

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO I	
PERCORSO DI AZIENDALIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE.....	10
1.1 INTRODUZIONE.....	10
1.2 L'EVOLUZIONE GIURIDICA E STORICA.....	16
1.3 IL CONCETTO DI AZIENDA.....	25
1.4 I REQUISITI DI AZIENDALITÀ.....	29
1.5 STRUTTURA SSN.....	37
1.5.1 SSN A LIVELLO NAZIONALE.....	37
1.5.2 SSN A LIVELLO REGIONALE.....	39
1.5.3 SSN A LIVELLO AZIENDALE.....	42
1.5.4 SSN: IL FENOMENO DELL'ACCREDITAMENTO.....	46
1.6 ASL: FUNZIONI E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA.....	47
1.7 AO: FUNZIONI E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA.....	51
1.8 ASL E AO: ORGANI AZIENDALI.....	55
1.9 LA BUROCRAZIA PROFESSIONALE.....	62
1.10 I MECCANISMI OPERATIVI.....	68
1.11 I FINANZIAMENTI.....	77
1.12 GLI INVESTIMENTI.....	83
1.13 CONCLUSIONI.....	91
CAPITOLO II	
CONTROLLO DI DIREZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE.....	95
2.1 INTRODUZIONE.....	95
2.2 LA RILEVAZIONE E LA MISURAZIONE.....	97
2.3 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA, CONTROLLO DI DIREZIONE E CONTROLLO OPERATIVO.....	100
2.4 LE VARIABILI DEL CONTROLLO DIREZIONALE.....	103

2.4.1 LE CARATTERISTICHE DEL SISTEMA DI CONTROLLO DIREZIONALE.....	105
2.4.2 VINCOLI– OPPORTUNITÀ INTERNI ED ESTERNI DEL CONTROLLO DIREZIONALE.....	108
2.4.3 EVOLUZIONE DEL CONTROLLO DIREZIONALE.....	113
2.4.4 GLI STRUMENTI DEL CONTROLLO DIREZIONALI PREVISTI DALLA NORMATIVA.....	117
2.5 LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA.....	119
2.6 IL PROCESSO DI CONTROLLO DIREZIONALE.....	123
2.7 LA BALANCED SCORECARD.....	125
2.8 DESCRIZIONE DELLA STRATEGIA NELLA BALANCED SCORECARD.....	128
2.9 MISURAZIONE DELLA STRATEGIA NELLA BALANCED SCORECARD	132
2.10 GESTIONE DELLA STRATEGIA NELLA BALANCED SCORECARD	139
2.11 VANTAGGI DELLA BALANCED SCORECARD IN AMBITO SANITARIO.....	140

CAPITOLO III

IL CONTROLLO DI DIREZIONE NELL’AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA.....148

3.1 INTRODUZIONE.....	148
3.2 PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA E DEL SUO CONTESTO.....	149
3.2.1 PRESENTAZIONE DELL’AOUI DI VERONA A LIVELLO AZIENDALE.....	150
3.2.2 IL VENETO NEL QUADRO NAZIONALE.....	158
3.2.3 L’AZIENDA NEL QUADRO REGIONALE.....	161
3.3 STRUTTURA ORGANIZZATIVA E SISTEMA INFORMATIVO.....	163
3.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA A LIVELLO AZIENDALE.....	164
3.3.2 STRUTTURA ORGANIZZATIVA A LIVELLO DI DIPARTIMENTO.....	169
3.3.3 SISTEMA INFORMATIVO.....	166
3.4 IL PROCESSO DI CONTROLLO DI DIREZIONE.....	173
3.5 PROGRAMMAZIONE: MISSIONE E CAPACITÀ INTERNE.....	174
3.6 PROGRAMMAZIONE: ASPETTI ISTITUZIONALI E VINCOLI.....	177
3.6.1 RIDUZIONE DEI POSTI LETTO.....	180
3.6.2 RIDUZIONE DELLA SPESA DEL PERSONALE.....	182
3.6.3 PARTECIPAZIONE AL COSTO DEI CITTADINI ESENTI.....	184

3.6.4	TETTO DI SPESA PER L'ACQUISTO DI FARMACI E MATERIALE SANITARIO.....	184
3.6.5	AUTORIZZAZIONE DEL CRITE PER GLI INVESTIMENTI.....	185
3.6.6	IDENTIFICAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE DEI DG.....	186
3.7	PROGRAMMAZIONE: PRIORITÀ.....	190
3.7.1	PRIORITÀ: SVILUPPARE L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURA.....	192
3.7.2	PRIORITÀ: RIORGANIZZARE LE ATTIVITÀ EROGATE SU DUE SEDI.....	194
3.7.3	PRIORITÀ: SVILUPPARE MODALITÀ ALTERNATIVE RO E MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLA CURA.....	194
3.7.4	PRIORITÀ: RIORGANIZZARE L'AREA GERIATRICA.....	197
3.7.5	PRIORITÀ: INFORMATIZZARE LA CARTELLA CLINICA.....	197
3.7.6	PRIORITÀ: PROCESSO DI BUDGET E VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI DI ESITO.....	198
3.7.7	PRIORITÀ: PROMUOVERE IL FUND RAISING.....	199
3.7.8	PRIORITÀ: COSTRUZIONE DEL PADIGLIONE BAMBINO DONNA.....	200
3.8	PROGRAMMAZIONE: PRIORITÀ PER DAI E DAT DIPARTIMENTI.....	200
3.9	IL PROCESSO DI BUDGET.....	203
3.10	LA PROGRAMMAZIONE DI UN DAI (DETTO DAI X).....	206
3.11	IL QUADRANTE.....	208
3.11.1	IL QUADRANTE: CLASSE ATTIVITÀ.....	210
3.11.2	IL QUADRANTE: CLASSE RISORSE.....	223
3.11.3	IL QUADRANTE: CLASSE QUALITÀ PROFESSIONALE.....	232
3.11.4	IL QUADRANTE: CLASSE QUALITÀ PERCEPITA.....	238
3.12	UNA NUOVA BALANCED SCORECAD PROPOSTA PER L'AOUI DI VERONA.....	244
3.12.1	IL NUOVO QUADRANTE.....	246
3.12.2	GLI OBIETTIVI AZIENDALI E LE AREE STRATEGICHE.....	253
3.12.3	LO SVILUPPO DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI E DEGLI INDICATORI.....	256

CAPITOLO IV

	IL SISTEMA SANITARIO INGLESE.....	266
4.1	INTRODUZIONE.....	266
4.2	STRUTTURA E ARTICOLAZIONE DEL NHS.....	268

4.3 IL CONTESTO NORMATIVO E A RIFORMA DEL NHS.....	273
4.4 I KEY INDICATORS E GLI INDICATORI DI PERFORMANCE DELLA BALANCED SCORECARD.....	275
4.5 I REPORT ATTUALI DELLA CARE QUALITY COMMISSION.....	287
4.6 LE CRITICHE DEL NHS.....	290
4.7 LE TENDENZE INTERNAZIONALI.....	298
4.8 PROPOSTA DI UN FRAMEWORK NAZIONALE.....	305
CAPITOLO V	
CONCLUSIONI.....	311
BIBLIOGRAFIA.....	319
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	338
INDICE DELLE FIGURE.....	341
INDICE DELLE TABELLE.....	341
RINGRAZIAMENTI.....	343

INTRODUZIONE

E' da oltre un ventennio, ossia dall'emanazione del D. Lgs. 502/92, che il sistema sanitario nazionale SSN è divenuto protagonista di un forte e vivace dibattito a livello nazionale.

I temi iniziali della questione erano concentrati sull'aziendalizzazione del sistema, ovvero la creazione di un SSN più efficiente, più efficace e oculato nella spesa, capace di tutelare e garantire la salute utilizzando le risorse disponibili con economicità.

Il processo di aziendalizzazione, pur non potendosi considerare concluso, ha raggiunto importanti traguardi,¹ sebbene con stadi di maturazione differenti per ciascuna Regione e per ciascuna realtà aziendale.

Oggi la questione pare più articolata: più soggetti (politici, accademici, associazioni di categoria) si sono chiesti se il SSN sia sostenibile con le risorse allocate, proponendo soluzioni differenti.

Le risorse assegnate dal Governo negli ultimi due anni sono state estremamente ridotte con l'emanazione L.111/2011, a cui è seguita la L.135/2012 (*Spending Review*) e

¹ A tal proposito si indicano alcuni elementi che sono stati oggetto di maggior trattazione nel proseguo della tesi di dottorato. L'aspettativa di vita alla nascita, considerato come macro indicatore di qualità della salute della popolazione è, nel 2010, la quarta al mondo con il miglior tasso di sviluppo tra il 2000 e il 2010, nel confronto europeo UE15 la seconda, pari a 82 anni. FERRÈ F., RICCI A., *La Struttura del SSN* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, EGEA, 2012, pag.21

La spesa sanitaria pro capite in Italia (\$ 2.964) nel 2010 è quasi allineata a quella greca (\$ 2.914) e superiore solo a quella del Portogallo (\$ 2.728) nel confronto UE15. La spesa sanitaria espressa in termini di PIL è pari al 9,3% ben al di sotto della media UE15 corrispondente a 10,7%. ARMENI P., FERRÈ F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, EGEA, 2012, pag.112-113

Tra il 2000 e il 2010 il tasso di crescita reale (depurato dall'inflazione) della spesa pro capite è stato del 1,6% contro una media OCSE del 4%. FIASO, *Primi risultati economici dell'applicazione del DL sulla "Spending Review" nelle aziende del servizio sanitario nazionale*, DIC. 2012 consultabile sul sito <http://www.fiaso.it/>

ancora L.183/2012 (Legge di Stabilità), a tal punto che la stessa Corte dei Conti il 22 ottobre 2012 nell’Audizione tenuta sul Disegno di Legge di Stabilità si è espressa sostenendo che *“non può essere ignorato che le riduzioni apportate alle previsioni della spesa sanitaria, in base ai risultati delle manovre introdotte a partire dal decreto legge 98/2011, hanno condotto ad una rilevante correzione dell’andamento della spesa, “caricando” il quadro programmatico di obiettivi di contenimento per un totale calcolato in oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014.*

Un dato estremamente significativo dal momento che le regioni sono chiamate a coprire eventuali disavanzi sanitari tramite l’attivazione dei meccanismi automatici previsti dalla legislazione vigente con la difficoltà, in virtù delle avverse condizioni economiche, di reperire maggiori entrate nonché il rischio di compromettere percorsi di “risanamento strutturale”.”²

In questo contesto parrebbe necessaria una rivisitazione delle scelte compiute o dell’ampiezza dei servizi da erogare. In gioco vi è la gestione di un bene essenziale e la tutela di un diritto fondamentale garantito costituzionalmente che non deve essere dequalificato.

Con il D. Lgs 158/2012 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” convertito in legge n. 189/2012 si prevede, tra gli aspetti più significativi³, che le Regioni ridefiniscano l’organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria mediante il ricorso a forme organizzative sia monoprofessionali sia multiprofessionali, favorendo il processo di de-ospedalizzazione.

² CORTE DEI CONTI, *Audizione sul Disegno di Legge di stabilità 2013*, 22 ottobre 2012, pag. 20 - 21, consultabile sul sito http://www.corteconti.it/documenti_per_parlamento/referti_specifici_audizioni/audizioni

³ A tal proposito la L.189/2012 ha una portata molto ampia affrontando ulteriori temi tra cui l’esercizio dell’attività libero professionale intramuraria, nuovi requisiti e criteri per la dirigenza sanitaria e il governo clinico e esclusione della responsabilità penale per i professionisti sanitari nel caso di colpa lieve.

Attualmente il dibattito sul SSN è molto acceso, le proposte normative ampie e complesse, pongono a carico delle Regioni attività di riorganizzazione e gestione particolarmente intense, in un quadro reso ulteriormente teso dalla contrazione delle risorse.

In un simile contesto diventa essenziale investigare le dinamiche del SSN andando al cuore del problema, ossia alle aziende, senza fermarsi ai risultati economico – finanziari regionali o aziendali, ma spostando il *focus* sulle attività e sui processi aziendali, sulla coerenza con le strategie deliberate per poter dare una rappresentazione più oggettiva della *performance* d'azienda e comprendere in che modo, attraverso le stesse, il SSN può evolversi e indirizzarsi verso scelte consapevoli.

Parrebbe che il contributo che gli studiosi di economia aziendale possano offrire sia quello di chiarire i termini della questione facendo emergere il *quantum* economico necessario per garantire il livello essenziale di assistenza previsto dal *policy maker* ed evidenziare eventuali modalità organizzative e gestionali che ne facilitino il raggiungimento degli obiettivi.

“Alla dottrina economico-aziendale italiana, ..., è ben chiaro, ..., che la tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo non si parte dall'equilibrio di bilancio per razionalizzare la spesa, ..., ma che si parte da una assistenza appropriata dal punto di vista medico-scientifico, rispondente all'esigenza unitaria della persona come soggetto di relazioni (qualità degli outcome o degli esiti dell'assistenza), si passa attraverso una efficace organizzazione e un uso efficiente delle risorse, per arrivare ad un equilibrio di bilancio sostenibile.”⁴

⁴ BORGONOV E., TARRICONE R., *Prefazione* in AA. VV., *L'azionalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, EGEEA, 2012, pag. XIX

La ricerca della tesi di dottorato persegue questa finalità, individuare dei sistemi di programmazione e controllo che misurino le *performance* aziendali delle aziende sanitarie, in particolare concentrandosi sullo strumento della *balanced scorecard*.

La ricerca si concentra su due livelli: lo studio dell'adozione della *balanced scorecard* a livello aziendale, (caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona) e a livello di sistema (studio del Sistema Sanitario Inglese *NHS*).

Per entrambi i progetti è stata fondamentale la collaborazione e l'intervista con professionisti del settore (Direttore Sanitario, Responsabile del Controllo di Gestione, Professore Universitario e Medico dell'ospedale di Leicester), oltre che lo studio accademico.

Il lavoro svolto si è articolato nei macro temi:

- Capitolo I, presentazione e descrizione degli aspetti peculiari delle aziende sanitarie esaminati in ambito normativo ed economico. In principal modo focalizzandosi sul processo di aziendalizzazione, di regionalizzazione, di finanziamento e di acquisti del SSN.
- Capitolo II, lo sviluppo del controllo di direzione in ambito sanitario focalizzandosi sullo strumento della *balanced scorecard*. Si evidenzia come il controllo di direzione sia un processo pervasivo su tutta la dimensione aziendale sia internamente (ottimizzando i processi interni, stabilendo degli indicatori di qualità delle prestazioni, optando per tipologie di riorganizzazione interna, ecc.) sia esternamente come veicolo di comunicazione e trasparenza dell'attività svolta, favorendo l'*accountability*⁵

⁵ "Accountability may thus be defined as the means through which individuals and organizations are held externally to account for their actions and as the means by which they take internal responsibility for continuously shaping and scrutinizing organizational mission, goals, and performance." EBRAHIM A., *Making*

dell'azienda; ed atto a conseguire gli obiettivi nel rispetto dei vincoli, indagando le determinanti, che incidono sugli obiettivi, e ricercandone le soluzioni.

- Capitolo III, presenta il caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, che ha adottato la *balanced scorecard* nel 2010. Il modello in uso è ancora ad uno stadio iniziale e dall'analisi emergono delle aree possibili di approfondimento e di miglioramento su cui si propone un *set* di indicatori, richiamando le *best practice* internazionali e le ricerche accademiche.
- Capitolo IV, descrive il NHS e l'adozione della *balanced scorecard*, sottolineando i punti di forza e di debolezza principali. Si cerca di proporre uno schema diverso di strutturazione della *balanced scorecard* in uso che recepisca le principali proposte offerte in ambito accademico ed esperienze internazionali.
- Capitolo V, infine si traggono le conclusioni.

CAPITOLO I

PERCORSO DI AZIENDALIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

SOMMARIO: 1.1 Introduzione - 1.2 L'evoluzione giuridica e storica - 1.3 Il concetto di Azienda – 1.4 I requisiti di aziendalità - 1.5 Struttura SSN – 1.5.1 SSN a livello nazionale – 1.5.2 SSN a livello regionale – 1.5.3 SSN a livello aziendale – 1.5.4 SSN: il fenomeno dell'accreditamento - 1.6 ASL: funzioni e articolazione organizzativa – 1.7 AO: funzioni e articolazione organizzativa - 1.8 ASL e AO: organi aziendali - 1.9 La burocrazia professionale – 1.10 I meccanismi operativi - 1.11 I Finanziamenti – 1.12 Gli Investimenti - 1.13 Conclusioni

1.1 Introduzione

Con il provvedimento D lgs. 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e i successivi (D. Lgs 517/93, D. Lgs. 229/99 ed aggiornamenti) il legislatore ha riformato il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) dando l'avvio al percorso di aziendalizzazione.

Per aziendalizzazione il legislatore ha inteso richiamare il SSN a una attenzione ai vincoli economici, creare un senso di appartenenza tra tutti coloro che operano nell'azienda per il conseguimento della *mission* aziendale, sviluppare una cultura organizzativa volta ad una interdipendenza e sinergia degli operatori, responsabilizzare i singoli attori del sistema verso il raggiungimento del risultato, concepito come garanzia e qualità della salute in un'ottica di economicità ed efficienza, puntare verso una amministrazione del servizio del cittadino, *consumer oriented*, o come sinteticamente fu intitolato un rapporto statunitense sulle riforme sanitarie, “*Reinventare il governo. Come lo spirito aziendale trasformerà il settore pubblico*”⁶

L'aziendalizzazione è “*un approccio logico che richiede ad ogni istituto di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori d'interesse utilizzando al*

⁶ OSBORNE D., GAEBBER T., *Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Haddies-Wesley, 1992

meglio le risorse disponibili, quindi di: (i) ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e di impiego delle risorse per non dover ridurre i bisogni soddisfatti e anzi per poterli ampliare; (ii) verificare continuamente che i bisogni a cui vengano destinate le risorse siano quelli più rilevanti.”⁷

Tale metodologia logica è apparsa come la soluzione a problemi importanti:

- scarsità di risorse, spesa pubblica elevata⁸ rispetto al PIL e presenza di fattori⁹ che aumentano il costo unitario per abitante¹⁰. L’urgenza di risanare il bilancio pubblico sia per rispettare i vincoli richiesti dall’Unione Europea (Patto di Stabilità), sia per tendere a contenere il debito pubblico con forti impatti sui mercati finanziari;

⁷ ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., CARBONE C., FERRÉ F., *Executive Summary*, in AA. VV., *L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 1

⁸ *La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie (inclusi tutti i suoi costi: servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione e contribuzioni diverse). La spesa sanitaria pubblica complessiva dell’Italia ammonta nel 2010 a circa 115 miliardi di euro, pari al 7,4 per cento del Pil, e supera i 1.900 euro annui per abitante.* ISTAT, *Spesa sanitaria pubblica*, pag. 32, consultabile sul sito <http://noi-italia.istat.it>

⁹ A proposito dei fattori che influenzano la crescita del costo unitario per abitante Banchieri scrive che “Lo scenario attuale della sanità in Italia è caratterizzato da: invecchiamento della popolazione; incidenza rilevante della disabilità; diffusione di innovazioni tecnologiche e farmaceutiche; alta variabilità prescrittiva ed insufficiente diffusione di linee guida diagnostico-terapeutiche; presenza di nuove patologie per la società globalizzata; aumento della domanda espressa e dei bisogni di salute.” in BANCHIERI G., *Introduzione* in AA. VV., *La partnership degli enti locali e dei cittadini nella governante dei SSR*, 2010, pag. 7, consultabile sul sito www.portal.federsanita.it/studi-e-ricerche

¹⁰ La spesa pro capite in Italia è cresciuta dal 1990-2009 del 4,4% come richiamato in ARMENI P., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in AA. VV., *L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 112

- necessità di rendere più “europea” l’amministrazione pubblica, ponendo gli uffici pubblici al servizio degli utenti.¹¹
- l’ingerenza politica nella sanità era volta a scelte di clientelismo per ottenere consensi politici. *“La politica ha prestato alla sanità i suoi uomini, il simbolismo della sua parola, nella versione più fatua, quella caratterizzata da logorrea e vacuità e purtroppo il più importante dei suoi vizi il clientelismo.”*¹²

La riforma è stata radicale, ridefinendo le competenze, le responsabilità, le modalità di finanziamento, le prestazioni garantite, la gestione delle unità sanitarie, l’organizzazione delle stesse e il ruolo e le responsabilità degli organi in esse operanti. Ha puntato alla qualità più che alla quantità¹³.

*“Un cambiamento reso inevitabile dal collasso economico del Servizio Sanitario Nazionale; ma anche auspicabile per invertire la tendenza alla disaffezione verso un sistema pubblico ormai correttamente etichettato come malasanità.”*¹⁴

Con l’aziendalizzazione si intende affermare l’esistenza di criteri gestionali, tipici delle aziende, nelle strutture sanitarie. In questo capitolo vi si identificano gli aspetti chiave collocandoli all’interno della dimensione aziendale su cui agiscono. (fig. 1.1)

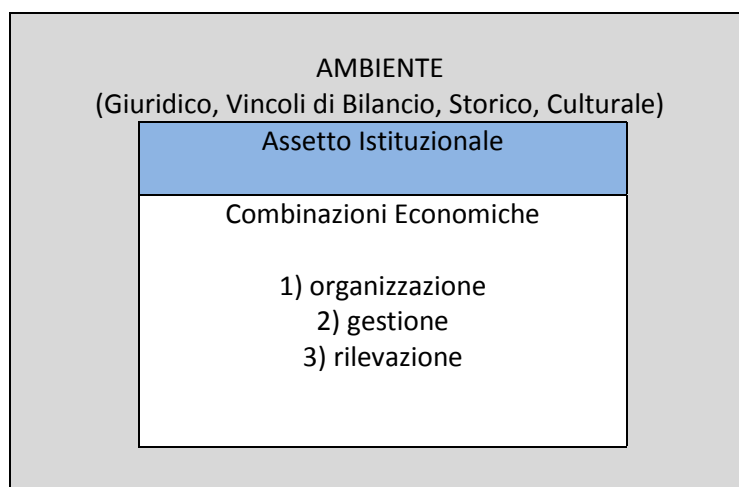
¹¹ A tal proposito Cassese, ministro della funzione pubblica nel governo Ciampi, mise in luce come la sfiducia nelle istituzioni si basasse anche sulla cattiva amministrazione della “cosa” pubblica. CASSESE S., *La riforma amministrativa all’inizio della quinta costituzione dell’Italia unita*, in *Il Foro italiano*, maggio 1994, pag. 250-271

¹² DI MICHELE N., *Politiche sociali*, in *L’Arco di Giano*, N. 1, 1993, pag. 113-119

¹³ SPINSANTI S., *Introduzione*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.2

¹⁴ SPINSANTI S., *Introduzione*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.1

Fig.1.1: Rappresentazione della struttura di un'azienda sanitaria



Fonte: ns elaborazione Anessi Pessina E., Cantù E., Cap.1 Modello di analisi impostazione del rapporto principali risultati in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 9

Il cambiamento cruciale è la creazione di “aziende dotate di autonomia”¹⁵ imprenditoriale la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato.

In ottica economico aziendale, parlare di azienda significa identificarne i caratteri propri che vanno inseriti nel contesto del SSN e nella specifica complessità dell'attività sanitaria. Nel corso del capitolo si svilupperà il concetto di azienda (par. 1.3), in economia aziendale, e come la legislazione vigente permette di configurare, anche per le aziende sanitarie, i requisiti di aziendalità (par. 1.4).

Il funzionamento di un'azienda dipende da fattori interni, ma anche dalla presenza di elementi strutturali esterni e dalle caratteristiche delle organizzazioni simili e complementari operanti nel settore. In termini aziendalistici, tali caratteri si studiano

¹⁵ ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., CARBONE C., FERRÈ F., *Cap.1 Il modello di analisi, l'impostazione del rapporto e i principali risultati* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 5

esaminando: l'evoluzione giuridica e storica, l'assetto istituzionale e le combinazioni economiche.

L'evoluzione giuridica e storica permette di apprezzare l'intensità della riforma iniziata con l'emanazione del D.Lgs 502/92 e proseguita con D.Lgs 517/93 e D. Lgs 229/99 (par. 1.2) e di analizzarne i passaggi chiave con maggior puntualità.

Il principio base garantito dalle riforme, in attuazione del dettato costituzionale, è il ribadire che la salute non è una merce.

Per assetto istituzionale si intende l'insieme dei portatori di interesse e delle regole fondamentali a cui si deve attenere l'azienda. Il legislatore ha assegnato compiti precisi ai singoli attori sanitari, affidando ruoli distinti e complementari (par. 1.5.1, 1.5.2, 1.5.4) e ha articolato il sistema sanitario seguendo una logica di rete territoriale, tale da garantire l'erogazione di servizi sanitari complementari in risposta della complessa casistica di bisogni di salute della collettività (par. 1.5.3).

Le combinazioni economiche sono l'insieme delle operazioni economiche svolte dall'azienda in cui si sostanzia l'attività economica della stessa, che sinteticamente può definirsi amministrazione¹⁶. Tre sono le funzioni che articolano l'amministrazione: l'organizzazione, la gestione e la rilevazione.

¹⁶ Come mise in luce Ardemani vi è una profonda differenza concettuale tra l'impresa e la sua amministrazione, perché l'impresa comprende tutte le operazioni economiche. Invece lo studio dell'impresa e, quindi l'amministrazione, può focalizzarsi solo sull'acquisizione dei sistemi di conoscenza, la decisione della trasmissione degli ordini, e del controllo ma non sull'esecuzione materiale. ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.37 ed ancora l'Ardemani definisce "L'Amministrazione ... come l'attività umana volta alla risoluzione dei problemi di scelta o di convenienza" ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.37 e Zappa sostiene che "L'amministrazione economica, è il complesso di azioni coordinate degli organi dell'azienda che, per il suo esercizio, si svolge in tre momenti capitali, la gestione, l'organizzazione, la rilevazione." ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.93

*“L’organizzazione studia la struttura dell’organismo d’azienda e le funzioni svolte in coordinazione dagli organi d’azienda”.*¹⁷

All’interno della dimensione organizzativa il legislatore ha anche definito la struttura organizzativa e le sue articolazioni, gli organi aziendali e i compiti ad essi assegnati con l’intento di uniformare l’organizzazione interna delle strutture sanitarie e renderle più efficienti nell’erogazione dei servizi. (par.1.6,1.7, 1.8)

In ambito organizzativo il legislatore ha definito i principi guida o i criteri aziendali, ma ne ha rispettato l’autonomia. Pertanto alcuni aspetti tipici e fondanti dell’organizzazione, come il potere organizzativo e i meccanismi operativi, sono espressione delle scelte manageriali di ogni realtà aziendale. Nel lavoro si riportano i principali studi del settore (par. 1.9 e 1.10), per descrivere il quadro di relazioni e rapporti tra *manager* e professionisti e comprendere le ragioni che, con l’inserimento della riforma, hanno implicato un forte coinvolgimento del personale medico tanto da essere definiti *medici-manager*.

La gestione¹⁸ è costituita dall’insieme delle attività rivolte alla produzione e al consumo che in ambito sanitario si sostanzia nel servizio reso e nei fattori produttivi impiegati per poterlo offrire.

¹⁷ ARDEMANI E., *L’impresa*, Giuffrè, 1993, pag.207 e ancora Zappa ritiene che l’organizzazione sia *“il momento dell’amministrazione economica per il quale si istituiscono e si prescelgono gli organi d’azienda, si ordinano in adeguata struttura, si procede alla definizione e alla assegnazione delle loro coordinate funzioni.”* ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.100 mentre Mintzber definisce l’organizzazione come *“il complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento tra tali compiti”* MINTZBERG H., *La progettazione dell’organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.37

¹⁸ *“La gestione è la funzione amministrativa che ha come fine la ricerca delle soluzioni dei problemi di convenienza economica connessi all’attività d’impresa.”* ALBERTI G., *Elementi di economia aziendale*, CEDAM, 2002, pag.65, per Zappa *“La gestione, costituito il patrimonio in efficace struttura, informa e aduna ad unico fine tutti gli atti e i fatti amministrativi con i quali si persegue direttamente il fine di azienda.”* ZAPPA

Le operazioni economiche che compongono la gestione sono generalmente raggruppabili in quattro tipologie: finanziamenti¹⁹, investimenti²⁰, disinvestimenti, rimborsi o remunerazione dei finanziamenti.

Una delle principali modifiche della riforma concerne i finanziamenti. (par. 1.11)

Il processo di aziendalizzazione ha posto l'accento anche sulla razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse. (par. 1.12)

L'ultima fase della amministrazione è rappresentata dalla rilevazione che è l'insieme delle operazioni di produzione, trasmissione ed elaborazione di dati e di informazioni. L'approfondimento di questo tema verrà rinviato nel capitolo secondo dove si svilupperà il controllo di direzione.

1.2 L'evoluzione giuridica e storica

In ambito giuridico, la sanità garantisce uno dei diritti fondamentali dell'uomo: la salute²¹. Diritto riconosciuto nella Costituzione italiana²², ma anche nella Carta dei diritti fondamentali²³ richiamata nel Trattato di Lisbona.

G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.93 e ancora secondo l'Ardemani la gestione "ha per oggetto lo svolgimento delle operazioni economiche, che tendono direttamente al fine dell'impresa" ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.38

¹⁹ In ottica aziendale il finanziamento è la rinuncia da parte dei terzi di un potere d'acquisto attuale per consentire all'azienda lo sviluppo e lo svolgimento della sua attività, conferendogli il capitale necessario.

²⁰ Per investimenti si intende il ciclo di gestione che prevede l'acquisto di tutti i fattori produttivi necessari allo svolgimento dell'attività economica.

²¹ D.Lgs 502/92 ART.1, c.1, "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il servizio

In quanto *“diritto fondamentale non è comprimibile ad opera della pubblica amministrazione sia nei rapporti tra i privati, sia allorché tale situazione giuridica soggettiva si profili nei confronti della pubblica amministrazione”*²⁴. Non si considera la salute solo come cura della malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale.²⁵ La salute, in visione così estesa, è un obiettivo perseguito dalle politiche degli Stati, va quindi mantenuta grazie alle cure, ma soprattutto preservata tramite la prevenzione e il mantenimento di un ambiente sociale che la tuteli.

E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza assicurando ai cittadini eguali trattamenti sanitari a prescindere dalla loro condizione sociale.²⁶

Per quanto i dettami costituzionali fossero particolarmente incisivi ed esprimessero dei principi di universalità ed eguaglianza, furono necessarie diverse riforme del settore sanitario per darvi attuazione.

sanitario nazionale , quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale ..”

²² COSTITUZIONE ITALIANA ART.32, C. 1, *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”*

²³ CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA ART.35 , C. 1, *“Ogni individuo ha diritto ad accedere alla prevenzione sanitaria ed ad accedere alle cure mediche alle condizioni stabilite dalla prassi nazionale.”*

²⁴ FERRARA R., *L'Ordinamento della sanità*, Giappichelli Editore, 2007, pag.53

²⁵ *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* OMS, *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference (Official Records of the World Health Organization, n. 2, pag. 100)*, sottoscritta nel 1946 ed entrata in vigore nel 1948 e consultabile sul sito www.who.int/about/definition/en/print.html

²⁶ COSTITUZIONE ITALIANA ART.3 , C. 1, *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.”* e C. 2, *“E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”*

Nel 1948 il settore sanitario era organizzato in Casse Mutue, enti che fornivano ai propri assistiti una garanzia di tipo assicurativo differenziata sulla base della specifica posizione professionale assunta dal cittadino. A tali istituti si aggiungeva l'Istituto Nazionale Assistenza Malattie, per i dipendenti, e l'Istituto Nazionale Assistenziale sugli Infortuni sul Lavoro, quale assicurazione di copertura contro le invalidità derivanti dalle attività lavorative.

Con la riforma del 1968 si iniziò a parlare di azienda pubblica ospedaliera, con rette imposte autoritativamente dall'ente, pagate dalle mutue, che a loro volta ricevevano i contributi necessari a ripianare i disavanzi dallo Stato. Da questo momento *“Non funzionava più di fatto il meccanismo assicurativo delle mutue.”*²⁷ Né ci fu più equilibrio tra previsione di spesa e consuntivo.

Nel 1974 le competenze in materia sanitaria passarono dalle mutue²⁸ alle Regioni. La scelta era volta ad avvicinare il servizio al territorio e ai poteri locali.

Solo con la legge 833/78 si costituì il SSN *“complesso delle funzioni, delle strutture e dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo le modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.”*²⁹

Tale riforma cercò di dare effettivamente attuazione al disposto costituzionale di eguaglianza di trattamento dei cittadini, di universalità del servizio sanitario e di solidarietà

²⁷ RUGGERI A., *L'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.30

²⁸ Lo scioglimento delle mutue si ebbe nel 1976 con DPR 616

²⁹ L.833/78 ART.1 , C. 3

tra i cittadini. Il settore sanitario era finanziato grazie al prelievo fiscale obbligatorio. Il servizio sanitario era gratuito per l'utente finale. La norma esprimeva l'intento di una omogeneizzazione territoriale dell'intervento pubblico in risposta a livelli qualitativi differenti del servizio sanitario.

La riforma tributaria del 1970 fece scomparire la finanza autonoma degli enti locali, che si trasformò in trasferimento. L'unico soggetto finanziatore era lo Stato. *“Il meccanismo a cascata dei finanziamenti finiva per deresponsabilizzare tutti e per appesantire la finanza pubblica”*³⁰.

Tra gli anni settanta e ottanta la spesa pubblica in ambito sanitario crebbe esponenzialmente, divenendo una criticità in risposta della quale si emanò il D. Lgs 502/92 e D. Lgs 517/93 a cui fece seguito il D. Lgs 229/99³¹. Si dà inizio alla “aziendalizzazione della sanità” che ha sia degli aspetti di continuità che di grande cambiamento e innovazione rispetto al disegno legislativo precedente.

La continuità si manifesta nella scelta del modello di riferimento, un unico SSN, avente come cardine la centralità della tutela della salute così come prevista dalla L. 833/78. Anche lo *“strumento di governo”*³² adottato è ancora il Piano Sanitario Nazionale, se pur profondamente cambiato nella natura e nelle modalità della sua formulazione.

³⁰ MAGGI D., *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, 2003, pag.10

³¹ Nel paragrafo si intende inquadrare in termini generali le innovazioni introdotte con l'emanazione dei D.Lgs 502/92, D. Lgs 517/93, D. Lgs. 229/99, un maggior sviluppo si rinvia al proseguo del capitolo, dove si analizzeranno gli impatti gestionali ed organizzativi delle disposizioni legislative.

³² RUGGERI A., *L'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia*, in AA. VV., *Management della salute 2*, EdiSES, 1997, pag.35

Il cambiamento è sensibilmente manifesto nella distribuzione dei poteri decisionali, che favorisce un più alto grado di decentramento e una più forte responsabilizzazione delle Regioni.

Le relazioni tra gli attori del SSN e gli organi aziendali, sono espressi in termini più puntuali assegnandone una effettiva responsabilizzazione e trasparenza (*accountability*) nei compiti assegnati e favorendo l'introduzione di strumenti aziendali di monitoraggio e controllo, come la contabilità analitica e lo sviluppo del controllo direzionale.

Il vincolo dell'equilibrio di bilancio diventa perentorio, in risposta del quale si perseguono obiettivi di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle cure. Gli *standard* qualitativi sono stabiliti a livello nazionale ed omogenei su tutto il territorio.

Il sistema di finanziamento, di conseguenza, è completamente ridisegnato e rispecchia logiche di efficienza gestionale ed appropriatezza della prestazione.

Nel 2001 si è data maggior forza alla "regionalizzazione" del sistema sanitario tramite la riforma del Titolo V parte II della Costituzione. All'art. 117 c. 3, si prevede che *"sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: ..tutela della salute. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato."*

Il principio di unità e indivisibilità della Repubblica non è messo in discussione, ma si sottolinea l'importanza del principio del decentramento dei poteri e della promozione e del riconoscimento delle autonomie locali, così come stabilito art. 5 della Costituzione.

La Costituzione disegna un sistema di livelli di governo che prevede gli enti locali, capaci di dotarsi di un proprio indirizzo politico e amministrativo il più vicino possibile al

cittadino, nel rispetto del principio della sussidiarietà, introdotto nel nostro sistema giuridico con la ratifica della Carta europea dell'autonomia locale nel 1985.

Si chiarisce che lo Stato e le Regioni hanno ruoli e competenze differenti. Nel rispetto del principio dell'uguaglianza e dell'universalità del servizio sanitario: rimane di competenza esclusiva dello Stato la definizione dei *“livelli essenziali delle prestazioni”*³³ sanitarie mentre è di competenza concorrente la tutela della salute e, per cui, come precisato all'art. 117 c.3, *“spetta alle Regioni la potestà legislativa”*.

La sede deputata al confronto tra Stato e Regioni nelle materie concorrenti è la Conferenza Stato – Regioni, in cui si precisano gli accordi in materia sanitaria sottoscrivendo l'intesa Stato – Regioni e producendo il Patto della Salute.

Tale documento contiene l'impegno assunto dallo Stato, ossia le risorse che si impegna di trasferire presso le Regioni, il metodo di riparto, la definizione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e l'impegno sottoscritto dalle Regioni del perseguimento di *standard* qualitativi di assistenza e di politiche tese all'efficienza e ottimizzazione.

Per garantire un'autonomia effettiva e responsabilizzare totalmente le Regioni sulla gestione economica e finanziaria degli ambiti di loro competenza, si è affermato all'art. 119 c. 1 della Costituzione che *“..le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci”*, e al c. 2 che *“le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario.”*

³³ COSTITUZIONE ART.117 , c. 1

Nel 2009 vi è stata l'emanazione della L. 42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione" con la finalità di sancire l'autonomia di entrata e di spesa di Comuni, Province, Città Metropolitane e Regioni nel rispetto dei principi di solidarietà e di coesione sociale.³⁴

Con la stessa si traccia anche una differente modalità di finanziamento per trasferimento, superando il concetto della spesa storica per tendere verso il criterio del fabbisogno *standard* e costo *standard* delle prestazioni.³⁵

L'obiettivo è offrire un criterio di giudizio delle prestazioni erogate dalle pubbliche amministrazioni, rendendo le istituzioni e gli organi politici più responsabili sull'uso delle risorse pubbliche.

Soffermandosi sull'ambito sanitario, uno dei decreti attuativi della L. 42/09 è stato il D. Lgs. 68 emanato nel 2011 recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario".

Con tale provvedimento si è stabilita, a partire dal 2013, la determinazione dei costi *standard* e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario per le Regioni a statuto ordinario.³⁶

³⁴ "attribuzione di risorse autonome alle regioni, in relazione alle rispettive competenze, secondo il principio di territorialità e nel rispetto del principio di solidarietà e dei principi di sussidiarietà" L.42/09 ART.2 , LETT. E

³⁵ "determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che,.., costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali" L.42/09 ART.2 , LETT. F

³⁶ "Il fabbisogno sanitario standard, ..., compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, costituisce l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza" D.LGS.68/11 ART.25 , P.2 e ancora "per il calcolo del fabbisogno standard si fa riferimento al sistema informativo NSIS del Ministero della Salute" D.LGS.68/11 ART.27 , P.2 precisando che "Le risorse a disposizione verranno ripartite seguendo la seguente ripartizione: 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro e vita; 51% per l'assistenza distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera" D.LGS.68/11 ART.27 , P.3

Nel medesimo decreto si sono previste le modalità di conteggio del costo *standard* sanitario³⁷, che come poi citato nell'art.27 punto 6, “è dato, per ... i tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla media *pro-capite* pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento.”

Con il Patto della Salute 2010 - 2012 si è previsto un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa con lo sviluppo di una serie di indicatori di *performance* che potessero mettere in evidenza il rispetto della programmazione nazionale (dati di finanziamento e spesa *pro-capite* per macro-livelli di assistenza), gli aspetti di spesa con lo sviluppo dei costi medi più dettagliati (spesa *pro-capite* per l'assistenza di base, per la farmaceutica, costo medio ricoveri per acuti, ricoveri in lungodegenza, ecc.), una serie di *standard* fisici (tasso di ospedalizzazione, costo del personale, numerosità del personale, presenza piccoli ospedali) e indicatori di appropriatezza organizzativa (degenza media pre-operatoria, percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, ecc.), per riuscire di stilare una classifica delle Regioni.

Un ulteriore aspetto importante che può far chiarezza su molte questioni aperte riguarda l'emanazione del D.Lgs 118/11, anch'esso decreto attuativo della L.42/09, recante “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario”.

Il decreto tende ad armonizzare i bilanci regionali uniformandoli con l'adozione di uno schema di bilancio, di rendiconto finanziario e di relazione della gestione comune, individuando in maniera precisa i criteri da utilizzare nella valutazione delle poste di

³⁷ Il conteggio dei costi standard si riferisce al valore medio per categoria di assistenza di tre Regioni scelte dalla Conferenza Stato – Regioni tra le 5 migliori Regioni indicate dal Ministero della Salute, non incluse tra le regioni soggette a piano di rientro e che hanno garantito “*l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico*” D.LGS.68/11 ART.27 , P.5

bilancio e ricercando maggior trasparenza nel flusso delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione in ambito sanitario.³⁸

Con il D. Lgs 118/11 si intende formulare la risposta a molteplici problematiche tra cui le incongruenze sollevate dalla Corte dei Conti sui bilanci regionali, i cui dati vengono utilizzati per la formulazione del *set* degli indicatori di *performance* sopra citati.

Infatti nel 2010 la Corte dei Conti ha sollevato numerose e significative perplessità sull'attendibilità dei bilanci delle aziende sanitarie e delle Regioni, mettendo in luce come i risultati reddituali fossero "*provvisori e suscettibili di continue modificazioni*"³⁹, le risultanti reddituali in alcuni casi fossero fortemente influenzate dalla gestione straordinaria, la dimensione complessiva effettiva del bilancio sanitario regionale incerta, non definita, non certificata e la tenuta dei sistemi contabili non rispettasse l'ordinata contabilità con possibili duplicazioni di pagamenti e incassi.

Con l'avvicinarsi del Governo Tecnico i decreti in attuazione della L.42/09 sono stati bloccati e alcune decisioni sono state posticipate lasciando molta incertezza sull'applicazione delle norme.

³⁸ A tal proposito il titolo II del D.Lgs 118/11 detta i principi contabili per il settore sanitario stabilendo tra gli elementi principali: l'obbligo, per le Regioni che scelgono di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, anziché trasferire interamente tale finanziamento alle aziende, di rilevare in contabilità economico-patrimoniale le operazioni riconducibili alla gestione sanitaria accentrata presso la regione (ex. art.22 c.1); l'obbligo per le Regioni che non scelgono di effettuare una gestione accentrata di accendere dei conti di tesoreria unici per le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno regionale standard sanitario provenienti dal bilancio statale e ulteriori conti di tesoreria destinati alla sanità per risorse raccolte in ambito regionale (ex art.21 p. a); l'adozione del bilancio consolidato del SSR, con rinvio al D.lgs. 127/91, fatte salve alcune esplicite deroghe (ex art.32 c.1).

³⁹ CORTE DEI CONTI, *Sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello Stato: gestioni risorse statali destinate alla riduzione del disavanzo del SSN*, 2010, pag. 4, consultabile sul sito <http://www.corteconti.it>

1.3 Il concetto di Azienda

Con la riforma il legislatore ha inteso aziendalizzare il settore sanitario richiamando l'intero sistema al perseguimento delle finalità istituzionali prestando attenzione all'equilibrio economico e finanziario. Ha anche disciplinato le modalità di intervento organizzativo, gestionale e fornito indicazioni puntuali sugli strumenti economico aziendali da adottare.

La disciplina normativa ha, quindi, regolamentato il *modus operandi* delle future aziende sanitarie, partendo dal presupposto che il mezzo possa condurre al fine con una formulazione in linea con la definizione di azienda espressa dal codice civile “*L’azienda è il complesso dei beni organizzati dall’imprenditore per l’esercizio dell’impresa.*”⁴⁰

Nel contesto dell’economia aziendale si tiene un approccio molto diverso sullo studio dell’azienda. D'altronde, l’economia aziendale ha come oggetto di analisi i fenomeni economici che si sviluppano nell’azienda, studiando le “*manifestazioni di vita e condizioni di esistenza delle aziende, al fine di guidarle verso la creazione di valore nel tempo.*”⁴¹ E’, infatti, secondo un’autorevole classificazione⁴² delle scienze⁴³, scienza generalizzante

⁴⁰ Cc. Art. 2555

⁴¹ CAVALIERI E., *La ragioneria e l’economia d’aziendale: dinamiche evolutive e prospettive di cambiamento*, FrancoAngeli, 2008, pag.37

⁴² Secondo Di Fenizio si possono classificare i rami del sapere in individualizzanti e in generalizzanti, le prime attengono allo studio di un singolo fenomeno cercando di comprenderne le cause, le seconde tendono alla formazione di leggi e di uniformità. Quest’ultime si distinguono in formali, che si occupano solo delle relazioni poste fra proposizioni logiche, e in empiriche, che tendono a descrivere la realtà studiandone il fenomeno nell’intera situazione concreta. A loro volta le scienze empiriche possono essere positive, che sono focalizzate sullo studio e sulla formulazione di leggi su “ciò che è” e normative che indagano il reale per proporre norme e leggi su “ciò che dovrebbe essere” DI FENIZIO F., *Leggi dell’economia, Vol.I*, Milano, 1966, pag.12 e segg.

⁴³ “*Lo studio di un fenomeno o di un gruppo di fenomeni richiede preliminarmente il loro inquadramento sistemico nell’ambito di una scienza*” ALBERTI G., *Elementi di economia aziendale*, CEDAM, 2002, pag.3

(tendendo alla formazione di leggi di uniformità), empirica⁴⁴ (descrive la realtà studiandone il fenomeno nell'intera situazione concreta), positiva (formula leggi su "ciò che è). Pertanto non esamina il mezzo o il *modus operandi* per qualificare l'azienda, ma ne trae il fondamento dall'esame dei fatti economici⁴⁵ (operazioni economiche) compiuti per il perseguimento della *mission* aziendale.

Zappa sottolinea che i fatti non sono singoli, ma molteplici e interconnessi tra loro⁴⁶, e si configurano all'interno di uno spazio temporale⁴⁷, presente, ma al contempo derivanti da un passato e condizionanti di un futuro.

Le operazioni economiche⁴⁸ si realizzano, tramite il processo economico⁴⁹, nell'ambito di beni e bisogni economici. Il bisogno⁵⁰ economico non è una necessità puramente materiale, ma è intesa in senso più ampio come desiderio.

⁴⁴ Un'altra suddivisione delle scienze empiriche adotta come criterio i campi d'indagine nelle quali le scienze si trovano ad operare. In tal senso i campi d'indagine possono essere: lo studio della natura inanimata, lo studio della vita, lo studio dell'uomo. Le Scienze Sociali studiano l'uomo come parte di un gruppo. Ad esse appartiene anche la Scienza Economica, a proposito della quale Zappa scrive "*Compito massimo della scienza economica, ..., è la ricerca dei fatti, la loro analisi la loro riduzione a fatti noti, almeno per mezzo di rapporti e di relazioni tra fatti nuovi e fatti antichi già ordinati in classi qualitative e in graduazioni qualitative*" ZAPPA G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.1

⁴⁵ A tal proposito Zappa scrive "...in economia d'azienda, muoviamo sempre dai fatti o dai dati che li esprimono. Dai dati procediamo per configurare le nostre rappresentazioni al fine di indirizzare consapevolmente la gestione delle aziende e di conoscerne i risultamenti. Ai fatti, opportunamente elaborati, attingiamo al fine di comporre, per astrazione, le nostre teorie." ZAPPA G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.9

⁴⁶ "In economia d'azienda, i fenomeni sono determinati da un sistema di circostanza o di fatti numerosi e vari di azione singola, raggruppata o complessiva, necessariamente incerta e senz'altro ignota" ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.10

⁴⁷ "I fatti non hanno generazione spontanea. Nel tempo risalgono, nel tempo si protendono, sorretti e sospinti da una folla di cui si manifesta" ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.9

⁴⁸ "La connessione tra persone da un lato e beni o servizi dall'altro dà origine alle operazioni economiche" ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.2

In ambito sanitario il bisogno è la salute e il mantenimento del benessere fisico, e si qualifica economico in quanto è soddisfatto da risorse limitate e offerto all'interno di un mercato in cui si ricerca il rapporto razionale fra mezzi e bisogni. Coticché, in termini generali, per l'economia aziendale, il *“problema economico è aspirare a raggiungere il rapporto più favorevole fra un piano di bisogni da soddisfare e un volume di mezzi di cui disporre”*⁵¹ e, nel contesto sanitario attuale, questa ricerca o tensione all'utilizzo ottimale delle risorse è avvertito come un'esigenza impellente e insormontabile.

Le singole aziende tendono a standardizzare, per quanto possibile e appropriato, i percorsi di cura detti pacchetti di diagnosi, cura e assistenza (PDCA) tali da favorire modalità condivise di cura del paziente con tutta l'*equipe*, per rendere più tempestiva la modalità assistenziale e diminuire gli sprechi e le inefficienze.

Il problema economico, non esaurisce il suo significato nel rapporto ottimale mezzi e soddisfazione dei bisogni, ma, si traduce nel *“sacrificio che l'acquisizione dei mezzi procura alla persona che produce, e la soddisfazione che l'impiego dei mezzi procura.”*⁵² Da ciò emerge che i dati del problema economico sono sia obiettivi che subobiettivi, superando la visione della logica economica puramente meccanicistica e ampliandola

⁴⁹ *“Il processo economico, sinteticamente espresso nel rapporto tra beni disponibili e bisogni sentiti, si estrinseca nella produzione dei beni di consumo e dei beni strumentali, nello scambio a base monetaria di tali beni, nel consumo dei beni finali”* AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema nell'ordine delle sue rilevazioni*, Tipografia sociale Torinese, 1953, pag.2

⁵⁰ *“Per bisogno si intende qualunque stato di insoddisfazione o di tensione della volontà e dello spirito, dal quale l'uomo cerca di uscire mediante l'uso di mezzi esterni, capaci di far cessare tale stato”* ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.2

⁵¹ AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema nell'ordine delle sue rilevazioni*, Tipografia sociale Torinese, 1953, pag.2

⁵² AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema nell'ordine delle sue rilevazioni*, Tipografia sociale Torinese, 1953, pag.7

verso una sfera umana costituita da aspirazioni, sentimenti, giudizi e, pertanto, inserita in un contesto sociale, culturale, politico e morale.

Nulla di più vero quando si tratta di sanità, che non è concepita, in ambito giuridico e sociale e, quindi, economico, come una mera merce alla stregua delle altre; ma è tutelata perché la soddisfazione percepita dalla società ha un valore molto più alto rispetto al sacrificio economico sopportato. E' un segnale di civiltà di un ordinamento giuridico, che, purtroppo non va di pari passo con lo sviluppo economico di una società. (per esempio negli USA la salute è una merce, se non si hanno i mezzi per pagare le cure non si ricevono.)

L'azienda rappresenta quindi *“il complesso delle attività economiche svolte da un soggetto o da una collettività di soggetti”*⁵³ e costituisce *“lo strumento per la soluzione del problema economico in quanto tende a far sì che i mezzi a disposizione dei soggetti riescano ad ottenere il massimo di utilità, intesa come la massima soddisfazione dei bisogni a parità di mezzi consumati o minimo di mezzi a parità di bisogni soddisfatti.”*⁵⁴

L'azienda esplica una funzione strumentale rispetto alla finalità che i soggetti perseguono. Il soddisfacimento dei bisogni può avvenire, in via diretta, con il consumo o, in via indiretta, con la produzione.

In particolare l'azienda sanitaria può essere interpretata quale sistema composto da lavoro umano, beni e conoscenze, la cui attività è costituita dalla produzione di servizi sanitari e il cui fine è il soddisfacimento del bisogno di salute. Secondo Borgonovi, più

⁵³ ALBERTI G., *Elementi di economia aziendale*, CEDAM, 2002, pag.13

⁵⁴ ALBERTI G., *Elementi di economia aziendale*, CEDAM, 2002, pag.14

precisamente il termine “azienda” sta ad indicare l’efficiente combinazione di risorse scarse, al fine di soddisfare i bisogni comuni di una collettività organizzata.⁵⁵

1.4 I requisiti di aziendalità

Non esiste una definizione univoca di azienda in letteratura. Né peraltro si immagina potrà mai esistere vista la sua complessità⁵⁶ e il suo dinamismo, sebbene diversi autori abbiano condiviso che, con il termine “azienda”, si individua l’istituto sociale colto nell’aspetto economico.⁵⁷ Ciascuno tende ad enfatizzarne alcune caratteristiche peculiari tipiche dell’istituto dandone più ampio respiro.⁵⁸

Le ricerche, ancora in essere, hanno tentato di delinearne i caratteri specifici definiti “requisiti di aziendalità”⁵⁹ che sono, di seguito, elencati:

⁵⁵ BORGONOVÌ E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, 2002, pag. 7

⁵⁶ “Dare una definizione sintetica dell’azienda, che nei suoi termini richiami tutti i suoi aspetti di contenuto, di soggetti che vi operano, di confini nell’ambito del mondo economico, di svolgimento evolutivo nel tempo, di apriorismo indeterministico dei suoi piani, ecc. non è forse possibile” AMADUZZI A., *L’azienda nel suo sistema nell’ordine delle sue rilevazioni*, Tipografia sociale Torinese, 1953, pag.15

⁵⁷ AMADUZZI A., *L’azienda nel suo sistema nell’ordine delle sue rilevazioni*, Tipografia sociale Torinese, 1953, pag.15; FERRERO G., *Istituzioni di Economia d’azienda*, Giuffrè, 1968, pag.91; ZAPPA G., *L’economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.372; ZAPPA G., *Le produzioni nelle economie delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.55 e segg.; AZZINI L., *Istituzioni di economia d’azienda*, Giuffrè, 1982, pag.12

⁵⁸ “E’ da segnalare come le differenti modalità di definizione dell’azienda non comportino diversi concetti di azienda ma attengano a visioni del fenomeno azienda tese ad esaltare diversi aspetti del suo funzionamento e delle manifestazioni della sua attività” ALBERTI G., *Elementi di economia aziendale*, CEDAM, 2002, pag.54

⁵⁹ “I caratteri di aziendalità sono comuni ad ogni specie di azienda e dalla loro presenza, o assenza, se ne può dedurre il suo profilo costitutivo, essenziale ed evolutivo” BRUNI G., *L’azienda come sistema convertitore di valori economici in valori culturali. Il peculiare ruolo delle fondazioni comunitarie*, Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale, 1999. Ancora in riferimento alla definizione di azienda proposta da Besta Amaduzzi, Onida, Zappa scrisse “Tutte queste definizioni concordano nei loro tratti caratteristici. Le

1. un insieme di individui e mezzi coordinati che operano per un medesimo fine, l'azienda trascende quindi l'interesse dei soggetti che ne hanno dato origine e la gestiscono⁶⁰. Il fine dell'azienda è la soddisfazione dei bisogni economici, o ancora *“la creazione di valore per l'azienda stessa e per le differenti categorie di portatori di interesse comunque coinvolti e socialmente riconosciuti”*⁶¹. Questa finalità prevede una dialettica dell'azienda sia al proprio interno che all'esterno che vada oltre i rapporti contrattuali posti in essere, ma si basi sull'indirizzare l'attività strategica e operativa verso comportamenti socialmente responsabili.
2. la ricerca del rapporto ottimale di mezzi per rispondere ai bisogni economici e la gestione e il coordinamento dei fattori economici coinvolti, perseguendo, nel lungo periodo, l'armonia tra i fini economici particolari e i fini generali delle maggiori collettività sociali⁶².

differenze apparenti derivano soltanto da ciò: che alcuni autori citati includono nella definizione di azienda l'enunciazione di alcuni caratteri che altri autori ricordano ed illustrano nel dire dei tratti distintivi delle singole classi di azienda.” ZAPPA G., L'economia delle aziende di consumo, Giuffrè, 1962, pag.549. Mentre in riferimento ai caratteri minimi di azienda Viganò scrive “si cercano condizioni minime unificanti perché possa identificarsi una qualunque attività economica come azienda e a tale organismo applicare la tassonomia elaborata e da elaborare in economia aziendale”, VIGANÒ E., L'azienda: primi contributi per una ricerca sistematica per un rinnovato concetto generale, 1997, CEDAM, pag.19. Inoltre tratto da gruppi di studio sull'Economia aziendale si scrive “assumono preminente significato le organizzazioni produttive che possiedono i requisiti necessari per essere considerate aziende” CAVALIERI E., La ragioneria e l'economia d'aziendale: dinamiche evolutive e prospettive di cambiamento, FrancoAngeli, 2008, pag.29.

⁶⁰ *“L'azienda ... trascendendo gli interessi attuali dell'individuo e dei gruppi umani che concorrono al suo svolgimento” ZAPPA G., Le produzioni nelle economie delle imprese, Tomo I, Giuffrè, 1956, pag.38 e ancora “l'azienda oggi non più ritrova la sua misura nell'uomo, ma nella organizzazione”, L'economia delle aziende di consumo, Giuffrè, 1962, pag.552*

⁶¹ CAVALIERI E., *La ragioneria e l'economia d'aziendale: dinamiche evolutive e prospettive di cambiamento*, FrancoAngeli, 2008, pag.31.

⁶² *“Nell'ordine economico le aziende, pur mosse ad operare per particolari interessi, agiscono anche nel lungo andare per il bene comune. L'armonia tra i fini economici particolari e i fini generali delle maggiori collettività sociali è anzi condizione di utile benessere dei singoli, come per la collettività umana. Si è correttamente affermato che anche l'azienda privata di produzione o di consumo compie opera socialmente utile” ZAPPA G., Le produzioni nelle economie delle imprese, Tomo I, Giuffrè, 1956, pag.38 e ancora Zappa scrisse “L'azienda come attribuisce unità economica all'azione di tutti gli organi della sua amministrazione, i*

3. l'unità, in quanto i fattori di produzione risultano avvinti da un forte legame di complementarità generando un'utilità superiore ai singoli elementi che la costituiscono⁶³.
4. la dinamicità, in quanto opera sotto forme e modalità differenti in continua evoluzione, per ricercare le più efficienti combinazioni delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni umani.⁶⁴
5. la sistematicità, perché ogni operazione non si verifica in maniera causale ma in stretta relazione con le altre in conformità con il fine perseguito.
6. l'autonomia, in quanto soggetto distinto dagli individui che la creano, la gestiscono, e dai fattori produttivi che ne danno origine, essa è un'entità con vita propria⁶⁵.

quali si valgono, come utile strumento, del patrimonio di azienda o dei suoi distinti elementi con l'intento di prevenire ad un fine comune, così conferisce unità economica a tutti i beni costituenti il patrimonio di azienda, malgrado le loro assidue trasformazioni." ZAPPA G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.554

⁶³ *"L'azienda, come ogni unità economicamente coordinata, è qualcosa di più della somma dei suoi componenti; il complesso ha proprietà che i suoi elementi non possono e non valgono a definire; né possono le caratteristiche del complesso essere da una mera composizione delle caratteristiche dei suoi componenti"* ZAPPA G., *Il Reddito*, Giuffrè, 1950, pag.12. Sul medesimo argomento Farneti scrive *"Nell'azienda i beni utilizzati perdono la loro utilità; per contro, a tale perdita si contrappone l'utilità creata attraverso la produzione di nuovi beni e/o di servizi"*. FARNETI G., *Economia d'Azienda*, FrancoAngeli, 2007, pag.2

⁶⁴ *"Il nostro istituto è una realtà operante: diviene giorno per giorno, si costruisce continuamente, nelle sue strutture sempre si rinnova e sempre si ricompie, nei processi economici attuati sempre si trasforma e apertamente si manifesta come dettano le circostanze mutevoli alla quali l'azienda deve adattarsi"* ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.9

⁶⁵ *"Assurdo in tutto poi è il tentativo di percepire il complesso e vario combinarsi degli accadimenti di azienda e più ancora l'intera vita del nostro istituto nella sola nozione del costituirsi del patrimonio d'azienda"*, ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.38

7. la mutevolezza,⁶⁶ ossia la capacità di rinnovarsi al mutare delle sue strutture, dei processi che si realizzano e al contesto sociale, politico ed economico in cui opera.
8. la presenza di un “*soggetto economico d’azienda*”⁶⁷, che ne indirizza la strategia aziendale, identificandone gli obiettivi e le modalità di relazione con il mondo esterno (mercato, società) e il contesto interno (amministratori, dipendenti) e l’individuazione di “*un patrimonio e quindi la proprietà pertinente al cosiddetto soggetto giuridico d’azienda*”.⁶⁸

Il primo punto enfatizza l’attività aziendale legandola al fine per cui sorge, che, nelle aziende sanitarie, è rappresentato dalla soddisfazione del bisogno di salute.

Il secondo richiama il principio di efficienza ed economicità delle scelte che, in sanità, comporta di adeguare le cure e l’assistenza nel rispetto dell’uso appropriato delle risorse pubbliche.

Il terzo si concentra sulla creazione di un’utilità superiore, generata dalla combinazione dei fattori produttivi, rispetto all’utilità (ricchezza) prodotta dal singolo fattore. In ambito sanitario un chiaro esempio è fornito dal lavoro in *equipe*, dove le conoscenze dei singoli professionisti, integrate le une alle altre permettono l’esecuzione di operazioni chirurgiche complesse.

⁶⁶ “Il dinamico sistema degli accadimenti economici d’azienda è, dunque, secondo il nostro avviso, il momento irradiante della nozione d’azienda”, ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956, pag.61 e ancora “L’elasticità delle coordinazioni di gestione vuole in qualche modo esprimere la loro instabile adattabilità alle mutevoli condizioni dell’ambiente nel quale l’azienda vive, senza mai distruggere la propria individualità”, ZAPPA G., *L’economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.14

⁶⁷ ZAPPA G., *L’economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.552

⁶⁸ ZAPPA G., *L’economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962, pag.552

La mutevolezza e il dinamismo delle aziende sanitarie sono strettamente legati al contesto politico, economico e sociale. I cambiamenti per le strutture in ambito pubblico, sono in parte, espressione di una tendenza al miglior adeguamento delle aziende al contesto di mercato in cui operano e alla strategia adottata internamente, in parte, risultanza di forti condizionamenti delle istituzioni (Stato, Regioni). Pertanto il loro dinamismo è anche espressione della capacità di adattamento alle scelte e ai vincoli imposti dalla politica nazionale e regionale.

La sistematicità del settore sanitario è intesa sia nel contesto aziendale, come sistema di operazioni poste in essere per il perseguimento dei fini aziendali (es. equilibrio di bilancio, ricerca, formazione, valorizzazione delle risorse), sia nel contesto esterno, come sistema di rete di aziende sanitarie a cui vengono affidati compiti complementari e interrelati.

Il soggetto giuridico delle aziende sanitarie è prevalentemente pubblico, ovvero si finanzia il sistema sanitario con i capitali sottratti dai cittadini tramite l'imposizione fiscale per perseguire gli obiettivi di tutela della salute nella società.

Per Giannessi, in termini più generali, *“L'azienda non ha per scopo il conseguimento del lucro o il soddisfacimento di bisogni umani, ma il conseguimento di un determinato equilibrio economico a valere nel tempo.”*⁶⁹ Pertanto l'obiettivo non è raggiungere un risultato economico tale da remunerare adeguatamente il capitale investito, ma avere la capacità di equilibrare i costi con i ricavi per permettere alla realtà economica di perdurare nel tempo. Una visione rispettosa sia dell'uso delle risorse pubbliche sia garante della *mission* aziendale. Mentre le aziende pubbliche offrono la

⁶⁹ GIANNESI E., *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Colombo Corsi, 1961, pag.13

totalità e complessità dei servizi sanitari, le aziende sanitarie private tendono a collocarsi su quei segmenti di offerta più remunerativi e meno soggetti ad alti costi ed incertezza di mercato.

L'ultimo carattere da esaminare è l'autonomia, che insieme alla durabilità è *“condizione indispensabile per sviluppare l'azienda ... l'autonomia è mutevole nello spazio e nel tempo con riferimento ad elementi strutturali e settoriali.”*⁷⁰

Nel settore sanitario l'autonomia aziendale è soggetta ad alcuni condizionamenti più o meno stringenti: il mercato è regolamentato da normativa nazionale ed europea per garantire la tutela della salute ed evitare comportamenti volti esclusivamente all'efficienza e al profitto che potrebbe mettere a rischio di gravi danni la collettività.

Per quanto sottoposta a queste previsioni normative, le aziende sanitarie godono di piena autonomia che si coglie esaminando la molteplicità di caratteri che compongono il significato di autonomia in ambito aziendalistico.

Primo tra tutti l'autonomia decisionale, considerata come i gradi di libertà nelle scelte relative al rapporto con l'ambiente, l'azienda sanitaria ne gode pienamente sebbene sia condizionata e influenzata dalla struttura del sistema sanitario nazionale e dalla relazione sinergica con le altre aziende operanti nel settore. Ogni realtà aziendale trova limiti o vincoli alle sue scelte decisionali dall'atteggiamento tenuto dai *competitors* e dal sistema economico tipico del settore.

⁷⁰ ZANGRANDI A., *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche aspetti di gestione, organizzazione e misurazione economiche*, Giuffrè, 1999, pag.18

Secondo punto è l'autonomia economica, intesa come la disposizione di mezzi economici adeguati al perseguimento dei fini istituzionali, che si realizza grazie ai proventi diretti derivanti dall'attività svolta, oppure dall'assegnazione per via amministrativa di finanziamenti. In sintesi, se si considerano in logica più privatistica, i finanziamenti pubblici possono essere assimilati a premi assicurativi pagati dai cittadini.

Un'altra tipologia di autonomia è quella patrimoniale, cioè il possesso delle condizioni e di beni utilizzabili per lo svolgimento operativo dell'attività. Il legislatore, con la riforma, ha assegnato il patrimonio alle aziende sanitarie a cui si aggiungono i capitali donati da alcune fondazioni o associazioni *no profit* per sviluppare ricerca e assistenza su particolari patologie.

Anche l'autonomia organizzativa è detenuta in capo alle singole aziende sanitarie sebbene in parte regolata da disposizioni legislative. L'articolazione dei dipartimenti, dei moduli di attività, sono aspetti che hanno rivestito molta enfasi e motivo di ricerca all'interno delle organizzazioni, considerati quali strumenti adeguati per favorire un'ottimizzazione delle risorse mantenendo l'appropriatezza delle prestazioni. Le singole aziende sanitarie hanno anche riqualificato l'offerta assistenziale, qualora fosse appropriato, spostandola da ricovero ordinario a ricovero *day hospital*, *day surgery* e AMID (Ambulatorio Integrato Diagnostico).

Ultima modalità di espressione dell'autonomia è quella del controllo strategico che, nell'ambito sanitario, risente dei limiti imposti dalle Regioni senza per questo eliminarne completamente la capacità di espressione. Le Regioni, assegnano direttamente alle aziende sanitarie le priorità strategiche, sono, però, priorità estremamente generali, linee guida o di indirizzo che lasciano ampi spazi alla singola strategia aziendale. Solo di

recente in ambiti molto ristretti e particolarmente delicati, alcune Regioni hanno dato indicazioni più puntuali, tendendo ad individuare indicatori di esito o di processo che comprovino la qualità assistenziale, e che tendano a rendere più efficienti le strutture sanitarie vincolate dall'appropriatezza della cura.

In ragione di ciò, le aziende sanitarie sembrano godere di autonomia strategica, per quanto la strategia aziendale è comunque espressione dell'indirizzo politico ed è rispettosa delle decisioni di politica sanitaria adottate nell'ambito della programmazione regionale.

All'interno del controllo strategico sono da ricondurre anche le attività di controllo direzionale e della valutazione della dirigenza che vengono svolte in totale autonomia dall'azienda.

Mentre si avverte maggiormente l'ingerenza del soggetto di indirizzo nella gestione delle risorse (ad esempio le aziende sono sottoposte a vincoli sull'assunzione del personale non sanitario e sanitario).

Si può quindi asserire che le strutture sanitarie sono aziende, perché dotate dei requisiti di aziendalità, compreso quello dell'autonomia, precisando che il concetto di *“autonomia è mutevole nello spazio e nel tempo con riferimento ad elementi strutturali e settoriali”*⁷¹.

⁷¹ ZANGRANDI A., *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, 1999, pag.18

1.5 Struttura SSN

“Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.”⁷²

Con il D. Lgs 502/92, D. Lgs 517/93 e D. Lgs 229/99 si ha un profondo rinnovamento della struttura del sistema sanitario basata su un più alto grado di decentramento dei poteri decisionali e di indirizzo che enfatizzano ancor più la struttura a rete del SSN e la sua peculiare complessità.

Il decentramento risulta più evidente quando si esaminano i compiti assegnati ai singoli attori (Stato, Regione, Azienda) del sistema sanitario che sono nei paragrafi successivi oggetto di trattazione.

1.5.1 SSN a livello nazionale

Lo Stato occupa una posizione di garante dei diritti fondamentali. Come tale, fissa gli obiettivi e le linee generali di indirizzo della politica sanitaria nell'ottica di una redistribuzione equa e solidale delle risorse su tutto il territorio nazionale per permettere una offerta di servizi sanitari con *standard* qualitativi definiti centralmente.

⁷² L.833/78 ART.1 , C. 2

E' compito statale l'identificazione dei livelli essenziali di assistenza⁷³ (LEA), ossia i servizi sanitari erogati pressoché gratuitamente al cittadino, in quanto considerati fondamentali per garantire la tutela della salute dell'intera collettività. I LEA vengono aggiornati, rivisti periodicamente e rappresentano anche i criteri in base ai quali vengono finanziate le Regioni. Gli ambiti di definizione dei LEA sono essenzialmente tre:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che riguarda tutte le attività volte alla prevenzione della collettività e del singolo (es. malattie infettive, sanità veterinaria ecc.);
- assistenza distrettuale che comprende le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio (es. medicina di base, consultori familiari, ecc.);
- assistenza ospedaliera in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day hospital* e in *day surgery*, in regime di ricovero per la lungodegenza e la riabilitazione.

Lo Stato fissa anche gli *standard* qualitativi considerati adeguati e li monitora grazie all'identificazione di criteri e di indicatori che permettono l'analisi dello scostamento tra i livelli di assistenza forniti e quelli previsti.⁷⁴

L'attività di programmazione dell'assistenza sanitaria statale si realizza con la formulazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) che recepisce le proposte delle singole

⁷³ “I livelli essenziali di assistenza rappresentano, ..., una sorta di garanzia che il Ssn, ..., assicura al cittadino sotto forma di servizi e prestazioni sanitarie identificati in termini quantitativi, qualitativi e topologici, nel rispetto del principio della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso di assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità dell'impiego delle risorse” REA M.A., *Il modello aziendale in Sanità*, ARACNE, 2006, pag. 107

⁷⁴ D.Lgs 502/92 ART.1, C.10 modificato da D.LGS 229/99

Regioni. Il PSN è predisposto ogni tre anni e sviluppato partendo dall'identificazione degli obiettivi e del fabbisogno della popolazione a cui si attribuiscono le risorse.

Dal 2001 la Conferenza Stato – Regioni si occupa di promuovere il coordinamento della programmazione regionale - statale negli ambiti di competenza concorrente e, in tale sede, si negozia e si firma il Patto della Salute che recepisce l'intesa tra Stato e Regioni ossia gli accordi finanziari, gli obiettivi e gli impegni a cui tendere nel triennio.

Lo Stato ha anche un ruolo importante nel sovrintendere un corretto impiego dei farmaci e svolge un'attività di farmacovigilanza, che risulterebbe particolarmente onerosa se assegnata alle Regioni e creerebbe non uniformità su tutto il territorio in un tema particolarmente delicato.

1.5.2 SSN a livello regionale

Con la riforma sanitaria si è verificata una regionalizzazione del SSN, ovvero le Regioni sono state investite di molteplici ruoli e funzioni che le ha rese protagoniste. Di pari passo con l'aumento della loro discrezionalità gestionale e normativa si è corrisposta anche una significativa responsabilizzazione⁷⁵ per le scelte politiche adottate.

⁷⁵ *“Il processo di decentramento del SSN e la riaffermazione, anche nel decreto 229/99, della responsabilizzazione delle Regioni nel garantire i livelli di cura essenziali e appropriati e la qualità dei servizi di tutela alla salute, pur nel rispetto dei vincoli di compatibilità della spesa e di economicità della gestione delle aziende pubbliche che erogano i servizi, ha reso il tema del funzionamento interno di queste ultime ancora più centrale ..”* BORGONOV E., Prefazione in BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000, pag. XI

Infatti le Regioni svolgono un ruolo di indirizzo delle politiche sanitarie che si articola nella definizione delle priorità assegnate alle aziende, nella programmazione del fabbisogno di salute, nella redazione del PSR (Piano Sanitario Regionale).⁷⁶

Le Regioni hanno la facoltà di decidere condizioni migliorative dei livelli essenziali di assistenza, assumendosene il maggior carico finanziario derivante, e sono chiamate a coprire eventuali disavanzi delle strutture sanitarie locali con le riserve proprie, esentando lo Stato da qualsiasi ulteriore spesa.⁷⁷

Le Regioni possono anche definire i principi di organizzazione dei servizi e di erogazione delle prestazioni dirette alla tutela della salute, fissando i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse loro assegnate.⁷⁸

Esse svolgono le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera identificando gli orientamenti tecnici di promozione e di supporto, anche in relazione al controllo di gestione ed alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

“Attraverso il decentramento regionale si vuole coinvolgere, nel controllo della spesa e nella gestione del servizio sanitario, un organismo di governo vicino alle esigenze

⁷⁶ D.Lgs 502/92 ART.1, C.13 modificato da D.LGS 229/99 *“Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale..”*

⁷⁷ D.Lgs 502/92 ART.13, C.1 *“Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.”*

⁷⁸ D.Lgs 502/92 ART.2, C.2

e al consenso dei cittadini”⁷⁹ a cui spetta il compito di disciplinare l’articolazione del territorio regionale in Asl e delle Asl in distretti per offrire una copertura differenziata e completa dei servizi sanitari.

Ancor più entrando nel merito della gestione delle singole aziende sanitarie, le Regioni, svolgono un compito decisivo e strategico nominando e revocando il direttore generale e designando i membri del collegio sindacale. Il direttore generale è uomo di fiducia delle Regioni, anello di congiunzione tra la visione strategica regionale e l’attuazione gestionale degli obiettivi in azienda. E’ anche grazie alla presenza e fiducia accordata al direttore generale, che le Regioni hanno compiuto notevoli passi nella comprensione e consapevolezza della difficoltà gestionali e organizzative delle strutture sanitarie. Questo ha permesso di individuare obiettivi più precisi e più adeguati alla natura dell’attività svolta dalle singole aziende.

“Il modello di governo che più si avvicina al rapporto che il legislatore ha voluto instaurare tra Regione e aziende sanitarie, è quello esistente tra una società holding e le diverse società da esse controllate.”⁸⁰ Seguendo questa logica la Regione indica le strategie globali, gli obiettivi generali da perseguire e le macro indicazioni sulla pianificazione e programmazione delle attività, proprio come una capogruppo. E’ sua facoltà optare per una politica di gestione più o meno incisiva sull’organizzazione e sulla gestione delle aziende sanitarie. Attualmente vengono identificati quattro profili di intervento:

⁷⁹ LAZZINI S. in AA. VV., *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli Editore, 2003, pag.228

⁸⁰ DONNA G., NIEDDU S., BIANCO M., *Management sanitario: modelli e strumenti per gli operatori delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 2001, pag.34-35

- profilo di regolazione, simile all'attività svolta dalle *authority*, di sola definizione del contesto istituzionale, lasciando totale libertà di gestione alle aziende sanitarie.
- profilo di controllo, effettuando il controllo sistemico del sistema sanitario e dell'equità alla base del suo funzionamento;
- profilo strategico, individuando le strategie che le aziende dovranno perseguire, usando la leva della pianificazione strategica.
- profilo operativo, identificando gli indirizzi strategici e svolgendo delle indicazioni operative. In genere, tale profilo, limita fortemente la libertà gestionale delle aziende sanitarie.

La maggior parte delle Regioni ha adottato un profilo di controllo strategico, rispettando l'autonomia gestionale aziendale, ma responsabilizzando fortemente i *manager* per i risultati raggiunti.

1.5.3 SSN a livello aziendale

All'interno del SSN le strutture che vi operano, non si distinguono in base al soggetto economico (pubblico o privato), ma in base ai servizi sanitari. Come mostra la tab. 1.1, nel SSN operano aziende che svolgono servizi sanitari differenti, ma complementari per assicurare un *continuum* di assistenza ai cittadini in risposta a condizione di salute e di malattia.

Tra le diverse realtà sanitarie esistono connessioni che determinano e influenzano notevolmente sia la loro organizzazione interna che la loro gestione.

Le connessioni che si instaurano sono di tipo reticolare, permettendo così di creare relazioni non competitive tra aziende che presentano una forte integrazione nella fase di progettazione e sviluppo di un percorso assistenziale.

Tab.1.1: Organizzazioni sanitarie e servizi erogati

Organizzazioni Sanitarie	Servizi erogati
Medici di base, pediatri di libera scelta	assistenza primaria
Laboratori di analisi	servizi diagnostici
ASL	servizi di prevenzione ed educazione alla salute
Ospedali	assistenza per acuti
Ospedali	riabilitazione post acuzie
RSA	assistenza anziani
Hospice	cure palliative per malati terminali
Centri di salute mentale	assistenza ai malati mentali

Fonte: ns elaborazione di Catananti C., Cambieri A., Marchetti M., Berloco F., La definizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero in AA. VV., Management per la nuova sanità, EdiSES, 1997, pag.202

La rete è un sistema di multiple connessioni e strutture in cui operano nodi ad alto livello di autoregolamentazione capaci di cooperare tra loro per realizzare fini comuni o per raggiungere risultati condivisi. Ogni nodo è parte di un sistema e dinamicamente si adatta o, si dovrebbe adattare, ai cambiamenti che coinvolgono altri nodi o l'ambiente circostante⁸¹.

Il sistema reticolare riesce a creare legami formali deboli ed interazioni forti nella prassi, conserva l'autonomia giuridica, ma stabilisce dei condizionamenti gerarchici

⁸¹ "La struttura reticolare consente un'interazione costante con il proprio ambiente e garantisce, di conseguenza, una maggiore capacità di adattamento alle modificazioni ambientali" ANSELMINI L., SAITA M., *La gestione manageriale delle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, 2002, pag. 356

significativi. E' la struttura che permette al meglio di mettere a fattor comune la conoscenza e di generare economia di apprendimento e di esperienza, favorendo il raggiungimento di economie di scala, di differenziazione e di vicinanza dei problemi. L'adozione di una logica di rete favorisce il decentramento responsabilizzando l'organizzazione interna e le strutture al di fuori dell'azienda.

Con una struttura reticolare, il paziente viene collocato al centro del sistema organizzativo attraverso una gestione per processi, garantendo e favorendo una miglior qualità grazie alla collaborazione tra diverse professionalità.

Il SSN è anche caratterizzato dall'essere un sistema complesso in quanto *“non è costituito semplicemente dalla somma dei suoi componenti, ma anche da intricati, alti livelli di interconnessione.”*⁸² La complessità del SSN è determinata da:

- eterogeneità dei sistemi culturali e dei valori che contribuiscono a definire gli obiettivi legittimi dell'organizzazione⁸³;
- complessità del processo di trasformazione dovuta alla varietà degli elementi da analizzare, all'autonomia clinica⁸⁴ e alla pluralità dei centri decisionali, alla difficoltà

⁸² PADRONI G., *Aspetti della complessità e sensibilità postmoderna: peculiarità nell'azienda “minore”* in MAGGI B., *Le sfide organizzative di inizio e fine secolo, tra post fordismo e de regolazione*, EtasKompass, 2000, pag. 9

⁸³ *“Il patrimonio di valori e principi condivisi tra tutti i membri di queste organizzazioni è scarsamente rilevante rispetto a valori e principi condivisi nell'ambito di singole famiglie professionali, come ad esempio quella medica . Questa eterogeneità induce un potenziale di conflittualità difficilmente riscontrabile in altri contesti.”* CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004, pag. 87

⁸⁴ *“L'autonomia clinica comporta un sistema di responsabilizzazione dove a fronte di vincoli rigidi nell'allocazione delle risorse, vengono a crearsi spazi di autonomia notevoli nella modalità di utilizzazione delle risorse.”* CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004, pag. 89

di misurazione dei risultati⁸⁵, alla frammentazione delle competenze⁸⁶, all'intensità delle interdipendenze funzionali.

