risultino essere variabili endogene al S.S.N., cioè variabili "oggettive" mentre le rimanenti sono "soggettive", esogene il Servizio Sanitario e riguardano la persona, il singolo, l'utente. Infatti, in nome dell'universalità, dell'equità, il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le sue strutture pubbliche, A.S.L. (poliambulatori, Centri di Salute, Medicina di Base, Medici e Pediatri di Famiglia) ed A.O., deve prima "filtrare" la domanda indistinta, indifferenziata, capillarmente diffusa e proveniente dal territorio ed in base all'"effettivo" bisogno della popolazione assistita, selezionare ed innescare l'esatto percorso sanitario (dalla diagnosi alla riabilitazione) ed erogare le corrette prestazioni. Fermo restando il ruolo terapeutico della "Prevenzione", una corretta prestazione sanitaria parte innanzitutto da un'approfondita anamnesi del caso, da oculate ed orientate indagini diagnostico-strumentali, così da addivenire alla formulazione della diagnosi circa la patologia che poi sarà oggetto di cura e terapia nel rispetto dei protocolli, delle linee guida, degli studi frutto dell'evidenza scientifica.

Indispensabile è il sistematico ricorso alla Medicina Basata sull'Evidenza (Evidence Medicine Based), intendendo come processo d'integrazione tra le migliori evidenze scientifiche disponibili, l'esperienza clinica e le preferenze del paziente (Sackett, 1992). L'obiettivo dell'E.B.M. è di trovare una relazione tra evidenza empirica e corrente pratica clinica con lo scopo di migliorare la qualità e l'efficacia delle cure a livello di singolo paziente. È un processo di continuo autoapprendimento in cui l'assistenza e la cura al paziente stimolano la ricerca di informazioni clinicamente rilevanti dalla letteratura biomedica. Dal punto di vista professionale, tale approccio riduce la dipendenza del professionista sanitario dall'autorità degli esperti e tende a svilupparne la capacità critica, grazie a strumenti conoscitivi adeguati per migliorare la qualità delle osservazioni e la valutazione della letteratura scientifica.

L'E.B.M. è un approccio applicabile a tutte le professioni sanitarie ed anche alla prevenzione ed al management sanitario, tanto che oggi è più corretto parlare di Assistenza Sanitaria basata sulle evidenze (Evidence-Based Health Care – EBHC) (Muir Gray, 1998).

Le radici culturali della EBM affondano nella Parigi del 1830, dove Pierre Charles Alexandre Louis, promotore della Médecine d'Observation, sosteneva che i medici dovrebbero operare in relazione ad ampie serie sperimentali che forniscono i reali effetti di un trattamento anche in termini quantitativi, piuttosto che basarsi esclusivamente sull'esperienza individuale o speculare sulle cause delle malattie. Agli inizi degli anni '70, un epidemiologo inglese, Archibald Cochrane, consapevole della scarsa applicazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica, suggeriva di rendere disponibili a tutti i pazienti solo interventi di documentata efficacia, ma i risvolti pratici di questo messaggio sono stati modesti, sia perché la valutazione degli interventi sanitari contrasta precisi interessi, sia perché l'accesso alle informazioni scientifiche, la loro valutazione critica e la realizzazione di revisioni sistematiche non fanno parte delle competenze del medico, né degli amministratori sanitari.

Tra il 1981 e il 1984 i ricercatori del Clinical Epidemiology & Biostatistic Department della Canadian Mc Master University pubblicano "How to read clinical journals", una serie che spiega come valutare in maniera critica la letteratura medica. Nel giro di pochi anni l'attenzione del gruppo si sposta progressivamente da come leggere la letteratura a come utilizzarla per risolvere i problemi clinici, concetto che rappresenta il fondamento della E.B.M.

La EBM nasce ufficialmente con la pubblicazione di "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine." Evidence-Based Medicine Working Group JAMA. 1992;268:2420-2425.

Al di là dell'individuazione di date, all'evoluzione della E.B.M. hanno contribuito numerosi fenomeni editoriali e culturali tra cui:

- lo sviluppo della epidemiologia clinica intesa come scienza che studia i fattori determinanti e gli effetti delle decisioni cliniche;
- la progressiva affermazione dei Randomized Controlled Trials (RCTs), quale standard per valutare l'efficacia di un trattamento;
- la pubblicazione di numerosi articoli, per insegnare sia ad accedere e valutare criticamente la letteratura medica, sia al suo utilizzo per risolvere problemi clinici;
- la nascita delle riviste di pubblicazione secondaria;
- l'esplosione del fenomeno Internet.

Negli anni successivi al 1992 la E.B.M. ha avuto un'espansione clamorosa e difficilmente prevedibile dimostrando di poter influenzare virtualmente tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria: la pratica clinica, la formazione del medico, la politica sanitaria, l'informazione dei pazienti.

Pertanto l'E.B.M. rappresenta la nuova frontiera della medicina moderna, un ***"modus operandi"*** che deve ispirare l'operatività dei professionisti sanitari, lasciando poco spazio alla autonoma, sporadica iniziativa del singolo e maggiore spazio ad un approccio scientifico sistematico orientato a produrre ed erogare linee guida, protocolli, trial, efficaci così da aumentare sempre di più il livello di "appropriatezza" delle A.S.

L'efficacia in sanità, oltre alla modalità di approccio, dipende anche dal grado di successo nella formulazione della diagnosi e delle conseguenti strategie cliniche-terapeutiche-chirurgiche che il management medico adotta, nonché dalla tempestività con la quale si eroga la prestazione. A riguardo le "liste di attesa", sia per la diagnostica strumentale che per la medicina e chirurgia tradizionale, rappresentano un ostacolo importante, perché da una parte, ritardano la formulazione della diagnosi e dall'altra, l'inerzia ed il ritardo clinico-chirurgico-terapeutico possono pesantemente condizionare l'esito della prestazione, sanitaria, dunque la relativa efficacia sul risultato finale e sull'outcome.

Tornando all'analisi delle variabili influenzanti l'efficacia di una prestazione, si può affermare che le rimanenti variabili (d, e, f, g, h), sono tipiche variabili esogene, che riguardano l'utente, il paziente, infatti:

d) stato evoluzione della patologia: condiziona il successo della prestazione e della cura; la stessa patologia (es: tumore) ha un impatto differente a seconda del livello di severità con la quale la stessa si manifesta (gli oncologi riclassificano la patologia in stadi: T1; T2; T3; T4; T5), e per ogni livello di severità della patologia possono essere previsti protocolli differenti;

e) sensibilità al trattamento ed alla prestazione sanitaria: non tutti gli individui, affetti dalla stessa patologia, reagiscono alla stessa maniera ad una prestazione sanitaria o ad una terapia farmacologica in quanto, in virtù della farmacoresistenza, insita nel principio attivo del farmaco;

f) condizioni psico-fisiche generali dell'individuo: influenzano l'efficacia della terapia, un soggetto già fisicamente provato e depresso gode di una minore probabilità di successo di una terapia rispetto ad uno mediamente più sano e psicologicamente più equilibrato;

g) generalità ed anagrafe: l'età dell'assistito può essere un fattore catalizzante l'insorgere della patologia (es: le malattie tipiche dell'infanzia; o le patologie demenziali tipiche della terza età), nonché un elemento condizionante la diffusione della stessa (si pensi alla velocità di diffusione delle cellule tumorali di gran lunga maggiore in un individuo giovane rispetto ad un'anziano), e l'efficacia della terapia stessa. Il livello di istruzione ed il carattere possono condizionare l'*"outcome"* di una prestazione sanitaria; infatti sia il livello culturale, la disponibilità a comprendere e condividere la terapia o l'intervento (consenso informato), l'impegno nel seguire le indicazioni e le prescrizioni impartite dal medico sono tutti elementi che influenzano l'esito.

h) *abitudini e stili di vita*: cattive abitudini alimentari, stile di vita sedentario, dipendenza o forte uso di alcool, droga, sigarette possono agevolare l'insorgere di patologie "tipiche" o ridurre i benefici delle prestazioni sanitarie stesse, riducendone sensibilmente l'efficacia.

Definito il significato di efficacia in sanità, resta da definire il concetto di efficienza. L'efficienza è la modalità di combinazione delle risorse in un processo produttivo efficace; cioè come combinare al meglio le risorse, i fattori della produzione, spendendo il meno possibile, cioè isoprodotto al minor costo o isocosto con più prodotto. È l'applicazione della legge del "*minimo mezzo*" di Pareto, tanto cara all'economia classica che, attraverso la minimizzazione della funzione dei costi, massimizza la funzione utilità.

Si ricorda come secondo i "Marginalisti" l'investimento è utile, conveniente, quindi da realizzare quando il costo marginale da esso derivante è inferiore o al massimo uguale alla sua utilità marginale. Ovviamente appare fuorviante e pericoloso mutuare questa affermazione cara agli economisti marginalisti al mondo della sanità, dove è molto più difficoltoso misurare l'utilità effettivamente prodotta da una prestazione sanitaria. Certo è che un tale approccio da parte della classe medica e degli altri dirigenti sanitari limiterebbe dispendiosi e poco utili comportamenti ed azioni di accanimento terapeutico, peraltro dannosi anche per il paziente. Qui si apre un argomento molto delicato, che riguarda la medicina, l'etica, l'economia, strategiche problematiche di politica sanitaria che esulano dal presente lavoro.

In sanità si tratta "*mutatis mutandi*", da una parte di minimizzare il livello dei costi di produzione dei processi sanitari e dall'altra, selezionare quei processi più consoni, più appropriati alla patologia da curare, attraverso un'analisi costi-benefici (A.B.C.), fra il costo della prestazione e la quantificazione economica del beneficio, sia a livello di singolo soggetto che di società, derivante dall'evento guarigione.

Archie Cochrane sosteneva che, di fatto, non c'era contraddizione tra significato di *efficacia* ed *efficienza allocativa*, in quanto selezionare una tecnologia in base alla sua presunta efficacia (attitudine della stessa a produrre beneficio per il paziente) rappresenta una modalità di allocare efficientemente risorse (Cochrane, 1972).

Efficacia ed Efficienza dei sistemi sanitari, **Appropriatezza** nell'erogazione di prestazioni rischiano di rimanere semplici dichiarazioni d'intenti se, contemporaneamente, le A.S. non ispirano la gestione al "governo clinico" (alla "clinical governance") e cioè un modello comportamentale, basato su un più pregnante processo di responsabilizzazione, che punta a realizzare un ospedale non più *medicocentrico*, spesso autoreferenziale, ma *pazientocentrico*, ideato, progettato e gestito per il paziente e nel rispetto del paziente.

Principali indicatori di efficienza e di appropriatezza dell'operatività sanitaria di una azienda ospedaliera

Si è visto l'oggettiva difficoltà riscontrabile in sanità di "misurare" oggettivamente l'efficacia di una prestazione sanitaria (si ricordi che esiste in generale una efficacia assoluta ed una relativa e che tante possono essere le variabili e le condizioni che determinano l'efficacia).

Esula pertanto da questo studio il voler enunciare metodologie e strumenti atti a "misurare" e quantificare i livelli di efficacia, indagini e ricerche di competenza della Medicina, dell'Igiene e della Sanità Pubblica.

Appare utile invece, considerato che la lettura del presente volume è consigliata, oltre che a dirigenti e funzionari amministrativi, anche a dirigenti sanitari (medici, farmacisti, biologi), enunciare sinteticamente, come *Appendice*, **alcuni** indicatori "tipici" esistenti in dottrina in grado di misurare:

- a) EFFICIENZA;
- b) APPROPRIATEZZA:

- b1. Appropriately Clinica;
- b2. Appropriately Organizzativa;

a) EFFICIENZA:

a1. tasso di occupazione o utilizzo: è uno degli indicatori tradizionali e misura, la percentuale dei posti letto mediamente occupati durante un determinato periodo, generalmente un anno, e dunque le giornate di degenza ordinarie effettive erogate in rapporto alla potenzialità massima erogabile (pari in un anno al n. posti letto x 365 gg.)

Tasso Occupazione = $n. \text{ gg. degenza effettiva} \times 100 / n. \text{ posti letto} \times 365$
 (Valore nazionale di riferimento: 70-75% anno 2002);

a2. Indice di rotazione: misura l'intensità di utilizzo dei posti letto in quanto indica il numero dei pazienti e quindi dei ricoveri, che si alternano in un posto letto, nell'anno;

Indice di rotazione = $n. \text{ ricoveri in un anno} / n. \text{ posti letto}$

(Valore nazionale medio di riferimento per le A.O.: 38,19%, anno 2002);

a3. Intervallo di turnover: è il periodo di tempo che intercorre tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro e cioè il tempo in cui il posto letto rimane libero;

Intervallo di turnover = $(n. \text{ posti letto} \times 365) - n. \text{ giornate degenza effettiva} / n. \text{ ricoveri in un anno}$

(Valore medio nazionale A.O.: 2,36% anno 2002)

a4. Indice di attrazione: esprime in percentuale, la quota parte di attività erogata a persone residenti fuori dal territorio regionale;

Indice di attrazione = $n. \text{ dimissioni di non residenti} / n. \text{ totale dimis. della regione}$

(Valore medio nazionale per le A.O.: 7,07%, anno 2002)

a5. Degenza Media: misura la durata media in giorni di un ricovero in una Struttura Complessa:

$DM_t = Gd \times / Dx$

Ove:

Gdx: n. giornate o accessi erogati ai dimessi al 31/12;

Dx: dimessi al 31/12 "out-liers" esclusi;
 (Valore medio nazionale per le A.O.: 7,19%, anno 2002)

a6. Degenza Media standardizzata per il "case-mix" (DMs): rappresenta il numero di giornate di degenza, superiori ad un giorno di ricovero ordinario, che si osserverebbero qualora la composizione per DRG dei dimessi da uno specifico reparto fosse uguale a quella dell'intera casistica regionale che rappresenta il valore di riferimento. In sostanza è la degenza media attesa calcolata relativamente ai soli DRG del reparto considerato.

(Valore medio nazionale per A.O.: 29,97%, anno 2002)

a7. Peso Medio DRG: misura il rapporto tra i punti DRG prodotti da una struttura complessa ed i Dimessi della stessa. È indicatore sintetico del livello di complessità delle patologie trattate, quale media dei pesi relativi ad ogni raggruppamento di pazienti (DRG), ponderata con la frequenza assoluta delle dimissioni.

(Valore medio nazionale per A.O.: 1,22%, anno 2002)

a8. Indice di "case-mix" (ICM) in riferimento all'attività totale e per specifici reparti:

Esprime la complessità e la variabilità della casistica trattata dalla S.C. rispetto a quella erogata dall'intero sistema regionale preso a riferimento. Si calcola rapportando il peso medio DRG Azienda/reparto, rispetto al peso medio DRG regione:

a9. Indice comparativo di performance (ICP):

Consente di valutare l'**efficienza operativa** dei reparti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case mix, rispetto a specifici valori di riferimento, ottenuti considerando l'intera casistica regionale suddivisa per disciplina di dimissione. Un indice >1 , a parità di casistica, dimostra che l'efficienza dell'ospedale è maggiore alla media nazionale, ovvero sia che per una unità di ricovero è stato impiegato per l'assistenza un numero minore di giornate di degenza.

b1. Indicatori di appropriatezza clinica:

I più utilizzati sono:

b1.1. Percentuali di parti cesarei:

È un indicatore di appropriatezza molto usato anche a livello internazionale che si ottiene rapportando il n. dei parti cesarei (rif. to DRG: 370 e 371) al totale dei parti (DRG: 370, 371, 372, 373, 374 e 375). Il valore dell'OMS è del 15%, il valore medio italiano nel 2001 è stato pari al 33,90%;

b1.2. Percentuale di ricoveri brevi:

L'indicatore si riferisce ai ricoveri ordinari per acuti. Si ottiene: $n. \text{ dimissioni con durata } < 2-3 \text{ gg.} \times 100 / n. \text{ totale dimissioni}$. Non è di per sé univocamente inteso come indicatore di inappropriatezza poiché il suo incremento può essere anche causato da un più efficiente utilizzo delle risorse, attraverso anche dimissioni più precoci, progetti di integrazione ospedale-territorio, oppure di una tendenza a trasferire ricoveri in day-hospital in ricoveri ordinari.

b1.3 Percentuale di ricoveri lunghi:

L'indicatore si riferisce a ricoveri ordinari la cui degenza è mag-

giore ai 60 gg. Si calcola: $n. \text{ dimissioni con durata della degenza } > 60 \text{ gg.} \times 100 / n. \text{ totale dimissioni}$. Esprime l'inappropriata permanenza in ospedale dei casi acuti. Il valore medio nazionale è di 0,29 nel 2001.

b2. Indicatori di appropriatezza organizzativa

Sono indicatori che verificano la correttezza dei 43 DRG, definiti con il DPCM 29/11/2001 a maggior rischio di inappropriatezza organizzativa, qualora trattati con ricovero ordinario.

b2.1. Percentuale dei dimessi con DRG Medici da Reparti Chirurgici:

misura il livello di appropriatezza nell'utilizzo dei posti collocati in unità operative chirurgiche: $n. \text{ dimessi reparti chirurgici con DRG medico} \times 100 / n. \text{ tot dimissioni da reparti chirurgici}$; (valore medio nazionale 39,40%);

b2.2. Percentuale dei 43 DRG "L.E.A." sul totale dimessi:

$n. \text{ dimessi con DRG L.E.A.} \times 100 / n. \text{ tot. Dimessi}$; (valore nazionale nel 2002: 22,23%);

b2.3. Percentuale dei DRG "L.E.A." chirurgici sul totale dei dimessi;

dato nazionale 2002: 9%;

b2.4. percentuale dei DRG "L.E.A." medici sul totale dei dimessi;

dato nazionale 2002: 13,23%;

b2.5 Percentuale dei DRG "L.E.A." trattati in regime ordinario;

dato nazionale 2002: 56,14%;

b2.6 Percentuale dei DRG "L.E.A." trattati in day-hospital sul totale dei ricoveri per i 43 DRG;

dato nazionale 2002: 43,60%.

Di Governo Clinico, se ne intravede menzione già nella "Relazione sullo Spedale di Santa Maria Nuova di Firenze" redatta già nel 1742 dal fa-

moso medico Antonio Cocchi, che testualmente enunciava:

*“Queste leggi fisseranno le qualità ed i requisiti necessari di tutte le persone dell'ospedale, gli obblighi di ciascuno e l'autorità, la subordinazione e gli emolumenti e troveranno il modo di diminuire il vasto numero e il consumo dei sani, acciocché restino più ampie le facoltà degli ammalati, che sono i veri usufruttuari di questa eredità”.**

Una dichiarazione precisa circa l'individuazione della responsabilità gestionale-amministrativa e sanitaria, l'oculata gestione del patrimonio e dell'amministrazione dei beni dell'ospedale, insieme alla definizione dei diversi livelli di responsabilità della catena, con particolare attenzione alle modalità ed intensità di accesso alla cura, alle prestazioni sanitarie limitandone l'uso ed il ricorso all'effettivo bisogno del paziente, contemperando livelli di assistenza, efficacia ed efficienza.

Governo Clinico è gestire l'azienda sanitaria, quale azienda complessa di erogazione di servizi di pubblica utilità, tenendo conto, da una parte del mandato istituzionale imposto (erogazione dei L.E.A.), nel rispetto del vincolo di bilancio, in un'ottica organizzativa ispirata sia alla qualità totale (total quality management), che al “customer focus” e cioè progettazione e dimensionamento del servizio in base alle esigenze dell'utenza, che equivale a:

- adottare linee guida e percorsi assistenziali integrati, concordati, uniformi, appropriati in relazione a ciascun singolo caso, favorendo collaborazione ed integrazione fra assistenza ospedaliera, distrettuale e domiciliare, così da evitare ricoveri ordinari non necessari;
- limitare la durata delle degenze ordinarie al necessario;
- potenziare il ricorso al day-hospital ed al day-surgery, quali alternative di assistenza più economiche al ricovero ordinario;
- puntare al continuo miglioramento delle attività clinico-assistenziali, organizzative, gestionali, di ricerca e di formazione;
- implementare o potenziare, se presente, “l'audit clinico”, periodico e formalizzato, circa la verifica delle attività svolte e dei risultati conseguiti, anche attraverso l'adozione di specifici indicatori atti a misurare idoneamente gli stessi;
- promuovere la formazione continua, attiva, multidisciplinare, interprofessionale, attribuendo all'ECM non la funzione di mero adempimento di “creditificio”, quanto leva strategica di crescita professionale e culturale;
- investire sul “risk-management”, attraverso campagne di formazione e sensibilizzazione per il personale, l'identificazione delle cause e dei rischi clinici derivanti da eventi avversi e relative conseguenze, così da renderli rimediabili al momento della loro manifestazione (individuazione e monitoraggio del rischio);
- monitorare ed ottimizzare l'acquisizione e l'uso delle tecnologie sanitarie, massimizzandone l'utilità, adottando anche modelli di organizzazione del lavoro, della turnistica, che saturando al meglio la potenzialità produttiva, determinino, da una parte diminuzione dei costi per economie di scala nella produzione e, dall'altra, abbattimento delle liste di attesa per riduzione dei tempi medi in virtù dell'incremento della capacità produttiva erogabile (incremento di produttività della tecnologia);
- promuovere sempre più l'uso dell'informatica, della telemedicina, della FAD (formazione a distanza) così da consentire, in nome della continuità dei percorsi assistenziali, la trasmissione capillare in tempo reale della cartella clinica sul territorio al bisogno;
- migliorare la comunicazione interna all'azienda, fra medici ed amministrativi, fra alta direzione, dipartimenti, SS.CC. e SS.SS.;
- migliorare la comunicazione esterna con l'utenza, con i familiari, così da creare consapevolezza, partecipazione alle scelte clinico-assistenziali e sensibilità verso problematiche terapeutiche e risultati prevedibili;

*Donatella Lippi, Docente di Storia della Medicina – Dipartimento di Anatomia, Istologia e Medicina Legale Policlinico Careggi, Firenze, nell'articolo: “Quando la governace guida lo spedale”, del “Il Sole 24 ore Sanità”, del 6/02/07.

- pianificare l'attività aziendale nel medio/lungo termine, adottando un P.A.A. (Piano Attuativo Aziendale), coerente con gli obiettivi di politica sanitaria regionale fissati dal PSR;
- programmare l'operatività nel breve termine (un esercizio amministrativo, un anno) attraverso il "Budgeting" che appunto negozia: volumi di attività (Budget delle Attività) e risorse da assegnare alle Strutture Complesse (Master Budget: che raggruppa: il budget del personale, delle nuove apparecchiature, degli stock di farmaci, diagnostici, prodotti di consumo economati).

In sintesi il **clinical governance** (Governo Clinico) è un nuovo modo di pensare l'ospedale e l'azienda sanitaria, un modello orientato non più solo al raggiungimento dell'equilibrio economico-contabile, come spesso una distorta applicazione dell'aziendalizzazione ha generato, quanto la progettazione e la realizzazione di un sistema sanitario, finalizzato a favorire una gestione integrata e integrale dell'assistenza incentrata sul paziente, che punta a creare coerenza, armonia, fra l'efficacia, l'appropriatezza dei processi clinici e l'efficienza, l'economicità di quelli organizzativi, così da migliorare la qualità delle prestazioni, aumentare il livello di responsabilizzazione degli attori interni del sistema (che poi equivale ad una maggiore partecipazione, sensibilizzazione, coinvolgimento nelle scelte) degli stakeholders, previa definizione dei principi e del livello di autonomia e responsabilità, così da orientare l'operatività all'effettiva soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

Governo Clinico è anche creare una struttura reticolare e pluriprofessionale di indirizzo gestione-controllo, in una parola di "governo" della totalità delle attività tecnico-sanitarie delle A.S., finalizzato all'efficacia, alla appropriatezza ed alla sicurezza delle prestazioni in un contesto isorisorse di obiettivi di salute predefiniti.

Insomma una rivoluzione Copernicana del "*modus operandi*" del medico, che presuppone un suo profondo cambiamento culturale.

Ora al medico non è più richiesto solo l'anamnesi, la diagnosi, la selezione e conseguente erogazione della giusta e corretta prestazione professionale sanitaria (anamnesi, diagnosi, cura, terapia e riabilitazione per il medico e delle attività correlate, per gli altri professionisti sanitari), quanto anche il gestire processi produttivi complessi, spesso ad alto assorbimento di risorse (personale, farmaci, diagnostici, apparecchiature, ecc.), erogati in strutture complesse o semplici, più o meno articolate, ma anche di erogare la prestazione puntando all'efficienza allocativa nella gestione delle risorse assegnate quale Responsabile, nel rispetto degli obiettivi impartiti "ad hoc", "ex-ante", dalla D.G., a seguito di un processo di negoziazione il "Budgeting" che negozia e media da una parte, "l'operatività", e cioè i volumi quali-quantitativi di attività e dall'altro risorse (di personale, di capitale, finanziarie).

Pertanto, il grado di raggiungimento dell'obiettivo è strumento di valutazione del professionista, sia in fase di attribuzione dell'indennità di risultato (salario variabile) che del suo curriculum professionale, valutazione effettuata dal suo diretto responsabile (il Direttore Sanitario verso i responsabili dei Dipartimenti o in assenza dei responsabili delle diverse Strutture complesse Sanitarie; il Direttore Amministrativo verso i responsabili di Direzione dell'Area Amministrativa, il Direttore Generale verso i responsabili di Struttura in Staff alla Direzione Generale e verso il Direttore Sanitario ed Amministrativo, valutazione di 1° livello), validata dalla valutazione di 2° livello effettuata da un organo terzo esterno previsto dalla legge (NIV: nucleo interno di valutazione).

Per troppo tempo infatti il medico, classico "ordinatore di spesa" si è solo limitato all'aspetto squisitamente sanitario, operava in nome e per conto del paziente in maniera spesso auto-referenziale, autonoma e scollegata rispetto ai vincoli imposti dalle risorse finanziarie; un "Professional" orientato alla sola efficacia: *ad ogni costo*. Ora con l'aziendalizzazione, al medico, al

farmacista, al professionista sanitario, oltre alle conoscenze tipiche della professione, vengono richieste "Skills", competenze manageriali, economiche, comportamentali, relazionali, una volta assolutamente non richieste. Egli è infatti, da una parte valutatore del bisogno sanitario dell'utente e, se necessario, anche ordinatore di spesa, relativamente alla richiesta della prestazione sanitaria e, dall'altro, contemporaneamente, erogatore della prestazione.

