

determinarsi sulla base di parametri definiti relativamente a determinati elementi; l'art. 8 il finanziamento delle aziende ospedaliere [che fa riferimento anche al sistema di pagamento per tariffe relative alle prestazioni erogate di cui al successivo art. 12], l'art. 11 il finanziamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Con riferimento agli anni 1995 e 1996 si è proceduto al finanziamento alle varie Aziende sanitarie prendendo a riferimento solo la quota capitaria indicata nel P.S.N. e la mobilità, [infra ed extraregionale] senza tener conto degli ulteriori parametri normativi di riferimento; fra questi, la consistenza e lo stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali, nonché quelli inerenti le risultanze dei controlli di gestione, i quali ultimi non risultano ancora attuati.

L'inadeguatezza del metodo di finanziamento basato esclusivamente sulla determinazione di quote capitarie, ha determinato la modifica legislativa introdotta a partire dall'esercizio 1997 [legge 23.12.'96 n. 662, art. 1 comma 34] per tenere conto nell'ambito della c.d. popolazione "pesata": a) dei consumi sanitari legati all'età della popolazione e al sesso; b) dei tassi di mortalità; c) delle particolari situazioni territoriali [anche epidemiologiche] influenti sul bisogno sanitario.

Al 31.12.95 il F.S.R. 1995, determinato in 6.027 miliardi, al netto delle entrate proprie e della mobilità extraregionale, risultava provvisoriamente assegnato come segue:

TAB 34/PU

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FONDO SANITARIO REGIONALE</b><br><b>ANNO 1995</b><br><span style="float: right;">(in milioni)</span> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| INTERVENTI                                                                                                                                                    | IMPORTO          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. Acconti erogati alle U.U.S.S.I.L.                                                                                                                          | 4.564.773        |
| 2. Pronto soccorso estivo                                                                                                                                     | 2.586            |
| 3. centri di riabilitazione (acconti e saldi I° semestre 1995)                                                                                                | 55.337           |
| 4. I.I.R.C.C.S. pubblici "Oncologico" di Bari e "De Bellis" di Castellana Grotte                                                                              | 130.000          |
| 5. I.R.C.C.S. privato di Cassano Murge                                                                                                                        | 27.000           |
| 6. Enti Ecclesiastici "Panico" di Tricase, "Miulli" di Acquaviva delle Fonti e<br>I.R.C.C.S. privato "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo | 495.000          |
| 7. Case di cura private (acconti I° sem. 1995)                                                                                                                | 110.391          |
| 8. Spese per elaborazione dati                                                                                                                                | 18.000           |
| 9. Contributi Associazioni di volontariato e convenzioni produzione plasma (L.883/78)                                                                         | 2.094            |
| 10. Operazioni di riparto definitivo delle quote del F.S.R. 1995                                                                                              | 604.300          |
| 11. Assistenza fornita a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti ospitate<br>nelle strutture residenziali protette (art. 4 L.R. 20/95)          | 18.000           |
| <b>TOTALE</b>                                                                                                                                                 | <b>6.027.481</b> |

Fonte: dati forniti dalla Regione Puglia a seguito di istruttoria Corte dei conti

Dal prospetto si rileva l'opportuno accantonamento di 604 miliardi, come previsto dall'art.29 comma 2, della l.r. n.36/94 e dall'art. 10 della l.r.n.38/94 per correggere eventuali squilibri territoriali, per eventi imprevisi e per ricerca finalizzata nell'ambito delle aziende ospedaliere da ripartirsi a fine esercizio.

In realtà, per l'esercizio 1995 risultano ripartite ulteriori somme addirittura dopo la chiusura dell'esercizio finanziario, con delibere della Giunta regionale n.2911 dell'8.7.'96, e n.7547 del 23.12.'96.

E' ancora in corso la rendicontazione della gestione 1995 da parte delle Aziende SS.LL., nè la Regione ha fornito almeno dati provvisori.

Modifiche al sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere sono intervenute rispetto a quanto previsto originariamente dal d. lgs. n.502/92, cui sostanzialmente si ispira l'art. 8 della l.r. n.38/94.

In sintesi, ad un sistema misto di finanziamento [acconti in percentuale dei costi complessivi dell'anno precedente, quote di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, altre entrate varie, remunerazione a tariffa come base di calcolo ai fini del conguaglio in positivo o in negativo dell'acconto] dall' 1.1.'98 si è sostituito il sistema esclusivo della remunerazione a prestazione [art.7 ter del d.lgs n.502/92 introdotto dall'art. 6 comma 5 della l. n.724/94], cosicché sarà necessario adeguare di conseguenza la normativa regionale.