La riforma sanitaria ha prodotto “... una riscoperta delle conoscenze esistenti all'organizzazione sanitaria e una loro sistematizzazione ..”⁸⁷

Il contesto delle strutture sanitarie è stato reso più dinamico ed attenzione particolare è stata assegnata alla scelta della struttura organizzativa per il perseguimento degli obiettivi specifici delle realtà sanitarie.

I fattori critici di successo attengono alla specializzazione clinica che, al contempo, deve assicurare autonomia e responsabilizzazione dei medici sulle *performance* dei processi di cura, meccanismi di impiego e allocazione delle risorse efficiente ed efficace convergenza delle diverse competenze sanitarie.

Un punto di debolezza della riforma è stato il parziale coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale (corrispondenti nel 2006 a circa un quinto della forza lavoro del SSN pari al 7% del finanziamento sanitario pubblico).

“Le riforme non hanno rivoluzionato la sanità di base”⁸⁸, provocando un rallentamento al processo di aziendalizzazione e creando delle difficoltà organizzative per

⁸⁵ “Gli indicatori di salute, ..., hanno bisogno di lunghi tempi di computazione in quanto legati alla durata e qualità della vita. Il gap temporale non permette di correlare le risorse e i processi assistenziali con i risultati conseguiti.” CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004, pag. 90

⁸⁶ “Dal punto di vista organizzativo, la progressiva specializzazione medica e la conseguente frammentazione dei saperi, genera seri problemi di coordinamento organizzativo, che si riverberano sull'efficienza complessiva del processo assistenziale” CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004, pag. 92

⁸⁷ LEARDINI C., *L'azienda sanitaria nella prospettiva del Knowledge management*, RIREA, 2002, pag. 6

le Asl e gli ospedali, chiamati a sopperire alle carenze di competenza e di efficienza dei medici di cure primarie.

1.5.4 SSN: il fenomeno dell'accreditamento

Un'altra importante novità, inserita dalla riforma sanitaria con un significativo impatto sulla struttura del SSN, è stata l'introduzione dell'accreditamento. Le strutture private dotate di particolari requisiti,⁸⁹ disposti dalle norme di legge, hanno acquisito la facoltà di erogare servizi sanitari ed essere ricomprese nel SSN.

Spetta alle Regioni disciplinare le procedure di accreditamento con le strutture sanitarie e definire gli accordi contrattuali secondo i quali le aziende possono erogare servizi e prestazioni, di cui controllano l'operato e l'esercizio⁹⁰ con azioni di controllo di qualità esterna.

L'accreditamento è stato una delle principali innovazioni della riforma anche perché ha riconosciuto la facoltà di scelta del cittadino nell'avvalersi indistintamente di strutture pubbliche o private⁹¹.

⁸⁸ TEDESCHI P., *L'arte del management nella sanità territoriale: sviluppi in corso scenari futuri* in *Economia e Management*, Vol.6, 2006, pag. 86

⁸⁹ D.LGS 229/99 ART.8 QUARTER

⁹⁰ Ed ancora Marinò, Del Bene e Zuccardi Merli sostengono che il governo del SSR trova il suo fondamento nel *"ruolo regolatore svolto dalle Regioni attraverso l'imposizione di vincoli nei processi di erogazione tesi a limitare la concorrenza tra soggetti accreditati"* MARINÒ L., DEL BENE L., ZUCCARDI MERLI M., *Sistemi e modelli competitivi nel settore sanitario* in ANSELMINI L., SAITA M., *La gestione manageriale e strategica delle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore Editore, 2002, pag. 9

⁹¹ D.Lgs 502/92 ART.8-BIS, aggiunto da D.LGS 229/99 *"I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali."*

Si è realizzata una competizione economica regolata. La presenza di più aziende ha stimolato l'efficienza nella gestione e la qualità della prestazione e, al contempo, l'inserimento in un mercato regolamentato ha impedito il verificarsi di atteggiamenti opportunistici da parte delle aziende sanitarie e il generarsi di effetti dannosi per gli utenti.

Infatti se le aziende sanitarie si trovassero in un mercato di libera concorrenza, sarebbero incentivate alla massimizzazione dei profitti. Potrebbero quindi preferire la cura dei casi meno impegnativi, con minori probabilità di complicanze perché più convenienti. La regolamentazione del mercato serve a tutelare i pazienti.

Pur con l'introduzione dell'accreditamento, l'offerta dei servizi sanitari è prevalentemente pubblica. Un'indagine condotta nel 2009 dall'Age.Na.S ha mostrato un'elevata differenziazione nell'attuazione del percorso di accreditamento delle strutture private. In media le organizzazioni definitivamente accreditate rappresentano il 39,1% del totale, quelle provvisoriamente accreditate il 37,6%.

1.6 ASL: funzioni e articolazione organizzativa

E' con la riforma D. Lgs 502 /92, D. Lgs 517/93 e D.Lgs 229/99 che si configura un modello completamente nuovo di struttura territoriale sanitaria e di assistenza ospedaliera.

Le USL (Unità Sanitarie Locali) erano strutture operative del Comune e delle Comunità Montane (art. 15 L. 833) prive di personalità giuridica, aventi limitata autonomia di natura contrattuale per porre in essere negozi giuridici destinati all'acquisto o alla vendita di beni.

La riforma ha il grande merito di “aziendalizzare” le ASL (Aziende Sanitaria Locale), dotandole di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile⁹².

E’ “con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto di principi e criteri previsti da disposizioni regionali”⁹³ che le ASL individuano la loro *mission* e *vision*, disciplinano la loro organizzazione interna e il ruolo svolto dagli organi aziendali, individuando anche le funzioni e le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica.⁹⁴

Le ASL sono il braccio operativo delle Regioni e pertanto preposte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza; “acquistano la natura di enti strumentali alle regioni”⁹⁵ e svolgono un importante ruolo di pianificazione e programmazione dell’assistenza sanitaria territoriale, coordinando i servizi sanitari del proprio territorio di riferimento.

L’attività assegnata alle ASL è molto complessa, anche perché, hanno il duplice compito di soggetto erogatore di servizi, per le prestazioni sanitarie fornite direttamente, e di acquirente o pagatore per i servizi resi dalle aziende ospedaliere.

L’equilibrio tra questi due ruoli è condizionato dalla modalità di erogazione e del finanziamento del servizio sanitario previsto dalla Regione di competenza, che ha prodotto il configurarsi di almeno tre modelli distinti di ASL.

⁹² D.Lgs 502/92 ART.3, C.1-BIS modificato da D.Lgs 168/00

⁹³ D.Lgs 502/92 modificato da D. Lgs 168/00 ART.3, C.1BIS

⁹⁴ D.Lgs 502/92 modificato da D.Lgs 229/99 ART.3, C.1BIS

⁹⁵ FORTUNATO M., *Nuovi orizzonti per la sanità italiana*, in AA. Vv., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.14

Il primo modello *ASL – terzo pagatore* riduce sensibilmente il ruolo di erogatore del servizio delle ASL e ne enfatizza la funzione di gestore del mercato acquistando servizi sanitari dalle aziende ospedaliere o dalle strutture accreditate.

Il secondo modello *ASL – sponsor* prevede un ruolo più attivo nella programmazione e nel controllo della spesa. L'ASL valuta e seleziona, tra le strutture accreditate, quelle che forniscono il miglior rapporto tra qualità e prezzo e stipula appositi contratti di fornitura con quest'ultime.

Infine il terzo modello *ASL – programmatore* sottolinea il ruolo di regolatore della concorrenza attribuito alle Regioni. L'ASL assolve alla funzione di erogazione per i servizi di primo livello e opera da finanziatrice, negoziando i programmi di attività con i propri presidi, con le aziende ospedaliere e con le strutture accreditate.

A seguito della riforma, molte Regioni hanno ridotto le strutture sanitarie presenti sul territorio per ottimizzare le risorse. A livello nazionale le ASL sono state diminuite numericamente da 662 a 146 con un ambito di riferimento spesso provinciale se non regionale, le cui dimensioni risultano estremamente differenziate da Regione a Regione.⁹⁶

Le ASL sono articolate in: distretti e presidi ospedalieri.

Nei distretti si erogano prestazioni di primo livello, quali l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza sanitaria residenziale e di pronto intervento. Il distretto ha un ruolo di contatto con il cittadino che permette ai professionisti di individuare i bisogni assistenziali e di prevenzione della domanda e quindi di formulare una riorganizzazione e uno sviluppo dei servizi territoriali.

⁹⁶ ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., CARBONE C., FERRÈ F., *Executive Summary*, in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 4

*“Il distretto si configura come struttura operativa, ..., dove la domanda di salute viene filtrata e soddisfatta in modo unitario e globale,..., assicurando la continuità assistenziale,, e svolgendo , .., la funzione di osservatorio epidemiologico per la valutazione dei bisogni sanitari.”*⁹⁷ E' disposto con atto aziendale e gli si affidano risorse in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. *“Nell’ambito delle risorse assegnate il distretto è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria con contabilità separata all’interno del bilancio dell’unità sanitaria locale”,*⁹⁸ si può considerare come un centro di responsabilità facente capo alla ASL avente una serie di centri di costo ad esso attribuiti.

Il distretto è anche l’interfaccia organizzativa tra i dipartimenti delle ASL e il territorio e tra il territorio e l’assistenza specialistica di secondo livello. *“L’organizzazione distrettuale inizia dove termina la funzione ospedaliera di ricovero e la struttura ospedaliera costituisce risorsa da impiegare nell’organizzazione ambulatoriale gestita dal territorio”.*⁹⁹

La sua organizzazione è pertanto estremamente complessa con grandi capacità innovative, esprimibili nella fase del progetto assistenziale, dove ai responsabili di strutture si affiancano i responsabili di progetto. Questi ultimi inquadrano le risorse allocate nei diversi servizi verso obiettivi di carattere orizzontale più o meno permanenti definiti in sede di progettazione.¹⁰⁰

⁹⁷ ACHARD P., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, 1999, pag. 246

⁹⁸ D.Lgs 502/92 ART.3, C.3

⁹⁹ MONTESANTI F., *L’organizzazione del lavoro*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.230

¹⁰⁰ MONTESANTI F., *L’organizzazione del lavoro*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag. 229

Per la complessità a cui è chiamato a rispondere, il distretto è l'elemento più debole e fragile del SSR. Svolge il compito di anello di congiunzione con il territorio e le altre organizzazioni sanitarie, offre una molteplicità di attività e prestazioni, soffre di una grande carenza di risorse destinate e soprattutto è privo di modelli e di modalità organizzative definiti *ad hoc* che ne favoriscano l'efficace ed efficiente attuazione delle sue funzioni.

1.7 AO: funzioni e articolazione organizzativa

Ulteriore passaggio cruciale della riforma sanitaria è rappresentato dalla riqualificazione della rete ospedaliera, che ha separato dalle USL gli ospedali di grandi dimensioni.

Le nuove realtà all'interno di questo raggruppamento sono: i policlinici universitari, inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al Dpr 27 marzo 1992, i presidi ospedalieri, con la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università e gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza.

Tali organizzazioni diventano entità distinte dalle ASL, dotate di personalità giuridica e aventi una forte autonomia gestionale e organizzativa resa più marcata anche dalla forma di pagamento per prestazione erogata (DRG).

Tra i requisiti legislativi richiesti per essere definite AO (Aziende Ospedaliere), compare l'adozione di una contabilità economico patrimoniale e di una contabilità analitica, strumenti gestionali valutati necessari per gestire la complessità della nuova tipologia di

finanziamento e soprattutto per raggiungere gli obiettivi di efficienza e ottimizzazione delle risorse alla base della riforma.

L'azienda ospedaliera è *“un'azienda di produzione di servizi complessi, dovuta alla confluenza di produzioni tra loro complementari, ciascuna delle quali al suo interno dà origine a una serie di prodotti ottenuti congiuntamente e contemporaneamente ad altri con l'utilizzazione degli stessi fattori produttivi.”*¹⁰¹

Nelle AO l'attività è svolta utilizzando alte tecnologie integrate per la cura di patologie particolarmente delicate o per rispondere a emergenze che richiedono mezzi costosi e disponibili nell'arco delle 24 ore.

Si distinguono le AO (aziende ospedaliere) dalle AOUI (Aziende Ospedaliere Universitarie Integrate). La missione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata si amplia rispetto alle aziende ospedaliere perché prevede un contributo alla didattica, alla formazione, allo sviluppo alla ricerca scientifica clinica di base. L'attività mista, universitaria e assistenziale, è disciplinata da atto d'intesa che le singole università siglano con le Regioni.

Le altre strutture ospedaliere, che non godono dei requisiti previsti dalla legge per essere aziende ospedaliere, vengono mantenute all'interno delle ASL come presidi ospedalieri e coordinate dalle stesse.

Il legislatore nel tentativo di razionalizzare le risorse, ha concesso la facoltà alle ASL con più presidi ospedalieri di accorparli per fini funzionali.¹⁰²

¹⁰¹ RUGGERI A., *L'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.21

¹⁰² D.Lgs 502/92 ART.4, C.9

I presidi ospedalieri offrono tipologia di servizi di assistenza sanitaria di primo o secondo livello o anche di terzo livello (gli ospedali di terzo livello hanno due tra le alte specialità individuate dal D. Lgs. 502/92 art. 4 c.1bis).

Nei presidi la responsabilità delle funzioni igienico sanitarie è affidata ad un dirigente medico e quelle gestionali e di coordinamento amministrativo ad un dirigente amministrativo su delega del direttore generale e direttore amministrativo dell'ASL.

I presidi non godono di personalità giuridica, ma hanno autonomia economica finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL. Come per i distretti anche ai presidi si attribuisce un centro di responsabilità articolato in sotto centri di costo.

Le ASL e le aziende ospedaliere, per disposizione art. 17 bis D. lgs 502/92, sono organizzati in dipartimenti. *“Il dipartimento è un’aggregazione di unità organizzative interrelate, aventi una loro autonomia funzionale, finalizzata a sfruttare le potenziali sinergie derivante dal governo delle interdipendenze tra le relative attività.”*¹⁰³ E' una modalità di organizzazione che tende a riunire la gestione di unità elementari frammentate dalla crescita dimensionale e dalla elevata specializzazione.

I dipartimenti sono suddivisi in aree funzionali omogenee, che offrono a specialisti di discipline diverse, ma con esigenze assistenziali tra loro assimilabili, la possibilità di essere funzionalmente integrate. Tale organizzazione permette di mettere in comune le risorse umane e strumentali per ottimizzarne la gestione favorendo una maggior economicità.

Si supera il concetto di “proprietà privata” di letti, di apparecchiature di personale assegnato e si richiede alle organizzazioni, ma soprattutto ai professionisti medici di

¹⁰³ ACHARD P., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, 1999, pag 235

favorire il “*cooperativismo ad alto significato assistenziale*”¹⁰⁴ per perseguire l’ottimizzazione di risorse rese sempre più scarse.

A loro volta, per disposizione legislativa regionale, i dipartimenti sono articolati generalmente in unità operative. Sono dotati di autonomia funzionale ed organizzativa in ordine alle proprie attribuzioni (es degenza, ambulatorio), in moduli organizzativi, quando si distingue un settore dell’unità operativa con caratteristiche funzionali ben definite e con una propria autonomia in ordine ai compiti assistenziali assegnati, (es. modulo di cardiologia) e in moduli funzionali, che rappresenta un’articolazione strutturale derivante dall’introduzione di modelli organizzativi specifici (es. *day hospital*).

La struttura dipartimentale non si è sempre dimostrata la ottimale soprattutto nei presidi ospedalieri di minori dimensioni (dall’ospedale intermedio) perché ha ingessato l’organizzazione¹⁰⁵.

Anche le realtà di maggiori dimensioni incontrano molteplici difficoltà nella realizzazione del dipartimento dovute ai rapporti interni tra le unità organizzative, alla carenza di una cultura di integrazione e alla mancanza di una prospettiva sistemica.

“L’implementazione dei dipartimenti presuppone la formulazione di un progetto coerente, argomentato nei criteri di aggregazione delle unità organizzative, negli obiettivi e nelle funzioni dei relativi organi, con uno sforzo di mediazione per realizzare la necessaria

¹⁰⁴ CATANANTI C., CAMBIERI A., MARCHETTI M., BERLOCO F., *La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero* in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag.203

¹⁰⁵ CATANANTI C., CAMBIERI A., MARCHETTI M., BERLOCO F., *La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997, pag. 206-214

condivisione del progetto tra gli attori che dovranno riallacciare i legami organizzativi, lasciando spazio alle esigenze specifiche delle unità operative del dipartimento.”¹⁰⁶

Per rendere la scelta dipartimentale non un mero adempimento normativo, occorre valutare in ottica *contingency* (contestualizzata) la correttezza di un dato assetto dipartimentale rispetto alla specifica realtà sanitaria. Ossia significa comprendere la non neutralità dello schema organizzativo rispetto ai risultati che produce e l'importanza di considerare tutte le variabili organizzative interne (cultura organizzativa professionale dominante, ecc.) ed esterne (pressioni istituzionali e sociali).¹⁰⁷

1.8 ASL e AO: organi aziendali

“Le persone rappresentano la risorsa chiave di ogni azienda: esse, con le loro competenze e capacità, determinano il successo o l'insuccesso delle aziende.”¹⁰⁸

Anche il legislatore pare consapevole che il processo di aziendalizzazione può avvenire solo con un cambiamento nella modalità di operare e di agire dei *manager* sanitari e dell'intero personale¹⁰⁹. La riforma della sanità introduce una forte rottura con il

¹⁰⁶ ACHARD P., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, 1999, pag. 243

¹⁰⁷ BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000, pag. 201

¹⁰⁸ DONNA G., NIEDDU S., BIANCO M., *Management sanitario: modelli e strumenti per gli operatori delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 2001, pag.26. A tal proposito Borgonovi scrive vi è “più ampio riconoscimento del fatto che sono le persone “a fare la differenza” nelle organizzazioni” BORGONOV E., Prefazione in BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000, pag. XII

¹⁰⁹ “Così, il carattere personale del lavoro umano condiziona lo svolgimento della gestione sia sotto il profilo strettamente economico aziendale sia sotto quello, più ampio, dell'etica aziendale” ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.269 e ancora Zappa sosteneva che “Lo stato di subordinazione del lavoro nell'impresa è ampiamente ricongiunto oltre che a fattori economici a elementi sociali e morali concernenti la stessa esistenza del lavoratore come uomo e come cittadino.” ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo II*, Giuffrè, 1957, pag.7

passato: l'area di competenza e responsabilità politica (funzione di indirizzo, programmazione e controllo) deve essere separata e distinta da quella di competenza e responsabilità tecnica (gestione professionale dei servizi).

L'azienda sanitaria è stata concepita “*come una struttura esclusivamente tecnocratica*”¹¹⁰ dove i tre principali organi apicali (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) sono *manager* assunti a tempo determinato rinnovabile con contratto di natura privata. Ciò ha portato a scegliere gli organi sanitari con un'attenzione differente, seguendo logiche meritocratiche e identificando competenze nella gestione¹¹¹ per favorire il raggiungimento degli obiettivi.

La nomina e revoca del direttore generale delle ASL e delle AO è assegnata alle Regioni che definiscono i principi generali e gli obiettivi a cui devono attenersi le organizzazioni sanitarie. Le Regioni valutano l'operato del direttore generale, rappresentante legale dell'azienda sanitaria, che gode di ampi spazi di autonomia nella formulazione della strategia, nell'attuazione della programmazione locale e nell'organizzazione e gestione della disponibilità delle risorse umane e materiali proprie delle strutture sanitarie.

Il legislatore prevede anche un controllo esterno dell'attività aziendale ad opera del collegio sindacale, che vigila sull'osservanza della legge, la regolare tenuta della contabilità e l'amministrazione sotto il profilo economico e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

¹¹⁰ MAGGI D., *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, 2003, pag.21

¹¹¹ A tal riferimento il D.LGS 502/92 ART.3-BIS, CC.3 – 4 – 5 - 6 definisce i requisiti necessari per poter ottenere l'incarico di direttore e identifica momenti di formazione e di valutazione dell'operato basato sui risultati ottenuti rispetto agli obiettivi fissati alla nomina.

A seguito della riforma il ruolo tradizionale del direttore generale (DG), precedentemente concentrato sulla gestione interna dell'azienda, “*ha assunto sempre più la funzione di gestore di reti di relazioni con i vari soggetti del mondo sanitario e sociosanitario al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione*”.¹¹² Svolge un ruolo di collegamento e relazione tra le priorità assegnate dalla Regione e l'adozione della strategia aziendale e il suo sviluppo nell'articolazione territoriale.

L'applicazione di un contratto a tempo determinato delle figura apicali doveva facilitare la mobilità dei DG favorendo l'avvicendamento dei direttori più capaci nelle regioni in difficoltà economico finanziaria. L'obiettivo era generare managerialità nelle aziende sanitarie più ingessate grazie all'inserimento di soggetti carismatici e competenti in grado di creare un *modus operandi* manageriale.

Una ricerca¹¹³ ha messo in luce che solo parzialmente l'intento è stato raggiunto. Infatti il *turnover* dei DG avviene solitamente tra le regioni limitrofe e il periodo in carica nella media nazionale è minore (3 anni e 9 mesi) della durata del contratto stipulato (in genere 5 anni) a dimostrazione che spesso fattori di turbolenza politica, più che valutazioni sull'operato dei direttori, incidono pesantemente sull'avvicendamento della posizione.

In ambito di direzione aziendale, l'attività del DG è coadiuvata dal direttore sanitario e amministrativo, direttamente da lui nominati. La riforma sanitaria stabilisce un governo di direzione aziendale a tre soggetti in cui il direttore sanitario e amministrativo svolgono un

¹¹² RICCI A., FERRÈ F., *La Struttura del SSN* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 39

¹¹³ RICCI A., FERRÈ F., *La Struttura del SSN* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 41

ruolo decisivo nel concorrere alle decisioni direzionali e condividono la responsabilità gestionale con il DG nelle funzioni attribuite alle loro competenze.

Il direttore sanitario organizza i servizi sanitari, il suo compito è particolarmente delicato per la gestione tecnica dell'attività sanitaria, il coordinamento clinico e per l'organizzazione della tecnostruttura.

Il direttore amministrativo, rispetto al direttore sanitario, ha livelli di autonomia, delle articolazione che è chiamato a dirigere, più contenuti.¹¹⁴

Il DG è tenuto a motivare eventuali provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, amministrativo e dal collegio dei sanitari¹¹⁵. E' un importante momento di condivisione delle decisioni e di democrazia della gestione a garanzia della tutela della salute dei cittadini.

Nella riforma della sanità ha particolare importanza il Consiglio dei Sanitari, organismo elettivo, composto anche da componenti non mediche e che formula al DG pareri obbligatori per le attività tecnico sanitarie in materia di investimenti, di assistenza sanitaria e di organizzazione. E' un'apertura gestionale importante che facilita la partecipazione del personale alle scelte aziendali e, al contempo, sensibilizza il vertice aziendale alle problematiche operative.

La riforma sanitaria, nell'articolazione degli organi aziendali, ha anche riconosciuto che l'organizzazione delle strutture sanitarie ha specificità e complessità di servizio tali da

¹¹⁴ CICHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 206

¹¹⁵ D.Lgs 229/99 ART.3, C.6

richiedere una partecipazione più stretta e sinergica tra tutti gli operatori (medici e sanitari).

Il servizio sanitario è strettamente connesso con l'esito della cura e l'assistenza erogata ed è un servizio da contestualizzare con le situazioni complessive di salute del paziente. Pur con una corretta diagnosi, una cura può risultare appropriata e ottimale per un paziente, mentre può presentare lacune per un altro. Quindi il servizio non è facilmente standardizzabile (sebbene esistano dei protocolli di cura), non è correttamente misurabile in sé stesso (*output* – cioè attività erogata), ma è preferibile misurarne gli effetti sul paziente (*outcome*) e non permette di esprimere una valutazione *in toto* oggettiva sulla qualità offerta, in quanto anch'essa dipende dalle condizioni complessive in cui versa il paziente.

Tutto ciò produce come effetto, che una organizzazione attenta al paziente, ha come punto di partenza un forte coinvolgimento e responsabilizzazione del medico curante. E' l'unico, con l'esperienza, la continua ricerca e competenza professionale, in grado di cogliere le differenze minime tra i diversi pazienti determinanti per la scelta della cura appropriata.

Il DG, ruolo politico e manageriale, deve mediare rispetto alle funzioni e attività dei professionisti medici, garantendone discrezionalità e autonomia all'interno degli obiettivi istituzionali.

Ai direttori di dipartimento, nominati dal DG, è assegnata la responsabilità professionale in materia clinico organizzativa e gestionale per consentire una corretta e razionale programmazione e gestione del dipartimento. Il direttore di dipartimento ha il compito della formulazione annuale del programma delle attività dipartimentali e delle

risorse necessarie al loro espletamento ed è grazie al lavoro sinergico tra direttore di dipartimento e direttore generale, da una parte, e direttore di dipartimento e personale ad esso preposto, dall'altra, che si responsabilizza l'intera organizzazione sulle prestazioni erogate e sui costi affrontati.

E' un ruolo estremamente carismatico e decisivo per l'intera organizzazione per le professionalità richieste, per le capacità negoziali e gestionali, e per l'abilità di coinvolgere e persuadere i propri collaboratori. Il direttore di dipartimento è affiancato dal comitato di dipartimento, così come previsto da art. 17 bis D. Lgs 229, le cui funzioni e attribuzioni sono definite dalle singole regioni.

Spesso le AOU adottano oltre al comitato di dipartimento anche l'assemblea di dipartimento; quest'ultima, non richiesta da norme di legge, permette una rappresentanza più ampia da parte dei clinici nelle decisioni fondamentali del dipartimento. E' una soluzione idonea *“a dare voce alle problematiche di ogni docente clinico che può così rappresentare problematiche relative alle singole sub specializzazioni difficilmente rappresentabili da altri colleghi.”*¹¹⁶

Altro organismo collegiale molto importante è il Collegio di Direzione, di cui si avvale il DG per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di Direzione, la cui composizione e attività è disciplinata dalla Regione, è costituito dai direttori, sanitario, amministrativo, di distretto, di dipartimento e di presidio in risposta all'estrema articolazione e complessità dei servizi sanitari a livello territoriale.

¹¹⁶ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 234

Non solo gli organi collegiali, sopra individuati, facilitano il collegamento e l'interazione tra soggetti con competenze differenti, ma l'attività di integrazione è svolta anche dalle unità di *staff* direzionali e dalle funzioni tecno strutturali. Entrambe stanno assumendo una rilevanza maggiore nell'ambito delle organizzazioni sanitarie per la presenza di molteplici fenomeni:

- aumento dei livelli di differenziazione ambientale e dei *task* da presidiare per lo svolgimento di un corretto supporto ai processi di assistenza;
- necessità di possedere competenze sempre più specialistiche in ambito aziendale per poter operare con strumenti economici, quali la programmazione e la pianificazione, la valutazione dei risultati e i costi *standard* ed effettivi per prestazioni;
- aumento della pressione alla innovazione organizzativa.

La complessità delle attività tecno strutturali è cresciuta. *“Il modello che emerge è quello di una funzione di corporate particolarmente complessa nell'ambito di una direzione strategica”*.¹¹⁷

Molte funzioni tradizionalmente assegnate o alla direzione sanitaria o a quella amministrativa, proprio per rispondere a questa maggiore complessità, si trovano ad essere condivise tra le due direzioni.

Tutti questi fattori di complessità, di differenziazione, di specializzazione clinica, di regolazione esterna all'azienda concorrono a favorire l'adozione di una progettazione organizzativa volta verso una “logica mediata”.

¹¹⁷ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004, pag. 208

Essa attiene ad una razionalità di tipo organizzativo in cui l'organizzazione è intesa come un sistema multiscopo dove attori sia interni che esterni contribuiscono a delineare i processi e i corsi d'azione.

La logica mediata si basa sull'assunzione della non perfetta plasticità dell'organizzazione dovuta alla regolamentazione del sistema in cui opera l'azienda. Ciò riduce i margini di manovra del *management*, che, pur mantenendo un ruolo di stimolo all'innovazione e di razionale gestione, si trova ad essere fortemente influenzato dalle norme e a dover mediare la sua autonomia gestionale con l'ampia discrezionalità che contraddistingue i comportamenti clinici. Al *management* è assegnato un ruolo di primo attore, attento ai vincoli legislativi e di indirizzo politico, e di positivo intermediario nei confronti dei professionisti interni, talvolta riducendo le sue opzioni di scelte manageriali e organizzative.

1.9 La burocrazia professionale

Limitare l'analisi delle strutture sanitarie alla dimensione della struttura organizzativa sarebbe, in ottica aziendalista, poco efficace e non permetterebbe di apprezzare le altre dimensioni, che, pur non oggetto di previsioni legislative, incidono fortemente sulla vita delle aziende sanitarie.

*“La distribuzione del potere e il sistema dei rapporti di potere nell'ambito di una organizzazione hanno un'influenza decisiva sulle possibilità e sui modi di adattamento di ciascuno dei suoi membri e sull'efficacia dell'organizzazione nel suo complesso.”*¹¹⁸

¹¹⁸ CROIZIER M., *Il fenomeno burocratico*, ETAS, 2000, pag.164

Il potere organizzativo è un'altra dimensione fondante dell'organizzazione e strettamente connessa con l'adozione della struttura.¹¹⁹ Attiene ai rapporti e alle relazioni instaurate fra i diversi organi della struttura aziendale, concerne il modo in cui viene esercitato il coordinamento e la gestione e quindi dipende dallo stile di direzione, ma anche dall'atteggiamento che l'organo subordinato assume in presenza di una richiesta presentata dal superiore. Le differenti modalità di espressione del potere organizzativo all'interno delle aziende dà origine ai modelli organizzativi.

Le organizzazioni sanitarie adottano, come modello organizzativo, la burocrazia professionale, caratterizzata dall'essere una tipologia di organizzazione democratica, che attribuisce direttamente potere ai suoi membri, e consente loro un'ampia autonomia, liberandoli anche dalla necessità di coordinarsi con i colleghi.

Esaminando la burocrazia professionale secondo l'impostazione di Mintzberg¹²⁰, si individuano cinque elementi: il nucleo operativo, il vertice, la linea intermedia, lo staff, la tecnostruttura.

Il nucleo operativo è alla base, vi si trovano gli operatori, coloro che erogano i servizi sanitari, i dipendenti medici e infermieri. Sono specialisti adeguatamente formati e indottrinati, che hanno ampi spazi di discrezionalità e controllo sul loro operato.

Sono l'unica interfaccia con i pazienti e dal loro comportamento e dalla loro professionalità dipende gran parte del giudizio sulla struttura. Il loro operato si articola in

¹¹⁹ *“..Se struttura organizzative e meccanismi operativi rappresentano le variabili hard, il sistema delle competenze e degli stili di leadership, dei valori e della cultura organizzativa (compresi nel potere organizzativo) rappresentano gli elementi soft e pongono al centro dell'attenzione le persone.* BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000, pag. 3

¹²⁰ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985

due fasi: diagnosi del paziente, che implica riconoscimento di una particolare situazione, ed esecuzione di un programma di cura.

I professionisti operano secondo *standard* di natura professionale che identificano come deve essere eseguito un determinato servizio di assistenza, i cosiddetti protocolli di cura. Questi *standard* esterni all'azienda derivano da prassi mediche, studi universitari e sono espressione della competenza professionale del singolo professionista e dell'intero dipartimento. Non è sempre facile comprendere, nel caso specifico, se il singolo professionista abbia adoperato la dovuta diligenza nel suo agire e se le sue competenze siano tali da aver garantito al paziente la cura più appropriata.

La necessaria discrezionalità è bilanciata dalla competenza e dal "senso etico" che dovrebbe garantire un comportamento professionale e, laddove vi siano limiti conoscitivi, l'adozione di un atteggiamento prudente e umile, tale da favorire che la cura sia affidata al professionista più specializzato nel campo.

Invece non sempre ciò accade e quindi esistono situazioni in cui *"la discrezionalità permette ad alcuni professionisti di ignorare non solo i bisogni dei clienti, ma anche quelli dell'azienda."*¹²¹

Il giudizio sull'operato di un medico può essere formulato solo da un altro medico e, la complessità della casistica delle complicanze e delle condizioni generali del paziente, possono essere tali da non rendere oggettiva la valutazione.

Quindi solo situazioni realmente gravi possono portare alla censura di un medico da parte delle associazioni professionali. I professionisti incompetenti o poco coscienti sono un fattore particolarmente critico nelle organizzazioni sanitarie, dove non esistono

¹²¹ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.318

regole generali e dove non è sempre possibile misurare l'*output* o la relazione causa effetto tra una prestazione e un danno.

La discrezionalità del professionista rende estremamente snello il rapporto tra medico e azienda sanitaria ossia “...i professionisti non si considerano generalmente membri di un gruppo.”¹²²

Secondo Mintzberg alcuni professionisti scelgono di operare all'interno di una azienda sanitaria per trarne dei benefici personali e professionali, ma non avvertono un vero senso di appartenenza.¹²³

Nelle organizzazioni sanitarie i medici possono condividere risorse, (es. macchinari, spazi) estremamente costose che da liberi professionisti non potrebbero permettersi. La vicinanza con altri professionisti ne consente un apprendimento reciproco e un aggiornamento continuo. Gli stessi pazienti che si rivolgono alla struttura aziendale presentano, essendo numerosi, casistiche diverse di patologie e la stessa azienda sanitaria offre al professionista una vetrina per farsi conoscere all'esterno favorendo anche la sua attività professionale svolta fuori dall'azienda.

La linea intermedia è la zona tra il nucleo operativo e il vertice ed è composta sempre da professionisti che svolgono attività di coordinamento di parte della struttura, come il responsabile di dipartimento. Sono soggetti a cui si richiede competenza professionale e capacità manageriale, che viene loro riconosciuta quando danno prova di competenza tecnica adeguata. La linea intermedia più che svolgere un ruolo di

¹²² MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.318

¹²³ A tal proposito Mintzberg scrive che i professionisti sono un “insieme di individui che si riuniscono per utilizzare risorse e servizi e che per tutti gli altri aspetti desiderano poter lavorare da soli” MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.315

supervisione diretta dell'attività, è focalizzata sul coordinamento, *“il professionista manager può non essere in grado di controllare direttamente i professionisti, ma svolge un insieme di ruoli che gli conferiscono un considerevole potere indiretto”*¹²⁴.

Se insorge un conflitto all'interno del dipartimento, il direttore di dipartimento deve promuovere incontri e negoziare soluzioni a vantaggio dei pazienti. Non può avvalersi di una prerogativa gerarchica per prendere delle decisioni; nel contesto sanitario, le scelte sono condivise.

Il vertice aziendale è l'organo preposto alla realizzazione della *“mission”* aziendale, è composto dal direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo. Il solo, ad avere competenze professionali sanitarie e manageriali, è il direttore sanitario.

Il direttore sanitario ha le competenze per individuare i punti di forza e di debolezza dell'azienda e per traghettare l'intera azienda, grazie alla necessaria condivisione e persuasione con i direttori di dipartimento, verso gli obiettivi prestabiliti.

Ha un ruolo negoziale di indubbia importanza sia all'interno che all'esterno dell'azienda e il suo *“successo”*, riconosciuto all'esterno della struttura, combinato con la competenza professionale, gli garantiscono maggior consenso anche all'interno della struttura.

*“Il professionista viene a dipendere dal manager efficiente”*¹²⁵ a cui è riconosciuto potere solo finché *“persegue e difende gli interessi dei professionisti in modo efficace.”*¹²⁶

¹²⁴ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.304

¹²⁵ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.305

¹²⁶ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.306

La tecnostruttura è costituita da analisti, spesso sono affiancati da medici o sanitari, che offrono modalità operative e organizzative *standard* per particolari servizi erogati. Nella burocrazia professionale è poco sviluppata.

Lo *staff* di supporto offre servizi specializzati di supporto all'attività *core* dell'azienda (es. cucina, pulizia, farmacia, ecc.). Per le aziende sanitarie rappresentano quasi delle divisioni all'interno dell'entità aziendale, dove si configura un modello di burocrazia meccanica, mancando gli aspetti che giustificano la discrezionalità e l'autonomia di chi vi opera.¹²⁷

Un aspetto tipico della burocrazia professionale è l'essere caratterizzata da una forte stabilità e rigidità, che non le permette di *“correggersi in funzione dei suoi errori”*¹²⁸.

La rigidità con cui sono definiti i compiti, i rapporti fra i compiti e la rete di rapporti umani necessaria al loro svolgimento separano e rendono difficile le comunicazioni tra i gruppi professionali e tra i gruppi e l'ambiente esterno. Tale aspetto di asimmetria informativa viene sfruttata dagli individui e dai gruppi per migliorare la loro posizione nella lotta del potere all'interno della struttura e per perseguire i loro scopi e mantenere autonomia.

Si è anche potuto notare che le organizzazioni sanitarie tendono a resistere ad ogni cambiamento; il mutamento è avvertito con particolare sofferenza da tutti i partecipanti ed avviene gradualmente attraverso il lento processo di cambiamento dei professionisti stessi, sono loro stessi che modificano la loro azienda.

¹²⁷ La burocrazia meccanica ha compiti operativi molto specializzati e di routine, una proliferazione di regole, norme e comunicazione formalizzata, altamente gerarchizzata ed è focalizzata sul controllo.

¹²⁸ CROIZIER M., *Il fenomeno burocratico*, ETAS, 2000, pag. 209

Il cambiamento trova una resistenza anche psicologica; è, infatti, tipico di ogni categoria professionale adottare il “pensiero convergente” ovvero un approccio mentale che tende ad affrontare le situazioni specifiche in termini di concetti generali.

Ogni problema nuovo è costretto nelle classificazioni o categorie vecchie, facilitando la ricerca del miglioramento attraverso la vecchia metodologia e non tramite il suo superamento con una innovazione; *“...di conseguenza il cambiamento si verifica lentamente e con difficoltà, dopo molti intrighi politici e manovre accorte da parte di professionisti imprenditori e dei manager imprenditori”*¹²⁹ e laddove trova una forte opposizione dal parte dei professionisti *“.. la società può soltanto fare appello al senso di responsabilità dei professionisti verso il servizio pubblico ed esercitare pressioni sulle associazioni professionali piuttosto che sulle burocrazie professionali.”*¹³⁰

¹²⁹ In ambito aziendale, la dimensione organizzativa si articola nella struttura, nel potere organizzativo e nei meccanismi operativi. Gli altri due aspetti sono stati oggetto di esame nei paragrafi precedenti, in questo si completa la presentazione dell'organizzazione sanitaria affrontando il tema dei meccanismi operativi, in quanto, come Bergamaschi sostiene *“le variabili organizzative sono strettamente correlate”* BERGAMASCHI M., *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000, pag.6 aggiungendo a tal proposito come sia necessario un continuo processo di mutuo aggiustamento tra le variabili organizzative al fine di garantire un equilibrio complessivo in principal modo nei processi di innovazione organizzativa. Inoltre evidenzia che la mancata congruenza e coerenza internatra le tre variabili comporta la presenza di disfunzioni organizzative e favorisce il proliferare di situazioni confuse BERGAMASCHI M., *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000, pag.6-7

¹³⁰ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.320

1.10 I meccanismi operativi

I meccanismi operativi¹³¹ sono dati dagli stimoli e dagli incentivi messi in atto per incrementare l'efficacia e l'efficienza dell'esercizio organizzativo, inteso come le attività organizzative poste in essere dagli organi dell'impresa per perseguire gli obiettivi organizzativi. Sono molteplici e vengono scelti in base alle seguenti variabili: la natura dell'interdipendenza¹³² (generica, specifica o sequenziale), il livello di differenziazione tra le attività divise tra i diversi attori, il grado di certezza – incertezza nella realizzazione delle diverse attività, l'osservabilità dei comportamenti dei singoli attori.

In ambito sanitario si possono evidenziare due modelli di coordinamento: quello dell'agenzia e quello del gruppo.

Il modello di agenzia¹³³ è il modello più efficace ed efficiente quando è presente un alto livello di discrezionalità da parte dell'agente. L'agenzia (struttura sanitaria) non è in grado *in toto* di valutare il comportamento dell'agente (medico) che è da essa stessa delegato ad operare nell'interesse degli obiettivi aziendali. Nel rapporto di agenzia, l'agente, che detiene il diritto di azione, ha informazioni superiori circa il rapporto di casualità tra azioni e risultati ottenibili rispetto a quelle detenute dal suo principale, che è costretto a delegare anche parte dei diritti di decisione e di controllo.

¹³¹ MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985, pag.320

¹³² CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 56

¹³³ Secondo Cicchetti "...negli ospedali si realizzano tutti questi tipi di interdipendenza in modo sistemico e i rapporti tra unità organizzativa si differenziano in relazione all'intensità delle relazioni che si instaura". CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 150

Il modello del gruppo (*clan*) è adottato quando si è in presenza di una pluralità di attori specializzati che sono chiamati ad operare per la realizzazione di specifici *task*. Il coordinamento si realizza prevalentemente attraverso un processo di confronto di idee, interessi e competenze che stimolano il mutuo adattamento¹³⁴. Ciò crea un flusso di comunicazione multilaterale che assicura efficacia sia in fase di decisione, sia in fase di azione e di controllo.

Alcuni fattori condizionano la sua funzionalità, tra i quali, i principali, sono: il numero di attori (che non deve essere troppo ampio) e la presenza di conflitti di interesse tra i membri del gruppo. Il modello del gruppo ha il grande merito di funzionare come meccanismo di coordinamento sia se strutturato formalmente sia se creato da una volontà collettiva di aggregarsi in risposta ad una problematica. Ha la capacità di autoregolazione ad opera dei singoli partecipanti e gode del vantaggio cognitivo, ossia l'attitudine di prendere decisioni, dopo aver ampliato le conoscenze grazie al contributo di persone con competenze diverse.

Come si è presentato nel paragrafo precedente, in ambito sanitario le aziende adottano una organizzazione burocratica professionale, caratterizzata da stabilità dell'ambiente esterno ed interno, alti livelli di standardizzazione relativi alle competenze professionali dei dipendenti e alle procedure (protocolli di cura definiti dall'ordine professionale), forti gradi di complessità propri dell'attività sanitaria, che producono ampi spazi di discrezionalità e di autonomia con difficoltà oggettiva di valutazione delle *performance* individuali e collettive.

¹³⁴ A tal proposito sono interessanti gli studi di THOMPSON J.,D., *Organizations in actions*, McGraw-Hilli, 1967

In un simile contesto i meccanismi di coordinamento attuabili, sono molteplici, ma *“la possibilità di adottare efficacemente i diversi meccanismi di coordinamento è legata all'accettabilità degli stessi da parte della componente professionale.”*¹³⁵

Ogni organizzazione sanitaria deve far leva sia su fattori interni sia su quelli esterni di condivisione degli strumenti attuabili e favorire una standardizzazione preventiva di norme culturali che si formano in ambito universitario, dove i futuri medici ricevono le prime e principali nozioni e modalità operative tipiche della professione medica, e, successivamente, all'interno degli ordini professionali ai quali compete l'elaborazione del codice deontologico.

La socializzazione e la condivisione delle norme culturali tra i membri dell'organizzazione assicura un'ampia parte del coordinamento ed è il meccanismo di controllo più efficace nelle organizzazioni sanitarie.

Qualora venisse meno la condivisione, una richiesta dell'organizzazione troppo diversa dalle convinzioni del professionista medico, avrà come conseguenza un malessere percepito dal professionista (dissonanza cognitiva)¹³⁶ che potrà giungere al conflitto nelle circostanze più gravi.

Un altro meccanismo di controllo è la standardizzazione delle competenze che avviene grazie alla formazione e all'indottrinamento. Anche questo meccanismo è sviluppato, in gran parte, all'esterno della struttura sanitaria, ad opera delle università che

¹³⁵ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 163

¹³⁶ A tal proposito la teoria della dissonanza cognitiva ha dimostrato come nelle situazioni di scelta vincolata, l'individuo è indotto con incentivi di varia natura (es. morali, materiali, positivi, negativi) a sostenere o ad operare in maniera non conforme alle proprie convinzioni, producendo nell'individuo uno stato di dissonanza - malessere. Lo stato di dissonanza porta a uno stato di tensione nel soggetto che produrrà modifiche di atteggiamento nell'individuo per la necessità di soddisfare il bisogno di coerenza mentale.

certificano le conoscenze del professionista¹³⁷. L'indottrinamento ha luogo anche all'interno dell'azienda sanitaria, in particolar modo nel periodo di tirocinio, quando lo specializzando ultima la sua preparazione supportato dall'*equipe* medica.

La complessità e varietà delle specializzazioni è aumentata e la necessità di collaborazione tra professionista medico e altri professionisti, che non hanno competenze mediche codificate, ha ridotto la portata di coordinamento che questo tipo di meccanismo assicurava un tempo.

Il meccanismo di standardizzazione dell'assistenza ha assunto dimensioni più estese nell'organizzazione del dipartimento, richiedendo maggior sinergia tra il comparto medico e sanitario, con lo sviluppo e la diffusione di *critical pathways* ovvero l'elaborazione di piani che contengono gli obiettivi di assistenza e individuano una corrispondente sequenza temporale ideale per l'attività.

*“Si sono dimostrati validi strumenti per favorire la condivisione delle conoscenze scientifiche individuali e la loro sintesi intorno ad un processo formalizzato con valenza organizzativa.”*¹³⁸

Tale sistema gode del vantaggio di predisporre un codice comune di comportamento procedurale, condiviso tra i membri di una determinata comunità, preservando l'autonomia e discrezionalità medica, e facilitando la programmazione del lavoro infermieristico, la pianificazione degli acquisti di materiale di consumo per le cure e la manutenzione delle tecnologie utilizzate.

¹³⁷ A tal proposito sono interessanti gli studi condotti da PROFILI S., SAMMARRA A., *Il coordinamento organizzativo: un'analisi applicata all'attività medica nelle aziende ospedaliere*, Studi Organizzativi, Vol. 3, 1999, pag.119-144

¹³⁸ CICHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 166

Il modello di *critical pathway* si può realizzare in presenza di una elevata sensibilità culturale, dove gli operatori sono disposti ad impegnarsi per portare a compimento le procedure formulate. Si basa sulle più aggiornate evidenze scientifiche e presuppone un continuo aggiornamento e miglioramento per tener conto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche.¹³⁹

Altra modalità di coordinamento consiste nella standardizzazione degli *output* e degli *outcome*. Spesso una oggettiva difficoltà di misurazione dell'esito finale *outcome*, fa preferire l'adozione di indicatori di *output* del processo assistenziale (es. ricovero, prestazione ambulatoriale ecc.).¹⁴⁰

*“Pur non essendo la clinical governance un tipico meccanismo di coordinamento, può essere annoverata tra le modalità avanzate per governare l'integrazione organizzativa e per assicurare il conseguimento dei risultati”.*¹⁴¹ La *clinical governance* è una prospettiva di integrazione di strumenti clinici e gestionali per la quale ha rilevanza l'eccellenza della qualità e la valutazione delle *performance*.¹⁴² Può essere sviluppata con successo laddove esista un forte collante culturale basato su principi, valori diffusi, condivisi e un tessuto organizzativo capace di favorire l'implementazione di modalità cliniche sperimentali.

¹³⁹ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 167

¹⁴⁰ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 168

¹⁴¹ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, 2004, pag. 182

¹⁴² A tal proposito sono interessanti gli studi condotti da FONTANA F., *Clinical governance*, FrancoAngeli, 2005

La *clinical governance* favorisce l'applicazione dei meccanismi di coordinamento tradizionali.

La politica di gestione, di sviluppo del personale e di incentivi rappresenta un altro fattore critico delle aziende sanitarie, la cui ottimizzazione permetterebbe un miglioramento nel controllo dell'organizzazione.

In modo particolare la fase della valutazione del personale è cruciale per valutare come e se il personale abbia svolto la mansione affidata avendo cura degli obiettivi condivisi con i vertici aziendali. *“Le aziende di successo sono molto rigorose nella valutazione delle prestazioni e nell'orientamento dei risultati, ma si tratta di un rigore che trova la sua ragione di essere nelle grosse aspettative reciproche e nell'utilizzazione del giudizio tra pari.”*¹⁴³

Un “equo” sistema di valutazione richiede una stesura di pochi obiettivi non eccessivamente sfidanti, ma realistici, misurabili, controllabili, significativamente correlati con le prestazioni, prioritari rispetto alle strategie dell'impresa, coerenti nello spazio organizzativo e nella dimensione temporale. L'entità di ricompensa deve essere considerata proporzionale allo sforzo. E' anche dimostrato che il denaro non ha valore motivante in sé e per sé, ma come strumento che consente il raggiungimento di uno *status* sociale.

Gli incentivi hanno l'obiettivo di attivare e rinforzare la motivazione dei soggetti verso comportamenti atti a perseguire gli scopi indicati. *“In altre parole l'incentivo deve contribuire allo sviluppo della professionalità del singolo nell'organizzazione e deve far sì*

¹⁴³ PETERS T., WATERMAN JR R., *Alla ricerca dell'eccellenza*, Sperling & Kupfer Editori, 1982, pag. 318

*che il tutto non si estrinsechi nel solo rispetto formale delle quote attribuite a ciascuno nella propria fascia di intervento”.*¹⁴⁴

Secondo McClelland¹⁴⁵ affinché la motivazione al successo influenzi l'esecuzione di un compito è necessario che l'individuo riceva le informazioni sui risultati del proprio comportamento, espresse con indicatori e parametri condivisi, e si senta responsabile del risultato. (nota)

E' stato dimostrato che gli incentivi con dinamica individuale sono i più motivanti mentre quelli di sistema permettono, nel lungo periodo, il miglioramento del comportamento cooperativo lasciando il rendimento al livello del minimo accettabile.

Anche gli incentivi individuali hanno dimostrato dei limiti, in quanto non sono adeguati a stimolare il comportamento innovativo e il mantenimento di un accettabile livello di produttività nel lungo termine.

Nelle aziende sanitarie entrambe le dimensioni sono importanti: il professionista deve poter essere valutato per le sue prestazioni professionali singolarmente, ma l'attività stessa gli impone molti momenti di cooperazione e sinergia con colleghi operanti nel proprio dipartimento o nella struttura aziendale.

Pertanto le aziende sanitarie optano per una politica di incentivazione che tenda a bilanciare gli incentivi individuali con quelli collegiali.

¹⁴⁴ FRASSETTO G., *La progettazione del controllo organizzativo*, CEDAM, 1994, pag 63

¹⁴⁵ All'interno delle motivazioni cognitive secondarie McClelland formula la teoria della motivazione che soddisfa tre categorie di bisogno: il bisogno del successo, il bisogno di appartenenza, il bisogno del potere. Nel caso specifico si richiama il bisogno del successo, MCCLELLANT D., *Does n-Achievement cause economic development? A cross-lagged panel analysis of the McClelland thesis*, *Journal of Social Psychology*, 122, 1984, pag. 67-70

Nella realtà del SSN il coordinamento basato sull'incentivo non sembra trovare ancora spazio adeguato ed essere formulato in maniera ottimale. *“Le ragioni sono sia l'ampia disapplicazione degli strumenti di valutazione e di incentivazione basati sulle prestazioni, che la scarsa autonomia assunta da parte dei dipartimenti in materia di assegnazione dei premi risultato previsti dalla normativa e dal CCNL vigente sia per i medici che per le altre professioni sanitarie.”*¹⁴⁶

In tal proposito una ricerca condotta¹⁴⁷ nel 2011 sui sistemi retributivi e gli incentivi assegnati al personale dirigenziale e medico ha messo in luce l'inefficacia e la rigidità del sistema degli incentivi al personale sanitario. I punti di osservazione principali sono i seguenti:

- livelli retributivi del *top management* spesso inferiori a quelli delle prime linee di *management* delle medesime aziende;
- uniformità delle retribuzioni a prescindere dalle dimensione e complessità delle strutture;
- mancanza di incentivazione adeguata per la mobilità interregionale.

Tutti questi aspetti *“rendono straordinariamente più attraente lavorare per aziende sanitarie private, che garantiscono modalità contrattuali, livelli retributivi, incentivi e benefit*

¹⁴⁶ CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004, pag. 162

¹⁴⁷ LONGO F., FERRÉ F., RUSSO VALENTINI R., SARTIRANA M., *Cap.10 I livelli retributivi del top management un'analisi comparata* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 387

*largamente superiori, aziende che peraltro sono di norma più piccole e istituzionalmente meno complesse di quelle pubbliche.”*¹⁴⁸

1.11 I Finanziamenti

La riforma della sanità ha ridefinito, in termini radicali, le logiche di finanziamento¹⁴⁹ del sistema sanitario.

Prima della riforma le USL erano finanziate tramite finanza di trasferimento, su base storica e con logica incrementale. Le spese erano rimborsate a piè di lista e gli splafonamenti erano a carico dello Stato. Il cittadino stesso era maggiormente vincolato, doveva far riferimento alla USL di appartenenza o accedere ad altre strutture convenzionate solo se autorizzato dalla sua USL.

Con la riforma del 1992 ha fine questo sistema di finanza di trasferimento e copertura di *deficit* di bilancio da parte dello Stato e si stabilisce l'assegnazione di risorse in conto capitale e in conto esercizio ad opera di tre soggetti erogatori: lo Stato, la Regione e, per il caso delle aziende ospedaliere e nei presidi ospedalieri, l'azienda sanitaria locale seguendo dei criteri definiti. Di pari passo con l'autonomia economico finanziaria delle aziende si persegue la responsabilizzazione dei risultati di gestione.

I finanziamenti in conto capitale, a cui il D. Lgs. 502 faceva riferimento alla sua emanazione, riguardavano il patrimonio conferito all'azienda costituito da beni mobili,

¹⁴⁸ LONGO F., FERRÉ F., RUSSO VALENTINI R., SARTIRANA M., *Cap.10 I livelli retributivi del top management un'analisi comparata* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 387

¹⁴⁹ In ottica aziendale, il finanziamento è una fase della gestione che consiste nella rinuncia da parte dei terzi di un potere d'acquisto attuale per consentire all'azienda lo sviluppo e lo svolgimento della sua attività, conferendogli il capitale necessario.

immobili di proprietà dei Comuni o delle Province con vincolo di destinazione alle aziende USL e alle AO.

I finanziamenti in conto esercizio, ex art. 11 D. Lgs 502, provengono da quattro canali: i versamenti dell'Irap, le integrazioni dello Stato attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), la partecipazione regionale, le entrate proprie. Differiscono, nella modalità di corresponsione, in relazione alla prestazione erogata ed al soggetto beneficiario.

Il FSN è alimentato da stanziamenti, in conto esercizio, a carico del bilancio statale. Annualmente è determinato in base alla legge finanziaria a cui contestualmente è effettuata l'individuazione dei LEA da assicurare a livello nazionale. Successivamente è ripartito in base alla quota capitaria garantita alle Regioni tenendo conto di coefficienti parametrici calcolati in base: alla popolazione residente, alla mobilità sanitaria per tipologia di prestazione, alla consistenza e allo stato di conservazione di strutture immobiliari e dotazioni tecnologiche e strumentali.

La quota assegnata alle Regioni può essere dalle stesse utilizzata esclusivamente per il finanziamento delle attività sanitarie.

All'interno del FSN vi è una parte di finanziamento in conto capitale, che è assegnata al riequilibrio delle Regioni svantaggiate, calcolata sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, avente particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche. Il loro ammontare si è continuamente ridotto negli anni tanto da essere sostituito da:

- fondi stanziati (ex art.20 L 67/88) per la costruzione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti e per la realizzazione di un programma

pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico;

- fondi stanziati (ex L. 135/90) per un programma di interventi di varia natura contro l'AIDS;
- fondi strutturali dell'Unione Europea per la cui erogazione è necessario individuare una *partnership* tra organizzazioni di diversi Paesi europei.

Le somme attribuite dallo Stato, in quota capitaria alle singoli Regioni, sono ricomprese all'interno del FSR (Fondo Sanitario Regionale) e vengono integrate, a livello regionale, con i contributi assistenziali dei lavoratori dipendenti ed autonomi.

Le Regioni hanno la facoltà di individuare fonti di finanziamento autonome, così come possono optare per livelli di assistenza sanitaria superiore a quelli stabiliti a livello nazionale e adottare modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento. Hanno anche l'onere di sopperire ai disavanzi di gestione delle aziende sanitarie. La riforma della sanità ha aumentato la discrezionalità e l'autonomia delle Regioni¹⁵⁰.

A livello locale le ASL ricevono i finanziamenti dalla Regione, come stabilito da D. Lgs 229/99 che richiama le disposizioni ex art. 1 c. 34 L. 662/96, in base alla popolazione residente, alla frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione e a indicatori relativi a particolari situazioni territoriali.

Le ASL svolgono sia il ruolo di erogatori che di fruitori dei servizi sanitari.

¹⁵⁰ "Gli equilibri delineati dal nuovo sistema di finanziamento del SSN nel suo complesso confermano il passaggio tendenziale del rischio e dell'onere finanziario dello stesso a carico delle Regioni, ..., demandando loro nuove competenze e responsabilità inerenti il SSN." ACHARD P., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, 1999, pag 64-65

Le aziende sanitarie e ospedaliere che erogano servizi sanitari hanno entrate proprie ottenute grazie al pagamento dei *ticket*, alle prestazioni a pagamento, alle entrate derivanti dalla gestione del patrimonio da reddito, da donazioni e derivante da altre entrate. Ulteriori risorse derivano da proventi per prestazioni erogate a non residenti.

I proventi, da attività offerta in libera professione intramuraria, concernono la possibilità di adibire e riservare degli spazi all'interno della struttura sanitaria preposti all'espletamento della libera professione del medico dipendente. La legge prevede che l'attività possa essere svolta in regime ambulatoriale, in *day hospital* e in *day surgey*.

Le aziende sanitarie possono anche accendere ed usufruire di particolari forme di indebitamento (mutui, anticipazioni per cassa) per finanziare la propria attività.

Le ASL, come fruitori di servizi sanitari, assegnano la corresponsione alle aziende sanitarie e ai loro presidi ospedalieri dei corrispettivi per le prestazioni erogate. Le modalità di finanziamento sono differenti a seconda delle prestazioni effettuate che vengono ripartite in tre categorie: prestazioni a remunerazione tariffaria (o prestazioni ad assistenza specialistica ambulatoriale), prestazioni con remunerazione collegata all'attività svolta con riferimento alle funzioni assistenziali e prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti.

All'interno delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono ricompresi anche i servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio e vengono remunerati in base a un complesso di tariffe, determinato in base al Dm 22/07/1996, e associate al sistema di classificazione per *Process Related Group* (PRG).

Le funzioni assistenziali sono individuate dalla Regioni (es. assistenza a patologie croniche di lunga durata, assistenza a malattie rare, trapianti ecc.) e sono remunerate in

base al *costo standard* di produzione del programma di assistenza. I criteri generali, per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima, sono stabiliti con apposito decreto dal Ministero della Sanità.

Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, erogate in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, sono finanziate tramite tariffe associate al sistema di classificazione per *Diagnosis Related Group* (DRG). Le tariffe sono stabilite dalle singole Regioni sulla base di criteri generali definiti dal Ministero della Sanità che ne individuano il valore massimo calcolato sulla base di *standard* organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi (art.8 sexies D. Lgs 229/99). Il conteggio delle tariffe massime erogabili è effettuato in base al *full costing* determinato attraverso analisi empiriche su ospedali e presidi ospedalieri considerati efficienti.

L'utilizzo del *full costing* prevede una remunerazione a costo pieno che include anche l'ammortamento dei macchinari e delle strutture sanitarie utilizzate, pertanto, in questa voce, si fondono le due nature di finanziamento: in conto esercizio e in conto capitale.

Tale sistema ha messo in luce alcune criticità delle aziende sanitarie ospedaliere. Le strutture, che non hanno adottato gestioni efficienti nel passato o non sono dotate di dimensioni tali da godere di economie di scala, si trovano spesso a far fronte a spese sostenute maggiori rispetto alle remunerazioni assegnate per singola prestazione.

La tariffazione DRG, introdotta con la riforma del sistema sanitario, presenta anche dei vantaggi notevoli; spinge le aziende sanitarie a ricercare il miglioramento dell'efficienza operativa; stimola i medici a compilare con molta accuratezza e approfondimento la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) grazie alla quale si richiede il corrispettivo all'ASL

di competenza; consente di costruire più attendibili osservatori epidemiologici e prestazionali.

Però l'adozione della tariffazione DRG può anche facilitare atteggiamenti opportunistici in quanto genera una spinta verso *“l'aumento del volume delle attività ed il contenimento dei costi unitari al di sotto del livello tariffario.”*¹⁵¹

Ciò rende necessario la strutturazione di un sistema di controllo e monitoraggio dell'attività svolta in grado di accertare l'appropriatezza e l'adeguatezza delle prestazioni erogate. *“Tutto il sistema di controllo finanziario deve avere come contraltare il sistema delle prestazioni sanitaria che individua tipologie prestazionali, protocolli terapeutici, sistemi di misura della qualità medica e meccanismi di correzione.”*¹⁵²

Senza gli opportuni meccanismi di controllo della qualità, delle prestazione erogate e dell'appropriatezza terapia-prestazione con la diagnosi, si lascia ampio spazio ad atteggiamenti eticamente poco corretti che, talvolta, potrebbero persino sfociare in disservizi sopportati dai pazienti.

¹⁵¹ ANSELMI L., SAITA M., *La gestione manageriale delle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, 2002, pag. 27

¹⁵² DUBINI S., GIAMPAOLI M., *Il nuovo sistema di finanziamento della sanità: le ricadute sulle aziende sanitarie e sugli operatori*, in AA. VV., *Management della salute 2*, EdiSES, 1997, pag.77

1.12 Gli Investimenti

All'interno di questa fase si ricomprendono tutte gli esborsi sostenuti per acquisire e remunerare i fattori produttivi; si tratta di spese in conto esercizio e in conto capitale.

Per poter meglio comprendere la portata delle somme in oggetto, si consideri che solo per il 2010 la spesa sanitaria in Italia si è aggirata sui € 110.457 mio, ripartita in servizi a gestione diretta delle ASL per circa il 63% e in servizi convenzionati per il rimanente 37%. I principali fattori produttivi sono: personale (33%), beni e servizi (circa 30%), farmaci (circa 10%), assistenza ospedaliera (circa 8%), medicina generale (circa 6%), specialistica (circa 4%) e altra assistenza (circa 9%). Si veda Tabella 1.2

I volumi in oggetto sono considerevoli, soprattutto, se si considera che corrispondono a circa il 9,5% del PIL del 2009. Alcune delle voci di spesa prese in esame sono da considerare “fisse”, quali il personale, perché non vi sono grandi spazi di gestione e di contenimento. Altre, invece, dipendono da scelte politiche e di civiltà di un Paese (es. identificazione dei LEA), altre ancora riguardano la capacità di acquisto del sistema sanitario e le sue doti negoziali come sistema sinergico e rete.

Soltanto sulle ultime due è possibile operare delle scelte di contenimento della spesa che, tanto più attengono ad una ottimizzazione delle procedure, delle risorse e ad una riduzione dei costi, tanto più non richiedono di incidere sulle prestazioni garantite ai cittadini. L'acquisto di beni e servizi è stato di circa 32.911 mio per il 2010 e rappresenta la voce di costo che ha subito (2001 – 2010) il più elevato tasso di crescita, pari a circa il 7,7%.

Tab.: 1.2 Spesa sanitaria

Spesa sanitaria anno 2010										
	Personale	Beni e Servizi	Servizi a gestione diretta	Medicina gen.	Farmaceutica	Ospedaliera	Specialistica	Altra assistenza	Servizi in conv.	Totale
€/mio	36.618	32.911	69.529	6.539	10.936	8.992	4.326	10.135	40.928	110.457
% su tot	33,15%	29,80%	62,95%	5,92%	9,90%	8,14%	3,92%	9,18%	37,05%	100,00%

Fonte: ns elaborazione dei dati riportati da Armeni P., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione in AA. VV., L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011, EGEA, 2011, pag.131*

Nodo cruciale diventa l'analisi della funzione acquisti, nelle sue modalità di svolgimento e nelle procedure che deve adottare.

La funzione acquisti si articola nelle seguenti modalità:

- gara di appalto per gli acquisti di beni e servizi di ammontare maggiore ed eguale a € 200.000 fino al 2012 (ogni due anni l'importo da considerare è rivisto) e per lavori di ammontare maggiore ed eguale a 5.000.000;
- acquisto centralizzato con il sistema delle convenzioni attivate con Consip;
- acquisto tramite il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA);
- acquisto centralizzato su area vasta o altre modalità (in quelle Regioni che hanno previsto questa modalità);
- acquisto singolo con contrattazione privata.

Prima di stipulare un qualsivoglia contratto di diritto privato per transazioni commerciali, le aziende sanitarie devono seguire, al loro interno, un *iter* procedurale che comprende la deliberazione a contrattare, la scelta della controparte ed, infine, la redazione del contratto.

Nella prima fase si indicano i presupposti e i motivi per dare avvio alla negoziazione, la proposta è formulata dall'Ufficio Approvvigionamenti e viene approvata dal Comitato di Gestione e dalla Direzione che ha il compito di stabilire le modalità essenziali, la forma di contratto e il progetto di contratto.

Fa seguito un controllo preventivo dell'atto da parte della CORECO (Comitato Regionale di Controllo) e solo, con la sua approvazione, la delibera può acquisire efficacia e diventare un atto vincolante per l'azienda sanitaria.

La scelta del privato contraente avviene con molteplici modalità che rispondono tutte all'esigenza di individuare la forma di gara¹⁵³ o contratto più conforme all'oggetto della fornitura e a un miglior rapporto costi benefici.

Una ricerca condotta dall'ARSS (Azienda Regionale Socio Sanitaria) sul Veneto ha messo in evidenza che le gare sopra soglia comunitaria, effettuate nell'arco 2007-2009, rappresentano circa il 15% del numero totale delle gare aggiudicate coprendo però il 76,7% del valore complessivo delle aggiudicazioni.¹⁵⁴ Al contempo ha anche mostrato che i fornitori movimentati in media annualmente sono più del 60% rispetto a quelli aggiudicati per gara. Da ciò si desume che lo strumento della gara è adoperato per l'acquisto di merci e servizi che coprono periodi maggiori dell'anno e che per alcuni fornitori non si effettua la procedura di aggiudicazione.¹⁵⁵

¹⁵³ La gara di appalto delle merci e dei servizi, sopra soglia, è regolata dalla direttiva 2004/18/CE recepita, nel diritto nazionale, con il D.Lgs 163/06.

¹⁵⁴ ARSS DEL VENETO, *Misure di performance del processo di approvvigionamento e logistica: l'analisi di benchmarking del SSSR Veneto: Q n. 19*, ARSS Veneto Editore, 2010, pag.36

¹⁵⁵ ARSS DEL VENETO, *Misure di performance del processo di approvvigionamento e logistica: l'analisi di benchmarking del SSSR Veneto: Q n. 19*, ARSS Veneto Editore, 2010, pag.43

Lo strumento della gara ha una sua strutturazione rigida e laboriosa che non ne facilita l'adozione ed è oneroso per i tempi richiesti e le risorse impegnate.

Le forme di gara previste sono: asta pubblica, licitazione privata, appalto concorso, dialogo competitivo, accordo quadro, contrattazione privata. L'asta pubblica è utilizzata in principale modo per i contratti attivi. Nel caso venga adottata per ordini passivi i criteri di solito richiesti attengono al minor prezzo, se l'esecuzione del servizio deve seguire delle specifiche tecniche e delle modalità operative tassativamente stabilite, o all'offerta economicamente più vantaggiosa, se è valutata in relazione a diversi parametri individuati nel capitolato.

La licitazione privata (procedura ristretta) è una gara limitata alle imprese individuate dall'ASL inserite nell'elenco delle ditte fornitrici, predisposto dall'Istituto Superiore della Sanità e della Regione. Si articola nella pubblicazione dell'avviso di gara contenente tutte le indicazioni riguardanti l'oggetto di gara, l'importo a base dell'appalto e la procedura di aggiudicazione dei lavori. Ogni concorrente deve prestare una cauzione provvisoria per partecipare alla gara per garantire la sua capacità di onorare gli impegni di realizzazione dell'opera.

Un'altra modalità è l'appalto concorso in cui si forniscono soltanto le indicazioni di massima del progetto lasciando un margine di discrezionalità alle aziende concorrenti nella predisposizione del progetto esecutivo. E' compito di una apposita commissione esaminare i progetti, proporre delle varianti ai progetti e proporre l'assegnazione a un concorrente, la cui definitiva aggiudicazione si ha ad opera dell'organo designato che spesso è il comitato di gestione.

Il dialogo competitivo è uno strumento disciplinato¹⁵⁶ dal 2004, rappresenta una combinazione tra alcune caratteristiche della procedura ristretta e della procedura negoziata. L'elemento innovativo consiste nella possibilità di porre a base di gara un capitolato il cui contenuto tecnico viene negoziato ovvero è oggetto di "dialogo" con le possibili imprese fornitrici. L'obiettivo dello strumento è consentire alla pubblica amministrazione, che non è sempre aggiornata sulle novità tecnologiche riguardanti i settori di alta complessità, di individuare, grazie all'impresе fornitrici, le modalità e gli strumenti più idonei a rispondere al suo bisogno.

L'accordo quadro è una modalità di acquisto introdotta recentemente¹⁵⁷ ed è utilizzabile solo per l'acquisto di beni e servizi. La gara viene articolata predisponendo la documentazione necessaria e individuando la procedura da seguire per la scelta dei fornitori (procedura aperta, ristretta, negoziale). Si differenzia, dalle altre modalità, nel consentire un confronto negoziale per l'aggiudicazione dei contratti relativi ai singoli ordinativi e permettere l'aggiudicazione del contratto o a un solo soggetto fornitore o almeno a tre aziende fornitrici.

L'acquisto con il sistema delle convenzioni prevede che la Consip realizzi gare d'appalto per categorie merceologiche comuni e standardizzate. Le aziende sanitarie hanno la facoltà di aderire alle relative convenzioni attivate dalla Consip.

Il MEPA è un mercato digitale dove la singola azienda può effettuare ordini diretti di acquisto verso fornitori precedentemente selezionati al prezzo definito dal catalogo pubblicato.

¹⁵⁶ Il dialogo competitivo è stato introdotto con la direttiva 18/2004/CE art. 29

¹⁵⁷ L'accordo quadro è stato introdotto con la direttiva 93/38/CEE recepita D. Lgs 158/95 il cui ambito di applicazione è stato ampliato con la direttiva 2004/18/CE

Nel caso dell'acquisto diretto (procedura negoziale) il contratto è redatto da un responsabile del procedimento o da un suo delegato. I capitoli contengono le condizioni del contratto che possono essere generali o speciali. I contratti di acquisto, a loro volta, possono essere suddivisi in ordini su contratto e ordini fuori contratto. I primi si fondano su contratti stipulati con i fornitori, mentre i secondi generano essi stessi una procedura d'acquisto. L'incidenza di ordini emessi fuori contratto mette in evidenza la scarsa capacità di programmazione del processo di approvvigionamento.

Considerando che circa 80% dei costi per beni di consumo sostenuti dalle aziende sanitarie riguardano farmaci e dispositivi medici, si comprende come la loro adeguata pianificazione del fabbisogno permetta di ottimizzare il processo acquisti. La consapevolezza dei volumi e dei tempi richiesti consente di diminuire le eventuali "urgenze" che riducono il potere d'acquisto delle aziende sanitarie. Una corretta pianificazione riduce anche gli "sprechi" per l'acquisto di farmaci che possono divenire superati (meno performanti per alcune tipologie di cura) o peggio inutilizzabili perché scaduti.

Nel Veneto la pianificazione del fabbisogno avviene per il 36% delle strutture senza l'utilizzo di alcun supporto analitico-gestionale, il 50% delle aziende supporta il processo di pianificazione con dati storici, ma solo 12% unisce a questo anche la programmazione delle attività sanitarie.¹⁵⁸

La procedura acquisti viene sviluppata dal personale, spesso interno, distinto per categorie merceologiche di prodotto. La gestione degli ordini, per il 44% delle strutture

¹⁵⁸ ARSS DEL VENETO, *Misure di performance del processo di approvvigionamento e logistica: l'analisi di benchmarking del SSSR Veneto: Q n. 19*, ARSS Veneto Editore, 2010, pag.43

sanitarie, avviene con documenti cartacei e via email, solo il 21% utilizza sistemi di contabilità integrati con il magazzino.¹⁵⁹

Questi limiti di programmazione e gestione degli acquisti hanno riflessi sulla capacità negoziale delle strutture sanitarie, ma purtroppo anche sulla possibilità di unirsi per effettuare dei contratti comuni godendo di maggiori economie di scala.

Infatti in conformità con i dispositivi di legge (L.724/94 e L.488/99), le Regioni possono attivare modalità di acquisto centralizzato. Con la delibera 2846/06 la Regione Veneto ha avviato il processo di costituzione di aree vaste di acquisto con lo scopo di individuare *“il giusto equilibrio fra l’obiettivo di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire la sopravvivenza dei fornitori locali.”*¹⁶⁰

L’ARSS del Veneto ha sviluppato il progetto di acquisti centralizzati e l’analisi effettuata ha messo in luce ingenti costi per l’investimento di un applicativo comune, per rendere omogenei i documenti e le procedure, per riorganizzare i magazzini, per dotare l’azienda capofila delle risorse necessaria allo svolgimento degli acquisti; però ha anche mostrato una rilevante riduzione dei costi, delle scorte e una razionalizzazione delle procedure.

Le aree vaste costituite nella Regione Veneto sono state cinque a cui, alle aziende capofila, sono stati garantiti ampi spazi di autonomia nella scelta delle caratteristiche di funzionamento del modello di centralizzazione.

¹⁵⁹ ARSS DEL VENETO, *Misure di performance del processo di approvvigionamento e logistica: l’analisi di benchmarking del SSSR Veneto: Q n. 19*, ARSS Veneto Editore, 2010, pag.45

¹⁶⁰ DGRV 2846/2006

Nel 2008 la Regione ha dato vita al Centro Regionale Acquisti (CRA), organo interno alla Regione istituito presso la segreteria regionale della sanità, con il compito di gestire le gare per l'approvvigionamento dei beni a livello regionale.

Le difficoltà, incontrate nella Regione Veneto, dal lato dell'offerta (i fornitori non riuscivano a garantire una risposta adeguata e tempestiva) e dal lato della domanda (dilazione dei tempi di predisposizione dei documenti di gara) hanno prodotto un ripensamento nell'articolazione degli acquisti.

Con DGRV 2492/2010 la Regione ha istituito un modello di accentrimento degli acquisti basato su due livelli: quello regionale, destinato solo a determinate categorie di beni e servizi omogenei e standardizzati, e quello aziendale. Il progetto area vasta è naufragato lasciando comunque l'autonomia alle singole aziende di effettuare gare sovra aziendali *“per determinate categorie merceologiche che si prestano a una politica di acquisto comune.”*¹⁶¹

Non tutte le Regioni hanno attivato la centralizzazione degli acquisti e, anche tra quelle che l'hanno adottata, vi sono differenze organizzative e gestionali notevoli.

Nello scenario nazionale si presentano esperienze embrionali accanto a quelle avanzate. Lo studio delle scelte adottate e della loro articolazione permette di evincere come *“tale innovazione, .., presuppone un cambiamento culturale, che, partendo dalle diversità, spinge verso un nuovo modello economico del sistema.”*¹⁶²

¹⁶¹ DGRV 2492/2010

¹⁶² AMATUCCI F., MELE S., *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie*, EGEA, 2012, pag.231

1.13 Conclusioni

L'aziendalizzazione del SSN è stata un cambiamento voluto dall'alto, dalla politica, dalle esigenze di bilancio e imposto senza alcuna gradualità. Questo ha significato una parziale realizzazione della complessità e interezza delle previsioni normative e una differente efficacia del sistema sanitario a livello territoriale.

A seguito della riforma, il SSN si è composto di aziende, dotate di personalità giuridica, autonome nell'adozione della strategia e della gestione, in competizione le une con le altre, (sebbene inserite in un mercato regolamentato), oggetto di valutazione e di confronto da parte del cittadino, della comunità e della politica.

La trasformazione è stata significativa e si è maturata nel corso di un ventennio segnando quattro tappe importanti:

1. l'istituzione delle aziende sanitarie, con le conseguenti riorganizzazioni interne, sviluppo di comparti come lo *staff* e di logiche di controllo direzionale (grazie all'introduzione della contabilità economico patrimoniale e analitica).
2. la competizione tra le aziende sanitarie, per potersi ritagliare una posizione nel SSN e per garantirsi maggiori entrate, ha comportato uno sforzo considerevole nell'investimento sulle eccellenze delle singole realtà aziendali e una razionalizzazione delle risorse.
3. lo sviluppo della rete territoriale, ottenuto grazie allo spostamento delle risorse a favore del territorio identificando i compiti e i ruoli distinti tra le diverse strutture sanitarie per garantire il *continuum* assistenziale. Questa

fase ha portato alla razionalizzazione delle aziende sanitarie e allo sviluppo di modalità assistenziali meno costose come *day hospital* e ambulatoriale.

4. la collaborazione infra regionale. Le aziende all'interno di un territorio hanno compreso che solo tramite la sinergia è possibile risparmiare risorse garantendo la qualità del servizio. Si è avuta la nascita di reti cliniche per patologia, lo sviluppo di reti e specializzazioni inter-ospedaliere e la centralizzazione degli acquisti per alcune categorie merceologiche.

L'attuale fase, sta affrontando l'aziendalizzazione in ottica rispettosa del primo, unico, reale motivo dell'esistenza del sistema sanitario, la sua *mission*: la tutela alla salute, la garanzia della qualità della cura e dell'assistenza.

I vincoli di bilancio, a cui è soggetta l'azienda sanitaria, non possono rappresentare l'elemento discrezionale per l'adeguatezza della cura, ma stimolare la gestione ad attuare gli strumenti economico aziendali ottimali per rendere più efficiente l'attività.

Infatti nelle organizzazioni sanitarie, *“la logica economica aziendale assume pieno significato solo se correttamente intesa nei termini propri di logica dell'uso responsabile razionale delle risorse.”*¹⁶³

Persino la classe politica si è resa conto che la riforma, enfatizzando inizialmente alcuni aspetti, ha prodotto dei difetti da sanare. Nel 2003 il Ministro della Salute ha rilasciato un'intervista in cui si legge *“tra i difetti di sistema che dobbiamo correggere voglio citare solo i più importanti: ..., il potere monocratico dei direttori generali, la forzatura sui primari e capi dipartimento perché da medici si trasformino in gestori, le conseguenze negative della libera professione intramoenia, la difformità quali -*

¹⁶³ REA M.A., *Il modello aziendale in Sanità*, ARACNE, 2006, pag. 353

quantitativa dei servizi erogati nelle varie regioni.....le ASL e gli ospedali devono tendere al rispetto di un bilancio economico, ma questo non deve essere l'obiettivo primario dell'organizzazione. A causa di questo equivoco abbiamo importato senza sufficiente preparazione terminologie e culture estranee alla sanità, che hanno finito col distogliere i medici dai loro veri e primari interessi per avviarli su percorsi che non solo loro congeniali e che li trovano impreparati.”¹⁶⁴

E' grazie alle analisi critiche espresse in ambito istituzionale, che oggi si rilancia e si interpreta il significato del concetto di aziendalità:

- coniugandolo con quello di sistema sanitario complessivo e, quindi, attenuando il concetto di concorrenza e autonomia delle singole strutture per enfatizzare la rete e il servizio complessivo svolto a livello territoriale;
- mettendo al primo posto il diritto al paziente di ricevere le cure appropriate con l'attenzione alle risorse impiegate;
- creando dei sistemi di controllo capaci di cogliere la dimensione qualitativa e sanitaria della gestione aziendale insieme a quella economica;
- riaffermando il ruolo portante svolto dalla componente professionale nelle organizzazioni sanitarie che è nella direzione dello sviluppo di un approccio organizzativo - gestionale denominato “governo clinico”.

La sfida da vincere è la creazione di una cultura sanitaria aziendale che si estenda a tutti i livelli delle organizzazioni sanitarie, fondendo le conoscenze professionali con i

¹⁶⁴ REA M.A., *Il modello aziendale in Sanità*, ARACNE, 2006, pag. 353

principali strumenti aziendali di gestione, e le capacità manageriali con la sensibilità dell'attività sanitaria.