In un contesto "isorisorse" il medico, oltre al ruolo tipico-istituzionale di professionista impegnato nella cura della salute del paziente, ora assurge a ruolo di "demoltiplicatore" della spesa e cioè di colui che, attraverso l'analisi "costi-benefici" insieme ad un approccio incentrato sulla E.B.M. (trial, studi randomizzati, protocolli, linee guida, ecc.), sulla selezione dei percorsi diagnostici-terapeutici e clinico-chirurgici più congrui, più utili, appropriati alla patologia del paziente, al livello di gravità e all'evoluzione della malattia, alle sue condizioni soggettive, individua il "processo sanitario" più efficace ed efficiente. La "razionalità clinica" che da sempre ha caratterizzato l'operato della Medicina, sin dai primordi ad oggi, è stato da sempre il principio di riferimento per la validazione di ogni intervento sanitario, sia dal lato della prestazione diagnostica che terapeutica.

Certo che i protocolli, le linee guida, i trial, le metanalisi sono strumenti e metodologie utili a meglio indirizzare le scelte ma di per sé non sufficienti a modificare i comportamenti professionali. Occorrono momenti di verifica di audit, di confronto, di feedback fra azione intrapresa e risultati conseguiti, sistematicamente, con approcci multidisciplinari, e di "benchmarking". Occorre instillare nei professionisti sanitari maggiore sensibilità, attenzione, progettare percorsi formativi, promuovere l'audit professionale, più conoscenza e responsabilizzazione a tutti i livelli, da una parte, verso una maggiore precisione nella redazione delle prescrizioni mediche (significativi volumi di richieste compilate dal medico ancora sono incomplete in

quanto non riportano né quesito diagnostico, né motivazione clinica, ecc.), appropriatezza ed oculata gestione delle risorse strumentali di cui il professionista dispone (tecnologie sanitarie: farmaci, diagnostici, reagenti, apparecchiature sanitarie, presidi ospedalieri, spazi, personale), qualità nella gestione complessiva del processo sanitario, partendo dall'analisi appropriata dei bisogni sanitari, sino alle verifiche di appropriatezza (indagini del P.R.U.O.: Protocollo - Verifica- Uso - Ospedale), e di qualità erogata (V.R.Q.: verifiche revisioni qualità) e della qualità percepita (indagine di soddisfazione del paziente con strumenti di "customer's satisfaction"), del "risk-management".

Appare ormai indispensabile approcciarsi alle scienze medico-sanitarie con multidisciplinarietà. L'equipe, il lavoro in team, devono rappresentare non teorici strumenti di facciate autoreferenziali che abbelliscono solo chi li propone, ma consueti, efficaci ed efficienti strumenti di lavoro e di motivazione del professionista.

L'E.B.M., consapevole dei limiti di questo approccio, sostiene che la sola "razionalità clinica" è un metodo necessario ma di per sé non sufficiente a garantire l'efficacia dell'operato del medico. Un approccio economico-scientifico-sanitario alla medicina richiederebbe prima l'individuazione di tutte le possibili alternative diagnostico-strumentali e/o clinico-chirurgiche esperibili, e poi comparativamente per ognuna di queste, eseguire l'analisi "costi-benefici" (esito e cioè grado di efficacia del percorso intrapreso e relativo costo), segnalando quelle più efficaci comparativamente al costo.

In sintesi Governo Clinico è adottare principi di gestione orientati all'efficacia dell'azione sanitaria, all'efficienza organizzativa dei processi, all'appropriatezza nella relativa loro individuazione e prescrizione, il tutto correlato ad una corretta valutazione del bisogno e di monitoraggio qualitativo dei processi erogati.

Il Governo Clinico introdotto dalle Aziende Sanitarie, in virtù di ciò ha determinato un apprezzabile risparmio in termini economici; in-

fatti da quando è tornato in auge nei principi di gestione della A.S. ha determinato nel periodo 1990-2005, il primato per il minor aumento medio della spesa sanitaria fra i Paesi dell'OCSE (riferimento art. del Presidente della Fiaso del 23/01/07 del "Sole 24 ore sanità", pagina 6).

Cenni di technology assessment in sanità

Prima di affrontare tematiche squisitamente aziendaliste circa l'acquisizione e la gestione delle risorse "tipiche" di una A.S., appare necessario definire il concetto di "Technology Assessment" per una gestione più oculata delle tecnologie in sanità nel senso più ampio del termine.

I **fattori "classici" del processo economico-produttivo sanitario** di una Azienda Sanitaria, trasversalmente, partendo dalla diagnosi, cura, terapia e riabilitazione, sono sintetizzabili nelle seguenti cinque macrocategorie di fattori:

- **Personale:** tutti i professionisti e gli operatori che partecipano al processo, oltre alle ditte ed al personale esterno ed universitario convenzionato;
- **Strutture:** edifici, plessi, piattaforme di servizi, sale operatorie, uffici, magazzini, ecc...;
- **Apparecchiature:** impianti, strumentazioni, attrezzature sanitarie: e cioè il set di tecnologia necessaria ad erogare le prestazioni ed assicurare la funzionalità dell'Azienda Sanitaria, sia essa di bassa, media ed alta specialità;
- **Materiale di consumo:** farmaci, diagnostici, prodotti economici, presidi ospedalieri e protesi, ecc...;
- **Organizzazione:** cioè la struttura organizzativa, il management, i modelli organizzativi, i layout, le linee guida ed i protocolli diagnostico-terapeutici, in sintesi "la tecnostuttura".

Anche se la tecnologia sanitaria muove i primi passi all'inizio del XIX secolo, il Technology Assessment (T.A.), e cioè la *Tecnologia Sani-*

taria, è stata definita nel 1976 (OTA) quale: "tutti gli strumenti, le attrezzature, i farmaci e le procedure utilizzate nell'erogazione dei servizi sanitari, così come le strutture organizzative preposte all'erogazione dei servizi" (Johansen, 1988). Il termine T.A. fu utilizzato per la prima volta nel 1967 al Congresso degli Stati Uniti, da parte del rappresentante americano e da quel momento ha avuto un rapido sviluppo soprattutto nell'ambito della valutazione dell'efficacia e dell'impatto che le tecnologie sanitarie producono sul paziente. Una definizione semplificata di "Health technology assessment" che è stata data e che si vuole condividere è la seguente: un processo di ricerca e di valutazione della tecnologia, basato su metodologie ed approccio multidisciplinare e destinato al supporto delle scelte di politica sanitaria.

Secondo la definizione riportata nel programma del primo Master Internazionale in Valutazione delle Tecnologie Sanitarie & Management (www.hta-master.com), la valutazione delle tecnologie in sanità è una forma di ricerca applicata, di respiro internazionale, politicamente orientata, che mira ad esaminare le implicazioni cliniche, economiche, etiche, legali e sociali della diffusione e dell'uso delle specifiche procedure, servizi o tecniche in sanità.

Si arriva al processo di acquisizione, partendo dal bisogno clinico e attraverso una serie di considerazioni che investono valutazioni tecniche e strutturali si giunge alla scelta finale attraverso una politica di scelte economiche che mirano a formulare un giudizio esaustivo sulla tecnologia utilizzata in termini di benefici clinici attesi e di costi sostenuti.

Ne consegue che tutto ciò che contribuisce alla produzione del processo sanitario, ad eccezione della risorsa umana e degli immobili, è Tecnologia Sanitaria; è pertanto farmaco tecnologia, alla stregua dell'elettrocardiografo, o dell'apparecchiatura più complessa (TAC).

Efficacia ed efficienza non rappresentano una dualità, ma sono due facce della stessa medaglia: la prestazione sanitaria che è uni-

ca, a beneficio di un unico soggetto: il "cliente-utente".

Cochrane Archie, affermava che individuare la tecnologia sulla scorta della sua efficacia, e cioè come sua attitudine a produrre beneficio verso il paziente, è contemporaneamente anche strumento per un'allocazione più efficiente delle risorse. Il T.A. è strumento di politica sanitaria, il mezzo tecnico attraverso cui si manifesta il Governo Clinico. Con questo si è cercato di seguire i metodi ed i principi utilizzati nel processo che prende il nome di Technology Assessment (T.A.), o meglio di Health Technology Assessment (H.T.A.).

Il processo di H.T.A. considera quattro componenti: l'efficacia clinica, costo/efficacia, problemi relativi ai pazienti e ad aspetti di organizzazione pubblica (incluso l'impatto di bilancio).

Il Technology Assessment è mirato a fornire ad amministratori e decisori della sanità le informazioni necessarie per fare scelte appropriate sul piano economico e gestionale. Essenzialmente i processi di T.A. cercano di valutare in modo complessivo i costi e i benefici conseguenti all'adozione e all'uso di una determinata tecnologia.

Technology Assessment: il metodo

Elementi essenziali del processo di T.A. sono:

- identificazione del quesito da affrontare;
- trasformazione del quesito in domande in cui è possibile dare una risposta sulla base delle informazioni scientifiche disponibili;
- descrizione e valutazione dello stato attuale dell'utilizzo della tecnologia oggetto d'indagine;
- revisione sistematica delle informazioni relative all'efficacia, all'efficienza ed alla sicurezza della tecnologia;
- valutazione delle implicazioni sanitarie, organizzative e sociali dell'uso della tecnologia;
- identificazione delle possibili decisioni da assumere in funzione delle valutazioni emerse dai punti precedenti e presentazione delle raccomandazioni principali.

Quali contenuti

Caratteristiche principali del T.A. sono l'enfasi nell'utilizzo di metodi di valutazione scientifici e trasparenti, nonché l'assunzione di una prospettiva di valutazione ampia, capace di affrontare non solo le implicazioni cliniche ma anche quelle organizzative, gestionali, economiche e sociali dell'uso di una tecnologia.

A cosa si applica

Esempi tipici di esercizi di T.A. che hanno prodotto serie di raccomandazioni per la pratica clinica riguardano i rapporti preparati da diverse agenzie internazionali, sullo screening mammografico, sull'utilizzo di tecnologie chirurgiche e sull'uso di tecnologie diagnostiche.

Riprendiamo il concetto di HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

L'acronimo H.T.A. indica tre termini inglesi:

- Health → Salute
- Technology → Procedura, Tecnica, Struttura;
- Assessment → Valutazione.

Perché l'H.T.A.

Nell'assistenza sanitaria, siamo ancora molto lontani dall'aver dimostrato con certezza la necessità e l'appropriatezza di molte prestazioni mediche. È noto, infatti, che a seconda della situazione la medesima prestazione può essere necessaria ed appropriata, ma anche inappropriata e perfino dannosa.

Attualmente, si stima che la percentuale degli interventi sanitari la cui efficacia è scientificamente provata oscilla, a seconda delle discipline mediche, dal 30 all'80%. Purtroppo, la crescita costante dell'offerta sanitaria ha prodotto non soltanto dei benefici, ma anche alcuni effetti indesiderati; è ormai assodato che una maggiore disponibilità di prestazioni sanitarie può anche determinare un eccesso di trattamenti, con tutti gli svantaggi che ne derivano, inconvenienti che sovente sono maggiori dei benefici. Stanziare maggiori risorse per la sanità, quindi, non vuol dire necessariamente ottene-

re più salute nella popolazione. Ecco perché, di fronte all'incremento costante della spesa sanitaria, causata sia dall'invecchiamento della popolazione, sia dal progresso incalzante di tecnologie sempre più costose, diversi Paesi stanno adottando l'H.T.A. come strumento di valutazione delle prestazioni mediche. La sanità è un'importante impresa economica, scientifica e sociale per tutti i Paesi dell'OCSE. Ha contribuito ad allungare la vita umana (Tabella 1) e a ridurre il dolore, il rischio di malattie e le condizioni d'invalidità. Tuttavia, negli ultimi decenni, le attività associate alla salute hanno assorbito crescenti porzioni del P.I.L. Nel 1990 la spesa media per le cure sanitarie nei Paesi dell'OCSE ammontava al 7,3% del P.I.L.. Nel 2001 questa media era salita all'8,4%, segnando un aumento che superava del 15% la crescita del P.I.L. (OCSE 2001). Nel contesto della minor crescita economica, dell'invecchiamento della popolazione (Tabella 1) e dell'aumento dei prezzi delle cure sanitarie e del loro uso, molti governi dell'OCSE si preoccuparono della sostenibilità dei finanziamenti assegnati alla sanità pubblica. L'H.T.A. è dunque una metodologia per valutare le prestazioni sanitarie erogate o comunque disponibili, e pianificare e gestire in modo più funzionale l'assistenza ai cittadini. Nella fattispecie, il termine "tecnologie" si riferisce tanto agli interventi terapeutici e riabilitativi quanto agli strumenti, alle apparecchiature, alle procedure mediche e chirurgiche, ai protocolli d'intervento e d'assistenza, alle applicazioni informatiche (per esempio, la cartella clinica elettronica), e non ultimo ai sistemi organizzativi e gestionali. L'H.T.A. valuta quindi l'efficacia sperimentale (in termini d'efficacia assoluta o *efficacy*), l'efficacia pratica (detta "efficacia relativa" o *effectiveness*) e l'efficienza (*efficiency*) di ciascuna "tecnologia" che prende in esame.

Tabella 1 • ISTAT 2006

Anno	Popolazione totale	Popolazione età >65 anni	%
1990	56.694.360	8.343.682	14,72
2005	58.241.860	11.335.217	19,45

Al livello minimo, l'H.T.A. mirata per certe tecnologie biomediche affronta la sicurezza e l'efficacia di quelle tecnologie; in altre parole, che cosa comportano i rischi per i pazienti e se sono giustificati rispetto ai possibili benefici alla salute; se le tecnologie biomediche forniscono esiti benefici alla salute e come quegli esiti per la salute si possono comparare a tecnologie alternative. Molto spesso l'H.T.A. comprende la valutazione economica, in genere come analisi "costo-efficacia" (cost-efficacy analysis: CEA). È importante osservare che la CEA si pone un quesito diverso dall'analisi "costo-beneficio" (cost-benefit analysis: CBA).

La CBA e la CEA pongono un quesito simile a livello generale, cioè " *le spese di un investimento sono giustificate dai suoi costi?* ". A differenza della CBA, la CEA valuta gli esiti in unità naturali del beneficio alla salute piuttosto che in termini monetari. Idealmente queste misure sono un'unità pluridimensionale come gli anni di vita migliorati per quanto riguarda la qualità oppure un'unità di anni di vita salvati; o, in via meno ideale, unità quali il numero di eventi di morbilità evitati (esempio: il costo di un infarto miocardico acuto evitato).

Il quesito specifico della CEA tende ad essere: "Se una tecnologia è in grado di fornire benefici netti a livello di salute della comunità, e se la tecnologia costa di più delle possibili alternative (e in genere costano di più), qual è il costo per unità di beneficio per la salute, ed è un investimento utile per la comunità?".

Efficacia

Traduce la parola inglese "effectiveness"; nel contesto dei sistemi socio-sanitari con "efficacia" si intende la capacità, da parte di un intervento o di una prestazione, di raggiungere gli obiettivi per i quali è stato effettuato e il beneficio e/o l'utilità che un individuo o una popolazione non selezionata riceve dall'offerta di un servizio, trattamento, programma di intervento di cui sia stata preliminarmente valutata la "efficacia clinica" (in inglese "efficacy") nella popolazione target di uno studio clinico. L'effica-

cia clinica si valuta nel contesto di studi sperimentali (per esempio, i randomised controlled trials), che mettono a confronto una procedura diagnostica o una terapia con altra strategia o trattamento somministrati in un gruppo di controllo, nella situazione ideale in cui tutti i soggetti seguono il trattamento cui sono stati assegnati con randomizzazione, esattamente come prescritto dal protocollo sperimentale.

Efficienza

Traduzione della parola inglese "efficiency", è il rapporto tra risorse impegnate e risultati in tutte le caratteristiche essenziali della qualità: appropriatezza, accessibilità, gradimento, ma soprattutto efficacia. È importante non confondere questo concetto di efficienza con quello derivato da culture non sanitarie, inteso come massimo numero di prestazioni rispetto alle risorse impiegate (sinonimo di produttività). La pratica clinica più "efficiente" è quella che migliora di più lo stato di salute della popolazione oggetto della prestazione in rapporto ad un determinato budget. L'efficienza viene solitamente analizzata verificando se i mezzi impiegati per raggiungere un determinato scopo potevano essere più proficuamente impiegati investendoli diversamente. Per esempio, i costi del rimborso pubblico di una terapia di disassuefazione al fumo potrebbero essere messi a confronto con i risultati di una campagna informativa anti-fumo o dell'attuazione di una legge più restrittiva nei confronti dei fumatori.

Gli obiettivi

L'H.T.A. si propone di valutare la reale efficacia degli interventi medici, l'appropriatezza, e l'efficienza con cui sono adottati, i loro miglioramenti qualitativi, i benefici clinici e organizzativi prodotti, il loro consenso sociale e così via, suggerendo, di conseguenza, come gestirli, promuoverli o scoraggiarli. In questo caso, l'H.T.A. incide direttamente sulle scelte che riguardano l'utilità clinica ed economica delle tecnologie sanitarie: se infatti vogliamo evitare che l'incremento della spesa sanitaria spinga a razionare le prestazioni, dobbiamo razionalizzare l'uso del-

le risorse disponibili, trasferendole dalle prestazioni meno efficaci a quelle di cui sia stata provata l'utilità e la necessità. L'H.T.A. è la valutazione sistematica di procedure e tecnologie impiegate nell'assistenza sanitaria alla popolazione, messa in atto raccogliendo e valutando le conoscenze e i dati della ricerca in materia, riassumendoli in un apposito rapporto, traendo le relative conclusioni e fornendo tutti i suggerimenti operativi necessari per il sistema sanitario. Le scelte compiute nella sanità e nella politica sanitaria vanno adottate in base a dati scientifici e certi, e devono essere basate sulle prove desunte dalla ricerca clinica sperimentale rigorosamente condotta (*evidence-based*). L'H.T.A., quindi, aiuta a prevenire l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate o superflue nell'ambito del sistema sanitario, contenendo così la spesa che comporterebbero e migliorando la qualità complessiva dell'assistenza medica.

Il rapporto H.T.A.

Il risultato d'ogni valutazione oggettiva è riassunto nel cosiddetto "rapporto H.T.A.", che si articola nei seguenti capitoli:

- presentazione dei dati scientifici più aggiornati su una determinata metodologia diagnostica o intervento terapeutico, redatta in modo trasparente, comprensibile ed obiettivo (*evidence-based*);
- discussione sulla sua rilevanza clinica;
- confronto con altri metodi;
- analisi delle ripercussioni sulla spesa sanitaria della procedura in questione.

Il rapporto tra l'H.T.A. e l'Evidence-Based Medicine (E.B.M.)

L'E.B.M. si propone di confrontare tra loro diversi risultati della ricerca clinica, puntando soprattutto a verificare l'efficacia degli interventi sanitari; si tratta di una metodologia di analisi particolarmente utile nell'assunzione delle decisioni cliniche quotidiane. L'H.T.A., invece, si spinge oltre la mera valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici e fornisce indicazioni sulle strategie di prevenzione (per esempio sull'uti-

lità dello screening), sugli interventi a carattere riabilitativo, sulle strategie di ottimizzazione medica ed economica, sulla gestione e programmazione delle strutture sanitarie, sulle intricate questioni legate all'allocazione delle risorse. Di conseguenza, l'H.T.A. crea un collegamento diretto tra la ricerca e le scelte concrete di politica sanitaria. Da quanto detto, emerge che l'H.T.A. e l'E.B.M. sono due discipline che si integrano a vicenda. Il valore aggiunto che l'H.T.A. può garantire alla politica sanitaria dipende anche dalla continuità del suo impiego e dalla complessità dei fattori presi in considerazione.

Conclusioni sull'H.T.A.

Le tecnologie biomediche possono conferire grandi benefici alla salute, ma possono rappresentare ben la metà dell'incremento dei costi della sanità. Coloro che occupano un ruolo decisionale nella sanità affrontano il compito difficile di utilizzare le opportunità create dalle tecnologie biomediche, allo stesso tempo assicurandosi che il sistema sanitario resti sostenibile ed equo. In aggiunta a questa sfida ci sono talvolta le pressioni conflittuali e le esigenze dei pazienti-contribuenti, del personale sanitario, dei produttori di nuove tecnologie e di una gamma di altri gruppi di pressione. Le prove obiettive sono di importanza fondamentale nel contribuire a risolvere esigenze conflittuali per raggiungere un accordo trasparente sul percorso ottimale da seguire. Senza prove, la comprensione e la diffusione delle tecnologie saranno più probabilmente influenzate da un'ampia gamma di fattori sociali, finanziari, professionali e istituzionali, e potrebbero non produrre livelli ottimali sugli esiti per la salute (outcome). L'H.T.A. è una forma di accertamento che considera non solo l'efficacia delle tecnologie ma anche il loro più ampio impatto, comprese le problematiche legali e sociali oltre all'efficienza. Il ruolo dell'H.T.A. è molto apprezzato da coloro che sono chiamati a prendere decisioni e svolgere un ruolo sempre.

Individuato il corretto "processo sanitario" da adottare al caso clinico, occorre dotare il

professionista delle strutture, delle apparecchiature, dei farmaci, dei diagnostici, dei materiali di consumo, in una parola della "Tecnologia Sanitaria" occorrente. È compito poi della "tecnostuttura", del management aziendale, in particolare di quello amministrativo, creare le condizioni di buona operatività in termini di miglioramento dell'efficienza nell'acquisizione dei beni e servizi, circa: specifiche tecniche dei beni e dei prodotti da acquisire, prezzo, qualità, tempi, quantità, scorte, lotti economici di acquisto.

Il presente lavoro non ha la pretesa di fornire elementi per orientare la decisione circa l'efficacia clinica ai fini della guarigione o del miglioramento della patologia del paziente dell'investimento, che è e deve restare giustamente di competenza del management sanitario, quanto quello di fornire elementi di conoscenza e di riflessione circa l'area "gestionale" dell'investimento della tecnologia sanitaria, sia in termini di acquisizione che di gestione, con particolare riferimento alla gestione della "funzione approvvigionamenti". In particolare il lavoro intende avvalersi di strumenti di analisi tipici della finanza aziendale, soprattutto della funzione finanziaria e dei suoi strumenti di analisi, per orientare le scelte a beneficio di chi esercita il "governo clinico", affinché l'investimento sanitario, oltre a tener conto del prioritario aspetto dell'efficacia, ponderi anche l'aspetto finanziario e reddituale dell'investimento.

Inoltre si vuole ricordare, che in più circostanze numerosi studi e ricerche hanno rilevato che il parco attrezzature del Servizio Sanitario Nazionale è obsoleto e vetusto.

Emblematiche sono le conclusioni dei lavori di un'apposita commissione ministeriale, costituita nel 2001 dall'allora Ministro della Sanità per valutare i servizi pubblici di diagnostica.

Ebbene la Commissione allora concluse sulla necessità di rinnovare il parco apparecchiature (macchine che in molti casi superano i 10 anni) e di sfruttare maggiormente tali investimenti con doppi turni di utilizzo.

Le ulteriori indagini e verifiche fatte negli anni successivi hanno confermato tale analisi.

3. Finanza Aziendale e strumenti di valutazione degli investimenti in generale ed in sanità

Uno degli obiettivi prioritari della Finanza Aziendale è la valutazione economico-reddituale-finanziaria degli investimenti.

Il successo ed il consolidamento di un'impresa passa anche attraverso una oculata gestione degli investimenti strumentali alla continuità aziendale.

Nella "variabile investimenti", non rientrano solo ed esclusivamente gli investimenti tradizionali quali la realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero o il potenziamento o l'acquisto di un'apparecchiatura (investimenti in immobilizzazioni materiali), ma rientrano anche gli investimenti finanziari (acquisizione di azioni, obbligazioni, quote, ecc. e cioè le immobilizzazioni finanziarie), investimenti nelle scorte (attivo circolante: scorte di farmaci, diagnostici, reagenti, ecc.) che tanto "assorbono" risorse in un'Azienda Sanitaria, nonché quelle immateriali che riguardano l'immagine, la pubblicità, ricerca e sviluppo, la formazione, tutti fattori che, seppur non possedendo il requisito della materialità, influenzano in modo significativo "performance", operatività e redditività dell'impresa.

Prima di passare ad esaminare gli strumenti atti ad effettuare la valutazione degli investimenti nonché a monitorare l'equilibrata gestione di una A.S., sia dal punto di vista economico, patrimoniale, finanziario, occorre introdurre un criterio di classificazione degli investimenti in sanità.

Da un'analisi di tutte le diverse tipologie di investimento esistenti in un'azienda sanitaria è possibile individuare i seguenti criteri di classificazione, in base a:

– Natura del fattore produttivo:

- *a fecondità semplice*: il cui ciclo di utilizzazione è unico e si esaurisce con il progressivo consumo del bene (farmaci, reagenti, presidi ospedalieri, presidi sanitari);
- *a fecondità ripetuta* (immobili, impianti, macchinari);

– Natura oggetto dell'investimento:

- bene *immobile*: quale per esempio la realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero, di un nuovo plesso, di un reparto o la ristrutturazione di immobili, uffici, la realizzazione di nuovi impianti;
- bene *mobile durevole*: acquisizione o realizzazione in economia di apparecchiatura, attrezzatura sanitaria;
- bene *mobile semidurevole*: particolari categorie di strumentario chirurgico, strumentazioni con vita limitata nel tempo;
- bene di *consumo* (farmaci, reagenti, prodotti econormali, ecc...)

– Fonti di finanziamento, derivanti da:

- *trasferimenti e/o co-finanziamenti statali, regionali, comunali*;
- rapporti e convenzione con l'*Università*;
- da *risorse proprie* di bilancio;

- da *autofinanziamento* per utili non distribuiti;
- da lasciti e donazioni di associazioni, ditte e/o privati benefattori.
- contributi e cofinanziamenti di fondazioni bancarie per la realizzazione di progetti di pubblica utilità in campo sanitario.