Questo nuovo sistema non può prescindere da una logica di pianificazione, come previsto per le aziende e i presidi ospedalieri con autonomia economico finanziaria dal comma 7 lett. b dell'art. 5 del d.lgs. n.502/92 come modificato dall'art. 6 comma 5 della l. n.724/94, e, nell'ambito dei nuovi rapporti di accreditamento, per gli erogatori privati dall'art. 2 comma 8 della l. n.549/95.

Nella considerazione dell'elevato costo giornaliero delle degenze ospedaliere, si dovrà operare una sorta di contrattazione con le strutture pubbliche e private al fine di predisporre un piano annuale preventivo che stabilisca quantità presunte e tipologie delle prestazioni sanitarie erogabili, che possa coniugare la quantità e qualità delle prestazioni, e quindi la soddisfazione dell'utenza alla quantità di risorse disponibili, anche facendo ricorso a soluzioni alternative ai ricoveri ospedalieri.

Con deliberazione G.R. n.122/96, esecutive a seguito di ordinanze di sospensiva

emesse dal Giudice amministrativo, si è dato avvio all'applicazione della nuova normativa in ordine alla erogazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, predisponendo, tra l'altro, i criteri per la determinazione dei tetti di spesa per branca specialistica e per struttura erogante.

In sede di prima applicazione del sistema di remunerazioni a tariffa delle prestazioni erogate, l'art.2 comma. 9 della l. n.549/95 prevede che le Regioni fissino il livello massimo delle tariffe da corrispondere nel proprio territorio ai soggetti erogatori sia pubblici che privati, entro un intervallo di variazione compreso tra il valore delle tariffe individuate dal Ministro della sanità con propri decreti, sentita la Conferenza Stato-Regioni ed una riduzione di tale valore non superiore al 20%, in relazione alle prestazioni erogabili nell'ambito del S.S.N..

Poiché il Ministro della sanità ha individuato con decreto 22.7.'96 le prestazioni erogabili nonché le relative tariffe, la Giunta della Regione Puglia, con provvedimento n.7537 del 23.12.'96, approvato dal Consiglio in data 25.3.'97, ha deliberato che con decorrenza 1.1.'97 le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del territorio della Regione Puglia, [v. allegato 1 del D.M. *cit*] le tariffe da corrispondere per l'esecuzione di tali prestazioni, siano quelle indicate nello stesso allegato 1 con una riduzione del 7% del valore previsto, sinché non ci sarà un apposito tariffario della Regione.

Per le spese in conto capitale l'art. 29, comma 4 e 5 della l.r. n. 36/94 e l'art. 13 della l.r. n.38/94 individuano la procedura e i criteri per la ripartizione della quota del F.S.N., facendo riferimento a specifici programmi d'investimento approvati dal Consiglio regionale su proposta della Giunta.

Il Consiglio regionale nell'adunanza del 25.3.'97 ha provveduto alla ripartizione del F.S.R. [parte in conto capitale] addirittura per gli anni 1992/94/95, per la residua quota di 102 miliardi su un'ammontare totale di 179 miliardi, già impegnato per 76 miliardi, senza riferimento ad alcuna organica programmazione.

Trattasi di fondi rinvenienti da mutui finalmente contratti dalla Regione pur nell'incertezza sul fronte legislativo in relazione alla concreta possibilità, da parte della Regione medesima, di attivare mutui con oneri a carico dello Stato come consentiva l'art.4 comma 13 l. n.412/91, successivamente autorizzati dal CIPE. il 25.3.'92,

[autorizzazione sospesa dal D.L. 11.7.'92 n. 333 convertito dalla L. 8.8.'92 n. 359, e poi definitivamente consentiti a seguito del chiarimento apportato dall'art. 1 comma 8 della l.23.12.'92 n. 498 e dal decreto Ministro del Tesoro del 2.2.'93].

Il provvedimento suindicato di ripartizioni fondi sembra scontare gli stessi limiti strutturali e concettuali di tanti altri provvedimenti in materia sanitaria, dovuti all'assenza di una pur minima programmazione. Ancora una volta, un provvedimento di siffatta importanza strategica, rischia di risolversi in una semplice elargizione di fondi che non seguono un progetto di investimenti mirati, in quanto non inseriti nel quadro di un riequilibrio delle funzioni assistenziali ospedaliere, attesa la mancanza del P.S.R.- e, al momento dell'esame, del piano di riordino della rete ospedaliera.

### *5.3. Il processo di riordino del S.S.R. in particolare la riorganizzazione della rete ospedaliera*

Il titolo VI° della l.r n. 36/94 detta norme finali e transitorie disciplinanti il processo di riordino del S.S.R..

Nonostante l'art.32 della citata legge preveda l'approvazione della riorganizzazione della rete ospedaliera, anche a stralcio del P.S.R., entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge stessa, il Consiglio Regionale ha approvato solo nell'adunanza del 20.12.'96 il piano ospedaliero, anche su impulso della l. 18.7.'96 n.382.

Quest'ultima legge prevede che in sede di ripartizione del F.S.N. alle Regioni che alla data del 31.12.'96 siano ancora prive del P.S.O. per l'attuazione degli standards organizzativi, a decorrere dall'anno 1997 e fino alla data di adozione del citato atto, si applichi una riduzione della quota spettante pari al 20%, riducendo ulteriormente le già scarse risorse regionali.

Il piano in questione, dopo aver riepilogato il quadro degli standards ospedalieri risultante dalle disposizioni normative in vigore, dà atto che l'attuale situazione della assistenza ospedaliera in Puglia é così caratterizzata:

- case di cura private con presenza di specialità largamente ripetitive delle discipline già presenti nella rete degli ospedali pubblici;
- un buon terzo degli ospedali presenta un indice di funzionalità non superiore al 60%;

- 26 strutture ospedaliere mediamente funzionanti nell'ultimo triennio con presenza media inferiore a 100 assistiti e pertanto insufficiente a giustificare la spesa;

- una ripetitività di ospedale di medio-basso profilo strutturale che ha come conseguenza una ridondanza di specialità sottoutilizzate e la carenza di alcune specialità di particolare rilievo, in relazione alla evoluzione della domanda sanitaria;

- un patrimonio tecnologico parcellizzato e quindi sottoutilizzato e spesso carente delle relative dotazioni organiche;

- una distribuzione del personale disomogenea, non solo per fattori quantitativi ma anche per fattori qualitativi, in relazione alle qualifiche del personale;

- una gravissima carenza di personale del ruolo sanitario.

In particolare l'attuale rete ospedaliera pubblica pugliese consiste in:

- ospedali pubblici funzionanti;
- ospedali non ancora attivati;
- ospedali psichiatrici ad esaurimento.

Gli ospedali pubblici risultano essere poco utilizzati, la degenza media è di 7/8 giorni; la maggior parte dei presidi ha un tasso di utilizzazione inferiore al 75 per cento.

I posti letto effettivi nel 1994 sono pari a 23.050 [con esclusione degli ex ospedali psichiatrici], dei quali 21.064 pubblici e circa 2.000 [più 80 posti rene] privati convenzionati.

Nel totale dei posti letto pubblici sono inclusi anche quelli degli ospedali appartenenti agli Enti ecclesiastici, per i quali vigeva sinora una convenzione con la Regione, conforme a convenzioni tipo previste in decreti ministeriali, con pagamenti accentrati presso la Regione stessa, mentre dall'anno 1997 i relativi pagamenti saranno effettuati dalla A.U.S.L nel cui territorio è ubicata la sede dell'istituzione [art.20 comma 5 della legge di approvazione del bilancio di previsione 1997].

Sempre nel 1994 sono stati effettuati complessivamente 790.825 ricoveri; a tali dati vanno aggiunti quei dati dei pazienti interessati alla mobilità extra regionale.

Operando i dovuti riscontri, e sottraendo la quota di immigrazione ed aggiungendo la quota di emigrazione, cioè i pazienti che si ricoverano presso altre Regioni, si ottiene il totale dei ricoveri effettuati dai residenti nella Regione Puglia, il cui tasso di ospedalizzazione complessivo registrato è risultato superiore al tasso ottimale del 160 per mille abitanti.

L'alto tasso di ospedalizzazione è presumibilmente dovuto ai cosiddetti ricoveri "impropri", se si considera che contro livelli teorici del tasso di utilizzazione pari al 75% e della degenza media pari a 11 giorni, i valori relativi alla Regione sono, come già sottolineato in precedenza, rispettivamente 60% e 7,8%.

Si procede poi, alla stima del fabbisogno dei posti-letto per specialità, attraverso la predisposizione di indici di dotazione e funzionalità tenuto anche conto delle seguenti peculiarità:

- la carenza di posti letto per riabilitazione e lungodegenza, che verosimilmente determina ricoveri impropri nelle divisioni di medicina generale e geriatria;
- l'assenza di posti letto nelle discipline chirurgiche di media ed elevata assistenza che comporta un'impropria utilizzazione dei posti letto di chirurgia generale;
- la carenza di posti letto di terapia intensiva.

E' da segnalare, tuttavia, una carenza metodologica di base, che non ha potuto non incidere sull'attendibilità della suddetta stima, derivante:

1) dalla mancata disponibilità di dati epidemiologici significativi, per la mancata attivazione dell'osservatorio epidemiologico;

2) dalla verosimile difficoltà di valutare l'effettiva domanda, attesa la non ottimale attivazione delle liste di attesa, pur previste dall'art.3, comma 8 della l. n.724/94, ma i cui dati non risultano utilizzati nel calcolo della domanda di servizi sanitari. L'importanza di tali liste è diffusamente rilevabile da quanto riportato nella parte relativa al ricovero ospedaliero nello schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi pubblici sanitari, adottato con D.P.C.M 19.5.'95 pubblicato su suppl. ord. n.65 alla G.U. n.125 del 31.5.'95, nonché dalla circostanza che risultano incluse tra gli oggetti di indagine recentemente affidati ad una Commissione parlamentare istituita dal Senato con deliberazione 3 aprile 1997;

3) dalla consistenza del fenomeno dei ricoveri impropri, che avrebbe dovuto far considerare anche l'elemento della composizione della popolazione per fasce d'età.

Nel piano si afferma che le dotazioni di posti letto per provincia risultano complessivamente equilibrate, pur discostandosi rispetto alla applicazione pedissequa popolazione-posti letto, in considerazione delle seguenti condizioni attualmente vincolanti:

- ruolo di induzione di servizi sanitari a forte caratterizzazione ospedaliera nella città e provincia di Bari, svolto dal policlinico e dall'unico ospedale pediatrico regionale nonché dalle istituzioni a carattere scientifico;
- ubicazione degli ospedali dipendenti dagli Enti ecclesiastici;
- concentrazione prevalente del convenzionamento con case di cura private nell'area metropolitana di Bari;
- supplenza surrettizia dei posti letto ospedalieri per funzioni socio-assistenziali;
- inadeguatezza di talune strutture ospedaliere che rendono impossibile l'attuazione delle implemetazioni [quest'ultimo vincolo è particolarmente evidenziabile nell'intera area di Taranto e provincia].

Dalla considerazione delle suddette condizioni discende l'esigenza di un'attuazione graduale del piano di razionalizzazione, anche attraverso l'attivazione di risorse finalizzate all'ammodernamento/potenziamento complessivo della rete strutturale [art.20 legge n.67/88].

L'obiettivo é di ridurre a 22.175 il numero dei posti letto sull'intero territorio regionale, [pari al 5,5 per mille degli abitanti rapportato ad una popolazione di riferimento pari a 4.031.885 - censimento ISTAT 1991] nel quadro di una ristrutturazione da completare, in attuazione al d.l. 17.5.'96 n.280 convertito nella l. 18.7.'96 n. 382, entro il 31.12.'99.

Manca nel suddetto piano ospedaliero un approccio globale alle varie problematiche inerenti la rete dei servizi sanitari, mentre la tendenza é di procrastinare il più a lungo possibile le decisioni ad esse relative, cosicché il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera licenziata nel dicembre '96 sembra limitarsi a fissare il numero complessivo dei posti letto per lungo degenza e riabilitazione [rispettivamente in n.2420 e n.1614] e ad affermare la necessità di incrementare i posti letto per le terapie intensive nonché di por mano alla rivisitazione generale del piano di edilizia sanitaria di cui si dirà oltre.

In generale, non emergono indicazioni concrete in ordine alla utilizzazione per esempio, delle strutture con dotazione inferiore a 120 posti letto, secondo il disposto dell'art.32 comma 2 lett. e), nonché dell'art.34 della l.r. n.36/94, ovvero in ordine alla

razionalizzazione del ricorso alle strutture private convenzionate secondo il disposto dell'art.32 comma 3 lett. f), nonché dell'art.37 della stessa legge e, più in generale, a tutti gli obiettivi indicati dai commi 2 e 3 del citato art.32.

In realtà, già nella delibera n. 1926 del 6.5.'96 la Giunta regionale, ha individuato nove ospedali con meno di 120 posti letto esistenti al 30.6.'94, con esclusione di quelli per i quali la Regione ha già programmato la ristrutturazione con dotazione di posti letto superiore a 120, anche se dal piano si apprende che, in realtà, almeno 26 strutture ospedaliere hanno registrato nell'ultimo triennio una presenza media inferiore a 100 assistiti.

In quell'occasione la Giunta ha invitato i Direttori generali delle Aziende UU.SS.LL interessate ad adottare formali proposte per la riconversione dei predetti ospedali in stabilimenti adibiti a funzioni ospedaliere per post-acuti, con la possibilità di adibire eventuali spazi disponibili a sede di distretto o di residenze sanitarie assistite.

Si fa comunque salva una fase transitoria “fino alla completa revisione delle dotazioni ospedaliere da attuarsi sulla base della l.r. n. 36/94 e della legge finanziaria per il 1996” nella quale, “nelle more dell'evoluzione della funzione medico riabilitativa da funzione per acuti a funzione per post-acuti, potranno essere espletate attività di area medica, mantenendo alcune strutture accorpate funzionalmente con gli ospedali del territorio....”.

In ordine, invece, ai programmi di edilizia sanitaria, finanziati dalla legge 11.3.1988 n. 67, già con delibera n. 1122/90 il Consiglio regionale ha deliberato il quadro degli interventi relativi al primo triennio del Piano straordinario degli investimenti, cui è seguita in data 3.8.90 approvazione da parte del CIPE per l'importo di 884 miliardi.

Risultano finanziati i progetti esecutivi relativi alle strutture di sei ospedali per un totale di. 71,5 miliardi.

In data 17.5.'96 con delibera n. 94 il Consiglio regionale ha rimodulato la precedente deliberazione circa le priorità degli interventi pur tenendo fermi gli importi originari approvati dal CIPE e di conseguenza la Giunta regionale ha approvato e trasmesso al CIPE per il finanziamento, 164 progetti esecutivi per un totale di 738 miliardi, corrispondenti all'intera programmazione del primo triennio.

Risultano autorizzati da parte del Ministero del Tesoro, mutui per sei progetti per

l'importo di 71 miliardi, i cui relativi cantieri sono in fase avanzata.

Lo stesso Ministero ha autorizzato una seconda tranche relativa a 22 progetti per l'importo di 260 miliardi per i quali sono in corso da parte delle Aziende UU.SS.LL. ed aziende ospedaliere le regolari procedure di gara di appalto per l'affidamento dei lavori.

Infine sono in corso di autorizzazione le contrazioni dei mutui per gli ultimi 135 progetti per un totale di circa 460 miliardi.

#### *5.4. Case di cura private*

In particolare, in ordine alle case di cura private, l'art.37 della l. n.36/94 prevede che i provvedimenti di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera debbano indicare il fabbisogno di attività ospedaliera da accreditare, distinte per disciplina secondo i seguenti criteri: complementarietà ed integrazione delle attività svolte dalle case di cura private rispetto a quelle dei presidi ospedalieri pubblici [anche se, il riferimento al criterio dell'integrazione, contenuto anche nell'art. 8 comma 5 del d.lgs. n.502/92 é stato successivamente soppresso dall'art. 6 comma 7 della l. n.724/94]; accreditamento delle Case di cura private che offrono migliori garanzie di assistenza in rapporto alle patologie da trattare, solo previo accertamento del possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla normativa vigente.

Occorre premettere che la normativa in vigore assicura agli assistiti la facoltà di libera scelta tra la struttura pubblica e quella privata, e che a tal fine le Regioni e le AA.U.S.L. devono adottare tutti i provvedimenti di loro competenza necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento, del pagamento a prestazione e sul sistema della verifica e revisione della qualità della prestazione erogata, in sostituzione del regime convenzionale.

Da ultimo, l'art. 2 comma 7 della legge n.549/95 ha prorogato a non oltre il 30.6.1996 il termine di cessazione dei vecchi rapporti convenzionali e quindi l'entrata in vigore dei nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, originariamente fissato al 31.12.95.

Tuttavia, già l'art. 6 comma 6 della l. 724/94 ha distinto due diverse fasi per l'entrata in vigore dell'accreditamento:

- una fase a pieno regime, successiva all'adozione da parte delle Regioni di tutti i "provvedimenti necessari" per l'instaurazione dei nuovi rapporti, atti ad individuare i

requisiti previsti per l'accreditamento dall'art. 8 comma 4 del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni;

- una fase transitoria, fino e non oltre il 30 giugno 1996, termine ultimo per la individuazione dei prescritti requisiti minimi, nella quale sono da riconoscersi automaticamente accreditate, in via temporanea, le strutture pubbliche e private in regime di convenzionamento al 1° gennaio 1993 nonché i soggetti che alla stessa data erogavano prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali, che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base delle tariffe predeterminate dalla Regione.

Nonostante la fissazione del predetto termine [30.6.'96], soltanto sul suppl. ord. alla G.U. n.42 del 20.2.1997 è stato pubblicato il D.P.R. 14.1.1997 avente ad oggetto "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Tale norma, all'art.2 comma 4, dispone che le Regioni, entro un anno dalla pubblicazione dello stesso decreto e cioè entro il 20.2.1998 devono dare attuazione alle disposizioni in esso contenute, determinando, in particolare, gli standards di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie.

Pertanto, sino a tale data continuano ad avere efficacia gli accreditamenti transitori entrati in vigore il 1° gennaio 1996.

A seguito di specifica richiesta istruttoria, l'Assessorato alla Sanità ha comunicato che relativamente all'esercizio finanziario 1995 il pagamento delle prestazioni sanitarie rese dalle case di cura private è stato effettuato con il nuovo sistema a D.R.G. e/o R.O.D. da parte delle AA.U.S.L. su cui insistono, territorialmente, le strutture private accreditate, secondo quanto disposto con l.r. n.26 del 26.4.'95.

Nel bilancio preventivo dell'esercizio 1995 il cap.0742020 [trasferimenti a case di cura private] presenta una assegnazione di competenza di 290 miliardi in quanto all'epoca la Regione provvedeva direttamente ai pagamenti. La suddetta l.r. n.26/95 ha disposto che la Regione provvedesse alla erogazione degli acconti dovuti alle case di

cura private fino al 30 giugno, cosicché sono stati erogati acconti per lire 110.390.502.000, mentre dall' 1.7.'95 le AA.U.S.L. avrebbero corrisposto sia gli acconti mensili che i conguagli spettanti dall' 1.1.'95 - " secondo la normativa vigente per le prestazioni ospedaliere", cosicché, nel II° semestre la Regione ha trasferito alle AA.U.S.L. finanziamenti specifici per la liquidazione delle competenze spettanti alle case di cura previste per lire 172.894.402.000.

Le AA.U.S.L. a tutt'oggi risultano aver erogato importi per ammontare o inferiore o superiore a quello trasferito dalla Regione, ovvero risultano non aver liquidato gli interi importi fatturati dalle case di cura in quanto sono ancora in corso le attività di accertamento amministrativo-contabili e tecnico-sanitarie.

Sul suddetto capitolo si registra tuttavia a fine esercizio una disponibilità di 6.715.096.000 lire, trasportata a residui.

#### *5.5. Nuovo sistema contabile e gestionale*

In ordine, invece all'assetto più strettamente contabile e gestionale delle Aziende U.S.L., la già citata l.r. n. 38/94, in ottemperanza, peraltro, a quanto disposto dall'art. 5, comma 5 del d. lgs n.502/92, con l'art. 15 introduce il bilancio pluriennale di previsione, da elaborarsi con riferimento al piano generale e gli altri strumenti della programmazione adottati dalle USL, e da articolarsi in parte economica, parte finanziaria e parte patrimoniale, nonché il bilancio economico preventivo, che dà conto, in termini analitici, delle entrate previste e del risultato economico complessivo, da articolarsi in base alle fondamentali strutture della U.S.L.

Allo scopo di pervenire alla formulazione di articolate e puntuali previsioni, l'art. 18 della citata l. n.38/94 rende obbligatoria l'adozione della metodica di budget.

Tale metodica si completa con la presentazione alla Giunta, da parte del Direttore generale di una relazione trimestrale mediante la quale, oltre a porre in evidenza gli scostamenti rispetto ai dati di budget, si opera una proiezione della situazione finanziaria e del risultato economico finale.

L'introduzione della contabilità analitica [art.26], attraverso operazioni di classificazione, localizzazione e imputazione, raggruppamenti di valori economici articolati sulla base delle caratteristiche dei processi produttivi ed erogativi, consente di

formulare un bilancio di esercizio [art.27] in grado di rappresentare, il risultato economico e la situazione patrimoniale e finanziaria della U.S.L..

Il quadro così delineato, non è tuttavia di immediata attuazione, in quanto l'art.46, inserito nel titolo VIII° [norme transitorie e finali] prevede che sino al 31.12.'95 si applichino il bilancio e la contabilità finanziaria così come prescritti e normativamente ordinati dalla l.r. 16.1.'81 n.8 "Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle U.S.L." e sue successive modificazioni.

Oltre tale termine, la normativa richiamata si applica limitatamente alla formulazione del rendiconto generale annuale per l'esercizio 1995. L'art.48 fa obbligo ai Direttori generali di comunicare alla Giunta con relazioni semestrali da rendere già entro luglio 1995, la progressiva realizzazione del progetto per il nuovo assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo, accompagnate dalle osservazioni del collegio dei revisori.

E' qui appena il caso di annotare che l'originario testo dell'art. 5 del d.lgs.n. 502/92 prevedeva, previa emanazione di apposita normativa regionale, l'attivazione del nuovo sistema di rilevazione contabile partisse a decorrere dall' 1.1.94, termine poi spostato all' 1.1.95 dalla novella a tale articolo apportata dal d. lgs n.517/93, ed ulteriormente spostato in avanti, [e precisamente all' 1.1.'96] dalla l.r n.38/94, intervenuta a fine esercizio '94.

Dalla circolare n.24/2437/322 del 2.2.'96 emanata dall'Assessorato alla sanità per la Puglia si apprende, invece, che, pur dovendosi considerare conclusa la transitoria disciplinata dagli art.46 e 48 della l.r n.38/94 e quindi applicabili ed operativi i principi e gli strumenti di gestione fissati dalla citata legge, si è reso necessario mantenere anche nel 1996 [parallelamente all'avvio del bilancio e struttura aziendale] la struttura del bilancio secondo i criteri finanziari già disciplinati dalla l.r n. 8/81, a causa della mancata tempestiva predisposizione da parte della Giunta, dello schema obbligatorio di bilancio previsto dall'art.31 comma. 7 della l.r n.38/94, per consentire comunque in via prioritaria la continuità nell'erogazione dei livelli di assistenza e di servizio, sulla scorta delle quote provvisoriamente assegnate per il mese di gennaio 1996, rapportate a base annua.

Né è dato riscontrare per il 1997 positive novità, in quanto il testo definitivo della

legge di approvazione del bilancio di previsione relativo a tale esercizio prevede all'art. 20 comma 1 che, non avendo ancora la Giunta predisposto lo schema di bilancio di cui sopra "fino al 31.12.1997 si applicano, in via transitoria, il bilancio e la contabilità finanziaria così come prescritti e normativamente ordinati dalla l.r. 16.1.1981 n.8 "Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio delle Unità Sanitarie Locali" e sue modificazioni. Oltre tale termine, la normativa richiamata si applica limitatamente alla formulazione del rendiconto generale annuale per l'esercizio 1997. Entro il suddetto termine i Direttori generali devono porre in essere tutti gli adempimenti necessari per l'attivazione del nuovo sistema contabile. In caso di inadempienza, la Regione provvede a comminare le sanzioni di cui all'art.2 comma 2, del d. m. sanità del 25 febbraio 1997", ovvero una decurtazione dello stipendio nella misura non superiore al 10%.

#### 5.6. Controlli

Il sistema dei controlli prevede sia controlli a livello regionale che, naturalmente, a livello delle singole aziende.

L'art.10 comma 7 della l.r. n. 36/94, [come integrato dal successivo art.28] prescrive che la Giunta regionale, adottando in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, individui un sistema di controllo di qualità, definendo, tra l'altro, indicatori di strutture, di procedure e di risultati.

Tale sistema è finalizzato a garantire un costante miglioramento della qualità dei servizi forniti, anche attraverso la verifica del rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici di servizi, sia pubbliche che private.

L'Assessore alla sanità, a seguito di espressa richiesta istruttoria, ha riferito che con recente ordine di servizio è stato individuato l'Ufficio che dovrà interessarsi della materia [probabilmente trattasi dell' "apposita unità operativa" di cui si riferirà oltre].

E' stato altresì di recente individuato l'Ufficio che dovrà occuparsi degli adempimenti relativi a quanto previsto dall'art. 6 comma 2 della l. n.744/94 nonché dall'art. 2 comma. 12 della l. n.549/94.

Tali norme richiedono l'attivazione di osservatori di controllo dei prezzi di beni e

servizi, con particolare attenzione alle attrezzature tecnico, medicali, ai farmaci e al materiale diagnostico, ovvero di altri strumenti di controllo della gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

In particolare, il citato art. 2 comma 12 prescrive che qualora al 30 giugno di ciascun anno risulti la tendenza al verificarsi di disavanzi, le Regioni e le province autonome attivano le misure indicate dall'art. 13 del d.lgs. n.502/92, ovvero forme varie di autofinanziamento di cui dovranno riferire in sede di relazione prevista dal citato art. 6 comma 2.

Il Direttore Generale dell'azienda è coordinato invece dall'Unità di Controllo di gestione [art.21 l.r. n.36/94], alla quale compete l'applicazione di metodica di budget di cui agli artt. da 19 a 24 della l.r. n.38/94, in stretta integrazione con il controllo di gestione, al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e di evidenziare il principio di responsabilità economica.

A questo punto una considerazione si impone: le Aziende U.S.L. ed ospedaliere, pur nella nuova struttura che privilegia fortemente, almeno nel nome e negli intenti, il carattere aziendale e la connessa concorrenzialità, continuano tuttavia ad avere una chiara connotazione pubblicistica, oltre che per il dato essenziale dell'utilizzazione di fondi pubblici, a causa dei notevoli vincoli finanziari, gestionali, nonché per il regime dei controlli.

Nella Regione Puglia, in particolare, stentano a decollare quelle tipologie di controllo che si ispirano a tecniche aziendalistiche, la cui necessità è pure affermata dal legislatore regionale, da individuare sostanzialmente nella valorizzazione di una cultura del progetto, del monitoraggio nella fase di esecuzione, nonché della necessaria valutazione a posteriore dei dati di consuntivo, a fronte della perdurante cultura del mero controllo di legittimità.

A conferma di ciò valgano le considerazioni che seguono.

Nonostante sin dal 1991 la l. n.421, all'art. 4 comma. 8 avesse abolito il controllo dei Comitati regionali di controllo sugli atti delle UU.SS.LL. e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, attribuendo direttamente alla Regione il controllo preventivo sul bilancio e quello sul conto consuntivo, nonché sulla determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, sulla deliberazione di programmi di

spese pluriennali e sui provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, da attuarsi evidentemente con l'istituzione di un'opportuna struttura specializzata la cui configurazione era lasciata alla più ampia autonomia regionale, ma il cui compito non poteva non ispirarsi alla cultura del controllo di gestione.

Nonostante ciò con l'art.39 della l.r. n.22/94 la Regione Puglia riattribuisce al CO.RE.CO, e quindi ad un organo con esclusive funzioni di controllo di legittimità, il controllo preventivo sui bilanci di previsione nonché quello sul consuntivo.

La l.r. n.38/94 non fa più cenno a tale adempimento, per cui si deve ritenere che al momento dell'entrata a regime del nuovo sistema di contabilità previsto dalla l. r. n.38/94 cessi il controllo da parte del CO.RE.CO.

A conferma di tale interpretazione, pur facendo registrare il consueto ritardo e pur usando impropriamente il termine “atti” e non “attività”, ovvero facendo riferimento più ad un controllo di legittimità che di gestione, l'art. 20 comma. 8 della legge di approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio 1997, ha previsto che “al fine dell'esercizio dell'attività di controllo sugli atti delle AA..SS.LL. e delle Aziende ospedaliere e dell'I.R.C.C.S. di diritto pubblico, di competenza della Giunta regionale e del Consiglio regionale previsti dall'art. 4 comma 8, della l. 30.12.1991 n. 412 e dalle ll.rr. n. 36 del 28.12.1994 e n. 38 del 1994, viene istituita apposita Unità operativa presso l'Assessorato regionale alla sanità. Fino alla costituzione del predetto organismo, l'attività istruttoria finalizzata al controllo da parte dei competenti organi è effettuata dagli Uffici del Comitato regionale di controllo - sezione di Bari - d'intesa con l'Assessorato regionale alla sanità. A tal fine, gli atti sottoposti al controllo devono essere accompagnati da relazione del Collegio dei revisori delle citate aziende. L'art. 39 della l.r. 22.6.1994 n.22 non si applica per gli atti delle A.A.U.S.L., delle aziende ospedaliere e degli I.R.C.C.S. di diritto pubblico”.

In disparte la già rilevata equivocità della terminologia adoperata, lascia perplessi la previsione di un'attività istruttoria intestata ad un organo di controllo [CO.RE.CO], in funzione dell'attività di controllo intestata alla Regione.

Il medesimo art. 20, al comma 2 prevede che sulla quota non superiore all'1% del F.S.R. da accantonarsi per la ricerca e per il finanziamento di progetti-obiettivo e di