CAPITOLO II

CONTROLLO DI DIREZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

SOMMARIO: 2.1 Introduzione – 2.2 La rilevazione e la misurazione – 2.3 Programmazione strategica, controllo di direzione e controllo operativo - 2.4 Le variabili del Controllo Direzionale - 2.4.1 *Le caratteristiche del sistema di Controllo Direzionale* - 2.4.2 *Vincoli – opportunità interni ed esterni del Controllo Direzionale* – 2.4.3 *Evoluzione del Controllo Direzionale* – 2.4.4 *Gli strumenti del Controllo Direzionali previsti dalla normativa* - 2.5 La programmazione strategica – 2.6 Il processo di Controllo Direzionale – 2.7 La Balanced Scorecard (BSC) – 2.8 Descrizione della strategia nella BSC – 2.9 Misurazione della strategia nella BSC – 2.10 Gestione della strategia nella BSC – 2.11 Vantaggi della BSC in ambito sanitario

2.1 Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è focalizzare l'attenzione sul controllo esaminato nell'ambito delle teorie economico aziendali. Il termine controllo viene utilizzato con il significato inglese di *control* ossia guida e governo delle azioni abbandonando la nozioni di controllo intesa come ispezione che dà origine alla disciplina di *auditing*.

In quest'ottica il sistema di programmazione e controllo è un controllo interno e manageriale, che consiste in uno strumento a supporto del governo dell'azienda svolto per facilitare il perseguimento delle finalità aziendali, garantendo la coerenza tra gli obiettivi aziendali e le azioni poste in essere.¹⁶⁵

Nel corso del lavoro si opta per una definizione di controllo di direzione intesa sotto l'approccio comportamentale organizzativo¹⁶⁶, ossia come meccanismo operativo in grado

¹⁶⁵ MELARA G., *Il controllo di gestione nelle aziende non profit*, ARACNE, 2006, pag.99, AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, 1979, pag. 16-17, RUFFINI R., *L'evoluzione dei sistemi di controllo nella Pubblica Amministrazione*, FrancoAngeli, 2010, pag.11

¹⁶⁶ "Il sistema di controllo (organizzativo) è centrato su un'ottica di processo, su un insieme di operazioni e di modalità che vengono adottate per finalizzare i comportamenti. I sistemi di misurazione e di valutazione delle performance, nonché il sistema premiante, sono visti, in quest'ottica, in chiave strumentale rispetto ai

di intervenire sul comportamento dei professionisti orientando le loro azioni per il conseguimento degli obiettivi aziendali¹⁶⁷.

Un approccio funzionale del controllo può rispondere efficacemente alle imprese manifatturiere, ma rispecchia poco le caratteristiche delle aziende sanitarie per tre ordini di fattori. Il primo attiene alla natura dell'attività: un servizio non standardizzabile. Il secondo all'attore principale: il professionista, la cui discrezionalità e competenza è necessaria per espletare al meglio alle proprie funzioni. Il terzo concerne la difficoltà di misurazione e valutazione delle *performance* in termini oggettivi. Il prodotto su cui dovrebbe essere misurata la *performance* non è la cura in quanto tale, ma è l'esito. Ovvero si indaga il risultato finale del processo di cura posto in relazione con l'effetto che ha prodotto sul paziente. Anche in questo caso l'unico soggetto realmente capace di valutare l'appropriatezza ed efficacia della prestazione è il medico.

E' per questo che il controllo va ad agire sull'azienda nel suo complesso, solo trovando una modalità di comunicazione con il professionista.

All'interno del presente capitolo si articola lo studio del controllo, prima offrendo un quadro generale, collocando l'attività di controllo all'interno dell'amministrazione (par. 2.2), poi distinguendolo nella sua ripartizione¹⁶⁸ in: programmazione strategica, controllo

comportamenti, che rimangono il vero polo di attrazione verso cui convergono tutti i meccanismi e i processi di controllo" BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1998, pag.267

¹⁶⁷ " ..il controllo di gestione come un meccanismo operativo diretto a dinamicizzare la struttura organizzativa con un suo ruolo specifico, che lo differenzia dagli altri meccanismi, rappresentato dall'orientamento all'efficacia e all'efficienza nelle decisioni manageriali." BERGAMIN BARBATO M., *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, UTET 1991, pag. 5

¹⁶⁸ Nell'impostazione proposta da ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002, pag.4 condividendo le considerazioni presentate da Amigoni in cui sostiene che l'approccio presentato da Anthony e Young, sebbene parziale, "ha il merito di soffermarsi sull'aspetto strutturale della gerarchizzazione degli obiettivi" ossia come spiega in seguito "L'analisi delle relazioni tra valori, ..., non è più fatta soltanto con riferimento ad operazioni o a processi produttivi, per comprenderne caratteristiche o per

direzionale e controllo operativo (par. 2.3), infine si concentrerà il tema sul controllo di direzione. Quest'ultimo si svilupperà in un quadro generale con un *focus* in ambito sanitario (variabili par. 2.4, caratteristiche par. 2.4.1 ,vincoli par. 2.4.2), per proseguire lo studio sugli strumenti adottati (par. 2.4.4).

Tra gli strumenti del controllo su uno in particolare si concentrerà lo studio: la *balanced scorecard*, introducendo il tema in termini teorici, per poi evidenziarne le peculiarità più nello specifico del mondo sanitario.

I casi pratici di adozione della BSC (*Balanced ScoreCard*) in azienda e all'interno di un intero sistema sanitario sono ampiamente sviluppati rispettivamente nel capitolo terzo, per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona e nel capitolo quarto per il NHS (*National Healthcare System*), il sistema sanitario inglese.

2.2 La rilevazione e la misurazione

Le operazioni economiche sono l'elemento costitutivo dell'azienda e possono avvenire solo grazie all'attività umana e all'impiego di beni e servizi utilizzati all'interno del processo produttivo. L'attività umana può svilupparsi sia nel processo produttivo sia intervenendo sulle decisioni volte al miglior utilizzo dei fattori di produzione. In quest'ultimo caso si chiama amministrazione cioè *"l'attività umana volta alla risoluzione dei problemi di scelta o di convenienza"*¹⁶⁹.

giudicare la convenienza, ma viene riferita ad organi aziendali, al fine di individuarne l'obiettivo economico che correttamente ne esprime la partecipazione al raggiungimento degli obiettivi dell'impresa." AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, 1979, pag. 27

¹⁶⁹ ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.37

L'amministrazione delle aziende traccia tutti i fenomeni aziendali nel divenire della gestione in visione prospettica e consuntiva; offre le basi sistematiche per comprendere le variazioni, gli scostamenti dalle previsioni favorendo decisioni sempre più consapevoli e razionali.

Perciò il processo di amministrazione si articola in quattro fasi intimamente connesse. La prima è l'acquisizione di conoscenze che individua le condizioni interne ed esterne in cui l'impresa si trova ad operare. Segue la fase di assunzione delle decisioni, in cui il soggetto sceglie la soluzione ottimale tra quelle a lui disponibili. Si ha poi la trasmissione degli ordini, che garantisce che le scelte prese siano realizzate. L'ultima fase consiste nel controllo ossia la determinazione, *“preventiva, concomitante e susseguente, dei risultati quantitativi e qualitativi, relativi alle fasi precedenti e che, con azioni di feedback, fornisce elementi di conoscenza per le operazioni successive.”*¹⁷⁰

In letteratura si è soliti scomporre l'amministrazione in tre funzioni amministrative¹⁷¹: la gestione, l'organizzazione e la rilevazione. Le prime due sono già state analizzate nel capitolo primo. Mentre questo capitolo è incentrato sulla rilevazione,¹⁷² ossia gli strumenti logici che permettono di acquisire le informazioni necessarie al controllo dell'impresa.

La rilevazione è *“lo strumento per giungere alla comprensione”*¹⁷³ del fenomeno azienda. *“Nel linguaggio aziendale rilevare, ..., significa prendere nota, registrare per*

¹⁷⁰ ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.37

¹⁷¹ Per funzioni amministrative Ardemani definisce *“..classi di operazioni economiche che sono omogenee in relazione al modo con il quale le medesime operazioni concorrono al raggiungimento del fine dell'impresa”*, ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.38

¹⁷²*“le operazioni di rilevazione hanno per oggetto la produzione, la trasmissione e l'elaborazione dei dati e delle informazioni che alimentano i processi conoscitivi, di comunicazione e di decisione.”* AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Economia Aziendale*, Il Mulino, 1994, pag.135

¹⁷³ ZAPPA G., *Tendenze nuove negli studi di ragioneria*, Istituto Editoriale Scientifico, 1927, pag.31

iscritto l'evento onde dare una corretta e duratura memoria al fatto avvenuto¹⁷⁴. Si potrebbe definire come una modalità codificata di descrizione degli accadimenti aziendali, atta a registrarli e a misurarli per poterli comprendere. Il campo della rilevazione delle quantità di azienda è esteso¹⁷⁵; comprende sia le rilevazioni contabili (es. reddito d'esercizio), sia le rilevazioni extracontabili (es. costo di un servizio) in grado di offrire una gamma di informazioni più di dettaglio, di guidare l'azienda in visione prospettica (es. bilanci preventivi) o di valutare l'impatto di scelte economiche (es. *make or buy*) piuttosto che di indagare il costo di un servizio e il valore creato nel realizzarlo (nelle aziende *profit* solitamente si esprime come margine di contribuzione, nelle aziende *non profit* si traduce come utilità prodotta).

La misurazione del fenomeno, però, va oltre la quantificazione pura e semplice perché in economia aziendale *“il numero, diversamente dalla matematica, non è un simbolo puro, ma è spesso espressione di un fatto soggettivo.”*¹⁷⁶

¹⁷⁴ BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1998, pag.535

¹⁷⁵ A proposito Amaduzzi sosteneva che *“il termine rilevazione è usato per brevità nella sua accezione più lata e comprende pertanto varie fasi del processo della rilevazione, che si attuano in via preventiva, concomitante e consuntiva rispetto ai fatti da rilevare. Tali fasi sono: la determinazione e descrizione qualitativa dei dati, la determinazione delle corrispettive quantità fisiche, l'espressione monetaria di tali quantità ovvero la valutazione, la compilazione dei documenti relativi alla predisposizione ed attuazione delle operazioni, la classificazione e rappresentazione dei dati in conti raccolti in registro in schedari; la composizione di piani, situazioni e bilanci, tabelle, diagrammi, che esprimono la sintesi di rilevazioni di settori per periodi, l'interpretazione dei dati rilevati preventivamente o consuntivamente al fine di accertare la rispondenza o meno dei risultati segnalati a condizioni obiettivi e di equilibrio aziendale”*, AMADUZZI A., *Manuale di contabilità aziendale*, Unione Tipografico Editrice Torinese, 1970, pag.12-13

¹⁷⁶ LEARDINI C., *La misurazione dei risultati aziendali*, Giappichelli Editore, 2009, pag. 27 ed ancora *“ esiste una connessione tra un numero e la misura delle grandezze a cui si applica, ma non la coincidenza dei concetti”* CATTANEO M., *Le misurazione di azienda: aspetti di errore, di indeterminazione, di incertezza*, Giuffrè, 1959, pag.36 ed ancora Mason asseriva che *“la misurazione è l'insieme delle informazioni che guidano il comportamento del dirigente e delle altre persone. Così qualsiasi sistema di misurazione deve essere progettato portando attenzione principalmente agli scopi dell'azienda e dei singoli, ed ai procedimenti mediante i quali questi ultimi assimilano i risultati delle misurazioni ed agiscono in base ad essi.”* MASON R., O., SWAMSON E., B., *Gli indici di valutazioni per le decisioni aziendali*, in *Problemi di Gestione*, anno XI, n.10, Formez, 1979 pag.6

Il numero va, pertanto, interpretato all'interno di un contesto, spesso relativizzato rispetto ad altre misurazioni e viene usato sia per esprimere aspetti quantitativi sia per classificare o attribuire una priorità ad elementi qualitativi del fenomeno.

Un esempio pratico, che consente di chiarire le considerazioni sopra esposte, è offerto, nel sistema sanitario, dall'utilizzo degli indicatori di *performance*. Quelli di *output* mettono in luce l'aspetto quantitativo, vanno a misurare l'efficienza di un processo, quelli di *outcome* rappresentano l'aspetto qualitativo, quindi vanno interpretati per valutare la qualità del servizio reso.

2.3 Programmazione strategica, controllo di direzione e controllo operativo

Accogliendo l'impostazione formulata da Anthony si scompone l'amministrazione in tre momenti: la programmazione strategica, il controllo direzionale e il controllo operativo.

Ogni azienda per poter operare ed effettuare delle scelte deve aver chiaro l'obiettivo a cui tende e la modalità o i punti cardine (programmi) tramite il quale prevede di raggiungerlo. Pertanto l'attività di programmazione strategica *“è il processo attraverso il quale si stabiliscono gli scopi dell'organizzazione e le azioni da adottare per conseguirle.”*

177

La programmazione strategica avviene ad opera dei vertici aziendali ed è l'espressione di progetti di ampio respiro e grande rilevanza. E' colta come una modalità

¹⁷⁷ ANTHONY R., N., GOVINDARAJAN V., MACRÌ, D., M., *Management control system*, McGraw Hill, 2006, pag.5

“razionale e intuitiva”,¹⁷⁸ atta ad affrontare il rischio inteso nella sua accezione negativa, minaccia, e in quella positiva, opportunità. *“Poiché minacce e opportunità non si presentano in modo ordinato e prevedibile, la programmazione non può svolgersi secondo modelli predefiniti e ricorrenti, anzi ha carattere irregolare e per molti aspetti non sistemico.”*¹⁷⁹

Il processo di programmazione strategica è caratterizzato da numerose variabili (finalità, articolazioni, tempi di riferimento e attori) che sono tra loro connesse e legate da relazioni sistemiche.¹⁸⁰

I progetti programmati, per essere realizzati, richiedono una pianificazione di maggior dettaglio, sia temporale che operativa, individuando le più efficienti modalità di impiego delle risorse necessarie ad attuarli.

Il controllo di direzione¹⁸¹ è il processo che favorisce l’implementazione delle strategie influenzando il comportamento dei membri dell’organizzazione ed è attraverso il *“.. quale i manager si accertano che le risorse siano acquisite ed impiegate in modo efficace ed efficiente nel raggiungimento degli obiettivi dell’organizzazione.”*¹⁸² E’ un

¹⁷⁸ ANTHONY R., N., GOVINDARAJAN V., MACRÌ, D., M., *Management control system*, McGraw Hill, 2006, pag.13

¹⁷⁹ ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002, pag.4

¹⁸⁰ AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Economia Aziendale*, Il Mulino, 1994, pag.432 e ancora ARDEMANI E. definisce come *“determinazione sistematica dell’attività”*, ARDEMANI E., *L’impresa*, Giuffrè, 1993, pag.166

¹⁸¹ E’ particolarmente interessante la collocazione che Anthony R., Young D., danno del controllo direzionale sostenendo che *“ la funzione di controllo direzionale investe le decisioni di allocazione delle risorse, e, da questo punto di vista, è governata dai principi di economia. D’altra parte, il controllo direzionale influenza il comportamento dei membri dell’organizzazione e, in tal senso, è governato dai principi di psicologia sociale.”* ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002, pag.4

¹⁸² ANTHONY R., N., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Etas Kompass, 1967, pag. 25 e ancora ARDEMANI E. definisce *“il controllo di direzione è il processo mediante il quale i dirigenti si assicurano che le risorse siano ottenute e usate efficientemente per il raggiungimento degli obiettivi dell’organizzazione”*, *L’impresa*, Giuffrè, 1993, pag.54. Un’ulteriore definizione particolarmente interessante è proposta da Brunetti che sostiene *“Se, da un lato, il controllo di gestione si fonda sugli elementi strutturali, vuoi organizzativi vuoi tecnico contabili,*

processo sistemico, che ha forti legami con la programmazione tanto da renderne *“difficile distinguere precisi confini che separino quello da quella”*¹⁸³ rende dinamica la struttura organizzativa con il ruolo specifico di orientare all’efficacia ed efficienza, razionalizzandone le decisioni aziendali per diminuirne la fascia di scelte e ridurne le incertezze e i rischi connessi.

Il processo di realizzazione della strategia risulta alquanto complesso in quanto traduce un obiettivo in un progetto. Anthony, Macri e Govindarajan in una ricerca hanno dimostrato che il 90% delle organizzazioni falliscono in fase di implementazioni della strategia: perché la strategia non si traduce mai interamente in realtà, o viene snaturata o ancora perché i tempi e i costi previsti risultano sottostimati.¹⁸⁴

Le principali ragioni, che determinano una non coerente implementazione della strategia, sono proprio la complessità e la difficoltà di creare un *continuum* tra programmazione strategica e controllo direzionale¹⁸⁵; in parte connaturate con l’attività in

..., dall’altro, esso si traduce concretamente in un processo che, coinvolgendo i manager, tende ad assicurare che le azioni svolte siano in linea con i risultati voluti, tenuto conto dei vincoli ambientali e d’impresa. L’essenza del controllo di gestione sta proprio in questo assunto che vede nel rapporto biunivoco tra azione e risultati il concreto svolgimento dell’attività direzionale d’impresa.” BRUNETTI G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, FrancoAngeli, 1999, pag. 67. Una definizione più funzionale all’attività svolta attraverso il controllo di direzione è quella proposta da Melara che afferma *“Un sistema di programmazione e controllo consiste in uno strumento a supporto del governo delle aziende proprio per favorire il rispetto delle finalità aziendali ovvero la coerenza tra gli obiettivi che l’azienda si pone e le azioni poste in essere”*, MELARA G., *Il controllo di gestione nelle aziende non profit*, ARACNE, 2006, pag.99.

¹⁸³ BERGAMIN BARBATO M., *Programmazione e controllo in un’ottica strategica*, UTET 1991, pag. 5

¹⁸⁴ ANTHONY R., N., GOVINDARAJAN V., MACRÌ, D., M., *Management control system*, McGraw Hill, 2006, pag.12

¹⁸⁵ *“In sostanza, il modello di pianificazione e controllo, basato sulla classica ripartizione <pianificazione strategica – controllo direzionale – controllo operativo>, se non teorizza quanto meno giustifica una forte autonomia tra momento della scelta e momento della realizzazione della strategia, legittimando, così, una pericolosa divisione tra le azioni aziendali, <interne>, rispetto alle tensioni ambientali <esterne>.* POZZOLI S., *Fattori critici di successo: un’analisi ai fini della strategia e del controllo*, CEDAM, 1996, pag.66

sé e in parte espressione di adozione di strumenti di controllo che non tengono nel giusto rilievo le problematiche strategiche.¹⁸⁶

Il controllo operativo è lo stadio conclusivo in cui la strategia, trasformata in progetto si realizza. Si definisce come *“il processo che assicura che i compiti specifici siano portati a termine in maniera efficace, ..., ed efficiente..”*¹⁸⁷

Aspetto distintivo tra controllo di direzione e quello operativo è che il controllo operativo può non richiedere l'intervento umano, (es. ottimizzazione della gestione delle scorte), mentre il controllo direzionale è essenzialmente comportamentale perché presuppone un'interazione tra soggetti (*manager* – personale, personale di un dipartimento – personale di un altro dipartimento).¹⁸⁸

2.4 Le variabili del Controllo Direzionale

Il controllo direzionale assolve al ruolo di elemento di congiunzione tra “l'idea di business o l'obiettivo” (programmazione strategica) e l'operatività distinta in compiti

¹⁸⁶ *“La separazione di fatto tra pianificazione e controllo è stata accentuata, per altro, dall'impostazione tecnico-contabile adottata che nei sistemi di tipo tradizionale, ha di gran lunga prevalso su altre dimensioni di controllo. Si è venuto così a determinare un'attenzione pressoché esclusiva per gli andamenti di breve andare, togliendo il giusto rilievo alle problematiche strategiche. POZZOLI S., Fattori critici di successo: un'analisi ai fini della strategia e del controllo, CEDAM, 1996, pag.67 e ancora l'autore ribadisce che l'adozione di strumenti e di procedure solitamente inseriti nel controllo strategico possono essere più adeguati all'implementazione della strategia. “A nostro parere, in sostanza, la da più parti lamentata <autonomia> tra pianificazione strategica e controllo di gestione può essere risolta solo creando un elemento di integrazione tra i due meccanismi operativi, elemento di integrazione rappresentato da quell'insieme di strumenti e procedure normalmente fatti rientrare nel <controllo strategico>. POZZOLI S., Fattori critici di successo: un'analisi ai fini della strategia e del controllo, CEDAM, 1996, pag.70*

¹⁸⁷ ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.54

¹⁸⁸ ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002, pag.5

puntuali (controllo operativo) ossia è l'espressione della traduzione del pensiero in possibile e ottimale azione.

Lo spazio assegnato al controllo direzionale è tanto più esteso e ha riflessi tanto più profondi a seconda del campo assegnato alla programmazione strategica e al controllo operativo ed è modellato sulle esigenze dei portatori d'interesse, influenzato dalle caratteristiche del sistema informativo e dall'organizzazione, realizzato secondo le competenze, capacità interne del reparto di controllo direzionale e progettato in base alle peculiarità dell'attività aziendale.

Non esiste una progettazione di controllo direzionale ottimale per ciascuna azienda o settore o gruppo di aziende, va contestualizzata e relativizzata secondo tre variabili principali:

1. caratteristiche del sistema di controllo;
2. vincoli – opportunità interni ed esterni all'azienda;
3. dimensione temporale intesa come evoluzione delle metodologie e strumenti di controllo che vengono via via ricercati ed elaborati.

L'attività svolta all'interno del controllo di direzione è estesa e tendenzialmente viene suddivisa in fasi: programmazione, *budget*, monitoraggio e valutazione. (oggetto di sviluppo nel par. 2.5)

2.4.1 Le caratteristiche del sistema di Controllo Direzionale

Le caratteristiche¹⁸⁹ proprie del controllo direzionale riguardano la raccolta delle informazioni, la loro elaborazione in *report* idonei a consentire agli organi decisori l'espletamento delle loro attività e afferiscono anche a scelte aziendali di più ampio respiro (organizzativo, gestionale) che si interfacciano con l'attività tipica del controllo di direzione.

Le peculiarità del controllo di direzione sono di seguito elencate:

1. articolazione, ossia la numerosità dei livelli d'aggregazione in cui sono raccolte le informazioni economico - finanziarie;
2. rilevanza intesa come la capacità di mettere a disposizione delle unità organizzative le informazioni necessarie per prendere delle decisioni razionali;
3. selettività o meglio il rapporto tra la quantità di informazioni rilevanti e irrilevanti;
4. orientamento cioè la tendenza di privilegiare certi tipi di eventi e informazioni rispetto ad altri;
5. responsabilizzazione formale in quanto tende a guidare e coordinare il comportamento delle unità organizzative attraverso la predefinizione dei loro sotto-obiettivi;

¹⁸⁹ A tal proposito Amigoni specifica che le caratteristiche “*devono avere riguardo al modo con cui in ogni sistema operano i meccanismi di controllo dianzi definiti*”, AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, 1979, pag. 32

6. rigidità procedurale ovvero il disegnare procedure ripetitive per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni;
7. stile di controllo ossia quanto i traguardi sono resi vincolanti per la valutazione dell'operato dell'azienda e dei soggetti che vi operano;
8. prontezza ossia la tempestività espressa dal sistema di controllo nel segnalare ed elaborare le informazioni per gli organi decisori.

E' interessante esaminare come in genere siano diversamente sviluppate queste caratteristiche nelle aziende ospedaliere. (Tab. 2.1)

Tab. 2.1: Caratteristiche del Controllo Direzionale di un'azienda ospedaliera

CARATTERISTICHE	LIVELLO ATTUALE	TENDENZA NEL BREVE
Articolazione	Alta	=
Rilevanza	Alta	=
Selettività	Media	↑
Orientamento	Medio	↑
Responsabilizzazione Formale	Basso	↑
Rigidità procedurale	Medio Basso	↑
Stile di controllo	Basso	↑
Prontezza	Medio Basso	↑

Fonte: ns elaborazione. Legenda dei simboli: = non si prevedono cambiamenti nel breve periodo; ↑ la prospettiva è di un incremento di livello. Se colorate in giallo con tempistiche più estese se in rosso con maggior celerità.

L'articolazione all'interno della struttura ospedaliera è alta, le informazioni che richiedono di essere sviluppate sono articolate per dipartimento, centro di responsabilità, centro di costo, attività, singolo paziente. E' l'attività di finanziamento che impone un dettaglio particolarmente spinto perché le prestazioni sono "remunerate" per DRG.

Anche la rilevanza delle informazioni rese è particolarmente alta, le informazioni che il controllo di direzione mette a disposizione della Direzione e dei dipartimenti sono congrue con la presa delle decisioni. Spesso però l'attività decisoria risente di una negoziazione tra Direzione e Regione e tra Direzione e dipartimento. Il flusso decisorio è più articolato e complesso rispetto alle organizzazioni private.

La selettività, media, risente della necessità di elaborare informazioni e reportistiche per organi di controllo (Corte dei Conti) o per il soggetto economico (Regione) più focalizzati sul rispetto della disposizione normativa o sulla richiesta esterna che sulla effettiva congruenza con le attività prestate. (es. aggregazioni per categorie o altro)

Anche per l'orientamento, medio, il controllo di direzione deve aver particolare cura prima ad espletare tutte le richieste del soggetto economico e della Direzione e, successivamente, affrontare i temi *core* dell'attività.

La responsabilizzazione formale, bassa, è connessa con le politiche di incentivazione del personale e risente di una prassi tipica delle pubbliche amministrazioni di incentivazione a pioggia. Sebbene anche questo aspetto, con l'avvento della riforma Brunetta, stia evolvendo verso una maggiore attenzione per la trasparenza e la responsabilizzazione.

La rigidità procedurale, colta come la capacità interna al controllo di direzione nel raccogliere ed elaborare dati, potrebbe essere alta, il punto di debolezza è rappresentato dalla non sempre completa possibilità di vedere "rispettate" delle procedure condivise con i dipartimenti. E' conseguenza dell'organizzazione burocratica professionale, del sottodimensionamento di alcuni reparti e, in parte, della ancora non completa evoluzione

della figura del professionista da puro medico a *manager*, perciò è stata classificata medio bassa.

Lo stile di controllo, colto nell'accezione di ottenimento di risultato, è basso. La sanità è influenzata dalle politiche di incentivazione adottate nella pubblica amministrazione e ha una dinamica di premiazione anche per la dirigenza che è intimamente connessa con la dinamica politica.

La prontezza, medio bassa, riflette anche i limiti dell'organizzazione del personale e dei sistemi informativi. Ad esempio la Regione Veneto con la DGRV 3140/2010 ha incentivato le organizzazioni sanitarie a potenziare il loro sistema informatico per alleggerire la struttura, velocizzare i tempi di risposta e favorire il monitoraggio delle attività.

2.4.2 Vincoli – opportunità interni ed esterni del Controllo Direzionale

Il *“sistema di controllo risponde all'esigenza del manager di affrontare i problemi che gli derivano dalla complessità interna dell'organizzazione gestita e dalla turbolenza esterna dell'ambiente competitivo”*.¹⁹⁰ Le modalità operative adottate dal controllo di direzione sono influenzate da queste due variabili cruciali:

1. il grado di complessità strutturale dell'impresa e dei suoi rapporti con l'ambiente;

¹⁹⁰ DONNA G., RICCABONI A., *Manuale di controllo di gestione*, IPSOA, 2005, pag.10

2. il grado di dinamismo e discontinuità dell'impresa e dell'ambiente in cui essa opera.

Per il primo punto ci si riferisce al ciclo di produzione e all'articolazione organizzativa. Per ciclo di produzione si intende la gamma, complessità e articolazione dei servizi erogati, le modalità di distribuzione e di erogazione del servizio, le caratteristiche delle tecnologie necessarie, le competenze richieste per l'offerta ed erogazione del servizio. Mentre per l'articolazione organizzativa si intende la numerosità e l'articolazione delle aree di responsabilità, la tipologia di soggetto economico presente, i meccanismi operativi adottati.

Il secondo punto attiene al grado di velocità del cambiamento a cui è soggetta l'azienda in quanto parte di un ambiente dinamico in cui la discontinuità afferisce al grado di prevedibilità delle future evoluzioni. Tanto più un ambiente è dinamico, tanto più l'azienda dovrà essere celere nel mutarsi per meglio rispondere alle esigenze dell'ambiente confrontandosi con le concorrenti. La discontinuità cela un rischio più alto perché, nell'indeterminatezza, può favorire strategie totalmente errate.

Per poter analizzare le variabili sopra esposte nella realtà delle aziende operanti in sanità, si rende necessario¹⁹¹ enunciare le caratteristiche principali delle aziende di erogazione¹⁹²:

¹⁹¹ La distinzione tra azienda profit e non profit è importante all'interno dello studio del controllo di direzione perché come asserisce Anthony R. e Young D., *"Gli studi sulla funzione di controllo sono stati essenzialmente condotti con riferimento all'impresa, ed è in riferimento all'impresa che è stata messa a punto la maggior parte degli strumenti di controllo"* proseguono affermando *"due principi fondamentali che i concetti basilari del controllo sono gli stessi, a prescindere dall'esistenza o meno delle finalità di reddito; dall'altro, che l'essenza di tale finalità comporta alcune rilevanti differenze al momento dell'applicazione dei concetti"* ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw-Hill, 2002, pag.3-4

¹⁹² *"Sono aziende di erogazione quelle aziende finalizzate al consumo, cioè all'impiego di beni e servizi per diretto soddisfacimento dei bisogni umani"* BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet,

1. assenza della finalità di profitto, quindi mancanza di un prezzo negoziato per l'erogazione del servizio e di un termine di paragone da collegare al costo. Nel caso specifico delle aziende sanitarie la salute non è equiparata ad una merce così come ribadito dal dettato costituzionale, pertanto è avulsa da un concetto tipico di prezzo di mercato, al contempo *“un centro di assistenza presenta la medesima esigenza di controllare i costi per cliente”*¹⁹³ analogamente a qualsiasi altra struttura.
2. mercato ridotto, il sistema sanitario opera in un mercato concorrenziale, ma regolamentato (par. 1.5.4);
3. soggetto economico prevalentemente pubblico; ciò implica che l'attività del controllo di direzione rivesta un ruolo più articolato, non solo di efficienza ed efficacia dell'utilizzo delle risorse per l'espletamento dell'attività istituzionale, ma anche di verifica del “buon andamento ed imparzialità” di gestione.¹⁹⁴
4. attività nel settore dei servizi; questo fattore ne incrementa la complessità per l'intangibilità della produzione e per l'impossibilità di standardizzazione. E'

1998, pag.261. Interessante pare anche la definizione fornita dal FINANCIAL ACCOUNTING STANDARD BOARD (FASB) Concept Statement No. 4 in merito alle aziende no profit indicandone i seguenti tratti distintivi, “1) *Receipts of significant amounts of resources from resource providers who do not expect to receive either repayment or economic benefits proportionate to resources provided*; 2) *Operating purposes that are other than to provide goods or services at a profit or profit equivalent*; 3) *Absence of defined ownership interests that can be sold, transferred, or redeemed, or that convey entitlement to share of a residual distribution of resources in the event of liquidation of the organization.*” consultabile sul sito <https://asc.fasb.org> e riportata in DODOR J., GUPTAR R., DANIELS B., *A framework for governmental organizations' balanced scorecard*, Journal of Finance and Accountancy, Vol. 1, Aug., 2009 pag.2

¹⁹³ BURCH J., G., *Contabilità direzionale e controllo di gestione*, Egea, 2000, pag.13

¹⁹⁴ A tal proposito Santesso rilevava che *“Le informazioni ricavate dal sistema di contabilità analitica potrebbero essere usate dalla Corte dei Conti per giudicare l'operato della dirigenza e degli amministrazioni di nomina politica sulla base di dati difficilmente interpretabili dall'esterno, avviando procedimenti di responsabilità di dubbia fondatezza”* BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1998, pag.265

maggiormente difficile quantificare e misurare il servizio reso e valutarne la qualità, in principal modo in ambito sanitario dove il servizio è alla persona ed ha delle implicazioni di lunga durata sulla vita dell'individuo che possono produrre conseguenze a distanza di anni e la cui relazione di causa – effetto non è sempre dimostrabile.

5. il lavoro è il fattore produttivo primario; rappresenta un costo fisso significativo e richiede l'adozione di meccanismi operativi articolati. (par. 1.10)
6. presenza di funzioni esecutive altamente professionalizzate, che comporta spesso l'adesione ai valori tipici della categoria di appartenenza piuttosto che ai valori espressi dall'organizzazione. (par. 1.9)
7. sistema di incentivazione meno spinta verso il raggiungimento degli obiettivi assegnati e incentivi meno sfidanti, con conseguenza di una minor ricerca verso l'efficienza del risultato e più del successo professionale o ad atteggiamenti garantistici. In tal caso il medico effettua sovrabbondanti richieste di esami prima di esprimere una diagnosi per evitare eventuali errori.
8. esistenza di un ricco sistema normativo che regola l'attività pubblica, che ne determina una burocratizzazione e un appesantimento delle attività allo scopo di garantire la verifica della conformità delle azioni compiute con le disposizioni normative.

Tab. 2.2: Vincoli – opportunità interni ed esterni del Controllo Direzionale di un'azienda ospedaliera

CARATTERISTICHE	COMPLESSITA'	DINAMISMO
	Azienda e Ambiente	Azienda e Ambiente
Finalità: no profit	Alta	Bassa
Mercato regolamentato	Medio Alta	Basso
Soggetto economico: pubblico	Alta	Medio
Settore dei servizi	Alta	Medio
Alta professionalizzazione	Alta	Medio
Sistema Incentivazione: poco sfidante	Basso	Medio
Forte impatto normativo	Alta	Medio Alta

Fonte: ns elaborazione.

Come mostra la tab.2.2, la complessità di un'azienda sanitaria è in genere medio alta, solo la componente incentivazione è ancora in fase poco avanzata.

Il dinamismo può essere esaminato distinguendo l'interno e l'esterno. Per dinamismo interno ci si riferisce alle caratteristiche di ricerca di terapie, di prodotti farmaceutici, di innovazione di tecnologie e di macchinari per l'erogazione del servizio sanitario sempre più avanzati e spesso molto costosi.

Mentre il dinamismo esterno riguarda l'ambiente circostante ed è più difficile da valutare. Tenzionalmente il dinamismo proprio dell'amministrazione pubblica è basso, il contesto economico e politico attuale lascia spazio a probabili riforme o a politiche drastiche di contenimento della spesa pubblica e ciò potrebbe creare un forte dinamismo inteso come un punto di discontinuità.

2.4.3 Evoluzione del Controllo Direzionale

Il controllo direzionale offre una base strumentale per la direzione dell'azienda. Nel tempo sia la dimensione "azienda" sia il campo proprio della "direzione" si sono via via evoluti, richiedendo uno sviluppo degli strumenti di controllo e un loro ripensamento.

L'azienda è passata dall'essere analizzata solo in chiave economico-finanziaria a ricevere un esame più globale facendo riferimento anche agli aspetti intangibili che la compongono, al rapporto tra azienda e *stakeholders*, alla relazione tra azienda e ambiente (colto nella sua forma di assetto istituzionale, ma anche di insieme di fornitori e di clienti).

La direzione ha cambiato il campo di azione e le modalità di espletamento dei suoi compiti; non più volta al breve periodo e ai risultati economico finanziari confrontati con uno *standard* quantitativo, ha assunto un ruolo di collegamento e puntuale programmazione della strategia per poi favorirne la realizzazione anche nella dimensione qualitativa, ricercando una visione economica – gestionale di medio e lungo periodo.¹⁹⁵

¹⁹⁵ A tal proposito Lucianetti asseriva che *"Il controllo di gestione tradizionale analizzava gli obiettivi da raggiungere secondo una prospettiva verticale, e verticistica, dell'organizzazione avendo il principale scopo di limitare il proprio ambito di applicazione alla verifica di risultati di natura prettamente economica-finanziaria, quasi esclusivamente orientati al breve periodo e con standard di risultato predeterminati"* LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004, pag.13

Tab.: 2.3 Gli strumenti di controllo: un excursus storico

PERIODO DI ORIGINE	STRUMENTO	OGGETTO	FINALITA'	CRITICITA'
1900	Contabilità Analitica	Costo di prodotto	Decisioni di prezzo; Valutazioni di convenienza	Criteri di attribuzione costi indiretti
1910	Indici economico – finanziari	Analisi di bilancio	Analisi fattori di redditività; Allocazione capitale tra divisioni	Analisi retrospettica e "contabile"
1920	Budget e controllo di gestione	Bilancio programma; Costi standard	Responsabilizzazione economica delle unità organizzative	Qualità degli obiettivi
1930	Centri di profitto e incentivazione economica	Profit sharing; Stock option	Coinvolgimento imprenditoriale del management	Orientamento ai risultati di breve
1950	Capital budgeting	Criteri di valutazione di investimenti	Allocazione del capitale tra progetti	Soggettività degli input di valutazione
1960	Pianificazione a lungo termine	Piano pluriennale	Orientamento al lungo termine; Fattibilità finanziaria delle strategie	Approccio estrapolativo e burocratico
1980	Activity based costing	Costi per processi – attività	Determinazioni costi e redditività per prodotto; Miglioramenti di efficienza	Complessità tecnica
1990	Value based management	Misure di creazione di valore	Responsabilizzazione sul capitale investito e rischio; Bilanciamento breve - lungo termine	Prevalente orientamento finanziario (vs/ mercato dei capitali)
1995	Balanced scorecard	Indicatori multidimensionali di performance	Misurazione, gestione e controllo delle variabili chiave di competitività	Soggettività degli indicatori
2000	Business Intelligence	Sistemi a supporto delle decisioni ad alto contenuto di IT	Simulazione di alternative; Analisi di decisioni strategiche e tattiche	Dominanza della componente tecnica IT

Fonte: Tavola 1.7 DONNA G., RICCABONI A., *Manuale di controllo di gestione*, IPSOA, 2005, pag. 22

Il sistema di controllo direzionale tradizionale è nato nelle aziende manifatturiere orientate alla produzione di massa di beni altamente standardizzati con lo scopo principale dell'incremento del profitto grazie all'efficienza, perseguita attraverso economie di scale e di apprendimento incentrate sul costo. *“Fu in questo periodo che fiorirono tecniche di*

controllo come il cost accounting, i costi standard e la variance analysis e, più tardi, l'analisi economica finanziaria basata su ROI."¹⁹⁶ A seguito di una forte terziarizzazione dell'economia, globalizzazione del mercato e maggior aggressività nella competizione, il focus sull'efficienza non era più sufficiente a rispondere a tutte le esigenze della direzione. Né tanto meno era esaustivo nel valutare l'efficacia della gestione.

Infatti mentre, nel passato, l'efficacia analizzata con il controllo tradizionale, poteva essere mera espressione del risultato d'esercizio, oggi, da sola, non è più in grado di "spiegare", quali fattori (come la qualità del servizio, il rapporto con i clienti, l'immagine aziendale, il rapporto con i fornitori, il capitale umano), e in quanta parte influiscano positivamente o negativamente sull'andamento della gestione.¹⁹⁷

*"La capacità dell'alta direzione di sviluppare una propria abilità nell'interpretare e prevedere il comportamento e la variabilità dei fattori critici di successo è, in parte, condizionata dagli strumenti a disposizione per seguire le performance dell'azienda rispetto alle variabili chiave individuate."*¹⁹⁸

E' per questo che la scelta degli strumenti adottati dal controllo direzionale è in continua evoluzione, si basa su una serie di variabili molto articolate; dipende dal settore,

¹⁹⁶ GUERRINI A., *Strumenti per la valutazione delle performance aziendali*, Giuffrè, 2012, pag.48

¹⁹⁷ " .. le nuove politiche produttive, caratterizzate da una forte spinta all'automazione alla flessibilità, all'innovazione di prodotto e di processo ed al controllo qualitativo, hanno irrigidito la struttura dei costi aziendali, aumentando l'incidenza dei costi indiretti e di struttura. In tali contesti i modelli come il direct costing e l'analisi degli scostamenti perdono, almeno in parte, rilevanza, di momento che essi raggiungono la maggior efficacia segnaletica proprio nell'indagine sui costi variabili". GUERRINI A., *Strumenti per la valutazione delle performance aziendali*, Giuffrè, 2012, pag.50

¹⁹⁸ POZZOLI S., *Fattori critici di successo: un'analisi ai fini della strategia e del controllo*, CEDAM, 1996, pag.84

dal servizio offerto, dall'organizzazione, dal sistema informativo, dal contesto culturale e persino dalle competenze dell'organo decisionale.¹⁹⁹

Gli strumenti sono progettati e utilizzati per elaborare le informazioni a supporto dei processi decisionali e dell'attività di pianificazione e controllo. *“In questo modo il sistema di controllo di gestione risulta essere un sistema informativo finalizzato alla diffusione delle informazioni, una volta che le stesse sono state raccolte, selezionate e organizzate secondo specifici criteri per offrire alla direzione un'ampia visione sulle reali determinanti del valore aziendale.”*²⁰⁰

Nella tab. 2.3 si rappresenta un *excursus* degli strumenti via via utilizzati ed elaborati per affrontare le sempre nuove esigenze dell'azienda e del mercato. Si può notare come ci sia stata una ricerca di informazioni e della loro elaborazione secondo più direttrici: da dati quantitativi economico finanziari a dati qualitativi di processo e di risultato; da informazioni interpretate ed utilizzate ad uso e consumo interno all'azienda a *report* pensati per una comunicazione esterna (mercato borsistico, altri soggetti istituzionali, ecc.), da indici di bilancio, estremamente rigidi, per la loro formulazione, e “razionali”, per l'informazione ottenuta, a indicatori soggettivi che rispondessero a richieste di una platea di soggetti più ampia (clienti, dipendenti, ecc.) e spesso non “tecnica”.

Non esiste un *optimum* di controllo direzionale e spesso è forte la separazione tra la “teoria” e la “pratica”. In ambito accademico, si sono, negli ultimi anni, sviluppati sistemi

¹⁹⁹ In merito Bastia e Farina sostenevano che *“All'incertezza riguardante l'adattamento di un sistema di controllo ad una data impresa, le cui condizioni di specificità si evolvono di continuo, si aggiunge spesso la complessità delle definizioni degli strumenti e delle loro caratteristiche, secondo una logica di rilevanza, cioè di coerenza con una varietà di fruitori posti ai diversi livelli dell'organizzazione, per di più con differenti competenze”* BASTIA P., FARINA E., *Il connubio qualità ed efficienza nel controllo di gestione*, Giappichelli, 1993, pag.19

²⁰⁰ LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004, pag.16

particolarmente avanzati di controllo direzionale che, non trovando una loro facile adozione nelle aziende, tendono ad essere semplificati.²⁰¹

2.4.4 Gli strumenti del Controllo Direzionale previsti dalla normativa

La riforma della sanità ebbe il grande merito di introdurre nelle aziende la contabilità economica-patrimoniale, che rappresenta l'elemento essenziale per ogni tipo di elaborazione analitica.

Gli strumenti di contabilità analitica proposti sono stati invece minimali²⁰². Le disposizioni normative prevedono l'introduzione di una contabilità analitica per centri di costo e per centri di responsabilità. Tali strumenti offrono delle informazioni necessarie a individuare le spese sostenute nell'ambito di un medesimo dipartimento, ma non sufficienti per poter sviluppare una qualsivoglia scelta gestionale o comprensione del peso di alcune attività sull'intero sistema del ciclo produttivo.

La ripartizione per centro di costo (CDC) e di responsabilità (CDR) distingue le voci in costi diretti ed indiretti attribuibili al centro, alcuni dei quali, a seconda dell'analisi in oggetto, può essere opportuno ribaltare, con adeguati indicatori, sui CDC.

Tale ripartizione dà una rappresentazione delle macro voci (personale, materiale sanitario, farmaci, ammortamento mobilio del reparto). Tra i costi diretti la voce del

²⁰¹ A tal proposito Lucianetti faceva notare che *“La progressiva separazione che si è venuta a creare tra gli aspetti teorici e pratici dei sistemi di controllo, accentuata dalla limitata capacità di parte della dottrina di superare l'approccio deduttivo normativo allo studio dell'economia d'azienda, spesso con posizioni troppo avanzate rispetto ai reali bisogni delle aziende, a favore di un approccio maggiormente induttivo, tale da rispondere con maggiore concretezza alle reali necessità del management.”* LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004, pag.37

²⁰² D.LGS 229/99 ART.5, P.5 LETT. D, MODIFICATO DA D.LGS 254 ART.8, C. 3, LETT.G, *“..la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati”.*

personale è quella che incide maggiormente. Tra i costi indiretti oltre ai costi generali (energia elettrica, pulizia, ecc.) andrebbero esaminati anche i costi di ammortamento di macchinari, di manutenzione degli stessi, di servizi resi dal personale di altri CDC, ma richiesti dal dipartimento in questione, e allocati in quota parte sul CDC di destinazione.

In ambito sanitario la complessità dell'attività non favorisce, come in ambito manifatturiero, che individuati determinati parametri (es. lotto di produzione, ore macchina, ecc.), si possa ribaltare, con buona approssimazione, i costi indiretti sui singoli CDC.

Essendo l'attività sanitaria più complessa e più diversificata, richiede l'adozione di sistemi analitici che colgano l'aspetto quantitativo e l'aspetto qualitativo delle prestazioni sanitarie. Le stesse strutture sanitarie hanno avvertito l'esigenza di evolvere il sistema analitico verso strumenti più di dettaglio che gli consentisse di effettuare delle valutazioni più ampie.

Spesso accade che le strutture ospedaliere debbano giustificare alla Regione i loro costi e, al loro interno, la Direzione ne chieda spiegazione ai responsabili di dipartimento. Un caso interessante²⁰³ oggetto di una ricerca svolta dal Dipartimento di Scienze e Metodi dell'Ingegneria della Facoltà di Ingegneria di Reggio Emilia, ha avuto come oggetto la comprensione del perché nel dipartimento di radioterapia di un ospedale il numero di persone curate rilevasse significative variazioni e tendesse ad essere decrescente.

Per poter capire cosa stesse accadendo fu necessario progettare un sistema informativo in grado di tracciare l'*output* effettivo in cui fosse evidente la prestazione erogata. Infine si comprese che l'inserimento nel reparto di un medico con eccellenti competenze nei trattamenti IMRT (*Intensity Modulated Radiation Therapy*) aveva attirato

²⁰³ ANTHONY R., N., GOVINDARAJAN V., MACRÌ, D., M., *Management control system*, McGraw Hill, 2006, pag.451-452

pazienti bisognosi di questa cura. I trattamenti richiesti per IMRT erano più lunghi e quindi l'aumento della composizione di quest'ultimi sul totale aveva spostato il *mix* di prestazione verso tempi maggiori associati ad *output* inferiori.

2.5 La programmazione strategica e il controllo direzionale

L'esistenza di un controllo di direzione efficace e efficiente presuppone la progettazione di un sistema di controllo adeguato e in grado di tradurre la programmazione strategica in progetti (piani²⁰⁴) realizzabili. Pertanto prima di concentrare l'attenzione solo sul controllo di direzione pare indispensabile almeno tratteggiare gli aspetti peculiari della programmazione strategica che ne influenzano non poco la progettazione del controllo direzionale e la scelta degli strumenti adottati.

La programmazione strategica è *“il processo di decisione sugli obiettivi dell'organizzazione, sui loro cambiamenti, sulle risorse da usare per il loro raggiungimento, sulle politiche che devono informare l'acquisizione, l'uso e l'assegnazione di tali risorse.”*

²⁰⁵ Essa pertanto comprende la determinazione sistematica dell'attività proiettata nel futuro e l'adozione degli strumenti idonei per una razionale ed adeguata organizzazione e per un efficiente controllo della concreta attività.

²⁰⁴ *“Il piano consiste in un documento che formalizza la strategia adottata, indicando gli obiettivi e le azioni che da esso devono scaturire. Esso è quindi lo strumento di comunicazione e di attuazione della strategia deliberata, risultando così un mezzo di collegamento tra la fase della formulazione e quella della realizzazione”*, BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1998, pag.442

²⁰⁵ ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993, pag.167 e ancora Santesso asserisce che la programmazione *“può essere definita come quel complesso di supporti, vuoi organizzativi, vuoi tecnico-metodologici, atti a favorire il processo di formulazione e di attuazione delle strategie”*, BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1998, pag.442

La maggior parte delle aziende sanitarie adotta una strategia focalizzata sulla creazione del valore che si basa sulla combinazione della qualità del servizio erogato, della ricerca dell'efficienza dei costi e della sicurezza delle prestazioni.²⁰⁶

Ad oggi gli “approcci” di programmazione strategica principalmente in uso nelle aziende sanitarie sono i seguenti:

1. l'approccio proposto dalla *Design School of Planning* tendente a ricercare un'ottimale combinazione tra le capacità interne dell'organizzazione e le sue possibilità esterne. In tale contesto il principale strumento adottato è la *SWOT analysis*, che si concentra sulla determinazione dei punti di forza, debolezza, opportunità e minaccia dell'azienda.
2. la modalità suggerita dalla *Planning School* che è molto più formale ed è costituita da una programmazione distinta in fasi, *checklist*, modelli e un cronoprogramma. E' un processo di programmazione sviluppato dal CEO e dalla Direzione, molto criticato perché poco condiviso con i reali realizzatori della programmazione. Si concentra sull'individuare alternative strategiche valide derivanti dal raffronto tra ambiente esterno ed azienda, ipotizzando che l'ambiente sia dinamico e turbolento.
3. l'approccio della *Positioning School* che esamina il contesto del piano strategico e determina un *mix* ottimale di posizione in cui collocarsi per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione. Una delle più conosciute strategie di posizione distingue i prodotti – servizi in: *stars*, *dogs*, *cash cow*, *problem children*.

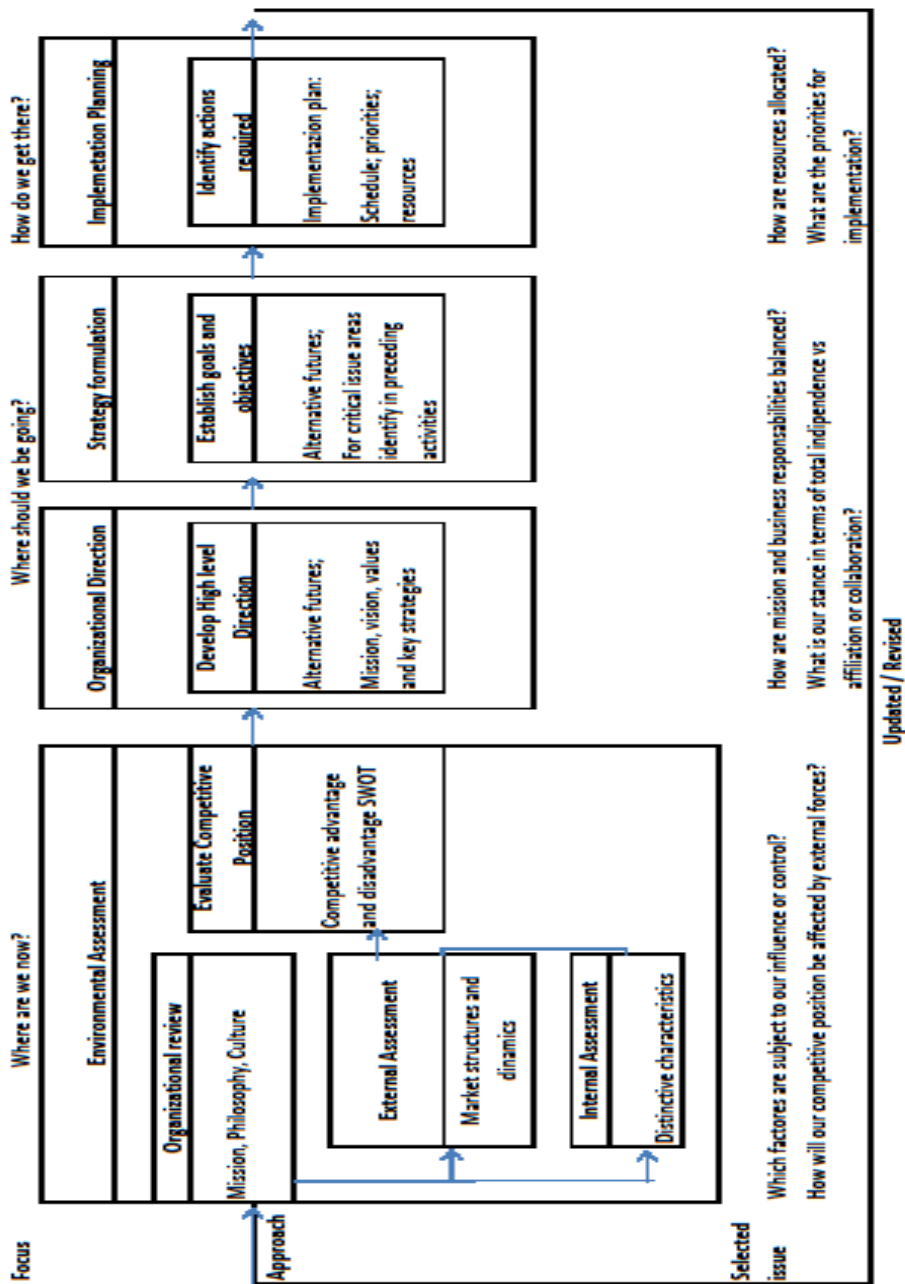
²⁰⁶ MCLAUGHLIN D., B., *Make it happen: effective execution in Healthcare leadership*, Health Administration Press, 2010, pag.10

4. il modello presentato dalla *Learning School* che si basa sul riconoscimento che molte organizzazioni operano in un ambiente complesso e imprevedibile la cui strategia assume la forma di un continuo apprendimento e cambiamento.
5. il sistema, proposto da Alan Zuckerman²⁰⁷ nel 2005 prevede un *template* tradizionale, adottato da differenti realtà sanitarie di successo, distinto in quattro aree: la valutazione dell'ambiente, la direzione organizzativa, la formulazione strategica e l'implementazione della programmazione. (Fig. 2.1)

Le organizzazioni, analizzate nell'operatività, traggono ispirazione da questi modelli personalizzandoli sulle proprie caratteristiche e adottando talvolta un *mix* di modalità che attingono ad approcci differenti. Il modello di Zuckerman è adottato in diverse aziende anche in Italia.

²⁰⁷ ZUCKERMAN A., *Healthcare Strategic Planning*, Health Administration Press, 2005

Fig.2.1: La programmazione strategica proposta da A. Zuckerman



Fonte: ns elaborazione exhibit 2.3 tratta da MCLAUGHLIN D., B., *Make it happen: effective execution in Healthcare leadership*, Health Administration Press, 2010, pag.35

2.6 Il Processo del controllo di direzione

Il controllo di direzione è il processo che si occupa dell'implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità aziendali perseguendole con efficacia ed efficienza.

Come processo il suo divenire è continuo e nel divenire acquisisce conoscenza, che si trasforma in apprendimento e in una continua ottimizzazione del processo stesso. Ossia possiede la caratteristica della retroazione o (*feedback*), esamina i riflessi dei fenomeni per comprenderne le ragioni del loro generarsi nell'ottica di modificarli per raggiungere le finalità aziendali.

Il processo di controllo dipende dall'ambiente esterno ed interno. Per ambiente esterno si comprendono gli *stakeholders* (istituzioni, clienti, fornitori, ecc.), per le aziende sanitarie le istituzioni che impattano, come chiarito nel capitolo primo, sono molteplici sia a livello nazionale che regionale (Stato, Regioni, ecc.). L'ambiente interno è fortemente influenzato dalla struttura organizzativa adottata, dai meccanismi organizzativi, dallo stile di *leadership* e dai sistemi informativi in uso che, con le loro caratteristiche, vincolano non poco l'attività di misurazione, monitoraggio e *reporting* del controllo direzionale.

Il processo di controllo di direzione è in parte informale (si basa su incontri); non oggetto di una descrizione sistematica, e in parte formale. La componente formale si articola in quattro fasi: programmazione, formulazione del *budget*, svolgimento e misurazione dell'attività, *reporting* e valutazione. Le fasi del controllo di direzione costituiscono un circolo chiuso e ricorrente.

*“La programmazione definisce i principali programmi dell’organizzazione.”*²⁰⁸

In questa fase la distinzione tra controllo direzionale e programmazione strategica va assottigliandosi. Quando le decisioni assunte in questa fase sono coerenti con le linee guida della programmazione strategica si tratta di controllo direzionale, quando invece si verifica un ripensamento delle scelte operate durante la strategia, si rientra all’interno della programmazione strategica per poi, nel delinearne i progetti in cui si articola, sfociare nel controllo direzionale.

I programmi formulati generalmente ricoprono più anni, un tipico esempio è rappresentato dal *business plan* per le imprese, o nel bilancio pluriennale preventivo per le aziende pubbliche. In ambito sanitario si assiste alla formulazione del documento di programmazione che copre un triennio.

Segue alla programmazione il processo di *budget*, all’interno del quale i progetti esplosi in archi temporali pluriennali, vengono più puntualmente quantificati e distinti in esercizi di durata annuale.

La formulazione del *budget* si articola su due dimensioni: una temporale, ovvero il passaggio da arco pluriennale ad annuale, l’altra spaziale, ossia il passaggio dal progetto al centro di responsabilità. Il progetto viene inserito nel contesto organizzativo, se ne quantifica il peso attribuibile a ciascun centro di responsabilità, per rendere l’obiettivo, identificato nel progetto, raggiungibile. *“Il processo di formulazione del budget consiste essenzialmente in una negoziazione tra i centri di responsabilità e i livelli inferiori, ..., ha il valore di un impegno bilaterale.”*²⁰⁹

²⁰⁸ ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002, pag.17

²⁰⁹ ANTHONY R., YOUNG D., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002, pag.17

La fase di svolgimento dell'attività attiene alla misurazione dei fenomeni accaduti in azienda e provvede a rilevare se effettivamente le risorse impiegate abbiano consentito di raggiungere i risultati sperati.

L'ultima fase consiste nel *reporting* e valutazione ossia nell'elaborazione delle informazioni contabili, extracontabili, in forma sintetica che, opportunamente esaminate ed indicando le ragioni che hanno ostacolato il perseguimento dei fini proposti.

E' grazie a questa fase che si valuta l'andamento della gestione aziendale, l'operato dei responsabili e soprattutto si creano le basi per il futuro, studiando le ragioni che hanno determinato un fenomeno e cercando con i responsabili ulteriori modalità o possibili soluzioni per impedire che fattori ostativi possano impedire nel futuro il perseguimento degli obiettivi.

2.7 La Balanced Scorecard

Gli strumenti adottati nel controllo di direzione sono molteplici; uno di questi particolarmente innovativo è rappresentato dalla *balanced scorecard* (BSC) o scheda di valutazione bilanciata, che ha segnato il superamento dei sistemi tradizionali, ha creato un *continuum* tra programmazione strategica e controllo direzionale e ha permesso di tracciare e misurare la creazione del valore nelle aziende.

La *balanced scorecard* è uno “*strumento che consente alla Direzione di ottenere un disegno sintetico, ma esauriente della situazione strategica dell'impresa tramite la*

presentazione bilanciata di misuratori sia finanziari che fisico - tecnici, riferiti appunto ad un numero limitato di variabili chiave".²¹⁰

La *balanced scorecard* è lo strumento in uso in molte aziende sanitarie, tra cui l'AOUI (Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata) di Verona ed utilizzato anche nel sistema sanitario inglese.

Nel 1992 Robert Kaplan e David Norton proposero il primo modello di *balanced scorecard*, oggetto di modifiche ed integrazioni negli anni successivi. L'obiettivo era di individuare uno strumento capace di:

1. superare la centralità eccessiva attribuita agli indicatori di natura economica finanziaria;
2. permettere un maggior collegamento tra strategia e controllo direzionale favorendone il perseguimento degli obiettivi;
3. indirizzare la gestione verso obiettivi anche di medio e lungo periodo e non concentrandola solo al breve periodo;
4. creare maggior coerenza e coesione tra la gestione e i sistemi di incentivazione;
5. porre in luce *asset* intangibili, variabili chiave del successo delle organizzazioni.

Ciascun modello di *balanced scorecard* è disegnato sull'azienda ad opera dei vertici aziendali e coinvolgendo i principali *process owners*, spesso sono quest'ultimi ad individuare gli indicatori di *performance*. La *balanced scorecard* ha il merito di favorire la

²¹⁰ POZZOLI S., *Fattori critici di successo: un'analisi ai fini della strategia e del controllo*, CEDAM, 1996, pag.84

comunicazione della strategia all'interno dell'azienda e di perseguirla con attività di monitoraggio costante.

Essendo un modello progettato sulla realtà aziendale, la sua capacità di raggiungere al meglio gli obiettivi funzionali, a cui è preposta, è direttamente connessa con l'abilità di progettazione della Direzione e del Responsabile del Controllo di Direzione. Un esempio particolarmente ben congeniato e conosciuto a livello accademico è rappresentato dalla *balanced scorecard* adottata in Apple.

*“The balanced score card at Apple serves primarily as a planning device, instead of as a control device..., Apple uses the measures to adjust the "long wave" of corporate performance, ... Moreover, the metrics at Apple, .. can be driven both horizontally and vertically into each functional organization. Considered vertically, each individual measure can be broken down into its component parts in order to evaluate how each part contributes to the functioning of the whole. Thought of horizontally, the measures can identify how, for example, design and manufacturing contribute to an area such as customer satisfaction. In addition, Apple has found that its balanced scorecard has helped develop a language of measurable outputs for how to launch and leverage programs.”*²¹¹

In altri esempi oggetto di studio dai due autori si mette in luce come, pur nel tentativo di bilanciare breve – lungo termine e indicatori finanziari e non finanziari, la progettazione della *balanced scorecard* rimanga ancorata su modalità meno spinte, ovvero più tradizionali e meno innovative²¹² ottenendo gradi di efficacia inferiori.

²¹¹ KAPLAN R., NORTON D., *Putting the Balanced Scorecard to work*, Harvard Business School Press, Sept – Oct., 1993, pag.141

²¹² A tal proposito si mise in evidenza come nell'azienda Rexam Customer Europe (RCE) invece di una progettazione ripartita in quattro quadranti, di eguale peso, abbia adottata una modalità di BSC legata alla mission aziendale e poggiata su indicatori di performance pressoché totalmente di natura economico-finanziaria. *“The Kaplan and Norton template was firmly rejected by RCE managers also on the grounds of*

A dimostrazione che una “corretta” e “adeguata” progettazione della BSC dipende molto dalla cultura aziendale che pervade l’organizzazione al suo interno.

2.8 Descrizione della Strategia nella balanced scorecard

Secondo Kaplan e Norton l’esecuzione della strategia ed il conseguente raggiungimento dei risultati voluti è determinato da tre componenti essenziali: la descrizione della strategia, la sua misurazione e la sua gestione. Ovvero secondo i due autori non si può gestire, ciò che non si può misurare, e non si può misurare ciò che non si può descrivere.²¹³

La descrizione della strategia è affrontata nel 2004 dai due autori nel lavoro dal titolo *Strategy Maps* dove introducono il concetto di mappe strategiche.

Le mappe strategiche²¹⁴ sono connesse le une alle altre da relazioni causa – effetto. Ogni azione su un’area produce conseguenze ed effetti visibili sulle altre.

La relazione di casualità tra una mappa strategica e l’altra, espressa unidirezionalmente e non in un approccio sistemico²¹⁵, rappresenta un limite della *balanced scorecard* riconosciuto da diversi autori.

its inadequate fit to RCE culture and business language. Quite simply, they believed it did not suit their needs, felt uncomfortable with it and sought instead a scorecard which conformed to the 21 principles” BUTLER A., LETZA S., NEALE B., *Linking the Balanced Scorecard to strategy*, Long Range Planning, Vol.30, N.2, 1997, pag.253

²¹³ KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard translating strategy into action*, Harvard Business School Press, 1996, pag.47

²¹⁴ Come sostiene Donna “*la caratteristica fondamentale delle mappe strategiche è quella di rendere visibile la direzione che l’azienda intende perseguire*”, DONNA G., RICCABONI A., *Manuale di controllo di gestione*, IPSOA, 2005, pag.566

Come hanno dimostrato numerose ricerche, esistono dei “loop” tra le aree strategiche che vanno tenuti in considerazione²¹⁶. Trascurare questi fattori produce delle problematiche nell’applicazione pratica e ne riducono gli effetti positivi perseguiti.

A ciascuna area strategica si attribuiscono uno o più indicatori di *performance* capaci di individuare i risultati raggiunti, ossia di misurare l’effetto.

L’individuazione degli indicatori e, la loro collocazione all’interno delle aree strategiche, comporta una scelta – *trade off*, che non sempre riesce ad essere ottimale, distorcendo o riducendo, in taluni casi, la comunicazione della strategia e la diffusione delle misurazioni di *performance*. Questo aspetto diminuisce la possibilità del personale (*users*) di identificare e comprendere per quali ragioni alcuni eventi si sono realizzati.²¹⁷

Grazie all’attitudine della *balanced scorecard* di misurare il procedere della realizzazione della strategia, si sostiene che tale sistema abbia la capacità “*di orientare i comportamenti delle persone a perseguire in modo più consapevole gli obiettivi aziendali perseguiti*”²¹⁸. La strategia si traduce in indicatori di *performance* misurabili e quest’ultimi, misurati, diventano lo strumento di gestione.

²¹⁵ “*Measures in the balanced scorecard are placed in a cause and effect chain rather a systemic approach*”, CHYTAS P., GLYKAS M., VALIRIS G., *A proactive balanced scorecard*, International Journal of Information Management, Vol. 31, 2011, pag.461

²¹⁶ A tal proposito si veda CHYTAS P., GLYKAS M., VALIRIS G., *A proactive balanced scorecard*, International Journal of Information Management, Vol. 31, 2011, pag.460-468 e ancora PATEL B., CHAUSSALET T., MILLARD P., *Balancing the NHS balanced scorecard!*, European Journal of Operational Research, 185, 2008, pag. 905–914

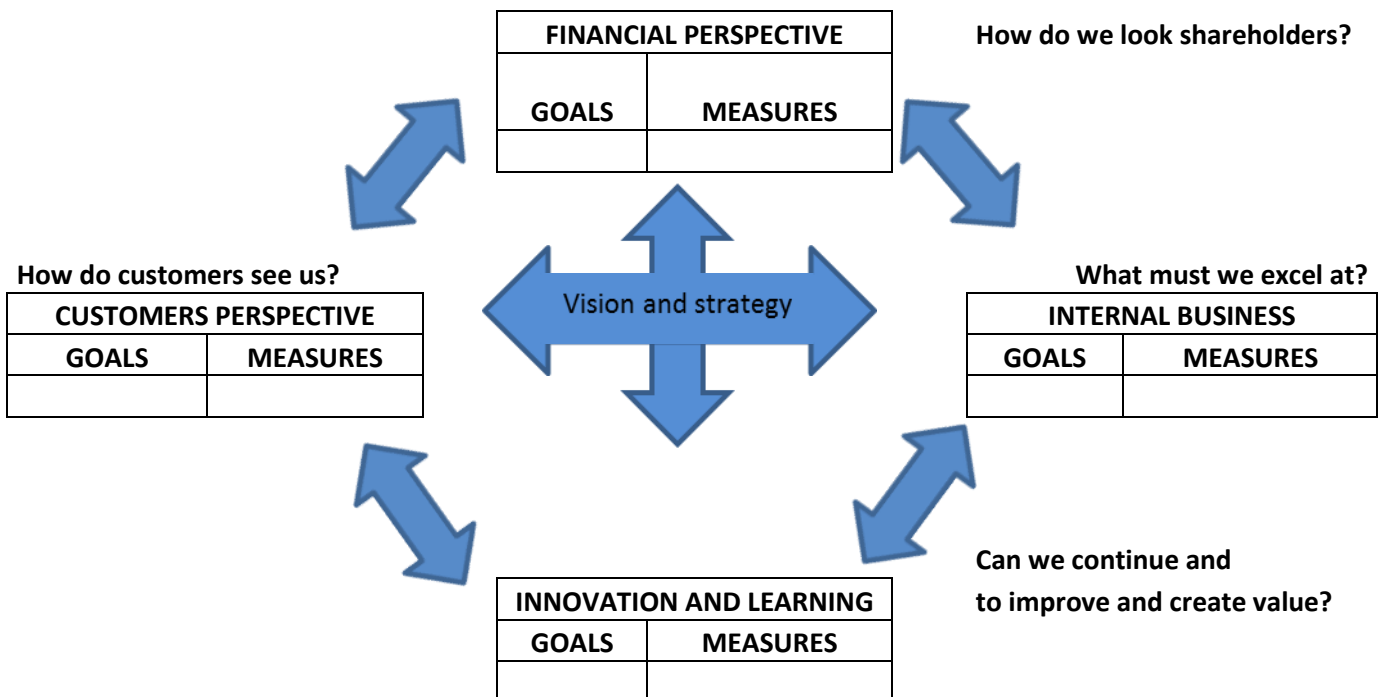
²¹⁷ “*Trade-offs among measures and among the four perspectives are ignored Ignoring the trade-offs among measures as well as among the four perspectives is rather not an efficient approach. By doing so, the communication of strategy and dissemination of performance information is restricted because users are not in position to identify and learn why and how certain things have occurred*”. CHYTAS P., GLYKAS M., VALIRIS G., *A proactive balanced scorecard*, International Journal of Information Management, Vol. 31, 2011, pag.462

²¹⁸ LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004, pag.77

“The scorecard should tell the story of the strategy, starting with the long-run financial objectives, and then linking them to the sequence of the actions that must be taken with financial processes, customer internal processes and finally employees and systems to deliver the desired long-run economic performance.”²¹⁹

Una rappresentazione più chiara della strategia e una sua misurabilità, individuandone gli obiettivi strategici, attraverso le *strategic maps*, consente di creare un punto di riferimento comune all’interno dell’organizzazione e comprensibile a tutte le unità operative e ai dipendenti. Le strategie e gli obiettivi gestionali, ad esse collegate, possono essere descritte e rappresentate attraverso l’utilizzo di quattro distinte aree di esame dette *strategic maps*: i clienti, i processi, l’apprendimento e l’innovazione e i risultati economico finanziari. (Fig.2.2)

Fig. 2.2: Rappresentazione della BALANCED SCORECARD



Fonte: ns elaborazione della rappresentazione di Kaplan R., Norton D., *The balanced scorecard measure that drive performance*, Harvard Business Review, Vol.70, 1992 pag. 79

²¹⁹ KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard translating strategy into action*, Harvard Business School Press, 1996, pag.47

La costruzione del sistema *balanced scorecard* inizia con la definizione delle strategie legate al raggiungimento degli obiettivi economico finanziari, che rappresentano la sintesi, in termini quantitativi monetari, della creazione di valore.

Il generare valore deriva da una maggior marginalità che si traduce come aumento del volume dei ricavi (*focus* della mappa strategica clienti), espresso da maggior fedeltà nell'acquisto della clientela, capacità di attrarre nuovi clienti e ricerca di riduzione dei costi, ovvero ottimizzazione e razionalizzazione dei processi (*focus* della mappa strategica processi interni). Il tutto connesso a indicatori operativi ed economico-finanziari. Fino a questo punto la *balanced scorecard* non pare sottolineare, nel concreto della contabilità direzionale tradizionale, alcuna importante novità.

Il passaggio importante è l'introduzione della mappa strategica chiamata apprendimento e innovazione. In essa il fattore umano è colto come *asset* intangibile grazie al quale il processo interno può essere sempre più migliorato e la qualità del servizio accresciuta, è l'elemento principale su cui si basa la sopravvivenza futura dell'organizzazione.²²⁰

Si ha il riconoscimento che i dipendenti, in genere, sono portatori dell'idea innovativa all'interno dell'azienda ed è tramite un loro coinvolgimento attivo che la strategia ha maggiore probabilità di successo.²²¹ Si supera la concezione del fattore lavoro considerato solo come un costo.

²²⁰ "The innovation, learning, and growth perspective is probably the most important of the four perspectives. This perspective is concerned with the organization maintaining a ready posture for the future." WERNER M., XU F., *Executing Strategy with the Balanced Scorecard*, International Journal of Financial Research, Vol. 3, N. 1, Jan., 2012, pag.91

²²¹ A tal proposito Lucianetti asseriva che "Il fattore umano è ampiamente considerato il driver fondamentale in grado di garantire nel lungo periodo il miglioramento dei livelli di performance dell'organizzazione sia a livello economico che finanziario" LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004, pag.80

In ambito sanitario porre al centro della strategia il professionista è essenziale. Il professionista gode di ampi spazi di discrezionalità per la tipologia di attività svolta, non è possibile standardizzarne alcuna attività e solo il medico è realmente in grado di integrare “adeguatamente” il concetto di efficienza con quello di efficacia (qualità) della prestazione.

2.9 Misurazione della Strategia nella Balanced Scorecard

La misurazione è il cuore di un sistema di controllo direzionale²²². Con la *balanced scorecard* si integrano le misurazioni di natura economico finanziaria con indicatori di *performance* che hanno l'obiettivo di cogliere e rappresentare altri aspetti della gestione (qualità del servizio, fedeltà del cliente, ecc.).

Si tende a inquadrare l'azienda nel suo carattere sistemico e nel suo ruolo istituzionale e sociale. La misurabilità diventa “*multidimensionale*”²²³ per poter sviluppare in *toto* la strategia²²⁴, per offrire risposte più complete alla gestione, per migliorare i processi interni e per diventare un veicolo di comunicazione tra azienda e tutti i propri portatori d'interesse (*stakeholders*) interni (personale) ed esterni (azionisti, istituzioni).

La *balanced scorecard* parte dalla rappresentazione delle quattro *strategic maps* (clienti, processi interni, innovazione e apprendimento, indicatori economico-finanziari) su

²²² “*What you measure is what you get.*” KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.172

²²³ LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004, pag.161

²²⁴ “*Today's managers recognize the impact that measures have on performance. But they rarely think of measurement as an essential part of their strategy*” KAPLAN R., NORTON D., *Putting the Balanced Scorecard to work*, Harvard Business School Press, Sept. – Oct., 1993, pag.134

cui si individuano i fattori critici di successo e a questi ultimi si correlano gli indicatori di performance. “Così la *balanced scorecard* rappresenta la traduzione della missione e della strategia di un’impresa in obiettivi e misure comprensibili, ovvero realizzabili ai vari livelli organizzativi.”²²⁵

Il processo di sviluppo della *balanced scorecard* inizia con l’individuazione per ogni *strategic maps* degli obiettivi, ossia le mete strategiche a cui l’organizzazione tende, prosegue con l’identificazione per ogni obiettivo degli indicatori per misurare il raggiungimento degli obiettivi che sono tradotti in *target* e termina con le iniziative, ossia le attività che si metteranno in atto per raggiungere gli obiettivi.

Questa prospettiva tiene conto di un bilanciamento di obiettivi di breve, medio e lungo termine, traduzione della strategia e punto di svolta rispetto all’interpretazione degli obiettivi tipica del controllo direzionale tradizionale.

Gli indicatori scelti servono a monitorare il valore creato per gli *stakeholders* esterni (clienti, azionisti, fornitori), attraverso l’ottimizzazione e razionalizzazione dei processi gestionali critici, l’innovazione e l’apprendimento interno.

Gli indicatori formulati hanno differente natura. Nella *balanced scorecard* si individuano indicatori di risultato, di tendenza, indicatori economico finanziari.

Gli indicatori di risultato (*outcome*) tracciano gli effetti della strategia, misurano l’effetto di ciò che si è già realizzato e quindi sono *lagging indicators*, mentre gli indicatori di tendenza (*driver*) rilevano i progressi registrati in aree ritenute critiche per l’implementazione della strategia e pertanto si tratta di *leading indicators*. “Indicatori di risultato e indicatori di tendenza sono tra loro strettamente interrelati. Se i primi

²²⁵ DONNA G, *Manuale del Controllo di gestione*, IPSOA, 2005, pag.571

evidenziassero un problema e i secondi rilevassero una corretta implementazione della strategia, allora con grande probabilità la strategia dovrebbe essere modificata, oppure gli indicatori non sarebbero in grado di rappresentarla adeguatamente."²²⁶

La *balanced scorecard* consta anche di indicatori misurati in maniera oggettiva e di indicatori più flessibili, valutati secondo l'interpretazione soggettiva.

La formulazione degli indicatori di *performance* prevede una comunicazione della strategia al personale e una ricerca di coinvolgimento per facilitare l'individuazione dei fattori critici di successo.

Agli indicatori di *performance* è richiesto di possedere le seguenti caratteristiche: affidabili (coerenti, ripetibili, quantificabili), bilanciati (tempi, costi, qualità, innovazione), accessibili (facilmente reperibili, tempestivi, disponibili nel sistema informativo), pertinenti (collegati alla strategia, perseguibili), semplici (pochi, essenziali, facili da spiegare, brevi), dinamici (flessibili, motivanti).²²⁷

Il set di indicatori selezionato non deve essere troppo numeroso, per facilitare la lettura dei dati e una veloce interpretazione. *"a critical test of a scorecard's success is its transparency: from the 15 to 20 scorecard measures, an observer should be able to see through to the business unit's competitive strategy."*²²⁸

I *driver* individuati nella *balanced scorecard* sono: il tempo, la qualità, la flessibilità, il costo, che vengono contestualizzati con la *strategic map* e servono a monitorare e indirizzare la gestione verso l'obiettivo previsto ed espresso nell'indicatore di *performance*.

²²⁶ ANTHONY R., N., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Etas Kompass, 1967, pag. 349

²²⁷ SCANZIANI V., TAVECCHIO M., *Tradurre la vision aziendale in obiettivi strategici e operativi con la Balanced scorecard*, Economia e Management, Vol. 1, 2001, pag. 110

²²⁸ KAPLAN R., NORTON D., *Putting the Balanced Scorecard to work*, Harvard Business School Press, Sept. – Oct., 1993, pag.135

La trattazione diventa più chiara e precisa andando a sviluppare le singole mappe strategiche nel contesto sanitario.

Per la mappa strategica clienti, la *balanced scorecard* funziona richiedendo ai *manager* di individuare i reali aspetti che importano ai clienti e di selezionare gli indicatori che sono in grado di coglierne la realizzazione.²²⁹

Gli stessi autori sostengono che i *driver* collegabili alla mappa strategica clienti sono tendenzialmente quattro: tempo, qualità, prestazione o servizio e costo. Per il tempo enucleano il *lead time* ossia il tempo necessario affinché il bisogno del cliente venga soddisfatto. Nel contesto sanitario il *lead time* è il lasso temporale da quando un soggetto richiede una prestazione a quando quest'ultima gli viene erogata. I tempi di attesa sono un elemento critico in sanità più che in qualsiasi altro tipo di mercato, in quanto riuscire a diagnosticare velocemente una malattia può incidere molto sulla terapia futura da seguire e persino sulla possibilità di guarire del soggetto.

Al contempo lo stato di salute del soggetto o l'avanzamento della malattia influisce non poco sulla modalità di terapia da seguire e quindi sui costi ad essa collegati aumentandoli talvolta in modo esponenziale.

Però il tempo di attesa delle prestazioni è un aspetto a cui la Regione non sta dando particolare priorità. Mentre tale tema è più sentito dai professionisti, (che ne fanno soppesare l'impatto sulla salute dei cittadini), e dalla Direzione, che talvolta, nella scelta di collocazione di risorse scarse, e priva dell'appoggio della Regione, si trova costretta a formulare priorità strategiche non del tutto ottimali per garantire appieno la tutela di salute della collettività.

²²⁹ “*The balanced scorecard demands that managers translate their general mission statement on customer service into specific measures that reflect the factors that really matter to customers.*” KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.173

La qualità della prestazione sanitaria è una variabile avente duplice natura: una collegata alla percezione del cliente²³⁰, l'altra all'oggettivo servizio reso. Tra il paziente e il medico l'asimmetria informativa è solitamente rilevante, per cui la qualità percepita dal cliente trova il fondamento in elementi talvolta accessori del servizio (disponibilità e gentilezza del comparto medico e sanitario, pulizia degli ambienti, caratteristiche della stanza, ecc.), mentre la qualità oggettiva è l'*outcome*, cioè l'esito del servizio che si soppesa con la condizione personale del paziente (complicanze, età, ecc.).