– **Durata del ciclo di utilizzazione:**

- investimenti a *breve termine*: il cui ciclo non supera i 12 mesi;
- investimenti a *medio termine*: il cui ciclo è 18-36 mesi;
- investimenti a *lungo termine*: il cui ciclo è superiore ai 36 mesi.

– **Destinazione:**

- per l'assistenza;
- per la ricerca;
- per la ricerca e l'assistenza integrata;
- per il territorio.

– **Intensità di capitale (costo):**

- ad *alta intensità di capitale* e cioè l'alta tecnologia: TAC, RMN, PET, Acceleratore Lineare, sono solo alcuni esempi di costosi investimenti ad elevato impiego di capitale;
- a *media intensità di capitale*: apparecchiature ed attrezzature tecnico-scientifiche sanitarie routinarie, farmaci, diagnostici, protesi, impiegate nel processo sanitario per assicurare l'erogazione di prestazioni di bassa e media specialità;
- a *bassa intensità di capitale*: cioè i materiali di consumo, i prodotti economici, le scorte di beni sanitari.

– **Al grado di dipendenza:**

- due o più investimenti sono **alternativi**, quando in un sistema isorisorse, la realizzazione di uno rende impossibile l'effettuazione di un altro;
- **vincolati**, quando esiste correlazione diretta tra il primo investimento e quello successivo necessariamente da realizzare (es: acquisto della TAC e, conseguentemente del tubo radiogeno);
- **indipendenti**, quando il grado di dipendenza tra due o più progetti è nullo;

- **in base agli "effetti" prodotti**: relativamente ai "costi", "ricavi" e "capitale circolante";
- **"costi"**, e cioè agli investimenti che impattano solo e direttamente sulla dinamica dei costi di produzione, atti a migliorare e potenziare la capacità produttiva o il livello di efficienza e di economicità di un impianto, di un macchinario, di una tecnologia. Tutti gli investimenti della "Funzione Produzione" rientrano in questa tipologia;
- **"ricavi"**, esempio gli investimenti che prevedono il miglioramento qualitativo del "prodotto" così da consentire un apprezzamento del livello qualitativo e conseguente aumento del prezzo così da incrementare, più che proporzionalmente rispetto all'incremento di costi, fatturato e profitti;
- **"capitale circolante"**, riguardano quegli impieghi di capitale che hanno diretto impatto solo sul circolante: liquidità, crediti, scorte di farmaci, diagnostici, presidi economici ed ospedalieri. Sono relevantissimi all'interno di un'azienda sanitaria, considerato che, tolto il 70-75% del totale dei costi imputabile al personale, questi rappresentano il 20-25% dei costi di una A.S. relativamente all'acquisizione di beni e servizi. È qui che diventa fondamentale introdurre modelli economico-gestionali e di finanza aziendale forieri di economie e risparmi sia nella gestione delle scorte che nell'approvvigionamento delle stesse e nella relativa analisi prospettica dei consumi.
- **alla "natura" del progetto**: l'investimento viene classificato in base alla destinazione ed alla utilità del progetto e conseguente rischiosità, in particolare:
 - per la **sicurezza, igiene ed utilità sociale**, dove, di fatto, non esiste autonomia decisionale nell'effettuare l'investimento in virtù della obbligatorietà derivante da disposizioni normative e legislative (es: adeguamento di un impianto elettrico di un immobile o di una sala operatoria, rifacimento di un rivestimento di un ambiente asettico, il potenziamento di un impianto di aspirazione, ecc.);

- per migliorare la **qualità**, l'investimento, che potrà essere "materiale", acquisto di un bene o di un macchinario, o immateriale, corso di formazione, addestramento, immagine, comitati per il controllo della qualità, ha lo scopo di migliorare complessivamente l'out-put, per meglio soddisfare le esigenze del cliente. In Azienda Ospedaliera esempi possono essere percorsi di MCQ (miglioramenti continui della qualità) attraverso corsi per il personale (uso della cartella clinica, delle SDO, scheda dimissione ospedaliera, PRUD: protocollo revisione uso ospedale), studi per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, corsi per il personale "front-line";
- per accrescere la **redditività**, sia sottoforma di riduzione dei costi, che di incremento dei ricavi, realizzando, attraverso migliorie di "processo", prodotti più performanti e commercialmente più apprezzabili;
- in relazione all'entità del **rischio**, derivante dall'alea di incertezza tra costi dell'investimento ed effettiva realizzazione dei ricavi. Negli investimenti finanziari vale, di norma, il principio che maggiore è il livello di rischiosità dell'investimento e maggiore risulta essere la redditività; si pensi al mercato azionario ed in particolare alle "blue chips" che rappresentano titoli volatili ad elevata rischiosità-redditività. In sanità, stante la tipicità dell'ambiente in cui operano appunto le Aziende Sanitarie, che è il "mercato sanitario" con le sue peculiarità, non si può parlare di vero e proprio "rischio" d'investimento, in quanto le stesse operano, di fatto in un mercato protetto istituzionale, che è il S.S.N. dove la domanda proviene dal cittadino-utente ed il servizio nazionale è erogato da strutture sanitarie (A.S.L. e A.O.) in regime di "concorrenza monopolistica". Si ravvisa il "rischio d'impresa" in sanità quando inizia la competizione fra sanità pubblica e privata convenzionata dove appunto il servizio pubblico erogante i "L.E.A." (livelli essenziali di assistenza) può avvalersi o di strutture pubbliche e cioè della rete di ospedali, ambulatori, presidi del S.S.N. stesso o di strutture sanitarie private "convenzionate". Pertanto la bontà dell'investimento (es.: la realizzazione di un nuovo presidio, plesso ospedaliero, S.C., o acquisto di un'apparecchiatura ad alta tecnologia sanitaria) deve essere analizzata in un'ottica di funzionalità, qualità, efficacia, efficienza del servizio nella sua interezza ed il "rischio d'impresa" si ha quando la previsione di "domanda" che ha motivato l'investimento non trova poi concretezza sul mercato;
- **indicatori**, che se opportunamente letti e gestiti sono in grado di misurare la bontà dell'investimento sono:
 - **"liste di attesa"**: che misurano lo "spessore" e il livello di richiesta del servizio e della prestazione (maggiori sono i tempi per ottenere la prestazione e più si riscontra "mercato");
 - **"costi di produzione"** della prestazione: attraverso una puntuale, sistematica Contabilità Direzionale dei processi di produzione della prestazione sanitaria è possibile quantificare il costo della prestazione (tecniche: "direct costing", costi diretti: tengono conto solo dei costi di diretta imputazione quali: personale, materie prime, energia, e del "full-costing", cioè del costo pieno, che somma i costi di diretta imputazione ed i costi indiretti, quali ammortamento, spese generali, ecc.);
 - **"redditività"**: rappresentata dalla valorizzazione economica della "produzione sanitaria" erogata, conseguente alla effettuazione dell'investimento (es.: fatturato complessivo del presidio ospedaliero a fronte del totale degli investimenti in immobili, arredi, impianti, apparecchiature realizzati o, diversamente, tra fatturati da singola prestazione e costi, es.: acquisto di una PET e ricavi da prestazione). Ovviamente nella valutazione della redditività occorrerà adottare modelli matematico-finanziari di attualizzazione dei ricavi futuri derivanti dall'investimento stesso.

- **“margine di contribuzione”**: quale grandezza economica ottenuta dalla differenza tra Fatturato complessivo (F) e Costi Variabili Totali (CVt: personale + costi di diretta imputazione), che misura il grado di copertura economica dell'operatività.

Verificata la “fattibilità economica” e cioè la redditività dell'investimento occorre valutare anche la fattibilità finanziaria e cioè la compatibilità finanziaria temporale e dimensionale fra volume entrate ed uscite numerarie. Infatti può succedere che un progetto d'investimento ritenuto economicamente conveniente possa anche non essere realizzato, accantonato o posticipato in virtù del fatto che, temporaneamente, in quel momento, non si è in possesso della disponibilità finanziaria necessaria ad effettuarlo; sono cioè quei progetti con “vincoli finanziari”, definiti *“capital rationing”*.

3.1 I profili d'analisi delle decisioni di investimento in generale ed in particolare in sanità

L'aziendalizzazione della Sanità, attribuendo alle A.S. personalità giuridica pubblica, autonomia amministrativa, organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (art. 13 D. Leg.vo n° 502/92), ed alla luce del D. Leg.vo n° 229 (Riforma Bindi o Ter), anche **“autonomia imprenditoriale”**, conferisce a tali aziende ampi margini di discrezionalità tecnico-gestionale, nel rispetto dei fini istituzionali, circa l'organizzazione, l'articolazione, strutturazione dei servizi ed in particolare su come “allocare” le risorse assegnate.

Non solo pertanto attenzione alla legittimità della gestione ma anche, contemporaneamente, attenzione all'efficienza, all'efficacia degli acquisti, degli investimenti. Da sempre, infatti, il legislatore in materia di “acquisizione di beni e servizi” nella P.A. ha privilegiato l'aspetto leguleio del rispetto della norma, della legitti-

mità formale dell'azione amministrativa, della conformità alla norma, alle procedure, spesso trascurando l'aspetto sostanziale circa la verifica ed il controllo sull'economicità dell'azione amministrativa (che è anche per legge principio di riferimento nella acquisizione di beni e servizi).

Il Legislatore ha da sempre posto l'attenzione allo studio delle procedure amministrative relativamente alla acquisizione di beni e servizi, che più garantissero trasparenza, *“par condicio”*, ponendo l'attenzione sull'aspetto del: **“Come acquistare”** e cioè quale procedura adottare per esperire l'acquisto o realizzare l'investimento. Prova ne è il Testo Unico D. Leg.vo 12 aprile 2006 n. 163 e ss.mm. che attraverso una trattazione sistemica dell'universo dell'acquisizione dei beni e dei servizi, ha rivisitato ed introdotto nuove procedure amministrative di acquisto, istituti, contratti.

Il presente lavoro, invece, dando per acquisito l'aspetto della legittimità formale dell'azione amministrativa (rispetto della legge e delle procedure), approfondisce aspetti più squisitamente “gestionali” relativi alla valutazione degli acquisti degli investimenti e cioè del **“Cosa Acquistare”**, variabile tipicamente endogena ed anche espressione dell'autonomia aziendale, utilizzando strumenti appartenenti alla Economia ed alla Finanza Aziendale già ampiamente utilizzati nelle Aziende Private, ma ancora, di fatto, non molto diffusi nelle Aziende Sanitarie. Non tanto una “Rivoluzione Copernicana” nella gestione delle aziende sanitarie quanto l'opportuna adozione, rivisitazione, implementazione di tecniche e strumenti mutuati dal privato e dalla dottrina aziendale in grado di migliorare il livello di efficienza, di economicità, di “profitto” all'interno dei complessi processi produttivi sanitari attraverso dapprima una più oculata pianificazione, programmazione e budgeting dell'intera attività.

L'implementazione di tale approccio e delle tecniche aziendalistiche nelle Aziende Sanitarie avverrà sia sul versante della gestione del capitale circolante (approvvigionamenti di magaz-

zino, giacenze di: diagnostici, farmaci, prodotti economici, presidi ospedalieri, protesi, ecc.) che dell'attivo immobilizzato.

In particolare si farà riferimento alla tecnica del *"budgeting"* quale strumento di programmazione, da una parte dell'operatività delle attività e dell'altra mezzo per definire volumi quantitativi di risorse, acquisti, investimenti.

La **decisione** d'investimento, in generale, sconta valutazioni che riguardano profili:

- di **necessità**: l'investimento è finalizzato a soddisfare un effettivo bisogno formalizzato da una richiesta d'acquisto del responsabile ed atto ad assicurare la corretta funzionalità dell'azienda;
- di **opportunità**: l'investimento (in circolante, apparecchiature, impianti, immobili, ecc.) è da effettuare perché le circostanze ne motivano convenienza e congruità;
- di **coerenza**: fra strategie/obiettivi/operatività;
- di **tempestività**: la decisione d'investimento deve essere effettuata in tempi rapidi. Inerzia, lungaggini, nella valutazione e nell'esperimento delle procedure potrebbero far venir meno l'opportunità e la convenienza, inficiandone la bontà dell'investimento stesso;
- **economici**: ci deve essere compatibilità fra risorse investite e proventi realizzati a seguito della effettuazione dell'investimento in termini di flussi di ricavi prospettici, attraverso l'utilizzo di un indicatore che misuri la redditività e la convenienza economica dell'investimento, in funzione dei flussi di cassa incrementali derivanti dal progetto e del costo del capitale;
- **finanziari**: va verificata anche la fattibilità finanziaria, in quanto, investimenti economicamente convenienti, non sempre sono fattibili per incompatibilità finanziaria, imputabile o a indisponibilità totale o parziale della liquidità necessaria o a flussi di ritorno più lenti a seguito di eventuali sfasamenti temporali uscite/entrate.

A tal fine si rinvia anche a quanto già trattato ed alle considerazioni effettuate nelle pa-

gine precedenti in merito al Technology Assessment.

Di seguito si approfondiranno, attraverso gli strumenti della Finanza Aziendale, **due aree strategiche d'investimento delle Aziende Sanitarie**, parimenti importanti sia sul versante della organizzazione, funzionalità, economicità, efficienza ed efficacia, che della loro complessa operatività:

- **Attivo Circolante (Ac)** o *capitale circolante*;
- **Immobilizzazioni Fisse (Ai)** o *capitale fisso*.

È utile ricordare, prima del prosieguo dell'analisi, che le suindicate voci trovano allocazione nel Bilancio, redatto ai sensi dell'art. 2423 e successivi del C.C. e nello Stato Patrimoniale, fra le attività, ma hanno anche rilevante impatto nel Conto Economico, sia in termini di costi di esercizio (costi di competenza d'esercizio relativamente a consumi di materie prime, semilavorati, scorte, quote di ammortamento, ecc.) che in termini di costi d'immobilizzo e gestione del capitale (es.: un investimento in un'apparecchiatura sanitaria ad alta specialità rappresenta un investimento di capitale che ha un "costo" di gestione diretto, relativamente al suo funzionamento, per costi di ammortamento, manutenzione, riparazione, gestione, manodopera, ma anche un costo indiretto relativamente al costo opportunità del capitale investito, qualora l'investimento sia stato realizzato con capitale proprio o, diversamente del costo del capitale preso a prestito: tasso d'interesse passivo sul finanziamento).

È utile fare riferimento per meglio individuare le due aree d'intervento alla IV^a Direttiva Comunitaria in materia di Bilancio, la quale, prevedendo la riclassificazione del Bilancio, riclassifica le Attività in base al grado di liquidità delle poste e le Passività in base al grado di esigibilità, mentre, relativamente al Conto Economico, introduce il Conto Scalare a "Valore della Produzione", entrambi utili strumenti che meglio consentono di effettuare "l'Analisi di Bilancio", attività di fatto ancora non molto diffusa nelle Aziende Sa-

nitare ma di indubbia utilità gestionale, qualora opportunamente tarata ed implementata in particolari organizzazioni aziendali.

L'analisi va effettuata in relazione a:

- a) valutazione e gestione del **"Circolante" (Ac)**, e cioè di tutte le poste dei fattori produttivi a fecondità semplice il cui investimento/disinvestimento si realizza nel breve termine (entro 12-18 mesi), con particolare riferimento alla "funzione approvvigionamento" di beni (farmaci, diagnostici, presidi ospedalieri, prodotti economici, ecc.) ed alla relativa modalità di prospettazione dei consumi, gestione degli ordini, delle giacenze, dei livelli di riordino delle scorte, introducendo modalità di approccio innovative per la sanità, quali: "budget trasversale degli acquisti"; "lotto economico"; particolari "ratios";
- b) selezione e valutazione degli **Investimenti in Immobilizzazioni Fisse (Ai)** e cioè in fattori produttivi a fecondità ripetuta (impianti, macchinari, apparecchiature sanitarie, strumentazioni di valore superiore ad € 516,46, limite sotto il quale il cespite, può essere "spesato", cioè imputato quale costo di competenza dell'esercizio e non soggetto ad ammortamento), il cui ciclo di utilizzazione si protrae per più esercizi (durata economica funzione della tipologia del bene acquisito che individua il coefficiente di ammortamento applicabile al cespite; in genere, facendo riferimento al D.M. 31/12/88, che fissa i coefficienti fiscali di ammortamento è quantificato nel 12,50% e dunque perfezionabile in 9 anni = 8 + 1), che pertanto si configurano come scelte strategiche per l'Azienda Sanitaria, stante l'ampio orizzonte temporale ispirate a "Governance Clinico" e "Technology Assessment".

3.2 La gestione dell'attivo o capitale circolante

3.2.1 Il budget trasversale degli acquisti

L'Aziendalizzazione, oltre alla creazione delle Aziende Sanitarie ha anche previsto l'obbligato-

rietà della contabilità economico-patrimoniale, in sostituzione della ormai superata contabilità finanziaria (CO.FI.), contabilità tradizionale tipica della Pubblica Amministrazione (legge di Contabilità dello Stato), incentrata sul "*principio della cassa*", ad un sistema economico-patrimoniale integrato, basato sul "*principio della competenza*".

Il cambiamento del modello contabile, oltre a modificare le modalità di registrazione contabile degli "eventi aziendali", utilizzando il sistema della "partita doppia", dovrebbe anche mutare l'approccio del "buyer" alla gestione della "*funzione approvvigionamenti*", tradizionalmente e storicamente assegnata al Provveditore-Economista.

Mentre, fino ad ora, tale area fungeva da raccogliatore, convogliatore, selezionatore, autorizzatore e promotore verso l'esterno (dette fornitrici o terze economie) delle diverse *RICHIESTE*, provenienti, più o meno, "random" dai diversi reparti, servizi, strutture semplici e complesse, ora, con l'introduzione del "Budgeting", anche l'area Provveditorato-Economista (o area acquisizione beni e servizi) assume ad un ruolo ben più importante all'interno del "*processo di negoziazione aziendale*": attività - obiettivi - risorse - budget degli acquisti.

Le norme di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, riferimento D.Leg.vi 502/92, 517/93 (all'art. 4, c. 1), 229/99, prevedono l'obbligo per le Aziende Sanitarie di informare la gestione ospedaliera al "principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basate sulle prestazioni effettuate". Ecco che, implicitamente, viene sancito l'obbligo per il management di utilizzare, in via routinaria e come strumento di negoziazione e di programmazione delle attività/risorse/obiettivi il "Budgeting".

Ciò è anche ribadito nell'art. 5, in materia di contabilità e patrimonio, ove prevede che le Aziende Sanitarie sono tenute obbligatoriamente ad adottare, oltre alla Contabilità Economico-Patrimoniale, nella sua tradizionale forma di

Contabilità Generale (CO.GE.), redatta ai sensi dell'art. 2423 e successivi del C.C., anche la Contabilità Direzionale per Centro di Costo (CO.DIR.). Entrambi i sistemi, opportunamente integrati con il Sistema Informativo Aziendale, (S.I.A.), consentono l'implementazione e il funzionamento del "Budgeting" (1) e del Controllo di Gestione.

• Significato di "Budgeting" nelle Aziende Sanitarie

Ruolo della Finanza Aziendale è, da una parte, quantificare i fabbisogni in termini di impiego di capitali necessari a finanziare gli investimenti (IMPIEGHI) relativamente all'acquisizione dei fattori produttivi di breve-medio-lungo periodo, che assicurano l'operatività aziendale e dall'altro individuare le Fonti di finanziamento più idonee, in termini di flessibilità, elasticità, costo, fruibilità per finanziare gli investimenti stessi.

Binomio "Fonti-Impieghi" diventa pertanto, per le Aziende Sanitarie un documento di pianificazione strategica, molto più che mero documento di rendicontazione da allegare al Bilancio, ma assurge a strumento di indirizzo, gestione e controllo dell'intera attività.

Basti pensare alla realizzazione di nuovi investimenti, alla costruzione dei nuovi immobili e plessi ospedalieri, alla ristrutturazione di interi presidi o strutture; in tutte queste ipotesi, infatti le Aziende Ospedaliere al momento della pubblicazione dello "start" delle procedure di gara che sottostanno all'investimento debbono necessariamente avere la copertura finanziaria dello stesso attraverso:

- trasferimenti in conto capitale dal governo centrale;
- trasferimenti in conto capitale dal governo regionale;
- trasferimenti o contributi dei comuni;
- donazioni di enti, fondazioni o privati benefattori;
- misure particolari d'investimento per la realizzazione di nuove opere (es.: art. 71 L.);
- accensione di mutui con istituti di credito;

- progetti di "project-financing";
- cofinanziamento pubblici-privati.

Pertanto anche nelle Aziende Sanitarie, il "Budgeting" è quell'attività che consiste nell'adottare un "Budget", coordinato generalmente da un "Comitato Budget", composto dai vertici aziendali: Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario e presieduto dal Direttore Generale, che negozia con i responsabili di Dipartimento e/o con i Responsabili delle Strutture Complesse programmi di attività/obiettivi/risorse.

In sostanza il Budgeting è pianificare, programmare, prevedere, eventi e azioni future, volte al raggiungimento di un obiettivo (risultato), analizzandone la manifestazione economica, finanziaria (negativa: budget dei costi e delle uscite; positiva: budget dei ricavi e delle entrate) e dell'operatività (budget delle attività).

"Budget: è uno degli strumenti di controllo della gestione aziendale, inteso come pianificazione, programmazione e controllo delle attività, ovvero il processo formale attraverso il quale, periodicamente, sono definiti in modo esplicito gli obiettivi aziendali, l'impiego e l'allocatione delle risorse" (secondo M. Zanetti, su "Il medico e il management" - Accademia Nazionale di Chirurgia 1996).

Si distingue:

- a) Piano Finanziario d'Investimento;
- b) Elenco Spese ed Entrate previste in un determinato periodo di tempo (es.: 1 anno; 6 mesi; 1 mese, ecc.) in relazione ad un'attività (centro di costo, di ricavo, di responsabilità, dipartimento).

Il Budgeting è il processo di programmazione e Controllo di Gestione, che consente al Management di reperire ed organizzare a preventivo, le risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi.

Budget è l'insieme delle decisioni, azioni, attività da intraprendere anticipatamente per attuare i programmi aziendali

Il "Budgeting", consente al management di verificare la fattibilità tecnica, economica, finanziaria dei programmi così da assicurare e reperire le risorse umane, tecnologiche, finanziarie, a ciò necessarie per erogare i piani di attività ed i volumi assegnati dalla Regione, dal Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.), dal Piano Attuativo Locale (P.A.L.).

Il **BUDGET** è un documento **contabile-amministrativo** che:

- Integra e sintetizza unitariamente, per l'esercizio/i futuro/i, i programmi delle diverse unità organizzative ed aree aziendali per il conseguimento degli obiettivi dell'Azienda, così da fornire al top management una visione d'insieme;
- Quantifica anticipatamente i risultati dei programmi di azione, in termini di:
 - quantità fisico-tecniche (es.: volumi di attività, di produzione, fabbisogno di materie prime, manodopera necessaria, ecc.);
 - *valori economici* (prezzi, costi, ricavi, ecc.);
 - *valori finanziari* (debiti, crediti, flussi di cassa, ecc.).

• Piano Strategico e Budget

Il Sistema di Budget è espressione dei budget elementari, fra loro collegati da un vincolo di interdipendenza e complementarità e confluiscono nel "MASTER BUDGET" (definito anche Master Generale d'esercizio o Budget Aziendale), il tutto coerentemente al PIANO STRATEGICO.

È opportuno prioritariamente capire la differenza fra "piano strategico" e "Budget":

- **"PIANO STRATEGICO"**: riguarda scelte strategiche di lungo periodo che vanno dai 3 ai 5 anni, che determinano la STRATEGIA;
- **"BUDGET"**: riguarda scelte di breve periodo (1 anno, 18 mesi) e di medio periodo (18 mesi, 3 anni).

Piano strategico

Il Processo di "Budgeting" si avvia con la redazione dei programmi commerciali e di marketing che, nel loro configurarsi, consentono di definire le previsioni dei Ricavi (da attività) e dei Costi di produzione sostenuti per ottenerle.

Dall'Analisi del Mercato e della Domanda (volume e tipologia quali-quantitativo delle prestazioni che si intende erogare), si definiscono i Piani di Attività e, conseguentemente, le politiche di approvvigionamento, così da formulare il budget dei costi di produzione. Il tutto sintetizzato in un documento unitario definito **"master budget"** (insieme di master elementari).

• Il "Master Budget"

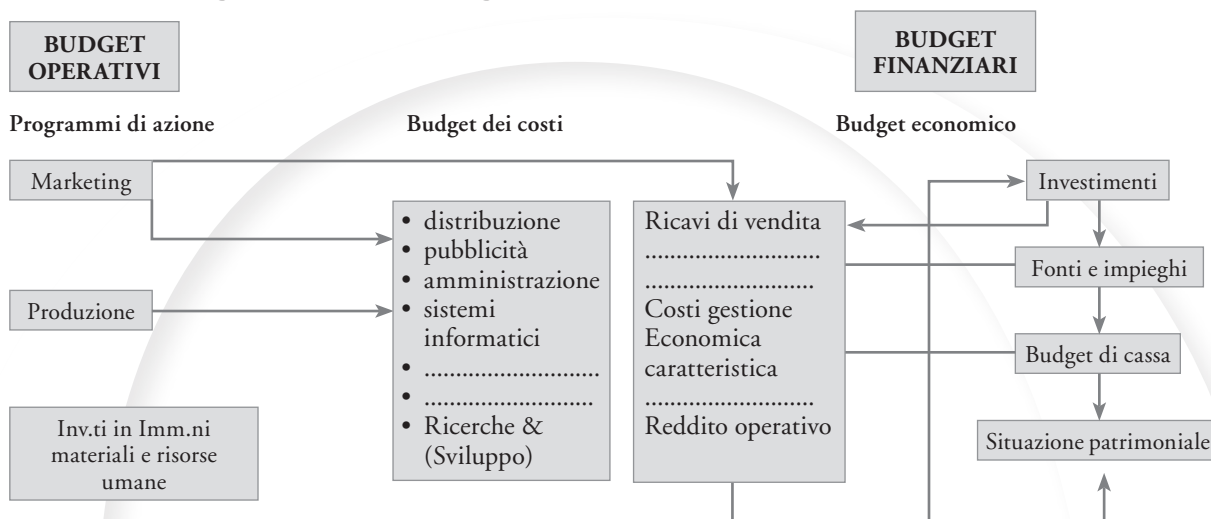
Il **"Master Budget"** è la sintesi di più e diversi budget elementari, riconducibili a tre tipologie:

- **Budget operativi**:
 - Budget area commerciale;
 - Budget della produzione (delle "Attività");
 - Budget degli acquisti (degli "approvvigionamenti");
 - Budget del Personale;
- **Budget degli investimenti**: rientrano i programmi di investimento, strategici ed operativi, che riguardano ogni singola area;
- **Budget finanziari**: Budget "Fonti-Impeghi";
 - Budget di Cassa;
 - Budget delle variazioni del Capitale Circolante Netto.

Il **Master Budget** è pertanto composto da:

a) Budget Economico:	o conto economico preventivo, ottenibile dalla contrapposizione tra Ricavi e Costi connessi ai programmi operativi
b) Budget Finanziario (Cassa):	o flussi finanziari preventivi, accoglie i valori dei flussi a livello di risorse finanziarie globali (fonti-impieghi) e di cassa
c) Budget Patrimoniale:	o Stato Patrimoniale preventivo, configura uno Stato Patrimoniale Simulato e proiettato al 31/12

Sistema di Budget: il "Master Budget"



• La verifica del "Budgeting":

Momenti di verifica lungo il processo di "Budgeting"

DEFINIZIONE PIANI E PROGRAMMI OPERATIVI:

- Commerciale
- Produzione
- Investimenti

- Budget di tesoreria: fonti-impieghi e budget di cassa

Verifica fattibilità finanziaria

REDAZIONE BUDGET STATO PATRIMONIALE

"Budgeting" nelle Aziende Sanitarie

La legge prevede che le Aziende Sanitarie debbono "informare" la gestione al principio dell'"autonomia economico-finanziaria, dei preventivi e consuntivi per centro di costo, basati sulle prestazioni effettuate" utilizzando, quale strumento operativo in via routinaria ed ordinaria il "Budgeting".

Esso pertanto è strumento per:

- Misurare efficienza ed efficacia dell'organizzazione e dell'operato;
- **Responsabilizzare** gli operatori verso comportamenti clinici, economici, organizzativi ottimali (Governo Clinico, "Technology assessment", "Evidence medicine Based" E.B.M., "Evidence Medicine Laboratories Based" E.B.L.M.);

Verifica fattibilità tecnico-produttiva programmi e redazione dei **budget operativi**:

- **Commerciale**
- **Produzione**
- **Scorte**
- **Acquisti**
- **Personale**
- **Investimenti**

Verifica di integrazione ed equilibrio fra i budget operativi:

- **Conto economico di budget**

Verifica fattibilità economica

- Garantire al top management la realizzazione di attività assistenziali compatibilmente agli obiettivi aziendali e alle risorse economiche disponibili;
- Ricercare efficaci meccanismi nella motivazione e **valutazione del personale** attraverso l'implementazione di politiche economiche di **incentivazione** (2).

Il BUDGETING, quindi, è molto più della semplice e riduttiva interpretazione che gli attribuisce la funzione di mero CONTROLLO OBIETTIVI-RISULTATI-COSTI, quanto strumento, metodo, per responsabilizzare le persone, verificare e conseguire efficacia ed efficienza nell'organizzazione, per diventare il principale strumento di autocontrollo e di apprendimento degli operatori, finalizzato al contenimento, controllo della spesa in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.

- I diversi livelli di negoziazione nelle Aziende Sanitarie: dal "Piano Strategico", al "Budgeting", alla negoziazione interna.

Nelle Aziende Sanitarie si possono individuare tre livelli di negoziazione-concertazione:

1° livello - PIANO STRATEGICO:

Redatto dall'Alta Direzione Aziendale (Direzione Generale, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria), su input e di concerto con l'Assessorato alla Sanità della competente Regione, nel rispetto delle leggi nazionali e regionali e delle disposizioni e direttive ministeriali, dei regolamenti.

La Regione stabilisce: Piani di Attività; Programmi di Intervento; Progetti Finalizzati, Attività su Mandato (es.: 118), e concerta con le Aziende i programmi di attuazione.

A volte la Regione è anche costretta a "contingentare" prestazioni sanitarie, restringendo la libertà di erogazione dell'Azienda contingentata.

Esistono anche piani strategici tipicamente "aziendali" (es.: piani di potenziamento e sviluppo di lungo periodo, ecc.).

2° livello - Il "BUDGETING":

Riguarda la pianificazione, programmazione, individuazione delle attività nel breve periodo (da 12 a 18 mesi). È appannaggio della Direzione Generale e della media direzione, che "negoziavano" attività ed obiettivi (in coerenza con la strategia aziendale e regionale), concertando insieme risorse ed impieghi (Metodo "Top down": tipica negoziazione unidirezionale che non prevede il coinvolgimento del team diversamente dalla modalità "Bottom up").

Ogni responsabile di Dipartimento, di Unità Operativa o di Struttura Complessa, "negozia" con i vertici aziendali: attività da erogare, tempi "standard" da rispettare, obiettivi generali (es.: progetti particolari quali umanizzazione del paziente, riduzione dei tempi delle liste di attesa, riduzione della spesa ecc.) e specifici (es.: incrementare il n° di esami di RMN a parità di apparecchiature e n° di reclami, ecc.), in cambio di risorse che gli vengono assegnate.

3° livello - La "negoziiazione interna alle unità"

La buona riuscita dell'attività di "Budgeting" di 2° livello, presuppone che prima e dopo la negoziazione con la Direzione Generale, il responsabile dell'Unità Operativa abbia interessato, sentito, coinvolto i suoi collaboratori, ciascuno per la parte di competenza, così da renderli partecipi delle scelte aziendali (Metodo "Bottom up").

Anche se tale fase può sembrare poco importante risulta invece rilevante per il raggiungimento degli obiettivi. È noto che le persone, se opportunamente informate, motivate, lavorano con maggior convinzione, determinazione, motivazione; mentre, diversamente, non sentendosi coinvolte nel processo di negoziazione, lo subiscono passivamente con possibili ripercussioni negative sull'impegno e sulla qualità del lavoro, compromettendone, a volte il raggiungimento dell'obiettivo.

L'attività di **"negoziiazione"** con i responsabili delle unità operative, è tesa a definire:

- **VOLUMI DELLE PRESTAZIONI DA EROGARE (PIANO DELLE ATTIVITÀ)**, conseguente definizione dei volumi di attività per centro di responsabilità e dei ricavi di struttura;
- **MODALITÀ DI EROGAZIONE (COME: TEMPI E QUALITÀ)**, come si intende erogare le prestazioni, livello qualità fissato, comfort alberghiero, ecc., rispetto dei tempi di attesa;
- **COSA OCCORRE**, analisi dei fabbisogni prospettici di risorse: personale (infermieristico, medico, tecnico, amministrativo, ecc.), apparecchiature, strumentario, formazione, ecc., redazione: budget dei costi per c.d.c., budget investimenti, **budget acquisti**, budget personale.

Ecco che in relazione di "COSA E QUANTO SI VUOLE EROGARE" (PIANO DELLE ATTIVITÀ), il Direttore Generale, con la mediazione del Direttore Sanitario ed Amministrativo, "negozia" con ciascun responsabile:

- Attività di ciascun centro (dipartimento, area omogenea, struttura complessa, struttura semplice, ecc.);
- Risultati (obiettivi sanitari ed economici);
- Risorse (budget: finanziario, del personale, ecc.)

I contenuti degli obiettivi, non sono standardizzabili, variano in funzione delle specifiche condizioni ambientali e dalle strategie adottate, considerando che nella costruzione del **BUDGET** va definita:

- **formalizzazione nella definizione degli obiettivi** (così da evitare doppie negoziazioni o anarchie nella loro proposizione);
- **modalità di misurazione** (per esigenze di chiarezza e trasparenza), così da consentire la valutazione dei risultati conseguiti.

Il Responsabile dell'Unità Operativa, una volta conosciuti i macroobiettivi aziendali, potrà a sua volta individuare coerentemente gli obiettivi di attività assistenziale e di sviluppo del proprio centro, il tutto con un elevato grado di coinvolgimento del personale dell'unità, condizione per responsabilizzare gli operatori. Ecco come

la negoziazione interna allo staff ed al team, è un momento importante e decisivo per non lasciare avulso il personale dalle scelte aziendali e del responsabile. È determinante il controllo periodico circa gli scostamenti fra budget ed attività realizzata (anche e soprattutto "in itinere"), comunicando anomalie, problemi e suggerendo azioni correttive.

• **Strumenti per l'applicazione del "Budgeting": il Piano dei Centri di Costo, il Piano dei Fattori Produttivi, il Piano dei Conti di Contabilità Generale**

L'attività di "Budgeting", richiede che l'Azienda sia strutturata per Centri di Responsabilità (o centri di costo), secondo un'articolazione per "aree assistenziali", cioè come raggruppamenti di attività semplici, cioè unità organizzative minime cui fare riferimento e disaggregare dati. Deve essere presente una Contabilità Direzionale (CO.DIR), Analitica (CO.AN), un Piano dei Fattori Produttivi (P.F.P) ed una Contabilità Economico Patrimoniale.

Strumenti indispensabili per una buona attività di "**BUDGETING**":

Elenco Piano dei Fattori Produttivi impiegati nel processo produttivo, riclassificati, codificati, per tipologia di bene, utilizzazione

Elenco dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità presenti in Azienda, suddivisi fra quelli che erogano prestazioni sanitarie direttamente (degenza, sale operatorie, ecc.) ed indirettamente (servizi generali, uffici, direzione, ecc.)

Esistono 3 tipologie di centri:

- erogazione diretta
- servizi intermedi
- servizi generali

Elenco dei Centri di Attività o di Ricavo, intese come aggregazioni di aree che erogano prestazioni remunerate. Generalmente coincidono con il centro di costo, ma non sempre, perché la cura di un "caso" clinico remunerato "a tariffa" potrebbe richiedere l'apporto di più centri di costo all'interno dello stesso centro di ricavo

Piano dei Conti della Contabilità Generale occorre elencare tutti i conti accesi ai: costi, ricavi, attività, passività, derivanti dalla gestione, applicando il Piano dei Conti Ministeriale, così come recepito localmente dalle Regioni.

È necessario operare la trascodifica tra i vecchi Capitoli Finanziari di Spesa ai nuovi Conti di Contabilità Generale (CO.GE)

Il “budgeting” si basa su di un efficiente sistema di contabilità direzionale e generale insieme alla progettazione di un sistema informativo contabile integrato (S.I.A.).

PRODUZIONE: è un processo tecnico-economico, con il quale uno o più fattori produttivi sono convertiti in beni e servizi, atti a soddisfare bisogni dei singoli e della collettività.

AZIENDE DI PRODUZIONE: sono conseguentemente, non solo quelle di produzione industriali “tipiche”, ma anche quelle **mercantili** o di **servizi**.

AZIENDA = ATTIVITÀ ECONOMICA DI PRODUZIONE = CREA NUOVA RICCHEZZA

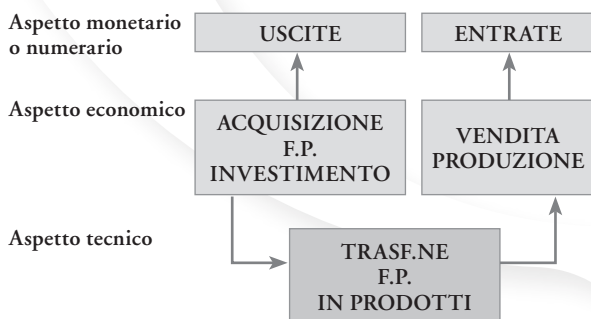
IL SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE (S.I.A.)

È un insieme di informazioni, elaborazioni di dati, volti ad esaminare fenomeni che riguardano, direttamente o indirettamente, l'Azienda e servono per aiutare a risolvere problemi organizzativi e gestionali.

- IL **S.I.A.** è l'insieme delle rilevazioni che ha lo scopo di informare gli organi aziendali, circa le decisioni future da intraprendere, guardando il presente ed il passato.
- È trasversale al processo tecnico-economico di trasformazione.

Il S.I.A. è strumento di:

- **Comunicazione** fra direzione ed organizzazione
- Strumento di **motivazione** verso l'organizzazione
- **Valutazione** dei risultati raggiunti dall'organizzazione stessa



È composto da un insieme sistematico di **RILEVAZIONI**, definite **CONTABILITÀ**, cioè strumenti di informazione quali:

- **Contabilità generale (CO.GE)**
- **Contabilità speciali (CO.AN. o dei costi)**
- **Piano a M/L periodo ed il budget annuale**

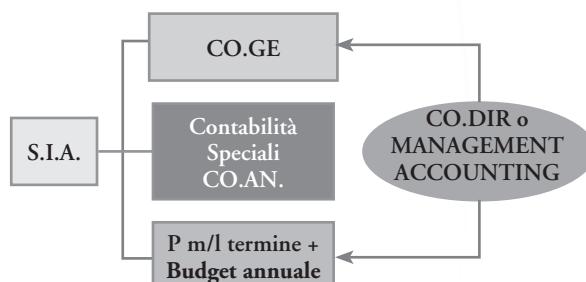
CO.AN + PIANO M/L + BUDGET = CO. DIR.

La CO.DIR. viene anche definita “MANAGEMENT ACCOUNTING”, indispensabile alla Direzione Aziendale ed al Management, per operare correttamente e cioè intraprendere le decisioni strategiche ed operative coerenti con le scelte di fondo della Direzione Aziendale.

Le principali differenze fra CO.GE. e CO.AN.:

- La CO.GE → rileva l'aspetto monetario, finanziario, economico
- La CO.DIR → rileva l'aspetto tecnico-produttivo, l'efficienza del processo, la responsabilizzazione risorse

Prima di definire un “**sistema di contabilità dei costi**”, occorre conoscere i collegamenti esistenti fra **CO.GE** e **CO.AN.**:



La contabilità generale:

- È un sistema di scritture contabili che ha come scopo principale la determinazione del reddito di esercizio, del capitale di funzionamento e di movimenti finanziari
- È globale, riguarda la gestione dell'intera impresa, non il dettaglio
- Riguarda il passato (non il presente)
- È strumento d'informazione interno/esterno che deve essere affiancato ad altri sistemi di rilevazione più tecnici che indagano aspetti più specifici (contabilità speciali)
- È previsto dalla legge, come dovere di informativa verso terzi

Le contabilità speciali:

- Contabilità industriale o analitica dei costi (COI, CO.AN)
- Contabilità di magazzino
- Contabilità del personale
- Contabilità delle immobilizzazioni
- Contabilità IVA

Analizzeremo più approfonditamente, la “**Contabilità dei Costi**”, che consente di:

- **fissare il prezzo unitario di vendita**, in relazione al **costo di produzione** (dunque di verificare se le tariffe D.R.G. remunerano i costi);

- **prendere decisioni strategiche;**
- **prendere decisioni tattiche** coerentemente con quelle strategiche;
- **orientare le scelte** di convenienza economica;
- **valutare singolarmente il contributo di aree**, processi, attività, centri operativi, famiglie di prodotti ecc. **in relazione al Profitto Aziendale;**
- **controllare l'andamento della gestione** con riferimento a singoli prodotti.

Pertanto, contabilità generale e contabilità analitica dei costi, sono fra loro intrinsecamente collegate:



Ciò perché,

- Tutti i dati di partenza per le elaborazioni analitiche di contabilità dei costi (CO.AN), provengono dalla contabilità generale (CO.GE);
- Alcuni dati necessari alla CO.GE (es.: valutazioni delle rimanenze, dei semilavorati, costruzioni in economia, quote ammortamento, ecc.) rilevanti per il bilancio, derivano dalla CO.AN.

Progettazione di un sistema di contabilità

A seconda del Sistema di Contabilità, cambiano obiettivi, finalità e modalità di organizzazione e predisposizione delle informazioni.

- CO.GE: si adatta alla realtà osservata, il Piano Generale dei Conti, nel rispetto delle esigenze dell'azienda.
- CO.AN: è più particolare, perché va concepita, tenendo presente:
 - le informazioni che si vogliono ottenere;
 - la tipologia dei processi, produzioni, aree che si vogliono osservare.

Oggetto della CO.AN. è l'analisi dei costi:

- Analisi e determinazione dei costi dei F.P.:

- 1) Individuazione dei fattori produttivi;
- 2) Determinazione del costo;
- 3) Individuazione delle attività e dei prodotti (C.D.C);
- 4) Individuazione dei centri di responsabilità.

- Analisi dei ricavi (individuazione dei centri di ricavi);
- Determinazione dei risultati economici di breve periodo.

Scopi della CO.AN.:

- Controllo dei costi per attuare politiche di riduzione/contenimento;
- Verificare l'efficienza aziendale (costi/prezzi);
- Programmare l'attività aziendale;
- Effettuare il calcolo della convenienza economica "make or buy";
- Fornire dati per qualsiasi altra decisione aziendale.

Caratteristiche della CO.AN:

- **Interna** (serve agli organi interni aziendali);
- **Periodica infrannuale** (mensile, trimestrale, ecc. a seconda delle esigenze informative del management);
- **Di supporto alla CO.GE** e alle altre rilevazioni;
- Analizza singoli processi, aree, operazioni, ecc.;
- **Rileva costi e ricavi, al momento dell'utilizzazione;**
- **Detta i criteri per effettuare i "ribaltamenti"** dei costi comuni;
- **È volontaria**, non si basa su norme vincolanti come invece si basa la CO.GE (es.: partita doppia, principi contabili dei dottori commercialisti, ecc.) e si adegua agli obiettivi che si vogliono raggiungere.

La contabilità direzionale consente di determinare il risultato economico di esercizio di breve periodo, quale differenza fra i ricavi realizzati ed i costi sostenuti: (CO.AN 1).

Le fasi di attuazione della contabilità direzionale:

- A) Individuazione del piano dei fattori produttivi
- B) Definizione del piano dei C.D.C. e cioè dei centri utilizzatori i fattori produttivi, o dei prodotti delle attività;
- C) Scelta del criterio di imputazione dei costi:
 - "Directing costing" (costi diretti);
 - "Full costing" (costo pieno);
 - Costi indiretti (costi comuni).
- D) Calcolo dei costi.
- E) Piano dei centri di ricavo (per prodotti, aree, ecc.).
- F) Determinazione dei ricavi.

Definizione di costo, natura, tipologia e rappresentazione grafica delle principali categorie di costo

COSTO DI PRODUZIONE:

In senso tecnologico, è il consumo valorizzato dei fattori produttivi impiegati in una produzione, intesa come sommatoria dei costi di ogni singola fase.

I DIVERSI TIPI DI COSTO:

- **Costi fissi**
- **Costi variabili**
- **Costi semivariabili + che proporzionali**
- **Costi variabili – che proporzionali**
- **Costi semifissi, costi generali, costo fisso unitario**
- **Tecniche per la determinazione del costo delle prestazioni nelle aziende sanitarie, il "costing": "direct costing" e "full costing".**

Per "Costing", si intende l'attività del Contoller, dell'analista contabile, del management, di determinare il costo dei prodotti e dei servizi realizzati, nonché la determinazione del costo di un processo, di una struttura, di un'area.

Nella pratica esistono due maniere per la determinazione del Costo:

"FULL COSTING" (FC):

Si ritiene che a tutti i prodotti e servizi realizzati vada attribuita una quota parte di tutti i costi dall'azienda sostenuti per produrli. Lo scopo è di ottenere il **costo pieno di produzione**

"DIRECT COSTING" (DC):

Tiene solo conto del costo di diretta imputazione e cioè dei costi variabili imputabili al processo. In questo caso, i costi fissi, comunque sostenuti e necessari per produrre, non sono imputati direttamente al processo e alla produzione, **ma al risultato economico di esercizio**

Con il "DIRECT COSTING", si perviene alle seguenti configurazioni di costo:

$$\begin{array}{rcl}
 & \text{Costo materia prima per unità di prodotto} & \\
 & + & \\
 & \text{Costo manodopera diretta per unità di prodotto} & \\
 & = & \\
 & \text{Costo primo variabile per unità di prodotto} & \\
 & + & \\
 \text{Quota costi generali ind.li variabili per prodotto} = \text{costo} & & \\
 \text{ind.le variabile per unità di prodotto} & & \\
 + & & \\
 \text{Quota costi generali commerciali variabili per unità} & & \\
 \text{di prodotto} & & \\
 = & & \\
 \text{Costo complessivo variabile per unità di prodotto} & &
 \end{array}$$

"Margine lordo di contribuzione" (MLC):

È una grandezza economica ottenuta dalla differenza fra i ricavi ed i costi complessivi variabili. ".....è ciò che rimane dei ricavi, fatturato, a copertura dei costi fissi e per la formazione dell'utile di esercizio."

Margine lordo contribuzione = fatturato – costi variabili totali

$$MCL = (F - C Vt)$$

Ci sono 3 tipi di margine di contribuzione:

- **MLC di esercizio:** si riferisce a tutte le produzioni realizzate nell'esercizio;
- **MLC complessivo:** riguarda un intero processo o produzione;
- **MLC unitario:** si riferisce ad un solo prodotto.

Usi del metodo "direct costing":

È un principio prudente ai fini delle valutazioni di bilancio in quanto i costi fissi vengono coperti direttamente dai ricavi, se rimanenti, remunerati i costi variabili totali e non addossati alle rimanenze.

Vantaggi:

- Finalità conoscitive: consentono di valutare le rimanenze sulla base del costo variabile e

ciò permette di far gravare i costi fissi della produzione venduta, nel periodo considerato, senza rimandarli all'esercizio successivo, sottoforma di rimanenze

- Finalità di controllo (valutazioni di efficienza strumentale al controllo di gestione)
- Finalità decisionali (di scelta fra alternative), nella logica differenziale, si vuole cioè conoscere quali sarebbero i risultati se si modificasse la produzione. Per fare ciò occorre conoscere la variabilità dei costi rispetto alle diverse alternative, tenendo presente costi fissi e ricavi.

Limiti:

- **Non è utilizzabile per valutazioni di bilancio**
- **Non è utilizzabile per la fissazione dei prezzi di vendita**
- **È difficile separare nettamente i costi fissi dai variabili**

Contabilità direzionale, tecniche di "costing", "budgeting", e tariffe di remunerazione delle prestazioni nelle aziende ospedaliere

Si è detto come una delle principali novità introdotte dall'aziendalizzazione del S.S.N. è stata l'obbligatorietà per le Aziende Sanitarie di adottare, in sostituzione della contabilità finanziaria, i seguenti due sistemi di contabilità:

- **ECONOMICO-PATRIMONIALE (o Generale: CO.GE.):** incentrata sulla rilevazione sistematica degli eventi aziendali attraverso il contemporaneo addebito/accredito di conti reddituali, finanziari e patrimoniali, che attraverso il Bilancio di Esercizio, redatto ai sensi dell'art. 2423 e successivi del codice civile ci informa sul risultato di gestione (utile, perdita e pareggio);
- **CONTABILITÀ ANALITICA-DIREZIONALE, (CO.DIR.):** che attraverso l'utilizzo degli strumenti tipici quali: piano dei fattori produttivi, elenco dei centri di costo, elenco dei centri di ricavo, misura il livello di produttività e di efficienza operativa sia in termini di prestazioni erogate e ricavi realizzati che di costi sostenuti.

Questi sistemi di contabilità, entrambi obbligatori "de iure", per le Aziende Sanitarie (ciò è una ulteriore particolarità di queste aziende rispetto alle imprese private per le quali il legislatore fissa l'obbligatorietà solo per la Contabilità Generale e non anche per quella Direzionale, in quanto l'interesse prioritario non è tanto la verifica circa l'economicità dei processi, quanto la salvaguardia del tessuto economico nazionale che la si ottiene anche fissando l'obbligatorietà per le aziende di adottare un sistema uniforme di contabilità nonché di pubblicare il risultato di gestione), opportunamente letti ed integrati dal **S.I.A.** (sistema informativo aziendale) devono essere in grado di dare una rappresentazione chiara, veritiera, corretta e tempestiva della situazione aziendale, sia a livello globale di risultato economico patrimoniale che a livello di singolo Dipartimento/Struttura Complessa/Struttura Semplice/ nonché processo sanitario fino alla singola prestazione erogata.

In sintesi, la totalità dei costi sostenuti dalla A.S. e registrati in CO.GE. devono trovare equivalenza nella complessiva valorizzazione del costo dei fattori impiegati e, successivamente, nella valorizzazione delle prestazioni erogate (fatturato) ottenibile moltiplicando la frequenza assoluta delle tipologie di prestazione erogate per le rispettive tariffe di remunerazione D.R.G. previste dal tariffario Nazionale (o Regionale).

Quindi un efficiente ed efficace sistema di CO.DIR. deve consentire all'Azienda di effettuare il computo dei costi nelle diverse configurazioni di "direct costing" e di "full costing", e ciò per:

- Dipartimento/Struttura Complessa/Struttura Semplice (Centro di Responsabilità/ Centro di Costo);
- Fattore Produttivo;
- Processo diagnostico strumentale; medico, chirurgico; assistenziale;
- Per singola ed analitica prestazione erogata.

Un tale evoluto sistema di contabilità insieme alla presenza della funzione della figura di un “**controler**” consentirà di monitorarne il livello dei costi e ciò per ogni prestazione così da consentirne qualora esistente il relativo confronto con la rispettiva tariffa di remunerazione (D.R.G.), così da quantificare, almeno attraverso la sola quantificazione dei costi di diretta imputazione al “direct-costing”, il “Margine di Contribuzione Unitario” della prestazione:

$$MCu = (\text{tariffa D.R.G.} - \text{costi di diretta imputazione}) \geq 0$$

- a) **> 0** — obiettivo: incremento attività in presenza di domanda e in armonia con gli obiettivi Regionali;
- b) **= 0** — obiettivo: invarianza dei comportamenti;
- c) **< 0** — obiettivo:
 - c1) minimizzare il volume delle prestazioni;
 - c2) cercare recuperi di efficienza con diminuzione del livello del costo;
 - c3) rinegoziazione della tariffa presso la regione dimostrando analiticamente l'esiguità della stessa rispetto ai costi sottesi alla prestazione erogata oggetto di rifinanziamento.

