

17 Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità

di Mara Bergamaschi e Francesca Lecci*

17.1 Inquadramento concettuale e rilevanza nell'attuale dibattito del SSN

Nel quadro degli elementi problematici che hanno contraddistinto le esperienze delle aziende sanitarie con riferimento ai sistemi di programmazione e controllo, il tema della misurazione delle *performance* e delle caratteristiche degli indicatori utilizzati nei processi di budget merita particolare attenzione. La declinazione degli obiettivi, attraverso espressioni quantitative in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate, è, infatti, un elemento centrale che contraddistingue il budget da altri strumenti e processi di controllo.

Mentre la misurazione degli *input* è ormai ampiamente consolidata e trova un ordinamento logico ed espressivo nelle diverse categorie di costi, il versante dei risultati si presenta molto più problematico. La multidimensionalità che caratterizza gli obiettivi perseguiti dalle aziende sanitarie; l'appartenenza a un sistema pubblico; l'assenza di un meccanismo di scambio tipico e di una misura oggettivata del valore di ciò che viene ceduto; la presenza di processi non standardizzabili, anche a fronte della rilevante autonomia professionale dei medici e della conseguente necessità di condivisione degli indicatori, rappresentano solo alcuni, ma ben conosciuti, fattori che ne alimentano la problematicità.

Nella realtà delle aziende sanitarie pubbliche, tutto ciò si è tradotto in un progressivo ampliamento della gamma di indicatori utilizzati, spesso a scapito dell'oculata selezione di un nucleo «essenziale» di variabili in grado di esprimere compiutamente l'insieme dei risultati prodotti da ogni unità organizzativa.

Inoltre, l'introduzione e lo sviluppo dei sistemi di rappresentazione e misurazione esterni – sorretti anche dalla diffusione, a livello regionale, delle pratiche di

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 17.1, 17.2, 17.3, 17.5 sono da attribuirsi a Mara Bergamaschi, il § 17.4 a Francesca Lecci.

benchmarking, della raccolta di dati di *performance*¹, di analitici sistemi di definizione degli obiettivi dei Direttori Generali a cui legare il processo di valutazione – hanno comportato un'ulteriore defocalizzazione del set di indicatori dalla dimensione più propriamente legata ai processi di budget.

Tutto ciò è emerso con evidenza nella ricerca condotta per il Rapporto OASI 2008 (Bergamaschi e Lecci, 2008), che ha confermato:

- ▶ da un lato, che gli indicatori utilizzati dalle aziende sanitarie abbracciano numerose dimensioni di indagine, con il rischio di appesantire il set di indicatori, mandare in *overload* il sistema di responsabilizzazione e quindi renderlo inefficace nell'orientare e guidare i comportamenti verso obiettivi di economicità;
- ▶ dall'altro, che gli indicatori utilizzati spesso derivano da adempimenti dell'azienda verso soggetti terzi, in primis la Regione, spostando il processo di budget verso finalità che, solo in parte, coincidono con gli obiettivi propri dell'azienda sanitaria.

Multidimensionalità e natura «esterna» degli indicatori, inoltre, risulterebbero fortemente interrelati all'utilizzo, da parte di alcune regioni (per esempio Emilia Romagna, Piemonte, Friuli Venezia Giulia), di sistemi di valutazione delle aziende basati su un'ampia gamma di misure, secondo la logica di misurazione multidimensionale delle *performance* tipica della *Balanced Scorecard* (Kaplan e Norton, 1992). Tale approccio avrebbe il vantaggio di superare l'appiattimento sulla sola dimensione economico-finanziaria, focalizzandosi su altre dimensioni ritenute le determinanti principali dei risultati, «cercando di catturare (...) ciò che avviene, da una parte, all'interno della «scatola nera» rappresentata dal centro di responsabilità, e dall'altra, nell'ambiente e rispetto ai fini da conseguire, oltre quindi gli stretti confini del centro di responsabilità» (Del Vecchio, 2008). La necessità di valutare la capacità di un sistema (aziendale o regionale) di conseguire le proprie finalità istituzionali e rispondere alle aspettative dei diversi *stakeholder*, inoltre, renderebbe legittimo un allargamento delle prospettive del controllo a differenti aree di analisi, tra l'altro spesso valutabili solo su un orizzonte temporale di medio lungo periodo.

D'altro canto, una mera traslazione di tali misure all'interno delle aziende sanitarie comporta inevitabilmente il rischio di appesantire i processi di budget, includendo tematiche non sempre appropriate a supportare processi di responsabilizzazione economica. Il budget, infatti, non è un meccanismo di guida organizzativa in senso lato; occorre perciò ridurre significativamente le dimensioni su cui focalizzarne l'attenzione, selezionando quelle che meglio si prestano ad essere governate dallo stes-

¹ Tra le esperienze più avanzate nel contesto italiano si segnala quella della Regione Toscana, con un sistema consolidato di apprezzamento delle *performance* delle aziende basato su più di 130 indicatori (Nuti, 2007). Per una storia e alcune valutazioni sul *performance measurement* nell'esperienza britannica si veda Smith (2005).

so strumento ed escludendo, quindi, gli aspetti non specificamente attinenti al controllo economico, ossia alla relazione tra risorse e risultati. La stessa dimensione clinica potrà essere inserita nel processo di budget esclusivamente per gli aspetti economici, lasciando spazio ad altri meccanismi di gestione aziendali per lo sviluppo di funzioni di governo clinico, che richiedono un adeguato spazio di dialogo e discussione con la componente professionale, non sempre riscontrabile nel know-how che caratterizza i componenti di un ufficio programmazione e controllo di gestione.