Questo tipo di qualità spesso è tracciabile sino ad un certo punto, ossia sino a quando l'individuo viene dimesso dalla struttura sanitaria. Invece, se l'obiettivo del sistema sanitario nazionale è di mantenere i soggetti in salute o meglio nel benessere fisico, si dovrebbe ragionare su un percorso di tracciabilità delle cure e dell'assistenza definito sul paziente a livello nazionale. Tra l'altro l'esito effettivo di una cura si ha spesso a distanza di anni e la qualità di una assistenza si può ripercuotere in complicanze ed in una successiva necessaria prestazione.

La prestazione in termini sanitari, sebbene non sia standardizzabile, segue delle linee di condotta o metodologie o Protocolli di Diagnosi Assistenza e Cura codificati all'interno del dipartimento e spesso riconducibili a studi medici già sperimentati e accolti come *best practice* dalla categoria medica.

Il costo è la risultante di scelte di assistenza e terapia che dovrebbero bilanciare l'efficacia della prestazione all'efficienza della stessa, definita come appropriatezza della cura.

²³⁰ "Quality measures the defect level of incoming products as perceived and measured by the customer."
KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.175

Il processo interno è il centro nevralgico dell'organizzazione di un'azienda²³¹ e, soprattutto nel contesto sanitario, rappresenta l'ambito principale di possibile ottimizzazione.

E' in esso che l'attività organizzativa e la capacità manageriale della Direzione e dei responsabili di dipartimento possono più incidere sull'attività ordinaria. In ambito sanitario si concretizza con una ricerca di prontezza del servizio, sinergia tra i reparti, codificazione dei protocolli di diagnosi, assistenza e cura.

Ossia una ricerca di ottimizzazione dei processi interni e valorizzazione degli asset interni, individuando quali fattori interni abbiano maggior impatto sulla soddisfazione del bisogno di salute del paziente, come il processo di erogazione del servizio, la qualità delle prestazioni, le competenze del personale e l'efficienza.

L'azienda, grazie allo studio dei processi interni, ha la possibilità di decidere in maniera più consapevole su quali aree intende focalizzare la sua attenzione e diventare punto di eccellenza, scegliendo gli indicatori atti a monitorare i progressi desiderati.²³²

L'esame dei processi interni richiede uno sforzo del personale interno che deve tradurre gli obiettivi in indicatori chiave del processo interno scomposti per livelli inferiori (es. dipartimento). Ciò assicura maggior chiarezza e comunicazione tra *manager* e

²³¹ *"..excellent customer performance derives from processes, decisions, and actions occurring throughout an organization."* KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.176

²³² *"..have the greatest impact on customer satisfaction – factors that affect cycle time, quality, employee skills, and productivity, for example. Companies should also attempt to identify and measure their company's core competencies, the critical technologies needed to ensure continued market leadership. Companies should decide what processes and competencies they must excel at and specify measures for each."* KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.176

personale operativo perché dettagliando l'indicatore per attività si raggiunge il livello operativo colto effettivamente dal personale.²³³

E' essenziale il ruolo svolto dalla struttura informativa, che nel tracciare le singole fasi principali di un'attività è capace di raccogliere le informazioni per formulare le considerazioni economico - finanziarie.²³⁴

L'ultima area riguarda la capacità di innovazione e apprendimento ed è più strettamente connessa con la capacità interna di creare valore, ossia nella capacità di migliorare come singoli e come sistema.

Nell'ambito sanitario è forse l'area in cui meglio si possono apprezzare le potenzialità dell'uso della *balanced scorecard*.

La prestazione ad opera del singolo professionista diventa essa stessa momento di apprendimento continuo per il singolo soggetto, che può divenire un fattore di miglioramento quando da conoscenza circoscritta all'individuo diventa fattore di conoscenza per l'*equipe* e elemento distintivo e di miglioramento dell'intera azienda. I passaggi dall'individuo alla collettività aziendale sono favoriti dalla cultura aziendale, dall'ambiente interno e dal processo di controllo direzionale.

²³³ "To achieve goals on cycle time, quality, productivity, and cost, managers must devise measures that are influenced by employees' actions. Since much of the action takes place at the department and workstation levels, managers need to decompose overall cycle time, quality, product, and cost measures to local levels. That way, the measures link top management's judgment about key internal processes and competencies to the actions taken by individuals that affect overall corporate objectives. This linkage ensures that employees at lower levels in the organization have clear targets for actions, decisions, and improvement activities that will contribute to the company's overall mission." KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.176

²³⁴ "Information systems play an invaluable role in helping managers" KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005, pag.176

2.10 Gestione della Strategia nella *balanced scorecard*

L'ultima fase del modello *balanced scorecard* è la gestione. Ciò che è stato oggetto di strategia, della sua traduzione in misurazione, deve poter essere gestito e monitorato per raggiungere i risultati sperati e cogliere gli insegnamenti che l'attività d'azienda offre nel suo divenire.

A questo proposito Kaplan e Norton nel libro *Strategy Focused Organization* (2000) hanno indicato cinque principi fondamentali che permettono alla strategia di realizzarsi grazie a un completo sviluppo nella gestione.

Il primo riguarda la traduzione della strategia in termini operativi, ossia corrisponde alla corretta ed adeguata formulazione delle *strategic maps* e delle interrelazioni che le uniscono nella creazione del valore. Questa fase consiste anche nel formulare il set di *driver* e di indicatori di *performance* necessari allo sviluppo della strategia.

Il secondo principio attiene ad allineare l'organizzazione alla strategia, ovvero nel creare una strategia a cascata che, partendo dal vertice, trovi la sua articolazione coerente fino al dipartimento o al centro di costo. E' una fase non priva di difficoltà perché talvolta sottende scelte e fasi di negoziazione e di compromesso molto intense.

Il terzo principio consiste nel fare della strategia il lavoro quotidiano, ossia nel pensare alla strategia non solo in alcuni momenti topici dell'esercizio, ma quotidianamente agire e indirizzare le scelte coerentemente con le priorità strategiche individuate, senza che la *routine* possa prendere il sopravvento sulla prospettiva futura. E' una tensione al miglioramento, che non si estingue nel raggiungimento del *target* prefissato, ma ha la sua sintesi più elevata nell'accrescimento di conoscenze, nell'apprendimento e innovazione che incessantemente l'azienda dovrebbe favorire.

Il quarto punto è fare della strategia un processo continuo, quindi misurarne il grado di raggiungimento con elevata periodicità, renderlo parte essenziale della reportistica direzionale.

L'ultimo punto concerne la capacità del *management* di coinvolgere il personale nella realizzazione della strategia e nel favorire che la spinta innovativa pervada a tal punto l'azienda da spingere le risorse a proporre elementi innovativi.

2.11 Vantaggi della *balanced scorecard* in ambito sanitario

In questo paragrafo si richiamano le principali ricerche di utilizzo della *balanced scorecard* in ambito pubblico, talvolta anche locale, e sanitario a livello mondiale.

Si è optato per includere alcune esperienze del mondo pubblico locale e non concentrarsi solo su esperienze del mondo sanitario perché il settore sanitario americano, su cui è stata originariamente progettata la *balanced scorecard* da Kaplan e Norton, risente del principio che la cura è una prestazione alla stregua delle altre (merce) e quindi soggetta a un mercato di libera concorrenza che ne definisce il prezzo.

In quello italiano ed inglese la situazione è diversa, in quanto la salute è considerata un bene oggetto di tutela e sopra ordinata a considerazioni di puro scambio come una qualsiasi altra merce. Questa considerazione cambia le prospettive di applicazione della *balanced scorecard* e quindi i vantaggi ad essa imputabili vanno analizzati sotto un'ottica differente.

Negli ultimi anni, in tutto il mondo, numerose organizzazioni sanitarie hanno adottato la *balanced scorecard*, riconoscendone gli indubbi vantaggi ²³⁵di:

1. indirizzare la strategia più verso il mercato e il paziente;
2. facilitare, monitorare e valutare l'implementazione della strategia;
3. assegnare *accountability* delle *performance* a tutti i livelli della struttura, ossia favorirne una responsabilizzazione e una comunicazione e trasparenza sia interna che esterna;
4. creare un continuo processo di monitoraggio e valutazione (*feedback*) della strategia promuovendo eventuali correzioni per meglio integrarsi alle esigenze del mercato o dell'assetto istituzionale.

In merito al primo vantaggio si devono premettere alcune considerazioni. Le aziende sanitarie non sono particolarmente *market-oriented*, in quanto il mercato in cui operano è regolamentato. Dovrebbero essere *customer-oriented*, ma l'aspetto pare complicato da chi è considerato cliente. Il paziente è l'utente finale del servizio, ma le sue esigenze vengono interpretate, tradotte in priorità dalla Regione e la stessa subisce l'influenza dello Stato nella formulazione degli obiettivi – vincoli a cui è soggetta.

A causa di questa situazione articolata tra soggetti è stata particolarmente interessante e chiarificatrice una ricerca condotta sulla Regione Lombardia.²³⁶

²³⁵“All interview participants, ..., had a well-defined mission, vision and strategy before launching their BSC project.” KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.183

²³⁶LOVAGLIO P., G., VITTADINI G., *The balanced scorecard in health care: a multilevel latent variable approach*, Journal of Modeling in Management, Vol. 7 Iss: 1 pp. 38 - 58, 2012, pag.38-55

Lo studio è andato ad investigare quali relazioni di causa ed effetto esistessero tra le variabili delle mappe strategiche delle aziende ASL e AO appartenenti alla Regione Lombardia.

Il modello di *balanced scorecard* prevede che il termine di ogni relazione di causa ed effetto si traduca in un effetto finale della componente economica finanziaria a cui si tende, ossia, pur incontrando degli effetti intermedi, questi ultimi sfociano alla fine in un risultato economico – finanziario.

La ricerca ha, pertanto, distinto i singoli indicatori per area strategica e ha investigato il rapporto di causa ed effetto esistente tra le aree strategiche e tra queste e l'area economica finanziaria.

Nel caso della struttura ospedaliera si è verificato che incidono sulla componente economico - finanziaria due dimensioni: la componente di soddisfazione del cliente e i processi interni. I processi interni, a loro volta, incidono direttamente sulla componente economica finanziaria e sulla componente della soddisfazione del cliente, ma nessuna dimensione è connessa con la qualità delle prestazioni mediche. *“For hospitals, fruits (financial measures) are directly linked to clinical processes and Patient Satisfaction.”*²³⁷

Nelle ASL invece la relazione è diretta tra qualità delle prestazioni mediche e processi interni e tra processi interni e la dimensione economica. *“For local health agencies, fruits (financial measures) are strongly related to clinical processes (leaves) for which the medical human capital constitutes its unique trunk.”*²³⁸

L'interpretazione formulata per comprendere il fenomeno analizzato, è che le strutture ospedaliere hanno differenze minimali sulla qualità del servizio erogato, pertanto

²³⁷LOVAGLIO P., G., VITTADINI G., *The balanced scorecard in health care: a multilevel latent variable approach*, Journal of Modeling in Management, Vol. 7 Iss: 1 pp. 38 - 58, 2012, pag.54

²³⁸LOVAGLIO P., G., VITTADINI G., *The balanced scorecard in health care: a multilevel latent variable approach*, Journal of Modeling in Management, Vol. 7 Iss: 1 pp. 38 - 58, 2012, pag.54

le dimensioni su cui possono incidere per migliorare l'area economico finanziaria sono l'ottimizzazione dei processi interni e la soddisfazione dei clienti.²³⁹

A livello delle ASL, dove la prospettiva del personale interno e del processo interno è predominante, la strategia si focalizza sulla qualità della cura e sull'ottimizzazione dei processi.²⁴⁰

Pertanto il primo vantaggio di "indirizzare la strategia verso il mercato e il paziente" è raggiunto solo parzialmente (la dimensione qualità delle prestazioni non è totalmente indirizzata).

Invece il secondo obiettivo, ossia "facilitare, monitorare e valutare l'implementazione della strategia" pare completamente ottenuto.

Una ricerca²⁴¹, infatti, ha posto in luce come l'adozione della *balanced scorecard* avvenga essenzialmente in strutture in cui la strategia è già ben definita e implementata, proprio come strumento di sviluppo della stessa e non di formulazione.

Lo sviluppo di un sistema di *balanced scorecard* in una organizzazione sanitaria richiede in media più tempo rispetto ad una organizzazione di altro genere (in cui il tempo

²³⁹ "At the Within level (Hospital) where the "patient" perspective is predominant, constant improvement of clinical processes and ongoing research towards increasing Patient Satisfaction are indispensable conditions for achieving financial results. Statistically, since the differences in medical quality among hospitals are quite minimal, whereas the differences in Patient Satisfaction averages becomes more marked, the improvement of clinical processes has a positive impact on Patient Satisfaction, whereas quality of medical care does not have a causal impact on the other dimensions." LOVAGLIO P., G., VITTADINI G., *The balanced scorecard in health care: a multilevel latent variable approach*, Journal of Modeling in Management, Vol. 7 Iss: 1 pp. 38 - 58, 2012, pag.54

²⁴⁰ "In contrast, at the Between level (Local Health Agencies), where the "employee" perspective and "internal process" are predominant, Local Health Agency strategies are striving to improve financial results by ensuring adequate stock of MCQ and maximizing the performance of clinical processes. Specifically, MCQ constitutes a significant exogenous dimension, exerting a causal impact on the quality of clinical processes, whereas Patient Satisfaction is not causally linked to other dimensions." LOVAGLIO P., G., VITTADINI G., *The balanced scorecard in health care: a multilevel latent variable approach*, Journal of Modeling in Management, Vol. 7 Iss: 1 pp. 38 - 58, 2012, pag.54

²⁴¹ KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.179

medio è di circa due anni), perché necessità di una condivisione più ampia di tutto il personale medico sanitario.

E' quindi condizione necessaria il forte coinvolgimento e la sponsorizzazione della Direzione, che deve far percepire alla struttura come tale strumento sia di giorno in giorno applicabile, favorendone l'uso a livello di dipartimento. I professionisti diventano attori principali della progettazione della *balanced scorecard*, perché ne individuano gli indicatori su cui l'intero sistema di *performance* si baserà, quindi il loro impegno e la loro comprensione sono essenziali.

Il punto di vista dei professionisti è cruciale anche per dare una scala di priorità agli obiettivi, (sebbene in ultima istanza vengano scelti dalla Direzione), e per l'identificazione del rapporto tra causa ed effetto che lega le singole iniziative con la realizzazione degli obiettivi.²⁴²

Proprio per queste caratteristiche, la *balanced scorecard* si basa sulla creazione di un sistema di *performance* che coinvolge il comparto medico sanitario, la cui implementazione è in grado di comunicare, di misurare, di monitorare e valutare il valore creato dalla struttura e la strategia adottata, facilitando il raggiungimento dell'ottimizzazione dei processi e accrescendo le *knowledge* aziendali sulla qualità della cura.

Il terzo vantaggio concerne l'*accountability* delle *performance* sia nell'ambiente interno che esterno. *"the BSC has the potential to improve transparency and*

²⁴²KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.192

accountability, and it could be used as the basis of reporting to central government or to the public."²⁴³

La principale motivazione, che spinge le strutture sanitarie all'adozione della *balanced scorecard*, consiste nella capacità di dare una risposta proattiva verso le forze esterne²⁴⁴ (vincoli economici –finanziari, mercato, competizione, tecnologie). Sebbene attualmente, nel sistema sanitario italiano, poche strutture hanno implementato la *balanced scorecard* come strumento direzionale.

L'ultimo vantaggio della *balanced scorecard* consiste nel creare un "continuo processo di monitoraggio e valutazione della strategia" anche favorendo il "confronto tra le organizzazioni sanitarie".

Il processo di predisposizione di un sistema di *balanced scorecard* si fonda sulla costante ricerca di verifica se la strategia seguita sia la migliore rispetto alle tendenze del mercato e alle altre forze esterne da considerarsi; ciò implica non solo una rivisitazione della strategia in sé, ma anche di tutti gli indicatori che potrebbero divenire obsoleti.²⁴⁵

E' tramite questo approccio di continuo monitoraggio, integrazione della strategia, implementazione della stessa con un sistema di *performance* adeguato che la struttura si innova e apprende.

²⁴³ NORTHCOTT D., TAULAPAPA T., M., *Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations: Issues and challenges*, International Journal of Public Sector Management, Vol. 25 Iss: 3 pp. 166, 2012, pag.175 ed ancora sostengono che "As governments have demanded greater transparency and accountability in regard to the use of public funds, public sector organizations have turned to private sector performance management practices as potential means of improving and demonstrating their own performance and accountability". NORTHCOTT D., TAULAPAPA T., M., *Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations: Issues and challenges*, International Journal of Public Sector Management, Vol. 25 Iss: 3 pp. 166, 2012, pag.167

²⁴⁴"The organizations adopted BSC as a proactive response to external forces.." KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.183

²⁴⁵"..the scorecard should never sleep; it should be continually evolving and adjusting with new strategies." KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.187

I risultati ottenuti da una ricerca condotta su 9 aziende ospedaliere, che adottavano la *balanced scorecard* da almeno due anni, ha dimostrato che dopo il suo utilizzo la condizione economica finanziaria è migliorata per il 76% delle strutture e, per 64% delle stesse, è migliorata l'individuazione degli indicatori di *performance*.²⁴⁶

La *balanced scorecard* favorisce anche il confronto tra le strutture sanitarie. A tal proposito è stata particolarmente interessante una ricerca che ha coinvolto due ospedali aventi caratteristiche simili (attività di assistenza, cura e ricerca, numero di posti letto, tipologia e strutturazione dei medesimi dipartimenti con caratteristiche comuni, rapporto tra numero di medici e sanitari per paziente simile) ma collocati uno in Giappone, l'altro in Cina.²⁴⁷

I risultati ottenuti dalla ricerca hanno messo in luce come le due strutture si siano focalizzate su strategie differenti. Quello cinese ha massimizzato l'efficienza interna e i risultati economico finanziari, in risposta della forte competizione tra ospedali pubblici (i finanziamenti dello Stato sono pochi), a discapito dei tempi di attesa per i pazienti, e ha optato per una strategia tesa verso il breve periodo.²⁴⁸

²⁴⁶KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.192 e ancora Kaplan sostiene “..the scorecard should never sleep; it should be continually evolving and adjusting with new strategies.” KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002, pag.187

²⁴⁷Per meglio inquadrare la ricerca si ritiene necessario contestualizzarla. I sistemi sanitari dei due Paesi differiscono: quello giapponese è un sistema sanitario con assicurazione pubblica nazionale (public contract model) offre una copertura su tutta la popolazione simile a quello italiano. Quello cinese offre un'assistenza come assicurazione nazionale, ma è stato stimato nel 1998 che il 44% dei cittadini abitanti in zona urbana non sono coperti da alcun servizio sanitario e che 87% dei residenti in zona rurale devono pagarsi le spese sanitarie, quindi molto più simile al sistema statunitense. Altra differenza essenziale riguarda l'attribuzione qualitativa dei due sistemi sanitari a livello internazionale. Secondo la classificazione proposta dal WHO nel 2000 sulla qualità dei sistemi sanitari in 191 Paesi, il Giappone si trova tra i primi posti, mentre la Cina detiene la 144. CHEN X., YAMAUCHI K., KATO K., NISHIMURA A., ITO K., *Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese Hospital performance*, Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 Iss: 4 pp. 339 - 350, 2006, pag.339-341

²⁴⁸“Hospital managers in China seem to have concentrated on gaining more short-term benefits, which meant long-term developments were ignored. The latter may explain the lower medical research and the smaller number of published academic papers”. CHEN X., YAMAUCHI K., KATO K., NISHIMURA A., ITO K., *Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese Hospital performance*, Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 Iss: 4 pp. 339 - 350, 2006, pag.347

L'ospedale giapponese, invece, ha mostrato aree di miglioramento nell'ottimizzazione dei processi interni e nella riduzione dell'inefficienze gestionali, ma un maggior *focus* per il paziente con la realizzazione di un efficiente sistema di liste di attesa e l'adozione di una strategia tesa al medio lungo periodo.²⁴⁹

²⁴⁹ CHEN X., YAMAUCHI K., KATO K., NISHIMURA A., ITO K., *Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese Hospital performance*, Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 Iss: 4 pp. 339 - 350, 2006, pag.347

CAPITOLO III

IL CONTROLLO DI DIREZIONE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA (AOUI) DI VERONA

SOMMARIO: 3.1 Introduzione - 3.2 Presentazione dell'azienda e del suo contesto – 3.2.1 *Presentazione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona a livello aziendale* - 3.2.2 *Il Veneto nel quadro nazionale* – 3.2.3 *L'azienda nel quadro regionale* - 3.3 **Struttura Organizzativa e Sistema Informativo** - 3.3.1 *Struttura Organizzativa a livello aziendale*- 3.3.2 *Struttura Organizzativa a livello di dipartimento*- 3.3.3 *Sistema Informativo* - 3.4 **Il Processo di Controllo di Direzione** - 3.5 **Programmazione: missione e capacità interne** - 3.6 **Programmazione: aspetti istituzionali e vincoli** – 3.6.1 *Riduzione dei posti letto* – 3.6.2 *Riduzione della spesa del personale* – 3.6.3 *Partecipazione al costo dei cittadini esenti* - 3.6.4 *Tetto di spesa per l'acquisto di farmaci e materiale sanitario* – 3.6.5 *Autorizzazione del CRITE per gli investimenti* – 3.6.6 *Identificazione dei criteri di valutazione dei DG* - 3.7 **Programmazione: priorità** – 3.7.1 *Priorità: sviluppare l'organizzazione per intensità di cura* – 3.7.2 *Priorità: riorganizzare le attività erogate su due sedi* – 3.7.3 *Priorità: sviluppare modalità alternative RO e migliorare l'appropriatezza della cura* – 3.7.4 *Priorità: riorganizzare l'area geriatrica* – 3.7.5 *Priorità: informatizzare la cartella clinica* – 3.7.6 *Priorità: processo di budget e valutazione degli indicatori di esito* – 3.7.7 *Priorità: promuovere il fund raising* – 3.7.8 *Priorità: costruzione del padiglione Bambino Donna* - 3.8 **Programmazione: priorità per DAI e DAT** - 3.9 **Il processo di Budget** - 3.10 **La programmazione del DAI X-** 3.11 **Il Quadrante** – 3.11.1 *Il Quadrante: Classe Attività* – 3.11.2 *Il Quadrante: Classe Risorse* – 3.11.3 *Il Quadrante: Classe Qualità Professionale* – 3.11.4 *Il Quadrante: Classe Qualità Percepita* – 3.12 **Una nuova balanced scorecard proposta per l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona** – 3.12.1 *Il Nuovo Quadrante* – 3.12.2 *Gli obiettivi aziendali e le aree strategiche* – 3.12.3 *Lo sviluppo degli obiettivi aziendali e degli indicatori*

3.1 Introduzione

Questo capitolo è frutto di una ricerca svolta in collaborazione con la Direzione Sanitaria e il Servizio del Controllo di Gestione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, a cui si deve molta gratitudine per la disponibilità e la cortesia.

Il cuore del capitolo è l'analisi dello strumento di BSC (*Balanced ScoreCard*) introdotto in azienda dal 2010 e la proposta di una *balanced scorecard* modificata e integrata con alcuni obiettivi e KPI (*Key Performance Indicator*).

Presupposto ritenuto essenziale per apprezzare lo strumento di *budget* analizzato, è stata l'articolazione del lavoro nelle fasi sotto elencate:

- la presentazione dell'azienda sviluppata in un confronto regionale e nazionale (par. 3.2);
- la descrizione per massimi sistemi della struttura e del processo di controllo (par. 3.3 – par. 3.4 – par. 3.5);
- lo sviluppo della programmazione strategica in azienda (par. 3.6);
- una breve presentazione del processo di *budget*.

Da ultimo (par.3.11) si esamina la *balanced scorecard* adottata dall'azienda e (par. 3.12) si presenta e propone una *balanced scorecard* con una nuova struttura e integrata con nuovi indicatori.

3.2 Presentazione dell'azienda e del suo contesto

La presentazione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona si sviluppa in una prima parte connessa all'azienda e alla dimensione dell'attività gestita; in una seconda parte in cui si analizza il contesto regionale confrontato a livello nazionale ed infine un'ultima parte che si focalizza sul confronto con la azienda ospedaliera di Padova.

3.2.1 Presentazione dell'azienda

L'azienda ospedaliera universitaria integrata (AOUI) di Verona è una realtà di eccellenza riconosciuta a livello nazionale quale centro sanitario ad alta specialità. *“E' ente in cui professionisti medici e sanitari lavorano per migliorare la salute nel più ampio rispetto della persona assicurando:*

- *alta specializzazione nell'assistenza sanitaria;*
- *ricerca sanitaria e ricerca nel campo della organizzazione e gestione dei servizi assistenziali;*
- *trasmissione e diffusione della cultura e delle conoscenze scientifiche in tema di diagnosi e cura, nonché di riabilitazione e prevenzione.”*²⁵⁰

L'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, come previsto dal D. Lgs 517/99 art.2, c. 3 è caratterizzata nel combinare l'attività formativa e di ricerca universitaria con l'attività assistenziale ospedaliera realizzando un *“modello aziendale unico di azienda ospedaliero – università”* dotato di autonomia giuridica.

Pur avendo le aziende ospedaliere universitarie integrate specificità proprie²⁵¹, le modalità organizzative e gestionali di tali aziende sono disciplinate dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come disposto dal D. Lgs. 517/99 art. 7²⁵² e art. 8.²⁵³

²⁵⁰ DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, *Atto Aziendale*, art.3, c.1

²⁵¹ Le aziende ospedaliere universitarie integrate, a seguito della riforma del D.Lgs. 517/99, sono realtà in cui si tende all'integrazione fra assistenza-didattica-ricerca, considerata il reale valore aggiunto della Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata. L'attività organizzativa e gestionale di un'azienda ospedaliera universitaria integrata è resa più complessa, in quanto le due istituzioni: Ospedale ed Università, mantengono le loro specificità normative, contrattuali e valoriali ed i servizi tecnico-amministrativi delle due istituzioni sono separati. Nel corso del presente lavoro non si approfondirà il tema dell'integrazione delle

Pertanto, così come già descritto nel capitolo primo per le aziende ospedaliere, anche l'azienda ospedaliera universitaria integrata rispetta i seguenti requisiti di prestazione sanitaria²⁵⁴:

1. presenza di almeno tre unità di alta specialità;
2. dipartimento di emergenza di secondo livello;
3. ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
4. attività di ricovero in degenza ordinaria di cittadini fuori regione superiore del 10% rispetto al valore medio regionale conteggiato sull'ultimo triennio;
5. indice di complessità della casistica trattata del 20% superiore rispetto al valore medio triennale regionale.

L'azienda di Verona rispetta ampiamente tutti i requisiti richiesti ed è organizzata su due sedi: l'ospedale civile maggiore di Borgo Trento e l'ospedale policlinico "Gian Battista Rossi" di Borgo Roma.

"due istituzioni" (università-ospedale), ma si valuterà le modalità organizzative e gestionali stabilite dalla Direzione per la valutazione e gestione delle *performance* inserite nel Controllo Direzionale

²⁵² "Le aziende ospedaliere integrate con l'università di cui al comma 2, lettera b), sono costituite secondo il procedimento previsto nell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; la proposta regionale è formulata d'intesa con l'università. Le modalità organizzative e gestionali di tali aziende sono disciplinate dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto." D.LGS 517/99 ART.7

²⁵³ "Le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, lettera a) sono costituite, con autonoma personalità giuridica, dall'università, d'intesa con la regione, ed operano secondo modalità organizzative e gestionali determinate dall'azienda in analogia alle disposizioni degli articoli 3, 3-bis, 3-ter e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto.." D.LGS 517/99 ART.8

²⁵⁴ D.LGS 502/92 ART.4, C.1-BIS

Nel 2012 i dipendenti sono circa 5.007 FTE (*full time equivalent*) e 1.074 dipendenti con contratti atipici. Quelli operanti in ambito sanitario rappresentano circa il 72% a cui vanno aggiunti altri 1.000 soggetti (circa il 16%) non inquadrati come personale di struttura (specializzandi, ecc.). Le UU.OO. (Unità Operative), raggruppate in DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata) afferenti alla Direzione sanitaria, sono 84, di cui 78 certificate ISO 9001:2008 e 6 in fase di certificazione. La certificazione attesta le migliori garanzie di appropriatezza della cura e di efficacia.

I servizi, raggruppati in DAT (Dipartimenti Area Amministrativa e Tecnica) sono 16 e sono articolati in *staff* al Direttore Generale e Direttore Amministrativo, tra questi 14 sono certificati ISO 9001:2008.

All'interno dell'organizzazione si svolgono attività di eccellenza come trapianti, neurochirurgia, chirurgia toracica, centro ustioni e oncoematologia oltre a specialità mediche e chirurgiche. Si effettuano visite mediche specialistiche e prestazioni diagnostico strumentali e di laboratorio.

L'attività sanitaria garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza e di emergenza attraverso il Pronto Soccorso. Come centro ad alta specialità con eccellenze sanitarie, attrae molti pazienti da fuori Regione: circa il 14,3% dei RO (ricovero ordinario) e il 14,6% dei DH (*day hospital*) nel 2011. In media l'attività giornaliera dell'azienda ospedaliera universitaria integrata consta delle attività descritte nella tab. 3.1, a cui vanno aggiunti trapianti di fegato, rene, midollo e cuore, che, per il 2010, sono stati 194.

Tab.: 3.1 Attività Media Giornaliera AOUI di Verona

Anno 2010 – Valori medi giornalieri
<i>1.150 pazienti degenti in ricovero ordinario</i>
<i>100 interventi chirurgici</i>
<i>280 accessi al Day Hospital</i>
<i>400 accessi dal Pronto Soccorso</i>
<i>3.000 pazienti ambulatoriali</i>
<i>10 parti</i>
<i>1.082 prestazioni erogate in Pronto Soccorso</i>
<i>185 malati sottoposti a dialisi</i>
<i>12 pazienti ricoverati in Terapia Intensiva</i>

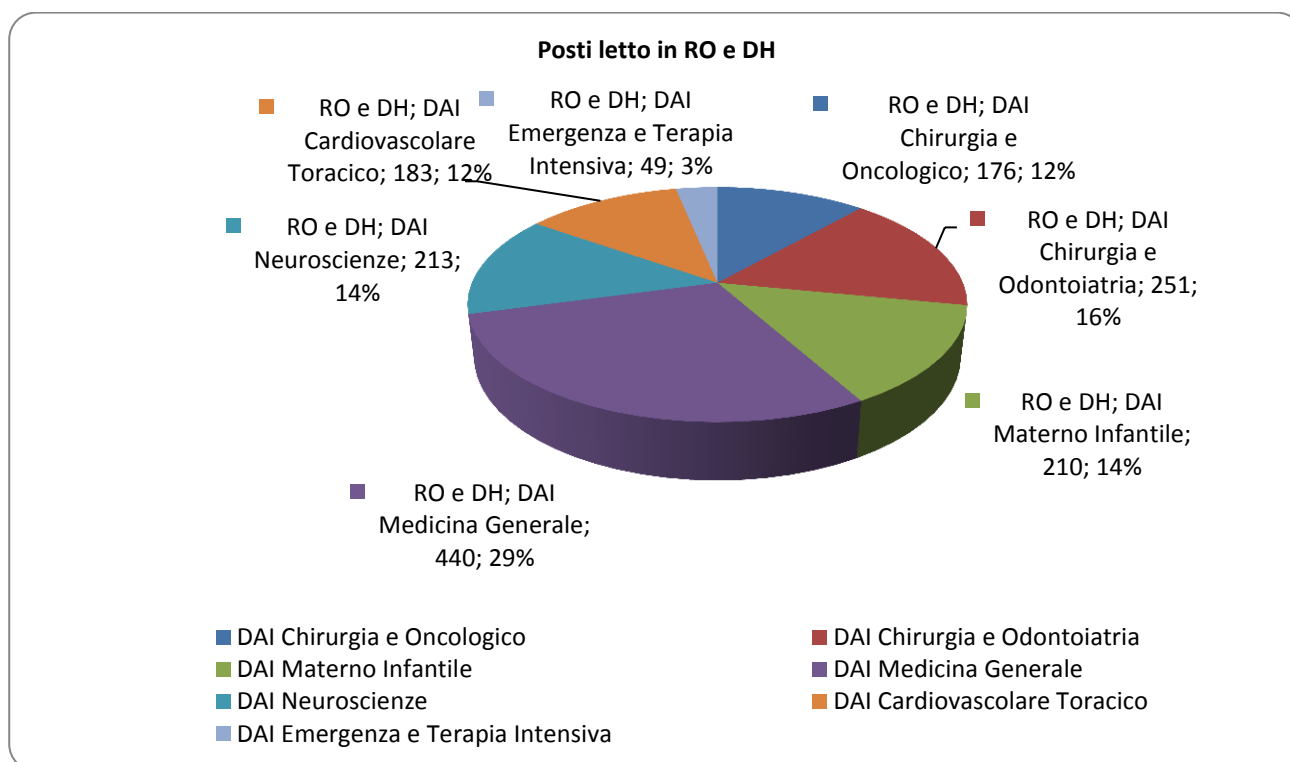
Fonte: Documento di Programmazione AOUI di Verona anno 2012-2014

I posti letto per ricovero ordinario sono stati 1.391, mentre i posti letto per *day hospital* 131 nel 2010.

La figura 3.1 indica la composizione, all'interno dell'ospedale, dei posti letto in ricovero ordinario e *day hospital* per dipartimento. Il dipartimento con più dotazione di posti letto è la medicina generale, a seguire la chirurgia e odontoiatria e, con variazioni non troppo elevate, gli altri dipartimenti ad eccezione del dipartimento di emergenza e terapia intensiva.

Nel corso degli ultimi dieci anni la politica aziendale adottata, anche per previsioni normative della Regione²⁵⁵, è stata volta alla riduzione del ricovero ordinario per una redistribuzione delle risorse verso i *day hospital* e l'AMID (Ambulatorio Integrato Diagnostico). Questo ha favorito una riduzione della spesa senza danneggiare l'efficacia della prestazione e la cura del paziente. La riorganizzazione è stata mirata verso quei servizi ospedalieri che meglio si adattavano a una simile modalità di somministrazione della prestazione (es. terapia di chemioterapia e chirurgia ortopedica)

Fig.3.1: Posti letto in ricovero ordinario (RO) e Day Hospital (DH)



Fonte: Ns elaborazione dati del Documento di Programmazione dell'AOU di Verona 2012-2014. Legenda: La percentuale riportata indica il rapporto tra i posti letto DAI e i totali posti letto della struttura

²⁵⁵ A tal proposito ci si riferisce alle schede di dotazione sanitaria che “definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle aziende ULSS, dell'Istituto oncologico veneto (IOV), delle aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate, indicano l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura in unità complessa e semplice a valenza dipartimentale e il setting ordinario, diurno o ambulatoriale, intendendosi per ordinario il ricovero organizzato sulle ventiquattro ore.” L. R. 23/2012 ART.9

Tab. 3.2: rapporto (DH/RO) dei posti letto per DAI

DAI	% DH/RO
DAI Chirurgia e Oncologico	22%
DAI Chirurgia e Odontoiatria	13%
DAI Materno Infantile	8%
DAI Medicina Generale	8%
DAI Neuroscienze	5%
DAI Cardiovascolare Toracico	5%
DAI Emergenza e Terapia Intensiva	2%

Fonte: Ns elaborazione dati del Documento di Programmazione dell'AOU di Verona 2012-2014

Ogni dipartimento ha proprie specificità, che possono favorire o meno il passaggio dell'assistenza da ricovero ordinario a *day hospital*. L'obiettivo perseguito è sempre la cura più appropriata per la patologia curata e come mostra tab 3.2, esistono differenziazioni notevoli tra dipartimenti ad attività integrata, giustificate dalla presenza di determinate terapie che meglio si prestano a una prestazione ambulatoriale rispetto ad altre.

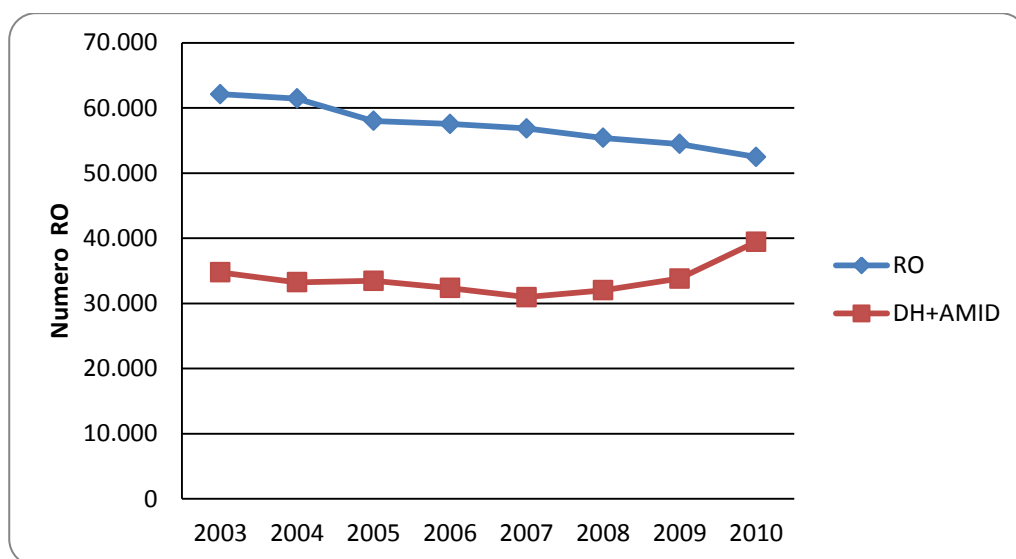
Per esempio le chemioterapie vengono solitamente effettuate in *day hospital* e quindi il DAI (Dipartimento ad Attività Integrata) Chirurgia e Oncologia arriva a riservare per il *day hospital* il 22% dei posti letto. Situazione opposta si nota nel reparto Emergenza e Terapia Intensiva con un dato che si assesta sul 2%.

Il *day hospital* non è l'unica variabile da considerare in rapporto al ricovero ordinario, l'altra dimensione da analizzare è costituita dall'AMID (Ambulatorio Integrato Diagnostico); il rapporto tra RO (ricovero ordinario) e DH+AMID (day hospital+ambulatorio integrato diagnostico) consente di valutare quanta parte dell'attività di assistenza sia stata riqualficata verso una cura esclusivamente giornaliera.

La figura 3.2 evidenzia che, per quanto il distacco tra RO e DH+AMID sia ancora molto alto (DH+AMID sono circa 43% del totale nel 2010), nel corso di 7 anni si sono avuti notevoli miglioramenti con un tasso di incremento pari a circa 13%. Gli sforzi compiuti

dall'intera struttura hanno permesso di ridurre i posti letto assicurando l'assistenza al pressoché medesimo numero di pazienti e garantendo la qualità della prestazione. Ciò ha implicato un intenso lavoro di riorganizzazione delle attività assistenziali, degli spazi e dei turni di lavoro e ha rappresentato un minor costo sostenuto dall'ospedale nell'erogazione delle cure.

Fig.3.2 Trend RO e DH+AMID



Fonte: ns elaborazione del Documento di Programmazione dell'AOUI di Verona 2012-2014

L'attività svolta dall'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona non è comprensiva di solo cura e assistenza: l'altra anima²⁵⁶ dell'azienda è rappresentata dalla struttura universitaria che richiama 4.200 studenti di medicina e di scuole infermieristiche.

²⁵⁶ "L'azienda ospedaliera universitaria integrata è luogo dove la cura del paziente coniuga il momento di un processo completo e soddisfacente per chi vi è assistito e per chi vi opera, con il massimo risultato del sapere medico e di qualità della formazione dei nuovi medici, specialisti e personale sanitario. E', altresì occasione per la ricerca di modelli organizzativi in campo sanitario rispettosi della dignità del paziente e del lavoratore sostenibili per il sistema e utilmente e facilmente ripetibili", DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, Atto Aziendale, art.3, c.1

Il rapporto tra personale strutturato sanitario e numerosità degli studenti operanti è quasi pari a 1:1. E' una realtà viva e solida, a cui è assegnato il compito, nella sua veste di università, di formare non solo professionalmente, ma anche “managerialmente” ed eticamente i futuri professionisti.

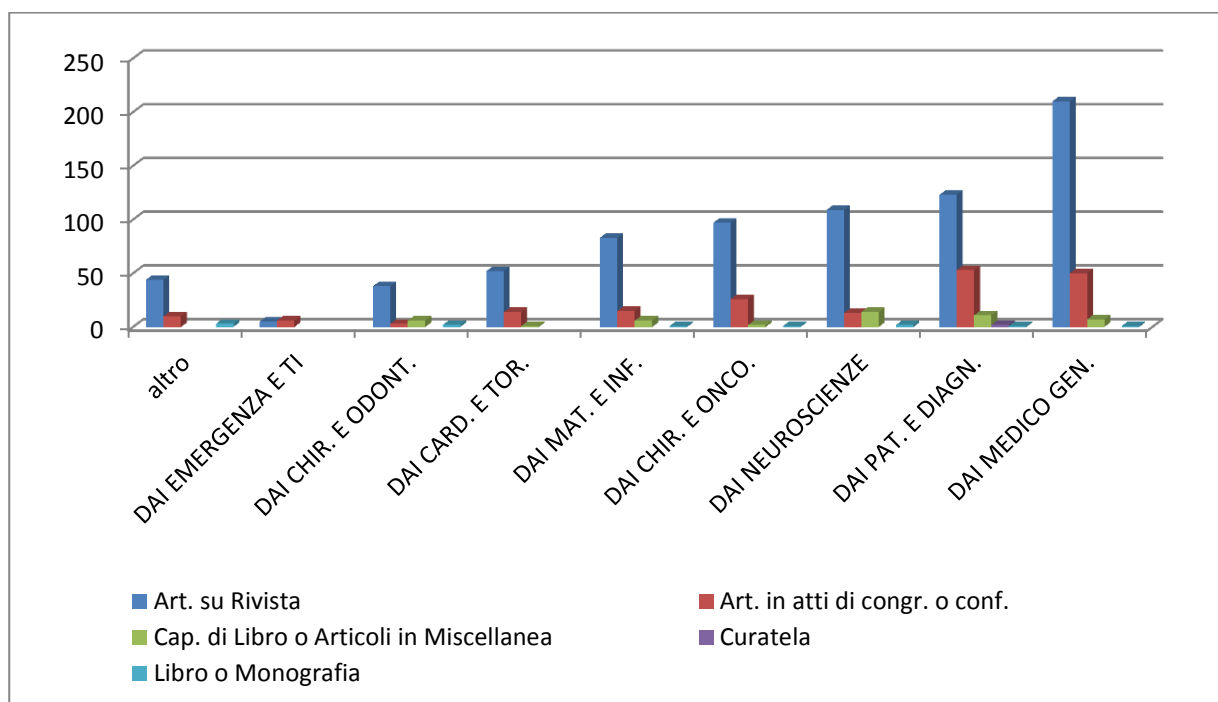
La standardizzazione delle professionalità è uno dei meccanismi operativi dell'organizzazione che avviene grazie alla formazione e all'indottrinamento. Nell'azienda ospedaliera universitaria integrata la natura universitaria e ospedaliera possono entrare meglio in sinergia e favorire che alcuni principi d'impostazione, non solo di natura prettamente professionale, siano instillati nelle giovani generazioni. E' senza dubbio un vantaggio organizzativo e aziendale non indifferente.

Anche l'attività di ricerca è molto vivace e ha portato ad attivare e implementare dei processi informatici integrati tra i reparti, per monitorarne la produzione anche ad opera del personale ospedaliero e non solo dei ricercatori e professori universitari che censiscono già la loro attività attraverso U.GOV²⁵⁷.

Il 2011 è stato il primo anno di censimento dell'attività di ricerca del personale medico su U.GOV e, sebbene siano probabili le omissioni di archiviazione, la produzione sembra cospicua con un complessivo di 1.011 documenti articolati in 761 articoli di rivista, 190 articoli di atti di convegni o congressi, 47 capitoli di libro, 2 curatele e 11 libri o monografie.

²⁵⁷ U. GOV. è il catalogo informatico che i docenti ed i ricercatori devono utilizzare per inserire le pubblicazioni di cui sono autori, alimentando così in modo automatico la banca dati del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Fig. 3.3: Ripartizione della Documentazione di Ricerca per DAI anno 2011



Fonte: ns elaborazione del Documento di Programmazione dell'AOUI 2012-2014

3.2.2 Il Veneto nel quadro nazionale

I risultati positivi raggiunti dall'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona vanno contestualizzati e interpretati all'interno del panorama nazionale e regionale, per poter comprendere l'evoluzione delle strutture ospedaliere e quali azioni sono richieste all'azienda per mantenere la sua posizione di eccellenza.

Ogni realtà ospedaliera offre una gamma di servizi con caratteristiche proprie progettate tenendo conto della realtà territoriale e dei bisogni della popolazione. La valutazione dell'attività e delle prestazioni erogate dalle singole aziende ospedaliere è assai complicata e si poggia sugli indicatori di *performance*.

Il legislatore ha selezionato un *set* di indicatori che permettono di cogliere il confronto tra le differenti gestioni aziendali volte all'efficienza e all'efficacia della prestazione.

Nel 2008 l'AgeNas ha condotto una ricerca²⁵⁸ utilizzando tale gruppo di indicatori e in particolare: l'indice di appropriatezza della cura, l'indice di complessità dei casi trattati (ICM)²⁵⁹, il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari, l'indice di comparativo di *performance* (ICP)²⁶⁰. Lo studio degli indicatori correlati, a due a due, gli uni agli altri permettono di individuare le aree di forza e di debolezza delle realtà regionali.

Dalla ricerca, a cui ha partecipato un raggruppamento di Regioni, è emerso (Fig.3.4) che le Regioni Lombardia, Toscana, Umbria e Emilia Romagna sono quelle che coniugano efficienza e complessità superiori alla media presentando però marcate differenze nelle proporzioni di rischio di non appropriatezza, diversa incidenza dei DH, divergenti *trend* del volume dei ricoveri ordinari e di *day hospital*.²⁶¹ A significare che il sistema va esaminato nell'insieme e opportunamente soppesato considerando tutte le variabili.

La Regione Veneto, all'interno del raggruppamento di Regioni analizzate, si colloca con una percentuale di casi di alta complessità nella media, con una efficienza operativa superiore alla media e un tasso di ospedalizzazione basso. E' una Regione virtuosa con

²⁵⁸ MORANDI I., *I Quaderni di Monitor: n.24, Supplemento n.5, AgeNaS, 2009, pag.11-26, consultabile sul sito www.agenas.it*

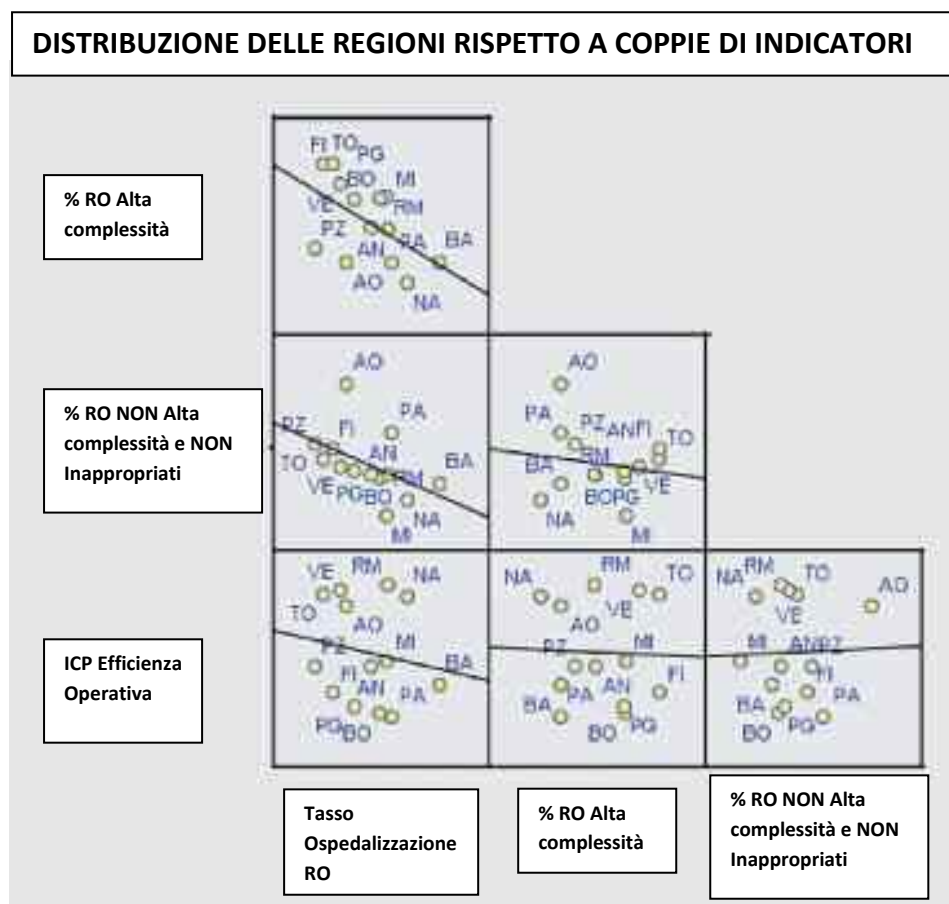
²⁵⁹ ICM è un indice che esprime la complessità dei casi trattati rispetto ai valori posti a confronto nelle diverse regioni

²⁶⁰ ICP è un indice di efficienza e consente di valutare la performance relativa alla casistica trattata in aziende poste a confronto

²⁶¹ MORANDI I., *I Quaderni di Monitor: n.24, Supplemento n.5, AgeNaS, 2009, pag.26, consultabile sul sito www.agenas.it*

un *mix* efficienza e appropriatezza della cura superiore alla media e con una complessità lievemente superiore alla media. A dimostrazione che le aziende ospedaliere venete hanno operato raggiungendo traguardi positivi di efficienza e garantendo un'alta qualità di prestazione.

Fig.3.4: Rappresentazione e confronto tra le Regioni

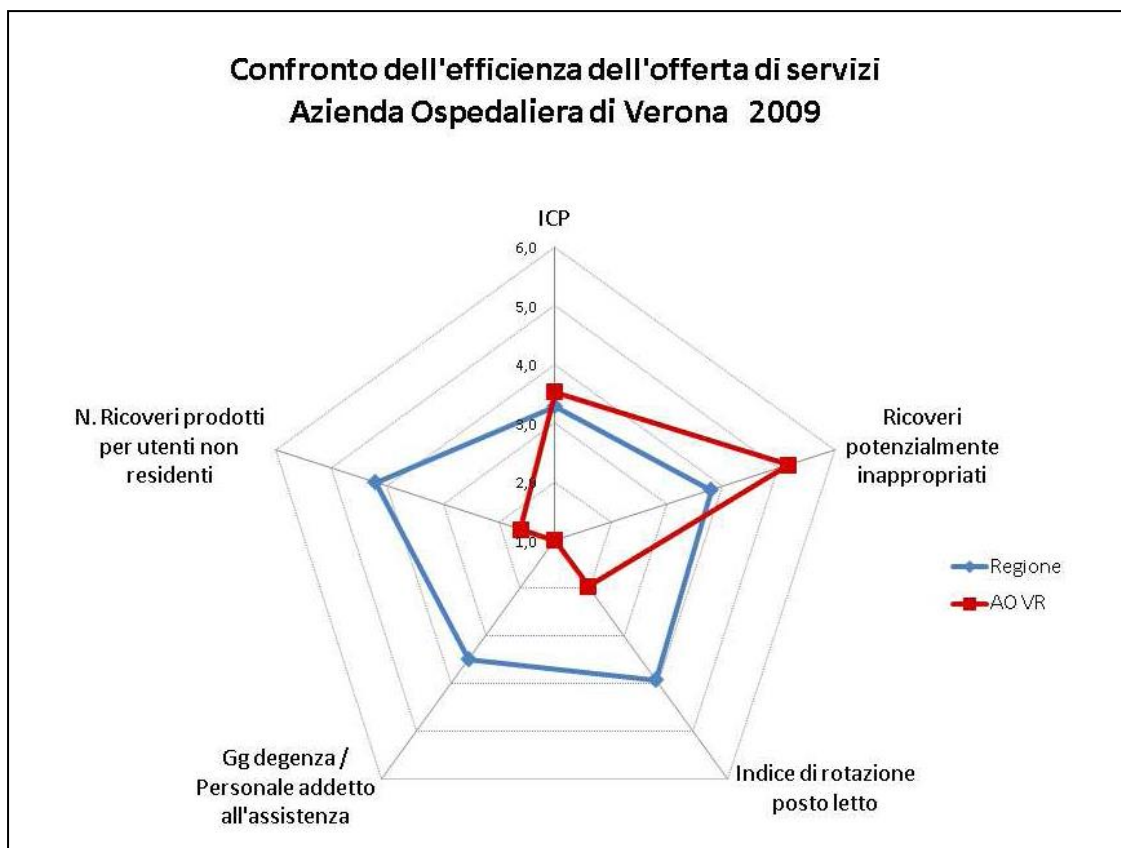


Fonte: ns elaborazione della rappresentazione inserita da Morandi I., I Quaderni di Monitor: n.24, Supplemento n.5, AgeNaS, 2009, pag.24, consultabile sul sito www.agenas.it

3.2.3 L'azienda nel quadro regionale

All'interno della Regione Veneto si individuano due aziende ospedaliere: azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e azienda ospedaliera di Padova due realtà virtuose le cui differenze sono state oggetto di esame approfondito tramite gli indicatori di *performance* nel Libro Bianco dell'ARSS Veneto.

Fig.3.5: Azienda Ospedaliera di Verona (*)- Indicatori

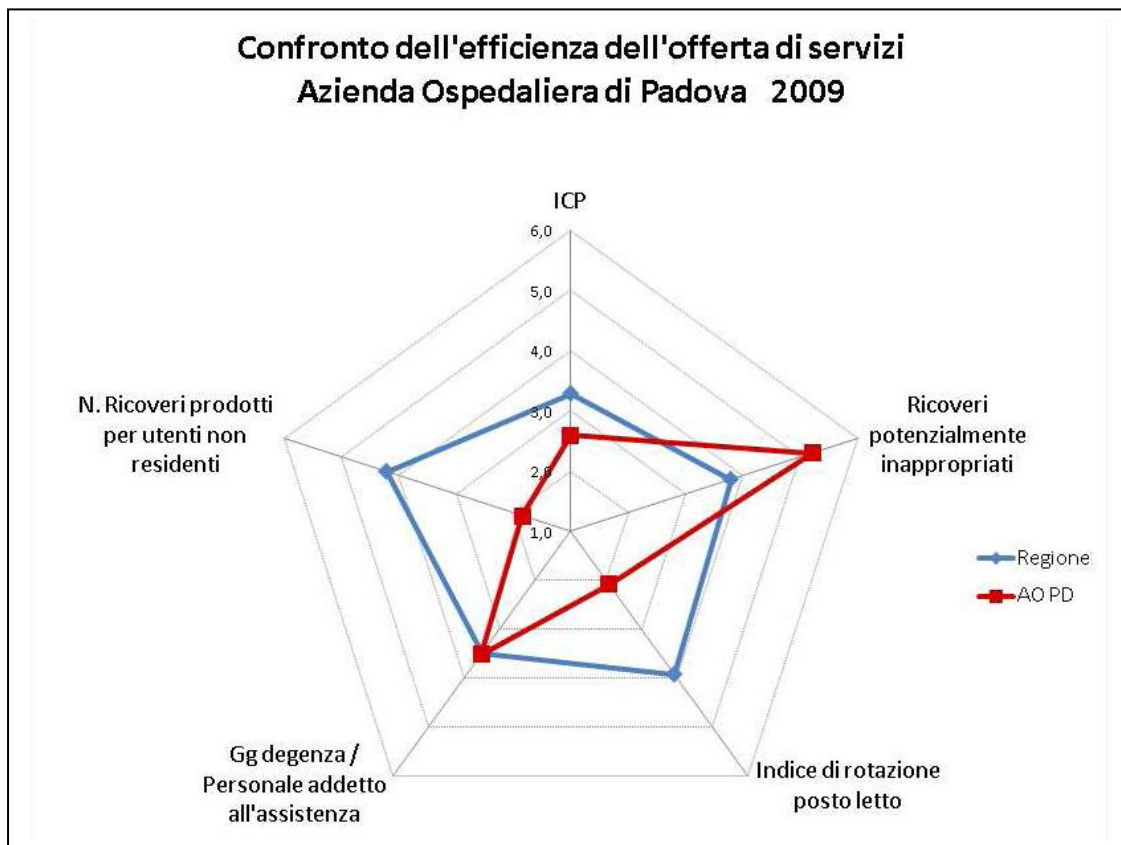


Fonte: GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto 2000-2009*, 2010, pag.92, consultabile sul sito www.arssveneto.it Legenda (*) si usa il titolo utilizzato nel documento richiamato dell'ARSS.

Nel 2009 sia Padova che Verona hanno mostrato un indice di complessità dei casi trattati molto simile, con un livello di ricoveri ordinari inappropriati pressoché allineato. Le

differenze principali concernono ICP²⁶², dove l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona pare meno attenta a contenere il livello di giornate per tipologia di *performance* erogata, è, però, più performante nel rapporto degenza e personale addetto. L'indice di rotazione dei letti sembra scostare poco tra le due strutture e l'indice di attrattività fuori Regione è leggermente migliore nella azienda ospedaliera di Padova.

Fig.3.6: Azienda Ospedaliera di Padova - Indicatori



Fonte: GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto 2000-2009*, 2010, pag.91, consultabile sul sito www.arssveneto.it

²⁶² ICP è un indice di efficienza e consente di valutare la performance relativa alla casistica trattata in aziende poste a confronto

3.3 Struttura Organizzativa e Sistemi Informativi

Il controllo di direzione si basa su due strutture²⁶³: l'organizzazione e l'assetto informativo; entrambe ne influenzano notevolmente le proprie funzionalità.

Sarà pertanto oggetto di questo paragrafo individuare gli elementi costitutivi del controllo effettuando una disamina della struttura organizzativa dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e dell'utilizzo dei sistemi informativi per la raccolta dei dati necessari alle elaborazioni gestionali.²⁶⁴

L'organizzazione viene esaminata a livello globale aziendale, per poi focalizzarsi sul Servizio del Controllo di Gestione.

Il sistema informativo è studiato come strumentale all'attività svolta dal controllo di direzione, ossia nella fase di reperimento delle informazioni "chiave" della gestione focalizzandosi, sul documento gestionale più rilevante: la SDO (Schede Dimissioni Ospedaliere).

²⁶³ Accogliendo l'impostazione di controllo di gestione proposta da Brunetti, si distingue il controllo di gestione in un processo poggiato su due strutture: la struttura organizzativa e la struttura tecnico contabile. A tal proposito Brunetti scrive *"La struttura del controllo si compone di una struttura organizzativa, cioè una struttura delle responsabilità economiche, e di una struttura tecnico contabile, il fulcro del sistema di controllo, costituita dall'insieme di strumenti di misurazione economica degli obiettivi e delle prestazioni che consentono lo svolgimento del controllo di gestione."* BRUNETTI G., *Il Controllo di Gestione in condizioni ambientali perturbate*, FrancoAngeli, 1980, pag.45

²⁶⁴ *"..il processo (del controllo) ..si trova necessariamente ad operare in maniera integrata con una specifica struttura informativa ed organizzativa. Risulta, quindi, indispensabile, per finalità scientifiche, enucleare da categorie logiche più ampie, quali il sistema informativo e quello organizzativo, quelle componenti operanti al servizio del processo di controllo nell'ottica del coordinamento e della guida delle organizzazioni."* GUERRINI A., *Strumenti per la valutazione delle performance aziendali*, Giuffrè, 2012, pag.17 - 18

3.3.1 Struttura Organizzativa a livello aziendale

Come richiesto dalle previsioni legislative, l'organizzazione azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è articolata in dipartimenti, costituiti da strutture organizzative che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno finalità comuni.

Il modello organizzativo è improntato all'integrazione tra attività assistenziale, ricerca e didattica, alla promozione e allo sviluppo della flessibilità, dell'innovazione, della creatività e della gestione; al cambiamento organizzativo, alla partecipazione alla scelte e alla soluzione dei problemi attraverso il lavoro in *equipe*; al decentramento delle decisioni e delle conseguenti responsabilità derivanti dalle azioni intraprese.²⁶⁵

Come mostra la tab. 3.3, la struttura organizzativa azienda ospedaliera universitaria integrata è particolarmente complessa e si articola in:

- Direzione generale con 6 dipartimenti di *staff* ;
- Direzione Amministrativa con 3 dipartimenti gerarchicamente ordinati e uno di *staff*,
- Direzione sanitaria composta da 5 dipartimenti di *staff* e 10 dipartimenti gerarchici di attività.

L'88% del personale è allocato nella direzione sanitaria, che è il *core* dell'attività aziendale, le funzioni di supervisione, controllo e valutazione dell'operato dei professionisti sono delegate interamente a professionisti gerarchicamente superiori o di pari grado. L'organizzazione aziendale è incentrata sulla diffusione del principio di autonomia e responsabilità sia in ambito clinico che economico, ciò implica che i professionisti sono valutati sia in merito alle loro prestazioni mediche sia all'utilizzo appropriato delle risorse in coerenza con la complessità dei casi trattati.

²⁶⁵ DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, *Atto Aziendale*, art.15, c.1

Il dipartimento ad attività integrata più numeroso è quello di Medicina Generale in cui operano il 15% dei dipendenti, mentre il meno è rappresentato dal DAI Chirurgia e Oncologia, con 290 dipendenti, corrispondenti al 5,8%.

Il personale rappresenta una variabile critica nell'azienda sanitaria, il cui corretto e adeguato rapporto con i volumi di attività gestiti sono determinanti per erogare delle prestazioni di alta qualità.

Nel 2010 si sono avute assenze per lungo tempo (che comprendono indennità per maternità e malattie di durata superiore ai 30 giorni) che hanno riguardato 56 dipendenti (pari al 1,1%) a cui si è aggiunto l'aumento del personale con prescrizioni sanitarie che, per questioni di salute, non hanno potuto adempiere all'intera gamma dei servizi previsti dal proprio mansionario, incidendo fortemente sui carichi di lavoro e la turnazione del personale.

L'avanzamento dell'età rappresenta un fattore critico in ambito sanitario soprattutto per il comparto infermieristico. Attualmente l'età media dei dipendenti infermieristici si aggira sui 41,5 anni e quella dei medici sui 44,8 anni.

Tab.3.3: Ripartizione del personale per DAT e DAI

Numerosità Personale	5.007	TOT	
		%	DIREZIONI %
Direzione Generale e Staff	19	0,4%	19 0,4%
Direzione Amministrativa e Staff	8	0,2%	561 11%
Direzione Sanitaria e Staff	86	1,7%	4227 88%
Servizio Prevenzione e Tutela	39	0,8%	
Dipartimento Amministrativo e Risorse Umane	276	5,5%	
Dipartimento Risorse Economiche e Strumentali	106	2,1%	
Dipartimento Tecnico	93	1,9%	
Dipartimento Interaziendale Medicina Transfusionale	88	1,8%	
DAI Chirurgia e Oncologia	290	5,8%	
DAI Emergenza e Terapia Intensiva	359	7,2%	
DAI Cardiovascolare Toracico	389	7,8%	
DAI Neuroscienze	423	8,4%	
DAI Materno Infantile	457	9,1%	
DAI Direzione Medica Ospedaliera e Farmacia	488	9,7%	
DAI Chirurgia e Odontoiatria	495	9,9%	
DAI Patologia e Diagnostica	579	11,6%	
DAI Medico Generale	756	15,1%	
Assenze a lungo termine	56	1,1%	

Fonte: ns elaborazione Documento di Programmazione dell'AOUI di Verona 2012- 2014

Esaminando più approfonditamente gli elementi costitutivi della struttura organizzativa all'interno dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è possibile individuare due differenti e complementari dimensioni della struttura organizzativa, l'una gerarchica (verticale) e l'altra funzionale (orizzontale) dell'attività svolta.

Quella gerarchica si poggia sull'identificazione del dipendente all'interno dell'organizzazione e alla sua "subordinazione" ad un responsabile. La dimensione funzionale si concentra sull'attività posta in essere, è rivolta alla tipologia di prestazione erogata e risponde a una domanda di destinazione dell'attività svolta. Entrambe offrono

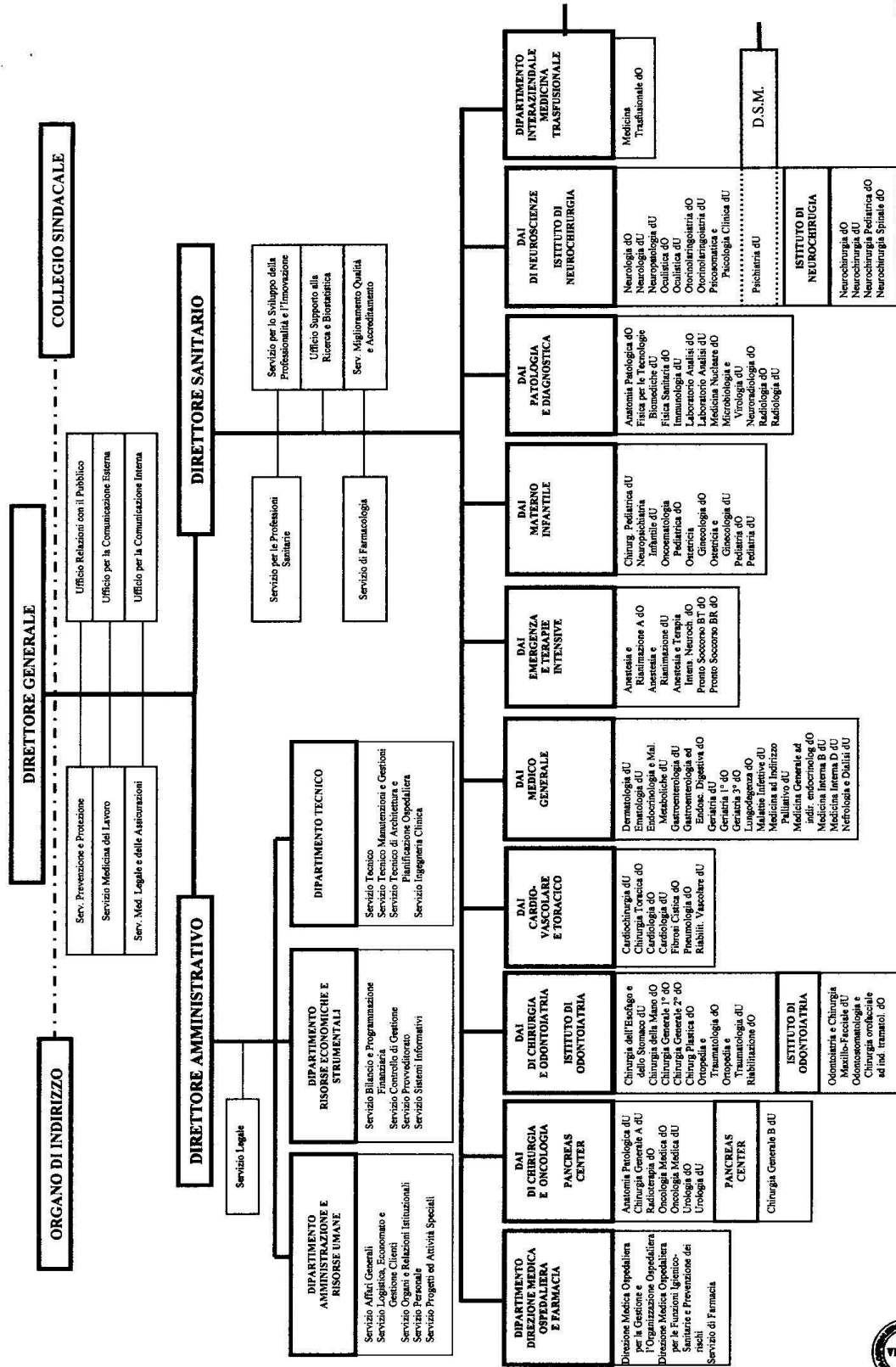
pertanto il quadro della struttura organizzativa attraverso punti di vista differenti, mirando a scopi diversi.

Una rappresentazione tipica della dimensione verticale della struttura organizzativa è l'organigramma aziendale fig.3.7. La dimensione orizzontale è particolarmente importante per alcuni dipartimenti (es. Patologia e Diagnostica, Medicina Generale, ecc.) e, a livello di *staff*, per alcuni servizi come il controllo di direzione.

L'articolazione dell'organizzazione, secondo queste due dimensioni, permette maggior flessibilità ed efficienza alla gestione, un miglior coordinamento delle attività e sinergia tra i dipartimenti. Favorisce anche una raccolta di informazioni più articolate, più complete che garantisce una maggior complessità informativa gestionale e capacità di interpretare i fenomeni gestionali *in fieri*.

Fig.3.7: Organigramma AOUI di Verona

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA - VERONA



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA - VERONA ATTO AZIENDALE (aggiornato con deliberazione n. 638 del 14/10/2011)



Fonte: consultabile sul sito www.ospedaleunivr.it

3.3.2 Struttura Organizzativa a livello di dipartimento

Non solo l'organizzazione complessiva dell'azienda ha rilevanza per le funzionalità del controllo di direzione, ma anche la strutturazione propria del Dipartimento a cui appartiene e alle funzioni in cui si articola.

Il Servizio del Controllo di Gestione afferisce al Dipartimento Risorse Economiche e Strumentali, gerarchicamente subordinato al Direttore Amministrativo, ma funzionalmente collegato al Direttore Sanitario.

Il suo compito istituzionale è supportare la direzione nella formulazione e articolazione degli obiettivi e delle risorse necessarie al loro raggiungimento attraverso la metodica del *budget*. Deve garantire efficacia ed efficienza nella gestione, con la predisposizione di adeguata reportistica aziendale che favorisca l'identificazione delle aree di criticità e suggerisca modalità di soluzione o di azione. L'attendibilità, rilevanza e semplicità delle informazioni elaborate dal Controllo di Gestione assolvono anche al compito di informare e responsabilizzare le unità operative direttamente interessate nella gestione.

Il controllo di direzione ha un ruolo particolarmente chiave agendo su *“tutti i livelli organizzativi in coerenza con i principi con la quale si sviluppa la strategia aziendale, orientando i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione.”*²⁶⁶ Compie analisi di convenienza e di redditività delle attività sanitarie e valutazioni economiche finalizzate ad identificare tariffari aziendali.

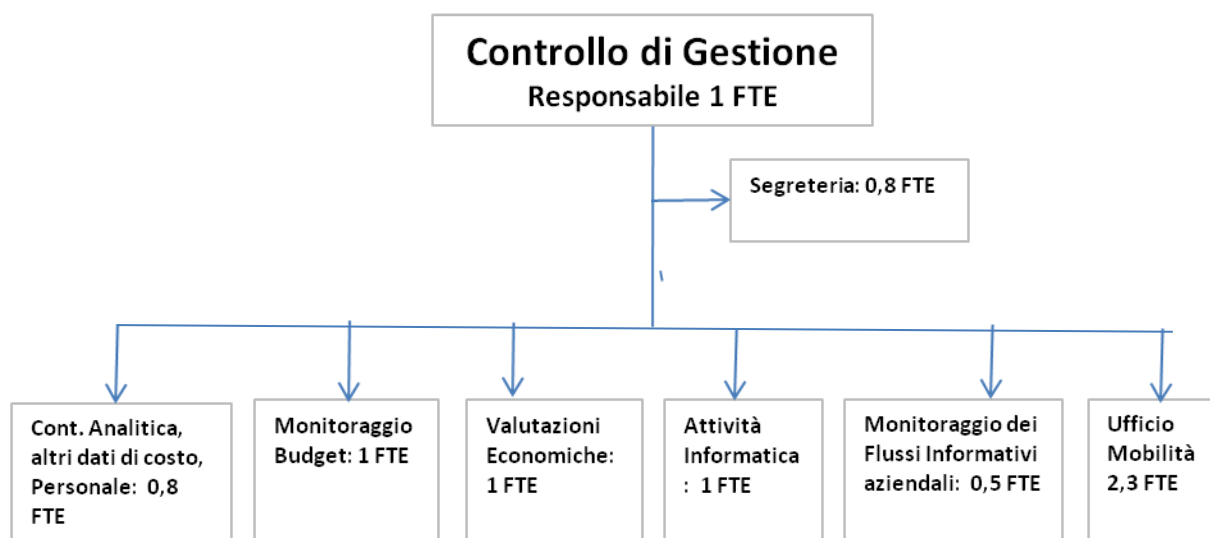
²⁶⁶ DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, *Atto Aziendale, Allegato G*, punto 2.c

E' l'organo preposto al monitoraggio della reportistica e dei flussi informativi richiesti dalla Regione e dal Ministero dell'Economia e Finanza, in funzione al rispetto dei tempi di invio e alla qualità dei dati e cura le relazioni con il Nucleo di Valutazione.

In particolare il Controllo di Gestione invia direttamente le schede di dimissione ospedaliera (che contengono i dati per la remunerazione dell'attività prestata) e cura la gestione del flusso informativo dell'attività ambulatoriale specialistica ai soggetti preposti. Internamente è responsabile dell'allineamento del tariffario regionale e aziendale e della gestione delle esenzioni. Il Controllo di Gestione è impegnato anche nella partecipazione di progetti con Istituti, Comitati e Commissioni di respiro nazionale e internazionale al fine di ricercare e valutare soluzioni gestionali e manageriali sempre migliori ed offrire spunti innovativi alla Direzione.

Il Controllo di Gestione si articola nelle seguenti funzioni: Contabilità Analitica, Altri Dati di Costo e Personale, Monitoraggio Budget, Valutazioni Economiche, Attività Informatica, Monitoraggio dei Flussi Informativi Aziendali e Ufficio Mobilità, con un organico di 8,5 FTE. (Fig.3.8)

Fig. 3.8: Struttura del Controllo di Gestione



Fonte: ns elaborazione del Documento di Presentazione del Controllo di Direzione consultabile sul sito www.ospedaleunivr.it

3.3.3 Sistema Informativo

Il sistema informativo svolge un ruolo essenziale, garantendo la tempestiva raccolta dei dati e la possibilità di seguire l'intero percorso assistenziale del paziente dal momento in cui entra nella struttura a quando esce, processando e archiviando la documentazione ad esso relativa.

Attualmente l'azienda ospedaliera universitaria integrata Verona sta investendo molto sull'informatizzazione di tutte le fasi di assistenza del paziente, acquistando macchinari per la scansione delle radiografie o degli esiti diagnostici e per monitorare i tempi necessari a svolgere un'attività (es. inizio e fine intervento chirurgico).

Le analisi gestionali del controllo di direzione si rendono possibili grazie all'utilizzo di questo complesso sistema informativo che, per quanto allineato e interfacciato, non è

ancora totalmente integrato e risente molto di un'attività manuale di inserimento delle informazioni.

Le due entità elementari, principali di analisi del controllo di direzione, sono: il CDC (Centro di Costo) e le schede di dimissione ospedaliera che composti tra loro configurano l'insieme delle informazioni utili alla rilevazione.

Così, come le dimensioni dell'organizzazione, il CDC coglie le informazioni gestionali nel senso verticale, grazie ad esso si analizzano i costi delle unità operative e dei dipartimenti, si effettuano le valutazioni di convenienza economica nell'esternalizzazione dei servizi comuni (mensa, pulizia ecc.)

Le schede di dimissione ospedaliera, invece, colgono la dimensione orizzontale andando ad analizzare le attività svolte funzionali al percorso assistenziale. Infatti le schede di dimissione ospedaliera contengono le informazioni sull'anagrafica del paziente, sulla descrizione dello stato di salute del soggetto (es. diabetico, cardiopatico ecc.), sul servizio sanitario prestato, (diagnosi / terapia / cura / assistenza), e riportano, per ciascun servizio sanitario erogato, la nomenclatura DRG corrispondente a cui afferisce una tariffa prestabilita.

E' dall'analisi ed elaborazione delle schede di dimissione ospedaliera che il controllo di direzione estrae gli indicatori di *performance* ed è in grado di descrivere l'andamento della gestione ed, eventualmente, informare e proporre alla Direzione politiche di gestione coerenti con gli obiettivi di programmazione e di *budget*.

La compilazione delle schede di dimissione ospedaliera e i tempi della loro chiusura sono "decisi" dal medico. Ossia una scheda di dimissione ospedaliera si apre con l'arrivo di un paziente, ma la sua completa compilazione e la sua chiusura, almeno fino al 2011, non seguiva i tempi di permanenza del paziente all'interno della struttura ospedaliera.

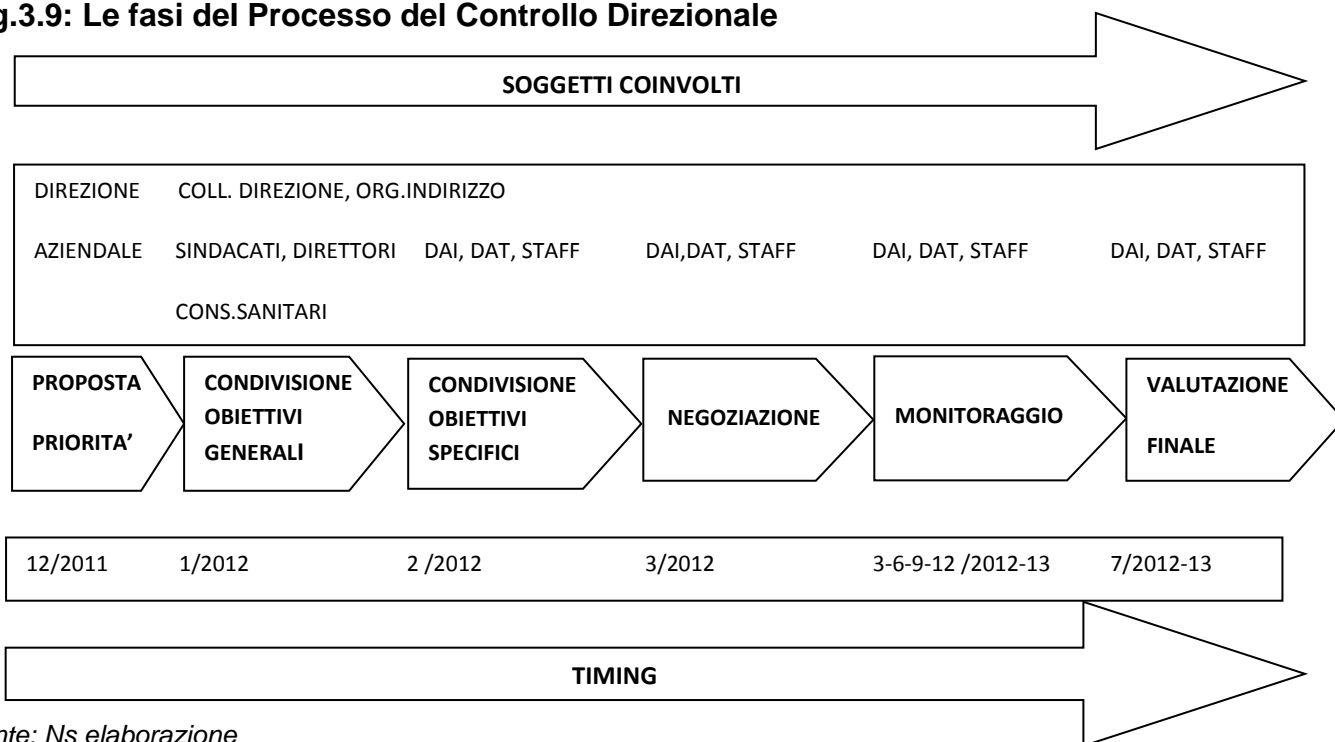
Tant'è vero che statisticamente nel 2011 solo il 45% delle schede di dimissione ospedaliera sono state chiuse a distanza di un mese dalle dimissioni del paziente e si sono anche verificati casi di compilazioni lacunose delle schede di dimissione ospedaliera a livello informatico, che l'ufficio amministrativo, preposto al controllo campionario delle cartelle, ha corretto durante la sua attività di controllo.

3.4 Il Processo di Controllo Direzionale

Come già presentato nel capitolo secondo, il controllo di direzione è un processo articolato in: programmazione strategica, *budget*, monitoraggio delle attività ed infine valutazione dei risultati.

Ciascuna realtà aziendale opta per modalità, partecipazione degli organi aziendali e tempi di esecuzione delle singole fasi progettate al meglio rispetto alle proprie esigenze aziendali, politiche gestionali e volontà di Direzione. La fig. 3.9 rappresenta l'iter seguito nell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona.

Fig.3.9: Le fasi del Processo del Controllo Direzionale



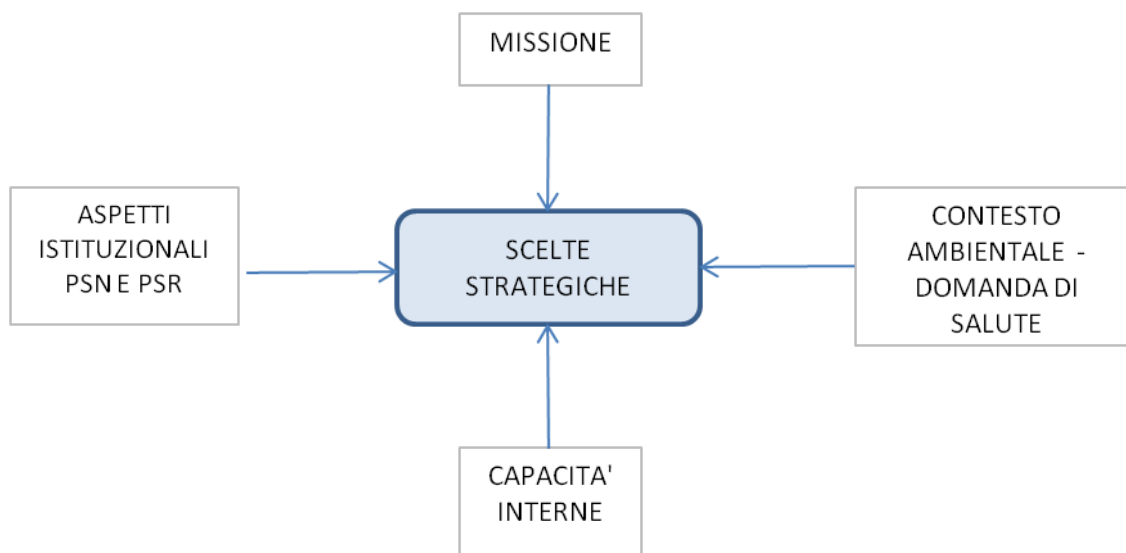
Fonte: Ns elaborazione

Nei sotto paragrafi successivi si svilupperanno le fasi in cui si articola il controllo direzionale.

3.5 Programmazione Strategica: missione e capacità interne

L'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, come previsto dal D.Lgs 517/99 art. 3 L.R del Veneto n.18/ 2009, si è dotata di un documento di programmazione, che *“ha lo scopo di individuare alcune priorità comuni su cui concentrare una attenzione condivisa all'interno dell'Azienda, nella consapevolezza che quotidianamente tutti gli operatori assumono decisioni di rilevanza più o meno generale, e”*²⁶⁷ nella convinzione che *“solo se tutti conoscono le direttrici di sviluppo dell'azienda sarà possibile procedere con meno fatica verso obiettivi comuni..”*²⁶⁸

Fig. 3.10: Determinanti delle scelte strategiche dell'azienda ospedaliera



Fonte: ns elaborazione della rappresentazione inserita da Prenestini A., *La strategia nelle Aziende sanitarie Pubbliche in AA.VV., Strategia e Performance Management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Egea, 2012, pag.16

²⁶⁷ AOUI, *Documento di Programmazione 2012-2014*, documento interno

²⁶⁸ AOUI, *Documento di Programmazione 2012-2014*, documento interno

Il documento di programmazione è un documento formale di indirizzo strategico dell'attività aziendale. Ogni sua indicazione espressa in termini di macro obiettivo rappresenta le scelte strategiche operate dall'organizzazione e identifica i progetti e le modalità poste in essere nel medio lungo periodo per poterli perseguire.

La strategia aziendale e le sue priorità sono formulate tenendo conto di tutte le "forze" che influenzano il comportamento dell'azienda e che delimitano lo spazio strategico in cui si colloca. (Fig.3.10)

Le linee strategiche e le priorità definite nel documento di programmazione sono espressione degli atti e indirizzi nazionali (PSN) e regionali (PSR) oltre che derivanti dagli atti del MIUR e collegati con la programmazione didattica dell'Università di Verona, così come disciplinato dalla L. 55/94 art.1 e previsto dall'atto aziendale art.48.

Gli assetti istituzionali, intesi come l'insieme dei portatori di interesse e delle regole fondamentali a cui si deve attenere l'azienda, sono una componente esterna all'azienda che ne vincola fortemente la strategia assunta.

Le priorità assegnate e condivise con le strutture aziendali rappresentano anche la modalità di realizzazione della *mission* aziendale, nella consapevolezza della posizione chiave occupata dalla struttura sanitaria, atta a offrire una risposta alla domanda di salute sia ai propri pazienti sia al tessuto sanitario locale e regionale svolgendo in pieno i propri compiti di centro di eccellenza, di formazione e di ricerca.

L'attitudine, a realizzare nella migliore modalità il piano strategico elaborato, è direttamente collegata con le capacità interne all'azienda, *skill* professionali, ma anche gestionali e manageriali, e dipende dalla coerenza tra i contenuti strategici condivisi e l'attività gestionale attuata per la loro realizzazione.

Secondo l'atto aziendale, l'attività di formulazione degli indirizzi strategici aziendali è formulata dal direttore generale che sottopone il documento prodotto alla Giunta Regionale entro i dieci giorni successivi alla sua approvazione.²⁶⁹

Operativamente la formulazione del documento di programmazione richiede una profonda partecipazione del *top manager* che diventa corresponsabile della programmazione con la Direzione Sanitaria e Amministrativa²⁷⁰.

L'azienda ospedaliera universitaria integrata ha deciso, come rappresentato dalla fig. 3.9, di estendere il processo di condivisione del documento di programmazione ai direttori e al Consiglio dei Sanitari con *meeting* di presentazione e discussione. Tale scelta trova giustificazione nella natura e complessità organizzativa dell'azienda ospedaliera, in cui l'accordo e il consenso ampio ed esteso delle principali figure professionali è indispensabile per raggiungere al meglio gli obiettivi programmati.

Tutte le aziende sanitarie sono caratterizzate da una complessità clinica che ne preclude la standardizzazione delle attività e dei *modus operandi*, prevedendo ampi spazi di discrezionalità per il professionista medico. Ciò comporta che il *management* medico sia l'unico organo preposto realmente, non solo a perseguire obiettivi clinici, ma anche destinatario di vincoli economici, sebbene la sua preparazione e competenza (*knowledge*), in tale ambito, possa essere talvolta limitata.

Pertanto la Direzione ha operato una scelta di condivisione e responsabilizzazione (*accountability*) del *management* aziendale nella formulazione del documento di programmazione e ha optato per una semplificazione espositiva del documento.

²⁶⁹ L.R. 55 DEL 14/09/1994, ART.2, C.1

²⁷⁰ DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, *Atto Aziendale*, art. 49, c. 4

Infatti il documento di programmazione è stato oggetto di rivisitazione con la delibera di direzione del 2009, per favorirne la leggibilità e la trasparenza verso l'utente interno (dipendenti) e l'utente esterno (cittadini), sostituendo un documento formale di un'ottantina di pagine con un documento informatico.

Il processo di formulazione del documento di programmazione costa di due macro fasi: l'indicazione delle priorità del *top management* e la condivisione delle stesse, tradotta in obiettivi di dipartimento.

Attualmente pare molto preponderante la prima fase rispetto alla seconda e, per quanto la volontà di apertura e condivisione con tutto il *management* sia ricercata negli incontri programmati, il documento di programmazione non è ancora l'espressione completa delle sinergie tra Direzione e Direttori di dipartimento.

E' un processo culturale *in itinere*. Gli stessi direttori stanno conoscendo e imparando una modalità diversa e nuova di gestione a cui devono abituarsi e sempre più "sentirsi" partecipi presentando le proprie riflessioni e spunti, staccandosi dal ruolo prettamente professionale e rivestendone uno più manageriale.

3.6 Programmazione: aspetto istituzionale e vincoli

Sia l'assetto istituzionale che il contesto ambientale sono elementi esterni che impattano sulla programmazione aziendale. Il primo attiene a scelte operate in ambito nazionale e regionale afferenti alla qualità delle prestazioni e al contenimento della spesa. Il secondo esprime, in sostanza, la domanda di salute che è in continua crescita dovuta a una molteplicità di fattori tra cui l'invecchiamento della popolazione.

Infatti, come ha messo in evidenza l'Annuario Statistico Italiano, la popolazione italiana sta invecchiando; l'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella inferiore ai 15 anni) nel 2010 ha raggiunto il 144,5%²⁷¹. Il 38,4% degli italiani risulta essere affetto almeno da una patologia cronica, e, nella classe di età compresa tra i 55 e i 59 anni, la popolazione affetta risulta essere il 54,8%. Tutti dati che esprimono un aumento tendenziale dei bisogni di salute dei cittadini a fronte del quale le risorse assegnate con il PSN sono minori.²⁷²

Il vincolo di equilibrio di bilancio e di contenimento della spesa sono espressi a livello statale e regionale con l'emanazione di leggi e delibere.

L'assetto istituzionale è costituito dall'insieme dei vincoli normativi a cui è assoggettata l'azienda ospedaliera.

Il Patto della Salute è il documento di intesa siglato tra Stato e Regioni in cui lo Stato si impegna a stanziare un *quid* concordato di finanziamento alle Regioni tramite il PSN per permettere l'erogazione dei LEA. Questo accordo ha validità triennale ed è allineato con il periodo di programmazione regionale ed aziendale, talvolta può essere integrato dalle leggi finanziarie.

Con l'avvicendamento del Governo tecnico, i cambiamenti in termini di politica interna sono stati notevoli e il *must* statale è stato quello di rientrare dal debito pubblico. Le manovre formulate sono di tagli e di contenimento della spesa.

Il nuovo Patto della Salute 2012 - 2014 avrebbe dovuto essere approvato al 30 aprile 2012; si è, invece, deciso di prorogare il termine della scadenza dell'intesa ad

²⁷¹ ISTAT, *Indice di vecchiaia*, pag. 13, consultabile sul sito <http://noi-italia.istat.it>

²⁷² ISTAT, *Persone con presenza di alcune malattie croniche*, pag.1, consultabile sul sito <http://www.dati.istat.it>

ottobre per allineare la sigla del Patto della Salute con la manovra finanziaria, ma a febbraio 2013 non è ancora siglato.

Nel contempo il governo tecnico ha emanato la L. 135/12 (*Spending Review*) e la successiva L.183/2012 (Legge di Stabilità del 2012) in cui si sono definiti i tagli alle risorse assegnate al settore sanitario per gli anni 2012 – 2014 che vanno ad aggiungersi a quelli previsti dalla L.111/2011 (Legge Tremonti). Nel complesso del triennio 2012 – 2014 al Fondo Sanitario Nazionale è stata applicata una riduzione di 14,3 miliardi pari al 4% annuo medio, che corrisponde all'incirca alla crescita media annuale della spesa sanitaria pubblica (dal 2001 al 2010 è stata pari al 4,1% e l'inflazione Istat è annualmente del 2,1%)²⁷³.

Per ogni anno si sono assegnate risorse pari a quelle stabilite per il 2011, tanto è vero che la stessa Corte dei Conti durante l'Audizione tenuta il 22/10/2012 in Commissione Bilancio sul Disegno di Legge Stabilità ha affermato che *“la scelta di operare una riduzione indistinta del finanziamento del SSN , ... , potrebbe produrre effetti indesiderati e potrebbe penalizzare le realtà più virtuose. Attraverso i tagli lineari, infatti, l'onere della riduzione verrebbe ripartito omogeneamente in base al fabbisogno espresso, facendo perdere di rilievo alle modalità di determinazione degli eccessi di spesa e penalizzando le Regioni benchmark”*. Ed ancora *“..in secondo luogo non può essere ignorato che le riduzioni apportate alle previsioni della spesa sanitaria, in base ai risultati delle manovre,..., hanno condotto ad una rilevante correzione dell'andamento della spesa “caricando” il quadro programmatico degli obiettivi di contenimento per un totale calcolato oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014.”*²⁷⁴

²⁷³ consultabile sul sito www.po.camcom.it/news/indice/indice.php

²⁷⁴ CORTE DEI CONTI, *Audizione sul Disegno di Legge di stabilità 2013*, 22 ottobre 2012, pag. 20 – 21, consultabile sul sito http://www.corteconti.it/documenti_per_parlamento/referti_specifici_audizioni/audizioni

Soffermandosi al 2012 i vincoli posti dallo Stato alle Regioni e da quest'ultime alle aziende sanitarie riguardano numerosi temi che vengono articolati nei seguenti sotto paragrafi per poter delineare la situazione economica e normativa in cui l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ha operato.

3.6.1 Riduzione dei posti letto

Sono ancora in vigore le indicazioni formulate nel Patto della Salute, anni 2009 – 2011, che prevedeva una *“riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio da ricovero ospedaliero ordinario a ricovero diurno e dal ricovero diurno al ricovero ambulatoriale...”*²⁷⁵

La riorganizzazione delle attività e la conseguente riduzione dei posti letto ordinari a favore dei ricoveri diurni è una richiesta che viene ripresentata ad ogni emanazione di nuovo Patto della Salute da oltre un decennio. Tanto è vero che tra il 1997 e il 2007 i posti letto in regime ordinario e in *day hospital* sono diminuiti passando, in media nazionale, da 6,1 a 4,3 per ogni 1.000 abitanti, con un tasso di ospedalizzazione da 180 a 138 ricoveri per 1.000 abitanti.²⁷⁶

Quindi il ribadire la necessità di un'ulteriore riduzione va contestualizzato all'interno della situazione regionale e dei processi organizzativi già realizzati nella singola azienda sanitaria - ospedaliera, soprattutto alla luce di un aumento della domanda assistenziale e di cura.

²⁷⁵ PATTO DELLA SALUTE 2009 – 2011 ART.1, C.1-BIS

²⁷⁶ ISTAT, *Cap. 3: Sanità e salute*, in Annuario statistico italiano 2011, pag. 75 – 76, consultabile sul sito http://www3.istat.it/dati/catalogo/20111216_00/contenuti.html

Per il Veneto la contrazione dei posti letto di ricovero ordinario, dal 2000 al 2009, è stata in media del 17%, concentrata essenzialmente nelle aziende sanitarie pubbliche. Attualmente la disponibilità a livello regionale è di 4 posti letto per mille abitanti, comprensivo di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie,²⁷⁷ conforme allo *standard* definito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e Regioni.²⁷⁸

Pur rispettando lo *standard* previsto, la Regione Veneto si è posta l'obiettivo di armonizzare e rendere omogenea la situazione su tutto il territorio. Infatti, mentre le province di Vicenza, Venezia e Treviso hanno una dotazione di posti letto per acuti inferiore od uguale a quella stabilita dallo *standard*, le province di Belluno, Padova, Verona e Rovigo superano la soglia dello *standard*. Una possibile chiave di lettura, della forte differenziazione dei posti letto a livello provinciale, può essere attribuita anche alle caratteristiche morfologiche del territorio (es. Belluno) o alla presenza di centri di eccellenza, quali le aziende ospedaliere, che attraggono i pazienti provenienti dalle province limitrofe (Vicenza per Padova e Verona o Venezia per Padova).

Un'ulteriore riduzione dei posti letto, significa richiedere uno sforzo particolarmente gravoso, non connotato solo all'appropriatezza della decisione, ma alla necessaria gradualità richiesta dall'organizzazione per conformarsi alle indicazioni regionali: è in particolare un tema di tempistica.

Nell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona dal 2003 al 2011 la riduzione dei ricovero ordinario è stata pari a 21,9%, di molto superiore alla media

²⁷⁷ GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto 2000-2009*, 2010, pag.15, sito www.arssveneto.it

²⁷⁸ PATTO DELLA SALUTE 2010 – 2012 in attuazione delle disposizioni relative all'appropriatezza delle prestazioni della L. 131/2003 Art.8, c.6

regionale; la tendenza della degenza media invece è leggermente aumentata passando da 8,5 a 8,8 giorni. I due dati assieme possono essere interpretati come una ricerca dell'organizzazione di strutturarsi per preferire modalità alternative al ricovero ordinario, a cui ha fatto seguito un aumento della degenza per le cure prestate ai casi più gravi.

3.6.2 Riduzione della spesa del personale

Con il Patto della Salute le Regioni hanno anche assunto l'onere, “ *in connessione con i processi di riorganizzazione, ..., alla riduzione delle spese del personale*”²⁷⁹ sanitario, attraverso la riduzione della consistenza organica, la fissazione di parametri *standard* per l'individuazione di strutture semplici e complesse e delle posizioni di coordinamento ad esse preposte.

La Regione ha, quindi, fornito delle indicazioni tassative in merito alla gestione del personale con la DGRV (Delibera Giunta Regione Veneto) n. 2358/11, limitando ulteriormente la possibilità di assunzione.

La ricerca, presentata nel Libro Bianco dall'ARSS Veneto, mette in luce come si sia verificato un aumento del personale sanitario del 2,4% dal 2006 al 2009, che rapportato alla numerosità della popolazione evidenzia un mantenimento del rapporto (personale/popolazione) pressoché costante.

Il dato è più significativo quando si dettaglia per tipologia di mansione e in questo caso la crescita del personale ospedaliero e distrettuale è del 4,1%, mentre quella del personale di prevenzione è del 7,5%. Il personale medico, mantenendo pressoché invariata l'incidenza sulla popolazione residente, è aumentato del 3,6%, mentre il

²⁷⁹ PATTO DELLA SALUTE 2009 – 2011 ART.1, C.1-BIS

personale infermieristico è incrementato del 1%, meno del necessario rispetto alla popolazione.²⁸⁰

Anche il personale amministrativo è incrementato del 5,4%; solo il personale tecnico ausiliario è diminuito notevolmente, a tal punto che il dato complessivo del costo del personale non sanitario risulta in riduzione del -2,2%.²⁸¹

Alla luce di questi dati la delibera n. 2358/2011 ha stabilito che:

- la spesa del personale non deve essere superiore rispetto al costo del personale in esercizio al 2006, fatti salvi i maggiori oneri maturati dal 2006 previsti in applicazione del CCNL;
- le aziende sanitarie possano procedere all'assunzione di personale solo per garantire i LEA.

Entrambe le indicazioni sono molto stringenti anche perché sono rafforzate dalla necessità di ricevere una autorizzazione per la sostituzione del personale dimesso (*turn over*) rilasciata dalla Giunta Regionale, per tecnici e amministrativi, e dalla Segreteria Regionale della Sanità per il comparto medico. L'assunzione di nuovo personale amministrativo e di *staff* era già stata bloccata da anni dalla Regione e in alcune strutture, tra cui azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, la mancanza di decine di persone sta incidendo sulle funzionalità dell'intera organizzazione.

La novità della delibera consiste nel limitare l'inserimento anche del personale medico, sottoponendolo ad autorizzazione, e, a reclutamento prioritario, a seconda della

²⁸⁰ GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto 2000-2009*, 2010, pag.36-37, consultabile sul sito www.arssveneto.it

²⁸¹ GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto 2000-2009*, 2010, pag.39, consultabile sul sito www.arssveneto.it

specialità (anestesisti, radiologi, pediatri, operatori infermieristici sono solitamente carenti) in relazione al fabbisogno dell'azienda sanitaria. Si richiede, inoltre, la compilazione di un modello che evidenzi le assunzioni e le cessazioni del personale dipendente con la controfirma del Collegio Sindacale.

3.6.3 Partecipazione al costo dei cittadini esenti

Le Regioni si sono impegnate, se si rendesse necessario, di prevedere la partecipazione al costo dei cittadini che godono di esenzione, qualora ne abbiano beneficiato, oltre una soglia *standard* stabilita.

Ciò afferisce al solo servizio ambulatoriale, ma comunque rappresenta un passaggio logico particolarmente grave, perché, dal punto di vista giuridico, tende a introdurre un aspetto di sott'ordinazione del principio di universalità della prestazione rispetto al vincolo di bilancio. Come dire se la percentuale ipotizzata di prestazione assegnata a soggetti esenti, non fosse sufficiente a garantire l'equilibrio di bilancio, perché alcuni individui ne hanno beneficiato oltre la misura stabilita, a costoro può essere richiesto il pagamento del *quid* ulteriore al valore del costo.

Fino ad ora la Regione Veneto non ha imposto di applicare questa indicazione alle aziende ospedaliere del territorio.

3.6.4 Tetto di spesa per l'acquisto di farmaci e materiale sanitario

La Regione ha stabilito il tetto di spesa per l'acquisto di farmaci e materiale sanitario che, per il 2012, è stato assegnato pari all'anno precedente. Il rapporto OSMED

(Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali) ha messo in luce come, a livello nazionale, la spesa farmaceutica lorda (pari a circa € 9.370 mio, corrispondente a €154,6 *pro capite*) dei farmaci di categoria A (farmaci per 92% a carico della Regione) abbia subito una riduzione (-3,7%) rispetto all'anno precedente²⁸², determinata da una diminuzione dei prezzi per farmaci divenuti generici e da un lieve aumento delle quantità.

Andamento inverso l'ha avuta la spesa di farmaci di classe C (+3,5%) e di automedicazione (+3,9%) che in media rispettivamente rappresentano una spesa *pro capite* pari a € 39,9 e € 26,6.²⁸³

Il Veneto è una delle Regioni con il maggior consumo di farmaci equivalenti (pari a circa il 57,2% dei farmaci)²⁸⁴ e ciò ha favorito il contenimento della spesa.

In media la spesa *pro capite* regionale è di €134,3 per i farmaci di classe A, di €37,3 per i farmaci di classe C e di € 28,3 per l'automedicazione, al di sotto del valore medio nazionale.

3.6.5 Autorizzazione del CRITE per gli investimenti

Con la DGRV n.58/2011 la Regione, in base al *budget* degli investimenti presentato dalle aziende sanitarie per l'anno 2012, ha vincolato ogni investimento, eccetto le manutenzioni straordinarie, all'autorizzazione del CRITE (Commissione Regionale per Investimento in Tecnologia ed Edilizia). Questo provvedimento è volto a contenere lo

²⁸² OSMED, *L'uso dei farmaci in Italia gen.-set. 2011*, 2011, pag.1, consultabile sul sito www.agenziafarmaco.it

²⁸³ OSMED, *L'uso dei farmaci in Italia gen.-set. 2011*, 2011, pag.12, consultabile sul sito www.agenziafarmaco.it

²⁸⁴ OSMED, *L'uso dei farmaci in Italia gen.-set. 2011*, 2011, pag.3, consultabile sul sito www.agenziafarmaco.it

squilibrio economico e finanziario delle Regioni, che potrebbe verificarsi, a seguito dell'armonizzazione contabile prevista ex Patto Stato Regioni 2009.²⁸⁵

3.6.6 Identificazione dei criteri di valutazione dei direttori generali

La Regione è *“impegnata a garantire ai cittadini la qualità dei servizi e ad ottimizzare il governo clinico del sistema sanitario nazionale”*²⁸⁶ e pertanto ha individuato i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, ovvero i criteri inerenti al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione rispettosi dell'efficienza, dell'efficacia e della funzionalità dei servizi sanitari.

Gli obiettivi formulati sono stati elaborati valutando le *best practice* regionali al fine di favorire una graduale convergenza e allineamento nell'erogazione di servizi di qualità e volti all'appropriatezza della cura. Sono differenziati per azienda (ASL o AO) e riguardano tre aree: area sanitaria, informatica e amministrativa.

L'area sanitaria si focalizza sui seguenti macrotemi:

- appropriatezza prescrittiva e monitoraggio dei farmaci ad alto costo;
- raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari al 140 per mille a livello regionale attraverso la riduzione dei ricoveri ordinari inappropriati;

²⁸⁵ A seguito dell'emanazione del D.Lgs 118/2011 in merito all'armonizzazione contabile del bilancio regionale anche in ambito sanitario, si prevede che gli ammortamenti non sterilizzati di competenza negli esercizi successivi al 2011 e quelli relativi al periodo 2001-2010 trovino copertura finanziaria nel bilancio regionale. Di conseguenza le Regioni per non compromettere l'equilibrio finanziario, sono costrette a verificare la sostenibilità economica di ogni investimento proposto dalle aziende sanitarie.

²⁸⁶ DGRV 3140/2010

- riduzione della mobilità extraregionale per le specialità medio alte;
- implementazione di un sistema di monitoraggio del rischio clinico;
- rispetto dei tempi di attesa stabiliti dalla DGRV 600/2007 in rapporto con la percentuale di prestazione erogate, con l'attivazione del *Day Service Ambulatoriale*.²⁸⁷ (DGR 1079/2007).
- aumento del 5% dei ricoveri ordinari di alta complessità;
- richiesta di effettuazione del 70% degli interventi per le fratture del femore in pazienti di età superiore ai 65 anni entro i tre giorni successivi al ricovero. Attualmente l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona entro il terzo giorno di ricovero riesce a intervenire solo sul 30% dei casi.

In ambito informatico la delibera è stata molto puntuale, incentivando le organizzazioni sanitarie a potenziare il loro sistema informatico per alleggerire la struttura, velocizzare i tempi di risposta e favorire il monitoraggio delle attività. I punti principali sono:

- utilizzo della firma digitale sui referti e documenti clinici;
- messa a regime del *registry* (sistema informatico di indicizzazione e recupero documenti) e del *repository* (sistema informatico di memorizzazione dei documenti);
- gestione telematica delle prescrizioni;
- informatizzazione delle liste di attesa per interventi chirurgici e l'adozione di un software per la tracciabilità dell'intero percorso documentale.

²⁸⁷ Nel Day Service ambulatoriale vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni integrate, arricchendo i set assistenziali ed organizzativi disponibili in ambito sanitario.

Nel campo amministrativo le voci principali afferiscono a:

- analisi anche retrospettiva delle voci di bilancio correlate ai costi capitalizzati;
- sviluppo di una funzione di *internal auditing* per il monitoraggio dei controlli della qualità del servizio e del rispetto delle procedure amministrativo contabili aziendali.

Ulteriori obiettivi e integrazioni della DGR 3140 sono stati fissati dalla DGR 2369/2011 per *“ricalibrare tali obiettivi in base ai risultati nel frattempo raggiunti .. al fine di ottimizzare in modo dinamico l'utilizzo delle risorse impiegate.”*²⁸⁸

In particolar modo le integrazioni in ambito sanitario riguardano per il 2012:

- ottimizzazione del numero dei ricoveri (tasso di ospedalizzazione inferiore a 140, diminuito rispetto alla DGRV 3140);
- razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera (non superiore a € 616 per residente, il costo è pesato in base all'età della popolazione);
- ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante (non superiore a 4);
- razionalizzazione dell'assistenza specialistica (non superiore a € 160 per abitante);
- razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica.

La Regione ha anche rivisto con la DGRV 859 il tariffario a livello regionale dei DRG, bloccato da anni e obsoleto. La delibera ha modificato la descrizione di alcune prestazioni, dandone una più precisa e chiara, ha definito le condizioni di erogabilità, per alcune prestazioni, per poterne garantire l'appropriatezza e ha ricondotto, al regime di

²⁸⁸ DGRV 2369/2011

erogazione ambulatoriale, ulteriori prestazioni attualmente effettuabili in regime di ricovero ordinario. Inoltre ha inserito nuove prestazioni, sia innovative che di uso corrente, con oneri a proprio carico qualora fossero prestate a residenti non veneti.

A novembre 2011 è stata emanata la DGRV 1805 che ha recepito uno studio commissionato dalla Regione al CERGAS. Come si legge nella delibera, tale studio serve a *“poter determinare i costi delle prestazioni ospedaliere e specialistiche”* basandosi *“sull’analisi dell’attività svolta dalle strutture e sul reale assorbimento delle risorse ad esse associate.”*²⁸⁹

Si sono riviste alcune tariffe e i valori soglia della degenza e dei pesi delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Con decorrenza 1 gennaio 2012, si sono raggruppati i DRG in quattro classi: classe A (riguarda le prestazioni di alta specialità), la classe B (comprende i DRG con peso pari o superiore a 2 o svolti per almeno il 60% da unità operative di alta specialità), la classe C (costituita da tutti gli altri DRG), la classe D (contiene tutte le prestazioni erogate ad alto rischio di inappropriata se erogate in RO). Si è modificata la remunerazione dei *day hospital* (se DRG chirurgico si applica il valore della tariffa DRG; se DRG medico appropriato si valorizza ad accesso).

La Regione ha sempre sollecitato le aziende sanitarie ad attenersi il più possibile al livello soglia di prestazioni inappropriate, sebbene abbia sempre corrisposto alle strutture aziendali il corrispettivo per l’attività svolta, pur quando tale limite era superato.

Con questa delibera si chiarisce, che tutte le prestazioni erogate appartenenti alla classe D riguardanti i ricoveri ordinari, che supereranno la soglia di appropriatezza, nel caso di DRG chirurgico verranno remunerate al 65% del valore tariffario, nel caso di DRG medico si avrà la corresponsione di € 200,00, anche i ricoveri diurni nelle prestazioni

²⁸⁹ DGRV 1805/2011 PAG.2

riguardanti il *tunnel* carpale, l'ernia, lo *stripping*, la radioterapia, la chemioterapia sono soggette, se superano la soglia di ammissibilità, ad una riduzione del valore corrisposto pari al 35% della tariffa del DRG.

Per le aziende ospedaliere le nuove regole di tariffazione possono creare problemi considerevoli, a livello di risorse economiche e finanziarie riconosciute per le prestazioni svolte.

E' un passaggio particolarmente critico perché incide su due momenti dell'organizzazione aziendale: formare e condividere con i professionisti medici la portata della direttiva e l'impatto che potrebbe produrre; organizzare l'azienda, con eventuali strutture, ma anche turnazioni di *equipe* che consentano di erogare, secondo le modalità riconosciute dalla delibera, le prestazioni sanitarie alla popolazione. Su questi elementi la Direzione e il controllo di direzione svolgeranno un ruolo di guida e di proposizione, ma molto è delegato al personale medico.

Il fattore tempo è particolarmente critico, perché a fronte di cambiamenti consistenti le aziende sanitarie sono costrette ad adeguarsi velocemente alle previsioni normative.

3.7 Programmazione: priorità

L'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ha recepito all'interno del suo documento di programmazione tutte le indicazioni fornite dalla Regione e le ha

integrate con le proprie finalità aziendali formulando le priorità strategiche perseguite nel medio lungo periodo²⁹⁰.

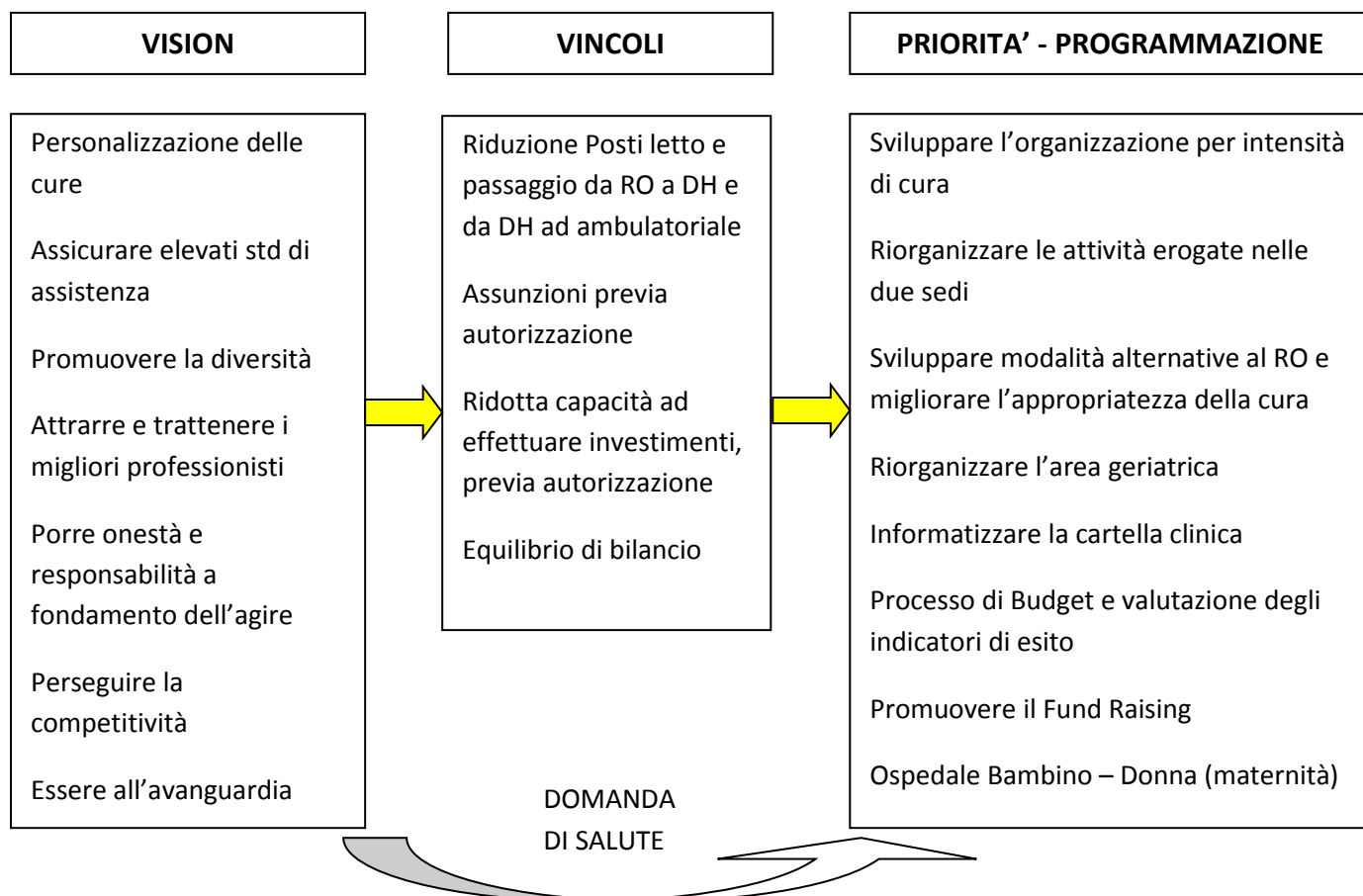
Con la fig.3.12 si traduce l'impegno dell'azienda nell'assicurare il raggiungimento della *mission* aziendale, rispettando le delibere regionali (DGRV 3140/2010 e DGRV 2369/2011 traduzione, in buona parte, dei vincoli imposti dal Patto della Salute 2009 - 2011), formulando una programmazione coerente con gli scopi perseguiti, puntuale nei progetti definiti e realizzabile nell'arco temporale stabilito.

Il processo di identificazione e condivisione delle priorità rappresenta la risposta elaborata dall'azienda alla domanda di salute espressa nell'ambiente circostante e alla capacità, professionalità e senso di responsabilità interni alla struttura, che sono da stimolo alla realizzazione delle priorità.

Le priorità individuate attengono a sei ordini di fattori: riorganizzazioni fisiche e strumentali di spazi e personale, sviluppo di nuove modalità di assistenza e cura finalizzate all'ottimizzazione delle risorse, realizzazione di un'integrazione informatica e gestionale più pervasiva che permetta un miglior monitoraggio delle attività e facilità gestionale, verifica e sviluppo del sistema di valutazione gestionale, introduzione di tecniche gestionali innovative per attrarre capitali privati e realizzazione di un importante investimento strutturale che consentirà di offrire servizi migliori e aumenterà la visibilità della struttura.

²⁹⁰ L.55 ART. 14 REGIONE VENETO "il documento di direttive è il documento formulato allo scopo di realizzare il raccordo sistemico tra gli strumenti della programmazione e il budget. Il documento di direttive è elaborato dal direttore generale in aderenza ai contenuti e alle scelte dei piani, programmi e progetti adottati e indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione del budget"

Fig.3.11: Identificazione delle priorità nella fase della Programmazione



Fonte: ns elaborazione del Documento di Programmazione dell'AOUI Verona 2012-2014 e del Patto della Salute 2009-2011

3.7.1 Priorità: sviluppare l'organizzazione per intensità di cura

La prima priorità definita è lo sviluppo di un'organizzazione per intensità di cura. Con tale modalità al centro dell'organizzazione viene posta la tipologia di cura (degenza, degenza intensiva, poliambulatorio, blocco operatorio) attorno alla quale si rimodula il personale preposto. E' un approccio che permette di superare il rapporto di univocità tra *equipe* medica e gruppo infermieristico assegnato e che consente di definire dei moduli di attività in cui gli operatori delle professioni sanitarie sono attribuiti alla specifica modalità

assistenziale e i medici, invece, operano trasversalmente su più unità operative in relazione alla cura prescelta per il paziente.

L'intensità di cura crea un'organizzazione più snella, ma più complicata che richiede, da parte del personale medico, la definizione di *standard* assistenziali in modo da rendere più indipendente l'operatore sanitario e adeguata la modalità di assistenza. Lo sforzo principale è delineare dei PDCA (Protocolli di Diagnosi Cura e Assistenza) da seguire all'interno del dipartimento, venendo meno il rapporto strettissimo tra comparto infermieristico e la singola *equipe* medica.

In tal modo si ottimizzano le risorse a disposizione facilitando la programmazione del lavoro infermieristico e si cerca di preservare l'autonomia e la discrezionalità medica. Infatti è il medico che nella diagnosi identifica la problematica a cui è affetto il paziente (corrispondente a un protocollo di diagnosi cura e assistenza già condiviso) ed eventualmente, se la situazione complessiva del paziente lo rende necessario, può decidere di derogare da un protocollo di diagnosi cura e assistenza già prestabilito. I protocolli di diagnosi cura e assistenza servono ad individuare le modalità valide nei casi più comuni e semplici, senza per questo dimenticare che ogni soggetto è un individuo unico e quindi va curato tenendo presente le sue esigenze di salute.

Sviluppare un'organizzazione per intensità di cura significa operare un cambiamento funzionale, ma anche "culturale" tra i diversi operatori e presuppone un importante lavoro di condivisione tra i medici, per la formulazione dei protocolli di diagnosi cura e assistenza, e a una loro necessaria propensione alla cooperazione con il comparto infermieristico nel rispetto delle differenti mansioni.

3.7.2 Priorità: riorganizzare le attività erogate nelle due sedi

Si tenderà a mantenere nelle due strutture i reparti, ma invece che duplicarne le attività, come avviene tuttora, concentrarle e specializzarle.

Alcune attività di riorganizzazione sono state avviate nel 2011 per i reparti di Farmacia e di Direzione Medica, nel 2012 l'obiettivo è quello di consolidare le nuove impostazioni e riorganizzare l'Ortopedia, Urologia e ORL (Otorinolaringoiatria) mantenendo i ricoveri ordinari prevalentemente a Borgo Trento e i ricoveri diurni a Borgo Roma. Per rendere più omogenea l'impostazione si è deciso di intensificare i momenti di formazione e implementazione di percorsi trasversali tra le unità operative complesse collocate sulle due sedi.

3.7.3 Priorità: sviluppare modalità alternative di ricovero ordinario e migliorare l'appropriatezza della cura

I limiti imposti al ricovero ordinario dalla Regione e gli studi sull'appropriatezza della cura hanno portato l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona a ripensare a modalità assistenziali alternative ed integrative al ricovero ordinario come quelle ambulatoriali, consistenti nel *day service* o nel *day surgery*. Il tema, quindi, non è solo la cura del malato, effettuata nelle modalità adeguate per la qualità e l'esito (efficacia), ma anche l'appropriatezza nell'uso delle risorse (efficienza).

Già nel Patto della Salute 2010-2012 si sono individuate 65 prestazioni DRG a rischio di inappropriately se effettuate in ricovero ordinario e si è previsto un elenco di prestazioni a rischio di inappropriately se erogate in *day surgery*, invece che in prestazione ambulatoriale.²⁹¹

Il tema dell'appropriatezza è complicato da fattori organizzativi e strutturali che vanno rimodulati all'interno della realtà aziendale ed è una criticità comune a molte aziende.

Infatti, secondo una ricerca condotta dall'ARSS del Veneto, i ricoveri a rischio di inappropriately (Classe D) nel 2009 rappresentavano circa il 18% dei ricoveri delle aziende ospedaliere, incrementandosi rispetto al 2004 del 3%.²⁹²

L'inappropriately del ricovero si basa sulla patologia, ossia a ciascun DRG viene assegnata una modalità *standard* di assistenza ricovero ordinario – *day hospital* o altro, individuando i tempi di degenza. Ogni paziente ha delle condizioni proprie di salute che non sempre possono essere configurate nella situazione media e *standard*, portando, inevitabilmente, a dover derogare dai percorsi assistenziali *standard*.

In questi casi la Regione ha anche previsto una soglia di ammissibilità, che viene remunerata alla stregua delle altre prestazioni. Nel 2010 l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ha effettuato 2.945 ricoveri inappropriati oltre la soglia prevista, già nel 2011, a seguito di un sollecito regionale, ha diminuito il numero a 1.585 ricoveri ordinari.

²⁹¹ BALDUZZI R., MOIRANO F., *Il Patto della Salute e il ruolo dell'Agenas*, in AA. VV., *Monitor*, n.25, pag.6, consultabile sul sito www.AgeNas.it

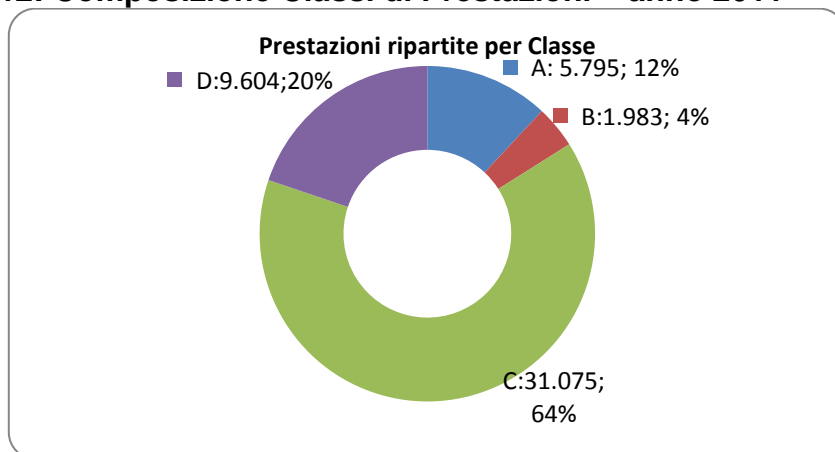
²⁹² ARSS DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario del Veneto 2000 – 2009*, riportato nel grafico n.23 *Quota % di ricoveri delle diverse tipologie di aziende sanitarie confrontato 2004 - 2009*, ARSS Veneto Editore, 2010, pag.24

Ciò dimostra che vi sono ancora aree di miglioramento che comportano un radicale lavoro di riorganizzazione. Per il 2012 la Regione, con l'emanazione del DGRV 1805, come già enunciato nel paragrafo precedente, ha stabilito che le prestazioni non incluse nella soglia di ammissibilità verranno remunerate al 65% del valore DRG se ricovero ordinario chirurgico, o € 200, 00 se ricovero ordinario medico.

Per l'anno 2011 l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ha curato 48.457 pazienti le cui prestazioni erogate sono state, secondo DGRV 1805, ricomprese per il 12% nella classe A – alta specialità, per il 4% nella classe B – medio alta specialità, per il 64% nella classe C e per il 20% nella classe D. (Fig.3.12).

La classe D raggruppa le prestazioni a rischio di inappropriately che per l'azienda ospedaliera universitaria integrata sono state 9.604 casi di cui 1.585 sono oltre soglia di ammissibilità.

Fig.3.12: Composizione Classi di Prestazioni – anno 2011



Fonte: Documento di Budget 2012 dell'AOUI di Verona

3.7.4 Priorità: riorganizzare l'area geriatrica

La quarta priorità è la riorganizzazione dell'area geriatrica, grazie allo sviluppo della nuova sezione ad alta intensità assistenziale che accoglierà pazienti provenienti da tutta l'area medico-geriatrica.

Vi è in progetto di creare una sezione urgenze che, con circa una ventina di posti letto, accoglierà pazienti prevalentemente anziani non critici, provenienti dal Pronto Soccorso che saranno indirizzati nel dipartimento adeguato nelle 48 - 72 ore o dimessi.

3.7.5 Priorità: informatizzare la cartella clinica

L'informatizzazione delle schede di dimissione ospedaliera è un passo importante. Le schede di dimissione ospedaliera sono il documento gestionale più importante della azienda sanitaria, attestano il servizio sanitario, ne danno lo spessore qualitativo e contengono tutte informazioni utili alla gestione.

Attualmente le schede di dimissione ospedaliera sono inserite a sistema tardivamente rispetto all'attività svolta, talvolta lacunose di informazioni (terapie, cure effettuate, interventi chirurgici indicati). Ciò impatta negativamente a livello interno (impossibilità di avere dei dati gestionali corretti), e a livello esterno (indice di case *mix* minore del reale e minor valorizzazione delle DRG e corrispettiva remunerazione).

Nel 2011 le schede di dimissione ospedaliera in media, inserite a sistema nell'arco del mese di dimissione del paziente, per l'azienda ospedaliera universitaria integrata di

Verona erano solo il 45% e alcuni controlli effettuati dal personale amministrativo, su alcune pratiche particolarmente voluminose, hanno permesso di correggere errori nell'inserimento dei dati che avrebbero ridotto di molto il valore corrisposto dalla Regione.

L'informatizzazione è uno strumento che riduce molto anche il rischio clinico comprovando la bontà della cura seguita. L'obiettivo dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è, per il 2012, di informatizzare il 100% dei referti di laboratorio, diagnostica per immagini ed esami strumentali, il 90% dei referti delle visite specialistiche, il 100% delle lettere di dimissioni e il 90% delle prescrizioni e somministrazioni di ricette farmaceutiche. Il tutto richiede di una preventiva organizzazione degli spazi, approntamento gli strumenti informatici, e di formazione del personale.

3.7.6 Priorità: processo di budget e valutazione degli indicatori di esito

Il processo di budget e la valutazione delle prestazioni tramite gli indicatori di esito è una delle priorità avvertite dal *top management*.

La Direzione è consapevole che nella possibilità di misurare le proprie attività è insita la capacità di argomentare e spiegare le ragioni di scelte strategiche e gestionali, la possibilità di rivendicare maggiore attenzione, anche politica, di fronte alle esigenze del comparto sanitario; e che, solo grazie ad una presentazione veritiera e oggettiva del servizio reso, si può raggiungere la necessaria condivisione e trasparenza per i cittadini.

Si pone attenzione nel cogliere ogni interessante opportunità internazionale per poter confrontare la propria struttura, organizzazione e gestione con quella di realtà

sanitarie anche estere al fine di individuare i punti chiave di miglioramento e applicare modalità innovative di gestione che stanno già dando risultati positivi.

A tal proposito nel 2011 e nel 2012 l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ha partecipato a progetti di respiro internazionale, come il Dr. Foster²⁹³.

3.7.7 Priorità: promuovere il fund raising

Un tema cruciale per ogni azienda è la raccolta di risorse economiche finanziarie.

Il finanziamento pubblico è essenziale ed è la voce prevalente, ma per poter essere eccellenti si richiedono macchinari, strutture, risorse per la ricerca che, negli ultimi anni, non hanno trovato sufficiente finanziamento pubblico.

Il direttore sanitario sta attivando una serie di iniziative interessanti per offrire il servizio sanitario a terzi che verrebbero a pagarlo privatamente:

1. contattando e prendendo accordi con Fondazioni che finanziano le cure mediche;
2. attivando convenzioni con le assicurazioni sanitarie private, anche se nel nostro Paese sono un fenomeno alquanto modesto;
3. cercando contatti per far conoscere l'azienda ospedaliera universitaria integrata nei Paesi esteri, dove la cultura del luogo è particolarmente riservata

²⁹³ Il progetto Dr Foster a cui ha partecipato l'AOUI di Verona, dal 2011 al 2012, ha riguardato il confronto dei principali indicatori di esito per mortalità legati alle patologie più comuni (come per es. cardiopatie e diabete). A tale progetto hanno partecipato ospedali inglesi, statunitensi, francesi ed italiani, i risultati della ricerca non sono ancora disponibili.

sulle questioni di salute, tanto da indurre i propri cittadini a rivolgersi all'estero con la scusa di un viaggio di piacere;

4. ricercando fondi per la ricerca grazie alla struttura universitaria integrata con l'ospedale.

3.7.8 Priorità: costruzione del padiglione Bambino – Donna

L'ultima priorità è la costruzione del nuovo padiglione Bambino Donna che sarà resa possibile grazie all'intervento economico di privati finanziatori e pubblici, la cui costruzione terminerà nel 2015.

3.8 Programmazione: priorità per i dipartimenti - DAI e DAT

Le linee strategiche individuate nella programmazione dal *top management* hanno un importante momento di raccordo operativo nella determinazione degli obiettivi della programmazione per dipartimento, ossia nella condivisione e responsabilizzazione di una porzione della programmazione aziendale in seno del singolo dipartimento, che, per la parte negoziata, se ne fa carico. Questo *trait d'union* è uno dei momenti più critici della programmazione perché è l'anello di congiunzione tra la programmazione e il *budget* e rappresenta l'elemento di continuità tra la Direzione e i dipartimenti.

La formulazione degli obiettivi dei dipartimenti ad attività integrata è un processo negoziale tra il direttore sanitario e i direttori di dipartimento, che a loro volta sono porta voce delle istanze sollevate dalle unità operative e svolgono un ruolo di proposizione e di accordo con i responsabili delle unità operative.

La programmazione è una fase dove è molto intenso il lavoro di cooperazione e ricerca del consenso all'interno dei dipartimenti, anche in ragione del fatto che gli obiettivi concordati diventano le priorità oggetto di valutazione nel processo di incentivazione del personale.

Non c'è il problema del potenziale conflitto di interesse tra chi definisce gli obiettivi e chi viene incentivato perché il Controllo di Gestione sovrintende al processo e autorizza gli indicatori legati all'obiettivo definendone con la Direzione i valori *target* perseguiti.

Il processo, infatti, prevede che il singolo dipartimento concordi con la Direzione l'obiettivo di programmazione e quindi di *budget* e proponga un indicatore di *performance*, per valutarne il raggiungimento.

Il Controllo di Gestione appuri che l'indicatore di *performance* rispetti i criteri di "semplicità, rappresentatività, validità, praticità e accuratezza"²⁹⁴ autorizzandolo e, concordi con la Direzione il *target* obiettivo da raggiungere in parte già negoziato con il responsabile di dipartimento.

Nella programmazione la coerenza strategica è l'elemento essenziale per consentire il perseguimento degli obiettivi prefissati. Il parziale o mancato raggiungimento di molte strategie è dovuto molto spesso allo scollamento tra le strategie dichiarate nei documenti ufficiali dalla Direzione e le azioni poste in essere dalla gestione. (come sviluppato nel capitolo II)

Pertanto pare importante soffermarsi sull'analisi di coerenza del documento di programmazione aziendale con quello di programmazione per dipartimento ad attività

²⁹⁴ CONTROLLO DI GESTIONE DELL'AOUI DI VERONA, *Manuale per la scelta degli indicatori 2010 - 2011* pag.2, documento interno

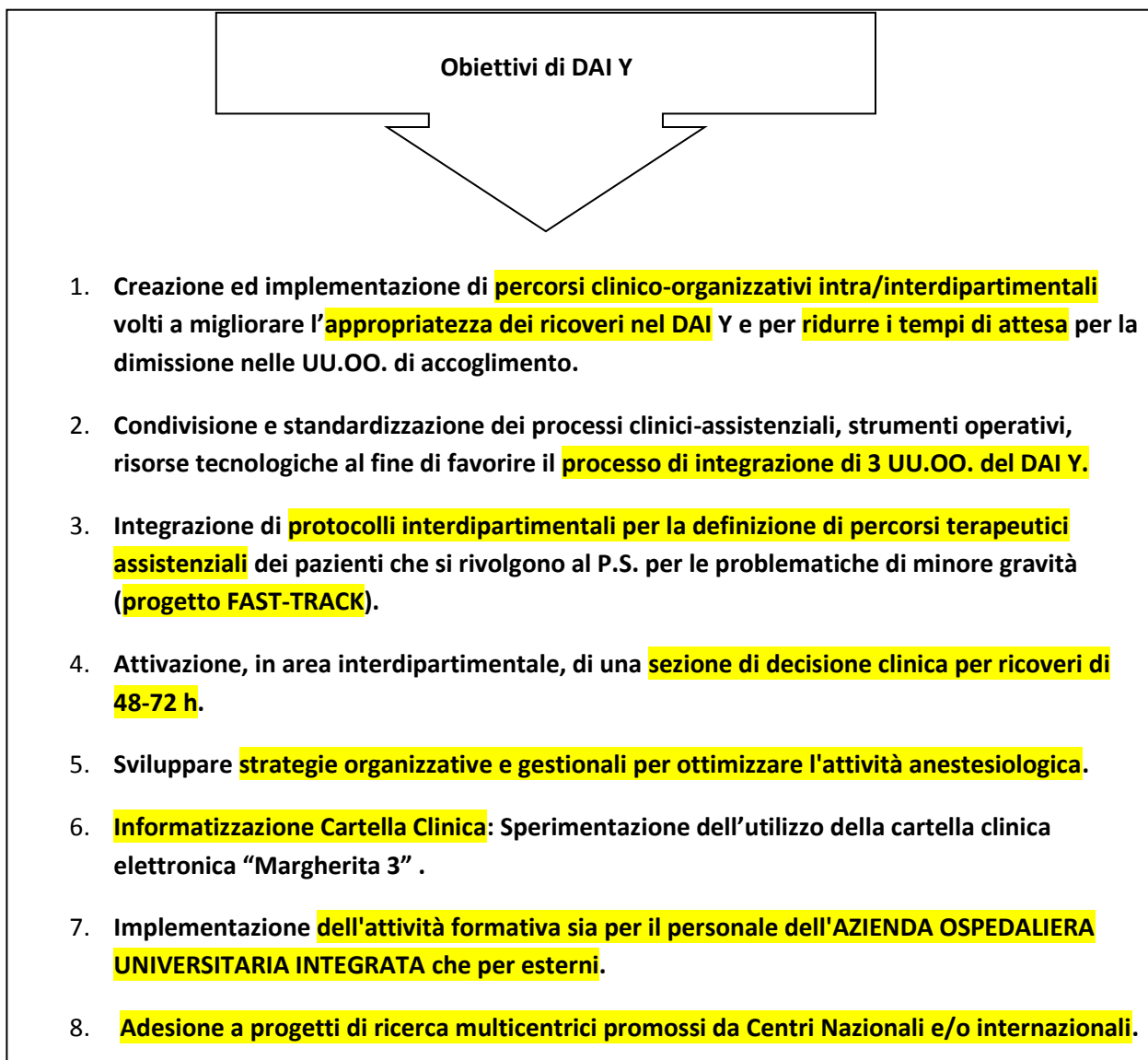
integrata (DAI) al fine di sottolineare come le unità operative tendano a perseguire gli obiettivi nell'operatività della loro attività.

Nella fig. 3.13 si rappresenta un esempio di obiettivi della programmazione di uno dei DAI (che per riservatezza nel proseguo del lavoro sarà definito DAI Y) dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, i punti di maggior coerenza sono evidenziati in giallo.

Nel caso specifico del DAI Y tutte le priorità aziendali sono recepite e inserite come obiettivo di dipartimento.

E' il dipartimento ad attività integrata che meglio richiama pienamente le priorità aziendali, sottolineando il ruolo di centro di assistenza e di luogo di ricerca e formazione orientato ad un approccio internazionale collaborativo e volto all'eccellenza.

Fig.3.13: Obiettivi della Programmazione- Budget del DAI Y



Fonte: ns elaborazione documento di Programmazione AOUI di Verona 2012 - 2014

3.9 Il processo di Budget

Nel presente paragrafo e in quelli successivi, si svilupperà il processo di elaborazione del *budget* analizzando gli strumenti adottati e i documenti che lo compongono, focalizzandosi sul DAI X.

Sul documento di programmazione si basa il processo di *budget* che ne recepisce gli obiettivi e le linee guida. Come stabilito dalla L.R. 55/94 art.13, il *budget* serve per "pervenire su arco annuale e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione

alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da perseguire...”.

Il processo di *budget* consente l'identificazione più dettagliata degli obiettivi da raggiungere nel periodo annuale, individuando anche le risorse allocate e le modalità operativa da adottare per il loro raggiungimento. La formulazione degli obiettivi avviene seguendo l'articolazione delle responsabilità interne aziendali.

Il *budget* “operazionalizza” la programmazione traducendo e segmentando i programmi che coinvolgono l'intera struttura in piani e progetti annuali rivolti alla singola unità operativa per permetterne una misurazione, una valutazione e consentendo una responsabilizzazione di tutto il personale.

Inoltre il *budget* permette di ripartire su due dimensioni la programmazione: la dimensione dei CDC (Centri di Costo) o delle unità operative e la dimensione temporale. Quest'ultima è oggetto di periodico esame e riallineamento, rispetto agli obiettivi definiti nella programmazione, seguendo il metodo dello “scorrimento”, ossia l'aggiornamento annuale del piano strategico in sincronia con il piano operativo (*budget*).²⁹⁵

Gli obiettivi di *budget* sono, a loro volta, tradotti in obiettivi per i dipartimenti e per le unità operative, diventando i criteri di valutazione del personale. Pertanto il processo di *budget* è un momento molto delicato e complesso in cui la dialettica nell'azienda si accresce e la ricerca della condivisione e della partecipazione fattiva del personale è maggiore. Investe un arco temporale di circa due mesi e si articola in incontri separati tra Direttore Sanitario e Direttori di DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata) e tra unità operative e i loro direttori di DAI, fino al momento conclusivo in cui si raggiunge un accordo di massima, tra il Direttore Sanitario, i direttori e i responsabili delle unità operative.

²⁹⁵ DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, *Atto Aziendale*, art. 49, c. 4

La valutazione dei risultati di *budget*, raggiunti nell'anno precedente, avviene a chiusura del primo semestre dell'anno successivo. Durante questo arco temporale il Controllo di Gestione svolge una funzione di monitoraggio dell'andamento gestionale, effettuando le chiusure periodiche. Anche durante l'anno quindi gli eventuali scostamenti dei risultati effettivi rispetto a quelli previsti vengono valutati e compresi al fine di identificare, se necessario, manovre correttive capaci di consentire ugualmente il raggiungimento degli obiettivi a chiusura dell'anno.

Le chiusure periodiche si basano su stime e, nell'ambito sanitario, sono molto vincolate anche da informazioni non disponibili in ambito aziendale, ma provenienti da dati ufficiali come quelli relativi ai costi sostenuti per spesa farmaceutica.

Con le chiusure di fine anno si conteggiano anche gli *indicatori di performance* che vengono analizzati rispetto alle previsioni di *budget* formulate ad inizio anno. Il processo della valutazione delle *performance* sta diventando sempre più cruciale all'interno delle strutture sanitarie e anche l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona sta concentrando molta attenzione su questa attività.

Per l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona la valutazione delle schede annuali IBO (*Incentives by Objectives*) del personale avviene a fine giugno dell'anno successivo, quando tutte le informazioni sono rese disponibili.

3.10 La programmazione nel DAI X

Come si è accennato precedentemente, il documento di programmazione identifica il livello strategico della programmazione, i cui obiettivi e vincoli vengono declinati all'interno della dimensione annuale e contestualizzati all'interno dei DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata). Sono il punto di partenza dello sviluppo del *budget*.

L'anello di congiunzione tra programmazione strategica e *budget* è rappresentato dalla scheda degli obiettivi per DAI, che nella programmazione rappresenta l'elemento conclusivo del processo, mentre nel *budget* è l'elemento di partenza.

Nella fig. 3.14 si rappresenta la scheda degli obiettivi del DAI X, oggetto di approfondimento nel presente elaborato, da cui emerge che la struttura medica si concentrerà sull'ottimizzazione di processi interni, l'integrazione di modalità di assistenza e cura tra dipartimenti e la qualità della prestazione.

In particolare il dipartimento è focalizzato sull'assistenza per intensità di cura, modalità attuata per ottimizzare le risorse mantenendo l'appropriatezza della cura e, durante l'anno, si concentrerà sulla identificazione di PDT (Percorso di Diagnosi e Terapia) che servono a gestire l'emergenza e l'urgenza.

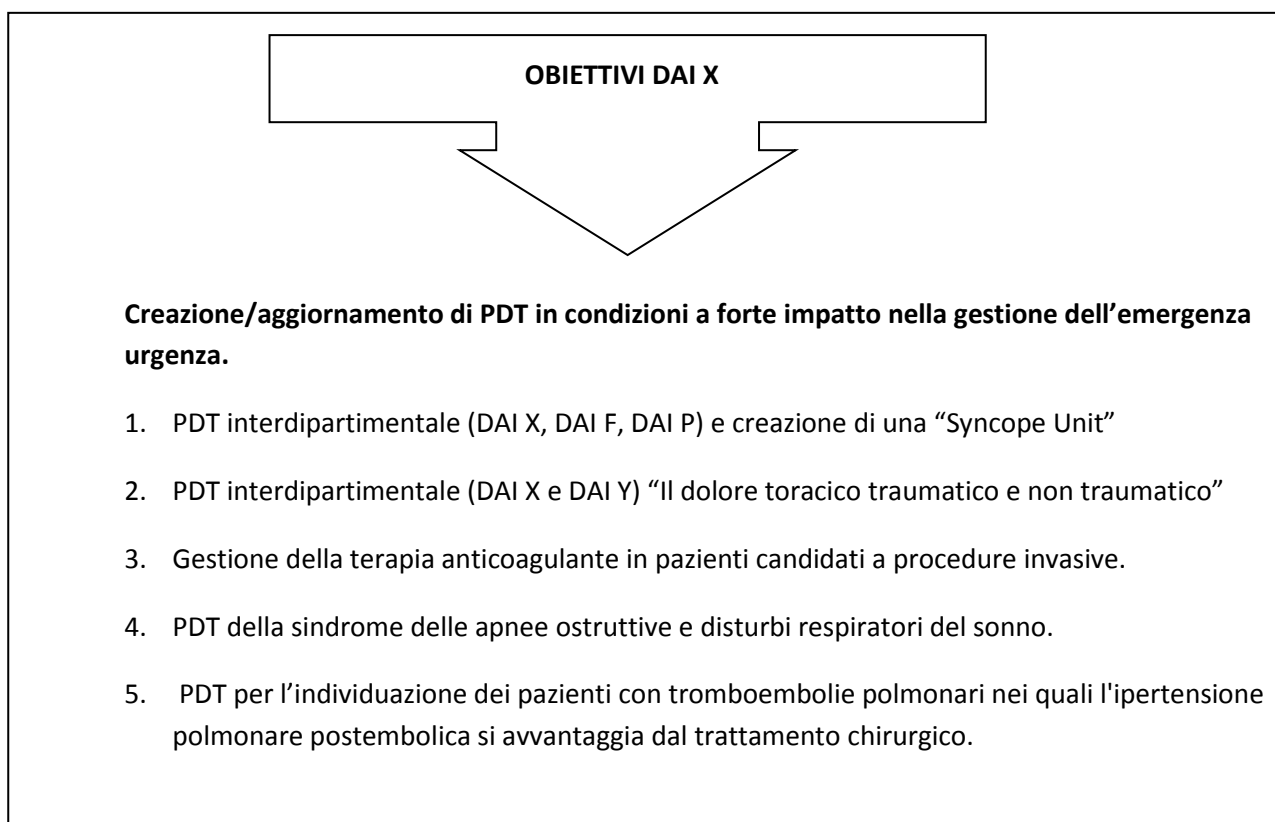
L'emergenza e l'urgenza all'interno della struttura sanitaria sono da sempre il punto nevralgico, perché riguardano soggetti acuti in situazioni particolarmente delicate, per i quali la mancanza di tempestività può produrre effetti letali.

Al contempo la struttura sanitaria, per essere ottimizzata, non può essere pianificata in una condizione di picco di domanda. E' necessario formulare degli *standard* di

assistenza e terapia che possono essere applicati sui soggetti che presentano una specifica e definita condizione individuata nel pacchetto stesso.

Per misurare e valutare la bontà delle scelte compiute e le prestazioni erogate, il DAI si impegna ad individuare alcuni indicatori di esito che diano prova della qualità del servizio sanitario, della sua appropriatezza ed efficacia.

Fig. 3.14: Obiettivi della Programmazione - Budget DAI X



Fonte: ns elaborazione documento di Programmazione AOUI di Verona

Dall'analisi della scheda di DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata) emerge come la scheda di programmazione strategica del DAI sia volta verso obiettivi di qualità della cura, di appropriatezza e di ottimizzazione dei processi, mentre gli obiettivi strategici aziendali contengono anche altre indicazioni (es. complessità dei casi, vincoli di spesa, ecc.).

L'azione di coordinamento e supervisione della Direzione Sanitaria diventa essenziale per il perseguimento degli obiettivi aziendali e, nello specifico, di DAI (dipartimento ad attività integrata).

3.11 Il quadrante di Budget

Lo strumento di *budget*, adottato dal 2010 dal Controllo di Gestione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è la *balanced scorecard* che consiste nello sviluppo di un quadrante composto da quattro aree strategiche: attività, risorse, qualità professionale e qualità percepita. (Fig.3.15)

La *balanced scorecard*, adottata dall'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, sviluppa i quadranti per obiettivo di programmazione, piuttosto che per area omogenea, come formulato originariamente da Kaplan e Norton. Ossia traduce il documento di programmazione inserendo nei quadranti i *target* derivanti dalla *mission*, quelli provenienti dai vincoli posti dalla Regione, gli obiettivi aziendali di qualità e introducendo la visione esterna del cliente nel quadrante della qualità percepita. Si sposta l'interesse dall'oggetto esaminato allo scopo perseguito dai differenti soggetti (azienda, Regione, professionisti).

Questo aspetto si coglie soprattutto quando si tende a raffrontare i quadranti risorse e attività con i quadranti formulati da Kaplan e Norton per le aziende sanitarie (clienti, area finanziaria, processi interni, crescita e apprendimento) e i KPI (*Key Performance Indicator*) da essi proposti, che sono collocati e mescolati nelle diverse aree strategiche.

L'impostazione originale dei due autori risente del fatto che negli USA le aziende sanitarie sono delle aziende operanti in un mercato di libera concorrenza, dove l'orientamento al cliente è principale e trascina con sé tutte le altre dimensioni. Come osservato nel capitolo precedente, la situazione italiana è differente.

Ogni realtà ha piena discrezionalità nel progettare la *balanced scorecard* in maniera consona alla propria situazione. L'impostazione seguita, però, parrebbe favorire un incremento di numerosità degli indicatori e produce una maggior complessità di lettura nelle relazioni di causa ed effetto che legano tra loro le aree strategiche, diminuendo l'efficacia di comunicazione della strategia verso il personale.

Nel prosieguo del lavoro si svilupperanno i singoli quadranti esaminandone nel dettaglio gli aspetti significativi. In ogni area strategica o quadrante si presenteranno gli indicatori obiettivo, formulati partendo dall'esame dei valori raggiunti nel corso dell'ultimo esercizio. Sarà, pertanto, indispensabile prima di fornire il valore obiettivo dell'anno 2012, spiegare la situazione odierna e quali accorgimenti sono stati adottati per favorire il raggiungimento dell'obiettivo.

Fig. 3.15: Rappresentazione del Quadrante di Budget



Fonte: Controllo di Gestione dell'AOU di Verona, Linee Guida di BDG, documento interno

3.11.1 Quadrante: Classe Attività

All'interno del primo quadrante denominato "Attività" si valutano le attività svolte dalla azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, espressione della *mission*²⁹⁶ aziendale, che si distinguono in tre macro servizi: assistenza, formazione e ricerca.

Le singole macro attività sono ulteriormente articolate in sotto obiettivi.

²⁹⁶ "L'A.O.U.I. è ente in cui i professionisti medici e sanitari lavorano per migliorare la salute nel più ampio rispetto della persona assicurando: alta specializzazione ed eccellenza nell'assistenza sanitaria; ricerca sanitaria e ricerca nel campo della organizzazione e gestione dei servizi assistenziali; trasmissione e diffusione della cultura e delle conoscenze scientifiche in tema di diagnosi e cura, nonché di riabilitazione e prevenzione." DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 365 DEL 2/07/2010, Atto Aziendale, art.3, c.1

L'assistenza si suddivide in due obiettivi: diminuzione del numero complessivo di giorni ricovero e aumento della complessità dei casi.

La formazione si pone il *target* di promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica. Nel *budget* 2011 la finalità per il settore ricerca era ripartita in due obiettivi: il miglioramento della presenza azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona nello scenario scientifico nazionale e internazionale e il completamento del coinvolgimento di tutte le UU.OO./MDA (Unità operative/ Moduli di Attività) nelle attività di formazione della facoltà di medicina. Quest'ultimo obiettivo è stato eliminato nel *budget* 2012.

A ciascuna voce è attribuito un peso che compone la scheda della valutazione delle *performance*.

Il quadrante attività ha un peso di 40 su 100 dell'intero quadrante *balanced scorecard*, le macro voci in cui è ripartito hanno peso differente, definendone così un grado di importanza e una scala di priorità diversa.

Nel quadrante attività, l'assistenza pesa per il 60%, la ricerca per il 25% e la formazione per il 15%. All'interno di ciascun sotto obiettivo si identificano le modalità suggerite per perseguire l'obiettivo collegandole agli indicatori di *performance* condivisi con la struttura. Gli indicatori di *performance* sono di numerosità diversa a seconda dell'obiettivo, pur in presenza di eguale peso; questo comporta, a parità di altre condizioni, una complessità maggiore nel perseguirlo.

La tab. 3.4 rappresenta l'individuazione degli obiettivi aziendali, collegati alla macro voce assistenza, tradotti in obiettivi di dipartimento e in *key performance indicators* oggetto di valutazione.

Tab. 3.4: Quadrante attività - Macro voce Assistenza

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
ASSISTENZA	1. Diminuire n. complessivo giorni di ricovero	12	Appropriatelyzza delle prestazioni a. riorganizzare mda per intensità di cura b. trasferire assistenza da RO a ambulatoriale c. ridurre dm d. ridurre durata preoperatoria e. ridurre RO e DH f. ottimizzazione delle performance di servizio	Indicatori n. complessivo giorni di ricovero (RO+DH) n. ricoveri (RO +DH) rapporto (RO)/(DH+Amid) giorni di degenza media n. DRG di classe A n. ricoveri fuori LEA
	2. Aumentare complessità della casistica e attrarre patologie complesse	12	a. concentrare attività ambulatoriale su casistica complessa	valore medio DRG % attrazione fuori Regione n. PDC erogati a singoli pazienti

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2011 e Budget 2012

Il primo obiettivo è rappresentato dalla diminuzione del numero complessivo di giorni di ricovero ordinario. La Direzione aziendale condividendo il documento di programmazione del DAI (Dipartimento ad Attività Integrata) , ritiene che l'indicazione regionale, di una riduzione di posti letto e di incremento di assistenza ambulatoriale, possa trovare realizzazione attuando una serie di strategie e di accorgimenti gestionali volti al miglioramento dell'appropriatezza della prestazione.

Le principali soluzioni identificate concernono:

- la riorganizzazione dei moduli di attività per intensità di cura, al fine di definire dei PTCA (Protocolli di Terapia, Cura e Assistenza) per il singolo dipartimento e alcuni condivisi tra dipartimenti;
- il trasferimento di attività da ricovero ordinario al regime ambulatoriale;

- la riduzione della degenza media;
- l'aumento del *day hospital* preoperatorio e la contestuale riduzione della sua durata;
- la riduzione del numero di ricovero ordinario e ricoveri diurni;
- l'ottimizzazione delle *performance* dei servizi diagnostici, diminuendo il tempo di attesa e favorendo una più immediata terapia opportuna.

La *balanced scorecard* si fonda su una condivisione della strategia e una interiorizzazione o “riconoscimento - apprendimento” da parte del personale degli obiettivi aziendali, tradotti in obiettivi di dipartimento ed elaborati in indicatori di *performance* condivisi con i soggetti che dovranno realizzare la strategia.

E' interessante cogliere come, essendo il primo anno (anno 2010 con il *budget* 2011) di introduzione e “sperimentazione” dello strumento della *balanced scorecard*, si possa ancora distinguere in maniera netta l'obiettivo aziendale da quello del dipartimento. Ossia l'indicazione aziendale subisce un processo di trasformazione e una traduzione nel linguaggio secondo i criteri propri dell'ottica della professione medica.

Infatti, mentre l'obiettivo aziendale è diminuire il numero complessivo di giorni di ricovero, la risposta del dipartimento è l'appropriatezza della cura e la ricerca di ottimizzazioni e riorganizzazioni interne per favorire modalità efficienti ed efficaci di erogazione della prestazione; sono soluzioni rispettose dell'etica della professione e garantistiche della qualità del servizio e tendono al raggiungimento dell'obiettivo in via indiretta e mediata ovvero il riorganizzare richiede tempo che nell'arco annuale può essere raggiunto solo parzialmente, ma i cui effetti potranno essere colti nel medio periodo.

Inoltre l'obiettivo di diminuzione delle giornate di ricovero ha un andamento inverso rispetto all'obiettivo successivo di aumento della complessità di casistica e di attrattività. Infatti più la struttura diventa visibile e riconosciuta come punto d'eccellenza, più concentra soggetti di alta complessità che richiedono cure appropriate e tendenzialmente collegate a un periodo medio alto di ricovero.

Pertanto la risposta formulata dal dipartimento all'obiettivo aziendale, che si fa portavoce delle richieste della Regione e degli impegni assunti con il Patto di Salute 2009 - 2011, è più coerente e consapevole con le caratteristiche del servizio offerto (in cui la variabile del fabbisogno di salute è esogena) e rispettosa dell'etica professionale.

L'adozione della *balanced scorecard* ha potuto mettere in luce questi punti di vista differenti e, se utilizzata e implementata correttamente, potrà favorire un trasferimento di conoscenza tra il DAI e la Direzione e, soprattutto tra Direzione e Regione; ossia la *balanced scorecard*, consentendo di comunicare la strategia e permettendone la misurazione, è capace di spiegare i fenomeni aziendali partendo da elementi economici finanziari inseriti nel contesto dell'attività gestionale.

La Direzione, grazie a dati oggettivi, potrà dimostrare il proprio operato all'organo politico, volto al contenimento della spesa, e responsabilizzarlo per i vincoli imposti.

Le considerazioni formulate trovano dimostrazione nella tab. 3.5 che mette in luce i risultati ottenuti nel 2011 all'interno del DAI X, il cui indicatore più interessante è rappresentato dalla degenza media.

Il rapporto (RO / DH+Amid) è migliorato rispetto all'anno 2010 (il dato tanto è più piccolo, tanto più indica lo spostamento verso il servizio ambulatoriale), ma la degenza non è variata, perché la messa a regime dei PDC (Protocolli di Diagnosi e Cura) richiede

un tempo medio di sviluppo, a dimostrazione che la riduzione di giornate complessive di ricovero è stata subordinata all'appropriatezza della cura.

Tab. 3.5: Quadrante attività: consuntivo 2010 - obiettivi 2011 - consuntivo 2011 - obiettivo 2012

	Consuntivo	Obiettivo	Consuntivo	Obiettivo
Indicatori Quadrante Attività	2010	2011	2011	2012
n. complessivo giorni di ricovero (RO+DH)	54.580	54.090	52.858	52.712
n. ricoveri (RO +DH)	5.510	6.130	5.224	6.216
rapporto (RO)/(DH+Amid)	1,79	2	1,74	1,85
giorni di degenza media	10,7	9,6	10,7	10
n. DRG fuori Regione	15,1	15	13,8	15
n. ricoveri fuori LEA	48	0	34	0

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2012

Andando nello specifico dei dati si può notare che il 2011 è stato particolarmente intenso di lavoro per l'intera struttura, in quanto, oltre all'attività ordinaria di assistenza e cura dei pazienti, si è affiancata l'attività straordinaria di trasferimento della maggior parte dei reparti, tra cui anche il DAI X al Polo Chirurgico.

Per effetto del trasferimento, alcuni reparti hanno subito riduzioni di disponibilità di posti letto e, conseguentemente, una diminuzione di pazienti curati del 7,6% rispetto al 2010. Nel dipartimento in esame la riduzione dei pazienti curati e dimessi è stata pari al 5,6% rispetto all'anno precedente.

Gli obiettivi di *budget* 2011 per il DAI X prevedevano un incremento del numero dei pazienti a fronte di un mantenimento delle giornate di ricovero (RO+DH) (*ricovero ordinario + day hospital*) e a una riduzione delle degenze medie, da 10,7, consuntivo del 2010, a 9,6 obiettivo del 2011. Nel 2011 si è verificato un mantenimento della degenza media sui valori dell'anno precedente, collegato con una riduzione dei posti letto per il trasferimento al polo chirurgico; ciò ha prodotto un decremento del numero complessivo di giorni di

ricovero ordinario e *day hospital*. I tre indicatori: numero complessivo giorni di ricovero (RO+DH), numero ricoveri (RO+DH) e degenza media sono intimamente collegati, essendo l'uno la risultante degli altri due.

Diventa interessante la lettura del rapporto tra RO e DH+Amid, che monitorizza il passaggio verso un'assistenza ambulatoriale. Nel 2011 la struttura ha migliorato il rapporto a favore di un servizio ambulatoriale; il dato si è attestato su valori più positivi delle stesse previsioni di *budget* favorito dalla carenza dei posti letto e quindi dei ricoveri ordinari. La contingenza della situazione è confermata dalla condivisione di un obiettivo meno sfidante per il 2012 rispetto al consuntivo del 2011.

Il secondo obiettivo inserito nella macro voce assistenza riguarda l'aumento della complessità della casistica trattata e l'incremento dell'attrazione fuori Regione. I due elementi che compongono questo obiettivo hanno delle relazioni dirette di casualità, in quanto l'incremento di attrazione tende a riflettere situazioni più complesse che quindi vanno ad aumentare la complessità generale delle prestazioni.

A livello aziendale all'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è richiesto dalla Regione di incrementare la complessità dei casi trattati del 5%, ossia, come centro di eccellenza e di riferimento regionale, tendere a curare i pazienti con patologie più gravi e quindi avere una maggior percentuale di prestazioni appartenenti alla classe A e B.

All'interno del dipartimento la percentuale di casi complessi è già elevata. La tab.3.6 consente un confronto dei dati tra il DAI X e l'intera struttura aziendale, da cui si conferma il ruolo di eccellenza del dipartimento in oggetto dimostrato dalla composizione dei servizi erogati di alta complessità pari al 32,8% appartenenti alla classe A, rispetto alla media aziendale del 12%.

Per ottenere un incremento medio aziendale del 5% dei casi più complessi (classe A) significherà che taluni dipartimenti dovranno essere poli di attrazione di casi complessi provenienti fuori Regione, perché solo accedendo a un bacino più ampio di casi più complessi sarà possibile incrementare la percentuale.

Ad oggi l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ha una lunga lista di attesa di pazienti fuori Regione che, spesso a causa dei tempi troppo lunghi, sono costretti a rivolgersi ad altre strutture. Ossia la politica di gestione di riduzione dei posti letto, fin tanto che ulteriori modalità organizzative interne all'organizzazione ospedaliera (come i protocolli diagnosi e cura vengano totalmente rese operative) ed esterne, nel tessuto territoriale, non saranno rese disponibili, comporta una riduzione dei posti a disposizione per le prestazioni programmate.

A livello interno fondamentali risultano i processi interni di ottimizzazione delle cure, tradotti in PDT (Percorso di Diagnosi e Terapia) inseriti negli obiettivi del documento di programmazione del dipartimento.

A livello esterno un forte impatto è prodotto dalla rete sanitaria presente sul territorio. L'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona potrà avere più posti a disposizione per i casi fuori Regione se le strutture sanitarie del territorio saranno più in grado di rispondere alle esigenze dei cittadini, sollevando la struttura ospedaliera dei casi meno complessi. Tutto ciò dipende dal coordinamento tra azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e gli altri presidi ospedalieri.

L'azienda ospedaliera universitaria integrata dovrebbe farsi carico di formare gli altri presidi ospedalieri e di trovare accordi con gli stessi per la gestione dei casi meno complessi. Solo garantendo uno *standard* qualitativo alto in tutto il tessuto sanitario

territoriale il cittadino sarà più propenso, per situazioni poco preoccupanti, a rivolgersi ai presidi ospedalieri del territorio piuttosto che all'azienda ospedaliera universitaria integrata.

L'indice di attrazione fuori Regione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, nel 2011, è pari per i ricoveri ordinari al 14,3%, con un calo rispetto all'anno precedente di 1,3%. Anche a livello di dipartimento la flessione si è avvertita.

Il DAI X è passato dal 15,1% di casi di attrazione fuori Regione nel 2010 al 13,8% nel 2011. Per il 2012 la Direzione e il dipartimento presumono di riconfermare i dati del 2010, arrivando al 15% dei casi, venendo meno i problemi contingenti di trasferimento al Polo Chirurgico.

L'attenzione del dipartimento per l'appropriatezza della cura è dimostrata anche dal numero di casi di classe D trattati che sono il 5,2% del totale e dal numero dei ricoveri fuori LEA che sono esigui all'interno del dipartimento, 48 casi nel 2010 e 34 nel 2011.

L'obiettivo per il 2012 è azzerare i ricoveri fuori LEA che pesano del 2% sull'intera struttura per il 2011.

Tab.3.6: Principali indicatori dell'Attività svolta – AOUI e DAI X

	2011		
	AOUI	DAI X	
Pazienti Dimessi	48.457	4.463	9,2%
Degenza Media	8,8	10,7	
Attrazione Fuori Regione			
<i>RO</i>	14,3%	13,8%	
<i>DH</i>	14,6%	5,5%	
Classi DRG			
<i>A</i>	12,0%	32,8%	
<i>B</i>	4,0%	5,8%	
<i>C</i>	64,0%	56,1%	
<i>D</i>	20,0%	5,2%	
Ricoveri extra LEA	1.585	34	2,1%
<i>% su tot.</i>	3,3%	0,8%	

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2012

Tab. 3.7: Attività di RO anno 2011 DAI X

Attività di Ricovero Ordinario	Anno 2010	Anno 2011	var. %
- N pazienti curati	6.058	7.053	16,40%
- n giornate di degenza paz. curati (con gg di permesso)	50.411	47.398	-6,00%
- degenza media paz. Curati	8,3	6,7	-19,20%
- incidenza gg di permesso sulle gg di degenza	1,20%	1,00%	-16,70%
- % ricoveri urgenti (su accolti dall'esterno)	42,50%	46,40%	9,20%
- N pazienti dimessi	4.727	4.463	-5,60%
- n giornate di degenza	50.569	47.944	-5,20%
- degenza media paz. dimessi	10,7	10,7	0,40%
- degenza media regionale di riferimento	10,6	10,8	1,70%
- n casi outliers	257	265	3,10%
- n giornate oltresoglia effettive	2.283	2.699	18,20%
- % casi outliers	5,40%	5,90%	9,20%
- % casi oncologici	9,60%	9,00%	-6,40%
- % DRG chirurgici	52,10%	49,50%	-4,90%
- età media alla dimissione	62	67,8	9,30%
- peso medio DRG	2,1	2,1	-0,40%
- provenienza pazienti:			
n ulss 20	2.485	2.316	-6,80%
% sul totale	52,60%	51,90%	-1,30%
n ulss 21	143	174	21,70%
% sul totale	3,00%	3,90%	28,90%
n ulss 22	600	567	-5,50%
% sul totale	12,70%	12,70%	0,10%
n altro Veneto	784	792	1,00%
% sul totale	16,60%	17,70%	7,00%
n fuori Veneto	715	614	-14,10%
% sul totale	15,10%	13,80%	-9,00%
- valore medio pazienti extra-Regione	8.932	8.289	-7,20%
- valore medio lordo	8.532	8.727	2,30%
- valore medio netto	8.287	8.562	3,30%

Fonte: ns. elaborazione del documento di Budget 2012

La tab. 3.7 offre una lettura più completa del dato, confrontando i DRG trattati nel dipartimento con analoga composizione di DRG medi di riferimento regionali, da cui appare che il dipartimento ha avuto una prestazione migliore di quella regionale di

riferimento e migliore anche rispetto all'anno precedente, pur essendo i valori assoluti identici.

Infatti la degenza media di riferimento regionale per il 2010 era minore del valore ottenuto dal dipartimento ad attività integrata, mentre nel 2011 la situazione si è invertita e i casi *outliers*²⁹⁷ sono aumentati del 3% rispetto all'anno precedente. Questo ha implicato che, pur avendo mantenuto una casistica di complessità pressoché eguale al 2010 (peso medio DRG trattati), i pazienti in media curati erano più anziani (da 62 a 68 anni) e tendenzialmente più bisognosi di degenza.

Inoltre, come mostra la tab. 3.7, i casi urgenti provenienti dal Pronto Soccorso sono aumentati passando dal 42,5 % al 46,4%, comprimendo maggiormente la disponibilità della struttura ad accogliere i pazienti fuori Regione.

²⁹⁷ Per outliers si intendono casi particolarmente gravi che escono dalle previsioni ritenute "normali". Di seguito si riporta la definizione estratta da un dizionario medico, McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine "*Managed care a patient who falls outside of the norm—ie, who has an extremely long length of hospital stay or has incurred extraordinarily high costs. See Extreme outlier, High mortality outlier*", The McGraw-Hill Companies, 2002

Tab. 3.8: Quadrante attività - Macro voce Ricerca e Formazione

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI
RICERCA	1. Promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica	10	Completamento del censimento e della pesatura della attività di ricerca della UO
FORMAZIONE	1. Migliorare la presenza AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA nello scenario scientifico nazionale e internazionale	6	Griglia da compilare predisposta dal Collegio di Direzione

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2012

Nelle macro voci ricerca e formazione gli obiettivi perseguiti sono rispettivamente promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica, verificando le attività di ricerca svolte nel 2011 e migliorare la presenza nell'ambito scientifico nazionale ed internazionale, compilando una griglia fornita dalla Direzione.

L'azienda ospedaliera universitaria integrata già nel 2011 si è posta l'obiettivo di censire tutto il materiale di ricerca prodotto dall'azienda e collocarlo su U.GOV. La tab. 3.9 mostra gli atti pubblicati nel 2010, il cui censimento è terminato al 30 giugno del 2011.

Il DAI X ha fornito un contributo di circa 8% sul totale delle pubblicazioni; non è possibile commentare questo dato perché la ricognizione delle pubblicazioni era alla sua prima esperienza e potrebbe essere ancora parziale. Allo stato attuale manca anche un peso da attribuire a ciascun oggetto di pubblicazione, la numerosità offre un'informazione

alquanto limitata sulla qualità e la portata della ricerca che poi si è tradotta in pubblicazione.

Tab. 3.9: Pubblicazioni del DAI X 2010

TIPOLOGIA	AOUI	DAI	%
Articoli in atti di congresso o conferenza	149	14	9,40%
Articoli su Rivista	653	52	8,00%
Capitolo di Libro o Articoli in miscellanea	47		
Curatela	2	1	50,00%
Libro o Monografia	9		
TOTALE PUBBLICAZIONI	860	67	7,80%

Fonte: ns elaborazione documento di Budget 2012

Anche il punto successivo attinente alla formazione non trova completo sviluppo e definitiva impostazione, per ora l'obiettivo è stimolare il personale verso la collaborazione e il confronto con le migliori esperienze mediche nazionali ed internazionali.

A tal proposito è stata molto interessante la partecipazione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata al progetto *Dr Foster* che ha impegnato tutti i dipartimenti, nella partecipazione dei convegni, nella spiegazione di aspetti medici più tecnici, nella presentazione di processi interni di gestione.

Il progetto ha messo in luce le pratiche mediche adottate in ospedali americani, inglesi, tedeschi e francesi, confrontate tra loro grazie agli indicatori di esito.

3.11.2 Quadrante: Classe Risorse

In questo quadrante si individuano tutte le voci di *budget* che incidono sulle risorse economiche, distinte per le tre macro classi: uscite, entrate ed efficienza che, direttamente o indirettamente, agiscono sul risultato economico.

Nel 2012 è diventato il quadrante con il peso maggiore corrispondente al 44% sul totale, mentre nel *budget* 2011 aveva il 40% come il quadrante attività. In esso ciascuna macro classe è articolata in sotto obiettivi.

Tab. 3.10: Quadrante Risorse - Macro voce Uscite

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
USCITE	1. Contenere l'ammontare della spesa entro i limiti assegnati dalla Regione	18	a. farmaci ospedalieri b. farmaci distribuiti direttamente c. dispositivi medici d. protesi e materiale per emodialisi e. diagnostici f. beni economici	consuntivo vs bdg consuntivo vs bdg consuntivo vs bdg consuntivo vs bdg consuntivo vs bdg consuntivo vs bdg

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2011 e 2012

Come da tab. 3.10 le uscite pesano il 40,9% dell'intero quadrante risorse e comprendono i costi sostenuti per farmaci e dispositivi medici, sia utilizzati all'interno della struttura che prescritti ai pazienti in dimissione. L'indicatore è, in questo caso, espresso in valore assoluto, come importo consentito di spesa. I farmaci sono a carico del servizio sanitario nazionale e il loro costo, in ultima istanza, è attribuito al bilancio regionale.

Come si era accennato nel par.3.5.3 la Regione sta imponendo dei limiti di spesa sempre più stringenti. Le strutture sanitarie hanno ancora spazi di manovra andando a prescrivere prodotti generici e biosimilari che a parità di efficacia costano molto meno.

Nel 2011 il DAI X ha assorbito il 13% delle risorse economiche per farmaci dell'intera struttura con una spesa pari a € 16.785.384. (Tab.3.11)

Le principali voci di spesa sono costituite da materiali protesici per € 8.555.958 e da presidi chirurgici e materiali sanitari per € 5.253.978, che rappresentano per il DAI 82% della spesa del dipartimento e, all'interno della struttura ospedaliera, corrispondono rispettivamente per tipologia di voce, al 60% dei materiali protesici utilizzati e al 18% dei presidi chirurgici.

Nel 2011 il dipartimento era riuscito a rispettare i valori di *budget* assegnati, con un lieve incremento dello 0,4% (corrispondente a circa € 67.000). L'incremento maggiore si era avuto nella voce materiali protesici, cresciuta del 4%; la voce presidi chirurgici ha, invece, fatto registrare una riduzione di spesa del 3% rispetto al 2010.

Negli ultimi due anni l'incremento di costo dei materiali protesici è determinato dall'aumento dei prezzi per valvole cardiache e per *pacemaker*. L'aumento del 4% di spesa è da attribuirsi all'incremento dei prezzi dell'articolo sanitario impiantato e non alla quantità di interventi svolti, che, nel 2011, è anzi diminuita per il trasferimento al Polo Chirurgico.

Per il *budget* del 2012 l'indicazione della Regione Veneto è quella di un allineamento della spesa farmacologica al valore sostenuto l'anno precedente. Al DAI X è stato assegnato il medesimo importo che, con l'incremento delle attività a valori più di regime, può rappresentare un elemento di *budget* abbastanza sfidante.

Tab. 3.11: Rappresentazione spesa farmaceutica anno 2011- AOUI e DAI

Spesa Ospedaliera	Spesa AOUI 2011	Spesa DAI 2011	%
<i>Materiali protesici</i>	14.178.380	8.555.958	60%
<i>Pres. Chirurgici e mat. sanitari</i>	29.784.923	5.253.978	18%
Prodotti farmaceutici	22.367.683	1.736.024	8%
Mat. Diagn., RX, contrasto RX, carta ECG	2.867.642	204.999	7%
Mat. diagn. prodotti chimici	15.443.164	160.620	1%
Altri beni e prod. Sanitari	1.666.436	103.555	6%
Ossigeno	404.210	81.636	20%
Prodotti dietetici	165.427	4.382	3%
Materiali per emodialisi	3.022.438		0%
Materiali per la profilassi	105.122		0%
Farmaci file F	35.179.154	677.907	2%
Altri materiali file F	323.405	6.325	2%
TOTALE	125.507.984	16.785.384	13%

Fonte: ns elaborazione documento di Budget 2012

Tab. 3.12: Quadrante Risorse - Macro voce Entrate

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
ENTRATE	2. Migliorare l'appropriatezza secondo le regole regionali	9	a. aumentare la distribuzione EBPM b. aumentare prescrizione PPI, Sartani, Statine a brevetto scaduto c. uso biosimilari per pazienti naive (ossia prima dell'inizio della terapia antiretrovirale) d. attività in libera professione / attività istituzionale rapporto <1	n. RO fuori LEA n. casi inappropriati da controlli nucleo % EBPM distribuiti/ totale prescrizione % lettere di dimissione corrette / totale % biosimilari / prodotto marca
	3. Codificare sempre meglio tutta l'attività rispettando i debiti informativi	9	FED SIRFAC schede AIFA SDO	n. ricette informatiche / totali importo farmaci SIRFAC inseriti / importo farmaci distribuiti farmaco regionale / farmaco dispensato completezza registrazione; completezza registrazione farmaci pay % SDO chiuse entro 30 gg / totale SDO

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2011 e 2012

Nella macro voce entrate sono incluse tutte le prestazioni erogate e tutte le azioni adottate per rispettare i *must* regionali che permettono il riconoscimento della remunerazione prestabilita per DRG.

Ha un peso del 40,9% sul totale quadrante Risorse ed è articolata in due sotto obiettivi: l'appropriatezza della cura e la codifica più corretta e tempestiva nel rispetto delle disposizioni regionali. Il primo sotto obiettivo, l'appropriatezza, richiama il quadrante attività sebbene si traduca in maggiori entrate.

Per migliorare l'appropriatezza della cura l'azienda ospedaliera universitaria integrata ha stabilito alcune soluzioni, la prima concerne il limitare il più possibile i ricoveri non appropriati extra LEA. La Regione ha dato come obiettivo per il 2012 l'azzeramento delle prestazioni superiori alla soglia extra LEA stabilendo riduzioni tariffarie del 35% del valore per i ricoveri ordinari.

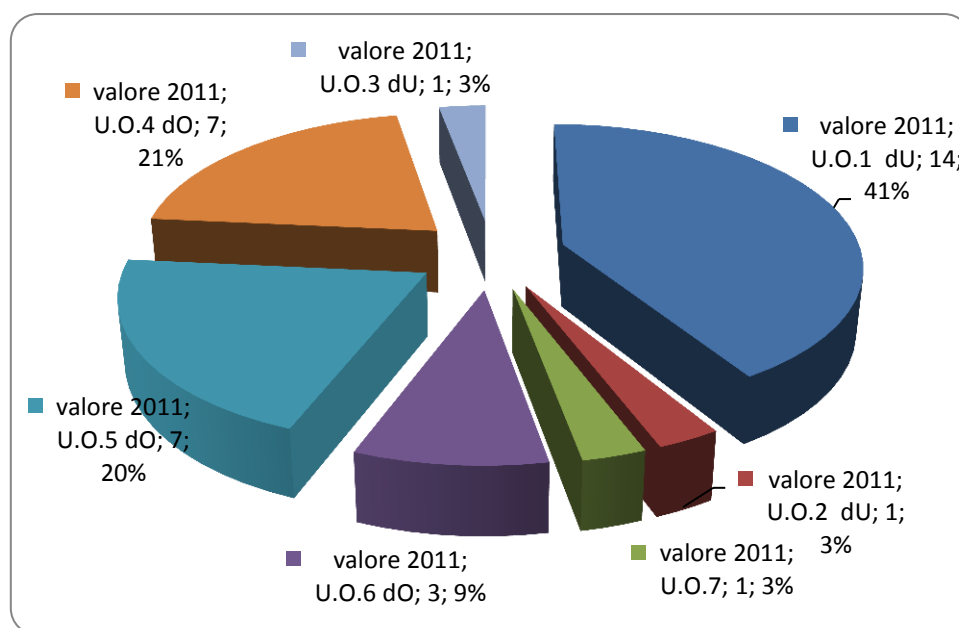
A livello aziendale i casi sopra soglia extra LEA sono passati da 2.945 a 1.585, con una riduzione del 46,2%, il DAI X incide sulla struttura per il 9,1% (Tab.3.6). I casi di prestazione extra LEA sono diminuiti passando da 48 a 34 casi ed incidendo per circa due punti percentuali sul totale casi extra LEA. Anche su questo aspetto, per quanto il dipartimento abbia già ottenuto delle buone prestazioni, dovrà migliorare ulteriormente per perseguire l'obiettivo dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di azzerare le prestazioni extra LEA.

La tab. 3.12 offre una rappresentazione del numero di casi extra LEA per unità operative attinente al DAI X; come si può notare i valori sono estremamente modesti, pur sempre superiori all'obiettivo posto nel 2011. Dalla rappresentazione appare anche una forte diversificazione di extra LEA per unità operativa, passando da 14 casi su 34 (il 41%) della unità operativa 1, all'unico caso della unità operativa 2 e della unità operativa 3. Come messo in luce durante l'incontro di *budget*, le differenze di trattamento e lo sfioramento della unità operativa 1 è sostanzialmente dovuto alle complicazioni e alle capacità di ripresa del paziente dopo l'intervento, che sono più difficilmente standardizzabili.

All'interno della macro voce appropriatezza della cura si include anche il rispetto della disposizione di legge che prevede di non superare il rapporto 1:1 tra libera professione e professione esercitata all'interno del contesto ospedaliero.²⁹⁸

Nel caso dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona i professionisti medici nel 2011 hanno rispettato le indicazioni normative.

Fig.3.16: Rappresentazione dei RO extra LEA per UU.OO. del DAI X



Fonte: ns. elaborazione del documento di Budget 2012

I rimanenti indicatori della voce appropriatezza riguardano la prescrizione farmacologica.

L'aumento di EBPM consiste nell'aumentare la prescrizione di Eparine a basso peso molecolare distribuito tramite il Servizio Farmacia Ospedaliero, in quanto, una ricerca condotta dall'ospedale in collaborazione con le ASL, ha dimostrato che le farmacie

²⁹⁸ D.LGS 502/92, ART.15 QUINQUIES, P.3, (articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229) "Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali."

comunali e private, esterne agli ospedali, ottengono il farmaco a prezzi meno vantaggiosi. Tali farmaci vengono allocati, per la quota prescritta dall'azienda ospedaliera universitaria integrata, alla struttura stessa. Quindi è vantaggioso accentrare l'acquisto di questi farmaci presso la farmacia ospedaliera e poi "scaricarli" sui pazienti che ne abbisognano. Nel 2011 l'obiettivo posto è stato raggiunto.

Nella medesima macrovoce si include l'indicazione di privilegiare la prescrizione di farmaci *off patent*, ossia a brevetto scaduto, quindi meno cari, tra cui le principali sono PPI (inibitori di pompa protonica), sartani e statine e l'uso di biosimilari. Nel 2011 tutti questi obiettivi sono stati rispettati.

Il secondo sotto obiettivo è costituito dal miglioramento della codifica delle attività nel rispetto delle norme vigenti. L'attività di codifica è svolta dal personale sanitario e medico e la sua corretta e tempestiva codificazione costituisce un aspetto decisivo per il finanziamento e la remunerazione dell'azienda.

La corretta compilazione della SDO (scheda dimissione ospedaliera) consente un corretto peso e remunerazione per le prestazioni erogate. La FED riguarda l'informatizzazione delle prescrizioni attinenti alla distribuzione diretta. Il SIRFAC è un programma dove si compilano le schede di prescrizione dei farmaci antitumorali, e il registro AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) è un registro in cui per disposizione si richiede la completezza di tutte le schede dei farmaci sottoposti a monitoraggio. Tutti questi obiettivi sono stati raggiunti dal DAI nel 2011.

Tab.3.13: Quadrante Risorse - Macro voce Efficienza

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
EFFICIENZA	4. Migliorare l'efficienza di uso delle sedute operatorie	4	Inserimento e utilizzo applicativo informatico	Rilevazione di tutti i dati inizio operazione - incisione cute % di sedute in cui è stato rispettato l'orario
	5. Armadio informatizzato di reparto per U.O.	4	Inserimento e utilizzo applicativo informatico	Rilevazione dei dati

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2012

L'ultima voce concerne il miglioramento dell'efficienza dell'uso delle sale operatorie. Sino al 2010 in azienda ospedaliera universitaria integrata mancava un sistema di verifica dell'orario di inizio e di durata dell'intervento, nel 2011 è stato predisposto un programma che consente di inserire i dati di inizio operazione e il momento di chiusura della stessa, che è già stato introdotto nel 2011 al Polo Chirurgico mentre per Borgo Roma sarà installato ed usato nel 2012.

Questa semplice modalità darà informazioni importanti legate alla complessità dell'intervento e alla gestione dei tempi.

Come si è accennato in precedenza, l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è un centro di eccellenza che richiama numerosi pazienti fuori Regione, spesso i lunghi tempi di attesa precludono la possibilità di erogare le prestazioni ai soggetti fuori Regione. E' necessario progettare soluzioni per consentire di mantenere visibilità a livello nazionale e internazionale, curando i casi più complessi.

Si stanno progettando soluzioni di natura organizzativa e strutturale, che comprendono riorganizzazioni di spazi, di turni di lavoro e di sviluppo dei sistemi

informativi per monitorare le attività svolte. La possibilità di avere una visione globale anche dell'intervento operatorio consentirà una gestione più efficiente.

Nella macro voce efficienza per il 2012 si è introdotto un ulteriore obiettivo rappresentato dall'utilizzo dell'armadio elettronico nei reparti che hanno a disposizione il *software* personalizzato. Tale strumento consente di monitorare meglio le scorte, di ridurre gli acquisti e soprattutto favorisce una miglior gestione dei farmaci, visualizzandone la scadenza.

Attualmente si considera nella voce costo di contabilità tutto ciò che entra nell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e, che viene distribuito, dal magazzino centrale dell'ospedale ai reparti. Con l'armadio informatizzato si potrà avere un dato contabile più corretto e soprattutto sarà possibile gestire le scadenze, diminuendo le probabilità di spreco.

3.11.3 Il Quadrante: Classe Qualità Professionale

Il quadrante qualità professionale pone l'accento sull'innovazione e sull'ottimizzazione dei processi interni ed è costituito da obiettivi, che, ancor più rispetto agli altri quadranti, rappresentano uno stato di avanzamento di un progetto di medio periodo. Ovvero non sono traducibili in *target* che esauriscono la loro valenza nell'anno, ma il cui raggiungimento è il punto di partenza di un obiettivo più ampio da concludersi negli esercizi successivi.

E' il quadrante in cui più si coglie come la *balanced scorecard* sia uno strumento di *budget* creato per l'implementazione della strategia che bilancia le differenti dimensioni temporali tra loro. Ha attribuito il peso del 10% sul totale *balanced scorecard*.

La natura stessa degli obiettivi, che compongono la macro classe qualità professionale, è più articolata e complessa. Le voci attengono all'introduzione di sistemi organizzativi, allo sviluppo degli indicatori di esito, all'implementazione e realizzazione di progetti di rilevanza aziendale.

Tab. 3.14: Quadrante Qualità Professionale

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
RIORGAN. DEI PROCESSI	1. Migliorare il processo di erogazione delle attività ambulatoriali	2	n. PDC condivisi applicati da almeno 2 U.O.	Applicazione e mantenimento dei PDC individuati nel 2011.
				Trasformazione dei PDC in istruzioni aziendali secondo le modalità previste dal sistema gestionale
VALUTAZIONE DI ESITO	1. Introdurre a supporto dei processi decisionali aziendali l'uso sistematico di indicatori di esito	3	n. indicatori	Entro il 30/06 almeno 3 indicatori proposti dalle U.O. e vagliati dalla Direzione
PROGETTI	1. Implementazione di specifici progetti di rilevanza aziendale	2,5	realizzazione dei progetti sulla base di specifici indicatori individuati	Implementazione di specifici progetti di rilevanza e realizzazione entro il 31/12
	2. Conseguire l'accREDITAMENTO	2,5		2011: valutazione dei verificatori >90%; 2012: autovalutazione al 100%; 2013: valutazione esterna al 100%

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2012

Il primo obiettivo riguarda il miglioramento del processo di erogazione delle attività ambulatoriali tramite la definizione di PDC (protocolli di diagnosi e cura). E' un passaggio

critico e sostanziale perché incide sui rapporti tra *equipe* medica e il personale infermieristico e comporta una necessaria standardizzazione delle attività garantite dalla condivisione e pianificazione di protocolli di diagnosi e cura.

Il protocollo di diagnosi e cura è *“sostanzialmente un insieme predefinito di attività sanitarie di diagnosi e/o cura (mono o plurispecialistiche), programmabile, specifico per un singolo problema di salute”*²⁹⁹, differente dal PDTA (Pacchetto Diagnostico Terapeutico Assistenziale) *“che è invece una sequenza di attività assistenziali complesse, multiprofessionali e multidisciplinari, che contestualizzano, a livello Aziendale e in relazione alle risorse disponibili, raccomandazioni e linee guida riconosciute a livello nazionale e/o internazionale, per specifiche condizioni cliniche e categorie di pazienti”*³⁰⁰.

Il protocollo di diagnosi e cura è caratterizzato dalla compresenza di molteplici fattori: l'identificazione del problema di salute che deve essere specifico e ben definito; le caratteristiche proprie delle attività di diagnosi e cura che devono essere predeterminate e standardizzate all'interno del singolo protocollo di diagnosi e cura e devono riguardare un singolo episodio di cura, di norma, erogabile in uno o pochi accessi diurni.

Inoltre dal punto di vista amministrativo, l'attività è classificata come *day service*, *day hospital*, *day surgery*, AMID (Ambulatorio Integrato Diagnostico), secondo le disposizioni della normativa. Il protocollo di diagnosi e cura viene messo a punto dal responsabile di dipartimento, concordando le prestazioni erogabili da altre unità operative con i rispettivi responsabili, ed è approvato dalla Direzione.

²⁹⁹ CONTROLLO DI GESTIONE DELL'AOUI DI VERONA, *Pacchetti di diagnosi e cura per pazienti ambulatoriali in day hospital/surgery, AMID ect. 2010 - 2011* pag.1, documento interno

³⁰⁰ CONTROLLO DI GESTIONE DELL'AOUI DI VERONA, *Pacchetti di diagnosi e cura per pazienti ambulatoriali in day hospital/surgery, AMID ect. 2010 - 2011* pag.1, documento interno

La stesura dei protocolli di diagnosi e cura è un tema particolarmente sentito dalla Direzione perché la sua corretta implementazione e realizzazione ha forti impatti sull'ottimizzazione delle risorse, garantendo l'appropriatezza della cura. Lo spostamento delle attività da ricovero ordinario ad assistenza diurna rappresenta la miglior soluzione alla carenza di organico e al contenimento dei costi e permette di adottare dei turni di lavoro più conformi anche alle esigenze del personale, principalmente, infermieristico, il cui grado di invecchiamento grava pesantemente sull'attività sanitaria.

Il processo di definizione dei protocolli di diagnosi e cura è iniziato già da tempo. Per il 2011 l'obiettivo di *budget* prevedeva che ogni unità operativa complessa dovesse elaborare almeno due protocolli di diagnosi e cura condivisi con almeno un'altra unità operativa complessa.

In genere tutta la struttura ha raggiunto l'obiettivo, nel caso specifico del DAI X i protocolli di diagnosi e cura individuati concernono l'ischemia cardiaca e gli esami preoperatori per le cardiopatie congenite.

Il secondo obiettivo riguarda l'introduzione di un sistema di indicatori di esito, fortemente voluto dalla Direzione per adottare uno strumento e una modalità idonea a supportare i processi decisionali aziendali e capace di valutare l'effettiva qualità e appropriatezza delle prestazioni.

Nel 2011 l'obiettivo di *budget* prevedeva che ciascuna unità operativa proponesse tre indicatori di esito, di cui almeno uno doveva consistere in un indicatore di DAI perché concordato con l'intero dipartimento.

Non tutti i DAI della struttura sono riusciti a presentare nel 2011 tre indicatori di esito approvati dalla Direzione, sebbene una buona parte della struttura abbia adempiuto all'attività richiesta.

Il DAI X ha selezionato i seguenti indicatori di esito: il tasso di mortalità per *by pass* aortocoronarico, il tasso di mortalità intraospedaliera in ricoveri per infarto miocardico acuto (IMA) ed il tasso di mortalità per scompenso cardiaco congestizio.

L'ultimo obiettivo consiste nell'implementazione di specifici progetti di rilevanza aziendale. Si tratta, in genere, dei progetti definiti nel documento di programmazione, che per il 2011 riguardavano:

- *Audit Clinico*, ossia l'adozione di una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari e applicata dai professionisti medici;
- Lotta al dolore, che consiste nella applicazione della L. 38 del 2010 a cui ha aderito la Regione Veneto, in essa si stabilisce la creazione di una rete di assistenza algologica standardizzata e omogenea a livello nazionale per la cura del dolore cronico distinta da quella delle cure palliative.
- Informatizzazione della lettera di dimissione. Attualmente le lettere di dimissioni sono prevalentemente cartacee con un problema di archiviazione e di tempi di attesa.
- Tutoraggio e affiancamento degli studenti di professioni sanitarie (laurea, *master* clinici e tirocinio adattamento).
- *Order Entry* che permette di richiedere, autorizzare prenotare, trasmettere ordini da servizi richiedenti a servizi eroganti all'interno della struttura ospedaliera e di ricevere la risposta a servizio eseguito.

La Direzione si è resa disponibile a valutare anche altri progetti proposti dalle unità operative purché godano di tre requisiti: la coerenza con gli obiettivi aziendali o regionali, la trasversalità, ossia la partecipazione e condivisione del medesimo progetto per più unità

operative, la rilevanza per la dimensione clinico – assistenziale o organizzativa o gestionale.

Il DAI X ha elaborato due progetti attinenti alla dimensione clinico - assistenziale: la chirurgia endovascolare aneurismi aortatoracica e la quantificazione fluido dinamica della radice aortica correlata con la presenza di valvola aortica bicuspidale.

3.11.4 Il Quadrante: Classe Qualità Percepita

La Tab. 3.15 mostra l'articolazione del quadrante della Qualità Percepita che ha l'intento di comprendere quanto dell'attività svolta venga apprezzata dalla comunità non di

Tab.3.15: Quadrante Qualità Percepita

	OBIETTIVO AZIENDALE	PUNTI	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
CLIENTI ESTERNI	1. Iniziare a rilevare in maniera sistematica la qualità percepita	5	<p>Per le U.O. di degenza:</p> <p>a. Effettuare un riesame dei risultati ottenuti dalle rilevazioni del 2011 entro tre mesi dal ricevimento</p> <p>b. Individuare eventuali azioni di miglioramento trasmettendo il verbale alla Direzione</p> <p>Per le U.O. di diagnosi e cura:</p> <p>a. condivisione di un questionario con il Servizio Qualità entro il 30/06</p> <p>b. rilevazione dei dati</p>	
CLIENTI INTERNI			1	<p>Per le U.O. di diagnosi e cura:</p> <p>a. Effettuare un riesame dei risultati ottenuti dalle rilevazioni del 2011 entro tre mesi dal ricevimento</p> <p>b. Individuare eventuali azioni di miglioramento trasmettendo il verbale alla Direzione</p> <p>Per le U.O. di diagnosi e cura:</p> <p>a. replica della rilevazione ad ottobre 2012</p>

Fonte: ns elaborazione del Documento di Budget 2012

attestare il grado di qualità oggettiva dei servizi prestati, come invece fa la certificazione ISO.

La sua portata innovativa è rilevante sia internamente che esternamente. Internamente il cliente interno è rappresentato da ogni unità operativa che interfacciandosi con le altre, richiede alle stesse delle prestazioni. La qualità è giudicata da un professionista, che basa le sue diagnosi o le cure erogate anche in base all'attività prestata dalle unità operative con cui il paziente si è interfacciato precedentemente.

Con la qualità percepita interna si coglie l'aspetto di processo del servizio ospedaliero valutato dagli stessi colleghi.

E' forse il più importante indicatore della bontà delle prestazioni erogate, in quanto non ha finalità pubblicistica, ma serve a offrire una indicazione puntuale alla Direzione di cosa potrebbe essere migliorato colto da un osservatore interno competente e consapevole delle difficoltà, dei picchi di attività e di tutti quegli elementi che impattano in maniera sostanziale sul servizio.

Esternamente l'azienda ha riconosciuto che la qualità della prestazione deve essere anche comunicata e trovare espressione nella percezione del cliente. E' un passaggio importante verso la consapevolezza che il mondo sanitario non può rimanere chiuso nei confini medici, ma deve trovare accoglimento e visibilità con l'esterno.

Infatti per cliente esterno si intende il paziente, i suoi familiari e le associazioni che usufruiscono dei servizi di cura erogati all'interno della struttura ospedaliera.

Il 2011 è stato un anno intenso di lavoro per l'elaborazione dei questionari condivisi con le unità operative, che ha permesso di iniziare a rilevare i questionari dal mese di

ottobre. L'elaborazione dei questionari e la loro stesura in forma sintetica di *reporting* richiede diversi mesi di tempo.

Entrando nel merito dei singoli questionari, la prima differenza che si coglie è che il questionario del cliente interno è a nominativo, quello del cliente esterno invece è anonimo.

Il cliente interno si deve pronunciare su una ventina di quesiti articolati in cinque aspetti: l'affidabilità, la capacità di risposta, l'attenzione alle esigenze delle unità operative loro clienti, la disponibilità e la competenza del personale ed altri elementi connaturati con le caratteristiche dell'unità operativa.

I singoli elementi vengono a loro volta articolati in quesiti più di dettaglio. L'affidabilità pone l'accento sull'accuratezza, sulla tempestività ed eguaglianza della prestazione per ciascuna unità operativa.

La capacità di risposta mette in luce la tempestività, l'accuratezza della risposta e il rispetto dei tempi previsti.

L'attenzione alle esigenze delle unità operative si evidenzia nella possibilità di accedere al servizio ad orari consoni per unità operativa destinataria, nella capacità di personalizzare il servizio a seconda delle esigenze del cliente interno, nella presenza di personale nella unità operativa di riferimento per le prestazioni fornite alle altre unità operative e nella loro competenza.

La disponibilità e la competenza è incentrata sul personale, pone in evidenza le attitudini del personale a mostrare disponibilità e cortesia e a dimostrare competenza.

L'ultima è una voce residuale e comprende *asset* tangibili e intangibili dell'unità operativa non sempre oggetto di decisione e organizzazione interna, come la presenza di

apparecchiature adeguate ed efficienti o l'essere facilmente accessibile per le unità operative destinatarie.

Il questionario elaborato per il cliente esterno è del tutto anonimo, i quesiti posti sono 47 ed è suddiviso in otto macro voci: caratteristiche del paziente, l'ospedale e il reparto, i medici, gli infermieri, l'assistenza e le cure, gli interventi, le dimissioni e un'ultima voce residuale definita generale.

Le caratteristiche del paziente considerano solo dati di natura anagrafica, quali età, sesso, nazionalità, titolo di studio. Altre informazioni sul paziente si desumono dai quesiti specifici posti nelle altre macro voci.

Nella macro voce ospedale e reparto si intende investigare sulla silenziosità, pulizia, sicurezza dell'ambiente e la qualità dei pasti.

La macro voce medici e infermieri è composta dalle stesse domande riferite alle rispettive categorie professionali. I quesiti tendono a mettere in luce la chiarezza e comprensibilità della comunicazione, il comportamento tenuto dal personale nei confronti del paziente, le pratiche di igiene e pulizia adottate dal personale.

Anche la macro voce "assistenza e cure" e "interventi" si focalizzano sui medesimi punti chiave; ossia la chiarezza nella comunicazione, l'informazione adeguata al paziente in merito alle cure a cui è sottoposto e alle condizioni in cui versa, il coinvolgimento e l'esposizione completa dei principali rischi e benefici che una determinata cura od intervento possono produrgli, la garanzia del rispetto del corretto livello di *privacy*, i tempi di attesa per l'assistenza e la disponibilità del personale.

La macro voce dimissioni si concentra sul coinvolgimento del paziente nei tempi di ricovero e sulla adeguatezza percepita rispetto allo stato di salute in cui versa.

L'ultima voce "generale" pone una serie di domande di carattere generale estremamente diversificate e talvolta impegnative. Richiede conferma del rispetto della dignità del paziente, investiga sulla collaborazione tra medici ed infermieri, identifica il grado di qualità dell'assistenza ricevuta e, come ultimo quesito, interroga il paziente sull'intenzione di presentare reclamo.

Il quadrante qualità percepita è molto interessante per gli obiettivi che si pone, ma risente di forti limiti, in parte giustificati dalla prima esperienza di formulazione, in parte connessi con l'impostazione molto settoriale delle macro voci in cui è distinto il questionario, che tendono a distinguere il medesimo oggetto a seconda dell'aspetto messo in luce, perdendone, però, di vista la continuità e la complessità dell'obiettivo. Per esempio si pongono al paziente i medesimi quesiti riferiti al comparto medico e infermieristico; se si volesse tener conto dell'obiettivo, ossia ottenere l'informazione senza caricare il paziente di domande, si potrebbe optare per una domanda univoca con l'articolazione di risposte che comprendano entrambe le categorie senza dover sdoppiare le domande.

La formulazione dei questionari è articolata in *format* e modalità molto differente tra cliente esterno ed interno. Nel cliente interno i quesiti complessivi sono 20, potrebbero essere ridotti di alcune domande, ma nel complesso sono utili e specifici così come è necessario agli stessi professionisti. Il questionario per il cliente esterno parrebbe troppo lungo, 47 domande, ridondante, perché la stessa domanda viene presentata per categoria di prestazione (assistenza o intervento) e per categoria medico sanitaria (medico – infermiere).

Soprattutto non mette in luce con completezza la situazione del paziente. Infatti non mette in evidenza il suo stato di salute, i tempi di ricovero e la complessità della sua

condizione. Dal punto di vista statistico non si dovrebbero leggere come di pari peso le valutazioni espresse da soggetti sottoposti a prestazioni di classe A o B (quelle più complesse), rispetto a quelli di classe C.

Pur essendo la qualità percepita un indicatore puramente qualitativo soggettivo, potrebbe essere interessante analizzare in quale misura la qualità oggettiva, esaminata tramite gli indicatori di esito, trovi corrispondenza nella qualità percepita dal paziente e ricercare le cause che originano significativi scostamenti tra le due.

Inoltre pare che venga meno una visione prospettica del fenomeno, la qualità percepita ha dei “tempi” di stabilizzazione nel soggetto interpellato. Infatti interrogare un paziente all’interno della struttura ospedaliera è importante, ma il soggetto difficilmente potrà esprimere il giudizio “finale”, per la sua situazione psicologica, fisica e per una serie di fattori di incertezza (es. capacità di ritornare a uno stato di salute buono in relazione alla sua condizione, ecc.) che al momento delle dimissioni e delle risposte al questionario il paziente non conosce. Quindi se si volesse veramente conoscere quale sia la qualità percepita dai pazienti sulla struttura si dovrebbe riproporre il questionario dopo un periodo di tempo adeguato per la patologia interessata. Sicuramente a fronte dell’esperienza maturata e dell’esito della cura il soggetto sarebbe in grado di formulare delle risposte più conformi al suo pensiero definitivo.

I dati e i giudizi espressi sulla qualità percepita nel 2011 sono ancora troppo vari e frammentati per poterli riportare e fornirne un commento adeguato.

3.12 Una nuova *balanced scorecard* proposta per l'AOUI di Verona

La *balanced scorecard* adottata dall'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona rappresenta la prima esperienza e sta già raccogliendo consenso e favore da tutta l'organizzazione.

E' uno strumento nuovo e molto sfidante perché ha un forte impatto gestionale ed organizzativo, pone l'accento sulla condivisione degli obiettivi tra Direzione e comparto medico e impone il superamento degli strumenti gestionali tradizionali verso sistemi innovativi basati sugli indicatori di esito. Tutto questo favorisce una certa apertura e disponibilità ad individuare delle modalità di progettazione e di implementazione che possono differire dal modello attuale. La Direzione Sanitaria e il Controllo di Gestione hanno acconsentito lo studio sulla *balanced scorecard* attuale per individuare delle possibili proposte che richiamino le ricerche sul tema in oggetto.

*“Passare da una teorizzazione generale ad una proposta concreta comporta, al tempo stesso un sacrificio ed un rischio”.*³⁰¹

La proposta formulata concerne solo la *balanced scorecard* e i *key performance indicators* in essa contenuti. Non affronta considerazioni o aspetti che stanno a monte dell'implementazione della strategia, ossia la bontà della strategia rispetto allo scenario ambientale in cui si colloca.

³⁰¹ POZZOLI S., *Analisi della competizione e indicatori di controllo: il sistema Coop*, FrancoAngeli, 2007, pag.165, Si ritiene che le proposte concrete focalizzate su una realtà aziendale comportino una capacità di “necessario adeguamento” alle dinamiche interne dell'azienda; e questo è sicuramente il primo sacrificio che si è dovuto affrontare. Però il secondo sacrificio, ritenuto più pesante del primo, è il non riuscire a far comprendere all'azienda la portata innovativa di alcune parti del lavoro che comportano sicuramente difficoltà organizzative e gestionali, ma tendono ad un più alto livello qualitativo della struttura.

Inoltre il lavoro parte dall'assunto che gli obiettivi della strategia aziendale vengano tradotti e calati negli obiettivi dei DAI (dipartimenti ad Attività Integrata).

I limiti di questo lavoro sono collegati a due ordini di fattori: la reale facilità e fattibilità dell'adozione di questo modello e il grado di dipendenza delle relazioni di causa ed effetto esistenti.

Il primo tema concerne la facilità anche a condividere e proporre un diverso tipo di quadrante. Quello attualmente in uso ha il vantaggio di essere progettato avendo come punto di riferimento il richiedente o il destinatario delle azioni. Ovvero nel quadrante risorse si hanno tutti gli obiettivi e vincoli che la Regione impone, nel quadrante attività si ha il *focus* sulla *mission* aziendale così come sentita dalla Direzione, nel quadrante qualità professionale si ha l'elaborazione della programmazione strategica del DAI, nel quadrante qualità percepita si tende a cogliere la valutazione esterna ed interna del servizio.

Il secondo punto attiene alla necessità di testare le relazioni di causa ed effetto presenti all'interno di una *balanced scorecard*, perché come già presentato nel capitolo 2, esistono dei *loop* che possono avere nella realtà operativa correlazione positiva, nulla e negativa e vanno indagati all'interno dell'organizzazione.

La progettazione della nuova *balanced scorecard* proposta si articola in tre momenti principali: lo sviluppo del quadrante e delle aree strategiche che lo compongono; l'analisi degli obiettivi aziendali, traduzione della *mission* aziendale per il 2012, collocandoli nelle aree strategiche individuate; l'indicazione, per area strategica, degli indicatori di *performance*.

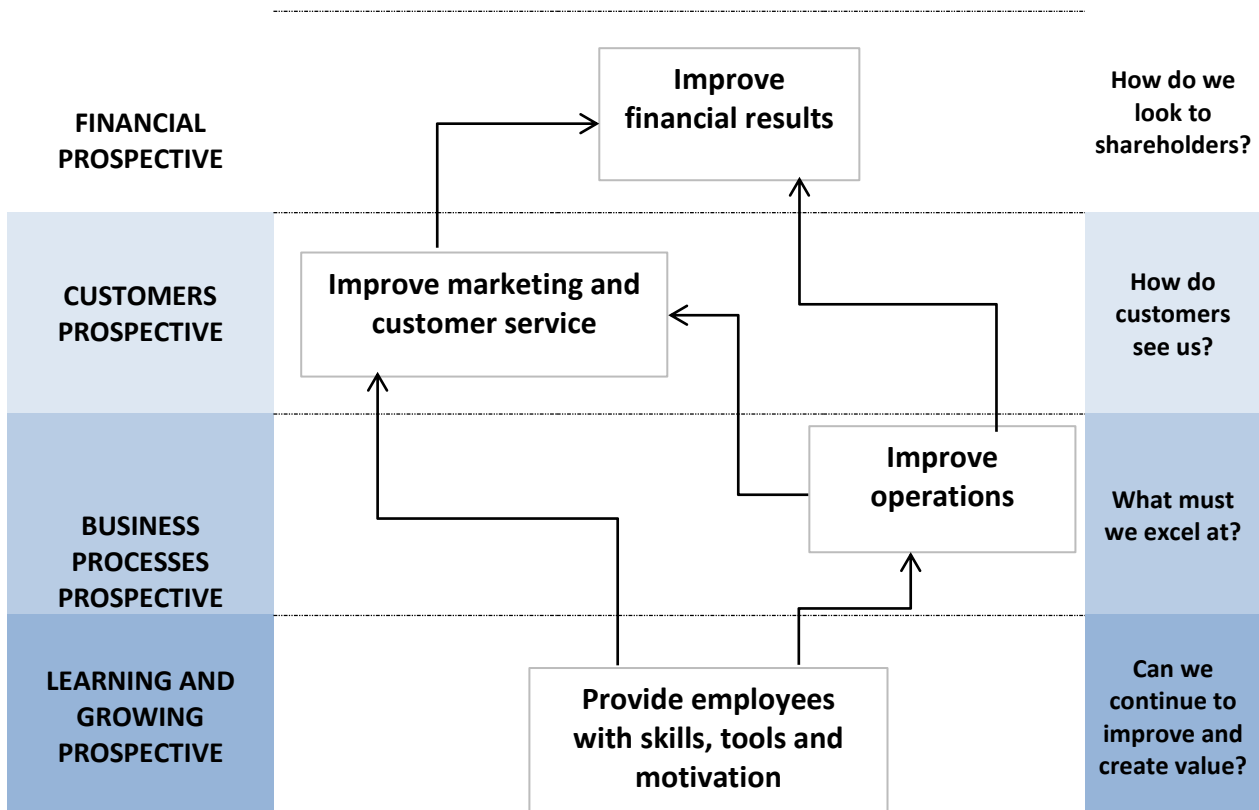
3.12.1 Il Nuovo Quadrante

Kaplan e Norton anche per le aziende sanitarie avevano proposto un quadrante composto da quattro mappe strategiche: area clienti, area processo interno, area innovazione e apprendimento, area finanziaria. Nella progettazione originale ciascuna area aveva delle relazioni di causa effetto che incidevano sulle successive e la risultante di tutte le aree era quella finanziaria. (Fig. 3.17).

I due autori nel loro scritto "*The Balanced Scorecard – Strategy into Action*" (1996) avevano chiarito che la *balanced scorecard* proposta era un *framework* da adattare ai bisogni della strategia e *mission* di ciascuna azienda. "*Therefore, there are principally no barriers to the idea of deriving an individualized BSC via the breaking down of normative (mission) statements and strategic statements.*"³⁰²

³⁰² AHN H. , *How to individualize your balanced scorecard*, Measuring Business Excellence, Vol. 9 Iss: 1 pp. 5 – 12, 2005, pag. 6

Fig. 3.17: Rappresentazione della General Strategy Map



Fonte: ns elaborazione exhibit 5.2 tratta da MCLAUGHLIN D., B., *Make it happen: effective execution in Healthcare leadership*, Health Administration Press, 2010, pag.61

I due autori hanno sottolineato come la *balanced scorecard* è uno strumento particolarmente idoneo anche per le aziende *no profit* e molte ricerche ne hanno dato conferma.³⁰³

Negli USA il sistema sanitario si basa sulla libera concorrenza ed ogni servizio e prestazione sono soggetti ad un prezzo, che saranno erogati al paziente solo se inclusi nella sua assicurazione privata o se il paziente sarà in grado di pagarli privatamente.

³⁰³ A tal proposito sono stati interessanti i lavori di BAKER, G.R., PINK, G.H., *A balanced scorecard for Canadian hospitals*. Healthcare Management Forum 8(4), 7– 21, 1995, CHOW, C.W., GANULIN, D., TEKNIKA, O., HADDAD, K., WILLIAMSON, J., *The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management*, Journal of Healthcare Management 43(3), 263–280, 1998, NORTHCOTT, D., FRANCE, N., *The balanced scorecard in New Zealand health sector performance management: dissemination to diffusion*, Australian Accounting Review 15(37), 34–46, 2005, ZELMAN, W.N., PINK, G.H., MATTHIAS, C.B., *Use of the balanced scorecard in health care*, Journal Health Care Finance 29(4), 1–16, 2003

Il sistema sanitario italiano è un sistema che garantisce a tutte le persone che lo richiedano le prestazioni sanitarie, comprese nei LEA, i cui costi sono sostenuti dalla collettività, vengono allocati sull'azienda sanitaria e ospedaliera ed, in ultima istanza, sul bilancio regionale.

Nel primo caso si può ragionare del paziente in tutto cliente, nel secondo, il paziente è il fruitore del servizio, mentre il finanziatore è la Regione, il cui rapporto con la collettività ha confini ampi e un collegamento molto lasco perché tradotto dall'azione politica.

Per questa ragione si propone una *balanced scorecard* composta da cinque quadranti in cui il punto conclusivo non è unico, ma doppio per favorire la trasparenza e garantire che il filtro dell'azione politica non possa snaturare la realtà del servizio sanitario. Esiste un collegamento biunivoco tra le due aree finali che si alimentano vicendevolmente.

Le due aree finali sono il cliente esterno, nella persona del paziente, e la comunità, dove per essa si intende il soggetto economico e strategico, (Regione), ma anche la rete che l'azienda crea con il territorio per offrire il servizio sanitario e la capacità dell'azienda di far apprezzare il suo operato.

Un servizio ottimale per il paziente all'interno della struttura ospedaliera, può non essere sufficiente, se il paziente non viene opportunamente seguito anche dopo le sue dimissioni nelle fasi di riabilitazione o nelle attività di lungodegenza di cui l'ospedale non ha sufficienti strutture preposte. I compiti dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona non si esauriscono nell'attività erogata, ma nel favorire formazione per il territorio tale da permettere alla stessa azienda di diventare un punto di riferimento per i casi più complessi e acquisire un ruolo centrale di eccellenza e di visibilità nel contesto nazionale.

Ecco quindi che creare un territorio attivo e efficace nella cura di patologie post acuzie e favorire una rete di conoscenza e condivisione di tecniche e protocolli di diagnosi e cura tra i medici dei presidi ospedalieri dell'ASL di appartenenza può sgravare notevolmente l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona dai casi meno urgenti e gravi. Inoltre tanto più l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona sarà in grado di dimostrare di avere un ruolo principale nel tessuto territoriale, tanto più la Regione dovrà riservare, nel contesto di un bilancio modesto, risorse per favorire l'acquisto di macchinari o di strutture o l'assunzione di personale per espletare sempre meglio le sue attività.

L'ultimo aspetto concerne l'*accountability* ossia la capacità dell'azienda di rendere conto del suo operato facendosi apprezzare dal punto di vista clinico e dal punto di vista gestionale. Per clinico si intende il raggiungere e mantenere *standard* elevati di *outcome* e acquisire visibilità grazie a partecipazione a progetti di ricerca nazionali ed internazionali e a pubblicazioni. In ambito gestionale l'obiettivo è di giungere ad un livello di dettaglio e di conoscenza dell'attività da poterne giustificare, in sede di negoziazione delle risorse, le possibili conseguenze derivanti da scelte regionali e statali e di acquisire la capacità di comunicare con i cittadini per metterli a conoscenza delle condizioni in cui l'azienda opera.

Le altre tre aree che compongono la *balanced scorecard* sono: l'area finanziaria, l'area dei processi interni, l'area *empowerment* del personale, con un ordine completamente invertito rispetto all'impostazione originale, ma richiamando ricerche su realtà sanitarie di grandi dimensioni e con esperienze di lunga durata.

Pertanto alla base della struttura della *balanced scorecard* si colloca l'area finanziaria che conterrà i principali vincoli economici finanziari posti alla struttura aziendale. Per le aziende *no profit* l'accento sul risultato d'esercizio e la remunerazione del capitale investito, vanno posti secondo un approccio differente rispetto all'impresa.

L'obiettivo non è la realizzazione dell'utile ma il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio per consentire la sopravvivenza della struttura, ossia le risorse investite devono essere utilizzate al meglio nell'economicità, per perseguire la soddisfazione del bisogno di salute in maniera efficace, efficiente e ricercando soluzioni anche innovative.

Il *must* dell'azienda sanitaria pubblica dovrebbe essere la creazione di valore nel tempo, intesa come creazione di utilità superiore ai sacrifici sostenuti per finanziarla, che si esprime nella creazione di valore per il singolo paziente, ma anche per la collettività, intesa non solo come l'insieme degli individui, ma anche come sinergia con il territorio che aumenta ulteriormente il valore creato nel singolo soggetto.

E' interessante l'esperienza maturata da St Mary's Hospital / Duluth Clinic³⁰⁴ la cui *balanced scorecard* è stata oggetto di riflessione per formulare la nuova BSC proposta all'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona. L'esperienza del St Mary's Hospital è pluriennale e la *balanced scorecard* sviluppata è molto sofisticata e articolata.

La *balanced scorecard* del St Mary's Hospital ha come punto di partenza l'area finanziaria e articola le rimanenti mappe strategiche (area *empowerment* del personale, processi interni e paziente) ponendosi l'obiettivo finale di creare valore per la comunità.

Il passaggio da una mappa strategica all'altra è segnato dalla domanda chiave che, come proposto da Kaplan e Norton, dovrebbe facilitare e indirizzare lo sviluppo dell'area stessa.

Anche nell'esperienza della St Mary's Hospital, l'area finanziaria è colta come un'area la cui scelta ottimale di investimento e utilizzo di risorse può essere strumentale al miglioramento del servizio. Nel caso del contesto attuale italiano l'area finanziaria è rappresentativa di un limite all'utilizzo di maggiori spese, ma, al contempo, può anche

³⁰⁴ MCLAUGHLIN D., B., *Make it happen: effective execution in Healthcare leadership*, Health Administration Press, 2010, pag.66

essere colta come un momento decisivo di allocazione indirizzata delle risorse verso le aree di maggiore interesse.

I gradi di ampiezza e discrezionalità nella scelta dell'allocazione delle risorse all'interno di un ospedale sono modesti, per ragioni di natura strutturale (costi fissi legati al personale, ecc.) e di tutela di un servizio che ha implicazioni organizzative anche territoriali (ossia la riduzione di posti letto di alcuni reparti può avvenire quando sul territorio si trovano soluzioni adeguate per i casi di post acuti).

Nella *balanced scorecard* proposta e rappresentata dalla fig. 3.18, l'area finanziaria dovrebbe porsi la domanda chiave come si possano usare, nei limiti consentiti, al meglio le risorse e investire nell'eccellenza, ossia quali sono gli sprechi o le attività che non si riescono a monitorare che determinano una riduzione delle entrate o un aumento dei costi e su cosa si deve puntare per ottenere riconoscimento di qualità a livello nazionale ed internazionale e accrescere la visibilità.

L'area successiva è dei processi interni, la cui domanda chiave è come si possano aumentare i servizi erogati garantendo appropriatezza della prestazione.

All'interno di quest'area si configurano tutta una serie di scelte organizzative, ma anche di percorsi di cura che garantiscono l'appropriatezza della cura e il risparmio di risorse o il loro miglior utilizzo. Quest'area strategica contiene tutti i metodi di standardizzazione del servizio, di organizzazione dei turni di lavoro, di ottimizzazioni dell'uso dei macchinari, di ottimizzazione delle liste di attesa. Si scontra con dei limiti strutturali derivanti dal dimensionamento del personale o collegati alla struttura in sé.

E' l'area in cui il lavoro tra DAI e *staff* deve essere più intenso, perché i primi conoscono il servizio da erogare, i secondi hanno più esperienza nell'uso di metodologie sistematiche che mettono in luce eventuali azioni di miglioramento.

La terza area è il cuore della *balanced scorecard* e consiste nello sviluppo del personale. La domanda chiave è come si possano arricchire le competenze, la qualità del personale e la capacità dello stesso a suggerire innovazioni e miglioramenti. Il comparto medico e sanitario sono i principali e unici conoscitori e responsabili della prestazione. Sono anche gli unici a poter giudicare se una attività è stata realizzata nelle modalità più adeguate con la situazione del paziente. L'incremento di conoscenza del personale, espresso in miglioramento di qualità di servizio e in eccellenza della prestazione, accresce la visibilità della struttura sanitaria e può richiamare l'interesse istituzionale (Regione, Provincia ecc) e attirare pazienti da altre Regioni oltre che da altre nazioni.

Anche questa scelta si discosta dalla formulazione dell'area innovazione e apprendimento originariamente proposta da Kaplan e Norton perché, come è stato messo in luce da una ricerca, *"the lack of focus on a company's human resources dimension is perhaps the most notable weakness in The Balanced Scorecard"*³⁰⁵. Infatti alcune aziende, come Unilever e Nokia, che da anni avevano adottato la BSC, hanno preferito integrarla con una quinta dimensione *"people development"* per enfatizzare l'importanza che le risorse umane ricoprono quale componente critica del loro successo.

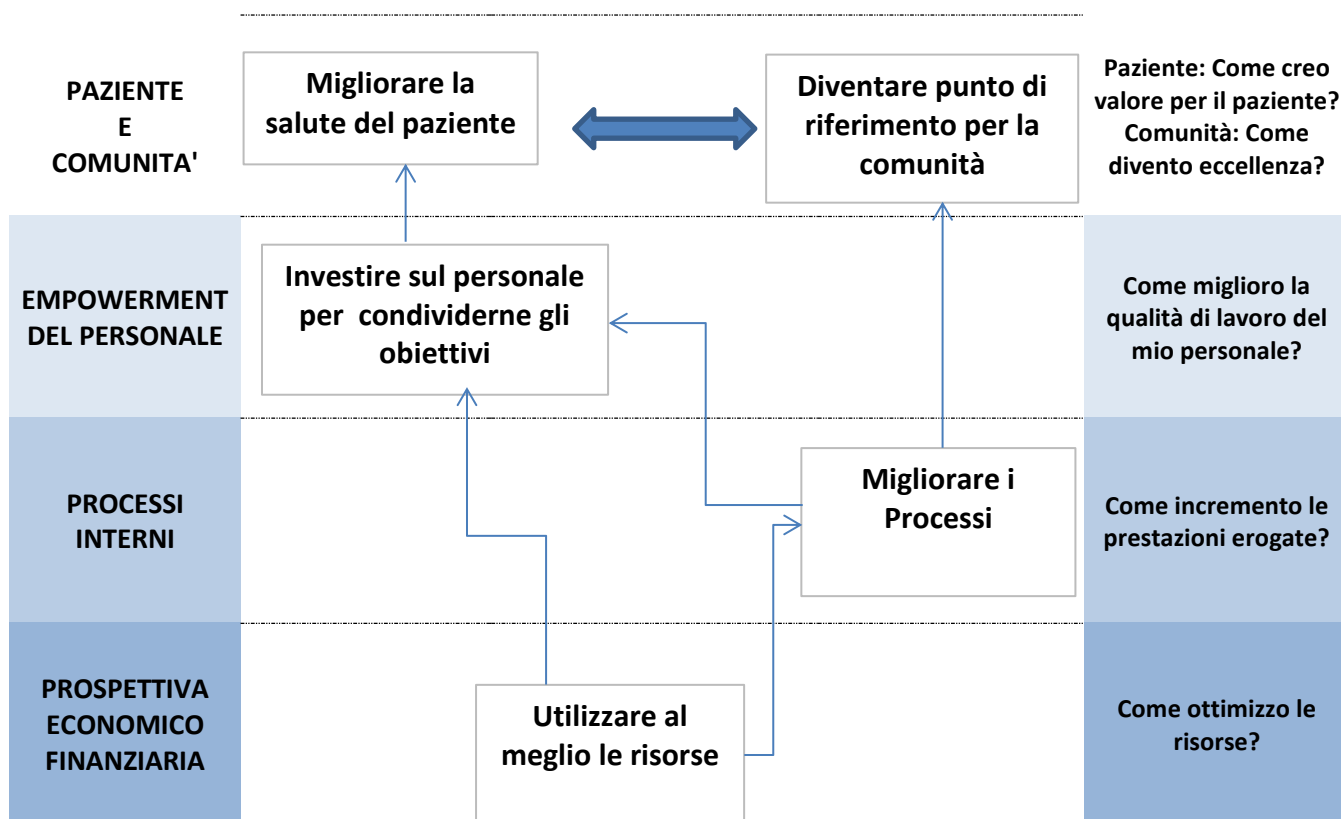
Un'ulteriore ricerca ha dimostrato che *"a significant level of scholarship has linked the management of the firm's human resources to its performance, highlighting the criticality of a 'People Development' dimension"*³⁰⁶, a maggior ragione in un contesto di burocrazia professionale e di alta specializzazione del servizio come quella sanitaria.

³⁰⁵ MALTZ A., C., AARON J. SHENHAR A., J., REILLY R., R., *Beyond the Balanced Scorecard: Refining the Search for Organizational Success Measures*, Long Range Planning 36 187–204, 2003, pag. 190

³⁰⁶ MALTZ A. C., AARON J., SHENHAR A. J., REILLY R.R., *Beyond the Balanced Scorecard: Refining the Search for Organizational Success Measures*, Long Range Planning 36 187–204, 2003, pag. 190 condiviso anche da altri autori tra cui DELERY J. E., DOTY D. H., *Modes of theorizing in strategic human resource Management: tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions*, *Academy of Management Journal* 39, 802–835, 1996; HUSELID M. A., *The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance*, *Academy of Management Journal* 38, 636–672, 1995; BERMAN S. L., WICKS A. C., KOTHA S., JONES T. M., *Does stakeholder orientation matter? The*

Il collegamento tra qualità della prestazione e trattamento del personale, coinvolgimento e arricchimento sono stati studiati in numerose ricerche che ne hanno enfatizzato il ruolo determinante.³⁰⁷

Fig.3.18: Rappresentazione della mappa strategica proposta



Fonte: ns elaborazione

3.12.2 Gli obiettivi aziendali e le aree strategiche

La *balanced scorecard* è una struttura multidimensionale per descrivere, implementare e gestire la strategia a tutti i livelli collegandone gli obiettivi aziendali.

relationship between stakeholder management models and firm financial performance, Academy of Management Journal 42, 488–506, 1999

³⁰⁷ A tal proposito YOUNDT M. A., SNELL S. A., DEAN J. W., LEPAK D. P., *Human resource management, manufacturing strategy, and firm performance*, Academy of Management Journal 39, 836–866, 1996

Partendo quindi dall'analisi degli obiettivi si individuano le aree strategiche su cui si può operare per perseguirli. Ad ogni obiettivo potrà corrispondere una o più area strategica a seconda di quali elementi vengono utilizzati per raggiungerlo.

Tab.3.16: Individuazione degli obiettivi nelle aree strategiche

Obiettivo aziendale	Pazienti	Comunità	Personale	Processo	Finanziaria
Diminuire numero complessivo gg. di ricovero				√	
Aumentare la complessità della casistica e attrarre patologie complesse		√	√	√	
Migliorare la presenza nello scenario scientifico nazionale e internazionale		√			
Promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica			√		
Contenere l'ammontare della spesa entro i limiti assegnati dalla Regione					√
Codificare sempre meglio tutta l'attività rispettando i debiti formativi		√			
Migliorare l'appropriatezza secondo le regole regionali				√	
Migliorare l'efficacia di uso delle sedute operatorie				√	
Armadio informatizzato				√	
Migliorare il processo di erogazione delle attività ambulatoriali	√			√	
Introdurre l'uso sistematico degli indicatori di esito	√	√	√		
Implementazione di specifici progetti di rilevanza aziendale		√	√		
Conseguire l'accreditamento		√	√		
Iniziare a rilevare in maniera sistematica la qualità percepita	√				
Iniziare a rilevare dal cliente interno sulle prestazioni erogate				√	

Fonte: ns elaborazione

Come rappresentato dalla tab. 3.16, cinque obiettivi vengono sviluppati da più aree strategiche.

Il primo attiene ad aumentare la complessità di casistica e attrarre patologie complesse, che è raggiungibile operando sul processo interno, sul personale e sulla comunità. Nel processo interno si possono identificare modalità che consentano minor tempo di attesa per i pazienti fuori Regione, ricercando anche ottimizzazioni sui processi di cura meno impegnativi e riorganizzazioni ed efficienze nella struttura. Nell'area personale si potrà investire sulla sua formazione e sul suo continuo aggiornamento verso tecniche e sistemi di cura innovativi e migliori, che richiameranno pazienti complessi da altre strutture. Nell'area comunità si dovrà operare sia dando visibilità ai risultati raggiunti in campo medico, sia formando il territorio per renderlo più ricettivo dei pazienti con complessità inferiore.

Il secondo obiettivo riguarda il miglioramento del processo di erogazione delle attività ambulatoriali che affrontato, sotto la prospettiva del processo interno, tenderà a ricercare modalità di ottimizzazione, mentre, sotto la prospettiva pazienti, andrà a valutare i risultati raggiunti sul paziente.

Il terzo obiettivo comune a più aree è l'introdurre l'uso sistematico degli indicatori di esito. Attualmente è colto come una modalità per supportare l'organo direzionale nella presa di decisioni e, quindi, assolve ad una valenza prevalentemente interna.

In realtà gli indicatori di esito hanno potenzialità molto più ampie e possono rendere evidenti e comunicare la qualità professionale di una struttura sanitaria, offrendo un valido strumento di confronto e, allo stesso tempo, favorire la visibilità esterna e il riconoscimento istituzionale.

Gli indicatori di esito vengono individuati dal personale, che è preposto alla cura del paziente; sono necessari per valutare l'efficacia e l'appropriatezza della prestazione sul singolo paziente; sono indispensabili per confrontare i propri livelli di *outcome* a livello nazionale ed internazionale.

Il quarto obiettivo consiste nell'implementazione di specifici progetti di rilevanza aziendale che si articola nell'area personale, per enfatizzarne il carattere innovativo e di apprendimento, e nell'area comunità, per metterne in luce la creazione di valore e l'utilità per l'intera comunità.

L'ultimo obiettivo riguarda l'accreditamento, considerato nella sua dimensione di garanzia di eccellenza e, quindi, basato sulla qualità professionale, e sulla creazione di valore per la comunità.

Ogni altro obiettivo potrebbe ricevere più di una allocazione all'interno delle aree strategiche, ma si è ricercato un sistema semplice di progettazione della BSC per renderlo più facile da realizzare.

3.12.3 Lo sviluppo degli obiettivi e degli indicatori

Il passaggio decisivo per una valida progettazione della *balanced scorecard* consiste nell'ultima fase, ossia lo sviluppo degli indicatori di *performance* in coerenza con gli obiettivi perseguiti. Come accennato nel par. 3.8, esistono delle relazioni di causa effetto che vanno indagate nell'operatività della struttura.

La prima area strategica è quella che coglie la prospettiva economica e finanziaria, in essa si indicano i limiti di risorse assegnati alla struttura. La nuova *balanced scorecard*

proposta contiene l'unico obiettivo di "contenere l'ammontare della spesa secondo i limiti assegnati dalla Regione" e nella formulazione degli obiettivi recepisce tutte le impostazioni del quadrante risorse macro voce uscite rappresentato nella tab. 3.17 ed attualmente in uso.

Tab. 3.17: Area Strategica Processi Interni

	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
PROCESSI INTERNI	1. Diminuire n. complessivo giorni di ricovero	a. riorganizzare mda per intensità di cura b. trasferire assistenza da RO a ambulatoriale c. ridurre dm per classe (A, B, C) d. ridurre durata preoperatoria e. azzerare RO fuori LEA	Verifica ogni 6 mesi dello Stato avanzamento rapporto (RO)/(DH+Amid) giorni di degenza media per classe giorni di degenza media n. ricoveri fuori LEA e % di riduzione rispetto anno precedente
	2. Aumentare complessità della casistica e attrarre patologie complesse	a. concentrare attività ambulatoriale su casistica complessa b. ottimizzazione delle liste di attesa per classe A	% casi di classe A su tot % casi di classe B su tot % riduzione tempi di attesa per classe
	3. Migliorare l'appropriatezza secondo le regole regionali	a. aumentare la distribuzione EBPM b. aumentare prescrizione PPI, Sartani, Statine a brevetto scaduto c. uso biosimilari per pazienti naive	% EBPM distribuiti/ totale prescrizione % lettere di dimissione corrette / totale % biosimilari / prodotto marca
	4. Migliorare l'efficienza di uso delle sedute operatorie	a. Inserimento e utilizzo applicativo informatico	% di sedute in cui è stato rispettato l'orario
	5. Armadio informatizzato di reparto per U.O.	a. Inserimento e utilizzo applicativo informatico	verifica campionaria della % di affidabilità del dato rilevato
	6. Migliorare il processo di erogazione delle attività ambulatoriali	a. n. PDC condivisi applicati da almeno 2 U.O.	% di variazione di dm per classe (A,B,C) dopo l'applicazione dei PDC

Fonte: ns elaborazione Legenda in rosso si sono riportati i nuovi indicatori od obiettivi proposti

Come mostra la tabella sopra riportata, nell'area processi interni, le novità riguardano, in principal modo, l'inserimento di nuovi indicatori, mentre la ripartizione degli obiettivi aziendali negli obiettivi di DAI è rimasta pressoché invariata.

L'unica eccezione riguarda il punto 1, dove si è preferito, rispetto alla formulazione originale, eliminare due obiettivi di DAI. Il primo riguarda la riduzione di ricovero ordinario e *day hospital*, l'altro concerne l'ottimizzazione delle *performance* di servizio, entrambi sembrano ricompresi rispettivamente nel punto b, ossia "trasferire assistenza da ricovero ordinario ad ambulatoriale", e nel punto a, "riorganizzare mda (moduli di attività) per intensità di cura". Il punto c, ovvero "riduzione della degenza media" è stato dettagliato per tipologia di classe richiedendo l'assunzione di un impegno maggiore per i DAI nel mantenimento dell'obiettivo.

Come si è accennato precedentemente, le differenze principali riguardano gli indicatori di *performance* prescelti. Nel primo punto 1.a si è inserito un indicatore di verifica dello stato avanzamento ogni sei mesi. Non si può definire un vero e proprio indicatore, ma una modalità di monitoraggio distribuito a metà anno affinché la Direzione possa verificare se esistano criticità che ostacolino la riorganizzazione dei moduli di assistenza per intensità di cura. Questo monitoraggio è motivato dal fatto che tale obiettivo è particolarmente gravoso, perché impegna la struttura a una riorganizzazione profonda e ampia, inserendosi in un contesto lavorativo di ritmi intensi.

Si è mantenuto l'indicatore riferito all'obiettivo 1.e di "azzeramento degli ricoveri ordinari fuori LEA" perché, sebbene l'obiettivo in sé dovrebbe esprimere già un termine di confronto, sembra opportuno, almeno, in questa fase, (in cui nel 2011 i ricoveri ordinari extra LEA sono stati 1.585), valutarne i progressi, in termini assoluti e percentuali, che non saranno identici per ogni DAI.

Un'altra variazione concerne il punto 2.a e 2.b, in cui, nel “concentrare attività ambulatoriale su casistica complessa”, si sono inserite le percentuali per classe A e B dei casi trattati. Si è, inoltre, introdotto il secondo obiettivo attinente all’ottimizzazione delle liste di attesa, come obiettivo strumentale al perseguimento del primo.

Per “l’armadio informatizzato”, punto 5, si è individuato un indicatore che metta in luce la completezza e la precisione del dato inserito.

Nell’ultimo punto 6.a, “migliorare il processo di erogazione delle attività ambulatoriali”, si è inserito un indicatore che evidenzi i progressi ottenuti con l’applicazione dei protocolli di diagnosi e cura e i riflessi sulla degenza media.

La tab. 3.8 coglie la prospettiva dell’*empowerment* del personale, richiama gli obiettivi e gli indicatori presenti nel quadrante originale di qualità professionale e riprende degli obiettivi presenti nel quadrante attività e nel quadrante qualità percepita intesi secondo un approccio legato al personale e al contributo che esso può offrire per il raggiungimento degli obiettivi.

Il primo obiettivo è “aumentare la complessità dei casi trattati” avendo cura di investire nella formazione del personale (1.a e 1.b) e nell’arricchimento delle proprie mansioni grazie ad una organizzazione più partecipata e condivisa con lo stesso (1.c, 1.d) che favorisca l’emergere di criticità e di aspetti da migliorare.

Il secondo obiettivo “promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica” è direttamente collegato al primo. Senza una valida formazione e un personale altamente qualificato questo obiettivo perde di valore.

La notorietà dell’azienda e il suo riconoscimento a livello internazionale avviene quando il comparto medico riesce, grazie anche al supporto e finanziamento aziendale, a

raggiungere alti livelli di eccellenza. In tal senso la voce pubblicazioni, partecipazioni a convegni rappresenta un impegno formativo per il personale, ma anche un impegno per l'azienda che mette a disposizione risorse e tempi adeguati per il perseguimento dei fini aziendali. Infatti il punto 2.c, concernente il confronto con medici di eccellenza per acquisire tecniche e metodologie di intervento, cura e assistenza all'avanguardia è l'espressione alta di un impegno condiviso tra il personale e l'azienda ed è il momento di incontro dei primi due obiettivi.

Il terzo obiettivo riguarda gli indicatori di esito. In ambito medico, sono la modalità più comune e riconosciuta che consente il confronto tra le strutture e la valutazione della qualità effettivamente prestata. E' un aspetto che viene collocato nella prospettiva dell'*empowerment* del personale perché anche il personale deve ricevere formazione e acquisire le capacità di interpretazione degli indicatori di esito, favorendone un utilizzo più diffuso e consapevole all'interno dell'intera struttura. Solo così gli indicatori di esito verranno sviluppati coerentemente con l'attività e percepiti, non come un elemento estraneo alla prestazione necessario per la valutazione, ma come uno strumento di supporto all'attività e di espressione della sua qualità.

Il punto 3.b dovrebbe favorire un graduale inserimento degli indicatori di esito, partendo da progetti o attività che godono di maggiore interesse nel dipartimento o sono in fase di implementazione.

Il quinto punto riguardante l'accreditamento; è in questo quadrante colto come un momento di autoanalisi dei singoli dipartimenti, visto non nell'ottica del semplice raggiungimento dell'accreditamento, ma nella prospettiva di un "abbozzato" circolo di qualità che dovrebbe favorire l'individuazione dei punti critici che man mano potrebbero

essere oggetto di progetti *ad hoc* di riorganizzazione, di formazione, di richiesta di risorse (investimenti) o quant'altro.

Tab. 3.18: Area Strategica Empowerment Personale

	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
PERSONALE	1. Aumentare complessità della casistica e attrarre patologie complesse	<p>a. Formazione</p> <p>b. Partecipazione a convegni</p> <p>c. Organizzazione dei turni di lavoro che tengano conto dell'esperienza e delle capacità del personale</p> <p>d. Schedulare incontri di DAI per affrontare le criticità operative</p>	<p>% Ore formazione su tot</p> <p>n. convegni / n . medici</p> <p>Verifica campionaria connessa alla presenza dei casi più gravi</p> <p>Inserire le criticità e le soluzioni individuate a sistema</p>
	2. Promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica	<p>a. Pubblicazioni</p> <p>b. Partecipazione a convegni</p> <p>c. Invitare medici di eccellenza per attività di formazione del personale</p>	<p>n. pubblicazioni / n. medici</p> <p>n. convegni come relatore / n . medici</p> <p>almeno 1 all'anno</p>
	3. Introdurre l'uso sistematico degli indicatori di esito	<p>a. n. 3 indicatori di esito</p> <p>b. n.1 indicatore di esito su una patologia di particolare interesse</p>	
	4. Implementazione di specifici progetti di rilevanza aziendale	a. Realizzazione dei progetti sulla base di specifici indicatori individuati	n. 1 indicatore di esito sul progetto
	5. Conseguire l'accreditamento	a. Identificazione delle criticità	

Fonte: ns elaborazione Legenda: in rosso si sono riportati i nuovi indicatori od obiettivi proposti

Tab. 3.19: Area Strategica Comunità

	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
COMUNITA'	1. Aumentare la complessità della casistica e attrarre patologie complesse	a. Intensificare i rapporti con le ASL su progetti comuni b. Individuare modalità formative per i presidi ospedalieri del territorio c. Organizzare sistemi di presa in carico di pazienti meno gravi che si rivolgono all'interno dell'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA di Verona	
	2. Migliorare la presenza nello scenario scientifico nazionale e internazionale	a. Organizzare incontri di respiro nazionale ed internazionale b. Partecipare a progetti internazionali e darne visibilità all'intera comunità	
	3. Codificare sempre meglio tutta l'attività rispettando i debiti formativi	a. aumentare la distribuzione EBPM b. aumentare prescrizione PPI, Sartani, Statine a brevetto scaduto c. uso biosimilari per pazienti naive	% EBPM distribuiti/ totale prescrizione % lettere di dimissione corrette / totale % biosimilari / prodotto marca
	4. Introdurre l'uso sistematico degli indicatori di esito	a. Coinvolgere anche le ASL del territorio a utilizzare degli indicatori di esito già adottati dall'AOU di Verona	
	5. Implementazione di specifici progetti di rilevanza aziendale	a. Condividere almeno un progetto all'anno anche ad avanzamento pluriennale con il territorio	
	6. Conseguire l'accreditamento		2012: autovalutazione al 100%; 2013: valutazione esterna al 100%

Fonte: ns elaborazione Legenda in rosso si sono riportati i nuovi indicatori od obiettivi proposti

Nell'area strategica comunità, tab. 3.19, si individuano gli obiettivi aziendali avendo come scopo la relazione tra la struttura e la comunità circostante, intesa come rete dei servizi sanitari e territorio istituzionale.

Il porsi come centro di riferimento ed eccellenza significa garantire le prestazioni appropriate con ottima qualità ed assolvere al ruolo di soggetto trainante e di formazione

del tessuto sanitario territoriale. Il quadrante comunità tende a evidenziare le azioni strategiche che si intendono implementare per rispondere pienamente al ruolo assegnato.

Le novità introdotte riguardano i punti 1, 2, 4 e 5 e la loro articolazione in azioni operative rivolte ai DAI.

Per raggiungere il primo punto di “aumento delle casistiche complesse” si prevedono delle azioni volte alla formazione sul territorio (1.b), all’intensificazione dei rapporti e della collaborazione con lo stesso (1.a) e all’organizzazione della domanda di salute del territorio condividendo obiettivi comuni e modalità unitarie (1.c)

Il secondo obiettivo di “migliorare la presenza in ambito nazionale ed internazionale”, tende alla comunicazione dei traguardi raggiunti in ambito medico e all’acquisizione di visibilità grazie ad azioni che tendono all’accrescimento della qualità professionale e ad una loro promozione.

Il quarto obiettivo concernente gli “indicatori di esito” implica farsi promotori dell’uso e della divulgazione di una modalità comune di valutazione delle *performance* in ambito territoriale per poter nel futuro comunicare con la Regione avendo dei termini di confronto e degli elementi oggettivi da presentare.

Anche l’ultimo obiettivo, ossia “l’implementazione di un progetto in comune con il territorio”, tende a creare sinergia tra il territorio e l’azienda sanitaria, a richiamare l’interesse sull’azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e a renderla protagonista.

Ancor più degli altri quadranti quello della comunità richiede uno sforzo di gestione più intenso e più ampio. La sua implementazione comporta l’impegno in prima persona della Direzione, il supporto attivo di qualche DAI di riferimento e l’impiego di risorse economiche.

Il quadrante comunità parrebbe il quadrante che sviluppa la strategia più articolata e volta al medio e lungo periodo, non priva di difficoltà, ma, se individuato il filone più appropriato, in cui gli interessi pubblici e privati possono trovare una coincidenza, probabilmente molto efficace.

Tab. 3.20: Area Strategica Clienti

	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO DAI	INDICATORI
CLIENTE	1.Introdurre l'uso sistematico degli indicatori di esito	a. Predisporre e mettere a disposizione dei pazienti materiale informativo sulle patologie curate, le modalità attuate e gli esiti ottenuti b. Predisporre dei mini "report informativi" sulla qualità di outcome confrontata con altri Paesi	
	2. Migliorare il processo di erogazione delle attività ambulatoriali	a. Rispetto dei tempi di attesa e loro miglioramento progressivo	Verifica ogni quattro mesi
	2. Iniziare a rilevare in maniera sistematica la qualità percepita	a. Rilevazione sistematica dei dati alla dimissione e, a seconda della patologia, rilevarlo nuovamente inviando il questionario a casa. b. Tracciare gli avanzamenti tra le azioni di miglioramento individuate e quelle realizzate	Conformità della percezione Verificare il miglioramento nell'indice di qualità percepita

Fonte: ns elaborazione Legenda in rosso si sono riportati i nuovi indicatori od obiettivi proposti

L'ultimo quadrante consiste nello sviluppo degli obiettivi strategici nella prospettiva del cliente. E' costituito da tre obiettivi: il primo riguarda l'introdurre gli indicatori di esito con una modalità molto semplificata, per condividere tra azienda e paziente un linguaggio in comune, per comunicare notizie sulle patologie curate e sulla qualità che la struttura garantisce (1.a) espressa in un confronto anche internazionale (1.b). Il paziente deve diventare un soggetto informato, l'ignorare non è un vantaggio né per il paziente né per la struttura aziendale.

Il secondo obiettivo riguarda il "miglioramento del processo di erogazione delle attività ambulatoriali"; si è scelto questo segmento perché è dove l'azienda sta

indirizzando molte tipologie di assistenza ed è il più flessibile e in cui i limiti di struttura sono minori. L'azione individuata consiste nel miglioramento della qualità del servizio in virtù di un miglioramento dei tempi di attesa. La tempestività di diagnosticare un male può essere l'elemento critico e decisivo per diverse patologie.

L'ultimo obiettivo si sviluppa sulla qualità percepita dal cliente che si desume dalle rilevazioni dei questionari al momento della dimissione e alla loro successiva rilevazione a distanza di un certo lasso temporale coerente con la patologia, per poter avere un quadro più chiaro e definitivo.

L'assunto, su cui si basa la doppia rilevazione, è determinato dalla consapevolezza che il soggetto in fase di dimissione non è un soggetto guarito, ma in via di guarigione.

E' quindi un individuo che compilerà il questionario influenzato dalla sua condizione di salute e dal suo stato morale e che sarà in grado di formulare una valutazione sulla qualità percepita in via definitiva solo giunto a casa trascorso un periodo adeguato di tempo. La qualità percepita da monitorare è quella definitiva del soggetto, quella che lo porterà a indirizzare un amico alla struttura oppure lo inviterà a rivolgersi altrove.

I dati rilevati nei questionari devono trovare opportune riflessioni all'interno dell'organizzazione e favorire un dialogo costruttivo dell'azienda intraprendendo azioni di miglioramento oggetto di verifica.

CAPITOLO IV

IL SISTEMA SANITARIO INGLESE

SOMMARIO: 4.1 Introduzione - 4.2 Struttura e articolazione del NHS - 4.3 Il contesto normativo e a riforma del NHS - 4.4 I key indicators e gli indicatori di performance della *balanced scorecard* - 4.5 I report attuali della Care Quality Commission - 4.6 Le critiche del NHS - 4.7 Le tendenze e gli sviluppi internazionali – 4.8 Proposta di un framework nazionale

4.1 Introduzione

In questo capitolo le considerazioni rivolte sulla BSC (*balanced scorecard*) sono di natura più operativa e contestualizzate all'interno del sistema sanitario inglese per cercare di fornire all'interno dell'intera tesi di dottorato un quadro completo.

Nel secondo capitolo si sono analizzati gli strumenti del controllo di direzione e le ricerche (par. 2.11) hanno dimostrato che la *balanced scorecard* meglio si presta ad esaminare il contesto sanitario ed è uno strumento efficace a perseguirne i molteplici obiettivi, così come suggerito da Kaplan e Norton.

Nel terzo capitolo si è affrontato il tema della *balanced scorecard*, colta nella sua formulazione aziendale. Si è studiato il caso dell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, che l'ha adottata e si è cercato di proporre dei miglioramenti traendo spunto dalle ricerche accademiche.

In questo paragrafo si tenderà a creare il punto di unione tra la formulazione del macro sistema, che analizza la fase di progettazione della *balanced scorecard*, e la visione micro dell'azienda, che la implementa nella propria organizzazione, andando a

sottolineare come l'esperienza maturata in ambito sanitario inglese, ormai decennale, abbia impattato sul sistema sanitario nel suo complesso e sull'attività della singola azienda.

Lo sviluppo del capitolo parte da una ricognizione sintetica dei principali punti della struttura e articolazione del sistema sanitario inglese (NHS - *National Healthcare System*) che ne mettono in luce l'ampiezza dei servizi erogati e la complessità organizzativa. (Par. 4.2)

Nel par. 4.3 si presenta la riforma sanitaria che ha introdotto nel NHS l'utilizzo della BSC e del finanziamento per risultato ad essa collegato, proseguendo, par. 4.4, con una disamina degli obiettivi e degli indicatori usati.

Nel par. 4.5 si mettono in luce le criticità sollevate da diversi autori sull'utilizzo di questo strumento di misurazione delle *performance*.

Nel par. 4.6 si amplia lo sguardo al confronto internazionale e alle ricerche condotte sulla ricerca di un sistema di misurazione delle *performance* in ambito sanitario cercando di sottolineare i punti principali.

Nel par. 4.7 si propone uno schema di progettazione di un sistema di misurazione delle *performance* a livello nazionale in risposta alle criticità sollevate sul NHS e alle tendenze internazionali presentate, abbozzando un semplificato sistema di incentivazione.

4.2 Struttura e articolazione del NHS

Nel 2010 il sistema sanitario inglese ha dato lavoro a 1,4 milioni³⁰⁸ di persone su un totale di 51,5 milioni di popolazione (corrispondente al 2,7%) assorbendo il 9,8% del PIL, (in Italia 9,5%) con una spesa *pro capite* pari a \$ 2.935 (in Italia \$ 2.443)³⁰⁹.

L'ammontare di *budget* assegnato alla Sanità è stabilito dal Ministero dell'Economia ed in seguito viene ripartito e allocato sulle strutture finali di erogazione del servizio.

NHS è finanziato per oltre 80% da fondi pubblici provenienti principalmente da tassazione diretta statale e per una parte modesta, da tassazione indiretta (alcol, carburante) in accordo con il principio della progressione della tassazione, assorbendo, nel 2009, 106 miliardi.

Il sistema sanitario inglese è nazionale NHS, ossia le prestazioni sanitarie sono a carico dello Stato come in quello italiano, secondo Arrow è opinione prevalente³¹⁰ che il settore sanitario sia il tipico esempio di fallimento di mercato, *“this means that there are good economic arguments for the UK's insurance arrangements in which universal coverage is financed by general taxation and services are free at the point of delivery”*.³¹¹

³⁰⁸ I dati indicati sulla popolazione e sui dipendenti nel sistema sanitario si riferiscono al sito <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>. Nel 2012 la popolazione è giunta a 53,1 milioni, dato proveniente da CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 8, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports e gli impiegati nel sistema sanitario a 1,7 milioni dato consultabile sul sito <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

³⁰⁹ ARMENI P., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011, pag. 110

³¹⁰ A tal proposito si è espresso ARROW, K.J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, *American Economic Review*, 53, 1963, pp. 941–73

³¹¹ BEVAN G., *Setting Targets for Health Care Performance: Lessons from a Case Study of the English NHS*, *National Institute Economic Review*, 197: 67, SAGE, 2006, pag. 67

NHS è fondato sul principio dell'eguaglianza e dell'universalità come quello italiano: *"The NHS provides a comprehensive service, available to all irrespective of gender, race, disability, age, sexual orientation, religion or belief"*³¹².

Copre l'assistenza primaria (ossia la medicina di base), l'assistenza secondaria ovvero l'assistenza specialistica e per acuzie e l'assistenza odontoiatrica per i residenti fino al diciottesimo anno di età.

NHS ha subito una riforma radicale nel 2002 che ha coinvolto diversi ambiti: in principal modo l'ambito organizzativo - strutturale e l'ambito di controllo della qualità delle prestazioni.

A livello di articolazione della struttura, la riorganizzazione ha portato a riprogettare il decentramento, (già esistente che seguiva il criterio della collocazione regionale), avendo come criterio di distinzione prima il servizio e poi l'area geografica. Tale modalità ha specializzato le strutture di coordinamento e di supervisione, ricercandone dimensionamenti che permettessero economie di scala.

Fino al 2012 il NHS si articola in tre livelli: quello statale basato sul *Department of Health and Social Security*, corrispondente al Ministero della Salute, quello regionale *Strategic Health Authorities* (SHA)³¹³ e quello d'area – servizio.

Il *Department of Health and Social Security* è responsabile del sistema sanitario inglese e controlla, in Inghilterra³¹⁴, una decina di *Strategic Health Authorities* (SHA) che

³¹² Come riportato sul sito <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

³¹³ La riorganizzazione del sistema sanitario inglese è un tema molto caldo in Inghilterra e in fase di evoluzione, a marzo 2012 è stato approvato *"Health and Social Care Act 2012"* che abolisce SHA e PCT nel 2013. Dal 1 aprile 2013, per disposizione normativa, si prevede che i fondi stanziati per l'erogazione dei servizi di coordinamento e supervisione saranno assegnati, alle Commissioning Group, supportata dalla nuova istituzione, Commissioning Board (ossia GPs, Secondary Care, ect.) mentre le proprietà confluiranno nella *NHS Property Services*, società per azioni controllata dal *Department of Health Care*. A tal proposito è interessante la consultazione del sito <http://www.kennedys-law.com/article/healthsocialcareact2012>
Per coerenza con l'articolazione dell'analisi degli indicatori e dei dati esaminati relativi al 2004-2005 e al 2011-2012 si è ritenuto necessario presentare la struttura del NHS come si presentava a quella data.

sovrintendono a tutte le attività del sistema sanitario che sono inoltre responsabili di emanare le direttive e attuare le azioni di politica fiscale così come dettate dal *Department of Health and Social Security*.

Le SHA supervisionano le attività svolte da tutti i *trust* del NHS presenti nella loro zona, di cui sono responsabili per la gestione strategica dei servizi.

A livello di zona si raggruppano i *trust* a seconda della zona ricoperta e del servizio offerto: *Primary Care Trusts (PCT)*, *Secondary Care*, *Ambulance Trusts*, *Care Trusts*, *Mental Health Trusts*, *National Institute for Health and Clinical Excellence*.

I *primary care trusts* sono impegnati nell'erogazione del servizio di assistenza primaria e commissionano i servizi di assistenza secondaria specialistica, gestiscono all'incirca 80% del *budget* del NHS. Nel 2011 – 2012 i fondi gestiti corrispondevano a circa 85 miliardi, ovvero £ 1.615 per persona. I *primary care trusts* supervisionano l'attività di 39.409 GP (*General Practitioners*) e di 22.800 dentisti del sistema sanitario nazionale.

I *general practitioners* erogano il servizio di assistenza primaria corrispondono ai medici di base e sono, per la maggior parte, liberi professionisti collegati con il sistema sanitario da un contratto di esclusiva.

L'assistenza secondaria è costituita dall'assistenza specialistica programmata e di emergenza che viene erogata nelle strutture ospedaliere, le cui prestazioni vengono remunerate a DRG.

Gli *ambulance trusts* offrono il servizio di ambulanze e trasporto dei pazienti ai centri di emergenza e sono costituiti da 12 *trusts*.

Il *care trusts* erogano servizi legati alla salute, come la prevenzione delle malattie e i servizi sociali.

³¹⁴ Esistono differenze più o meno sostanziali tra il sistema sanitario inglese, quello scozzese e quello irlandese del nord. In questo lavoro si identificano nello specifico i dettagli del sistema sanitario inglese senza avere la pretesa di una presentazione esaustiva di tutto il NHS del Regno Unito. I dati indicati si riferiscono al sito <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

I *mental health trusts* erogano servizi per la salute mentale e sono supervisionati dal *primary care trust* locale.

Gli *acute trusts* sovrintendono all'attività svolta da 1.600 ospedali e strutture specialistiche. In questa categoria si comprendono gli ospedali che si occupano delle malattie più gravi e di un'estesa gamma di trattamenti, i centri universitari e i centri di ricerca.

Un nuovo tipo di struttura ospedaliera, inserito all'interno del NHS, è rappresentato dai *Foundation Trusts* che nel contesto inglese coprono all'incirca 129 strutture e godono di maggior discrezionalità operativa e finanziaria rispetto agli ospedali.

Il NHS è fondato sulla trasparenza delle decisioni e dell'uso delle risorse.

L'allocazione delle risorse avviene secondo una gestione delle priorità basata su analisi e su parere di esperti. A tal proposito è stato istituito il NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) una *authority* che definisce cosa e quanto può essere a carico del sistema sanitario nazionale.

E' un'agenzia preposta anche a formulare le linee guida per i medicinali, per i trattamenti e definire le procedure da seguire; elabora anche, nel caso di specifiche malattie, le linee guida sull'appropriatezza dei trattamenti e le cure a cui gli individui possono essere sottoposti ed esprime una valutazione sulle tecnologie d'avanguardia presenti in ambito sanitario. Le sue valutazioni si poggiano su criteri di efficacia della prestazione e appropriatezza, usando analisi di costo efficienza (CEA).³¹⁵

Il *budget* assegnato alle strutture locali è una somma definita dallo Stato che le stesse strutture locali hanno il compito di ripartire sui servizi e le prestazioni da erogare

³¹⁵ "CEA can be defined as an information on the inputs or cost and the outputs or consequences associated with alternative healthcare interventions and procedures" WALSH, K., *Healthcare Management (2nd Edition)*, Open University Press, 2006, pag.95

grazie al PBMA³¹⁶, con l'intento di soddisfare i bisogni di salute della popolazione perseguendo le migliori economie di scala consentite.

Il controllo della qualità delle prestazioni, non è esclusivamente ad opera delle associazioni professionali, ma supportato da strutture governative, è stata una soluzione adottata a seguito di due scandali importanti, avvenuti nel 2001³¹⁷ e nel 2005³¹⁸, che hanno colpito profondamente l'opinione pubblica e dimostrato la debolezza della professione medica nel regolarsi e autocontrollarsi.

Il Governo ha dato vigore e slancio a una gestione e validazione della qualità del servizio sanitario poggiata sullo sviluppo del *national Quality and Outcome Framework (QOF)*, che sviluppa ricerche sulla qualità del servizio collegata a indicatori di *performance* prescelti e collega, a raggiungimenti degli *standard* di qualità, una politica di incentivi ai *general practitioners*. La partecipazione dei medici alla *national Quality and Outcome Framework* è volontaria.

In tutto il Regno Unito è molto intenso il fenomeno della mobilità attiva delle professioni mediche da altri Paesi (in principal modo ex colonie), essendo i professionisti formati *in loco* inferiori di numero rispetto alle esigenze della popolazione. Ciò produce differenze sostanziali sulla formazione ricevuta.

Il controllo economico finanziario delle strutture del sistema sanitario è svolto da *National Audit Office (NAO)* organismo indipendente del Parlamento che ad esso riporta,

³¹⁶ "PBMA Program Budgeting and Marginal Analysis is an approach based on economics which offers a set of practical steps to enable decision makers to maximize use of resources" WALSHE, K., *Healthcare Management (2nd Edition)*, Open University Press, 2006, pag.96

³¹⁷ Nel 2001 la scarsa qualità degli interventi cardiaci in un'unità pediatrica del Bristol Royal Infirmary ha portato ad un alto tasso di mortalità tra i pazienti, notizia riportata da WALSHE, K., *Healthcare Management (2nd Edition)*, Open University Press, 2006, pag.54

³¹⁸ Nel 2005 Dott. Harold, medico di base, è stato condannato per l'omicidio di una dozzina dei suoi pazienti notizia riportata da WALSHE, K., *Healthcare Management (2nd Edition)*, Open University Press, 2006, pag.54

istituito per inserire nell'ambito pubblico un soggetto capace di stimolare l'amministrazione pubblica alla creazione del valore e alla tensione all'economicità e all'efficienza.

4.3 Il contesto normativo e la riforma del NHS

Il passaggio dai conservatori ai laburisti nel 1997, rieletti nella legislatura successiva, ha significato l'introduzione di una riforma sostanziale all'interno del panorama sanitario. L'intento politico era quello di inserire un sistema meritocratico incentivante sulla qualità delle strutture e favorire ancor più la competizione di mercato.³¹⁹

La riforma del sistema sanitario si articolò nei seguenti punti:

- In una liberalizzazione e diversificazione dei servizi erogati da fornitori indipendenti del sistema sanitario, favorendo la nascita, dal 2006 al 2008, di 42 strutture che svolgono attività di diagnostica e di intervento programmato e l'inserimento di ospedali privati nel sistema sanitario nazionale.
- In una maggiore autonomia finanziaria gestionale e clinica garantita agli ospedali di più alte *performance* chiamati *Foundation Hospital* che, dal 2004, hanno accesso privilegiato al sistema dei pagamenti per risultato (PbR – *Payment by Results*)
- Graduale introduzione negli ospedali del sistema di pagamento detto PbR, progettato in modo che il denaro segua il paziente e la competizione tra le strutture sanitarie si poggia sulla qualità e non sui costi.

³¹⁹ "The Labour government's strategy in terms of improving public services has taken a number of forms ...Performance indicators are being used to monitor a range of service areas to determine the extent to which policy objectives are being met ... Labour has also placed emphasis on the use of inspections and monitoring ...The Best Value (BV) policy, introduced in 2000, requires public organizations to secure continuous improvement ... having regard to a combination of economy, efficiency and effectiveness." HODGSON L., FARRELL C., M., CONNOLLY M., *Improving UK Public Services: a review of the evidence*, Public Administration Vol. 85, N. 2, (355–382), 2007, pag.355

- Dal 2008 al cittadino è stata riconosciuta la possibilità di scegliere e prenotare qualsiasi struttura specialistica, sia all'interno del NHS sia all'esterno, purché rispettosa degli *standard* definiti dal sistema sanitario e gestita per PbR.
- È stata devoluta parte dell'autonomia decisionale dei *primary care trusts* ai *general practitioners* con il corrispondente *budget*.
- Nel 2004 si sono creati due nuovi organismi di regolamentazione, il primo con competenze economico finanziarie detto Monitor, il secondo con funzioni di controllo qualità chiamato *Care Quality Commission* in sostituzione della *Commission for Healthcare Improvement*.

Come sostenuto da Mays e Tan, "*Labour's market appeared to have generated stronger incentives for quality and efficiency than its 1990s predecessor with no obvious detriment to equity of access, and these effects seemed to be gathering pace towards the end of Labour's period in office*".³²⁰

Già prima della riforma il NHS basava il controllo della qualità delle strutture sanitarie ospedaliere su un *set di Key targets*, identificati dal Governo e oggetto di verifica della *Commission for Healthcare Improvement*.

Nel 2001 si integrò questo criterio di valutazione con l'introduzione della *balanced scorecard* collegata agli indicatori di *performance*, ricomprendendo ulteriori obiettivi stabiliti dalla *Care Quality Commission*.

La *Care Quality Commission* svolge anche il compito di valutare gli esiti complessivi e, fino al 2005, ha pubblicato sul proprio sito la lista delle strutture affiancate al loro *rating*, visibili a tutti.

³²⁰ MAYS N., TAN S., *Evaluating Labour's market reforms, 2002–10*, Journal of Health Services Research & Policy, Vol 17 Suppl 1: 1–6, 2012, pag.2

La pubblicazione delle strutture e la loro valutazione sintetica e analitica rappresentava un'importante attività di comunicazione e trasparenza dell'attività svolta e "riconoscimento" della qualità della struttura, per quanto poteva essere interpretata anche come una lesione della *privacy* dei manager operanti nella struttura³²¹.

Ecco perché, con l'avvento al governo dei conservatori, ciò non è stato più reso disponibile e si è optato per la pubblicazione di *report* sintetici che contengono le informazioni relative al raggiungimento degli indicatori di *performance*, ma non pubblicizzano i dati per struttura sanitaria.

Mentre non sono state apportate modifiche al sistema di incentivazione e pagamento della prestazione che è collegato ancora al *rating* ottenuto.

4.4 I Key Indicators e gli indicatori di performance della Balanced ScoreCard

In Inghilterra è opinione prevalente, condivisa da diversi autori³²² che, in presenza di fallimento del mercato, il finanziamento pubblico deve essere utilizzato adeguatamente e, lo Stato deve introdurre dei sistemi di incentivazione che consentano un controllo sulla struttura principale – agente, tipica del rapporto Stato – struttura sanitaria e struttura sanitaria - operatore.³²³

³²¹ "While the Blair government did not hang the admirals in a literal sense, English health care managers (whose life was perceived to be 'nasty, brutish and short' even before the advent of targets...) were exposed to increased risk of being sacked as a result of poor performance on measured indices..and, through publication of star ratings, also to 'naming and shaming'.." BEVAN G., HOOD C., *Evaluating What's measured is what matters: targets and gaming in the English Public Health Care System*, Journal Public Administration, Vol. 84, N. 3, (517–538), 2006, pag.518

³²² A tal proposito si è espresso EVANS, R.G., *Public health insurance: the collective purchase of individual care*, Health Policy, 7, 1987, pp. 115–34, e ancora MCGUIRE, A., HENDERSON, J. AND MOONEY, G., *The Economics of Health Care*, Routledge and Kegan Paul, 1987

³²³ "There is, however, an economic issue over whether publicly-financed health care ought to be delivered through publicly-owned services, and more generally how to generate appropriate incentives in a system that has a complex mix of principal/ agent problems", BEVAN G., *Setting Targets for Health Care Performance: Lessons from a Case Study of the English NHS*, National Institute Economic Review, 197: 67, SAGE, 2006, pag. 67

Nel presente lavoro l'obiettivo è quello di studiare ed analizzare lo sviluppo dei *Key indicators*, della *balanced scorecard* adottata e degli indicatori che la compongono nel dettaglio, non potendo accedere a informazioni più recenti di dettaglio analitico, si sono esaminati gli indicatori resi pubblici nel 2005 dal governo laburista.

Così come la stessa *Care Quality Commission* avverte “*Ratings do not provide a comprehensive picture of every aspect of the performance of NHS organisations... Performance indicators show how trusts are doing in relation to some of the main targets set by the Government for the NHS, as well as other broader measures of performance*”.

324

A ciascuna tipologia di struttura in: *Acute and Specialist Trusts*, *Ambulance Trusts*, *Mental Health Trusts*, *Primary Care Trusts*, corrisponde un proprio set di *Key indicators* e lo sviluppo di una *balanced scorecard* con i propri indicatori.

Focalizzandosi sull'*Acute and Specialist Trust*, i *key indicators* scelti per l'anno 2004 – 2005 dal governo inglese riguardavano otto punti che potrebbero essere raggruppati in tre macro voci: tempi di attesa, pulizia e gestione economico – finanziaria delle strutture.

I tempi di attesa, considerati una variabile critica per la salute dell'individuo, sono ulteriormente distinti a seconda della patologia.

Tab. 4.1: Rappresentazione dei Key indicators 2004 – 2005

The key targets are:	
1	12 hour waits for emergency admission via A&E post decision to admit
2	All cancers: two week wait
3	Elective patients waiting longer than the standard
4	Financial management
5	Hospital cleanliness
6	Outpatient and elective (inpatient and daycase) booking
7	Outpatients waiting longer than the standard
8	Total time in A&E: four hours or less

Fonte: ns elaborazione tratta dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>

Legenda: A&E Ambulance and Emergency

³²⁴ A tal proposito consultare il sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>

In ambito sanitario italiano i tempi di attesa, a differenza, non sono oggetto di considerazione e non vengono richiamati né dal Patto della Salute, né dalle direttive della Regione Veneto.

Esaminando la tab. 4.1, si nota che il primo punto attiene al tempo intercorrente tra l'arrivo al pronto soccorso e la scelta di ricovero in ospedale che non deve superare le 12 ore, mentre nell'ottavo punto si specifica che il tempo di attesa al pronto soccorso non deve superare le 4 ore.

Il secondo punto attiene al tempo di attesa dal momento della prescrizione del *general practitioner* di accertamenti per sospetto di cancro alla visita specialistica che deve non superare le due settimane.

Il terzo punto richiede di mantenere i tempi di attesa per le visite programmate secondo gli *standard* definiti per tipologia, tendenzialmente non superiori ai nove mesi. Il sesto punto concerne l'efficienza delle lista di attesa calcolate con i tempi di prenotazione delle visite ambulatoriali e specialistiche. Il settimo punto richiede che le visite ambulatoriali non siano fissate in tempi superiori alle 17 settimane dall'impegnativa del *general practitioner*.

Ciascun *key targets* e indicatore della *balanced scorecard* può essere la risultante di un unico indicatore o di una molteplicità soppesata o di un sondaggio distinto in più punti.

Per esempio il quarto punto, "*financial management*", basandosi sul principio che "*Financial stability is both a key objective and a minimum standard for NHS bodies. It provides the essential platform on which to manage and develop patient services in line with the targets/objectives*" (calcolato per le *Foundation Trusts* dall'agenzia Monitor e per le altre *Trusts dal Department of Health*) è la risultante dei bilanci annuali, dei *report* di

audit, delle previsioni finanziarie dei successivi 12 mesi (simile ad un *budget* finanziario) e dell'analisi dei rischi.

Invece nel caso del punto 2, collegato ai tempi di attesa per qualsiasi tipologia di cancro sospetta indicato nell'impegnativa del medico di base, l'indicatore è conteggiato come rapporto percentuale tra soggetti che hanno ricevuto le prestazioni all'interno del periodo definito e il totale dei casi.

L'indicatore connesso alla pulizia dell'ospedale, punto 5, deriva da un processo pesato di valutazioni su sette distinti punti (la pulizia delle corsie, la pulizia del dipartimento di emergenza, la pulizia dei bagni nella corsia, ecc.) ciascuno dei quali riceve un punteggio a sé stante.

La *balanced scorecard* è sviluppata in tre aree strategiche che ne analizzano la prospettiva del paziente, la prospettiva della qualità clinica, la prospettiva della capacità e funzionalità della struttura.

Ogni area strategica è composta da indicatori di performance *"to provide a balance across a broad range of areas."*³²⁵

Tab. 4.2: Rappresentazione della BSC Quadrante Capacità e Funzionalità 2004 – 2005

Capacity and Capability	
1	Data quality on ethnic group
2	Information governance
3	Staff opinion survey: health, safety and incidents
4	Staff opinion survey: human resource management
5	Staff opinion survey: staff attitudes
6	Workforce indicator

Fonte: ns elaborazione tratta dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>

³²⁵ A tal proposito consultare <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>

Il quadrante, rappresentato dalla tab.4.2, è focalizzato sulle capacità e sulle funzionalità della struttura direttamente connesse con il personale.

Il primo punto attiene alla completezza di inserimento dei dati riguardanti l'etnia del paziente e del personale.

L' "*information governance*" concerne la gestione e il trattamento dei dati personali del paziente affinché siano rispettosi delle disposizioni normative, della sicurezza e dell'efficacia ed efficienza dell'informazione strumentale all'erogazione della prestazione. Il *rating* connesso è sintesi del rispetto di un *framework* che riunisce tutti gli *standard*, le pratiche e i requisiti che si applicano nel trattamento dei dati personali.

I punti 3, 4, 5 riguardano lo "*Staff opinion survey*", assumendo come principio cardine che il maggior impegno profuso all'interno del sistema sanitario nella cura del paziente, nella disponibilità verso il pubblico e nel trattamento del personale, consenta nel tempo di migliorare l'intero sistema sanitario e renderlo più reattivo ai bisogni di salute.³²⁶

A tal fine si effettuano delle indagini conoscitive estremamente ampie per poi ricavarne gli indici di riferimento che, per il punto 3, "*Staff opinion survey: health, safety and incidents*" riguardano: l'infortunio sul lavoro e la malattia, la violenza fisica, le molestie, il *mobbing* e gli abusi; per il punto 4, "*Staff opinion survey: human resource management*" concernono: le valutazioni del personale, i piani di sviluppo personale, l'accesso alla formazione e il lavoro in *team*; per il punto 5, "*Staff opinion survey: staff attitudes*" attengono alla soddisfazione sul lavoro e all'intenzione di abbandonare il posto di lavoro.

³²⁶ "*The NHS will be transformed through better engagement with patients, the public and staff. By regularly seeking out and acting on local staff feedback, the NHS will create patient responsive services.*" HEALTH CARE COMMISSION, *Performance Indicators for the performance rating 2004-2005*, 2005, pag. 39, consultabile sul sito www.performance.indicators@healthcarecommission.org.uk

L'ultimo punto *“workforce indicator”* riguarda tre indicatori: il miglioramento della qualità della vita lavorativa confrontato con i livelli più alti, il tasso di assenza per malattia e le ore di formazione dei giovani medici secondo uno *standard* definito.

L'insieme di questi indici, distinto per voce, viene utilizzato per comporre il *rating* da attribuire alla singola struttura.

Il quadrante Clinico dà visione della qualità delle prestazioni erogate nelle principali patologie e nelle più comuni cause di morte. E' interessante analizzarne la composizione per meglio sottolineare gli obiettivi perseguiti dal sistema sanitario. I 10 punti in cui si articola potrebbero essere raggruppati in 4 macro categorie: l'adeguata cura dei bambini e la protezione dell'infanzia, il *clinical risk management*, la partecipazione dei professionisti alla stesura di un *framework* nazionale di assistenza e cura e il loro adeguamento.

Tab. 4.3: Rappresentazione della BSC Quadrante Qualità Clinica 2004 – 2005

Clinical focus	
1	Child protection
2	Clinical risk management
3	Composite of participation in audits
4	Deaths following a heart bypass operation
5	Deaths following selected non-elective surgical procedures
6	Emergency readmission following discharge (adults)
7	Emergency readmission following discharge for a fractured hip
8	Indicator on stroke care
9	MRSA (<i>Methicillin-resistant Staphylococcus aureus</i>)
10	Thrombolysis - composite of 60 minute call to needle time and 30 minute door to needle time

Fonte: ns elaborazione tratta dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>

La *“Child protection is a highly emotive subject, evoking strong feelings in all of us. In order to provide the most effective support and help for vulnerable children, young people and their families, all staff managing services and involved in working directly with*

*children and young people need to be able to acknowledge their feelings and examine their values and beliefs*³²⁷. L'impegno del NHS non è solo la cura, ma anche l'attenzione alle vicende personali a cui i bambini possono essere soggetti diventando vittime di crudeltà disumane.³²⁸

Il secondo punto riguarda il rischio clinico, ossia la negligenza del personale nell'erogazione delle prestazioni, focalizzandosi sulla *compliance* agli *standard* definiti per la struttura in ambito materno infantile e nel complesso dell'attività prestata.

Il terzo punto richiama l'impegno dei professionisti ad adeguare le cure e i percorsi di assistenza e terapia, definiti a livello nazionale, alle prestazioni erogate nella struttura garantendone la qualità e la tempestività.

Gli ultimi sette punti riguardano le principali cause di morte, di invalidità e di infezione. Nei punti 4 e 5 si analizzano i casi di decessi per interventi di *bypass* o per interventi non programmati che avvengono nell'arco dei primi 30 giorni, in quanto una ricerca nazionale condotta da NCEPOD (*National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death*) ha messo in luce che la responsabilità di molti di questi decessi è da attribuire a carenze sanitarie.³²⁹

³²⁷ HEALTH CARE COMMISSION, *Performance Indicators for the performance rating 2004-2005*, 2005, pag. 18, consultabile sul sito www.performance.indicators@healthcarecommission.org.uk

³²⁸ In tal senso Lord Laming, direttore dei servizi sociali, affermò che la morte di Victoria Cliembiè è da attribuire, in parte, all'indifferenza del sistema sanitario nazionale, la cui organizzazione interna non ha avvertito i soggetti preposti del possibile disagio vissuto dalla piccola. HEALTH CARE COMMISSION, *Performance Indicators for the performance rating 2004-2005*, 2005, pag. 18, consultabile sul sito www.performance.indicators@healthcarecommission.org.uk

³²⁹ Informazione riportata in HEALTH CARE COMMISSION, *Performance Indicators for the performance rating 2004-2005*, 2005, pag.22, consultabile sul sito www.performance.indicators@healthcarecommission.org.uk

Una ricerca, condotta dalla *Health Care Commission*, ha dimostrato che il 9% di soggetti dimessi con età superiore ai 16 anni viene riammessa nei 28 giorni successivi alle dimissioni. Le strutture sono incentivate ad adeguare le cure alle esigenze del malato e ad evitare le riammissioni quando una migliore assistenza può rappresentarne la soluzione così come definito nei punti 6 e 7.³³⁰

L'*ictus* è una delle cause principali di morte e di disabilità dei soggetti anziani, che diventano bisognosi di cure e assistenza ed incide fortemente sulla qualità della vita degli individui e delle loro famiglie. *Stroke Unit Trialists' Collaboration* (SUTC) ha prodotto una ricerca nel 2003, dimostrando come la cura nelle strutture specializzate consenta il raggiungimento di consistenti miglioramenti nell'*outcome*, espresso in minori decessi, in minori problemi di riabilitazione e in una più alta percentuale di ritorno ad una vita normale.

Il punto 8 "*indicator on stroke care*" è collegato alla formulazione di un *rating* che proviene dalla media non ponderata di 11 indici tra cui: sottoporre il soggetto a *screening* per disturbi della deglutizione entro 24 ore dal ricovero; effettuare una Tac (Tomografia Assiale Computerizzata) del cervello entro le prime 24 ore dall'*ictus*; esaminare il paziente da parte di un terapeuta entro i primi 7 giorni del ricovero.

Il punto 9 riguarda le infezioni per MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* – *Stafilococco Aureus*) che sono le più comuni e possono avere conseguenze molto gravi. Tali infezioni si possono evitare con la pulizia degli strumenti utilizzati e degli ambienti in cui è ricoverato il paziente con disinfettanti adeguati, tra cui l'alcol.

³³⁰ Informazione riportata in HEALTH CARE COMMISSION, *Performance Indicators for the performance rating 2004-2005*, 2005, pag.26, consultabile sul sito www.performance.indicators@healthcarecommission.org.uk

Secondo le indicazioni formulate dalla *National Service Framework* (NSF), il punto 10 prevede che le persone che soffrono di attacchi di cuore debbano ricevere la terapia trombolitica entro 60 minuti dalla chiamata ed entro i 30 minuti dall'arrivo in ospedale.

Tab. 4.4: Rappresentazione della BSC Quadrante Paziente 2004 – 2005

Patient focus	
1	A&E emergency admission waits (four hours)
2	Better hospital food
3	Breast cancer: one month diagnosis to treatment
4	Breast cancer: two month GP urgent referral to treatment
5	Cancelled operations
6	Delayed transfers of care
7	Outpatient and A&E patient surveys: access and waiting
8	Outpatient and A&E patient surveys: better information, more choice
9	Outpatient and A&E patient surveys: building closer relationships
10	Outpatient and A&E patient surveys: clean, comfortable, friendly place to be
11	Outpatient and A&E patient surveys: safe, high quality, coordinated care
12	Patient complaints
13	Patients waiting longer than standard (3 months) for revascularisation
14	Six month inpatient waits
15	Thirteen week outpatient waits
16	Waiting times for rapid access chest pain clinic (2 weeks)

Fonte: ns elaborazione tratta dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>

L'ultimo quadrante, tab.4.4, riguarda il paziente, ricomprende aspetti di natura generale e collegati all'efficienza organizzativa della struttura (punti 1, 2, 5, 6, 12), come il tempo di attesa al pronto soccorso, la qualità del cibo, la cancellazione di operazioni o i ritardi nella prestazione delle cure, i reclami; ma anche mette in luce il punto di vista dei pazienti (punti 7, 8, 9, 10, 11) sulla struttura sanitaria, sulla qualità percepita delle prestazioni, sulla disponibilità del personale, sulla pulizia e i tempi di attesa e introduce dei vincoli temporali più stringenti nel caso di alcune patologie (punti 3, 4, 13, 16) e indica limiti temporali massimi per i casi residuali (punti 14,15).

Nel quadrante paziente particolarmente interessanti sono i punti 3, 4, 13, 16 che stabiliscono tempi più stringenti rispetto a quelli *standard* in relazione a particolari patologie.

Per i tumori al seno, i tempi stabiliti dal punto 2 “*All cancers: two week wait*” dei *key indicators* è ulteriormente compresso perché ne richiede l’inizio dei trattamenti nell’arco del primo mese dalla diagnosi (punto 3), e di due mesi dalla data dell’impegnativa del medico di base che sospetta il cancro (punto 4).

Nel punto 16 “*Waiting times for rapid access chest pain clinic*” si specifica che la visita specialista per i soggetti che lamentano, così come riportato dal GP, dolori al petto deve avvenire nell’arco delle 2 settimane per evitare eventuali cause d’infarto.

Si è verificato che la rivascolarizzazione, nel caso di restringimento coronarico, riduce sensibilmente il rischio di morte e allevia notevolmente il disagio del paziente, pertanto al punto 13 se ne richiede l’intervento nell’arco dei tre mesi.

L’obiettivo di attesa non superiore a sei mesi o alle 13 settimane dall’impegnativa del medico di base (punti 14 e 15) sono da considerarsi come limite massimo per quelle prestazioni residuali in cui il sistema sanitario non ha concordato diversi *standard*.

Gli indicatori vengono estrapolati annualmente e sono oggetto di una elaborazione complessiva che ne determina, secondo criteri stabiliti ad inizio anno, l’assegnazione del *rating*.

Il *rating* è la risultante della corrispondenza degli obiettivi stabiliti dai *Key indicators* scelti dal Governo e della valutazione complessiva per quadrante degli indicatori della *balanced scorecard* a cui viene assegnato uno *score*. A ciascuna struttura aziendale corrisponde un *rating* complessivo, che va da tre stelle a zero stelle.

Per ogni *trust* si può esplorare il dettaglio per singolo indicatore a cui viene attribuito uno score che va da 1 a 5, tab. 4.5 per la *balanced scorecard* e una valutazione (*achieved, not achieved, significantly not achieved*) per i *Key Indicators*.

Tab. 4.5: Tabella di score per indicatore

Legenda	Score
Poor	1
Medium	2
	3
	4
Good	5

Fonte: ns elaborazione dei dati provenienti dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Reports>

La scala di determinazione della valutazione assegnata è diversa tra i *key indicators* e gli indicatori di *performance* della *balanced scorecard*.

Nello sviluppo dei *Key indicators* la scala comprende quattro dimensioni (*pass, borderline, moderate fail, fail*), mentre per gli obiettivi individuati nella *balanced scorecard* si riducono le categorie di una dimensione e si distinguono in: *high, medium, low*.

Avendo i *Key indicators* una scala con un numero maggiore di suddivisioni rispetto al numero di stelle individuato nel *rating*, i trusts con due stelle di *rating* possono essere collocati sia nella categoria *borderline*, sia in quella *pass*, creando una sovrapposizione e una zona grigia.

Come rappresentato dalla tab. 4.6, nel 2005 delle 153 strutture di *Acute Trust* il 61% si sono collocate nella categoria “*pass*” rispettando sette degli otto obiettivi definiti dal Governo come *Key indicators*. L’obiettivo più ostico da raggiungere è stato “*Total time in A&E: four hours or less*”.

Il 19% degli *Acute Trust* si è collocato nella classe “*borderline*”, ossia le strutture non sono riuscite a raggiungere due obiettivi previsti oppure si sono scostate significativamente dal raggiungerne uno. Gli obiettivi più difficili da rispettare sono stati il punto 8, precedentemente citato, e l’obiettivo al punto 4, “*financial management*”.

Il 15% degli *Acute Trusts* è stato assegnato alla categoria “*moderate fail*”, costituita da quella fascia di organizzazioni tra la “*borderline*” e il “*fail*” che solitamente hanno avuto problemi nel rispettare gli *standard* stabiliti per i punti 8, 4, già menzionati, e il punto 3, “*Elective patients waiting longer than the standard*”.

Il 5%, corrispondente a 7 strutture, ha fatto parte della categoria “*fail*” che comprende le strutture che hanno raggiunto solo cinque obiettivi su otto.

Tab. 4.6: Risultati dei Key Indicators 2004 – 2005

	Key Targets	
	Number	%
Pass	94	61%
Borderline	29	19%
Moderate fail	23	15%
Fail	7	5%
Total	153	100%

Fonte: ns elaborazione dei dati provenienti dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Reports>

Come mostra la tab. 4.7, alla categoria “*high*” appartengono nell’area clinica il 65% dei *trusts*, nell’area paziente il 55% e nell’area capacità e funzionalità il 58%. Solo 39 strutture su 153 (25,5%) hanno ottenuto il massimo punteggio in tutte e tre le dimensioni di analisi.

La prospettiva paziente e la prospettiva capacità e funzionalità è quella più legata all’organizzazione della struttura, alla qualità percepita dal paziente e alla qualità di lavoro del personale, ma non sempre ad essa corrisponde il valore più alto di qualità clinica. Infatti su 57 *trusts* con “*high*” nell’area paziente e capacità e funzionalità 18 unità (31,5%) non appartengono alla categoria “*high*” anche nell’area clinica.

Viceversa con l’area clinica “*high*” corrispondono il 31% di strutture che appartengono alle fasce *low* e *medium* nelle altre due aree. Questo può far riflettere sul collegamento tra qualità di lavoro - qualità percepita che è abbastanza alto e diretto. Mentre il rapporto tra qualità oggettiva e quella percepita del cliente ha uno scostamento di oltre il 30%.

Una possibile chiave di lettura potrebbe essere che la tensione al raggiungimento degli obiettivi clinici, produce minor tempo dedicato alla formazione del personale, maggior *stress* per i ritmi accelerati di lavoro e minor attenzione ai dettagli colti dal paziente.

A 20 strutture (13%) corrisponde un'area clinica "low" che per il 25% dei casi appartengono alla categoria "high" nelle altre aree.

Tab. 4.7: Risultati della BSC 2004 – 2005

Focus	BSC					
	Clinical	%	Patient	%	Capacity & Capability	%
High	91	59%	87	57%	83	54%
Medium	42	27%	42	27%	46	30%
Low	20	13%	24	16%	24	16%
Total	153		153		153	

Fonte: ns elaborazione dei dati provenienti dal sito <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Reports>

4.5 I report attuali della Care Quality Commission

Come già accennato con l'avvento del partito conservatore al governo, l'impostazione e la pubblicità dei dati riferiti alle valutazioni delle strutture è cambiata, prediligendo dei *report* più sintetici e più qualitativi.

Questi documenti di presentazione ed esame del sistema sanitario hanno differito dai precedenti, elaborati fino al 2005 dalla *Health Care Commission*, anche per una mancanza di dettaglio analitico accessibile ai fruitori esterni (cittadini, ecc.), relativa sia agli indicatori utilizzati per le valutazioni sia al *rating* assegnato ad ogni singola struttura.

Per completezza di argomentazione si espone una breve sintesi della situazione del sistema sanitario inglese, riferita all'ultimo *report* reso disponibile anno 2011-2012, al fine di presentare la condizione odierna e di motivare pienamente la scelta effettuata nel concentrare l'analisi, svolta precedentemente, sugli indicatori disponibili nel 2005.

Il *report* (anno 2011-2012) che la *Care Quality Commission* ha presentato al Parlamento, si basa su evidenze tratte da ispezioni dell'agenzia e sulle esperienze personali dei servizi sanitari raccolte dai cittadini e su dati statistici³³¹.

Il *report* in oggetto si compone di due sessioni: “*shape of the health and social care sector*” e “*quality and safety of health and social care*” perseguendo l'obiettivo di investigare e accertare la qualità delle prestazioni sanitarie, di garantire che i servizi sanitari siano incentrati sui bisogni della popolazione e di tendere verso il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.³³²

A seguito dell'emanazione del *Health and Social Care Act* del 2008, entrata in vigore nel 2010, si sono formulati nuovi *standard* nazionali sulla qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie e sociali. Il primo *report* che recepisce questi nuovi *standard* è proprio quello del 2011-2012 in oggetto di trattazione, che prevede valutazioni sull'intero sistema sanitario ed ispezioni a tema.

Entrando nel merito, la *Care Quality Commission* ha effettuato, tra il 2010 e il 2012, ispezioni su 288 strutture del sistema sanitario, 1.433 dentisti e 11.749 strutture indipendenti al sistema sanitario con una conformità rispetto agli *standard* nazionali pari al 73% delle strutture³³³. A questa attività si è aggiunta la realizzazione di ispezioni su temi specifici, di seguito elencati:

1. la verifica del rispetto agli *standard* sulle condizioni di dignità di trattamento, da cui è emerso, con 350 ispezioni, che il 90% delle strutture ha rispettato gli

³³¹ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 6, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³³² CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 1, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³³³ CARE QUALITY COMMISSION, consultabile sul sito www.cqc.org.uk

standard. Le carenze riguardavano principalmente il rispetto delle norme sulla *privacy* e il rapporto troppo confidenziale tra il personale sanitario e i pazienti.³³⁴

2. la verifica del rispetto agli *standard* sulle condizioni della nutrizione degli anziani, con 258 ispezioni, hanno rilevato che l'85% delle strutture ospedaliere è stato *complice* agli *standard*.³³⁵ Le criticità principali hanno riguardato la corretta nutrizione in relazione alle condizioni di salute del paziente e la mancanza di adeguata nutrizione assistita.³³⁶
3. la verifica agli *standard* sui servizi erogati ai soggetti con malattie mentali e disabilità di apprendimento, hanno messo in luce che il 49%, delle organizzazioni private e indipendenti dal sistema sanitario, e il 71% delle strutture interne al sistema sanitario hanno rispettato gli *standard*.³³⁷ Le aree di miglioramento hanno riguardato i tempi di assistenza dei pazienti troppo lunghi rispetto agli *standard* e la mancanza di una programmazione e identificazione tempestiva della cura appropriata a cui sottoporre i soggetti.

338

³³⁴ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 8, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³³⁵ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 8, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³³⁶ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 8, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³³⁷ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 8, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³³⁸ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 9, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

4. la verifica del rispetto agli *standard* sulle condizioni di competenza e aggiornamento della professionalità del comparto sanitario hanno mostrato una rispondenza agli *standard* nel momento dell'assunzione, ma una carenza di aggiornamento aggravata da un sottodimensionamento del personale a cui si richiedono competenze troppo ampie e mansioni molto diversificate.³³⁹

4.6 Le criticità del NHS

Numerosi studi³⁴⁰ empirici recenti hanno dimostrato che i sistemi di misurazione delle *performance* a livello statale e locale introdotti negli USA e adottati in UK, in Nuova Zelanda e in Australia non hanno pienamente raggiunto i risultati progettati. *“Significant improvements in performance and results – based accountability have not been fully achieved, and research is still needed to identify the key determinants of successful design, implementation, and use of performance measurement system.”*³⁴¹

E' essenziale, pertanto, analizzare quali siano le determinanti principali che ne influenzano il pieno successo andando ad esaminare il NHS e i punti di debolezza che i diversi studi hanno fatto emergere.

Come ogni altro strumento del controllo direzionale anche la *balanced scorecard*, con la sua estrema complessità e ampiezza di obiettivi perseguiti, necessita di una

³³⁹ CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012*, pag. 9, consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports

³⁴⁰ A tal proposito si richiamano gli studi formulati da BREUL J., D., KAMENSKY J., M., *Federal Government Reform: Lesson from Clinton's "Reinventing Government" and Bush's "Management Agenda Initiatives"*, *Public Administration Review* 68(6):1009-26, 2008 e ancora le ricerche di MOYNIHAN D., *Managing for results in State Government: evaluating a decade for reform*, *Public Administration Review* 66(1):77-89, 2006

³⁴¹ MICHELI P., NEELY A., *Performance Measurement in Public Sector in England: Searching for the Golden Thread*, *Public Administration Review* Jul. – Aug., 2010, pag.591

progettazione e implementazione confacente alle caratteristiche proprie del sistema in cui opera e alla struttura aziendale in cui viene adottata.

Ciò significa che le considerazioni che verranno formulate in questo paragrafo possono essere solo in parte trasposte in altri sistemi sanitari nazionali, tra cui quello italiano che ha tipicità proprie.

I punti di debolezza emersi nel NHS concernono:

1. le connessioni e le relazioni tra i diversi soggetti del servizio sanitario;
2. l'identificazione nella BSC (*Balanced ScoreCard*) di *key measures* e *key indicators* non sempre coerenti.
3. la scelta degli indicatori e la mancanza di indagine delle relazioni causa ed effetto esistenti tra gli stessi.
4. il sistema di indicatori, colpendo un'area limitata di controllo, crea una distorsione degli elementi di giudizio, (focalizzandosi su una partizione del tutto). A questo tema si aggiunge il fenomeno del “*gaming*” tra agente e principale che distorce ancor più la rappresentazione veritiera.
5. l'affidabilità dei dati riportati ed utilizzati per gli indicatori.
6. la scelta di indicatori irraggiungibili perché sono il prodotto di lunghi anni di prevenzione e di politiche adeguate e di indicatori fuori dal controllo delle strutture ospedaliere e in genere sanitarie.

Le relazioni e le connessioni tra i soggetti del sistema sanitario afferiscono, non al contenuto e al ruolo ad essi assegnato, ma alla priorità riconosciuta agli obiettivi da essi presentati. Il NHS segue il principio del decentramento del potere e del *budget* per garantire che il bisogno di salute espresso a livello locale ne trovi una coerente ed adeguata soddisfazione.

La progettazione degli indicatori di *performance*, così come elaborati, crea un'inversione nella struttura gerarchica. Ossia poiché la conseguenza del perseguimento del risultato è il raggiungimento del finanziamento, gli obiettivi stabiliti a livello di *Department of Health (Key measures)* e quelli previsti dalla *Care Quality Commission* diventano le priorità da perseguire a prescindere dalla struttura sanitaria locale o dalle esigenze emerse dalla popolazione locale. Quindi una logica decentrata viene snaturata, tramite il *payment by results*, in una logica accentrata.³⁴²

*“..Despite substantial resources employed and emphasis put on the “delivery chain” by central government – in terms of financial rewards, reputation and autonomy for local organization – there was no coherent and clear set of priorities for the English public services, which align with a “golden thread” running from central government to local delivery organization.”*³⁴³

Una questione di riconoscimento di ruoli emerge anche dal confronto e dall'analisi dei documenti predisposti dal *Department of Health* e dalla *Care Quality Commission*. *“The comparison of the Department of Health and Healthcare Commission documents emphasizes a substantial degree of incongruence and, certainly, an insufficient explicit linkage between the two.”*³⁴⁴

³⁴² *“In England, ... It is interesting to note that, notwithstanding the substantial investment of resources and emphasis placed on such system, this performance measurement regime failed to establish a pervasive and consistent approach that could link the different elements of the “delivery chain”.* MICHELI P., NEELY A., *Performance Measurement in Public Sector in England: Searching for the Golden Thread*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2010, pag.592

³⁴³ MICHELI P., NEELY A., *Performance Measurement in Public Sector in England: Searching for the Golden Thread*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2010, pag.598

³⁴⁴ *“..the system consisted of key targets and BSC indicators ..were by no means related. This contradicts the general assumption in the performance measurement literature that targets and indicators should be clearly connected. ..Confusion resulted over what was considered a target and what was considered an indicators.”* MICHELI P., NEELY A., *Performance Measurement in Public Sector in England: Searching for the Golden Thread*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2010, pag.594

In merito al punto 2, si è notato come talvolta i *key targets* proposti dalla *Health Care Commission* non sono connessi con i *balanced scorecard indicators* ad essi collegati, emerge una certa confusione in ciò che è considerato *target* e in ciò che è considerato indicatore.³⁴⁵ Appare anche evidente che i *key targets* e i loro indicatori spesso si riferiscono a differenti temi.

Persino nei temi che hanno comunanza (es. *inpatient / outpatient waiting and staff survey*) sono estratti da *database* differenti con tempi diversi. Tutto ciò genera un insieme eterogeneo di dati non sempre coerenti e di facile interpretazione unitaria.

Un terzo aspetto importante e sottolineato da più autori³⁴⁶ è studiare le relazioni esistenti tra gli indicatori. Questo permette di eliminare i casi ridondanti, e quindi onerosi e superflui, e di valutare correttamente le relazioni causa - effetto che intercorrono tra gli stessi per facilitare il raggiungimento del *target* principale assegnando una scala di priorità agli altri obiettivi.

Come ha posto in luce una ricerca³⁴⁷ condotta sugli indicatori di *performance* in uso nel 2002 nel NHS tramite il modello del *Casual Loop Diagram*³⁴⁸, l'indicatore riguardante "*Emergency readmission following discharge*" è quello con maggiori relazioni con gli altri indicatori analizzati e il suo miglioramento produce un effetto dissonante e contrario con l'indicatore "*Delayed transfers of care*" che riguarda il trasferimento del paziente ad altre strutture preposte nel territorio.

³⁴⁵ MICHELI P., NEELY A., *Performance Measurement in Public Sector in England: Searching for the Golden Thread*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2010, pag.594

³⁴⁶ "...the relevance of the balanced scorecard developed, and the processes used in developing it, should be tested rather than assumed". PANTEL B., CHAUSSALET T., MILLARD P., *Balancing the NHS balanced scorecard!*, European Journal of Operational Research 185 905–914, 2008, pag.907

³⁴⁷ PANTEL B., CHAUSSALET T., MILLARD P., *Balancing the NHS balanced scorecard!*, European Journal of Operational Research 185 905–914, 2008, pag.913

³⁴⁸ E' un sistema dinamico e matematico che indaga le relazioni tra gli elementi andando ad evidenziarne il rapporto di causa ed effetto

La spiegazione logica è molto semplice, ridurre i tempi di trasferimento ad altre organizzazioni sanitarie produce una riduzione media dei tempi di degenza, ma incrementa il rischio che le strutture sul territorio non siano in grado di prestare l'adeguata assistenza al paziente, aggravando la condizione generale del soggetto che, dopo breve tempo, si trova costretto a rivolgersi nuovamente all'ospedale, aumentando il tasso di riammissione.

La scelta degli indicatori è un'attività complessa e articolata. Molti indicatori non danno delle risposte univoche, ma offrono delle tracce che sollevano ulteriori spunti di approfondimento ampliando il campo di analisi, ovvero sono *"tin openers rather than dials: by opening up a can of worms they do not give answers but prompt investigation and inquiry, and by themselves provide an incomplete and inaccurate picture"*³⁴⁹.

Il quarto punto attiene al meccanismo che si sviluppa quando si introduce un sistema di controllo e di incentivo su soggetti con ampia discrezionalità e su campi di attività complessa ed estesa.

Il set di indicatori prescelto è comunque limitato. La sua introduzione produce effetto sul comportamento dei controllati e ha come conseguenza il verificarsi di due situazioni.

La prima attiene al fatto che la rappresentazione del set degli indicatori sia troppo limitata e non dia evidenza di criticità importanti, ossia che la parte non sia rappresentativa del tutto. In tal caso il problema è il paniere di indicatori prescelti.

La seconda riguarda i possibili meccanismi di *"gaming"* tra gli agenti, ovvero i soggetti controllati agiscono per raggiungere gli obiettivi stabiliti. *"Any observed statistical regularity will tend to collapse once pressure is placed on it for control purposes"*³⁵⁰ perché

³⁴⁹ CARTER, N., KLEIN R., DAY P., *How Organizations Measure Success. The Use of Performance Indicators in Government*, Routledge, 1995, pag.49

³⁵⁰ GOODHART, C. A. E., *Monetary Theory and Practice. The UK Experience*. Macmillan, 1984, pag.94

gli attori cambieranno il loro comportamento quando i dati che essi producono saranno usati per controllarli.

Il creare un meccanismo di minor remunerazione verso i soggetti che non raggiungono gli obiettivi può generare un atteggiamento perverso di investire le risorse aziendali sull'area controllata pregiudicando i livelli buoni di assistenza in altri campi non oggetto di controllo. Inoltre il set degli obiettivi, essendo limitato, può favorire strutture mediocri, ma vicine al *target* stabilito e penalizzare realtà migliori, ma che hanno delle criticità da migliorare.

*“Such effects can unintentionally penalize agents with exceptionally good performance but with a few failures, while rewarding those with mediocre performance crowded near the target range”.*³⁵¹

Ossia diventa involontariamente un sistema che tende ad uniformare, ma in quanto statico e limitato, non tende al miglioramento continuo.

La situazione peggiora, quando l'attore intenzionalmente opera per nascondere i dati veritieri ed ingannare il principale per ottenere egualmente i finanziamenti desiderati.

*“In the English NHS, ‘hard looks’ to detect gaming in reported performance data were at best limited. Central monitoring units did mount some statistical checks on completeness and consistency of reported data, but evidence of gaming was largely serendipitous and haphazard, emerging from particular inquiry reports or anecdotal sources”.*³⁵²

Non è pertanto calcolabile facilmente l'attività distorsiva prodotta sui dati sebbene gli organismi di controllo abbiano cercato di limitarne gli effetti.

³⁵¹ BEVAN G., HOOD C., *Evaluating What's measured is what matters: targets and gaming in the English Public Health Care System*, Journal Public Administration Vol. 84, No. 3, (517–538), 2006, pag.521

³⁵² BEVAN G., HOOD C., *Evaluating What's measured is what matters: targets and gaming in the English Public Health Care System*, Journal Public Administration Vol. 84, No. 3, (517–538), 2006, pag.530

In merito al quinto punto attinente alla veridicità dei dati utilizzati per calcolare gli indicatori è emerso che *“some confidence is that the reported performance data are far from problem free. Certainly, such data did not seem to command widespread confidence among the public and the media.”*³⁵³ Un sondaggio realizzato nel 2005 ha dimostrato che solo il 37 % degli intervistati ritiene che le statistiche formulate dal Governo sugli indicatori di *performance* siano accurate e congrue con la condizione reale del sistema sanitario.

Due studi hanno provato come vi sia circa il 30% di differenza nei tempi di attesa del pronto soccorso ufficiali (da indicatori) e quelli derivanti da un sondaggio condotto sui pazienti.

Inoltre la *National Audit Office* nel 2001 ha dato evidenza che 9 organizzazioni avevano “aggiustato” i tempi di attesa secondo lo *standard*.

Nel 2002 *Audit Commission* ha verificato la presenza di almeno un indicatore conteggiato erroneamente in quasi metà delle 41 organizzazioni analizzate e in media tre indicatori erano volutamente inesatti.

Tutto questo ha confermato come sia necessario anche nell'uso degli indicatori verificarne l'attendibilità, separando il soggetto che li formula e detiene le informazioni di base, dall'organizzazione direttamente interessata. *“..we cannot dismiss the possibility there may have been a substantial disparity between reported and actual performance in cases in which target regimes rested on data reported by the organizations that were subject to those regimes.”*³⁵⁴

Il sesto punto concerne la scelta di indicatori che sono pressoché irraggiungibili oppure non soggetti al controllo dell'azienda sanitaria nel breve periodo. Se un sistema di

³⁵³ HOOD C., *Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services* , Public Administration Review Jul. – Aug., 2006, pag.517

³⁵⁴ HOOD C., *Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services* , Public Administration Review Jul. – Aug., 2006, pag.517

indicatori di *performance* non è progettato in modo che, il paniere di indicatori sia sotto il controllo del *management* dell'organizzazione sanitaria, perderà di significato e non si avranno i miglioramenti auspicati.³⁵⁵

Un esempio è la riduzione dei casi di cancro ai polmoni, che, come indicatore rispetta il requisito di facilità e correttezza nell'estrazione dei dati, importanza sociale e rilevanza sanitario nazionale; deficiata, però, dall'essere un indicatore controllabile nel breve periodo dal singolo *trusts* e richiede lo sviluppo di una politica sociale e di prevenzione condotta da almeno un decennio.³⁵⁶

Altro aspetto che inficia la scelta degli indicatori è la mancanza di una corretta ed adeguata standardizzazione³⁵⁷, ossia l'uso su tutto il territorio dei medesimi indicatori collegati con uno *standard* di riferimento, risponde al requisito di equità, ma non coglie le specificità della popolazione e la maggior probabilità che una determinata patologia si sviluppi. Ad esempio il tasso di mortalità dovrebbe essere interpretato e pesato in relazione alle cause che lo determinano e all'incidenza all'interno della popolazione di riferimento, altrimenti il dato può essere fuorviante della qualità effettiva della prestazione sanitaria.

³⁵⁵ “ A basic tenet of effective performance management is that decision-makers should be held responsible only for aspects of performance over which they have control. If indicators that cannot be influenced by management action are chosen, then performance assessment processes will not lead to performance improvement.” JACOBS R., MARTIN S., GODDARD M., GRAVELLE H., SMITH P.,C., *Exploring the determinants of NHS performance ratings: lessons for performance assessment systems*, PJ Health Serv Res Policy Vol 11 No 4 October 2006, pag.211

³⁵⁶ “..targets that were virtually unmissable, as in the case of a long-term cancer-reduction target that was almost certain to be met as a result of decisions to quit smoking that had been made as part of a social trend that had begun a decade or more earlier”. HOOD C., *Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2006, pag.518

³⁵⁷ BASU A., HOWELL R., GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 4 pp. 436 - 449, 2010, pag.439

4.7 Le tendenze e gli sviluppi internazionali

Il sistema di misurazione delle *performance* su NHS ha ormai maturato un'esperienza decennale e ciò consente di esaminare in maniera critica la situazione che si è creata e valutare con basi scientifiche oggettive i risultati ottenuti.

Come presentato nel paragrafo precedente, i punti di debolezza del sistema sono ancora molti, ma altrettanto importanti sono stati i risultati raggiunti, in considerazione dell'ampiezza del campo di analisi e della complessità dell'attività esaminata.

A livello internazionale la tendenza è sempre più quella di favorire i sistemi di misurazione e di confrontare la qualità delle prestazioni sanitarie tra i diversi Paesi.

Il primo esempio si ebbe nel 2000 quando WHO (*World Health Organization*) ha stilato una classifica dei sistemi sanitari di 191 Stati, utilizzando cinque indicatori composti che si basavano sulla aspettativa di vita media della popolazione, sulla percentuale di invalidità permanente, sull'equità del sistema sanitario, sulla tipologia di finanziamento e le risorse poste a disposizione per abitante, e sulla sensibilità e reattività di risposta del sistema sanitario.

Tale *report* accese un forte dibattito sulla comparabilità delle informazioni e la metodologia utilizzata. Il problema principale era riuscire a separare ed enucleare le variabili direttamente connesse con il sistema sanitario. *"Dilemmas at the conceptual level relate to the need for a valid performance measurement system that separates*

*determinants of health that lie outside the health system from those that are attributable to the delivery of health care*³⁵⁸.

Secondo questo *report*, presentato nel 2000, il miglior sistema sanitario era quello francese. L'Italia deteneva la seconda posizione e il Regno Unito era classificato diciottesimo. Sicuramente aspetti connessi con lo stile di vita, l'alimentazione, la posizione geografica incidono fortemente sullo stato di salute della popolazione, ma all'interno di un'area ristretta come quella continentale, con una comunanza culturale molto forte come in Europa, sono dei fattori molto attenuati.

Tutto ciò scosse l'opinione pubblica e 23 Stati decisero di aderire a un progetto promosso dall'OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*) di verifica della qualità del loro sistema sanitario individuando, di comune accordo, un *set* di indicatori rappresentativi dell'assistenza sanitaria. Tale paniere di indicatori fu focalizzato su specifiche patologie come il cancro, il diabete, le malattie cardiache, che vennero analizzate tramite la scelta di indicatori che ne mettessero in evidenza l'efficacia della prestazione e la centralità del soddisfacimento del bisogno di salute del paziente in quanto a cure, prevenzione e assistenza domiciliare.

Nel 2006 il progetto terminò con la pubblicazione del *HCQI Project Initial Indicators Report* e *HCQI Project Conceptual Framework*, offrendo dei criteri base per l'individuazione degli indicatori, che possono essere estesi a qualsiasi sistema sanitario nazionale (tab. 4.8).

Il primo aspetto concerne le caratteristiche proprie degli indicatori: l'importanza dell'informazione (rilevanza), la ragionevolezza scientifica, la fattibilità di estrazione dei dati e l'attendibilità dei dati che vengono utilizzati per produrlo³⁵⁹.

³⁵⁸ KELLY E., ARISPE I., HOLMES J., *Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report*, International Journal for Quality in Health Care; Sept., 2006, pag. 45

Il secondo attiene alla necessità di creare un *set* contenuto e rilevante di indicatori, che può essere mutato nel tempo ma deve tendere alla completezza e continuità del dato.

A tal proposito interessante è risultata la proposta della *National Healthcare Quality Report (NHQR)* statunitense che affiancò a un numero ridotto di indicatori *core* un più corposo insieme di indicatori *non core* (in totale 147) la cui presenza consente di monitorare nel complesso la situazione sanitaria e acquisire lo storico necessario ad apprezzare i miglioramenti ottenuti anche in ambiti *non core*, ma comunque importanti per il sistema sanitario.

Il terzo elemento è concentrare l'attenzione sulla qualità del servizio prestato, richiedendo la collaborazione di esperti del settore nella formulazione degli indicatori e nella loro elaborazione.

La premessa, di un buon sistema di misurazione delle *performance*, è la congruenza della metodologia di conteggio del dato e l'oggettività dell'informazione, la cui fonte non deve essere oggetto di distorsione o snaturamento dai soggetti interessati. Ossia creare le basi di un sistema di monitoraggio del dato e di validazione che ne consenta dei *match* di controllo e ne validi l'attendibilità.

³⁵⁹ *“..an indicator set that would be scientifically sound, important at a clinical and policy level, and feasible to generate on a regular basis using standard specifications that result in comparable data”*, KELLY E., ARISPE I., HOLMES J., *Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report*, International Journal for Quality in Health Care; Sept., 2006, pag. 46

Tab. 4.8: Framework degli indicatori del progetto OECD

Characteristic	Item
<i>Condition covered:</i>	Cancer Vaccine preventable diseases / immunizations Asthma Heart disease (AMI/stroke) Waiting time for surgery Risk factors (smoking)
<i>Number of measures:</i>	13
<i>Type of indicators:</i>	Process and outcome
<i>Development of a process:</i>	Technical experts with vetting by ministers of member countries
<i>Development of a framework:</i>	Examined frameworks of participating countries Built on existing international comparisons (Commonwealth and Nordic Ministers Council working group) Built on US Institute of Medicine framework
<i>Primary criteria for selecting measures:</i>	Importance of the indicator Scientific soundness Feasibility to generate data on an ongoing basis

Fonte: ns elaborazione della Table I, KELLY E., ARISPE I., HOLMES J., *Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report*, International Journal for Quality in Health Care; Sept., 2006, pag. 46

In tal senso uno sforzo ulteriore è stato compiuto dalla NHQR statunitense che ha selezionato gli indicatori non solo avendo riguardo all'importanza, ragionevolezza scientifica e fattibilità, ma focalizzandosi anche sulla omogeneità, standardizzazione e attendibilità dei dati base utilizzati per la costruzione dell'indicatore, così come rappresentato nella tab. 4.9.

Tab. 4.9: Criteri di selezione degli indicatori della NHQR

Characteristic	Item
<i>Primary criteria for selecting measures:</i>	Importance/clinical significance/prevalence Data reliable Able to be tracked for multiple groups and at multiple levels/number of comparisons possible Sensitive to change/evidence-based process measures favored over outcomes Easy to interpret and understand/methodological simplicity High utility for directing public policy
<i>Secondary criteria for selecting measures:</i>	Applicable to general population rather than unique to select population Data available regularly/data available recently Data source supports multivariate modeling Linkable to established indicator sets

Fonte: ns elaborazione della Table I, KELLY E., ARISPE I., HOLMES J., *Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report*, International Journal for Quality in Health Care; Sept., 2006, pag. 48

Ogni sistema di misurazione delle *performance*, per rappresentare adeguatamente la realtà, deve essere dinamico, ossia evolversi con il mutare degli obiettivi dell'organizzazione e con il cambiare degli elementi esterni.³⁶⁰ Il sistema di misurazione delle *performance* e gli indicatori, in esso prescelti, devono essere in continuazione aggiornati al variare delle circostanze. E' pertanto essenziale il monitoraggio e la verifica della rilevanza e coerenza delle informazioni raccolte con gli obiettivi che i diversi *stakeholders* si fanno portatori.

L'attività consiste in un processo sistematico di continua verifica della coerenza degli obiettivi con il sistema di misurazione adottato.

³⁶⁰ "It is important that performance measurement systems be dynamic, so that performance measurement remain relevant and continue to reflect the issues of importance to the business", KENNERLY M., NEELY A., *A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems*, International Journal of Operations & Production Management Vol.22, N. 11, 2002, pag. 1222

L'Intelligence Board Dr Foster,³⁶¹ nel report pubblicato nel 2006, ha affermato che *“in face of such a rapidly changing environment, those in charge of governance in the NHS need to monitor operational performance by means of clinical quality and efficiency, including a recommendation to monitor trend values for all indicators.”*³⁶²

La raccomandazione dell'agenzia è stata ampia e significativa perché ha sottolineato come la complessità e la dinamicità del sistema sanitario debba essere affrontata attribuendo maggior importanza alla qualità clinica e all'efficienza del sistema sanitario raggiungibile grazie a una più intensa collaborazione con il comparto medico.

Ha anche sottolineato l'importanza della continuità e della globalità della gestione del sistema sanitario che si poggia sullo studio del *trend*. Ossia, anche in ambito sanitario, una situazione gestionale e organizzativa richiede tempo per essere mutata e per consentire di perseguire gli obiettivi monitorati. La tendenza va anch'essa esaminata, a prescindere dal raggiungimento dell'obiettivo stabilito come *standard*.³⁶³

La scelta di indicatori rappresentativi della qualità clinica delle prestazioni consente di creare un sistema di misurazione più equo, coerente e comune tra tutte le strutture sanitarie.³⁶⁴

³⁶¹ *“We are the leading provider of healthcare information and benchmarking solutions in England – and increasingly, worldwide. We enable healthcare organisations to benchmark and monitor performance against key indicators of quality and efficiency.”* Consultabile sul sito <http://drfosterintelligence.co.uk/>

³⁶² BASU A., HOWELL R., GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 4, 2010, pag. 439

³⁶³ *“It may be argued that managing the performance of the single-value and routine activities would reflect in improved performance of the other complex activities thus leading to an overall improvement of the organisational performance. Perhaps a suitable alternative would be to compare the hospitals' own statistics with those from recent previous years which would reflect an effective process of ongoing improvement. Rewards can then be claimed only if the hospital continues to improve its performance year on year at an agreed fixed rate until it reaches a critical level, at which point any performance improvement would level off”*, BASU A., HOWELL R., GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 4, 2010, pag. 447

³⁶⁴ *“Therefore, one has to make this hospital ranking system as fair as possible. The Intelligent Board (2006) report attempts to address this issue by identifying non-financial clinical performance indicators that may be used to produce a consistent and common performance analysis system for the NHS”*, BASU A., HOWELL R.,

Un aspetto cruciale, per la progettazione di un adeguato sistema di misurazione delle *performance* e per il raggiungimento degli obiettivi che esso stesso tende a perseguire, è la creazione di un ambiente favorevole, di un tessuto politico, sociale e culturale coinvolto e partecipe.

Baker e Denis in una ricerca hanno messo in luce quanto sia rilevante per l'efficacia ed efficienza di un sistema sanitario nazionale la presenza di una collegialità di *leadership*³⁶⁵ ossia l'indirizzare la collegialità medica verso un approccio medico – manageriale.

Le organizzazioni sanitarie non possono basarsi su pochi direttori che hanno elevate competenze professionali a cui affiancano conoscenze manageriali, ma su un esteso e condiviso approccio medico che prevede di affrontare ogni caso in termini clinici e manageriali³⁶⁶.

Solo così gli obiettivi perseguiti a livello aziendale e nazionale potranno trovare un terreno culturale capace di realizzarli senza comprimere la qualità della prestazione. L'obiettivo è tendere ad estendere una visione manageriale senza impoverire quella professionale, anzi rendendo il professionista un interlocutore più abile nel proporre ed esprimere valutazioni sui sistemi di misurazione a cui è soggetto.

GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 4, 2010, pag. 446

³⁶⁵ “*Leadership in health care organizations is widely distributed in the sense that it is de facto not concentrated in the hands of a few managerial and clinical leaders*”, BAKER R., G., DENIS J., *Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership*, Public Money & Management, 31:5, 2011, pag. 358

³⁶⁶ “*An individual doctor’s decision has both clinical and managerial elements. There are signs that management skills will gradually be incorporated into fitness to practice requirements*”, BAKER R., G., DENIS J., *Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership*, Public Money & Management, 31:5, 2011, pag. 360

4.8 La proposta di una framework nazionale

Sulla base delle evidenze scientifiche raccolte e, in parte esposte nel paragrafo precedente, e sulla base delle criticità che numerosi studiosi hanno sollevato in merito al NHS, par. 4.5, si cerca di proporre uno schema di progettazione di un sistema sanitario nazionale, evidenziandone le caratteristiche e i criteri principali. Ad esso si collega un abbozzato meccanismo di incentivazione per PbR (*Payment by Result*), la cui formulazione, sebbene estremamente semplice, risulta essere indispensabile per dare un grado di priorità ai *target* assegnati .

Si parte dall'assunto che:

1. ogni sistema sanitario deve tendere al miglioramento, nel perseguimento dell'efficienza;
2. ogni attore del sistema sanitario deve svolgere i compiti assegnati in merito alla competenza professionale e alla reale conoscenza delle necessità della popolazione, ossia nel rispetto del principio della sussidiarietà e della competenza;
3. il sistema di misurazione delle *performance* deve favorire l'autonomia decisionale aziendale e tendere all'equità.

Il punto di partenza è la definizione delle priorità nazionali che, per il sistema sanitario inglese, sono: "*health improvement, fair access, effective delivery of appropriate healthcare, efficiency, patient/carer experience and health outcomes of NHS care.*"³⁶⁷

Gli attori coinvolti sono gli organismi del sistema sanitario: il Governo, SHA, le organizzazioni distinte per servizio e area (ad esempio *Acute Trust*), ognuno dei quali occupa un ruolo e assolve a dei compiti precisi.

³⁶⁷ BASU A., HOWELL R., GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 4 pp. 436 - 449, 2010, pag.438

L'opinione attualmente prevalente nel NHS (par.4.5), è di allocare risorse e capacità decisionale ai soggetti più vicini al paziente per favorire la competenza e l'efficienza del sistema.

La selezione del paniere degli indicatori, la modalità di conteggio e il controllo dell'attendibilità del dato potrebbero essere assegnati ad un organismo esterno, composto da esperti come è attualmente *Care Quality Commission*. Il set di indicatori dovrebbe rispettare i criteri di: importanza dell'informazione (rilevanza), ragionevolezza scientifica, fattibilità di estrazione dei dati e attendibilità dei dati che vengono utilizzati per produrlo, essere stabile e consentire di inquadrare nel complesso tutti gli ambiti. (Tab. 4.10)

La *Care Quality Commission* potrebbe anche ipotizzare dei tempi medi affinché la gestione, l'organizzazione e la qualità di un servizio sanitario acquisisca il livello atteso centralmente. Per esempio per diminuire i tempi di degenza media di ricovero per una patologia è necessario creare nelle organizzazioni sanitarie dei protocolli di diagnosi e cura adeguati; è un'attività che richiede dei tempi organizzativi, con l'ottenimento di risultati espressi dall'indicatore di *performance* "leggibili" dopo un certo lasso temporale medio.

Assegnare dei tempi a ciascun indicatore collegato a un *target* può consentire, a livello centrale, di scegliere degli indicatori non totalmente controllabili dalla singola struttura sanitaria (*trust*), ma che richiedono una politica unitaria nazionale di prevenzione e di sensibilizzazione. (es. indicatore del cancro ai polmoni par. 4.5) L'importante è collegare all'indicatore un sistema di incentivazione che tenga conto della progressività nel tempo del raggiungimento dello stesso.

La dinamicità degli indicatori potrebbe essere garantita tramite una rotazione obbligatoria almeno per il 50% degli stessi e al contempo rispettosa dei tempi definiti dalla *Care Quality Commission*.

Tab. 4.10: Proposta di uno schema di attività della Care Quality Commission

Care Quality Commission	
<i>Priorità:</i>	<p>Miglioramento continuo nel sistema sanitario</p> <p>Eguaglianza nell'accesso</p> <p>Appropriatezza della cura</p> <p>Efficienza</p> <p>Esperienza dei pazienti e del personale</p> <p>Outcomes</p>
<i>Compiti:</i>	<p>Creare un set completo di indicatori che copra i principali ambiti di analisi del sistema sanitario</p> <p>Indicare le modalità di conteggio degli indicatori favorendo omogeneità nei dati</p> <p>Favorire strumenti di database e di sistemi informativi integrati per garantire l'attendibilità dei dati.</p> <p>Monitoraggio continuo degli indicatori e della loro congruenza con le priorità</p>
<i>Criteri primari per la selezione degli indicatori:</i>	<p>Rilevanza</p> <p>Ragionevolezza scientifica</p> <p>Fattibilità di estrazione</p> <p>Dati regolarmente disponibili e disponibili nel breve periodo</p> <p>Relazioni causa - effetto intercorrenti tra gli indicatori</p> <p>Fattibilità di produrre dati su base continuativa</p>
<i>Tipi di indicatori:</i>	<p>Outcome, processo e attività</p>
<i>Tempi medi di risposta:</i>	<p>Assegnare a ciascun indicatore un tempo medio di risposta, ossia il tempo medio previsto perché un'azienda classificata "poor" raggiunga la posizione "medium"</p>

Fonte: ns elaborazione

A ciascun attore dovrebbe essere garantito un numero fisso di indicatori inserito in un ambito di competenza, (all'interno del *set* stabilito dal *Care Quality Commission* e secondo un principio di competenza), scelto a propria discrezione a cui sarà assegnato un peso nel piano di incentivazione PbR (*Payment by Result*). (Tab.4.11)

Per esempio a livello centrale si potrebbero individuare non più di una decina di indicatori di *outcome* e di processo inseriti nell'ambito della qualità clinica.

La limitazione ad un ambito ristretto di indicatori a livello centrale dovrebbe favorire il perseguimento di obiettivi comuni sui temi principali mantenendo una buona decentralizzazione delle scelte e quindi ovviando a una delle criticità sollevate al NHS. (par. 4.5) Allo stesso tempo restringere l'ambito di scelta degli indicatori, man mano che ci si avvicina al centro, dovrebbe garantire di focalizzarsi sul risultato e non sulle modalità che organismi più specializzati potrebbero proporre o la stessa azienda potrebbe adottare in relazione alle proprie caratteristiche.

Le SHA (*Strategic Health Authorities*) potrebbero affrontare le problematiche a cui è più sensibile il territorio di loro competenza, individuando indicatori di *outcome*, di processo e in via residuale di attività. La numerosità ipotizzata è di al massimo trenta indicatori per lasciare il più possibile la scelta di indicatori agli organismi territoriali.

Tab. 4.11: Proposta di uno schema di ripartizione delle attività tra gli attori del NHS

Item	Attori		
	Governo	SHA – Commissioning Board (*)	Acute Trust
<i>Criterio di scelta degli indicatori:</i>	Rilevanza nazionale	Percezione delle priorità della collettività "regionale"	Ottimizzazione delle cure e dei processi
<i>Criteri primari per la selezione degli indicatori:</i>	Qualità della prestazione Vincoli di bilancio	Qualità della prestazione Efficienza	Qualità della prestazione Efficienza Appropriatezza
<i>Tipi di indicatori:</i>	Outcome, processo	Outcome, processo, attività	Outcome, processo, attività
<i>Numero di indicatori:</i>	max 10	max 30	max 100

Principio di sussidiarietà e competenza



Fonte: ns elaborazione. Legenda (*) con tale simbolo si intende ricordare che ad aprile 2013 sono state abolite le SHA e sostituite con le Commissioning Board.

Il numero complessivo di indicatori previsti si avvicina alla numerosità definita dalla NHQR (147 nel complessivo), lasciando più spazio di scelta agli organismi di coordinamento e supervisione territoriale specializzati (*Acute Trust*).

Il criterio di scelta degli indicatori per gli *Acute Trust* dovrebbe essere indirizzato verso l'ottimizzazione e appropriatezza delle cure, cercando di mettere a fattor comune gli esempi di eccellenza del territorio per tipologia di prestazione.

Cruciale è il passaggio dalla scelta degli indicatori, che compongono il sistema di misurazione delle *performance*, al meccanismo di incentivazione e ai pesi che si assegnano nella classificazione delle strutture e nella loro incentivazione.

Il *gaming* dell'agente potrebbe essere ridotto o tenuto sotto controllo, non solo grazie alle verifiche necessarie della *National Audit*, ma anche dall'analisi del paniere complessivo degli indicatori che, nella totalità delle *performance*, non dovrebbe subire forti oscillazioni nel tempo.

Si potrebbe ipotizzare un sistema di incentivazione con pesi inversamente proporzionali rispetto alla numerosità che l'attore può individuare, lasciando spazio sempre più localmente alla scelta degli indicatori e bilanciando il fenomeno attribuendo maggior peso agli indicatori più centrali.

L'attenzione dell'agente sarà tanto più indirizzata a perseguire l'insieme degli indicatori a cui corrisponde un maggior peso di PbR (*Payment by Result*). Ma lo studio e l'interpretazione delle *performance* dei restanti indicatori potrebbero segnalare anomalie o problematiche da affrontare nel futuro.

Infatti in genere il *trend* delle prestazioni dovrebbe essere di un tendenziale miglioramento degli indicatori connessi con le prestazioni oggetto di maggior incentivazione e di mantenimento dei livelli storici per le prestazioni meno incentivate.

Laddove si dovesse verificare un peggioramento significativo di alcuni indicatori collegati a minor incentivazione, ciò potrebbe significare che le strutture stanno spostando risorse e capacità organizzative da quel comparto ad altri più remunerati e che si sta riducendo la qualità del servizio complessivo.

Poiché uno degli obiettivi primari del NHS è un miglioramento complessivo del sistema sanitario, tale fenomeno deve essere scoraggiato.

Così che alla valutazione del *trend* degli indicatori scelti nel *set* degli *Acute Trust* potrebbe corrispondere un *bonus* incrementale, favorendo le strutture che comunque tendono all'eccellenza anche in ambiti meno incentivati.

Tab. 4.12: Proposta di un meccanismo di PbR

Item	Attori		
	Governo	SHA - Commissioning Board (*)	Acute Trust
Numero di indicatori:	max 10	max 30	max 100
Peso assegnato per Incentivazione:	20%	30%	40%
Peso assegnato al trend:			10%

Fonte: ns elaborazione. Legenda (*) con tale simbolo si intende ricordare che ad aprile 2013 sono state abolite le SHA e sostituite con le Commissioning Board.

CAPITOLO V

CONCLUSIONI

Il controllo di direzione nelle aziende sanitarie è un tema ampio, complesso e dinamico.

E' ampio in quanto il sistema di controllo deve rispondere a esigenze di natura manageriale, ma anche istituzionale, garantendo la comunicazione con i soggetti istituzionali preposti (Regione, Ministero dell'Economia e Finanza), nelle modalità e secondo i fini, da essi definiti.

E' complesso per le caratteristiche proprie dell'azienda sanitaria e per gli obiettivi perseguiti. Infatti le aziende sanitarie sono aziende di erogazione, di grandi dimensioni, che svolgono attività di prestazioni altamente differenziate e specializzate. Esse sono strutture organizzative particolarmente articolate in cui la figura del professionista medico è centrale, dotate di un'organizzazione burocratica professionale, in cui i meccanismi di coordinamento tradizionali non trovano piena efficacia.

Nell'approccio proposto da Anthony (e condiviso nel lavoro di tesi) il controllo di direzione rappresenta una tipologia di meccanismo operativo. Ossia il controllo di direzione è il processo che favorisce l'implementazione delle strategie influenzando il comportamento dei membri dell'organizzazione ed è attraverso il *".. quale i manager si accertano che le risorse siano acquisite ed impiegate in modo efficace ed efficiente nel raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione."*³⁶⁸

³⁶⁸ ANTHONY R., N., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Etas Kompas, 1967, pag.25

E' dinamico perché in continua evoluzione e ricerca degli strumenti più idonei a perseguire gli obiettivi posti dall'organizzazione, in principale modo a livello nazionale italiano è un tema oggetto di numerose ricerche.

Il controllo di direzione è un processo pervasivo su tutta la dimensione aziendale sia internamente (ottimizzando i processi interni, stabilendo degli indicatori di qualità delle prestazioni, optando per tipologie di riorganizzazione interna, ecc.) sia esternamente come veicolo di comunicazione e trasparenza dell'attività svolta, favorendo l'*accountability* dell'azienda.

La ricerca si concentra sull'individuare strumenti idonei a cogliere tutti questi aspetti. In particolare si analizza la *Balanced Scorecard*, proposta nel 1992 da Kaplan e Norton.

L'esperienza maturata verso strumenti innovativi come la *Balanced Scorecard*, a livello nazionale, è ancora esigua, anche perché non sempre la contabilità analitica, condizione basilare per lo sviluppo di un'analisi multidimensionale come quella della *balanced scorecard*, riesce a poggiarsi su una adeguata contabilità civilistica³⁶⁹. Mentre in ambito internazionale sull'argomento esistono esperienze di lunga durata (*best practice*) che vanno contestualizzate con le caratteristiche proprie del sistema sanitario in cui operano.

Nell'elaborato si sviluppa il caso concreto dell'azienda ospedaliera universitaria integrata (AOUI) di Verona, che ha adottato la *balanced scorecard* nel 2010. Il modello in uso è ancora ad uno stadio iniziale e dall'analisi emergono alcune aree di

³⁶⁹ "E' stato inoltre rilevato come la cattiva tenuta della contabilità civilistica da parte delle aziende sanitarie pregiudichi la possibilità di un efficace controllo di gestione, trasformando le grandi potenzialità di questo strumento manageriale in un punto di debolezza, dal momento che le aziende stesse non riescono a rendere il conto di qualità ed entità delle prestazioni sanitarie e del rispetto dei vincoli afferenti all'impiego di contributi finalizzati". CORTE DEI CONTI, Sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello Stato: gestione risorse statali destinate alla riduzione del disavanzo del SSN, 2010, pag. 5, consultabile sul sito <http://www.corteconti.it>

approfondimento e di miglioramento su cui si propone un *set* di indicatori, richiamando le *best practice*.

Tale modello parte da due assunti che la salute è un bene da tutelare e che le risorse allocate devono essere impiegate in modo efficace, efficiente ed appropriato.

La salute, intesa come bene fondamentale, non è soggetta alle logiche pure di mercato concorrenziale, ma è valutata come un servizio alla collettività volto a perseguire il benessere della popolazione e lo sviluppo economico ed etico dello Stato; va inteso nell'ottica dell'utilità sociale pur sottoposto al vincolo di equilibrio di bilancio e a una analisi del servizio erogato misurata e valutata secondo logiche economico - aziendali.

Ovvero il SSN, le aziende che lo compongono e le prestazioni che erogano devono poter essere oggetto di misurazione; si deve poter rendere conto delle risorse sottratte alla collettività ed impiegate nel finanziare l'attività sanitaria. Ciò rappresenta un dovere costituzionale, manageriale ed etico³⁷⁰, solo il rispetto dei criteri di efficacia, di efficienza e di appropriatezza delle prestazioni può non vanificare il sacrificio sostenuto dai contribuenti.

Il modello proposto per l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona è teso a considerare questi due principi cardine e a contestualizzarli tenendo presente le specificità proprie dell'ambiente e della struttura del SSN.

³⁷⁰ A tal proposito con il termine "etico" si intende richiamare il significato di bene comune, non con un'accezione morale, ma con una valenza economica di perserverare la ricchezza per il futuro pur, nel presente, sottostando a vincoli. In merito Zappa scrisse *"Gli interessi degli imprenditori considerati come tipici datori di lavoro non si identificano certamente con quelli dell'intera società nazionale, né con quelli dei soli produttori, secondo spesso implicitamente o apertamente si ammette....Non sono infrequenti le imprese pubbliche e private nelle quali il soggetto agisce anche per il bene comune di vaste collettività o dell'intera collettività nazionale nella quale l'impresa si svolge. Anche nell'impresa insomma la visione di ampi scopi eccedenti il chiuso ambito dell'azienda e solo conseguibili con il concorso di altri uomini e di altre aziende tempera talora lo stimolo del tornaconto particolare e quasi lo trasforma moderando gli interessi egoistici del soggetto di azienda, come sarebbero espressi da ristretti giudizi di convenienza economica a breve andare."* ZAPPA G., *Le produzioni nell'economia delle imprese*, Tomo I, Giuffrè, 1956, pag.89

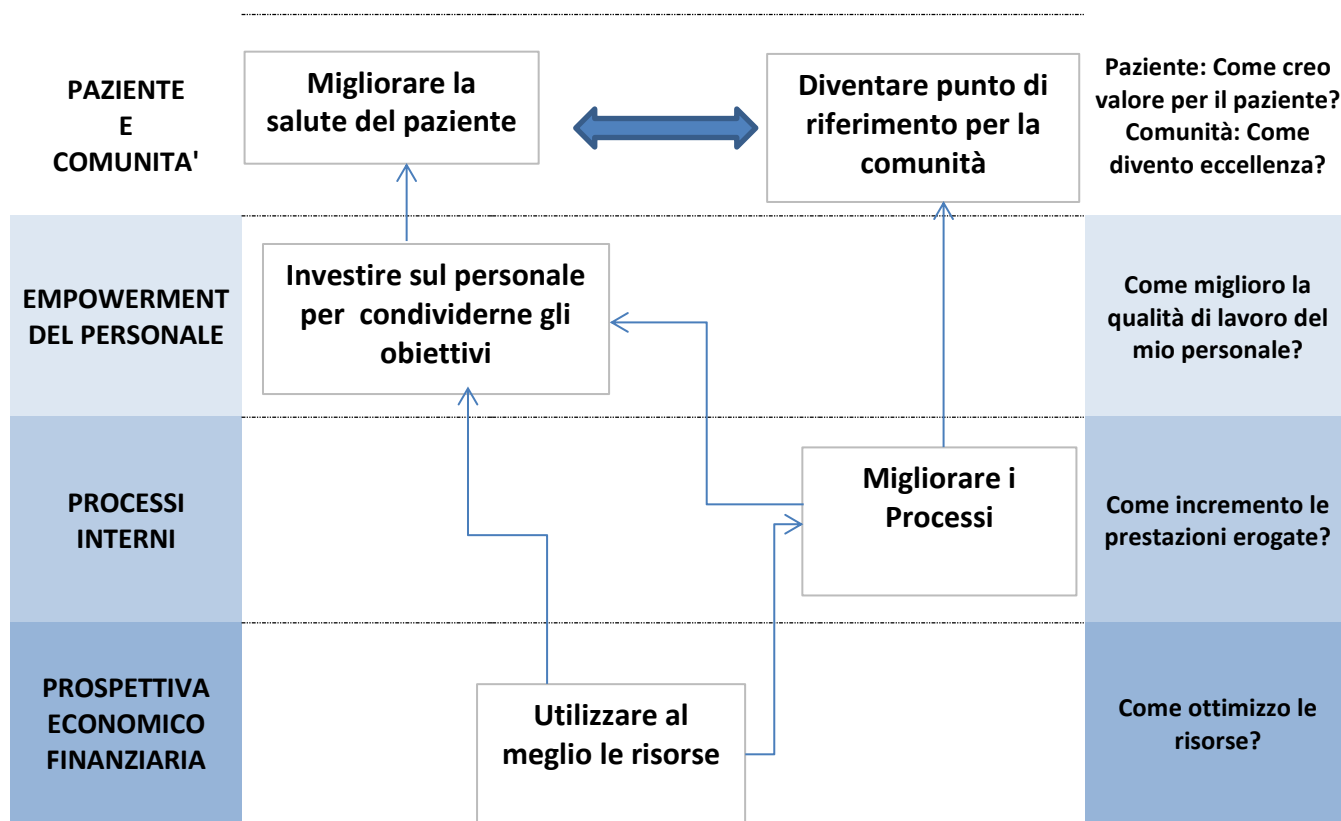
Le differenze principali esistenti tra le aziende sanitarie italiane e quelle statunitensi, (che per prime sono state studiate da Kaplan e Norton e su cui si è progettata la *balanced scorecard* in ambito sanitario), riguardano due aspetti: la natura del servizio offerto (ossia il servizio sanitario), il destinatario e il “pagatore” della prestazione.

La natura del servizio sanitario è colta nel sistema sanitario statunitense come una “merce” soggetta ad un prezzo di mercato. Nel SSN e nel NHS (sistema sanitario inglese) è un bene da tutelare, che richiede una tutela particolare tale da giustificare la presenza di un mercato regolamentato.

Negli USA il destinatario del servizio è il cliente che riceve la prestazione e che, tramite la sua assicurazione privata, paga il servizio, mentre per il SSN si parla più correttamente di paziente, (ossia una persona che può anche non essere cittadino italiano, ovvero non essere contribuente) le cui prestazioni sono a carico del sistema sanitario nazionale se incluse nei LEA. Tale differenza è sostanziale, perché il finanziamento alla struttura sanitaria viene comunque erogato a prescindere dalla capacità della struttura ad essere *customer - oriented* e a ricercare la qualità della prestazione. Inoltre l’istituzione della regionalizzazione del SSN, con l’attribuzione di poteri di indirizzo strategico e operativo alle Regioni e la presenza di un mercato regolamentato, tende, a livello regionale, a far ricercare ottimizzazioni dimensionali e di struttura che “in qualche misura” favoriscono maggiormente una concentrazione dell’offerta in poche strutture, creando un mercato tendenzialmente oligopolista.

In ambito sanitario italiano il paziente, pur essendo nella maggior parte dei casi l’ultimo reale finanziatore del SSN, è posto in condizione secondaria e di sudditanza rispetto ad altri *policy maker* come la Regione, lo Stato e la politica; ecco perché è molto attenuata la sensibilità aziendale all’*accountability* del proprio operato verso la comunità.

Fig.3.18: Rappresentazione della mappa strategica proposta



Fonte: ns elaborazione

La proposta di *balanced scorecard* formulata per l'azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, (tab. 3.18 inserita nel par. 3.12.1 dove viene presentata più nel dettaglio) persegue l'obiettivo di superare l'*empass* generata da questa frattura tra paziente e soggetto finanziatore, fornendo, con l'uso di questa tipologia di *balanced scorecard*, uno strumento di misurazione e di implementazione della strategia, ma anche e, soprattutto, una base di verifica e negoziazione delle priorità sanitarie con la Regione, grazie ad una comunicazione resa più trasparente verso la comunità, che si basi sulle *performance* aziendali.

L'obiettivo non è quindi solo funzionale alla gestione e organizzazione delle aziende sanitarie (che con l'introduzione di un sistema di controllo come la *balanced scorecard*

possono indirizzare la strategia più verso il mercato e il paziente; facilitare, monitorare e valutare l'implementazione della strategia ed assegnare *accountability* delle *performance* a tutti i livelli della struttura), assolve anche ad un obiettivo di render conto ai finanziatori istituzionali (perché l'adozione di questo sistema di misurazione di *performance* consente un confronto tra aziende sanitarie a livello nazionale), ma, in ultima istanza, tende a comunicare e a rendere conto alla collettività delle *performance* raggiunte, rompendo la stretta dell'asimmetria informativa tra azienda – istituzione (Regione – Stato) – paziente.

I tre obiettivi hanno tempi di sviluppo e di raggiungimento differenti, tanto più lunghi quanto più ci si allontana da soggetti competenti alla "lettura" e conoscenza degli indicatori di *performance*, ossia tanto più si estende la platea interessata alla comunità.

Ma per quanto un simile proposito possa essere forse un po' troppo avanzato rispetto alla cultura di "*accountability*" percepita nel nostro Paese, è una strada da intraprendere per riuscire nel futuro a comprendere quali siano le priorità sanitarie che i cittadini condividono, per rendere responsabili le aziende del loro operato e le istituzioni delle loro scelte decisionali che impattano fortemente sul SSN e portare, almeno in ambito sanitario, più trasparenza nelle scelte politiche adottate.

Nei Paesi anglosassoni, di cui, in special modo, si è studiato il caso inglese, è una prassi comune. Tra il 2001 e il 2005 il cittadino inglese poteva consultare sul sito della *Health Care Commission*, (agenzia preposta all'esame degli indicatori di *performance*) il *rating* di ogni singola struttura sanitaria articolato per indicatore di *performance*. Gli indicatori coglievano la prospettiva clinica, la prospettiva del paziente e la prospettiva della competenza e funzionalità dell'organizzazione sanitaria.

Come precisato nel par.4.3, il partito conservatore, succeduto al laborista che aveva adottato questa metodologia, ha deciso di rivedere la modalità di comunicazione dei

risultati di valutazione dei *trust* coinvolti fornendo dei *report* di sintesi elaborati dalla Care Quality Commission, sia per semplificare la comunicazione, sia per preservare la *privacy* delle strutture, pur mantenendo un sistema di finanziamento a risultato PbR (*Payment by Results*) e ciò ha significato che la tensione al risultato non si è allentata tra azienda e istituzioni.

Anche in Inghilterra, pur in presenza di un sistema molto articolato, l'esperienza empirica e le ricerche hanno confermato dei punti di debolezza nella struttura della *balanced scorecard* adottata nel NHS. (sviluppato nel par. 4.7)

Tramite l'esame e lo studio delle ricerche e l'intervista a professori universitari e professionisti medici inglesi, si è abbozzato una metodologia per modificare l'articolazione e la strutturazione della *balanced scorecard* attualmente in uso, tentando di ridurre le carenze sottolineate dai diversi studiosi e favorire un maggior decentramento locale delle scelte sanitarie, unito ad una minor facilità di "*gaming*" tra agente e principale.

L'approccio seguito è stato quello di partire dalle priorità dichiarate dal sistema sanitario inglese, ossia "*health improvement, fair access, effective delivery of appropriate healthcare, efficiency, patient/carer experience and health outcomes of NHS care*"³⁷¹, evidenziare le criticità sollevate dagli studiosi (par. 4.5) e considerare le esperienze di progetti internazionali (par.4.6) di elaborazione di un *framework* comune di sviluppo di indicatori di *performance* ed infine, cercando di collocare, nel contesto sanitario inglese tutte queste indicazioni, proporre uno schema per la formulazione degli indicatori assegnando, secondo criteri elaborati nella ricerca, il compito agli attori del NHS attualmente presenti e collegando, a questo modello di elaborazione degli indicatori, un ipotetico PbR (*Payment by Result*) che tenda a ricercare un punto di equilibrio tra il grado

³⁷¹ BASU A., HOWELL R., GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 4 pp. 436 - 449, 2010, pag.438

di priorità e la riduzione dell'effetto "gaming", perseguendo come principio cardine il miglioramento continuo del sistema sanitario inglese.

A titolo di esempio si richiama la tab.4.11, ampiamente sviluppata nel par. 4.8, per offrire una breve sintesi di proposta dei compiti assegnati agli attori, che si completa con un'ipotesi di PbR (*Payment by Result*) a cui dovrebbe essere collegata per rendere il sistema più efficace.

Tab. 4.11: Proposta di uno schema di ripartizione delle attività tra gli attori del NHS

Item	Attori		
	Governo	SHA - Commissioning Board (*)	Acute Trust
<i>Criterio di scelta degli indicatori:</i>	Rilevanza nazionale	Percezione delle priorità della collettività "regionale"	Ottimizzazione delle cure e dei processi
<i>Criteri primari per la selezione degli indicatori:</i>	Qualità della prestazione	Qualità della prestazione	Qualità della prestazione
	Vincoli di bilancio	Efficienza	Efficienza Appropriatezza
<i>Tipi di indicatori:</i>	Outcome, processo	Outcome, processo, attività	Outcome, processo, attività
<i>Numero di indicatori:</i>	max 10	max 30	max 100

Principio di sussidiarietà e competenza

Fonte: ns elaborazione. Legenda (*) con tale simbolo si intende ricordare che ad aprile 2013 sono state abolite le SHA e sostituite con le Commissioning Board.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management (2nd Edition)*, Wiley, 2011
- AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011
- AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, EGEA, 2012
- AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997
- ACHARD P., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, 1999
- ACHARD P., *Il sistema del processo strategico nelle aziende sanitarie: attori, strumenti e sistemi regionali a confronto*, FrancoAngeli, 2004
- AGLIATI M., *Budget e controllo di gestione*, Il sole 24 ore, 2002
- AGOSTINO D., ARNABALDI M., *Design issues in balanced scorecard: the what and how of control*, European Management Journal, VOL.30, 2012
- AHN H. , *How to individualize your balanced scorecard*, Measuring Business Excellence, Vol. 9 Iss: 1 pp. 5 – 12, 2005
- AIDEMARK L., *Cooperation and competition: balanced scorecard and hospital privatization*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 Iss: 8 pp. 730 - 748, 2010
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Economia Aziendale*, Il Mulino, 1994
- ALBERTI G., *Elementi di economia aziendale*, CEDAM, 2002
- ALBERTI G., *Il bilancio di esercizio*, FrancoAngeli, 2008
- ALTIERI L., *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*, FrancoAngeli, 2002
- AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema e nei suoi principi*, UTET, 1991
- AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema nell'ordine delle sue rilevazioni*, Tipografia sociale Torinese, 1953
- AMADUZZI A., *Manuale di contabilità aziendale*, Unione Tipografico Editrice Torinese, 1970
- AMATUCCI F., MELE S., *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie*, EGEA, 2012
- AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, 1979
- AMIGONI F., *Misurazione d'azienda, programmazione e controllo*, Giuffrè, 1988
- AMIGONI F., SIMON R., *Sistemi di controllo e misure di performance*, Egea, 2004
- AMODEO D., *Ragioneria generale delle imprese*, Giannini, 2002
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., CARBONE C., FERRÈ F., *Cap.1 Il modello di analisi, l'impostazione del rapporto e i principali risultati*, in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, 2011, EGEA

- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., CARBONE C., FERRÈ F., *Executive Summary*, in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, 2011, EGEA
- ANSELMINI L., *Elementi di management e dinamica aziendale: andamenti, decisioni, risultati*, Giappichelli, 2002
- ANSELMINI L., *Il controllo di gestione nelle amministrazioni pubbliche*, Maggioli, 1997
- ANSELMINI L., *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie: l'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Il sole 24 ore, 2002
- ANSELMINI L., *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli, 2003
- ANSELMINI L., SAITA M., *La gestione manageriale e strategica delle aziende sanitarie: l'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Il Sole 24 Ore, 2002
- ANTHONY R., N., GOVINDARAJAN V., MACRÌ, D., M., *Management control system*, McGraw Hill, 2006
- ANTHONY R., N., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Etas Kompass, 1967
- ANTHONY R.N., *Il bilancio: analisi economiche per le decisioni e la comunicazione della performance*, McGraw Hill, 2010
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W., *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw Hill, 2002
- AOUI, *Documento di Budget 2011*, documento interno
- AOUI, *Documento di Budget 2012*, documento interno
- AOUI, *Documento di Programmazione 2012-2014*, documento interno
- ARDEMANI E., *L'impresa*, Giuffrè, 1993
- ARMENI P., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, 2011, EGEA
- ARROW, K.J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, American Economic Review, 53, 1963
- ARSS DEL VENETO, *Federalismo fiscale costi standard: Q n. 18*, ARSS Veneto Editore, 2010
- ARSS DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario del Veneto 2000 – 2009*, ARSS Veneto Editore, 2010
- ARSS DEL VENETO, *Misure di performance del processo di approvvigionamento e logistica: l'analisi di benchmarking del SSSR Veneto: Q n. 19*, ARSS Veneto Editore, 2010
- ASSIRI A., ZAIRI M., EID R., *How to profit from the balanced scorecard: An implementation roadmap*, Industrial Management & Data Systems, Vol. 106 Iss: 7 pp. 937 - 952, 2006
- ATKINSON H., *Strategy implementation: a role for the balanced scorecard?*, Management Decision, Vol. 44 Iss: 10 pp. 1441 - 1460, 2006
- AZZINI L., *Istituzioni di economia d'azienda*, Giuffrè, 1982
- BAKER R., G., DENIS J., *Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership*, Public Money & Management, 31:5, 2011
- BAKER, G.R., PINK, G.H., *A balanced scorecard for Canadian hospitals*. Healthcare Management Forum 8(4), 7– 21, 1995

- BALDUZZI R., MOIRANO F., *Il patto della Salute e il ruolo dell'Agendas*, in AA.VV., *Monitor*, n.25, sito www.AgeNas.it
- BANCHIERI G., *Introduzione*, in AA. VV., *La partnership degli enti locali e dei cittadini nella governance dei SSR*, 2010, consultabile sul portale www.portal.federsanita.it/studi-e-ricerche
- BANKER R., CHANG H., PIZZINI M., *The judgmental effects of strategy maps in balanced scorecard performance evaluations*, *International Journal of Accounting Information Systems*, Vol. 12, 259–279, 2011
- BARALDI S., DEVECCHI C., *I sistemi di pianificazione e controllo*, Giappichelli, 2003
- BARALDI S., DEVECCHI C., *Il balanced scorecard nelle aziende sanitarie*, McGrawn, 2005
- BARILETTI A., *La valutazione economica in sanità*, Il Mulino, 1998
- BARTOLI F., OSSOLI G., *Valore d'impresa e valore intangibile. Una metodologia per la valutazione delle aziende: guida alla misurazione e pianificazione del valore*, FrancoAngeli, 2009
- BASTIA P., FARINA E., *Il connubio qualità ed efficienza nel controllo di gestione*, Giappichelli, 1993
- BASTIA P., *Il controllo di gestione in economia e direzione delle aziende sanitarie*, RIREA, 1998
- BASTIA P., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Il Mulino, 2002
- BASU A., HOWELL R., GOPINATH D., *Clinical performance indicators: intolerance for variety?*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23 Iss: 4 pp. 436 - 449, 2010
- BERETTA ZANONI A., *Analisi dei costi basata sulle risorse aziendali: un approccio per l'analisi strategica del valore*, Giappichelli, 2001
- BERETTA ZANONI A., *Governo strategico dell'assetto competitivo*, Egea, 2010
- BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, 2000
- BERGAMIN BARBATO M., *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, UTET, 1991
- BERMAN S. L., WICKS A. C., KOTHA S., JONES T. M., *Does stakeholder orientation matter? The relationship between stakeholder management models and firm financial performance*, *Academy of Management Journal* 42, 488–506, 1999
- BEVAN G., HOOD C., *Evaluating What's measured is what matters: targets and gaming in the English Public Health Care System*, *Journal Public Administration* Vol. 84, No. 3, (517–538), 2006
- BEVAN G., *Setting Targets for Health Care Performance: Lessons from a Case Study of the English NHS*, *National Institute Economic Review*, 197: 67, SAGE, 2006
- BIANCHI C., *Modelli contabili e modelli dinamici per il controllo di gestione in un'ottica strategica*, Giuffrè, 1996
- BIANCHI M., *Il budget*, Giappichelli, 1996
- BORGONOV E., CASATI G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, 2000
- BORGONOV E., *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, 2009
- BORGONOV E., *Prefazione* in BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000
- BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, 2002
- BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, 2004

- BRENT R., *Cost-benefit analysis and health care evaluations*, Edward Elgard, 2009
- BREUL J.D., KAMENSKY J.M., *Federal Government Reform: Lesson from Clinton's "Reinventing Government" and Bush's "Management Agenda Initiatives"*, *Public Administration Review* 68(6):1009-26, 2008
- BROGLIA GUIGGI A., *La concettualità dell'azienda per la consapevole creazione di valore*, Giappichelli, 2001
- BRONZETTI G., *Le aziende non profit*, FrancoAngeli, 2008
- BRUNETTI G., CODA V., FAVOTTO F., *Analisi previsioni e simulazioni economiche e finanziarie d'impresa*, Etaslibri, 1990
- BRUNETTI G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 1980
- BRUNETTI G., SANTESSO E., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1998
- BRUNI G., *Contabilità per l'Alta direzione*, Etaslibri, 1999
- BRUNI G., *L'azienda come sistema convertitore di valori economici in valori culturali. Il peculiare ruolo delle fondazioni comunitarie*, *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 1999
- BRUNI G., *Saggi di economia aziendale*, Giappichelli, 2005
- BRUSA L., *Amministrazione e controllo*, ETAS, 2001
- BRUSA L., *Analisi e contabilità dei costi*, Giuffrè, 2009
- BRUSA L., *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, 2000
- BUDDE J., *Performance Measure Congruity and the Balanced Scorecard*, *Journal of Accounting Research* Vol. 45 No. 3 Jun., 2007
- BUGLIONE E., *Federalismo regionalismo e standard sanitari nazionali*, Giuffrè, 2001
- BURCH J. G., *Contabilità direzionale e controllo di gestione*, Egea, 2000
- BUSCENI A., *Il risk management in sanità: gestione del rischio, errori, responsabilità professionale e aspetti psicologici*, FrancoAngeli, 2009
- BUTLER A., LETZA S., NEALE B., *Linking the Balanced Scorecard to strategy*, *Long Range Planning*, Vol.30, N.2, 1997
- CACCIA T., *Management dei sistemi informativi in sanità*, McGraw Hill, 2008
- CAGNAZZO A., *Il ruolo del controllo di gestione in PA*, *Controllo di Gestione* n.6, IPSOA, 2009
- CAGNAZZO A., *Indicatori di performance e sistema di reporting: l'esperienza di una PA*, *Controllo di Gestione* n. 5, IPSOA, 2009
- CAPALDO P., *Reddito, capitale e bilancio d'esercizio: un'introduzione*, Giuffrè, 1998
- CARAMIELLO C., *La valutazione dell'azienda: prime riflessioni introduttive*, Giuffrè, 1993
- CARAMIELLO C., *Programmi e piani aziendali: introduzione allo studio della funzione di programmazione*, Giuffrè, 1993
- CARDINAELS E., VAN VEEN-DIRKS P., *Financial versus non-financial information: The impact of information organization and presentation in a Balanced Scorecard*, *Accounting, Organizations and Society*, n.35, 565-578, 2010

- CARE QUALITY COMMISSION, *The state of health care and social care in England: an overview of key themes in care in 2011-2012* consultabile sul sito www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/reports
- CARLESÌ G., *Programmazione e controllo: modelli e strumenti in prospettiva sistemica*, CEDAM, 1997
- CARNEY M., *Influence of organizational culture on quality healthcare delivery*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 24 No. 7, 2011
- CARTER, N., KLEIN R., DAY P., *How Organizations Measure Success. The Use of Performance Indicators in Government*, Routledge, 1995
- CASATI G., *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw Hill, 2002
- CASATI G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, 2000
- CASCIOLI S., *La gestione manageriale della sanità: gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, FrancoAngeli, 2000
- CASSANDRO P.E., *Gestioni erogatrici pubbliche*, Utet, 1979
- CASSANDRO P.E., *Principi di ragioneria*, Cacucci, 1956
- CASSANDRO P.E., *Trattato di ragioneria. L'economia delle aziende ed il suo controllo*, Cacucci, 1992
- CASSESE S., *La riforma amministrativa all'inizio della quinta costituzione dell'Italia unita*, Il Foro italiano, maggio 1994
- CASTELLANI V., *Innovazione gestionale in sanità: riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica: esperienze a confronto*, Maggioli, 2010
- CATANANTI C., CAMBIERI A., MARCHETTI M., BERLOCO F., *La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, Edises, 1997
- CATTANEO M., *La misurazione di azienda: aspetti di errore, di indeterminazione, di incertezza*, Giuffrè, 1959
- CATTURI G., *L'azienda universale. L'idea, la morfologia e la fisiologia*, CEDAM, 2003
- CAVALIERI E., *La ragioneria e l'economia d'aziendale: dinamiche evolutive e prospettive di cambiamento*, FrancoAngeli, 2008
- CAVAZZUTI F., GIANNINI S., *La riforma malata*, Il Mulino, 1982
- CAVICCHI I., *Il pensiero debole della sanità*, Dedalo, 2008
- CAVICCHI I., *Sanità: un libro bianco per discutere*, Dedalo, 2005
- CHAN Y., *An Analytic Hierarchy Framework for Evaluating Balanced Scorecards of Healthcare Organizations*, Canadian Journal of Administrative Sciences Revue canadienne des sciences de l'administration 85- 10,4, 2006
- CHAN Y., *Performance measurement and adoption of balanced scorecards: A survey of municipal governments in the USA and Canada*, International Journal of Public Sector Management, Vol. 17 Iss: 3 pp. 204 - 221, 2004
- CHANG L., *The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications*, International Journal of Public Sector Management, Vol. 20 Iss: 2 pp. 101 - 117, 2007

- CHEN X., YAMAUCHI K., KATO K., NISHIMURA A., ITO K., *Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese Hospital performance*, Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 Iss: 4 pp. 339 - 350, 2006
- CHEN X., YAMAUCHI K., KATO K., NISHIMURA A., ITO K., *Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 Iss: 4 pp. 339 - 350, 2006
- CHOW, C.W., GANULIN, D., TEKNIKA, O., HADDAD, K., WILLIAMSON, J., *The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management*, Journal of Healthcare Management 43(3), 263–280, 1998
- CHYTAS P., GLYKAS M., VALIRIS G., *A proactive balanced scorecard*, International Journal of Information Management, Vol. 31, 2011
- CICCHETTI A., *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitari*, FrancoAngeli, 2004
- CIPOLLA C., *Dopo l'aziendalizzazione: nuove strategie di governance in sanità*, FrancoAngeli, 2002
- CISNARI C., *Gli scenari della sanità*, FrancoAngeli, 2006
- CNEL, *La misurazione della performance nelle pubbliche amministrazioni*, Doc CNEL, 2010
- CODA V., *I costi di produzione*, Giuffrè, 1968
- CODA V., *I costi standard nella programmazione e nel controllo di gestione*, Giuffrè, 1970
- COLE J., RADNOR Z., *How healthy is the annual health check?*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 23 No. 6, 2010
- CONEY J., RICHARDS M., SHORT R., SHULTZ K., SINGH S., *Hospital cost and efficiency: Do hospital size and ownership type really matter?*, Journal of healthcare management, mag-giu., 2009
- CORTE DEI CONTI, *Audizione sul Disegno di Legge di stabilità 2013*, 22 ottobre 2012, consultabile sul sito http://www.corteconti.it/documenti_per_parlamento/referti_specifici_audizioni/audizioni
- CORTE DEI CONTI, *Sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello Stato: gestioni risorse statali destinate alla riduzione del disavanzo del SSN*, 2010, consultabile sul sito <http://www.corteconti.it>
- COSTA G., *Organizzazione aziendale: mercati, gerarchie e convenzioni*, McGraw Hill, 2008
- CRAIG J., MOORES K., *Strategically aligning family and business systems using the Balanced Scorecard*, Journal of Family Business Strategy, Vol. 1, 78–87, 2010
- CREMS, *L'organizzazione che apprende ed il metodo EVA per la valutazione delle performance economico finanziarie*, Sanità Pubblica e Privata, gen.-feb., 2007
- CROCE D., RESTELLI U., PARAZZI E., FOGLIA E., BONFANTI P., MELZI S., COEN M., ORLANDO G., GUERRA R., RIZZARDI G., *L'approccio patient based nella determinazione dei comportamenti e dei costi sanitari diretti pubblici*, Sanità Pubblica e Privata, mar-apr., 2010
- CROIZIER M., *Il fenomeno burocratico*, ETAS, 2000
- D'ALESSIO L., *Logiche e criteri di armonizzazione nelle recenti normative di riforma della contabilità pubblica*, Azienda Pubblica, Vol.1, 23-39, 2012
- D'ARIES C., NONINI A., *La riduzione della spesa pubblica come obiettivo di progresso civile ed economico*, Azienditalia, n.7, IPSOA, 2011

- D'ARIES C., NONINI A., *Performance e controllo di gestione*, Il sole 24 ore, 2011
- DATAMONITOR, *Control Systems in Europe*, 2011, consultabile sul sito www.datamonitor.com
- DATAMONITOR, *Control Systems in UK*, 2011, consultabile sul sito www.datamonitor.com
- DE LOOPER M., LAFORTUNE G., *Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*, OECD publishing, 2009
- DE LUCA A., *Indicatori di performance e business intelligence*, Amministrazione e Finanza, n.8, IPSOA, 2011
- DE LUCA A., *Misurazione delle performance aziendali: nuovi sistemi gestionali*, Amministrazione e Finanza, n.3, IPSOA, 2011
- DE WAAL A., *The future of the Balanced Scorecard: an interview with Professor Dr Robert S. Kaplan*, Measuring Business Excellence, Vol. 7 Iss: 1 pp. 30 - 35, 2003
- DEEM J., BARNES B., SEGAL S., PREZIOSI R., *The Relationship of Organizational Culture to Balanced Scorecard Effectiveness*, SAM Advanced Management Journal — Autumn, 2010
- DELLA ROCCA G., MASTROGIUSEPPE P., *Il performance manager della Pubblica amministrazione*, Sviluppo e organizzazioni, mag-giu., 2008
- DEPARTMENT OF HEALTH, *High Quality Care For All*, Crown Copyright, 2008
- DEVINE K., EALEY T., O'CLOCK P., *A Framework for Cost Management and Decision Support Across Health Care Organizations of Varying Size and Scope*, Journal Health Care Finance 2008;35(2):63-75, 2008
- DI FENIZIO F., *Leggi dell'economia*, Vol.I, Milano, 1966
- DODOR J., GUPTAR R., DANIELS B., *A framework for governmental organizations' balanced scorecard*, Journal of Finance and Accountancy, Vol. 1, Aug., 2009
- DONNA G., *Manuale del Controllo di gestione*, IPSOA, 2005
- DONNA G., *Management sanitario: modelli e strumenti per gli operatori delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico editore, 2001
- DONNA G., *Manuale del controllo di gestione: analisi dei costi, budget, reporting, ERP, balanced scorecard: applicazioni e soluzioni innovative*, IPSOA, 2005
- DONNA G., NIEDDU S., BIANCO M., *Management sanitario: modelli e strumenti per gli operatori delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 2001
- DONNA G., RICCABONI A., *Manuale di controllo di gestione*, IPSOA, 2005
- DOYLE D., *Il controllo strategico dei costi*, EGEA, 2006
- DRUMMOND M.F., STODDART G., TORANCE G., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il pensiero scientifico editore, 2000
- DUBINI S., GIAMPAOLI M., *Il nuovo sistema di finanziamento della sanità: le ricadute sulle aziende sanitarie e sugli operatori*, in AA. VV., *Management della salute 2*, Edises, 1997
- EBRAHIM A., P., *Making sense of accountability: conceptual perspectives for Northern and Southern no profit*, Nonprofit Management and Leadership, 14 (2), 191 – 212, 2003
- ELEFANTI M., *Il controllo di gestione nelle aziende senza scopo di lucro*, Economia e Management, nov.-dic., 1992

- EPSTEIN M., MANZONI J., *Performance measurement and management control: innovative concepts and practices*, Emerald Group Publishing Limited, 2010
- EVANS, R.G., *Public health insurance: the collective purchase of individual care*, Health Policy, 7, pp. 115–34, 1987
- FALCITELLI N., *Rapporto sanità 2009: complessità del governo aziendale per la promozione della salute*, Il Mulino, 2009
- FARNETI G., *Economia d'Azienda*, FrancoAngeli, 2007
- FARNETI G., MARCHI L., MATAACENA A., *Il controllo di gestione nelle aziende pubbliche*, Maggioli editore, 1990
- FARNETI G., *Principi e sistemi contabili negli enti locali*, FrancoAngeli, 2005
- FARNETI G., *Ragioneria pubblica. Il nuovo sistema informativo delle aziende pubbliche*, FrancoAngeli, 2004
- FAVRETTO G., *Organizzare la soddisfazione in sanità*, FrancoAngeli, 2007
- FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, 2007
- FERRARIS FRANCESCHI R., *Pianificazione e controllo*, Giappichelli, 2007
- FERRERO G., *Istituzioni di Economia d'azienda*, Giuffrè, 1968
- FINANCIAL ACCOUNTING STANDARD BOARD (FASB), Concept Statement No.4, consultabile sul sito <https://asc.fasb.org>
- FLEISHER C., S., MAHAFFI D., *A Balanced Scorecard approach to Public Relations Management assessment*, Public Relations Review, Vol. 23(2), 117-142, 1997
- FOGLIA E., MASSANZA G., VANZAGO A., CASARTELLI L., SPADARO C., CROCE D., *Programmazione e controllo di gestione nell'A.O. CTO/M Adelaide di Torino*, Sanità Pubblica e Privata, mar-apr., 2010
- FONTANA F., *Clinical governance*, FrancoAngeli, 2005
- FONTANA F., *Il sistema organizzativo aziendale*, FrancoAngeli, 1997
- FONTANA F., LORENZONI G., *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere un'analisi empirica*, FrancoAngeli, 2000
- FORTUNATI MARZAROLI V., *Efficienza efficacia qualità nelle organizzazioni non profit pubbliche*, Clueb, 1992
- FORTUNATI V., ROVERSI E., *Le aziende del servizio sanitario nazionale. Sistema di finanziamento e del controllo economico a garanzia dell'equità*, Clueb, 1998
- FORTUNATO M., *Nuovi orizzonti per la sanità italiana*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997
- FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato*, Giuffrè, 1999
- FRASSETTO G., *La progettazione del controllo organizzativo*, CEDAM, 1994
- FRASSETTO G., *Organizzare per competere: cambiamento e apprendimento*, Giappichelli, 2003
- GALFETTI F., *Osservazioni e proposte sul servizio sanitario nazionale*, Economia e Management, lug.-ago., 1992

- GARCÍA-VALDERRAMA T., MULERO-MENDIGORRI E., REVUELTA-BORDOY D., *A Balanced Scorecard framework for R&*, European Journal of Innovation Management, Vol. 11 Iss: 2 pp. 241 - 281, 2008
- GARRI F., *La gestione delle aziende sanitarie locali: profili generali e casistica della responsabilità degli amministrativa nel sistema sanitario*, Maggioli, 2002
- GARRISON R., *Programmazione e controllo*, McGraw-Hill, 2004
- GHIRLANDA G., *Il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere tramite tariffa predeterminate In Italia e in Francia*, Sanità Pubblica e Privata, sett.-ott., 2010
- GIANNESI E., *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Colombo Corsi, 1961
- GIANNONE A., *Il management nelle aziende ospedaliere e nelle aziende sanitarie*, Cacucci, 1997
- GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto 2000-2009*, 2010, consultabile sul sito www.arssveneto.it
- GOODHART C. A. E., *Monetary Theory and Practice. The UK Experience*. Macmillan, 1984
- GORI E., *La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende ospedaliere pubbliche*, FrancoAngeli, 2004
- GRECO D., *Dal protocollo alla tariffa: un percorso per affrontare e gestire le problematiche dei costi della sanità*, FrancoAngeli, 2000
- GREILING D., *Balanced scorecard implementation in German non-profit organizations*, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 59 Iss: 6 pp. 534 - 554, 2010
- GROVE A. L., MEREDITH J.O., MACINTYRE M., ANGELIS J., NEAILEY K., *UK health visiting: challenges faced during lean implementation*, Leadership in Health Services, Vol. 23 No. 3, 2011
- GUATRI L., *Valore e intangibles nella misura delle performance aziendali*, Egea, 1997
- GUERRINI A., *Strumenti per la valutazione delle performance aziendali*, Giuffrè, 2012
- HEALTH CARE COMMISSION, *Performance Indicators for the performance rating 2004-2005*, 2005, consultabile sul sito www.performance.indicators@healthcarecommission.org.uk
- HEAVEY C., MURPHY E., *Integrating the Balanced Scorecard with Six Sigma*, The TQM Journal, Vol. 24 Iss: 2 pp. 108 - 122, 2012
- HENDRICKS K., HORA M., MENOR L., WIEDMAN C., *Adoption of the Balanced Scorecard: A Contingency Variables Analysis*, Canadian Journal of Administrative Sciences Revue canadienne des sciences de l'administration 29: 124–138, 2012
- HERIBERT REISINGER K., CRAVENS N., *Prioritizing performance measurement within the balanced scorecard*, Management International Review, Vol. 23, n.4, 2003
- HERZLINGER R., *Financial accounting and managerial control for nonprofit organizations*, HBR march-april, 1994
- HILL S., McNULTY D., *Overcoming cultural barriers to change*, Health Manpower management Vol. 25, 1998
- HODGSON L., FARRELL C. M., CONNOLLY M., *Improving UK Public Services: a review of the evidence*, Public Administration Vol. 85, No. 2, (355–382), 2007
- HOGAN C., BARRY M., BURKE M., *Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 24 No. 5, 2011

- HOOD C., *Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2006
- HORNGREN C., *La contabilità di direzione*, Pearson Prentice Hall, 1998
- HOUSE OF COMMONS, *NHS Deficits*, Ordered by The House of Commons to be printed 7 December 2006, 2006
- HOUSE OF COMMONS, *Patient and Public Involvement in the NHS*, Ordered by The House of Commons to be printed 22 March 2007, 2007
- HUANG H., C., *Designing a knowledge-based system for strategic planning: A balanced scorecard perspective*, Expert Systems with Applications, Vol. 36, 209–218, 2009
- HUGHES D., VINCENT-JONES P., *Schisms in the Church: National Health Service Systems and Institutional Divergence in England and Wales*, Journal of Health and Social Behavior 49: 400, 2008
- HUGHES D., GRIFFITHS L., MCHALE J., *Do quasi-markets evolve? Institutional analysis and the NHS*, Cambridge Journal of Economics, 21, 259-276, 1997
- HUSELID M. A., *The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance*, Academy of Management Journal 38, 636–672, 1995
- HYDE P., POPE C., *Culture and Climate in Health Care Organizations*, Edited by Jeffrey Braithwaite, 2010
- ISTAT, *Cap. 3: Sanità e salute*, in *Annuario statistico italiano 2011*, consultabile sul sito http://www3.istat.it/dati/catalogo/20111216_00/contenuti.html
- ISTAT, *Indice di vecchiaia*, consultabile sul sito <http://noi-italia.istat.it>
- ISTAT, *Persone con presenza di alcune malattie croniche*, consultabile sul sito <http://www.dati.istat.it>
- ISTAT, *Spesa sanitaria pubblica*, consultabile sul sito <http://noi-italia.istat.it>
- J. E. DELERY AND D. H. DOTY, *Modes of theorizing in strategic human resource Management: tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions*, Academy of Management Journal 39, 802–835, 1996
- JACK P., POWERS T., *A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services*, International Journal of Management Reviews, 2009
- JACOBS R., MARTIN S., GODDARD M., GRAVELLE H., SMITH P., C., *Exploring the determinants of NHS performance ratings: lessons for performance assessment systems*, PJ Health Serv Res Policy Vol. 11 No. 4 October 2006
- JAYASHREE P., HUSSAIN S., J., *Aligning change deployment: a Balanced Scorecard approach*, Measuring Business Excellence, Vol. 15 Iss: 3 pp. 63 - 85, 2011
- JEFFERSON T., *La valutazione economica degli interventi sanitari*, Il pensiero scientifico editore, 1998
- JOHNSON H.T., KAPLAN R.S., *Relevance Lost: The rise and fall of management accounting*, Harvard business school press, 1987
- JORIO E., *Attuazione del federalismo fiscale per regioni, enti locali, sanità: con il commento al disegno di legge delega del 3 agosto 2007*, Maggioli, 2007
- JORIO E., *Il federalismo fiscale esige la riforma quarter della sanità*, Sanità Pubblica e Privata, nov.- dic., 2010

- JORIO E., *Il sistema dei controlli nel SSN sovrapposizioni e incertezze*, Sanità Pubblica e Privata, gen.- feb., 2009
- JOYCE P., *Gestione strategica per i servizi pubblici*, Ernest and Young Business School, 2007
- KAISSI A., BEGUN J., *Strategic planning processes and hospital financial performance*, Journal of healthcare management, mag.- giu., 2008
- KAISSI A., *Hospital-Affiliated and Hospital-Owned Retail Clinics: Strategic Opportunities and Operational Challenges*, Journal of Healthcare Management 55:5 sept. - oct., 2010
- KANJI G., MOURA P., *KANJI'S Business Scorecard*, Total Quality Management 12:7-8, 898-905, 2001
- KAPLAN R., NORTON D., *Putting the Balanced Scorecard to Work*, Harvard Business Review sept.- oct., 1993
- KAPLAN R., *How the balanced scorecard complements the McKinsey 7-S model*, Strategy & Leadership, Vol. 33 Iss: 3 pp. 41 - 46, 2005
- KAPLAN R., INAMDAR N., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organization*, Journal of Healthcare Management 47:3 may./jun., 2002
- KAPLAN R., *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*, California Management Review Vol 39, N. 1, 1996
- KAPLAN R., NORTON D., RUGELSDJOEN B., *Managing alliances with the balanced scorecard*, Harvard Business Review jan.- feb., 2010
- KAPLAN R., NORTON D., *Strategic learning and the balanced scorecard*, Strategy & Leadership, Vol. 24 Iss: 5 pp. 18 - 24, 1996
- KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard translating strategy into action*, Harvard Business School Press, 1996
- KAPLAN R., NORTON D., *The Balanced Scorecard: measure that drive performance*, Harvard Business School Press, Jul.-Aug., 2005
- KAPLAN R., NORTON D., *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*, Harvard Business Review jan.- feb., 1996
- KAPLAN R., S., NORTON D., P., A CURA DI BUBBIO A., *Balanced Scorecard*, UTET, 2000
- KAPLAN R.S., ATKINSON A.A., *Advanced management accounting: gli strumenti del controllo di gestione*, Prentice Hall, 2006
- KAPLAN R.S., *Cost & effect: using integrated cost systems to drive profitability and performance*, Harvard business school, 1998
- KAPLAN R.S., *Mappe strategiche: come convertire i beni immateriali in risultati tangibili*, Isedi, 2005
- KELLY E., ARISPE I., HOLMES J., *Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report*, International Journal for Quality in Health Care; Sept., 2006
- KENNERLY M., NEELY A., *A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems*, International Journal of Operations & Production Management, Vol.22, N. 11, 2002
- KOHLI R., KETTINGER W., *Informating the clan: Controlling physicians' costs and outcomes*, MIS Quarterly, Vol. 28 No. 3, pp. 363-394/September, 2004

- KOLLBERG B., ELG M., *The practice of the Balanced Scorecard in health care services*, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 60 Iss: 5 pp. 427 - 445, 2011
- KOMASHIE A. MOUSAVI A., *Quality management in healthcare and industry*, Journal of Management History, Vol. 13 No. 4, 2007
- KUMARA S., BAUER K., *The business case for implementing electronic health records in primary care settings in the United States electronic health records in primary care settings in the United States*, Journal of Revenue and Pricing Management, Vol. 10, 2, 119–13, 2011
- LAWS D., *Management Accounting - risk and control strategy*, Financial Management, Apr., 2006
- LAZZINI S. in AA. VV., *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli Editore, 2003
- LEARDINI C., *Genere, territorio e programmazione: un'opportunità per l'azienda pubblica locale*, RIREA, 2011
- LEARDINI C., *L'azienda sanitaria nella prospettiva del Knowledge management*, RIREA, 2002
- LEARDINI C., *La misurazione dei risultati aziendali: la valorizzazione dell'utilità prodotta in assenza del corrispettivo*, Giappichelli, 2009
- LEBAS M., *Tre approcci di controllo direzionale*, Sviluppo e Organizzazioni, gen.-feb., 1981
- LEE T., *A senior leader's appeal to doing "the right thing" can overcome physicians' resistance*, Harvard Business Review April, 2010
- LIGHT D., CONNOR M., *Reflections on commissioning and the English coalition government NHS reforms*, Social Science & Medicine 72, 2011
- LIKIERMAN A., *The balanced scorecard*, Financial Management, Nov., 2006
- LIZZA P., *Il controllo di gestione per l'analisi e il miglioramento delle performance aziendali*, Giuffrè, 2004
- LO MARTIRE G., *L'azienda sanità: centri di responsabilità, budget, controllo di gestione, guida per primari e medici*, FrancoAngeli, 1998
- LONGO F., FERRÉ F., RUSSO VALENTINI R., SARTIRANA M., *Cap.10 I livelli retributivi del top management un'analisi comparata* in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011
- LORUSSO S., GIORDANO R., *I principi contabili e la revisione dei bilanci per le aziende sanitarie pubbliche*, Sanità Pubblica e Privata, gen.- feb., 2010
- LOVAGLIO P. G., *Model building and estimation strategies for implementing the Balanced Scorecard in Health sector*, Qual Quant 45:199–212, 2011
- LOVAGLIO P., G., VITTADINI G., *The balanced scorecard in health care: a multilevel latent variable approach*, Journal of Modeling in Management, Vol. 7 Iss: 1 pp. 38 - 58, 2012
- LUCIANETTI L., *Balanced Scorecard e controllo direzionale*, Aracne, 2004
- MACCARI A., ROMIGI G., BARBATO A., FEDELI C., *Il livello di integrazione e le problematiche comuni del processo di budgeting nelle aziende sanitarie*, Sanità Pubblica e Privata, mar.- apr., 2009
- MACINATI M., *Le aziende sanitarie pubbliche*, FrancoAngeli, 2008
- MAGGI B., *L'organizzazione dei servizi sanitari*, Sviluppo e Organizzazioni, set.- ott., 1989
- MAGGI D., *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, 2003

- MALTZ A., C., AARON J. SHENHAR A., J., REILLY R., R., *Beyond the Balanced Scorecard: Refining the Search for Organizational Success Measures*, Long Range Planning 36 187–204, 2003
- MARCON E., PANOZZO F., SCANNAPIECO G., DARIO C., *Professione medica e cultura manageriale il budget come terreno di confronto tra prospettive di governo dell'Azienda Sanitaria*, Sanità Pubblica e Privata, gen.-feb., 2007
- MARINÒ L., DEL BENE L., ZUCCARDI MERLI M., *Sistemi e modelli competitivi nel settore sanitario* in ANSELMINI L., SAITA M., *La gestione manageriale e strategica delle aziende sanitarie: l'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Il Sole 24 Ore Editore, 2002
- MARTINELLI M., *Programmazione e controllo dei flussi finanziari nella sanità*, FrancoAngeli, 2008
- MASINI C., *I bilanci d'impresa. Principi e concetti*, Giuffrè, 1957
- MASINI C., *Lavoro e risparmio: economia d'azienda*, UTET, 1982
- MASON R., O., SWAMSON E., B., *Gli indici di valutazioni per le decisioni aziendali*, Problemi di Gestione, anno XI, n.10, Formez, 1979
- MAYS N., TAN S., *Evaluating Labour's market reforms, 2002–10*, Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 17 Suppl 1, 1–6, 2012
- MCCLELLANT D., *Does n-Achievement cause economic development? A cross-lagged panel analysis of the McClelland thesis*, Journal of Social Psychology, 122, 1984, pag. 67–70
- MCGUIRE, A., HENDERSON, J. AND MOONEY, G., *The Economics of Health Care*, Routledge and Kegan Paul, 1987
- MCLAUGHLIN D.B., *Make it happen: effective execution in Healthcare leadership*, Health Administration Press, 2010
- MCLAUGHLIN, D.B., *Responding to Healthcare Reform: A Strategy Guide for Healthcare Leaders*, Health Administration Press, 2011
- MELARA G., *Il controllo di gestione nelle aziende no profit*, ARACNE, 2006
- MELE R., POPOLI P., *La gestione delle aziende pubbliche. Principi e tecniche innovative*, Maggioli, 1994
- MERLI G., BIROLI M., *Organizzazione per processi*, Utet, 1996
- MICHELI P., NEELY A., *Performance Measurement in Public Sector in England: Searching for the Golden Thread*, Public Administration Review Jul. – Aug., 2010
- MINISTERO DELLE POLITICHE SOCIALI, *Rapporto sulla non autosufficienza 2010*, consultabile sul sito <http://www.portal.federsanita.it/studi-e-ricerche>
- MINTCHIKAND N., BLASKOVICH J., *Manipulating the Balanced Scorecard*, Strategic Finance, Jul., 2008
- MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985
- MOLTENI M., *Le misure di performance nelle aziende non profit di servizi alla persona*, Cedam, 1997
- MONTESANTI F., *L'organizzazione del lavoro*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997
- MORANDI I., *I Quaderni di Monitor: n.24, Supplemento n.5*, AgeNaS, 2009, consultabile sul sito www.agenas.it
- MORONE J., LITMAN T., ROBINS L., *Health Policy and Politics*, Ashgate Publishing Group, 2008

- MOULLIN M., *Public Sector Scorecard*, Nursing Management, Vol. 16, n. 5, 2009
- MOYNIHAN D., *Managing for results in State Government: evaluating a decade for reform*, Public Administration Review 66(1):77-89, 2006
- MULAZZANI M., *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche*, CEDAM, 2006
- MURGIA A., POGGIO B., *Cambiare le pratiche di genere nella Pubblica Amministrazione*, Economia e Management, mar.- apr., 2010
- MUSSARI R., *Brevi considerazioni sui mutamenti in atto nei sistemi di contabilità pubblica*, Azienda Pubblica, Vol.1, 11-21, 2012
- MUSSARI R., *Manuale operativo per il controllo di gestione*, Cantieri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubettino, 2001
- NARDO M.T., *Controllo e valutazione negli enti locali. Un approccio economico aziendale*, FrancoAngeli, 2005
- NATIONAL AUDIT OFFICE, *Management of NHS hospital productivity*, Report by the controller and auditor general, 2010
- NATIONAL AUDIT OFFICE, *NHS Pay Modernization: New Contracts for General Practice Services in England*, Report by the controller and auditor general, 2008
- NICOSIA F., *L'ospedale snello: per una sanità a flusso controllato e intensità di cure*, FrancoAngeli, 2008
- NIELSEN S., NIELSEN E., *Discussing feedback system thinking in relation to scenario evaluation in a balanced scorecard setup*, Production Planning & Control: The Management of Operations, 23:6, 436-451, 2012
- NIELSEN S., NIELSEN E., *System dynamics modeling for a balanced scorecard: Computing the influence of skills, customers, and work in process on the return on capital employed*, Management Research News, Vol. 31 Iss: 3 pp. 169 - 188, 2008
- NORTHCOTT D., FRANCE N., *The balanced scorecard in New Zealand health sector performance management: dissemination to diffusion*, Australian Accounting Review 15(37), 34-46, 2005
- NORTHCOTT D., TAULAPAPA T.M., *Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations: Issues and challenges*, International Journal of Public Sector Management, Vol. 25 Iss: 3 pp. 166, 2012
- NUCCIO G., *Comunicazione interna e cultura del servizio nelle pubbliche amministrazioni: criticità e prospettive*, Management of Public Utilities, mag.- giu., 2009
- NUTI S., *La valutazione della performance in sanità*, Il Mulino., 2008
- OECD, *OECD Health Data 2011*, consultabile sul sito www.OECD.org
- OLIVOTTO L., *Valore e sistema di controllo*, McGraw Hill, 2000
- OLLA G., PAVAN A., *Il management dell'azienda sanitaria*, Giuffrè, 2000
- OMS, *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference (Official Records of the World Health Organization, n. 2, pag. 100)*, sottoscritta nel 1946 ed entrata in vigore nel 1948 e consultabile sul sito www.who.int/about/definition/en/print.html
- ONIDA P., *Economia d'azienda*, UTET, 1968
- ORIO A., *Analisi della domanda del processo produttivo e impatto sul budget di un servizio di endoscopia digestiva*, Sanità Pubblica e Privata, mag.- giu., 2009

- OSBORNE D., GAEBBER T., *Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Haddies-Wesley, 1992
- OSMED, *L'uso dei farmaci in Italia genn.-sett.2011*, 2011, consultabile sul sito www.agenziafarmaco.it
- OVRETVEIT J., *La qualità nel servizio sanitario*, EdiSES, 1996
- PACI M., *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori Editore, 1989
- PADRONI G., *Aspetti della complessità e sensibilità postmoderna: peculiarità nell'azienda "minore"* in MAGGI B., *Le sfide organizzative di inizio e fine secolo, tra post fordismo e de regolazione*, EtasKompass, 2000
- PALADINO B., *Innovative corporate performance management. Five key principles to accelerate results*, Wiley, 2010
- PANTEL B., CHAUSSALET T., MILLARD P., *Balancing the NHS balanced scorecard!*, European Journal of Operational Research, 185, 905–914, 2008
- PAPADOPOULOS T., RADNOR Z., MERALI Y., *The role of actor associations in understanding the implementation of Lean thinking in healthcare*, International Journal of Operations & Production Management, Vol. 31, No. 2, 2011
- PARNABY J., TOWILL D., *Seamless healthcare delivery systems*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 21, No. 3, 2008
- PATRINI E., CONFORTINI M.C., *Lean management e qualità in sanità: la metodologia applicata in corsia*, Il sole 24 ore, 2010
- PAVAN A., *Programmazione e controllo nelle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, 2012
- PAVAN A., *Programmazione e controllo nello Stato e nelle altre amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, 2004
- PAVAN A., *Prospettive di accountability ed efficienza nello stato italiano*, Giuffrè, 2005
- PENCHEON D., RENGA G., *Manuale Oxford della pratica di sanità pubblica*, Centro Scientifico editore, 2004
- PERO L., CAMPAGNA L., *L'organizzazione e riforma della pubblica amministrazione*, Sviluppo e organizzazioni, gen. - feb., 2008
- PERSIANI N., *Contabilità analitica per le decisioni economiche*, CEDAM, 1995
- PERSIANI N., *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio nell'azienda sanitaria*, CEDAM, 1999
- PERSIANI N., *Principi contabili e di controllo interno per le aziende sanitarie e ospedaliere*, FrancoAngeli, 2008
- PETERS T., WATERMAN JR R., *Alla ricerca dell'eccellenza*, Sperling & Kupfer Editori, 1982
- PEZZANI F., *L'accountability delle amministrazioni pubbliche*, Egea, 2003
- PEZZANI F., *Logiche e strumenti di accountability: per le Amministrazioni Pubbliche*, Egea, 2005
- PINK G., MCKILLOP I., BAKER R., MONTGOMERY C. PREYRA C., SCHRAA E., *Creating a balanced scorecard for an hospital system*, Journal of Healthcare Finance Spring, 2001
- PISONI P., ZOPPI G., *Strumenti per il controllo di gestione in sanità: una proposta operativa il sistema Easy Budget*, Giuffrè, 1998

- PORTER M.E., *Competitive advantage*, The Free Press, 1985
- POZZOLI S., *Analisi della competizione e indicatori di controllo: il sistema Coop*, FrancoAngeli, 2007
- POZZOLI S., *Fattori critici di successo: un'analisi ai fini della strategia e del controllo*, CEDAM, 1996
- POZZOLI S., *Valutazione d'azienda: tecniche operative di misurazione del valore*, IPSOA, 2008
- PROFILI S., SAMMARRA A., *Il coordinamento organizzativo: un'analisi applicata all'attività medica nelle aziende ospedaliere*, Studi Organizzativi, Vol. 3, 1999, pag.119-144
- PROVOST L.P., *Healthcare dataguide: learning from data for improvement*, Jossey Bass, 2011
- QU S.Q., COOPER D., J., *The role of inscriptions in producing a balanced scorecard*, Accounting, Organizations and Society, n. 36, 344–362, 2011
- QUARTAPELLE A.Q., *Customer satisfaction*, McGraw Hill, 1994
- RANCI ORTIGOSA E., BASSANINI C., CISLANGHI C., LOSI N., *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, FrancoAngeli, 1982
- REA M.A., *Il modello aziendale in Sanità*, ARACNE, 2006
- REBORA G., *La crisi dei controlli*, Pearson Education, 2007
- REBORA G., *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini e Associati, 1999
- RICCI A., FERRÈ F., *La Struttura del SSN*, in AA. VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, EGEA, 2011
- ROBERTS M., ALBRIGHT T., HIBBETS A., *Debiasing the balanced scorecard evaluations*, Behavioral Research in Accounting, Vol. 16, pp.75-88, 2004
- ROSSI N., *L'economia d'azienda e i suoi strumenti di indagine*, UTET, 1966
- RUFFINI R., *L'evoluzione dei sistemi di controllo nella Pubblica Amministrazione*, FrancoAngeli, 2010
- RUGGERI A., *L'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997
- RUTA C., *Organizzare il knowledge management*, Egea, 2002
- SAITA M., *Governance ed economicità nelle aziende sanitarie*, Il sole 24 ore, 2007
- SAITA M., *Programmazione e Controllo*, Giuffrè, 1996
- SANTESSO E., BRUNETTI G., *Amministrazione e controllo*, Utet, 1994
- SANTESSO S., SOSTERO U., *Strumenti per il controllo di gestione nelle unità sanitarie locali*, Cedam, 1987
- SANTORO M., CECCATI M., CASTIGLIONI RUSCINI M., *Scelte di esternalizzazione in sanità: dall'outsourcing dei servizi alla terzizzazione delle risorse*, Sanità Pubblica e Privata, lug.- ago., 2009
- SCANZIANI V., TAVECCHIO M., *Tradurre la vision aziendale in obiettivi strategici e operativi con la Balanced scorecard*, Economia e Management, Vol. 1, 2001
- SHECK MCLEARNEY A., *Using leadership development programs to improve quality and efficiency in Healthcare*, Journal of healthcare management, set.- ott., 2008

- SCHMID A., CACACE M., GÖTZE R., ROTHGANG H., *Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of "Hybrid" Health Care Systems*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, N. 4, August, 2010
- SCHMIDT S., BATEMAN I., BREINLINGER-O'REILLY J., SMITH P., *A management approach that drives actions strategically: Balanced scorecard in a mental health trust case study*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 Iss: 2 pp. 119 - 135, 2006
- SELLERI L., *La contabilità dei costi, contabilità analitica*, ETAS, 1999
- SERPELLONI G., SANDRI F., MARTINI F., ZAVATTARO F., SIMEONI E., *Project management: gestire progetti in sanità e nel sociale*, Cierre, 2008
- SEYEDHOSSEINI S., M., TALEGHANI A., E., BAKHSHA A., PARTOVI S., *Extracting leanness criteria by employing the concept of Balanced Scorecard*, Expert Systems with Applications, Vol. 38, 10454–10461, 2011
- SIGNORI S., *Sistemi di welfare e accountability delle aziende nonprofit*, Azienda Pubblica, Vol.4, 423-442, 2012
- SMITHA P., ANELLB A., BUSSEC R., CRIVELLI L., HEALYE J., *Leadership and governance in seven developed health systems*, Health Policy 106, 37– 49, 2012
- SODERBERG M., KALAGNANAM S., SHEEHAN N. T., VAIDYANATHAN G., *When is a balanced scorecard a balanced scorecard?*, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 60 Iss: 7 pp. 688 - 708, 2011
- SOSTERO U., *L'economicità delle aziende. Rappresentazione delle performance e dell'equilibrio delle imprese, nelle aziende nonprofit e nelle aziende pubbliche*, Giuffrè, 2003
- SPINSANTI S., *Introduzione*, in AA. VV., *Management per la nuova sanità*, EdiSES, 1997
- STEWART W., *The balanced scorecard for projects*, Project Management Institute, Vol.32, N.1, 2001
- TANESE A., *Rendere conto ai cittadini*, Edizioni scientifiche Italiane, 2004
- TARONI F., CURCIO RUBERTINI B., *Come stabilire le priorità in sanità: una guida all'applicazione dell'economia nel processo decisionale*, Il pensiero scientifico editore, 2006
- TARONI F., *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico editore, 1996
- TARRICONE R., *Valutazioni economiche e management in sanità: applicazioni ai programmi e tecnologie sanitarie*, McGraw Hill, 2004
- TEDESCHI P., *L'arte del management nella sanità territoriale: sviluppi in corso scenari futuri*, Economia e Management, vol.6, 2006
- TESSITORE A., *Una riconsiderazione del concetto di azienda*, Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale, n.3-4, 1997
- TETI A., *ECDL health: sistemi informativi per la sanità*, Apogeo, 2009
- THAKKAR J., DESHMUKH S.G., GUPTA A.D., SHANKAR R., *Development of a balanced scorecard: An integrated approach of Interpretive Structural Modeling (ISM) and Analytic Network Process (ANP)*, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 56 Iss: 1 pp. 25 - 59, 2006
- THOMPSON J., D., *Organizations in actions*, McGraw-Hilli, 1967
- TORCIVIA S., *Le criticità della disarmonia contabile: il caso delle aziende sanitarie*, Azienda Pubblica, Vol.1, 101-115, 2012

- TRIASI M., *Il management in sanità: gli strumenti per il governo delle aziende e delle strutture sanitarie: modelli organizzativi e buone pratiche*, SEU, 2009
- UOC CONTROLLO DI GESTIONE DELL'AOUI DI VERONA, *Pacchetti di diagnosi e cura per pazienti ambulatoriali in day hospital/surgery*, AMID ecc. 2010 - 2011 documento interno
- UOC CONTROLLO DI GESTIONE DELL'AOUI DI VERONA, *Manuale per la scelta degli indicatori 2010 - 2011*, documento interno
- Urbani G., *Valutare le pubbliche amministrazioni tra organizzazione e individuo*, FrancoAngeli, 2010
- VAGNONI E., *La direzione delle aziende sanitarie: criticità di contesto, economicità e tutela della salute*, FrancoAngeli, 2005
- VALMOHAMMADI C., SERVATI A., *Performance measurement system implementation using Balanced Scorecard and statistical methods*, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 60 Iss: 5 pp. 493 - 511, 2011
- VAN SAMBEEK J.R.C., CORNELISSEN F.A., BAKKER P.J.M., KRABBENDAM J.J., *Models as instruments for optimizing hospital processes: a systematic review*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 23 N. 4, 2010
- VENDRAMINI E., *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw Hill, 2004
- VETH G., *Scorecards: translating strategy into actions*, DM Review, Jun., 2006
- VIGANÒ E., *L'azienda: primi contributi per una ricerca sistematica per un rinnovato concetto generale*, 1997, CEDAM
- VIGNATI E., *Tecniche di management sanitario: strategia, organizzazione, programmazione, controllo e miglioramento della qualità dei servizi per gestire il cambiamento della sanità*, FrancoAngeli, 2002
- WALSHE, K., *Healthcare Management (2nd Edition)*, Open University Press, 2006
- WAN RASHID W. E., JUSOFF K. H., *Service quality in health care setting*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 22, No. 5, 2009
- WERNER M., XU F., *Executing Strategy with the Balanced Scorecard*, International Journal of Financial Research, Vol. 3, No. 1; Jan., 2012
- WICKS A., M., ST. CLAIR L., *Competing Values in Healthcare: Balancing the (Un)Balanced Scorecard*, Journal of Healthcare Management 52:5 sept./oct., 2007
- WONG-ON-WING B., GUO L., LI W., YANG D., *Reducing conflict in balanced scorecard: evaluations*, Accounting Organization and Society, n.32, 2007
- WOOD S., VAN VELDHoven M., CROON M., DE MENEZES L.M., *Enriched job design, high involvement management and organizational performance: the mediating roles of job satisfaction and well-being*, Journal of Human Relations, 65(4) 419-446, 2012
- WU I., KUO Y., *A Balanced Scorecard Approach in Assessing IT Value in Healthcare Sector: An Empirical Examination*, J Med Syst 36:3583-3596, 2012
- YOUNDT M. A., SNELL S. A., DEAN J. W. , LEPAK D. P., *Human resource management, manufacturing strategy, and firm performance*, Academy of Management Journal 39, 836-866, 1996
- YOUNG D., *Financial control in Health Care*, Irwin, 1984

- ZAIRI M., *Building human resources capability in health care: a global analysis of best practice – part II*, Health Manpower management, Vol. 24, 1998
- ZAIRI M., *Managing human resources in learning from world class practices – part I*, Health Manpower Management, Vol. 25, 1998
- ZANGRANDI A., *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche aspetti di gestione, organizzazione e misurazione economiche*, Giuffrè, 1999
- ZANGRANDI A., *Economia delle aziende pubbliche: management e cambiamento*, Egea, 2008
- ZANGRANDI A., *Economia e management per le professioni sanitarie*, McGraw Hill, 2011
- ZANGRANDI A., *Il controllo di gestione nelle USL*, Giuffrè, 1985
- ZANGRANDI A., *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, 2003
- ZANONI A., *Il valore delle risorse immateriali: equilibrio economico aziendale, beni immateriali e risorse intangibili*, Il Mulino, 2005
- ZAPPA G., *Il Reddito*, Giuffrè, 1950
- ZAPPA G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, 1962
- ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo I*, Giuffrè, 1956
- ZAPPA G., *Le produzioni nelle economia delle imprese, Tomo II*, Giuffrè, 1957
- ZAPPA G., *Tendenze nuove negli studi di ragioneria*, Istituto Editoriale Scientifico, 1927
- ZELMAN, W.N., PINK, G.H., MATTHIAS, C.B., *Use of the balanced scorecard in health care*, Journal Health Care Finance 29(4), 1–16, 2003
- ZUCKERMAN A., *Healthcare Strategic Planning*, Health Administration Press, 2005

RIFERIMENTI NORMATIVI

COSTITUZIONE ITALIANA in particolare:

Art.3 “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”

Art.5 “La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento.”

Art. 32 “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Art. 117 c.1 “La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.”

Art. 117 c. 3 “Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Art. 117 c. 6 “La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.”

Art. 117 c. 7 “Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.”

Art. 119 c. 1 “I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa.”

Art. 119 c. 2 “I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.”

Art. 119 c. 4 “Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.”

Art. 119 c. 5 “Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.”

Art. 119 c. 6 “I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato.”

CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA (detta Carta di Nizza - anno 2000) in particolare:

Art.35 “Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. La Carta europea indica principi condivisi, che valgono come guida per l'interpretazione delle norme nazionali già esistenti, comprese le Costituzioni, e come vincolo per la definizione di nuove norme nazionali.”

L.833/1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”

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

D. Lgs. 517/1993 “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”

D. Lgs. 229/1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

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

D. Lgs. 118/2011 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42”

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

L. 55/1994 (legge regionale del Veneto) “Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, così come modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”

L. 111/2011 “Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria” (detta Legge Tremonti)

L. 135/2012 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” (detta Spending Review)

L.183/2012 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (detta Legge di Stabilità 2012)

D. Lgs 158/2012 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”

Patto della salute 2010 – 2012 del 3/12/2009

Patto della Salute 2009 – 2011 del 28/09/2006

DGRV 437/2012 (Delibera Regione Veneto) “Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGRV 1805/2011.”

DGRV 1805/2011 (Delibera Regione Veneto) “Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate.”

DGRV 2369/2011 (Delibera Regione Veneto) “Integrazione obiettivi per l’anno 2012 alle aziende ULSS del Veneto, all’azienda ospedaliera di Padova, all’azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e all’IRCCS (istituto oncologico veneto)”

DGRV 2492/2010 (Delibera Regione Veneto) “DGRV N.2492 del 19 ottobre 2010: ridefinizione dei compiti”

DGRV 2846/2006 (Delibera Regione Veneto) “Azioni per l'avvio, in ottica di Area Vasta, di attività finalizzate alla razionalizzazione ed alla integrazione dei processi gestionali tecnico - amministrativi tra Aziende del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)”

DGRV 3140/2010 (Delibera Regione Veneto) “Assegnazione degli obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle aziende ULSS del Veneto, all’azienda ospedaliera di Padova, all’azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e all’IRCCS (istituto oncologico veneto)”

Cc. Art. 2555 “Nozione” (dell’azienda)

Deliberazione del Direttore Generale n. 365 del 2/07/2010, Atto Aziendale, dell’AOUI di Verona

INDICE DELLE FIGURE

<i>Figura 1.1: Rappresentazione della struttura di un'azienda sanitaria</i>	13
<i>Figura 2.1: La programmazione strategica proposta da A. Zuckerman</i>	122
<i>Figura 2.2: Rappresentazione della BSC</i>	130
<i>Figura 3.1: Posti letto in ricovero ordinario (RO) e day hospital (DH)</i>	154
<i>Figura 3.2: Trend RO e DH+AMID</i>	156
<i>Figura 3.3: Ripartizione della Documentazione di Ricerca per DAI anno 2011</i>	158
<i>Figura 3.4: Rappresentazione e confronto tra le Regioni</i>	160
<i>Figura 3.5: Azienda Ospedaliera di Verona – Indicatori</i>	161
<i>Figura 3.6: Azienda Ospedaliera di Padova – Indicatori</i>	162
<i>Figura 3.7: Organigramma AOUI di Verona</i>	168
<i>Figura 3.8: Struttura del Controllo di Direzione</i>	171
<i>Figura 3.9: Le fasi del Processo del Controllo Direzionale</i>	173
<i>Figura 3.10: Determinanti delle scelte strategiche dell'azienda ospedaliera</i>	174
<i>Figura 3.11: Identificazione delle priorità nella fase della Programmazione</i>	192
<i>Figura 3.12: Composizione Classi di Prestazioni – anno 2011</i>	196
<i>Figura 3.13: Obiettivi della Programmazione- Budget del DAI Y</i>	203
<i>Figura 3.14: Obiettivi della Programmazione - Budget del DAI X</i>	207
<i>Figura 3.15: Rappresentazione del Quadrante di Budget</i>	223
<i>Figura 3.16: Rappresentazione dei RO extra LEA per UU.OO. del DAI X</i>	229
<i>Figura 3.17: Rappresentazione della General Strategy Map</i>	247
<i>Figura 3.18: Rappresentazione della mappa strategica proposta</i>	253

ELENCO TABELLE

<i>Tabella 1.1: Organizzazioni sanitarie e servizi erogati</i>	43
<i>Tabella 1.2: Spesa sanitaria</i>	84
<i>Tabella 2.1: Caratteristiche del Controllo Direzionale dell'AOUI di Verona</i>	106
<i>Tabella 2.2: Vincoli – opportunità interni ed esterni del Controllo Direzionale AOUI di Verona</i>	112
<i>Tabella 2.3: Gli strumenti di controllo: un excursus storico</i>	114
<i>Tabella 3.1: Attività Media Giornaliera AOUI di Verona</i>	153
<i>Tabella 3.2: % di composizione DH/RO</i>	155
<i>Tabella 3.3: Ripartizione del personale per DAT e DAI</i>	166
<i>Tabella 3.4: Quadrante attività - Macro voce Assistenza</i>	212
<i>Tabella 3.5: Quadrante attività: consuntivo 2010 - obiettivi 2011 - consuntivo 2011 - obiettivo 2012</i>	215
<i>Tabella 3.6: Principali indicatori dell'Attività svolta – AOUI e DAI X</i>	219
<i>Tabella 3.7: Attività di RO anno 2011 DAI X</i>	220
<i>Tabella 3.8: Quadrante attività - Macro voce Ricerca e Formazione</i>	222
<i>Tabella 3.9: Pubblicazioni del DAI X 2010</i>	223
<i>Tabella 3.10: Quadrante Risorse - Macro voce Uscite</i>	224
<i>Tabella 3.11: Rappresentazione spesa farmaceutica anno 2011- AOUI e DAI</i>	226
<i>Tabella 3.12: Quadrante Risorse - Macro voce Entrate</i>	227
<i>Tabella 3.13: Quadrante Risorse - Macro voce Efficienza</i>	231

<i>Tabella 3.14: Quadrante Qualità Professionale.....</i>	<i>233</i>
<i>Tabella 3.15: Quadrante Qualità Percepita.....</i>	<i>238</i>
<i>Tabella 3.16: Individuazione degli obiettivi nelle aree strategiche.....</i>	<i>254</i>
<i>Tabella 3.17: Area Strategica Processi Interni.....</i>	<i>257</i>
<i>Tabella 3.18: Area Strategica Empowerment Personale.....</i>	<i>261</i>
<i>Tabella 3.19: Area Strategica Comunità.....</i>	<i>262</i>
<i>Tabella 3.20: Area Strategica Clienti.....</i>	<i>264</i>
<i>Tabella 4.1: Rappresentazione dei Key indicators 2004 – 2005.....</i>	<i>276</i>
<i>Tabella 4.2: Rappresentazione della BSC Quadrante Capacità e Funzionalità 2004 – 2005.....</i>	<i>278</i>
<i>Tabella 4.3: Rappresentazione della BSC Quadrante Qualità Clinica 2004 – 2005.....</i>	<i>280</i>
<i>Tabella 4.4: Rappresentazione della BSC Quadrante Paziente 2004 – 2005.....</i>	<i>283</i>
<i>Tabella 4.5: Tabella di score per indicatore.....</i>	<i>285</i>
<i>Tabella 4.6: Risultati dei Key Indicators 2004 – 2005.....</i>	<i>286</i>
<i>Tabella 4.7: Risultati della BSC 2004 – 2005.....</i>	<i>287</i>
<i>Tabella 4.8: Framework degli indicatori del progetto OECD.....</i>	<i>301</i>
<i>Tabella 4.9: Criteri di selezione degli indicatori della NHQR.....</i>	<i>302</i>
<i>Tabella 4.10: Proposta di uno schema di attività della Care Quality Commission.....</i>	<i>307</i>
<i>Tabella 4.11: Proposta di uno schema di ripartizione delle attività tra gli attori del NHS.....</i>	<i>308</i>
<i>Tabella 4.12: Proposta di un meccanismo di PbR.....</i>	<i>310</i>

RINGRAZIAMENTI

PER LA RICERCA SCIENTIFICA:

Prof. Stephen Wood, professor of Management of Leicester University

Prof. Richard Baker, professor of Quality in Health Care of Leicester University

Dr Joel T. Minion, Research Associate in Evaluation of Safer Clinical Systems Phase 2, Social Science Applied to Healthcare Improvement Research

Dott. Pierpaolo Benetollo, Direttore Sanitario dell'AOUI di Verona

Dott.ssa Valeria Perilli, Responsabile Controllo di Gestione dell'AOUI di Verona

PER IL SUPPORTO:

Diego, mio fratello

Nonni Graziella e Luciano

Dott.ssa Sondra Faccio, dottoranda presso l'Università di Verona