La **CO.GE.** ha una valenza informativa esterna/interna e comunica il risultato di gestione ed ha lo scopo di far conoscere a tutti i soggetti interessati la situazione aziendale (risultato di esercizio, composizione del patrimonio, livello di indebitamento, ecc.) attraverso la stesura e il deposito presso la Cancelleria del Tribunale del Bilancio di Esercizio.

La **CO.DIR.**, diversamente, ha una valenza informativa tipicamente interna, in quanto elabora e produce report ed informazioni ad uso interno, in grado di misurare costi, livello di efficienza, volumi quali-quantitativi dei fattori impiegati e ricavi da prestazioni.

NEGOZIAZIONE BUDGET:

- A) Fissazione volumi quali-quantitativi prestazioni per S.C.
- B) Contrattazione risorse: personale, capitale (medici, professionisti sanitari, ecc. aree, apparecchiature, materiale di consumo, ecc.)

Previa analisi fabbisogno quali-quantitativo di tutte le strutture complesse relativamente a:

- a) materiale di consumo;
- b) superfici;
- c) stock apparecchiature sanitarie;
- d) personale;

Nel dettaglio:

Il processo integrato di acquisto si compone di due fasi:

- 1) fase gestionale-preventiva;
- 2) fase burocratica-amministrativa-procedurale;

1) Fase gestionale-preventiva;

- a) Analisi materiale di consumo (farmaci, diagnostici, presidi ospedalieri, prodotti economici, ecc.)

(cumulo quali-quantitativo fabbisogni S.C. → omogeneizzazione dei fabbisogni →

Fabbisogno lordo totale annuale – (Rimanenze finali magazzino centrale – rimanenze finali magazzini periferici) = Fabbisogno netto da acquistare → Calcolo del LOTTO ECONOMICO

Determinante nella gestione del processo di acquisto è la gestione delle rimanenze (ri e rf) solo attraverso un corretto e puntuale monitoraggio e rilevazione-valorizzazione si può conoscere il fabbisogno effettivo, evitando stock di giacenze inattive, dunque immobilizzi di capitale e/o acquisti non necessari.

Fabbisogno netto da acquistare: si apre la “PROCEDURA ACQUISTO” (2)

2 Fase burocratica- amm.va –procedurale:

- 2.1 Quantificazione economica dell'importo del “lotto” da acquistare;
- 2.2 Reperimento “F.F” (fonti di finanziamento);
- 2.3 Selezione “procedura amministrativa” alla luce del codice unico appalti D.L.vo n°163/06;

- 2.4 Espletamento procedura;
- 2.5 Aggiudicazione;
- 2.6 Comunicazione;
- 2.7 Consegna + carico contabile + aggiornamento giacenza + distribuzione;
- 2.8 Aggiornamento giacenze, monitoraggio informatico.

3.2.2 Il "lotto economico di acquisto" nelle aziende sanitarie

L'obiettivo della funzione approvvigionamenti è quello di garantire il servizio (rispondere tempestivamente alle richieste degli enti utenti) al minor costo globale (contenere il costo di approvvigionamento).

A riguardo in dottrina si fa riferimento al **"lotto economico di acquisto"**, modello di gestione delle scorte che quantifica la quantità ottima di acquisto, che contemporaneamente minimizza la somma dei costi di approvvigionamento, mantenimento e gestione logistica del magazzino. Tale modello viene adottato nelle produzioni di *"massa"* dove appunto si conosce o è oggetto di stima la quantità presunta da produrre per la vendita o per l'erogazione del servizio. Tale modello si basa sulla creazione di *"scorte a ciclo"*, idealmente smaltite entro l'ordine successivo.

In buona sostanza si assiste a costi crescenti all'aumento della quantità ordinata (p.es., costi di stoccaggio e di mantenimento delle scorte), a cui si contrappongono costi che diminuiscono all'aumentare della quantità ordinata (p.es., costi di approvvigionamento o di emissione dell'ordine); si tratta di calcolare il minimo dei costi totali, ovvero quel punto di intersecazione delle due curve dei costi (curva crescente con curva decrescente).

Una formula matematica permette di calcolare il lotto economico di acquisto (in inglese Economic Order Quantity: EOQ) nota anche come modello o formula di Wilson.

Un esempio ci permetterà di constatare come è applicabile la formula nei casi concreti.

Si ipotizzi di calcolare il lotto economico di acquisto dei filtri dialisi ipotizzando i seguenti dati:

- Consumo/domanda/quantità annua pari a 1.000 unità
- Prezzo/costo unitario del filtro pari a 500 €

Costo di acquisto/rifornimento/approvvigionamento

- Costo controlli e monitoraggio dipendente magazzino, controllo livello di giacenza, richiesta di riordino, ecc; impegno stimato ore complessive n. 6 al costo orario di €12.

(1) La **CO.GE.** (Contabilità generale) e la **CO.DIR.** (Contabilità Direzionale) diventano due fra i cinque requisiti fondamentali affinché un Presidio Ospedaliero possa divenire Azienda Ospedaliera (insieme alla Organizzazione Dipartimentale, 3 S.C. ad alta specialità, Dipartimento Urgenza ed Emergenza, essere punto di riferimento "118", presenza universitaria della Facoltà di Medicina se nell'ospedale esiste il triennio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia);

(2) La valutazione dei dirigenti dell'Area Centrale e Sanitaria, viene effettuata sulla scorta dei risultati ottenuti con riferimento agli obiettivi (specifici e generali) impartiti dalla Direzione Aziendale in sede di negoziazione del Budget, così come desumibili dalla scheda di Budget. Ciò al fine della valutazione della indennità di risultato e trattandosi di obiettivi di S.C. comprendenti anche il personale del *Comparto* (sanitario ed amministrativo), determinano anche gli obiettivi di risultato di quest'ultimo personale valendo la logica della "équipe". Determinante, nell'ottica del risparmio e dell'economicità gestionale in un'Azienda Sanitaria, assume il **"BUDGET TRASVERSALE DEGLI ACQUISTI"**, nella veste di:

- **"Budget degli investimenti"** (in apparecchiature sanitarie, strumentazioni, attrezzature,...indispensabile per una efficace politica di "Technology assessment");
- **"Budget delle scorte"**: farmaci, diagnostici, materiale di consumo, presidi ospedalieri, prodotti economici,..., con l'adozione di tecniche contabili e gestionali ottimizzanti il processo di acquisto: "lotto economico", gestione delle scorte,...

Ciò perché la Direzione generale potrebbe fissare quale obiettivo generale una riduzione della spesa nell'acquisizione di beni e servizi o un contenimento dell'incremento (p.es.: obiettivo della FINANZIARIA 2005, era, fra gli altri, "...limite al 2% sull'aumento della spesa per le Amministrazioni Pubbliche", ISOATTIVITA, cioè assicurando lo stesso livello di prestazioni. Da qui l'esigenza di eseguire una Programmazione comune dell'attività dei servizi della totalità delle Strutture Complesse (Sanitarie: finali, intermedie, generali ed amministrative dell'area centrale) attraverso analisi ed individuazione quali-quantitativa dei fattori produttivi necessari, cumulando, omogeneizzando i fabbisogni di ciascuna struttura complessa.

- Il servizio approvvigionamenti predispone ordine e pratiche amministrative accessorie, ecc.; impegno stimato ore complessive n. 2 al costo orario di €15.
- Ulteriori controlli, confronto con contabilità di magazzino, controllo invio DDT, ufficio liquidazione fatture, ecc.; impegno stimato ore complessive n. 0,50 al costo orario di €16.
- Ricevimento fatture da fornitore, protocollo fatture per inserire i dati in contabilità generale, ecc.; impegno stimato ore complessive n. 1 al costo orario di €10.

Costo di immobilizzo (comprensivo del costo del capitale investito e del mancato ricavo finanziario-onere figurativo) e gestione a magazzino (mantenimento-stoccaggio).

Generalmente è espresso in percentuale sul valore/prezzo/costo del singolo bene.

Costo finanziario dovuto ad investimento in scorte (sia di capitale proprio che si sottrae ad investimenti alternativi, sia di capitale di terzi per interessi passivi) e costo di gestione del magazzino, in termini di strutture, personale e mezzi.

Nella fattispecie viene stimato pari al 5%.

Formula del lotto economico

Lotto economico di rifornimento =

$q = \text{radice quadrata di } 2 \times C_f \times Q / C_p$

Dove: C_f (costo di approvvigionamento);

Q (consumo annuo);

C_p (costo immobilizzo e gestione magazzino)

$C_f = (n.6 \times €12) + (n.2 \times €15) + (n.0.50 \times €16) + (n.1 \times €10)$
 $= 72 + 30 + 8 + 10 = 120$

$C_p = €500 \times 5\% = 25$

Radice quadrata di $2 \times 120 \times 1000 / 5$ di $240.000/5$ di 9.600
 $= 97,98$ approssimato a 100

Che significa:

- lotto economico pari a 100
- "lanci" di ordini pari a $1000/100 = 10$ (si effettueranno 10 ordini all'anno)

può interessare anche calcolare il punto di riordino

Calcolo del punto di riordino:

$Pr = \text{quantità necessaria a far fronte al consumo durante il tempo di approvvigionamento}$

$Pr = Ta \times Q$ $Ta = \text{tempo di approvvigionamento (tempo intercorrente tra l'emissione della richiesta di riordino e l'arrivo della merce)}$

$Q = \text{consumo medio giornaliero}$

Tempo di approvvigionamento: gg. 20

$Q: 3$

Rimane poi il problema di esaminare e valutare la scorta di sicurezza, che in questa sede non tratteremo, lasciandolo a discrezione dell'operatore, secondo il livello di servizio desiderato (ricordiamoci solo che se, da un lato, un alto livello di scorta di sicurezza rappresenta una garanzia, dall'altro rappresenta un costo).

Come si può notare tale esempio dimostra come ci siano taluni spazi di indeterminazione e di soggettività nei dati che devono essere presi a base per calcolare il lotto economico.

Tale circostanza comporta da parte dell'azienda sanitaria la necessità di possedere un valido sistema di contabilità economica e analitica dei costi, tale da ridurre al minimo le aree e gli elementi di indeterminazione nel calcolo.

Si consiglia di utilizzare per il calcolo del lotto economico, inizialmente solo i beni più rilevanti sotto l'aspetto del maggior valore economico.

A tal fine torna utile l'approccio dell'analisi ABC della gestione delle scorte, che prende spunto dalla curva di Pareto.

Quindi iniziare l'approccio partendo da alcuni beni/articoli del gruppo A, di maggior valore in termini di costo di acquisizione.

Per la verità, occorre riferire che, il Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano, in convegni organizzati in collaborazione con alcune associazioni regionali di Economi/Provveditori, ha portato sperimentazioni innovative (che sembra abbiano fornito dei primi risultati positivi) in atto presso aziende sanitarie, sulla gestione delle scorte; secondo l'ottica di non considerare più un problema la gestione delle scorte (le scorte sono un costo ed impediscono di capire) e non ragionare in termine di lotto, bensì approcciarlo più in una logica di flussi e risolvendolo nel senso di effettuare un maggior numero di ordini di ridotte dimensioni (piccoli riordini frequenti).

In buona sostanza passare dalla logica del lotto a quella del flusso

Solo i confronti futuri permetteranno di valutare con maggior accuratezza anche i risultati di queste nuove logiche di approccio.

Quindi si consiglia dopo aver determinato il lotto economico di un bene, un'ulteriore attenta valutazione ed esame prima di lanciare l'ordine.

Oltre tale modello di acquisizione, esiste anche una tecnica nata nell'industria giapponese del "just in time", che appunto prevede come gli ordini vengano appunto "tirati", cioè siano funzione della domanda finale (sistema *pull*), e non spinti (*push*) da una decisione presa ex-ante in sede di programmazione della produzione come avviene con il "lotto economico" (definito in inglese: EOQ: Economic Order Quantity), proposto da F.W. Harris nel 1913, ma attribuito a R.H. Wilson, poi definito: *modello Harris-Wilson per la gestione delle scorte*.

La trattazione del modello ha lo scopo di verificare una possibile implementazione dello stesso nelle Aziende Sanitarie, aziende di erogazione di prestazioni sanitarie che operano in un singolare mercato, che è il mercato sanitario con tutte le tipicità che abbiamo già precedentemente menzionato, così da migliorarne funzionalità logistica ed economicità.

3.2.3 "Ratios" elementi di analisi finanziaria nelle aziende sanitarie per la gestione degli approvvigionamenti e per il controllo di gestione

La Finanza Aziendale per poter operare attraverso uno dei suoi "tipici" strumenti che è l'analisi finanziaria necessita di una riclassificazione dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico ai sensi, si è detto della IV Direttiva Comunitaria.

Appare utile ricordare che, ai sensi dell'art. 2423 c.c., che il *Bilancio d'Esercizio* di una azienda si compone dei seguenti *tre* documenti:

- Stato patrimoniale (attività/passività + patrimonio netto)
- Conto economico
- Nota Integrativa.

A ciò aggiungasi la relazione degli amministratori sulla gestione che accompagna il bilancio.

Lo Stato Patrimoniale, in estrema sintesi, riporta in una sezione le risorse a disposizione dell'impresa (c.d.: attività, e cioè gli "Impieghi" di capitale dal punto di vista patrimoniale e finanziario), e nell'altra sezione la provenienza (c.d.: passività, e cioè le Fonti di finanziamento). Dal cruciale equilibrio fra: totale attività = passività + patrimonio netto, si gioca la sopravvivenza e lo sviluppo dell'impresa. È una fotografia, un'istantanea che descrive la composizione del capitale investito e la strutturazione circa le fonti di finanziamento che hanno consentito di realizzare l'investimento (impiego) quali: i soci, nel caso del patrimonio netto, i fornitori, per i debiti di funzionamento, terzi finanziatori quali banche, istituti, obbligazionisti o altri soggetti, nel caso di prestiti, mutui, prestiti obbligazionari, e cioè relativamente a tutte quelle forme di indebitamento nel medio-lungo termine.

Per esigenza di chiarezza espositiva si riportano di seguito la strutturazione "tipica" di un bilancio di una azienda sanitaria, sia nella forma sintetica che analitica:

**A) SCHEMA DI BILANCIO SINTETICO
DI UNA AZIENDA SANITARIA**

STATO PATRIMONIALE – ATTIVO – al 31/12/_ _

Totale A – Immobilizzazioni (I):	_____
Totale B - Attivo Circolante (Ac)	_____
Totale C - Ratei e Risconti:	_____
Totale Attivo:	_____
Totale D – Conti d'ordine	_____

STATO PATRIMONIALE – PASSIVO

Totale A – Patrimonio Netto (PN)	_____
Totale B - Fondi per rischi ed oneri	_____
Totale C - Premio Operosità Sumai	_____
Totale D - Debiti	_____
Totale E - Ratei e Risconti	_____
Totale Passivo	_____
Totale F – Conti d'ordine	_____

**CONTO ECONOMICO SCALARE “A VALORE
DELLA PRODUZIONE” AL _____**

Totale A – Valore della Produzione	_____
Totale B – Costi della Produzione	_____
Risultato Gestione Caratteristica: A-B	_____
+/- Totale C. Proventi ed Oneri Finanziari	_____
+/- Totale D. Rettifiche di Valore delle Attività Finanziarie	_____
+/- Totale E. Proventi ed Oneri straordinari	_____
Risultato prima delle imposte:	_____
- imposte e tasse	_____
= Utile o Perdita di Esercizio	_____

**SCHEMA DI BILANCIO DELLE AZIENDE
SANITARIE ED OSPEDALIERE
(DECRETO 11 FEBBRAIO 2002)**

STATO PATRIMONIALE – ATTIVO – al 31/12/_ _

A. Immobilizzazioni

I. Immateriali

1. Costi di impianto e di ampliamento
2. Costi di ricerca, sviluppo e pubblicità
3. Diritti di brevetti e di utilizzo di opere dell'ingegno
4. Immobilizzazioni in corso e acconti
5. Altre

Totale I

II. Materiali

1. Terreni
2. Fabbricati (a) disponibili; b) indisponibili)
3. Impianti e macchinari
4. Attrezzature sanitarie
5. Mobili e arredi
6. Automezzi
7. Altri beni
8. Immobilizzazioni in corso e acconti

Totale II

III. Finanziarie

1. Crediti
2. Titoli

Totale III

Totale Immobilizzazioni (A)

B. Attivo circolante

I. Rimanenze

1. Sanitarie
2. Non sanitarie
3. Acconti

Totale I

II. Crediti da

1. Regione
2. Comune
3. Aziende sanitarie pubbliche
4. ARPA
5. Erario
6. Altri

Totale II

III. Attività Finanziarie

1. Titoli a breve

Totale III

IV. Disponibilità Liquide

1. Cassa
2. Istituto Tesoriere
3. C/C Postale

Totale IV

Totale Attivo Circolante (B)

C. Ratei e Risconti

1. Ratei
2. Risconti

Totale Ratei e Risconti

Conti d'ordine

1. Canoni leasing ancora da pagare
2. Depositi cauzionali

STATO PATRIMONIALE – PASSIVO – al 31/12/_ _
A. Patrimonio netto

- I. Finanziamenti per investimenti
- II. Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti
- III. Fondo di dotazione
- IV. Contributi per ripiani perdite anno..... _____
- V. Utile o perdita portati a nuovo
- VI. Utile o perdita dell'esercizio
- Totale (A)** _____

B. Fondi per Rischi ed Oneri

1. Fondi per imposte
2. Fondi rischi
3. Altri

C. Trattamento fine rapporto

1. Premi di operosità medici SUMAI
2. Trattamento di fine rapporto

Totale (B)
D. Debiti

1. Mutui
2. Regione
3. Comune
4. Aziende sanitarie pubbliche
5. ARPA
6. Debiti verso fornitori
7. Debiti vs istituto Tesoriere
8. Debiti tributari
9. Debiti vs ist. di previdenza
10. Altri debiti

Totale (D)
E. Ratei e risconti
Conti d'ordine

1. Leasing per canoni ancora da pagare
2. Depositi cauzionali

CONTO ECONOMICO
A. Valore della produzione

1. Contributi in c/esercizio
2. Proventi e Ricavi diversi
3. Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche
4. Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie
5. Costi capitalizzati

Totale Valore della Produzione (A) _____

B. Costi della Produzione

1. Acquisti di esercizio
2. Acquisti di servizi
 - a) prestazioni sanitarie da pubblico
 - b) prestazioni sanitarie da privato
 - c) prestazioni non sanitarie da pubblico
 - d) prestazioni non sanitarie da privato
3. Manutenzioni e riparazioni
4. Godimento di beni di terzi
5. Personale sanitario
6. Personale professionale
7. Personale tecnico
8. Personale amministrativo
9. Oneri diversi di gestione
10. Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali (suddiviso per singolo conto)
11. Ammortamento dei fabbricati
 - a) disponibili
 - b) indisponibili
12. Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali (suddiviso per singolo conto)
13. Svalutazione dei crediti
14. Variazione delle rimanenze
 - a) sanitarie
 - b) non sanitarie
16. Accantonamenti tipici dell'esercizio

Totale dei costi di produzione (B)
Differenza tra valore e costi della produzione (A – B) _____

C. Proventi ed oneri finanziari

1. Interessi attivi
2. Altri proventi
3. Interessi passivi
4. Altri oneri

Totale (C) _____

D. Rettifiche di valore attività finanziarie

1. Rivalutazioni
2. Svalutazioni

Totale (D) _____

E. Proventi e oneri straordinari

1. Minusvalenze
2. Plusvalenze
3. Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria
4. Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche
5. Sopravvenienze ed insussistenze

Totale (E) _____

Risultato Prima delle Imposte

(A+/-B+/-C+/-D+/-E) _____

Imposte e tasse _____

Utile (Perdita) esercizio _____

Dando per acquisito la conoscenza della natura, tipologia e specificità delle poste dello S.P., soffermeremo l'attenzione sulle modalità di riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo:

- ordine decrescente di liquidità per le attività;
- ordine decrescente di esigibilità per le passività;

nonché in base alla destinazione funzionale dei componenti del processo produttivo ed alla loro attitudine a trasformarsi in liquidità.

Le Attività (A), si compongono di Attività Correnti (Ac), realizzabili e breve termine, generalmente rappresentate da fattori produttivi a fecondità semplice e di Attività Immobilizzate (Ai), attività fisse di lungo periodo, rappresentate da tutti quei fattori produttivi a fecondità ripetuta, immobili, impianti, macchinari ed apparecchiature sanitarie, comunque assoggettabili ad ammortamento (a riguardo si precisa che le apparecchiature sanitarie hanno un coefficiente di ammortamento ordinario del 12,50%, riferimento D.M. del 31/12/88, e dunque completano l'ammortamento in 9 anni, cioè 8 + 1, salvo particolari e più intense utilizzazioni, ove appunto ricorrono le specifiche condizioni previste per l'ammortamento "accelerato" o "anticipato").

Le Passività (P), si distinguono in tre categorie: Passività Correnti (Pc), o debiti a breve termine, Passività a Medio-Lungo Termine, definibili come Passività Immobilizzate (Pi), ed infine il Patrimonio Netto (PN), e cioè capitale netto e mezzi propri. Si precisa che le Ac e le Pc, sono poste che "tipicamente" trovano una loro regolarizzazione, sia in termini di incasso, che di pagamento, nei 12 mesi di tempo successivi alla loro creazione. Qui un discorso particolare è per le Aziende Sanitarie, dove appunto, invalsi errati "modus operandi", l'inerzia della Pubblica Amministrazione, l'effetto ancora negativo di precedenti meccanismi di finanziamento a "più lista", lungaggini amministrative, burocrazia, ritardi nel trasferimento di fondi, spesso inficiano la puntualità dei pagamenti circa la fornitura di beni e servizi e dunque allungano i tempi medi di pagamento delle forniture (Pc).

A tal fine si rinvia alle pagine precedenti circa il citato studio dell'Assobiomedica sui poco confortanti tempi di pagamento delle forniture di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie nei confronti dei fornitori (media nazionale gg. 348, con più di una regione che ha tempi di pagamento superiori ai due anni).

Peraltro anche le Attività Correnti (Ac) delle Aziende Sanitarie, hanno le loro tipicità, sovra-dimensionamento delle scorte di magazzino, ritardo nell'incasso dei crediti (si pensi alle frequenti diatribe circa l'esigibilità dei crediti che le Aziende Ospedaliere vantano verso le A.S.L. territoriali circa prestazioni erogate, ma non riconosciute da parte delle A.S.L.), gestione non oculata della funzione approvvigionamenti, condizionano pesantemente dal punto di vista economico-patrimoniale queste Aziende.

Ovviamente, a seguito dell'adozione dei D. Leg. vi n° 502/92 e n°517/93, anche per le Aziende Sanitarie vale il principio che, ai fini della riclassificazione patrimoniale del bilancio, le poste rettificative dell'attivo vanno riportate ed esposte con chiarezza, a diminuzione delle corrispondenti voci alle quali si riferiscono, così da consentire all'analista l'individuazione del valore netto contabile effettivo (p.es., tipicamente, l'ammortamento mediante l'uso del fondo, prevede l'accantonamento della quota d'ammortamento al fondo; in sede di riclassificazione del Bilancio, la quota d'ammortamento deve essere diversamente messa a diminuzione del valore del cespite).

Analisi e rapporti finanziari

La semplice e secca lettura del Bilancio di un'Azienda ed in particolare di una Azienda Sanitaria, non è di per sé esaustiva circa il significato e la portata dei dati esposti ed in esso contenuti. È necessario infatti creare una griglia di indicatori che siano in grado di fornire indicazioni non solo dal punto di vista civilistico contabile e fiscale, che esula dall'obiettivo del presente lavoro, quanto dal punto di vista gestionale.

In dottrina esistono le seguenti tipologie di analisi:

- **orizzontali:** prendono a riferimento cambiamenti percentuali delle voci da un periodo all'altro;
- **verticali:** quando la comparazione di ciascuna voce analizzata è fatta dopo aver ricondotto i prospetti ad una comune riclassificazione omogenea;
- **per indici finanziari:** attraverso la comparazione in numeri assoluti per misurare alcune voci dello S.P. e del C.E.;
che, secondo l'orizzonte temporale, possono essere:
- **statiche:** misurano le diverse componenti delle poste all'interno dello stesso bilancio;
- **dinamiche:** esaminano le variazioni delle voci intercorse da un anno all'altro.

La Metodologia operativa per procedere ad effettuare una corretta analisi di Bilancio contempla le seguenti fasi:

- a) redazione/stesura del Bilancio e relativi allegati in ottemperanza ai principi contabili ed ai requisiti di legge;
- b) riclassificazione S.P. e C.E.;
- c) stesura del flusso dei fondi se risultano carenti prospetti supplementari;
- d) costruzione indici (ratios);
- e) commenti e considerazioni finali sul quadro complessivo e sullo stato di salute dell'azienda.

Mentre tutte le fasi di cui alla lettera a), b), c), e) sono mutuabili dall'azienda privata importando le stesse modalità operative e di calcolo, eccezione occorre fare, nel caso delle Aziende Sanitarie, per la fase d) che riguarda la costruzione degli indici (ratios). Infatti stante la specificità e la particolarità delle A.S. non appare possibile importare tutta la matrice degli indici alla base dell'analisi finanziaria, usualmente impiegati nelle aziende private, ma è necessario verificarne prima congruità e spendibilità.

Di seguito si riportano alcuni fondamentali indicatori della finanza aziendale che possono essere proficuamente impiegati anche nelle A.S. per effettuare verifiche gestionali strumentali al Controllo di Gestione ed alla Direzione Aziendale.

I "ratios" per le Aziende sono:

1. Indici di liquidità
2. Indici di struttura
3. Indici di rotazione
4. Indici di redditività
5. Altri indici

Un primo indicatore per comprendere la strutturazione patrimoniale delle Aziende sanitarie riguarda la composizione delle Attività ed in particolare del Capitale Circolante Netto (Cc), che si ottiene quale differenza fra le Attività Correnti (Ac) e le Passività Correnti (Pc).

1) C.C.N. = Ac - Pc

Una situazione deficitaria nella quale appunto le Pc (debiti verso banche, debiti di funzionamento verso fornitori, debiti diversi verso erario, consulenti, altre aziende fornitrici, sanitarie, ratei e risconti passivi, rate di mutuo scadenti nell'esercizio) sono maggiori alle Ac (cassa e banca, crediti verso clienti, crediti verso altre A.S., crediti verso Regione, crediti diversi, verso dipendenti, erario, altre società, giacenze di magazzino, ratei e risconti attivi...) evidenziano gravi scompensi nella gestione corrente e cioè l'oggettiva impossibilità di far fronte in maniera ordinaria, puntuale ed economica alle obbligazioni attraverso la liquidazione delle attività correnti. Il Capitale Circolante Lordo (Ccl) è invece rappresentato dall'Ac senza detrarre le Passività Correnti.

L'entità del capitale circolante, del "working capital", cioè del capitale di funzionamento è pertanto la prima utile, anche se grossolana analisi che il "controller" di una azienda sanitaria deve effettuare per capire la situazione patrimoniale di breve periodo nella quale si trova la azienda.

Capitale Circolante Netto = Attività Correnti - Passività Correnti = Ac - Pc ≥ 0

È bene ricordare che le Ac, sono tutte quelle poste del bilancio che prevedono una manifestazione finanziaria positiva (incasso, entrata) entro i 12 mesi, mentre le Pc, sono quelle

poste la cui estinzione o regolazione del debito avverrà nei prossimi 12 mesi. Da qui l'anomalia nelle A.S., dove, come si è già detto, alla luce dei tempi di pagamento medi delle AS italiane di alcune Regioni, le forniture vengono pagate con tempi che superano i 12 mesi (record regione Molise con 832 giorni) e che pertanto un debito di funzionamento, tipico della gestione corrente, finisce per diventare di medio termine.

Stesso discorso per le Ac, soprattutto quelle relative alle partite incagliate per crediti per prestazioni erogate verso i cittadini, in attesa di incasso da parte della A.S.L. territorialmente competente che spesso, anche in questo caso, possono superare l'anno.

Il Capitale Circolante Netto (C.c.n.), dato dalla differenza tra le Attività Correnti (Ac) e le Passività Correnti (Pc), può essere letto anche in termini di rapporto e viene definito come "indice di disponibilità":

2. "Indice di disponibilità" (Current ratio) = $\frac{Ac}{Pc}$

Tale indice in una corretta situazione finanziaria dovrebbe essere sempre pari ad 1, mai al di sotto, in quanto se ciò avvenisse significherebbe che le Pc sono superiori alle Ac e che pertanto, tale eccedenza andrebbe a finanziare le Ai (cioè le immobilizzazioni fisse) che invece, tipicamente, devono essere finanziate con strumenti e fonti di finanziamento tipici del medio e lungo termine, in quanto più consoni, meno onerosi, al più finanziati dal Patrimonio Netto (o da mezzi propri o autofinanziamento), ma mai dalle Passività Correnti. L'utilizzo di tali indici necessita della sistematica rilevazione e valorizzazione delle rimanenze di magazzino, delle scorte di farmaci, dei prodotti economici, dei presidi ospedalieri, sia a livello di Magazzino Centrale (magazzino di Farmacia ed Economa- le), che a livello dei diversi magazzini periferici esistenti presso i reparti e le diverse strutture complesse, attraverso il relativo controllo e monitoraggio delle giacenze. Ciò presuppone una spinta verso l'informatizzazione e l'in-

terfacciamento di tutte le procedure contabili, amministrative, informatiche esistenti (procedure: ordini, carico di magazzino, liquidazione, pagamento,...).

3. "Cash-flow operativo" o "operating cash-flow": quale indicatore principe della dinamica finanziaria-reddituale dell'impresa.

Esso risulta così strutturato:

GRANDEZZA:	FONTE:
a) Utile lordo gestione caratteristica (ante imposte ed oneri finanziari)	(Conto Economico, di seguito C.E.)
+	
b) Ammortamenti (immobilizzazioni materiali ed immateriali)	(C.E. e S.P. successivi anni)
+	
c) Accantonamento al TFR o altro	(C.E.)
+	
d) Accantonamenti vari rischi futuri	(C.E.)
+/-	
Variazioni A.C. e P.C. (interventive tra i due esercizi)	(S.P.)
+/-	
Variazioni immobilizzazioni fisse	
Materiali ed immateriali (interventive tra i due esercizi)	(S.P.)
= CASH OPERATIVO	

"CASH-FLOW OPERATIVO"

Utile è comprendere l'applicabilità di tale indice alla gestione delle A.S., in particolare occorre prioritariamente procedere alla riclassificazione del C.E. e dello S.P. e calcolare l'UTILE LORDO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA, che in un'azienda ospedaliera si ottiene quale differenza fra i ricavi da prestazioni (D.R.G. per volumi di prestazioni erogati) e costi di diretta imputazione per l'erogazione del servizio/prestazione, mentre per budget stanziato, calcolato con il meccanismo del "global budgeting", e costi di diretta imputazione per il funzionamento dell'azienda.

Valutazione indice, esito:

3.1 "cash-flow operativo" > 0;

Sta a significare che la gestione economica-reddituale è in grado di produrre risorse finan-

ziarie per far fronte alle gestione corrente ed al finanziamento degli investimenti;

3.2 “cash-flow operativo” < 0;

Indica che l'Azienda è in deficit finanziario di breve periodo e, dunque necessita di reperire fonti di finanziamento a breve. Le cause potrebbero essere individuate in:

- basso livello di efficienza della struttura (alti costi);
- basso livello di produttività delle prestazioni/ricoveri (basso fatturato);
- mancati o ritardati incassi di crediti;
- tariffe D.R.G. non remunerative i costi totali di produzione del servizio/prestazione (per le A.O.).

3.3 Azioni per il miglioramento del “cash-flow” operativo nelle Aziende Sanitarie

Stante la strategicità di tale grandezza, di seguito si riportano alcune azioni da adottare per migliorare dinamica e risultato finale del c.f.o. nelle aziende sanitarie:

- miglioramento dell'efficienza nella gestione complessiva dei servizi (aumento del livello di appropriatezza nell'erogazione di prestazioni sanitarie, anche attraverso l'incremento nell'utilizzo di trial, linee guida,..., ricorso a forme e modalità di assistenza più flessibili ed economiche: “dayservice”, “daysurgery”, “dayhospital”);
- incremento del fatturato attraverso l'aumento della produzione per quelle prestazioni più richieste (così da abbattere le liste d'attesa), con miglioramento dell'economicità in quelle linee di produzione dei servizi e dei processi sanitari, processi a più elevato assorbimento di risorse (previa analisi A.B.C.);
- minimizzazione dei costi unitari di produzione della prestazione sanitaria, isoqualità;
- miglioramento nella gestione dei flussi finanziari di cassa, con particolare riferimento alla gestione di tesoreria;
- ottimizzazione dei processi di acquisto previa oculata prospettiva fabbisogno/operatività;
- individuazione dei farmaci e dei prodotti diagnostici più efficaci che minimizzano il binomio “costo-efficacia”;
- miglioramento nella gestione dei magazzini, attraverso l'ottimizzazione e costante monitoraggio del livello di giacenza, sia dei semilavorati che dei prodotti finiti, verificando coerenza fra obiettivi di budget (volumi di attività) e prospettiva di acquisto, al netto delle giacenze;
- potenziamento nel ricorso a forme alternative di acquisizione beni strumentali (leasing). Così facendo, anche se economicamente il costo del leasing è maggiore del canone di ammortamento, non si avrebbe immediatamente l'esborso finanziario che si sosterebbe invece in caso di acquisto;
- incrementare forme di acquisizione gratuita di apparecchiature e/o attrezzature sanitarie (visioni, comodati, prove,...), previa verifica della effettiva assoluta gratuità dell'operazione;
- ottimizzazione nell'uso delle apparecchiature, che attraverso un uso pieno, appropriato, condiviso, dipartimentale determinano “economie di scala” nella produzione di prestazioni sanitarie;
- stimolare e sensibilizzare investitori istituzionali (p.es., banche, fondazioni, associazioni, imprese,...) circa l'effettuazione di donazioni di denaro, apparecchiature ed altri lasciti e/o a cofinanziare progetti sanitari di pubblica utilità;
- minimizzazione dei costi generali;
- fidelizzazione dell'utenza che oltre a soddisfare i bisogni dei cittadini residenti, stimola l'attrazione da diverse regioni/territori;
- costante monitoraggio dei crediti verso gli enti istituzionali erogatori (Ministero, Regione, A.S.L.);
- costante monitoraggio crediti verso cittadini-utenti per prestazioni rese a pagamento (non lea) non pagate in contanti contestualmente all'erogazione della prestazione;

- puntualità nel pagamento delle obbligazioni contratte (p.es. forniture) le quali appunto vanno onorate con tempestività, mai anticipatamente, né con tempi di liquidazione eccessivamente lunghi, per non incorrere nell'applicazione di interessi legali per ritardato pagamento previsti dalla legge.

Alcuni indici di liquidità:

Indice di Liquidità Tradizionale (o prova acida, "liquidità ratio"):

Misura la liquidità "effettiva" dell'azienda sanitaria, cioè il suo aspetto più squisitamente monetario e numerario.

In generale, si ottiene sottraendo alle Attività Correnti (AC) del circolante le giacenze finali di magazzino (Gf), che di fatto per divenire valori numerari certi devono essere vendute e monetizzate, e poi si mettono in relazione con le Passività Correnti (PC).

$$\text{Indice di Liquidità} = \text{Ac} - \text{Gf} / \text{Pc}$$

Pertanto nelle A.S., essendo organizzazioni "no profit", non si può pensare di monetizzare le giacenze di magazzino (l'ospedale non può alienare e vendere le rimanenze), ma certamente monitorarle attraverso una oculata gestione. Più elevato è tale indice meglio è per le A.S., in quanto significa che nel breve periodo l'Azienda è finanziariamente equilibrata fra le fonti di finanziamento di breve termine (Pc) ed impieghi di breve termine (Ac).

Capitale Circolante/Attività Totali

Misura le scelte strategiche di investimento fra la gestione corrente e gestione a lungo termine, in particolare indica l'entità di capitale investito nel breve rispetto al totale delle Attività.

$$\text{Ac} - \text{Pc} / \text{Totale Attività} \times 100$$

Livelli bassi di tale indicatore significano:

- scarsa liquidità;
- propensione in investimenti a medio-lungo termine, piuttosto che a breve termine.

N° Giorni Creditori

Quantifica il tempo medio d'incasso dei crediti verso i clienti-utenti.

Nelle Aziende Sanitarie, generalmente coincide, relativamente alla prestazione pagata direttamente ed integralmente dal cittadino al CUP (centro unificato prenotazioni), con l'incasso del ticket e la contestuale erogazione della prestazione, pertanto in tale ipotesi non si generano crediti di funzionamento, che diversamente sorgono quando il ticket versato dall'utente è solo a titolo di partecipazione di spesa, in quanto poi subentra per la differenza il S.S.N.; qualora la prestazione sia in regime di l.e.a., il cittadino non paga finanziariamente di persona la prestazione sanitaria (esame, ricovero, operazione, ...), ma subentra direttamente la A.S.L. di residenza.

Tale indicatore ha pertanto fondamentale importanza nel monitorare i tempi di pagamento delle A.S.L., spesso lunghissimi, verso le A.O. e delle Regioni verso le A.S.L. relativamente all'emissione dei mandati di pagamento relativamente alle risorse di propria spettanza.

Si calcola:

$$\text{n° gg. creditori} = \frac{\text{crediti vs clienti}}{\text{x 365 / Fatturato}}$$

N° giorni Debitori

Informa circa la durata media del credito mercantile concesso dai fornitori all'A.S. e si calcola:

$$\frac{\text{debiti vs fornitori} \times 365}{\text{costi di acquisto (Fatturato Passivo)}}$$

Tipicamente nel mercato degli approvvigionamenti sanitari i tempi medi di pagamento sono mediamente lunghi (vedere Tab. Assebiomedica 2007 pag. 13), con un minimo di 97 giorni della Regione Trentino, ad un massimo di 867 giorni del Molise, con un valore medio di 348 giorni.

Stante tale grave situazione circa i cronici ritardati pagamenti delle forniture sanitarie, da parte delle A.S., sembra quanto mai

opportuno monitorare tale indicatore che evidenzia, come nel caso di specie, oggettive difficoltà circa il puntuale e preciso pagamento dei fornitori, imputabili sia a diseconomie e disfunzioni amministrative interne che ad oggettivi ritardi nel trasferimento dei fondi del S.S.N. ed al pagamento dei crediti da parte dei committenti.

INDICI DI STRUTTURA

Servono per misurare la struttura e la composizione patrimoniale e finanziaria dell'A.S., evidenziando articolazione delle Attività (A) in Ac (Attività correnti) ed Ai (Attività immobilizzate); delle Passività (P) in Pc (Passività Correnti) e Pi (Passività Immobilizzate). Come già precedentemente accennato un sistema di indicatori o indici di bilancio permette di valutare lo stato di "salute" di un'impresa in termini di solidità, liquidità e redditività.

Ne enunceremo, senza commentarli, solo alcuni altri tra i più tradizionali e maggiormente noti, utilizzati dalla dottrina:

- indice di indipendenza finanziaria = $\text{Patrimonio Netto} / \text{totale Attività} \times 100$
- 1° indice di copertura finanziaria delle immobilizzazioni = $\text{Patrimonio Netto} / \text{totale Attività immobilizzate}$
- 2° indice di copertura finanziaria delle immobilizzazioni = $\text{Patrimonio Netto} + \text{Passività a medio-lungo termine} / \text{totale Attività immobilizzate}$
- 1° indice di liquidità. $\text{Attività Circolanti} - \text{rimanenze} / \text{Passività Circolanti}$
- 2° indice di liquidità = $\text{Attività Circolanti} / \text{Passività Circolanti}$
- indice di rotazione dei Crediti v / clienti = $\text{Crediti v} / \text{clienti (al netto di IVA)} / \text{Vendite dell'esercizio} \times 365$
- indice di rotazione delle rimanenze di magazzino = $\text{costo del venduto} / \text{valore giacenza media}$
- ROI (Return on investment): indice di redditività del capitale investito = $\text{utile operativo} / \text{capitale totale investito} \times 100$
- ROE (Return on equity): indice di redditività del capitale proprio = $\text{utile netto} / \text{Patrimonio netto} \times 100$
- ROD (Return on debt): indice di redditività del capitale di terzi = $\text{oneri finanziari} / \text{capitale di terzi} \times 100$

Senza considerare che gli analisti e la dottrina utilizzano molti altri ulteriori indicatori (EVA, ecc.).

Orbene come già detto in altra parte della trattazione occorre verificare l'adattabilità di ogni indicatore parte del sistema alla peculiarità delle aziende sanitarie.

Un indicatore, tra quelli in precedenza elencati, utilizzabile nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, utile per la gestione delle scorte di magazzino, quindi con riflessi sugli approvvigionamenti e sulla logistica, è senza dubbio **l'indice di rotazione delle scorte** (Inventory Turnover Rate), la cui formula tradizionale, come detto è:

$\text{Costo del Venduto} / \text{Valore Giacenza Media}$

Ovvero:

$\text{Valore Rim. Iniz.} + \text{Valore Acquisti} - \text{Valore Rim. Fin.} / \text{Val. Rim. Iniz} + \text{Val. Rim. Fin.} / 2$

Tale indice, che rappresenta un indice di liquidità, in quante le scorte fanno parte del capitale circolante dell'azienda, consente di determinare il numero di volte in cui idealmente, un dato magazzino viene rifornito in lotti di dimensione fissa, nel corso di un dato periodo (generalmente un anno).

Ad esempio se l'indice fosse uguale a 6, significa che ci si rifornisce 6 volte l'anno, pari ad ogni due mesi.

In buona sostanza l'indice esprime la dinamicità delle risorse investite nel magazzino, espresso come numero delle volte che il magazzino si rinnova nel corso dell'anno, cioè del tempo medio del consumo delle scorte.

L'indicatore deve tendere a valori crescenti, che significa maggior turnover delle scorte con conseguente minore immobilizzo e giacenza delle stesse in magazzino.

Elementi che influiscono sulla misura dell'indice di rotazione sono:

- Il livello di servizio desiderato
- Il livello delle scorte di sicurezza (ad esempio la fissazione di un alto livello di scorte di sicurezza, comporta tendenzialmente l'incremento delle scorte con il conseguente abbassamento del valore dell'indice).

Passiamo ad effettuare un semplice esempio dell'uso di tale indice.

Ipotizziamo che si voglia calcolare l'indice di rotazione delle scorte per le pellicole radiografiche.

I dati che vengono forniti sulle pellicole radiografiche dalla contabilità generale, economica e della contabilità dei costi, con riferimento all'anno 2006, sono i seguenti:

Rimanenze finali al 31/12/05 (uguali a quelle iniziali all'01/01/06) = € 45.000

Rimanenze finali al 31/12/06 = € 60.000

Acquisti nel 2006 = € 400.000

Si applica la formula e avremo:

$45.000 + 400.000 - 60.000 / 45.000 + 60.000 / 2$

$185.000 / 105.000 / 2$

$185.000 / 52.500 = 7,33$

La chiave di lettura di tale valore è che nel corso dell'anno il magazzino delle pellicole radiografiche è stato rinnovato 7,33 volte all'anno e la scorta di pellicole radiografiche è rimasta in magazzino circa 50 gg. ($365/7,33$) (livello di magazzino pari a circa 50 gg. di scorta).

Nelle verifiche fiscali (studi di settore, ecc.), tale indicatore è considerato da parte dell'Amministrazione Finanziaria un indicatore di coerenza.

Nella letteratura sugli indici di bilancio, a volte l'indice di rotazione viene configurato con i ricavi al numeratore ed a volte l'indice viene rappresentato con la formula rovesciata come segue:

$\text{valore medio giacenze} / \text{costo del venduto} \times 365$

rappresenta un indice di liquidità, che esprime

il numero medio di giorni necessari a rigenerare il magazzino, ovvero la velocità di rinnovo del capitale investito nelle rimanenze espressa in numero di giorni.

Infine, sul tema, si vuole segnalare l'indagine di programmazione delle scorte dell'azienda ospedaliera mediante un sistema di perequazione matematica e statistica, condotta da operatori dell'I.R.C.C.S. Bambin Gesù, e pubblicata sulla rivista Teme 4/2003 con l'articolo dal titolo "Analisi della domanda interna" a cui si rinvia, per coloro che fossero interessati al problema.

Autonomia imprenditoriale delle Aziende Sanitarie e valutazione degli investimenti

L'ultimo atto dell'aziendalizzazione in sanità lo si è avuto con la "Riforma Ter", di cui al Decreto Legislativo n° 229/99, che alla personalità giuridica pubblica, all'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (art. 13 D. Leg.vo n° 229/99) ha introdotto per le A.S., come già si è detto, anche l'*autonomia imprenditoriale*, cioè la più ampia libertà di organizzare e gestire l'Azienda Sanitaria nel rispetto dei fini istituzionali e della vigente normativa.

Se nell'Azienda privata "autonomia imprenditoriale" è sinonimo di "fare impresa" occorre esplicitare cosa significa ciò per le A.S.

Dal punto di vista del diritto amministrativo, è certamente espressione del "potere organizzatorio" aziendale cioè l'obbligo di adottare nel rispetto dei principi e dei criteri adottati l'*"atto aziendale"* che definisce:

- organizzazione;
- funzionamento;
- responsabilità e soggetti abilitati ad agire verso l'esterno (deleghe).

Nell'ambito degli investimenti, l'*"autonomia imprenditoriale"* si sostanzia:

- nella facoltà del Direttore Generale di acqui-

stare beni e servizi nel rispetto delle nuove procedure previste dal Codice Unico degli Appalti (D. Leg.vo n° 163/06);

- autonomia organizzatoria e di scelta priorità/obiettivi.

Il legislatore, con il "Codice Unico degli Appalti", ha operato un processo di riorganizzazione e di implementazione di nuovi istituti e procedure di acquisto (procedure aperte, ristrette, negoziate, dialogo competitivo), ancora una volta orientato a disciplinare approfonditamente l'aspetto formale-procedurale del "*Come acquistare*", cioè del rispetto della legittimità dell'azione amministrativa (rispetto della legge e delle procedure) e non anche parimenti quello dell'efficienza e dell'economicità "*Cosa e Quanto acquistare*" che tanto pesa sia in termini di assorbimento delle risorse che di responsabilità economica-contabile (principio dell'economicità degli acquisti).

Il "Cosa e Quanto acquistare" è di fatto oggetto di analisi del presente lavoro, aspetti che per loro natura non possono essere oggetto di normativa, mentre appare auspicabile che il legislatore preveda l'obbligo per il management pubblico di avvalersi di strumenti, metodi e modelli tipici già da tempo utilizzati nella gestione degli acquisti e nella valutazione degli investimenti nel mondo privato.

Non esistono attualmente in Sanità, linee guida, modelli economici, di comprovata utilizzazione ed efficacia, in grado di orientare il management su cosa valutare prima di effettuare un investimento.

La decisione circa "Cosa e Quanto acquistare" rappresenta una variabile endogena all'azienda sanitaria, appannaggio del management aziendale che attraverso una programmazione integrata delle attività prevede cosa occorre all'azienda per funzionare bene, senza discontinuità, sia in termini di Attivo Circolante (scorte economiche, di farmaci, presidi medico-chirurgici, ...) che di Attivo Immobilizzato (apparecchiature sanitarie, impianti ed attrezzature, ...) e ciò

in armonia con le strategie e gli obiettivi di politica sanitaria regionale aziendali (P.A.L. o P.A.; budget).

Il successo (o l'insuccesso) di un'Azienda è anche funzione della capacità dell'imprenditore di coordinare i fattori produttivi ed in particolare, nella individuazione, per prevenire costosi, impropri e diseconomici impieghi di capitale di:

- cosa serve (tipologia prodotto da acquisire);
- quantità da approvvisionare;
- come reperirla (modalità, forma e procedura da esperire);
- frequenza di riordino.

Relativamente all'Attivo Circolante (Ac), il Cosa, Quanto, Quando, Come acquistare è oggetto di una oculata Politica degli Acquisti del buyer pubblico, che partendo da un equilibrato monitoraggio circa la registrazione dei consumi pregressi, delle scorte, del livello di sicurezza e riordino (utilizzando anche strumenti matematico-finanziari quali il "lotto economico"), ed in relazione alle Attività erogate e al Budget (volumi quali-quantitativi complessivamente negoziati con i responsabili di tutte le strutture complesse), il tutto mediante una informatizzazione trasversale e verticale (dal processo di acquisizione alla gestione delle scorte) in grado di dare una risposta ai summenzionati quesiti. In sostanza una precisa e puntuale analisi quali-quantitativa del fabbisogno prospettico in relazione all'attività da erogare, prendendo in riferimento lo "storico".

Stabilito tipologia, varietà, quantità dei prodotti da acquistare, è compito del "buyer" delle Aziende Sanitarie (generalmente Provveditorato-Economato, Direzione Acquisti e Appalti) individuare procedure e modalità di acquisto più convenienti così da "spuntare" le migliori condizioni di fornitura (prezzo, qualità, tempi di consegna, modalità di pagamento, garanzie,...).

Il Direttore generale, quale rappresentante legale e responsabile della gestione comples-

siva dell'azienda sanitaria, per raggiungere gli obiettivi del suo mandato istituzionale (erogare prestazioni sanitarie in armonia con gli obiettivi fissati dalla regione), nell'esercizio della sua funzione quale espressione dell'autonomia imprenditoriale in materia di scelte di investimento, si avvale della collaborazione del Direttore Sanitario (per gli aspetti tecnico-igienico-sanitari-organizzativi) e del Direttore Amministrativo (per gli aspetti amministrativi-economici-giuridici e degli Organi di Staff).

La "Variabile" Investimenti

La "decisione" di un investimento in una Azienda Sanitaria **dovrebbe** scontare la preventiva valutazione dei seguenti fattori:

- a) effettiva necessità;
- b) coerenza con obiettivi e politiche aziendali (in armonia con il P.S.R., P.A.L., Budget);
- c) opportunità;
- d) miglioramento delle "performances": quantitative (aumento della produttività) e/o qualitative (miglioramento dei processi e dell'output e dell'outcome) a beneficio dell'utente;
- e) convenienza economica ("return on investment", ritorno dell'investimento).

Mentre le valutazioni di cui ai punti a, b, c, d, si riferiscono a valutazioni squisitamente tecniche, funzionali, organizzative, produttive (cioè consistenti nel verificare che l'investimento è in quel momento e in quel contesto necessario, coerente, congruo con gli obiettivi e le strategie aziendali e dunque impatta positivamente sia sull'output che sull'outcome migliorandoli) la convenienza economica (d) misura solo l'aspetto esclusivamente reddituale (l'investimento conviene se i ricavi, foss'anche prospettici, sono superiori ai costi).

Si è utilizzato la forma condizionale **dovrebbe**, in quanto nella realtà delle A.S. tali valutazioni economico-finanziarie (lettera d), di largo utilizzo nelle imprese private, di fatto, non vengono ancora quasi mai effettuate.

Ecco un altro elemento dicotomico fra "mercato" e "mercato sanitario", relativamente alla

valutazione degli investimenti; nel *privato* l'investimento è stato sempre oggetto di valutazione economica in virtù della sua ricaduta, il suo "ritorno", sia in termini di opportunità che di redditività; nel *pubblico*, da sempre ha prevalso prioritariamente la valutazione del "bisogno" (socialità ed utilità dell'investimento per la collettività, prescindendo dalla sua economicità). È cioè la sua ricaduta sul "welfare state". Non a caso si stanno sviluppando modelli e sistemi contabili in grado di misurare oltre al risultato economico, l'impatto sociale per la collettività dell'operato aziendale (Bilancio Sociale).

In virtù del fatto che la A.S. è una organizzazione "no profit oriented" ed istituzionalmente preposta ad erogare prestazioni sanitarie di pubblica utilità, spesso è stato trascurato l'aspetto dell'economicità, valutando esclusivamente quello dell'utilità sociale.

Ora è ancor più complesso. Infatti in un contesto sempre più caratterizzato da scarsità di risorse è divenuto necessario valutare contemporaneamente entrambi gli aspetti dell'investimento e cioè:

- utilità sociale;
- economicità.

Appare ormai indispensabile che anche chi gestisce la "res pubblica", la "cosa pubblica", ponderi e valuti le azioni da intraprendere (investimenti) utilizzando strumenti e metodologie atti a misurare efficacia, efficienza, economicità ed eventuale redditività.

In nome dell'erogazione di un pubblico servizio, non si può gestire l'amministrazione, gli enti pubblici non ispirandosi alla legge del "minimo mezzo", in quanto sano principio economico, universalmente e trasversalmente sempre valido, sia nel "privato" come nel "pubblico".

L'amministrazione pubblica, l'ente pubblico ha una sua mission: erogare prestazioni ai cittadini assicurandone qualità, accessibilità, tempestività, economicità, il tutto con equità, utilizzando quali fonti di finanziamento le tasse ed i tributi che gli stessi cittadini pagano in vir-

tù della loro capacità reddituale effettiva (reddito dichiarato che in un sistema fiscale equo deve coincidere con quello effettivamente prodotto) e dei loro oggettivi bisogni.

L'utilizzazione di tecniche aziendaliste e di modelli matematico-finanziari puri nella valutazione degli investimenti nelle Aziende Pubbliche di erogazione di servizi, quali le A.S., e più in generale nella P.A., non significa che lo Stato non debba più finanziare e realizzare investimenti "in perdita" (si pensi a tutte le opere di pubblica utilità, alle strade, ai servizi pubblici,...) soprattutto in quei settori strategici dell'economia trainanti, quanto almeno conoscerne il livello di economicità.

Si ricordi che un comportamento massimizzante il profitto in economia è anche la minimizzazione della perdita, qualora questa inevitabile (i ricavi attesi e prospettici sono inferiori ai costi dell'investimento ritenuto di utilità sociale), importante è la conoscenza, la consapevolezza del risultato economico effettivo dell'investimento.

Un po' di storia

Ancora oggi, nelle A.S., in piena implementazione di principi di organizzazione e gestione ispirati all'H.T.A. (High Technology Assessment) e all'E.B.M. (Evidence Based Medicine), come accadeva già ai tempi dell'"ente ospedaliero", la "variabile investimenti" (e cioè l'acquisto di arredi, apparecchiature, attrezzature e tecnologie sanitarie) è solitamente gestita dalla Direzione

Sanitaria quale organo tecnico di governo, che valutando necessità, congruità, priorità, delle diverse richieste d'acquisto di apparecchiature e tecnologie sanitarie rispetto al budget, all'operatività, alla situazione circa dotazione e tasso di utilizzazione delle apparecchiature, nonché allo stato di senescenza ed obsolescenza nel quale vertono le stesse, autorizza (o meno) l'acquisto, esprimendo "parere favorevole" all'acquisizione.

Compito del Dipartimento Amministrativo, Direzione Amministrativa e suoi Uffici, è poi, ad avvenuta acquisizione del parere favorevole all'acquisto, provvedere a tutte le fasi del procedimento amministrativo (dalla verifica della disponibilità finanziaria, alla selezione della procedura tipica, funzione dell'importo e della specificità della fornitura, alla redazione del capitolato, delle lettere di invito o della pubblicazione, della costituzione di eventuali commissioni tecniche, all'eventuale prequalificazione delle ditte partecipanti, alla valutazione delle offerte, attribuzione del punteggio, aggiudicazione, ed emissione dell'ordine, fasi tipiche dell'area Provveditorato-Economato, alla consegna del bene e relativo eventuale collaudo, carico contabile, liquidazione della fattura,...) che si concretizza con l'acquisizione del bene.

Da questa breve analisi delle procedure, si evince macroscopicamente ancora, di fatto, l'assenza della valutazione economico-finanziaria dell'investimento.

4. La valutazione dell'investimento in immobilizzazioni o capitale fisso

All'inizio del secondo millennio, la prassi aziendale è ancora caratterizzata da una varietà di metodi e approcci in tema di valutazione degli investimenti.

Forse manca ancora una diffusa e consolidata consapevolezza delle peculiarità dei vari metodi di valutazione degli investimenti, anche se la teoria finanziaria e la prassi aziendale hanno cercato di individuare i punti di forza e di debolezza dei vari metodi di valutazione.

A rendere ancora più incerto il quadro di riferimento è il fatto che oggi stiamo assistendo a forme di investimento sempre meno tradizionali, contraddistinte da forti componenti micro-elettroniche, di altissima tecnologia, nonché ad investimenti in ricerca e sviluppo, che producono benefici intangibili ed indiretti, quali ad esempio maggior flessibilità della produzione e riduzione dei tempi di processo, benefici tuttavia di difficile determinazione in termini quantitativi.

La migliore dottrina ha definito il controllo e la valutazione degli investimenti come l'insieme delle determinazioni necessarie per quantificare il grado di economicità e di redditività delle diverse alternative di investimento, per consentire al management o alla direzione di assumere le decisioni aziendali di investimento dei capitali – e le connesse decisioni di attivazione dei processi produttivi – in condizioni di razionalità.

Da un'indagine condotta, dal Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con il Forze e Forum PA, su un campione abbastanza numeroso di enti locali, nell'ambito del progetto "cantieri", e relativa alla monitoraggio degli ultimi tre anni, apparsa sul Sole 24

Ore del 7 aprile 2003, emergeva un quadro abbastanza sconsolante sull'efficacia degli investimenti effettuati.

Infatti l'80% delle amministrazioni prese a campione non avrebbe effettuato valutazioni d'impatto per investimenti.

Verosimilmente il quadro delineato è ancora attuale.

Quindi ci troviamo di fronte ad una PA, in gran parte incapace di valutare gli interventi e che non utilizza modalità strutturate di "project management", non attuando cioè alcun tipo di monitoraggio e valutazione e controllo budgetario degli investimenti. Possiamo raggruppare in due grandi categorie i metodi più diffusi per il controllo e la valutazione degli investimenti.

Metodi che si rifanno all'attualizzazione di flussi di entrate monetarie o di cassa opportunamente scontati e metodi che non si basano su tale concetto.

Introducendo la seconda tipologia di metodi, ovvero quelli che non si basano sui flussi di cassa scontati, si rileva che alcuni sono stati oggetto di elencazione nelle pagine precedenti, nell'ambito della descrizione del sistema degli indicatori, come ad esempio il ROI (utile operativo/capitale investito x 100).

Tra questa seconda tipologia di metodi di valutazione degli investimenti, che non si rifanno alle logiche finanziarie dell'attualizzazione, il più diffuso è il TRM o TRMC, ovvero il tasso di rendimento medio, o tasso di rendimento medio contabile o tasso di rendimento semplice.

In buona sostanza tale indice è equipollente ed ha il medesimo significato del ROI di un in-

vestimento, esprimendo la redditività contabile del capitale mediamente investito nell'immobilizzazione, come rapporto tra:

- utile o reddito operativo medio (al netto dell'imposizione diretta) ed il capitale totale mediamente investito.

La più autorevole dottrina ritiene che tale indicatore abbia un grosso limite quando si tratta di valutare investimenti pluriennali, che generano flussi di entrate e di uscite nei vari anni, con cadenze variamente distribuite.

In linea generale l'investimento è caratterizzato da una serie di uscite monetarie in una prima fase (cash outflows) e di entrate monetarie in una fase successiva (cash inflows).

Il risultato economico attualizzato di un investimento si determina dalla somma algebrica dei valori attuali delle entrate e delle uscite monetarie, preventivamente resi finanziariamente omogenei con riferimento alla data iniziale dell'investimento.

La logica della matematica finanziaria considera l'investimento come rendita con rate diseguali.

Per cui i metodi di controllo e valutazione degli investimenti, che la prevalente dottrina consiglia, si rifanno alle logiche finanziarie dell'attualizzazione, ovvero sui flussi di cassa ed entrate finanziarie scontati.

Esamineremo pertanto in seguito alcuni di questi metodi, pur con tutti i limiti e le riserve enunciate all'inizio del capitolo.

Sembrerebbe prevalere la convergenza sul gradimento e la condivisione nell'affermare una certa superiorità del metodo del **valore attuale netto (VAN)**.

Il VAN è un criterio che si rifà alle logiche finanziarie dell'attualizzazione, ovvero un metodo di valutazione basato sui flussi monetari, flussi di cassa scontati.

Il metodo di valutazione del valore attuale netto ha il significato di incremento o decremento di ricchezza generato dall'investimento valutato come se fosse immediatamente disponibile.

L'espressione del VAN è la seguente:

sommatoria valore attuale $ft (1 + cm) - i - C$
 ove cm = costo medio ponderato del capitale e
 C = valore dell'esborso iniziale

Tale metodo si dimostra coerente con i principi che presiedono alla valutazione finanziaria delle strategie, in quanto considera sia il valore finanziario del tempo, sia il rischio associato ad ogni singolo progetto di investimento e risponde alla stessa logica di scelta alla base della teoria del valore.

In presenza di investimenti indipendenti il calcolo del VAN offre un criterio di scelta immediato, portando ad accettare progetti con $VAN > 0$, ovvero positivo (un valore positivo crea ricchezza) ed a rifiutare $VAN < 0$, ovvero negativo.

Il VAN dovrebbe rappresentare il criterio di scelta migliore, anche in una situazione caratterizzata da investimenti alternativi, senza il vincolo del capitale scarso; tra i vari VAN si sceglie quello positivo maggiore.

Altri metodi di valutazione degli investimenti basati sui flussi monetari, flussi di cassa, o flussi finanziari sono quelli del:

- **TIR - Tasso di rendimento interno (o effettivo).**
- **TRA -Tasso di rendimento attualizzato.**

Il TIR è il tasso che rende i flussi attualizzati generati dall'investimento pari all'esborso iniziale.

Formula che soddisfa la seguente uguaglianza:

$C = \text{sommatoria valore attuale } ft (1 + r) - i$

Ove r = tasso di rendimento interno del progetto.

Il TRA è il beneficio di un investimento espresso in termini relativi come rapporto tra valore attuale "lordo" dei flussi generati del progetto e investimento iniziale e la modalità di calcolo è la seguente:

sommatoria valore attuale $ft (1 + cm) - i / C$

In caso di scelta tra investimenti concorrenti, ma in un quadro finanziario di risorse scarse, ovvero di non poterli finanziare tutti, il TRA

permette di individuare e selezionare quegli investimenti che contribuiscono maggiormente alla creazione del valore.

Il TIR rispetto al VAN determina il rendimento di un investimento in termini percentuali.

Secondo la dottrina il TIR ha dei limiti per i progetti di investimento di lunga durata.

La recente dottrina sostiene che è preferibile la valutazione degli investimenti condotta con il metodo del VAN o della variante rappresentata dal TRA, piuttosto che quella rappresentata dal TIR.

Si ricorda che molti investimenti moderni sono caratterizzati da elementi e caratteristiche altamente tecnologiche con forte presenza di componentistica microelettronica, nonché da investimenti in ricerca e sviluppo.

Trattasi in taluni casi anche di investimenti immateriali che producono determinati benefici indiretti ed intangibili (ad esempio migliore attraversamento della rete del processo, snellezza e maggior flessibilità della capacità produttiva, inserimenti in nuovi mercati, ottenimento di vantaggi competitivi, ecc.).

Tali circostanze e caratterizzazioni determinano spesso difficoltà a quantificare i flussi monetari e/o reddituali futuri, tali da limitare la significatività delle valutazioni basate sui precedenti indicatori, in particolare il VAN.

Ciononostante la recente dottrina consiglia, in tutti i modi di utilizzare le logiche di scelta basate sui flussi di cassa scontati, con le opportune cautele ed accorgimenti.

In definitiva, anche in situazioni di incertezza, per la valutazione degli investimenti, si consiglia di non rinunciare mai ad un'analisi economico-finanziaria.

Per iniziare un approccio di valutazione di un progetto di investimento per le aziende sanitarie ed ospedaliere, riteniamo utile riproporre due metodi abbastanza semplici, pubblicati dalla rivista Teme 5/2000, che gli autori di questo volume avevano elaborato con altri colleghi, e che si ritiene possano soddisfare, in una prima fase, esigenze di controllo e valutazione degli investimenti.

Sono metodi, denominati "ROI" nell'articolo citato, che si basano comunque sul confronto e comparazione dell'investimento iniziale con i flussi di entrate/ricavi attesi (metodo semplice), ed attualizzati ad un tasso-fattore di sconto (metodo attualizzato).

Si riporta stralcio dell'articolo con le esemplificazioni.

1. La "variabile" investimenti in Azienda.

Prima di decidere un investimento importante si devono valutare:

- a) l'effettiva necessità;
- b) la coerenza con gli obiettivi e le politiche aziendali;
- c) l'opportunità;
- d) la sua convenienza economica (in termini di "ritorno").

Mentre le prime tre valutazioni (a, b, c) attengono solo all'opportunità tecnica, funzionale, organizzativa (verificare che l'investimento sia in quel momento e in quel contesto necessario, coerente e quindi congruo con le strategie aziendali), la valutazione d), è prettamente economica (l'investimento è conveniente quando il suo *ritorno economico* è superiore al costo).

Sembrerà strano ma tali semplici considerazioni di carattere economico aziendale (*turnover*, ritorno dell'investimento), tanto utilizzate in economia ed in finanza aziendale, sono ancora per lo più sconosciute e inutilizzate nella Pubblica Amministrazione ed in particolare nelle Aziende Sanitarie.

Nelle aziende private si è guardato sempre con molta attenzione, sia all'opportunità che alla redditività dell'investimento, nelle Aziende Pubbliche ha sempre prevalso la valutazione del "bisogno" e cioè della necessità dell'investimento, spesso a scapito della valutazione economica. Questo perché, si diceva, il pubblico non mira al profitto (come il privato) non ha interesse a considerare l'economicità degli investimenti, quanto esclusivamente l'impatto di utilità sociale.

È ora necessario valutare entrambi gli aspetti: prima quello sociale, poi quello economico.

Reputo necessario che le considerazioni che seguono diventino patrimonio comune anche di chi gestisce la “cosa pubblica” perché l'erogazione ad un servizio pubblico, non esime l'Ente di adottare un comportamento di massimizzazione dell'utilità economica e di risparmio, anche con verifiche sull'economicità e sulla qualità delle prestazioni erogate.

Questo non significa che, seguendo una logica ultra-aziendalista non si debbano più effettuare gli investimenti “in perdita” (si pensi a tutte le opere pubbliche, alle infrastrutture, ai servizi di trasporto pubblico,...), quanto perlo meno prendere coscienza che gli stessi hanno un margine negativo, così da porre maggior attenzione al risparmio.

Ancora oggi, come già avveniva dai tempi dell'Ente Ospedaliero, la *variabile investimenti* (arredi, apparecchiature, attrezzature e tecnologie sanitarie) è sempre gestita dalla Direzione Sanitaria, che valutando necessità, compatibilità, congruità, priorità delle richieste di acquisto di apparecchiature sanitarie, ne autorizza (o meno) l'acquisto, dando (o negando) il fatidico “*parere favorevole*”. Era poi, e spesso ancora avviene così, compito dell'area amministrativa e dei *competenti uffici*, provvedere a tutte le fasi operative di acquisizione del bene (dalla verifica della disponibilità finanziaria, all'espletamento delle procedure di acquisto, all'aggiudicazione, al carico contabile del bene, alla liquidazione della fattura,...).

Totalmente assente è la *valutazione economica dell'investimento*.

Dall'analisi della procedura, si evidenzia ora più di prima, anche in virtù della riconosciuta autonomia imprenditoriale assegnata alle Aziende Sanitarie, a seguito della Riforma Bindi, l'utilità di avere linee guida, principi e criteri di riferimento secondo cui ispirare la “Politica degli Investimenti”, tenendo conto finalmente e giustamente prima degli aspetti sanitari, poi anche di quelli economici dell'investimento. Ecco che la DECISIONE DI INVESTIMENTO può

ipotizzarsi costituita da due fasi:

- a) della valutazione sanitaria;
- b) della valutazione economico-reddituale.

2. Le decisioni d'investimento

2.1 La valutazione sanitaria

La **decisione di acquisizione** di un'apparecchiatura sanitaria presuppone una critica ed attenta analisi dell'effettivo fabbisogno della struttura richiedente, con riferimento a:

- **tipologia e volumi di prestazione** già erogate o che si intende nel futuro di erogare (esame quali-quantitativo storico e prospettico, esami diagnostico-strumentali, prestazioni, volume ricoveri,...e ciò per *capire se veramente serve l'apparecchio e come si intende utilizzarlo*);
- **analisi dotazione apparecchiature presenti.**

Occorre conoscere, attraverso l'*inventario*, tutte le apparecchiature disponibili, il titolo di provenienza, l'ubicazione, l'età, lo stato d'uso, la modalità e percentuale d'utilizzazione, il livello di efficienza tecnica e di efficacia sanitaria (questo per verificare se la necessità può essere soddisfatta usando meglio apparecchiature già presenti, ricorrendo anche ad organizzazioni del lavoro alternative);

- **congruità della richiesta di acquisto con gli obiettivi generali, con i piani di attività e con il “technology assessment” aziendale.** L'investimento deve essere coerente con l'attività erogata dal servizio richiedente. La richiesta deve essere valutata nella globalità delle risorse e di programmi, onde evitare duplicazione negli acquisti di forniture, rispetto all'assetto tecnologico.

Il “parere favorevole” all'investimento, è auspicabilmente subordinato alla ricorrenza, giova ripeterlo, delle seguenti condizioni specifiche:

- *inerenza* della richiesta dell'apparecchiatura con l'attività dal servizio prestata;
- *coerenza* dell'investimento con gli obiettivi generali ed i *piani di produzione* (Budget del-

le Attività);

- comprovato e sensibile *miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate*, sia in termini di efficacia sanitaria (clinica-diagnostica-terapeutica) che di efficienza, compatibilmente ai costi di gestione e di utilizzazione;
- *economicità gestionale*, ottenibile con:
 - una diminuzione (o almeno un non aumento) del costo del personale impiegato per il suo utilizzo;
 - una diminuzione (o almeno un non aumento) dei costi per materiali di consumo.

La Direzione Sanitaria, in questa fase per esprimere una compiuta valutazione, potrà avvalersi delle professionalità multidisciplinari ritenute necessarie (servizio di biotecnologia, U.O.A. Provveditorato-Economato, Patrimonio, Servizio Qualità, Servizio Infermieristico,...).

Valutate positivamente la sussistenza delle sopraelencate condizioni, prima di disporre l'acquisto, incaricherà la Direzione Amministrativa per la *valutazione economico-reddituale* dell'investimento.

2.2 La valutazione economico-reddituale dell'investimento

Verificata l'opportunità sanitaria dell'investimento (parere favorevole della Direzione Sanitaria), affinché l'investimento risulti anche economicamente vantaggioso va valutata la sua convenienza economica (analisi costi-benefici).

Qui inizia il lavoro della Direzione Amministrativa che, analizzando gli aspetti economici, gestionali, reddituali dell'investimento, utilizzando anche tecniche matematico-finanziarie attuariali, deve esprimere un giudizio di convenienza economica.

Si tratta di individuare, quantificandoli, tutti i **costi (Ci)** afferenti all'investimento oggetto di valutazione (costo storico di acquisto, quota annua di ammortamento, costi di manutenzione per materiale di consumo, per personale aggiuntivo eventualmente necessario al funzio-

namento,...), possibilmente al "*full-costing*" (*costo pieno*) o se ciò non è possibile, al "*direct-costing*" (costo diretto), con i **ricavi prospettici (Ri)** derivanti dall'investimento.

L'attualizzazione dei ricavi prospettici (Ri) si ottiene attualizzando, alla data in cui viene effettuata la valutazione, la stima dei ricavi futuri (p. es., da ticket sulle prestazioni erogate) ottenibili utilizzando in futuro il macchinario. Il periodo che si può prendere a riferimento è il numero di anni di durata economica utile dell'apparecchio, funzione del coefficiente di ammortamento (p. es., apparecchiature sanitarie % ammortamento=12.50; durata: 8 anni).

La valutazione deve portare ad un risultato:

- a) l'investimento è economicamente conveniente (se $Ri > Ci$);
- b) l'investimento non è economicamente conveniente (se $Ri < Ci$).

Spetterà al Direttore Generale decidere se comunque effettuare o meno l'investimento in presenza di una valutazione sanitaria positiva (è opportuno effettuarlo) e di una valutazione economica negativa (non è conveniente, $Ri < Ci$). Tale decisione, di valenza generale, deve essere la sintesi di valutazioni sanitarie, organizzative, economiche, reddituali, ma soprattutto etiche e sociali, in quanto, giova ricordarlo, le Aziende Sanitarie non sono votate al profitto, bensì ad erogare prestazioni sanitarie nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Il direttore generale, potrà così decidere ugualmente di effettuare l'investimento, anche in presenza di una redditività negativa ($Ri < Ci$), a condizione che sia consapevole ed in grado di motivarne le ragioni. Spesso succede che le prestazioni erogate dalle aziende, sono rifinanziate con tariffe DRG "non a prezzo", cioè non remunerative dei costi di produzione sostenuti, ma non per questo le aziende si esimono dall'erogarle.

Spetterà poi al Controllo di Gestione ed al Servizio di Contabilità Direzionale evidenziare

le prestazioni erogate con tariffe di rimborso "sottocosto", così da suggerire alla Direzione Aziendale le azioni correttive (p. es., contenere nel limite del possibile tali prestazioni o, diversamente potenziare quelle con margine di contribuzione positivo, nel limite del rispetto dei piani di attività concertati con la Regione, a recupero di quelle con margine di contribuzione negativo).

Cruciale è il ruolo della Direzione Amministrativa, che oltre a compiere la valutazione economico-reddituale, deve far da tramite con la Direzione Sanitaria, con il Direttore Generale, ai fini della decisione dell'investimento, nonché essere l'elemento propulsore del processo amministrativo di acquisizione del bene. Essa infatti, in collaborazione con la U.O.A. Provveditorato-Economato, deve individuare, fra tutte le possibili, la modalità di acquisizione ritenuta più conveniente, fra:

- acquisto;
- leasing finanziario;
- leasing operativo;
- "service";

nonché le relative procedure (trattativa privata, licitazione privata, asta pubblica) e ciò in relazione all'urgenza, priorità, entità fornitura, regolamento aziendale acquisti.

A riguardo è utile, a garanzia della snellezza, della trasparenza, della celerità del processo, che la Direzione Generale adotti un proprio atto che determini i responsabili, l'attività e i tempi che regolamentano tale delicata procedura della valutazione degli investimenti.

3. Strumenti di analisi per una valutazione economica-finanziaria degli investimenti. L'indice del "pay-back" (del ritorno dell'investimento)

Uno dei compiti più ardui del management è pianificare la gestione in maniera da conseguire un risultato economico soddisfacente (tasso di redditività adeguato in relazione al capitale investito). Per ottenere ciò, egli deve anche saper selezionare, fra tutti i possibili investimen-

ti alternativi, i *migliori*, così da mantenere o incrementare la redditività aziendale.

Alla stessa stregua, anche nelle Aziende Sanitarie, in un'ottica di razionalizzazione delle risorse, il management dovrà selezionare quegli investimenti che ne massimizzano l'utilità, compatibilmente ai livelli uniformi di assistenza ed alla qualità delle prestazioni erogate nel rispetto del vincolo di bilancio.

Autonomia imprenditoriale, può anche significare selezionare l'investimento economicamente più conveniente nel rispetto delle esigenze sanitarie-organizzative aziendali, del bisogno degli utenti e delle risorse disponibili.

Ancora oggi, uno dei metodi per scegliere un investimento è il "pay-back".

Tale metodo (definito del "ritorno dell'investimento") è basato sulla determinazione del numero di anni (n), che occorrono per "recuperare" l'investimento (e cioè del tempo che deve trascorrere dal momento che la somma investita venga recuperata con le entrate future dallo stesso derivanti).

Questo, pur non essendo un metodo matematico, finanziario, attuariale è dagli aziendalisti ancora unanimemente adottato quale regola generale di riferimento, così da avere un "punto fermo" nella valutazione degli investimenti.

Tale metodo, per la determinazione del *tasso di rendimento dell'investimento*, può avvalersi del DCF (Discounted Cash Flow), cioè del "**Flusso di Cassa Attualizzato**" e cioè dell'attualizzazione, alla data di effettuazione dell'investimento, dei *flussi di cassa futuri* derivanti.

In pratica, per decidere se conviene o no l'investimento, bisognerà confrontare il costo dell'investimento (onnicomprensivo di tutte le componenti) con la sommatoria dei ricavi (da prestazioni) futuri attualizzati alla data in cui avviene la valutazione, che si prevede saranno erogati.

Gli elementi da tener presente in questa valutazione sono:

- **Costo dell'investimento (Ci)**

È sicuramente l'importo più semplice da determinare in quanto rappresentato dall'esborso di cassa sostenuto (se pagato per contanti) o comunque dal costo storico effettivamente pagato (comprensivo di I.V.A., in quanto indetraibile per le Aziende Sanitarie, e di tutti i costi di diretta imputazione: spese di impianto, avviamento, addestramento del personale,...);

- **Ricavi attesi (Ri)**

Rappresentano i ricavi che si stima realizzare per effetto delle prestazioni erogate in futuro da quell'apparecchiatura. Tale valore si ottiene moltiplicando il volume di prestazioni, suddiviso per tipologia, che si reputa di erogare (X), per la relativa tariffa DRG di remunerazione, limitatamente al periodo di durata economica (t) dell'apparecchiatura.

- **Durata dell'investimento (t)**

È il numero presunto di anni di utilizzazione economica del bene. Si consiglia di fare riferimento alla durata "civilistica" della tipologia di bene, ottenibile dividendo l'unità per il coefficiente d'ammortamento civilisticamente previsto stante la natura del bene (p.es., appositamente per le apparecchiature sanitarie, si può utilizzare il dettato fiscale di cui al D.M. 31/12/98, per il coefficiente civilistico di ammortamento che è pari a 12,50%; pertanto la durata economica del bene è: $(1:0,125)=8$ anni.

- **Tasso di rendimento (o tasso di sconto) (i)**

È una variabile di difficile determinazione. Deve essere deciso dalla Direzione Aziendale e può rappresentare il costo del capitale eventualmente preso a prestito (e cioè il tasso d'interesse passivo pagato sul finanziamento contratto) o, diversamente il tasso di rendimento che s'intende realizzare sull'investimento stesso, quale remunerazione del capitale investito, qualora l'investimento sia stato autofinanziato con capitale proprio (in tale ipotesi le Aziende Sanitarie essendo pubbliche e "no-profit" dovranno perlomeno salvaguardarsi dall'inflazione).

- **Ricavi attesi attualizzati (Ri a)**

Sono i ricavi attesi (Ri), attualizzati alla data di valutazione della decisione di investimento, al tasso (i), nel limite della durata economica presunta dell'investimento (t).

Si ottengono applicando la formula:

$$Ri\ a = Ri\ 1 / (1+i)^*$$

* = t, durata economica in anni investimento

3. Metodo del "ROI: return on investment" per la valutazione dell'investimento

Qualsiasi investimento si caratterizza per un ingente versamento iniziale che si spera "ritorni" sottoforma di ricavi futuri entro un determinato lasso di tempo. Ecco il significato di "pay-back" e cioè di ritorno dell'investimento sottoforma di liquidità. Lo scopo del management nel valutare l'opportunità dell'investimento è anche di calcolare il tempo di "rientro" e la sua redditività. Per fare questo deve correlare il *costo dell'investimento* (Ci), esborso iniziale, sostenuto al tempo di realizzazione (to), con i *ricavi attesi* (Ri) che si stima realizzare nei prossimi n-anni (durata economica investimento).

Ci sono due metodi: del "ROI" semplice ed attualizzato, a seconda se si considera o meno qualsiasi fattore di attualizzazione.

3.1 Metodo del "ROI" semplice

Si mettono semplicemente a confronto *costo dell'investimento* (Ci) e stima *Ricavi futuri attesi*, generati nel periodo di riferimento.

Da tale confronto si potrà grossolanamente desumere, prescindendo da qualsiasi considerazione inflattiva o di attualizzazione finanziaria:

- a) Tempo di "rientro" dell'investimento;
- b) Tasso medio di redditività annuale;
- c) Convenienza (o no) dell'investimento.

Si riporta un esempio:

Acquisto e contestuale pagamento di un apparecchiatura, al tempo (to), del costo (Ci) di 2000;

L'investimento si reputa possa consentire di realizzare nei successivi 8 anni i seguenti ricavi (vedere tabella):

Anno	Costo investimento (Ci)	Ricavi attesi (Ri)
1 (to)	2000	200
2	0	400
3	0	500
4	0	600
5	0	500
6	0	400
7	0	400
8	0	300
Totale	2000	3300

a) Calcolo del *“tempo di rientro dell'investimento”*:

si determina, dividendo la somma dei ricavi totali attesi ($R_i=3300$), per il costo dell'investimento ($C_i=2000$). Il risultato rappresenta il *“numero delle volte che l'investimento è ritornato sotto forma di ricavi”* (c.d.: *turnover dell'investimento*). Nell'esempio:

indice di turnover = $R_i/C_i = 3300/2000 = 1.65$
 cioè l'investimento (C_i) realizzato al tempo t_0 , è stato ripagato 1.65 volte nei successivi 7 anni.

L'anno nel quale viene recuperata la somma investita è intorno alla fine del 4° anno:

$$\text{Durata investimento/turnover} = 8/1,65 = 4,85 \text{ anni}$$

In pratica i primi 5 anni di attività servono per coprire, prescindendo da qualsiasi fattore inflattivo, l'investimento; poi ha inizio la redditività vera e propria.

b) Calcolo del *tasso di medio di redditività annuale*:

si ottiene dividendo i ricavi attesi ($R_i=3300$) per il numero di anni di durata economica dell'investimento ($n=8$ anni), il risultato lo si rapporta al capitale investito ($C_i=2000$).

$$(R_i/n)/C_i = 3300/8/2000 = 0.20 \text{ (20 \%)}$$

c) Convenienza dell'investimento:

Occorre valutare se il tempo di rientro, il turnover, il tasso di redditività sono da considerarsi soddisfacenti anche prendendo a riferimento investimenti finanziari alternativi presenti sul mercato.

3.2 Metodo del “ROI” attualizzato

Con il “ROI” semplice, si valuta l'investimento confrontando il costo dello stesso (C_i) con la somma dei ricavi attesi futuri, prescindendo da qualsiasi fattore di attualizzazione. Cioè si dice che se i ricavi che si andranno ad ottenere in futuro dall'investimento nel limite di tempo osservato, sono maggiori del costo, allora l'investimento è conveniente. Tale metodo però non tiene conto dell'inflazione e dell'attualizzazione dei ricavi.

Bisognerà pertanto adottare un metodo più preciso che consideri anche tali fattori, così da poter riportare alla data nella quale viene effettuata la decisione d'investimento il *Valore Attuale dei Ricavi Futuri ($R_i a$)*, così da poterli confrontare con il *capitale investito (C_i)*.

La convenienza dell'investimento si avrà quando il Valore Attuale dei Ricavi Futuri attesi ($R_i a$), calcolato alla data di decisione dell'investimento (t_0) è maggiore del capitale investito (C_i).

Determinante nella valorizzazione dei ricavi futuri, è la scelta del tasso d'interesse d'attualizzazione (fattore di sconto), in quanto maggiore è tale tasso e minore sarà, a parità di durata, il valore attualizzato dei ricavi futuri e cioè il ritorno dell'investimento. Spetta alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa, con la collaborazione dell'U.O.A. Economico-Finanziaria, individuare il giusto tasso di attualizzazione che cauteli dall'inflazione e contemporaneamente sia sufficientemente remunerativo del capitale investito (nel caso di capitale proprio) o, diversamente, consideri il tasso passivo d'interesse applicato sul finanziamento (se l'investimento è stato realizzato con finanziamento o mutuo). L'investimento sarà conveniente quando il suo effettivo ritorno (“ROI attualizzato”) è superiore o al massimo pari, al capitale investito (costo investimento C_i).

Nel caso di investimento realizzato con capitale a prestito, per verificare convenienza e redditività, bisognerà calcolare il tasso di rendimento dell'investimento (ottenibile dal rapporto fra il flusso di cassa attualizzato al tempo t_0 , diviso il capitale investito C_i) con il tasso passivo (ip) applicato sul finanziamento; se il tasso di ren-

dimento dell'investimento è superiore al tasso passivo d'interesse contratto sul finanziamento, allora l'investimento è conveniente.

Applichiamo al precedente esempio, il "ROI attualizzato", prendendo come fattore di attualizzazione prima ($i=5\%$) ipotizzando di avere investito capitale proprio; poi il tasso d'interesse passivo pagato sull'investimento ($ip=9\%$), nell'ipotesi che sia stato realizzato con capitale preso a prestito (come da prospetto a fondo pagina).

A questo punto valutiamo i tre indici:

- ROI semplice = $Ri/Ci = 3300/2000 = 1,65$; tempo recupero investimento = 4 anni e 10 mesi; tasso medio annuo di rendimento investimento = $(Ri/n) * 1/Ci = (3300:8)/2000 = 20,6\%$

- ROI attualizzato (con $i=5\%$) = $Ri a/Ci = 2657/2000=1,33$; tempo recupero investimento = 6 anni; tasso medio annuo di rendimento investimento = $(Ri a/n) * 1/Ci = (2657:8)/2000 = 16,7\%$
- ROI attualizzato (con $i=9\%$) = $Ri a ip/Ci = 2251/2000=1,12$; tempo recupero investimento = 7 anni e 2 mesi; tasso medio annuo di rendimento = 14% .

In appendice si riporta un caso aziendale sulla valutazione di un investimento di una tecnologia sanitaria di alta specialità. I dati che si riportano sono frutto di fantasia, ma i calcoli ed il metodo di approccio possono essere calati in ogni realtà.

Anno	Costo (Ci)	Ricavi attesi (Ri)	(i) = 5%	Fattore di sconto	Ricavi attesi att. (Ri a)	(ip) = 9%	Fattore di sconto	Ricavi attesi att. (Ri a ip)
1	2000	200	0.05	0.952	190,4	0.09	0.917	183,4
2	0	400	0.05	0.907	362,8	0.09	0.842	336,8
3	0	500	0.05	0.864	432	0.09	0.772	386
4	0	600	0.05	0.823	493,8	0.09	0.708	424,8
5	0	500	0.05	0.784	392	0.09	0.650	325
6	0	400	0.05	0.746	298,4	0.09	0.596	238,4
7	0	400	0.05	0.711	284,4	0.09	0.547	218,8
8	0	300	0.05	0.677	203,1	0.09	0.460	138
Totale	2000	3300			2657			2251

APPENDICE:

Una Azienda Ospedaliera ha la necessità di acquistare una TAC (tomografia assiale computerizzata) in sostituzione della vecchia apparecchiatura. Il responsabile del servizio richiedente ha comunicato oltre alle caratteristiche tecniche dell'apparecchiatura richiesta anche il volume complessivo delle prestazioni erogate negli ultimi 5 anni, suddiviso per anni e tipologia della prestazione erogata, tempi medi di evasione, fornendo anche una ipotetica previsione sulla domanda di prestazioni future e sugli attuali tempi medi di attesa relativamente ad ogni prestazione erogabile. La Direzione Sanitaria, dopo aver visionato la richiesta, ha espresso *valutazione sanitaria positiva* alla sostituzione del vecchio impianto vetusto, salvo verificare tutte le prestazioni diagnostico-strumentali, quali-quantitativamente erogate negli ultimi 5 anni, così da individuare il numero di esami annualmente erogati (per anno/tipologia/DRG) per poi quantificare il volume annuale dei ricavi realizzati.

Utile a ciò è il calcolo della media aritmetica ponderata del ricavo da prestazioni, ottenuto dal prodotto tra il n° di prestazioni erogate per la relativa tariffa di remunerazione (DRG), così da avere un valore medio ponderato di riferimento, che ci dice quanto ha "reso" in termini di ricavi una prestazione.

Bisogna cioè rivedere anno per anno, tutte le prestazioni erogate con la vecchia apparecchiatura, suddividendole per quantità, tipologia e tariffa DRG, così da conoscere i ricavi da prestazione realizzati.

Costo nuova apparecchiatura TAC (Ci) = 1.200.000.000 (IVA compresa);

(si prescinde nell'esempio da qualsiasi altro costo variabile afferente l'apparecchiatura eventuale)

Durata economica presunta = 8 anni (1/0,125);

Periodo di osservazione volumi prestazione, tariffe medie ponderate, ricavi annuali = 6 anni (compreso quello nel quale avviene la valutazione).

LEGENDA TABELLA:

Colonna (1), anno di riferimento, gli ultimi 5 anni per il passato, l'anno corrente in cui avviene la valutazione (nell'esempio:1999), i prossimi 8 anni per il futuro;

Colonna (2), n° prestazioni erogate, suddivise per tipologia;

Colonna (3), DRG medio ponderato delle prestazioni erogate, ottenuto moltiplicando ciascuna prestazione per la sua tariffa di remunerazione, il tutto diviso la quantità di prestazioni (peso);

Colonna (4), Ricavi annui realizzati, è il volume degli incassi verificatosi (DRG+tickets);

Colonna (5), Budget prestazioni annuali, è il volume "obiettivo" che si vuole erogare. Nell'esempio si è ipotizzato come obiettivo, stante gli elevati tempi medi di attesa, di ridurre gli stessi, incrementando, annualmente i volumi erogati del 5%, con riferimento all'anno 1999 (base = 1400 prestazioni);

Colonna (6), DRG riferimento, è la media ponderata dei DRG delle prestazioni erogate nel passato;

Colonna (7), Ricavi annui previsti, è la stima del volume dei ricavi annui previsti per il futuro nell'ipotesi che il volume delle prestazioni aumenti del trend ipotizzato (+5%), con lo stesso "case-mix" di prestazioni erogate nel passato (DRG costante)

(1) Anno	(2) N. prestazioni erogate	(3) DRG medio ponderato erogato*	(4) Ricavi annui totali realizzati*
1994	1100	135.000	148.500.000
1995	1150	150.000	172.500.000
1996	1250	170.000	212.500.000
1997	1300	165.000	214.500.000
1998	1250	190.000	237.500.000
1999	1400	205.000	287.000.000
Totale	7450	170.806	1.272.500.000
(1) Anno	(5) Budget volume prestazioni	(6) DRG di riferimento	(7) Ricavi annui previsti (Ri)
2000	1470	170.806	251.084.820
2001	1544	170.806	263.372.446
2002	1621	170.806	276.876.520
2003	1702	170.806	290.071.181
2004	1788	170.806	305.401.120
2005	1877	170.806	320.602.860
2006	1970	170.806	336.487.820
2007	2068	170.806	353.322.680
Totale	14.040		2.398.102.200

Nota: Allo scopo di riportare fedelmente gli estratti dell'articolo della Rivista TEME 5/2000 (cfr citazione pag. 61) le cifre relative ai DRG e ai RICAVI riportati in questa pagina (e nella pagina seguente) sono espresse in lire.

La **quota annua di ammortamento** si calcola moltiplicando il costo dell'apparecchiatura (Ci) per il relativo coefficiente previsto (per le apparecchiature sanitarie vale il dettato fiscale del D.M. 31/12/88, pari nella fattispecie a 12,50%):

$$\text{Quota annua di ammortamento} = \text{Ci} \times \text{aliquota amm.to} = 1.200.000.000 \times 0,125 = 150.000.000$$

Se il Flusso di Cassa annuo è sempre mediamente, nei successivi 8 anni considerati, superiore della quota ordinaria di ammortamento si può già orientativamente reputare vantaggioso l'investimento in quanto il costo di competenza (quota annua di ammortamento) si finanzia con i ricavi realizzati.

A questo punto abbiamo tutti i dati disponibili per la decisione sull'investimento, occorrerà però prima scegliere se adottare il *metodo del ROI semplice* o del *ROI attualizzato*.

• **Valutazione con il metodo del ROI (return on investment) semplice:**

Si confronta il costo dell'investimento (Ci = 1.200.000.000), con il totale dei Ricavi Futuri (Ri = 2.398.102.200) da questo derivanti nel limite della durata economica dell'apparecchiatura (8 anni).

Turnover investimento = Tot Ri / Ci = 2.398.102.200 / 1.200.000.000 = 1,998 (circa 2);

Ciò significa che l'investimento, prescindendo da qualsiasi considerazione finanziaria, si ripagherà due volte nei prossimi 8 anni, e che dunque il recupero del capitale investito (Ci) si avrà già trascorsi 4 anni.

Tasso medio annuo di rendimento dell'investimento (prescindendo dall'inflazione e da considerazioni finanziarie):

Rend. annuo medio = (Tot Ri: 8) / Ci = (2.398.102.200: 8) / 1.200.000.000 = 25%

• **Valutazione con il metodo del ROI attualizzato:**

Con tale metodo la decisione d'investimento è effettuata confrontando il costo dell'investimento (Ci), con il valore attuale dei Ricavi Prospettici Futuri (Ri a) attualizzati alla data in cui si valuta l'investimento. L'attualizzazione va eseguita ad un tasso d'interesse verosimile (i) che tenga conto dell'inflazione e che remunerer il capitale investito (Ci). Nel nostro esempio si è scelto come tasso d'interesse a riferimento (i=6%), che appunto tiene conto dell'inflazione dichiarata (1,5 -2%) e di un buon tasso di remunerazione di medio termine (4%).

Anno	Ricavi futuri (Ri)	Tasso int. (i)	Fattore di sconto	Ricavi futuri attualizzati (Ri a)
2000	251.083.350	0,06	0,943	236.771.599
2001	263.722.920	0,06	0,890	234.713.399
2002	276.874.905	0,06	0,840	232.574.920
2003	290.710.110	0,06	0,792	230.242.407
2004	305.399.340	0,06	0,747	228.133.307
2005	320.600.985	0,06	0,705	226.023.694
2006	336.485.850	0,06	0,665	223.763.090
2007	353.224.740	0,06	0,627	221.471.912
Totale	2.398.102.200			1.833.694.329

Dall'esame della tabella si può subito notare che anche il valore attuale dei Ricavi futuri attualizzati (Ri a) è comunque sempre maggiore della quota annua di ammortamento $q_a = 150.000.000$ e che pertanto ciò significa che l'investimento, nel tempo, si rifinanzia autonomamente, oltre che remunerare il capitale investito (Ci).

Quindi se si verifica che:

Ri a > Ci; allora l'investimento è anche economicamente conveniente;

Ri a < Ci; allora l'investimento non è economicamente conveniente.

• **Calcolo del turnover e del rendimento dell'investimento:**

Si determina rapportando il valore attuale dei Ricavi Futuri (Ri a) attualizzati alla data di valutazione dell'investimento con il capitale investito (Ci).

Indice di turnover = $Ri a / Ci = 1.833.694.329 / 1.200.000.000 = 1,52$

Ciò significa che, tenendo conto anche delle dinamiche finanziarie, l'investimento si "ripaga" comunque, nei successivi 8 anni, almeno 1,5 volte.

L'anno nel quale sarà integralmente recuperato l'investimento, stante il verificarsi delle stime ipotizzate, è dopo 5 anni e 4 mesi.

Tasso annuo medio di rendimento = $(Tot. Ri a / 8) / Ci = 19,1\%$

Nel caso in cui l'investimento è stato realizzato con finanziamento passivo, la convenienza si avrà quando il costo effettivo dell'investimento (capitale più gli interessi passivi) è comunque inferiore ai Ricavi Attesi Futuri (Ri a), entrambi attualizzati alla data di decisione dell'investimento.

In altre parole, in termine di tassi, l'investimento conviene ancora fino a quando il suo tasso di rendimento è maggiore o al massimo pari al tasso d'interesse passivo pagato sul finanziamento stesso.

Conclusioni

Le riflessioni proposte intendono essere di stimolo a "rivedere" la delicata ed importante fase dalla valutazione degli investimenti sanitari, nella profonda consapevolezza dei pericolosi limiti che un solo approccio statistico-matematico-aziendale può avere in una realtà complessa, come quella delle nostre Aziende Sanitarie, ma reputo che comunque sia giunto il momento perlomeno di esaminare, "granu salis", tecniche e modalità di gestione così già ampia-

mente collaudate e diffuse nel settore privato. Ora che siamo Azienda lo possiamo, anzi, lo dobbiamo fare.

Questo perché **Azienda non significhi solo più autonomia, potere e responsabilità del management, ma anche miglioramento qualitativo, equità, etica, nell'erogazione delle prestazioni all'utenza, apertura verso: innovazione, formazione, professionalità e meritocrazia, quali leve strategiche di gestione e sviluppo della risorsa umana.**

5. La finanza innovativa per gli investimenti

Le ricerche già citate nel convegno "Sanità e Finanza: una cultura in crescita" svoltosi a Roma il 9 maggio 2007 e riportate a stralcio nell'articolo di Teme 7/8/07, avevano lo scopo di affrontare rispettivamente "il tema della sfida che per il servizio Sanitario rappresenta la coesistenza di vincoli di finanza pubblica, deficit ed inefficienze, quello degli strumenti del controllo della spesa sanitaria e degli effetti delle forme innovative di finanziamento (Project Financing, Public private Partnership, ecc.) e, infine, quello dei modelli decisionali, organizzativi, gestionali e comportamentali che delineano la cultura finanziaria dei dirigenti della sanità pubblica locale, valutandone rischi ed opportunità".

Per quanto interessa il presente volume, relativamente alla finanza innovativa, l'indagine è stata effettuata nell'ambito di quattro regioni (Lombardia, Veneto, Campania e Abruzzo).

L'analisi dei risultati dell'indagine ha evidenziato da un lato, ancora un sensibile margine di crescita sull'attenzione alla programmazione e gestione delle risorse finanziarie, con adeguato fabbisogno formativo, dall'altro una diffusione ed utilizzo degli strumenti di finanza innovativa per gli investimenti, con l'utilizzo del leasing e del project financing.

In particolare nel biennio 2005/06 erano state effettuate le seguenti operazioni di leasing per i sottoelecati importi espressi in euro:

Regione	Locazione finanziaria	Leasing
Abruzzo	1 milione	3,6 milioni
Campania	19 milioni	27 milioni
Lombardia	28 milioni	4,3 milioni

Talune regioni hanno agevolato le operazioni di leasing. In particolare la regione Veneto, con

la L.R. n° 01/04 (legge finanziaria regionale), ha previsto che per l'acquisizione di beni mobili strumentali ed immobili, mediante locazione finanziaria, sia destinato il Fondo Sanitario Regionale.

In tal caso il finanziamento viene commisurato alla somma della quota capitale dei canoni di leasing che rappresenta il valore del bene.

Pertanto le ULSS venete possono contabilizzare come spesa in conto capitale la quota capitale del canone di locazione e di limitare l'incidenza dei costi alla quota interessi.

Tale normativa regionale ha permesso di avviare operazioni di leasing, di portata rilevante, quali il completamento e l'attivazione del nuovo ospedale scaligero "Ghirolamo Fracastoro" di San Bonifacio (valore circa € 53 milioni) e l'ampliamento dell'ospedale di Mirano (valore circa € 16 milioni).

Ricordiamo che per locazione finanziaria si intende un contratto in base al quale la società di leasing (concedente), dietro versamento di canoni periodici, mette a disposizione dell'utilizzatore, beni mobili od immobili, strumentali alla sua attività di impresa, acquistati o fatti costruire appositamente dal concedente stesso in base alle indicazioni fornite dall'utilizzatore.

Alla scadenza del contratto, l'utilizzatore ha la possibilità di acquistare i beni esercitando l'opzione di riscatto al prezzo prestabilito.

Nel leasing finanziario il concedente è un intermediario finanziario e sono presenti tre soggetti (il concedente che per l'appunto è la società di leasing, il produttore ed il concessionario-utilizzatore).

Mentre nel leasing operativo è lo stesso produttore che concede il bene e pertanto le figure che intervengono nel rapporto sono solo due: il concessionario-utilizzatore ed il condu-

cente-produttore.

Non è prevista inoltre l'opzione finale di acquisto o riscatto.

Civilisticamente, quindi, il leasing operativo è riconducibile allo schema tipico della locazione, dell'affitto o del noleggio.

Nella legge finanziaria 2007, nella parte relativa agli enti locali ed alle opere pubbliche, ai commi 907 e 908, si prevede che i commitenti tenuti all'applicazione del codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture, di cui al D. Lgs. 12 aprile 2006 n. 163, possano avvalersi del contratto di locazione finanziaria per la realizzazione, l'acquisizione ed il completamento di opere pubbliche o di pubblica utilità.

Quindi è prevedibile che anche nel pubblico, in particolare nella sanità, inizi a decollare il leasing immobiliare, come sta avvenendo nel settore privato.

Nella citata ricerca, nelle quattro regioni oggetto d'indagine, il project financing è lo strumento a cui le aziende hanno fatto ricorso con maggiore frequenza: le 13 operazioni realizzate hanno fatto raggiungere un valore complessivo degli investimenti pari a € 1,368 miliardi.

Come dimensione economica media dei progetti realizzati prevale la regione Veneto, mentre come ammontare complessivo di progetti avviati prevale la regione Lombardia, come da prospetto a fondo pagina.

In merito all'utilizzo degli strumenti di finanza innovativa (in particolare per il p.f.), dall'indagine citata condotta, risulterebbe che i costi del-

le procedure di p.f. siano sensibilmente superiori alle procedure tradizionali (maggiore costo dell'indebitamento bancario rispetto al finanziamento pubblico, costi di consulenza e per advisor, costi di strutturazione dell'operazione, considerevoli e non sempre giustificati margini di remunerazione per le imprese private) e fanno carico principalmente sull'azienda sanitaria, senza pertanto un equo riparto fra tutti gli attori in gioco.

Per contro, a fronte di tali maggiori oneri a carico delle aziende sanitarie (che hanno ovvie ripercussioni sul sistema regionale), i vantaggi e gli elementi di convenienza a favore delle aziende sanitarie, non si trovano come qualcuno si attenderebbe, sotto l'aspetto finanziario (attività di investimento finanziate con risorse che arrivano dal privato), bensì sotto altri aspetti e vantaggi di altra natura, quali:

- superamento dei tetti infrastrutturali e dei vincoli finanziari posti dagli organi regionali
- migliore qualità progettuale di nuove infrastrutture sanitarie;
- "know-how" gestionale;
- "project management" di grandi opere;
- esternalizzazione della gestione di alcuni servizi.

Un dato positivo emerso durante il convegno "Finanza & Sanità 2006" svoltosi a Milano il 15/06/06, organizzato da Finlombarda, è che l'Italia si conferma al secondo posto, dopo la Gran Bretagna, nel ricorso alla finanza di progetto nell'edilizia ospedaliera (Sole 24 Ore

Regione	N. progetti avviati	Ammontare complessivo	N. progetti aggiudicati	Dimensione economica media aggiudicata
Lombardia	16	1.209.908.005	9	85.010.310
Veneto	7	507.280.390	2	151.063.221
Campania	4	334.466.623	2	150.483.312
Abruzzo	1	7.000.000	—	—

Appendice

“Il libro verde del tesoro”

Proprio al momento della conclusione di questo volume, sono stati resi noti i capitoli del Libro verde del Tesoro (fonte Sole 24 Ore del 7/09/07), riportanti alcuni dati dei principali settori sotto esame, tra cui la spesa sanitaria nei principali Paesi OCSE per l'anno 2005, che gli autori di questa pubblicazione ritengono utili riportare, per la più ampia conoscenza, qui di seguito:

	ITALIA	FRANCIA	GERMANIA	INGHILTERRA
Spesa sanitaria pubblica e privata in rapporto al PIL	8,9	11,1	10,7	8,3
Spesa sanitaria pubblica in rapporto alla spesa sanitaria totale	76,6	79,8	76,9	87,1
Spesa farmaceutica in rapporto alla spesa totale	20,1	16,4	15,2	n.d.
Medici per 1.000 abitanti	3,8	3,4	3,4	2,4
Posti letto per acuti per 1.000 abitanti	3,9	3,7	6,4	3,1

Troppi ricoveri in ospedale, il centro-sud che rischia di affondare, l'efficienza che è ancora una chimera, queste alcune riflessioni del rapporto dell'Economia.

Il “Libro Verde” dell'Economia afferma che esistono ampi spazi di miglioramento e di riduzione degli sprechi e che occorrono massicce iniezioni di efficienza ed efficacia negli ospedali, in particolare dal Lazio in giù.

Le vere sfide, secondo il rapporto, sono la diffusione delle migliori pratiche regionali, l'appropriatezza clinica delle cure, le tecnologie (health technology assessment).

Complessivamente la sanità italiana regge comunque il confronto internazionale.