Quanto detto finora pone però alcuni interrogativi di fondo. È dunque giusto considerare «superflue», se non addirittura «scorrette», tutte le dimensioni inserite nei sistemi di misurazione degli obiettivi di budget che non facciano esplicito riferimento ad impatti di tipo economico? Ma cosa significa esattamente «economico» in sanità? Più in particolare, è possibile esprimere i risultati di un'azienda sanitaria pubblica esclusivamente attraverso parametri «economici» in senso stretto? Al contrario, non si può forse ipotizzare che la multidimensionalità degli attuali sistemi di misurazione delle *performance* sia insita nel concetto stesso di risultato dell'attività, inteso come prodotto ceduto dalle aziende sanitarie pubbliche? È possibile costruire una scheda di budget che, pur rispondendo alle evidenti esigenze di multidimensionalità espresse dalle stesse aziende, non si limiti a una applicazione acritica dei modelli adottati a livello regionale?

Attraverso l'interpretazione del concetto di controllo economico nelle aziende sanitarie, inteso come equo rapporto tra risorse e risultati, e delle conseguenze che la mancanza di un vero e proprio meccanismo di scambio esercita sulla misurazione del valore dell'output ceduto (§ 17.2), il capitolo si pone l'obiettivo di rispondere ai quesiti sopra riportati. Il § 17.3 esplicita la metodologia di raccolta e analisi dei dati, soffermandosi sui criteri di classificazione degli indicatori utilizzati dalle aziende sanitarie pubbliche nei propri sistemi di budget. Il § 17.4 presenta i risultati della ricerca, evidenziando, da un lato, l'esistenza di uno stretto collegamento tra gli indicatori in uso nelle aziende sanitarie e le diverse dimensioni dell'output, dall'altro il grado di correlazione tra risultati prodotti e risorse consumate, insita nello stesso modello black-box su cui si basa il processo di budget. Infine, il § 17.5 propone alcune riflessioni conclusive. In particolare, la rilettura delle dimensioni maggiormente indagate nelle realtà esplorate aiuta a ricostruire uno schema di scheda di supporto alla negoziazione più coerente con le finalità del budget e, in ogni caso, in grado di rispondere alle esigenze di multidimensionalità espresse dalle aziende.

17.2 Controllo economico e valori di scambio in sanità

In presenza di condizioni di scambio tipiche dei meccanismi di mercato, il tema del controllo economico, inteso come adeguato rapporto tra risorse e risultati, si presenta abbastanza agevole. Nelle aziende sanitarie pubbliche, invece, la questione risulta sicuramente più problematica.

La presenza di un meccanismo di scambio consente, infatti, una misurazione oggettivata del valore di ciò che viene ceduto attraverso il principio del contrasto di interessi. Dal confronto tra utilità e sacrificio si formano i valori di scambio, misurati dai prezzi; il rapporto tra costi di produzione e prezzi di cessione, pertanto, costituisce di per sé una discriminante forte per i giudizi economici, a cui si aggiungono, con approssimazione successiva, valutazioni sulla qualità del risultato e sulle modalità attraverso cui è stato ottenuto (Borgonovi, 1990). Il prezzo, infatti, è di per sé in grado di esprimere il valore complessivo del prodotto/servizio erogato, comprensivo anche delle altre condizioni di scambio e di tutte le proprietà che lo caratterizzano (modalità di consegna, garanzie o forme di assistenza, ecc.).

Nelle aziende sanitarie, invece, i prodotti dell'attività sono prevalentemente ceduti senza un diretto corrispettivo economico, oppure con corrispettivi (le tariffe) che non hanno la funzione di oggettivare i giudizi di convenienza, ma che sono prevalentemente legati a scelte di politica sanitaria. La mancanza di una misura «oggettivata» dell'utilità prodotta ha indubbi riflessi sul sistema di regolazione economica, in quanto le risorse impiegate sono correlabili ai soli volumi di produzione, ma non all'utilità della produzione stessa, il che indebolisce la significatività del risultato economico quale indicatore sintetico di efficienti ed efficaci scelte di gestione.

In assenza dello scambio tipico viene, dunque, meno la percezione del valore di ciò che viene ceduto, nonché il giudizio economico sulla cessione dei risultati a condizioni rapportate alla loro utilità. Ciò impone di individuare forme più complesse di rappresentazione dei risultati e di affinare e rendere il più diffusamente accettati metodologie e strumenti di rilevazione dei risultati. Se poi si considerano la complessità dei processi di erogazione tipici delle aziende sanitarie, la non standardizzabilità di tali processi e la presenza di elevati livelli di autonomia professionale, risulta evidente la difficoltà di tradurre in indicatori sintetici, quantitativi e monetari gli obiettivi gestionali.

D'altro canto, l'assenza di scambio tipico non implica l'inesistenza di un qualche tipo di scambio in relazione alla convenienza reciproca tra azienda, nell'intento di raggiungere i propri obiettivi istituzionali, e utente, in relazione al soddisfacimento dei propri bisogni. Tale tipo di scambio si basa prevalentemente sulla capacità dell'azienda sanitaria di soddisfare l'utente al di là della convenienza economica valutata e verificata dall'utente stesso e di raggiungere un equilibrio tra utilità prodotta e ceduta e contributo richiesto, anche se non sempre riconducibile a una quantificazione in termini monetari (costi di tempo non monetizzabili in termini di utilità perché non oggetto di alternativa d'uso, condizioni di disagio nella fruizione di servizi, ecc.) (Fiorentini, 1990).

Nello scambio tra azienda sanitaria e utente, il servizio offerto, comprensivo di tutti gli elementi che generano valore per l'utente, rappresenta dunque l'elemento fondante, in quanto strumentale alla realizzazione e alla valutazione di uno

scambio soddisfacente. Ma quali elementi connotano l'aggettivo «soddisfacente» in relazione al servizio sanitario? La singola prestazione oggetto di scambio (tipologia di ricovero, prestazione ambulatoriale, esame diagnostico) è in sé sufficiente a misurare il valore di ciò che viene ceduto? Quali dimensioni del servizio è necessario misurare, a fronte del fatto che non esiste una misura di sintesi quale il prezzo di cessione?

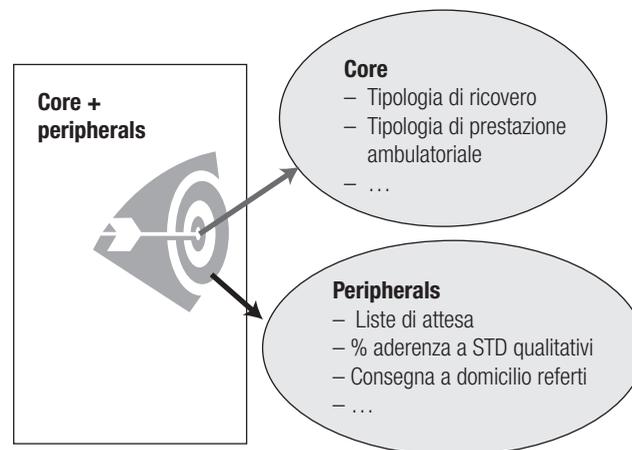
In questo senso, può essere di aiuto il concetto di prodotto, come sommatoria di attributi tangibili ed intangibili in grado di soddisfare attese, desideri o bisogni, ed il cui combinarsi fornisce una serie di benefici all'utilizzatore (Mintzberg, 1996).

Esso viene dunque inteso come insieme di elementi differenti, esprimibili in sanità attraverso (Figura 17.1):

- ▶ un contenuto sostanziale o cuore del servizio (*core*), caratterizzato dalla specifica attività tecnica (per esempio, la tipologia di ricovero). In particolare, il *core* è dato dall'insieme delle prestazioni/beni/servizi/attività riconducibili ad una prestazione specialistica (ad esempio, cardiologica);
- ▶ un contenuto collaterale (*peripheral*), rappresentato da specifici elementi aggiuntivi legati:
 - ◀ ad aspetti qualitativi, quali l'aderenza a determinati standard del servizio;
 - ◀ alle condizioni di cessione e alle condizioni di immagine. Rientrano in questa classe i tempi di attesa, la chiarezza delle informazioni, la disponibilità del personale infermieristico e medico, la consegna a domicilio dei referti, ecc.

È l'insieme complessivo di *core* e *peripheral* a generare benefici per l'utente e, conseguentemente, a determinare il livello di utilità prodotta, andando, in sintesi, a riflettere complessivamente il valore di ciò che viene ceduto.

Figura 17.1 **Il prodotto in sanità: le diverse dimensioni**



In altri termini, nelle aziende sanitarie, mancando un indicatore sintetico e oggettivo del valore di ciò che viene ceduto, diventa indispensabile considerare tutte le dimensioni del prodotto, affiancando gli indicatori in grado di rappresentare l'aspetto *core* (per esempio i DRG) con indicatori in grado di riflettere i *peripheral*. Ne consegue che, in sanità, una corretta individuazione dei risultati per fini di controllo economico supera le tradizionali concezioni che intendono le prestazioni solo in termini quantitativi, aprendosi a dimensioni di carattere più qualitativo (*peripheral* sanitari) o legate alle modalità di cessione (*peripheral* non sanitari).

17.3 Oggetto di indagine e metodologia della ricerca

Partendo da tali premesse, il progetto di ricerca si è posto l'obiettivo di investigare: (i) se l'elevata varietà degli indicatori utilizzati nei processi di budget dalle aziende sanitarie pubbliche derivi dalle caratteristiche stesse del prodotto sanitario e sia dunque ascrivibile all'assenza di un indicatore sintetico e oggettivo (prezzo) che rifletta il valore del prodotto stesso; (ii) se gli indicatori utilizzati esprimano adeguatamente la correlazione tra risorse e risultati, tipica dei meccanismi di controllo economico, e se la responsabilizzazione sull'utilizzo dei fattori produttivi sia dunque legata alle diverse dimensioni del fenomeno produttivo.

A tal fine, si è fatto riferimento agli indicatori raccolti attraverso una survey² condotta tramite questionari somministrati ai responsabili del Controllo di Gestione nell'aprile del 2008.

Ai fini di acquisire informazioni il più possibile complete e confrontabili e a fronte della consapevolezza delle specificità legate ai diversi ambiti di attività con riferimento alla misurazione delle performance, si è chiesto alle diverse aziende di indicare separatamente gli indicatori utilizzati nelle schede di budget dei seguenti centri di responsabilità:

- ▶ U.O. Chirurgia;
- ▶ Un Distretto a scelta (solo per ASL);
- ▶ U.O. Radiologia/ Diagnostica per immagini;
- ▶ U.O. Personale.

Per ciascuna area di responsabilità è stato, dunque, chiesto di indicare gli obiettivi da raggiungere e di classificare i correlati indicatori su 5 macro-aree di risultato:

² La popolazione obiettivo della survey era costituita da tutte le aziende sanitarie pubbliche presenti sul territorio nazionale al 31/12/07.

1. Area dell'efficienza gestionale;
2. Area della qualità/appropriatezza;
3. Area del governo della domanda;
4. Area del miglioramento organizzativo;
5. Altre aree di risultato (ad esempio, adempimenti obblighi informativi).

Il livello d'approfondimento richiesto dal questionario, condiviso con i curatori del Rapporto OASI e con alcuni significativi operatori del settore, ha consentito dunque di rilevare un numero particolarmente esteso di informazioni, che sono state successivamente rielaborate al fine di rispondere alle specifiche domande di ricerca.

In particolare, ai fini della ricerca qui presentata, gli indicatori sono stati riclassificati in relazione ai differenti fenomeni produttivi (ricoveri, specificando ove possibile il regime di erogazione, ossia ricovero ordinario e *day hospital*; prestazioni ambulatoriali; prestazioni diagnostiche; prestazioni per interniconsulenze o prestazioni intermedie; attività chirurgica; specifici percorsi del paziente).

Ciò ha consentito di selezionare solo quelle misure che facessero esplicito riferimento alla tipologia di servizi erogati, escludendo quindi eventuali indicatori non riconducibili direttamente ai fenomeni produttivi (ad esempio rispetto del budget a disposizione, ferie residue procapite) che sono stati conteggiati a parte (o come non classificabile – indicato nelle tabelle con «?» – o come non legato ad alcuna dimensione del prodotto – ad esempio, clima organizzativo, formazione, adempimenti burocratici, gestione del personale, ecc.)

All'interno delle diverse linee di prodotto, si è dunque proceduto ad identificare separatamente ciò che fosse riconducibile alla dimensione strettamente *core* (tutti gli indicatori relativi ai volumi di produzione e alla correlazione tra volumi di produzione e risorse consumate, precedentemente classificati nella macro-area efficienza gestionale, tenendo comunque distinti gli indicatori di risultato economico, rappresentati dal rapporto ricavi-costi, a fronte delle criticità legate ad una sua significatività a fini di valutazioni economiche in sanità) e ai *peripheral* (gli indicatori legati a standard di processo, nonché quelli relativi al governo della domanda, quali liste di attesa, tassi di fuga e *customer satisfaction* che fossero espressamente riportati ad uno specifico fenomeno produttivo, prece demente classificati nelle macro-aree qualità e appropriatezza e governo della domanda).

Si è dunque cercato, ove possibile, di far convergere nelle dimensioni *core* e *peripheral* le prime tre macro-aree di risultato rispetto alle quali era stato inizialmente costruito il questionario, opportunamente depurate degli indicatori non correlati ad uno specifico prodotto dell'attività.

In particolare, sono rientrati nella dimensione *core* tutti gli indicatori di efficienza gestionale riferibili a specifiche linee di produzione (area più scura nelle

tabelle di seguito riportate), mentre nella dimensione *peripheral* gli indicatori precedentemente classificati nelle aree qualità e appropriatezza e governo della domanda, sempre e solo se riconducibili ad una specifico prodotto (area intermedia nelle tabelle di seguito riportate). Le dimensioni di miglioramento organizzativo e quelle residuali, unitamente agli indicatori classificabili nelle prime tre macro-aree, ma non correlabili a fenomeni produttivi (i «?» e i «nessun fenomeno»), sono state tenute debitamente separate (area più chiara nelle tabelle di seguito riportate).

La Tabella 17.1 presenta l'abbinamento tra le dimensioni *core* e *peripheral* di prodotto e gli indicatori precedentemente classificati nelle macro-aree indagate nella prima fase della *survey*. Le prime due aree rappresentano il complesso degli indicatori riconducibili alla multidimensionalità insita nel concetto di prodotto.

Tabella 17.1 **La corrispondenza tra dimensioni del prodotto e indicatori precedentemente classificati nelle macro-aree di risultato**

TIPOLOGIA DI PRODOTTO (ES. RICOVERO ORDINARIO)	DIMENSIONE CORE	Efficienza gestionale (solo se indicatori riferibili al prodotto)	Indicatori di produttività Indicatori di rapporto costi-produzione (es. costo medio per punto DRG)
			Rapporto ricavi-costi
	PERIPHERALS	Qualità e appropriatezza (solo se indicatori riferibili al prodotto)	Indicatori di riorientamento del mix di produzione (es numero dei ricoveri chirurgici su totale ricoveri) Indicatori di eccellenza dei processi (es. attrattività) Indicatori di rischio
		Governo della domanda (solo se indicatori riferibili al prodotto)	Indicatori relativi ai tempi di attesa Indicatori relativi ai tassi di fuga Indicatori relativi alla capacità di rispondere alle aspettative degli utenti
	INDICATORI NON LEGATI A DIMENSIONI DEL PRODOTTO	Aree del Miglioramento organizzativo e residuale (es. formazione, clima, etc)	Formazione Partecipazione alle politiche aziendali Indicatori di clima organizzativo Indicatori relativi allo sviluppo di know-how nel personale Adempimenti burocratici
		Altri indicatori non riconducibili ad una specifica linea di produzione («?» e «nessun fenomeno»)	Costo complessivo di cdr Ferie residue procapite Rispetto budget costi

17.4 I risultati dell'indagine

17.4.1 Il punto di partenza

I risultati presentati in questo paragrafo fanno riferimento alle aziende che hanno risposto alla *survey* e che rappresentano il 18% circa delle ASL e Aziende Ospedaliere presenti sull'intero territorio nazionale al 31/12/2007. Si tratta, in particolare, di aziende con livelli di anzianità degli strumenti di programmazione e controllo (del budget nello specifico) fortemente eterogenei, compresi in un intervallo fra 2 e 14 anni e pari, in media, a 8,5 anni (Tabella 17.2).

Tabella 17.2 **Il campione delle aziende che hanno risposto interamente al questionario e l'anzianità della funzione di P&C**

Tipologia Azienda	Area ISTAT	Numero di anni di utilizzo degli strumenti di P&C		
		Valore minimo	Valore Massimo	Valore Medio
AO	Nord	9	13	9,9
	Centro	2	12	7,4
	Sud	5	10	6,8
	Totale AO	2	13	8,3
ASL	Nord	6	14	9,9
	Centro	3	10	7,6
	Sud	3	9	6,0
	Totale ASL	3	14	8,6
Totale complessivo		2	14	8,5

17.4.2 Linee di prodotto e dimensioni presidiate

L'analisi proposta persegue, come prima finalità, quella di rileggere gli indicatori utilizzati in relazione ai differenti fenomeni produttivi, anche al fine di evidenziare quali linee di produzione vengono prevalentemente presidiate dalle aziende sanitarie pubbliche e rispetto a quali dimensioni.

La riclassificazione degli indicatori, precedentemente inseriti nelle 5 macro-aree, per linee di produzione e dimensioni del prodotto consente di utilizzare lo schema di sintesi dei risultati proposto nelle tabelle di seguito riportate.

In particolare la dimensione delle righe rilegge le diverse linee di produzione (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, etc) e permette di misurare il loro livello di presidio (% di indicatori riferiti a quella specifica linea di prodotto).

La dimensione delle colonne, che evidenzia la macro-area presidiata, rapportata al fenomeno produttivo indagato (le righe), consente di individuare gli indicatori che misurano le diverse dimensioni del prodotto (in grigio scuro la parte *core*, in grigio la parte *peripheral*), nonché di valutare la percentuale di indicatori adottati dalle aziende sanitarie non direttamente riconducibili al concetto di prodotto (colonne «?» e «nessun fenomeno» relativi alle prime quattro macro-aree e area del miglioramento organizzato).

L'analisi ha evidenziato, da subito, come, complessivamente, le tre unità organizzative sanitarie (Chirurgia, Distretto, Radiologia) non utilizzino misure esclusivamente riferite ai fenomeni produttivi.

Analizzando nel dettaglio l'U.O. Chirurgia, è necessario distinguere i comportamenti delle AO da quelli delle ASL. Con riferimento alle AO (Tabella 17.3):

- Più del 50% degli indicatori si riferisce ai ricoveri (RO, DH e ricoveri in generale), dei quali la dimensione prevalentemente presidiata è l'efficienza gestionale (*core*), seguita dalla qualità/appropriatezza e molto meno dal governo della domanda (*peripheral*). Buona parte degli indicatori si riferiscono co-

Tabella 17.3 **U.O. Chirurgia, AO: i principali fenomeni produttivi e le dimensioni presidiate (in grigio ■■ gli indicatori di prodotto – *core* + *peripheral* –)**

Linee di prodotto	Dimensioni del fenomeno produttivo presidiate						
	Incidenza del fenomeno produttivo sul totale degli indicatori	Efficienza gestionale	Rapporto proventi-costi	Qualità/appropriatezza	Governo della domanda	Miglioramento organizzativo	Altro
Attività chirurgica	7,0%	31,8%	0,0%	31,8%	13,6%	22,7%	0,0%
Percorsi	7,9%	4,0%	0,0%	68,0%	4,0%	24,0%	0,0%
Prestazioni ambulatoriali	9,5%	40,0%	0,0%	3,3%	36,7%	13,3%	6,7%
Prestazioni per interni	0,3%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ricoveri	33,9%	43,0%	0,0%	30,8%	4,7%	20,6%	0,9%
Ricoveri DH	7,9%	56,0%	0,0%	40,0%	0,0%	4,0%	0,0%
Ricoveri RO	8,5%	44,4%	0,0%	44,4%	0,0%	11,1%	0,0%
?	2,5%	12,5%	0,0%	37,5%	0,0%	50,0%	0,0%
Nessun fenomeno	22,5%	22,5%	4,2%	25,4%	9,9%	36,6%	1,4%
Totale	100,0%	34,8%	0,9%	32,0%	8,5%	22,5%	1,3%

- munque a dimensioni di tipo organizzativo non sempre riconducibili, come detto, al concetto di prodotto (es. % SDO chiuse entro 15 gg dalla dimissione).
- ▶ Solo il 10% circa degli indicatori riguarda le prestazioni ambulatoriali, di cui si monitora principalmente la dimensione *core* (efficienza gestionale) e di governo della domanda (*peripheral*).
 - ▶ All'attività chirurgica è riservato solo il 7% degli indicatori. Questo fenomeno, tuttavia, è quello misurato in maniera più completa, dal momento che gli indicatori presidiati fanno riferimento sia a dimensioni *core* (efficienza gestionale) che a *peripheral* (qualità e appropriatezza e governo della domanda), nonché a aree non sempre riconducibili alla dimensione di prodotto (es. tempo medio intercorso tra data intervento e data consolidamento scheda).
 - ▶ Ai percorsi del paziente è dedicato il 7,9% degli indicatori, 2/3 dei quali utilizzati per presidiare la dimensione *peripheral* (qualità e appropriatezza).

Quanto alle ASL (Tabella 17.4):

- ▶ Poco più del 40% degli indicatori si riferisce ai ricoveri (RO, DH e ricoveri in generale), dei quali la dimensione prevalentemente presidiata è quella legata ai *peripheral* (qualità/appropriatezza e governo della domanda) coerentemente con la natura stessa dell'azienda, non tanto orientata alla produzione, quanto all'adeguatezza della risposta ai bisogni della popolazione, a cui si aggiunge comunque la dimensione dell'efficienza gestionale (*core*).
- ▶ Più del 16% degli indicatori è riferito alle prestazioni ambulatoriali, di cui si monitora soprattutto la dimensione del governo della domanda (*peripheral* prevalentemente legati ai tempi di attesa), seguita dall'efficienza gestionale (*core*).
- ▶ Ai percorsi del paziente, ancora una volta in coerenza con la mission delle ASL, tese a fornire una risposta completa ai bisogni assistenziali a prescindere dal livello di cura necessario, è dedicato più del 10% degli indicatori, 3/4 dei quali utilizzati per presidiare la dimensione della qualità / appropriatezza (*peripheral*, come ad esempio % linee guida condivise con MMG).

L'U.O. Distretto (Tabella 17.5) presenta le seguenti peculiarità:

- ▶ Più del 50% degli indicatori è destinato a misurare le prestazioni specialistiche. Per le prestazioni genericamente intese e le prestazioni ambulatoriali, la dimensione più presidiata è quella *core* (efficienza gestionale), mentre per le prestazioni diagnostiche l'area esclusivamente presidiata (89%) è legata a *peripheral* (governo della domanda), in virtù della funzione di risposta ai bisogni della popolazione di riferimento alla quale sono chiamati i distretti sanitari.
- ▶ Ai percorsi del paziente è dedicato il 12,1% degli indicatori, più della metà dei quali utilizzati per presidiare l'area della qualità / appropriatezza.

506 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

Tabella 17.4 **U.O. Chirurgia, ASL: i principali fenomeni produttivi e le dimensioni presidiate** (in grigio ■ ■ gli indicatori di prodotto – core + pheripheral –)

Linee di prodotto	Dimensioni del fenomeno produttivo presidiate						
	Incidenza del fenomeno produttivo sul totale degli indicatori	Efficienza gestionale	Rapporto proventi-costi	Qualità/appropriatezza	Governo della domanda	Miglioramento organizzativo	Altro
Attività chirurgica	8,7%	22,7%	0,0%	45,5%	4,5%	27,3%	0,0%
Percorsi	10,2%	3,8%	0,0%	76,9%	11,5%	7,7%	0,0%
Prestazioni ambulatoriali	16,1%	41,5%	0,0%	9,8%	46,3%	0,0%	2,4%
Ricoveri	34,3%	39,1%	0,0%	32,2%	8,0%	20,7%	0,0%
Ricoveri DH	3,1%	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ricoveri RO	5,5%	42,9%	0,0%	57,1%	0,0%	0,0%	0,0%
?	2,0%	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nessun fenomeno	20,1%	41,2%	5,9%	17,6%	3,9%	27,5%	3,9%
Totale	100,0%	34,3%	1,2%	35,0%	12,6%	15,7%	1,2%

Tabella 17.5 **U.O. Distretto: i principali fenomeni produttivi e le dimensioni presidiate** (in grigio ■ ■ gli indicatori di prodotto – core + pheripheral –)

Linee di prodotto	Dimensioni del fenomeno produttivo presidiate						
	Incidenza del fenomeno produttivo sul totale degli indicatori	Efficienza gestionale	Rapporto proventi-costi	Qualità/appropriatezza	Governo della domanda	Miglioramento organizzativo	Altro
Percorsi	12,1%	7%	0%	58%	24%	11%	0%
Prestazioni	37,3%	60%	1%	9%	24%	7%	0%
Prestazioni ambulatoriali	14,2%	58%	0%	4%	28%	9%	0%
Prestazioni diagnostiche	2,4%	11%	0%	0%	89%	0%	0%
Ricovero	1,1%	0%	0%	75%	25%	0%	0%
?	0,3%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Nessun fenomeno	32,7%	39%	1%	13%	7%	35%	5%
Totale	100,0%	45%	1%	16%	20%	17%	2%

Tabella 17.6 **U.O. Radiologia, AO: i principali fenomeni produttivi e le dimensioni presidiate (in grigio ■ ■ gli indicatori di prodotto –core + peripheral –)**

Linee di prodotto	Dimensioni del fenomeno produttivo presidiate						
	Incidenza del fenomeno produttivo sul totale degli indicatori	Efficienza gestionale	Rapporto proventi-costi	Qualità/appropriatezza	Governo della domanda	Miglioramento organizzativo	Altro
Percorsi	5,5%	11,1%	0,0%	44,4%	11,1%	33,3%	0,0%
Prestazioni diagnostiche	28,7%	55,3%	6,4%	6,4%	6,4%	25,5%	0,0%
Prestazioni per esterni	15,2%	40,0%	0,0%	16,0%	28,0%	12,0%	4,0%
Prestazioni per interni	7,3%	58,3%	0,0%	0,0%	8,3%	33,3%	0,0%
Nessun fenomeno	43,3%	19,7%	1,4%	29,6%	8,5%	40,8%	0,0%
Totale	100,0%	35,4%	2,4%	19,5%	11,0%	31,1%	0,6%

Per analizzare l'U.O. Radiologia è di nuovo necessario distinguere tra AO e ASL. Con riferimento alle AO (Tabella 17.6):

- ▶ Più del 40% degli indicatori non presidia alcun fenomeno di produzione, ma è riferito a obiettivi generici di riqualificazione organizzativa complessiva e di riduzione dei costi.
- ▶ Più della metà degli indicatori è riferita alle prestazioni, di cui si monitora prevalentemente la dimensione *core* (efficienza gestionale), e, nel caso delle prestazioni per esterni, quella dei *peripheral* (governo della domanda, ad esempio liste di attesa, e della qualità / appropriatezza).
- ▶ Ai percorsi del paziente è dedicato solo il 5,5% degli indicatori, con cui si monitorano le aree di qualità / appropriatezza, miglioramento organizzativo e, in parte, efficienza gestionale e governo della domanda.

Quanto alle ASL (Tabella 17.7):

- ▶ Il 35% degli indicatori non presidia alcun fenomeno di produzione, ma è riferito prevalentemente a obiettivi di riqualificazione organizzativa complessiva.
- ▶ Più della metà degli indicatori è riferita alle prestazioni, di cui si monitora prevalentemente la dimensione *core* (efficienza gestionale), nel caso delle prestazioni per interni e di quelle diagnostiche in generale, e la dimensione del governo della domanda (*peripheral*), nel caso delle prestazioni per esterni.

Tabella 17.7 **U.O. Radiologia, ASL: i principali fenomeni produttivi e le dimensioni presidiate (in grigio ■■ gli indicatori di prodotto – core + peripheral –)**

Linee di prodotto	Dimensioni del fenomeno produttivo presidiate						
	Incidenza del fenomeno produttivo sul totale degli indicatori	Efficienza gestionale	Rapporto proventi-costi	Qualità/appropriatezza	Governo della domanda	Miglioramento organizzativo	Altro
Percorsi	11,8%	5,3%	0,0%	84,2%	0,0%	10,5%	0,0%
Prestazioni diagnostiche	23,0%	51,4%	2,7%	10,8%	27,0%	8,1%	0,0%
Prestazioni per esterni	19,9%	37,5%	0,0%	15,6%	40,6%	3,1%	3,1%
Prestazioni per interni	9,9%	43,8%	0,0%	6,3%	43,8%	6,3%	0,0%
Nessun fenomeno	35,4%	28,1%	3,5%	19,3%	5,3%	40,4%	3,5%
Totale complessivo	100,0%	34,2%	1,9%	23,0%	20,5%	18,6%	1,9%

- ▶ Ai percorsi del paziente è dedicato quasi il 12% degli indicatori, di cui si monitora solo l'area della qualità e appropriatezza.

Complessivamente, nelle tre unità organizzative analizzate, le linee di prodotto più monitorate sono quelle relative alle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche (35%), seguite dai ricoveri (21%). Quasi il 30% degli indicatori, invece, non presidia alcun fenomeno produttivo specifico (Figura 17.2). La Figura 17.3 presenta, per ciascuna linea di prodotto, le dimensioni maggiormente presidiate.

In sintesi è possibile rilevare che:

- ▶ Le dimensioni di prodotto prevalentemente monitorate sono (i) efficienza gestionale (*core*) per le attività di produzione più tradizionali (ricovero e prestazioni); (ii) qualità e appropriatezza (*peripheral*) per i percorsi (per la loro specifica funzione) e l'attività chirurgica (anche a causa dei limiti del sistema di contabilità analitica, che non producono informazioni a livello di specifiche attività).
- ▶ Gli aspetti strettamente economici (per lo meno rispetto al rapporto ricavi-costi) risultano poco presidati.
- ▶ L'attenzione ad aspetti organizzativi ed altre dimensioni non direttamente riconducibili agli elementi caratterizzanti il prodotto è comunque spesso significativa.

Figura 17.2 I fenomeni produttivi presidiati: una lettura di sintesi

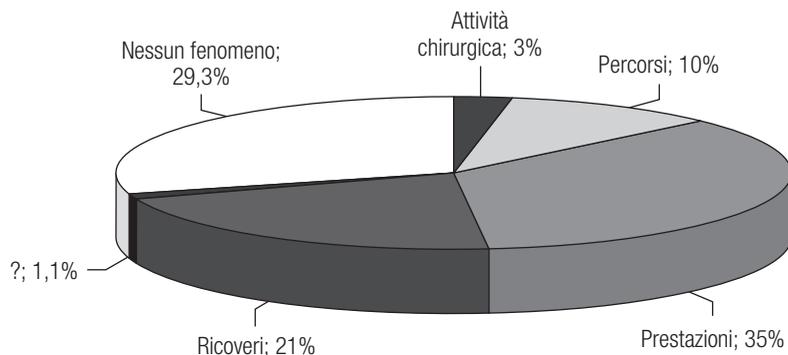
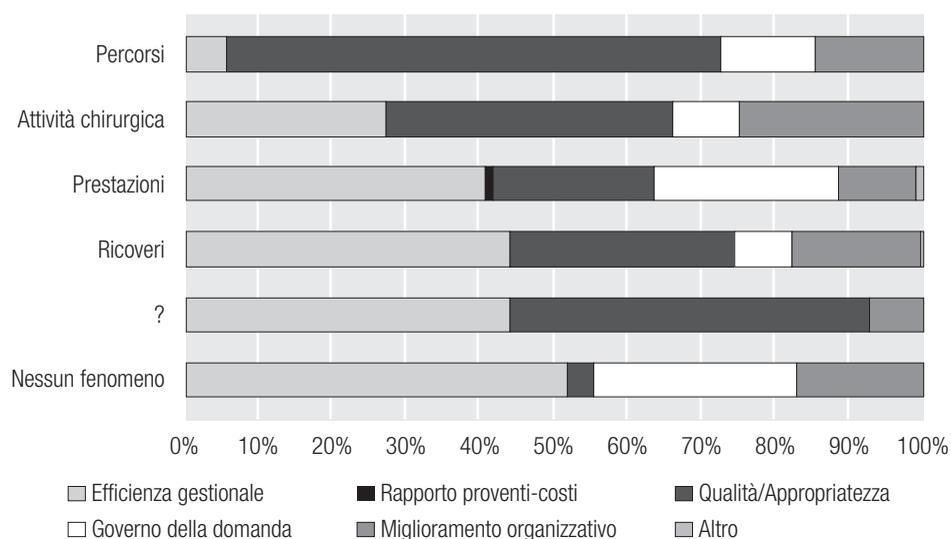


Figura 17.3 Le dimensioni presidiate per ogni fenomeno produttivo



17.4.3 I costi presidiati per le differenti tipologie di fenomeni produttivi

Particolare attenzione è poi stata data all'analisi dei costi. Ciò ha consentito di ricostruire le tipologie di costi maggiormente presidiate e l'effettivo livello di correlazione tra risorse e risultati presidiato nelle schede di budget.

Nello specifico, gli indicatori di costo sono stati riclassificati in:

- Indicatori tesi a monitorare i costi variabili (materiale di consumo sanitario, materiale di consumo non sanitario, materiale di consumo – ove non ne sia specificata la natura –, prestazioni intermedie);

510 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

- ▶ Costi fissi (personale, posti letto, tecnologie);
- ▶ Costi complessivi indistinti e dunque non correlati a specifici fenomeni produttivi.

Complessivamente, le quattro unità organizzative analizzate (Chirurgia, Distretto, Radiologia, Personale) utilizzano un numero limitato di misure di assorbimento di risorse (Figura 17.4): da un minimo del 13,7% del totale degli indicatori utilizzati nel distretto, ad un massimo del 22,8% in radiologia.

Le tipologie di costo presidiate nelle quattro UU.OO. sono rappresentate in Figura 17.5.

Figura 17.4 **Percentuale di indicatori utilizzati in ogni U.O. per presidiare aspetti di costo**

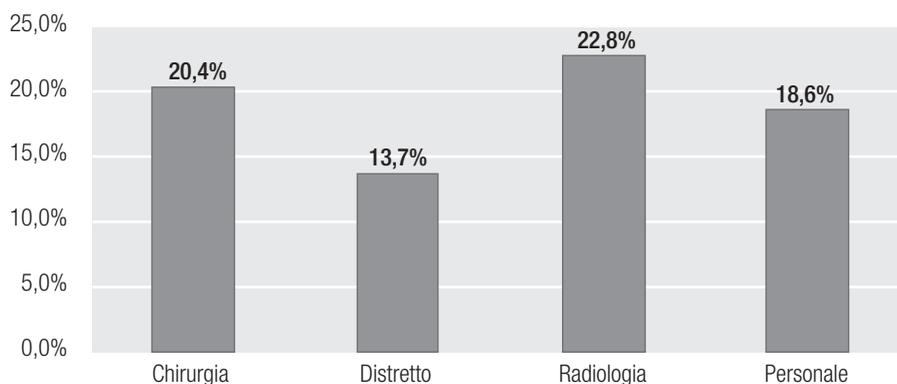
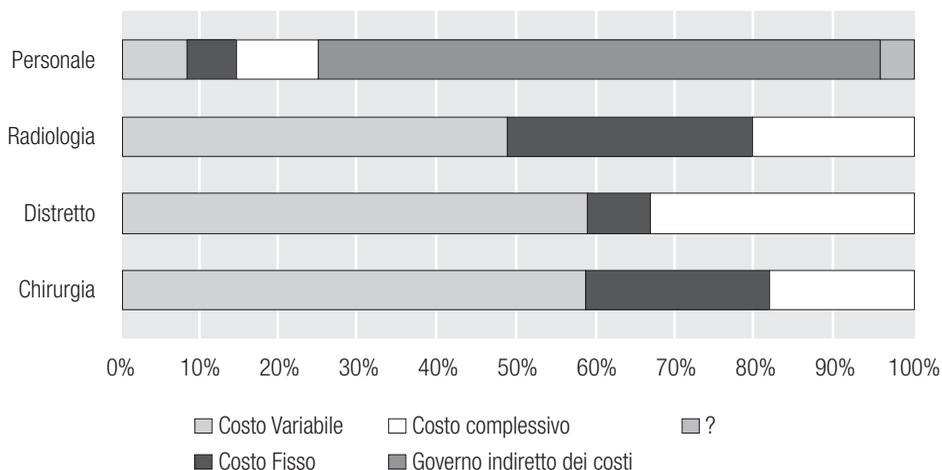


Figura 17.5 **Le tipologie di costi presidiate per ogni U.O.**



Passando ad analizzare le tipologie di costo prevalentemente presidiate per ogni linea di produzione, va innanzi tutto ribadito come l'indagine non abbia potuto riguardare l'U.O. Personale. Rilevandosi inoltre comportamenti sostanzialmente uniformi tra ASL e AO, si è ritenuto non opportuno distinguere tra le due tipologie di aziende.

Nell'U.O. