

**DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE SULLO SCHEMA DI CAPITOLATO PUBBLICATO PER  
"L'AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO ORDINARIO  
PER L'AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA, PER IL PERIODO DI 36 MESI"**

**CONTRIBUTI PERVENUTI**

Nella versione allegata alla documentazione in oggetto, il capitolato disegna un'organizzazione che contempla una centrale operativa con funzione di approntamento del piano di lavoro giornaliero o comunque di direzione e controllo dei trasporti, la cui responsabilità ricade sull'Azienda Ulss, mentre per l'appaltatore si prevede un ruolo di mero esecutore di tale piano, con l'apporto di uomini e mezzi propri.

Si osserva come questo tipo di ripartizione del lavoro, peraltro diffuso in servizi analoghi di trasporto secondario presso altre Aziende sanitarie, appaia inficiato dalla circostanza che la "testa" del servizio risulta staccata dal "corpo" che ne deve eseguire i programmi.

Secondo l'esperienza di [.....], ciò fa sì che il servizio funzioni di fatto secondo **un modello di "trasporto a chiamata"** invece che secondo un **modello autenticamente pianificato** nel quale si assiste a una ricerca esplicita di un'alta produttività della flotta a disposizione.

Nel modello "a chiamata" chi formula le richieste di trasporto è tendenzialmente poco ricettivo degli imprevisti che sorgono di volta in volta in fase di esecuzione (ad es.: ritardo sull'orario previsto di dimissione perché la relativa documentazione non è pronta, ritardo nell'orario di accesso alla visita per precedente ritardo già accumulato nell'ambulatorio di destinazione, ecc.), e finisce molto spesso per imputare al trasportatore, vissuto come controparte contrattuale, la mancata aderenza ai piani originari. Pochi sforzi inoltre sono dedicati all'ottimizzazione complessiva del servizio, appunto perché i suoi effetti benefici possono non estendersi nella stessa misura a entrambi i soggetti cui l'organizzazione fa capo.

[.....] ritiene che un diverso assetto organizzativo, il quale contemplasse la titolarità della potestà organizzativa del piano di trasporti in capo all'appaltatore, potrebbe offrire un contributo fondamentale alla risoluzione dei problemi appena descritti. In questa configurazione sarebbero previsti:

a) l'attivazione di una **centrale operativa di coordinamento** per la programmazione, la refertazione, il controllo del servizio quale modalità di interazione fra fornitore e Azienda sanitaria; la CO a cura del fornitore diviene il perno attorno cui gira l'intero sistema dei trasporti sanitari e assistiti e rappresenta la vera opportunità per affrontare temi quali: *l'utilizzo dei mezzi e delle risorse umane in direzione di un aumento di produttività* (i percorsi a vuoto dei mezzi e gestione delle percorrenze gravano sui costi generali nella misura di circa il 25/30% per la stazione appaltante e a sua volta per il fornitore, costretto all'utilizzo di contratti atipici e dunque a un aumento del turnover con inevitabile scadimento della qualità del servizio); l'ottimizzazione dei tempi di arrivo e partenza dai target, e quindi una maggiore qualità delle prestazioni anche in termini di puntualità.

Così concepita, alla CO tocca la funzione cruciale di congiungere servizi oggi prestati perlopiù in modo scollegato (basti pensare al trasporto secondario pensato indipendentemente dal servizio di trasporto emodializzati, la possibilità di eseguire trasporti in abbinata in base alle condizioni sanitarie del paziente e alla prossimità di destinazione, ecc.) in un quadro organico che, appunto, consenta il migliore utilizzo di mezzi e risorse di cui sopra.

b) Un **software di gestione delle richieste**, controllato dalla CO e che opera sulla base degli assunti: (1) gli equipaggi a disposizione sono limitati e producono un insieme di disponibilità temporali di trasporto; (2) una parte consistente della domanda di trasporti (ricoveri programmati, trasporti per prestazioni ambulatoriali, trasporti per emodialisi) può essere programmata in una finestra di tempo più o meno estesa sulla base di esigenze sanitarie e logistiche che chi formula la domanda può valutare adeguatamente. Sia il software che l'organizzazione della CO sono strutturati in modo da far proprie nel migliore dei modi tali esigenze, soprattutto quelle di carattere sanitario del paziente.

Si fa infine notare la non congruenza, nel caso si volesse considerare una riorganizzazione del servizio nel senso qui auspicato, di una sua remunerazione a chilometro e non a canone, per la ragione immediatamente evidente che un aumento di produttività complessivo del servizio condurrebbe quasi certamente a una diminuzione, tra l'altro, del numero di chilometri percorsi. Un canone dimensionato in modo appropriato consentirebbe invece di tenere insieme l'innalzamento di qualità del servizio e i conseguenti risparmi in termini di distanze coperte.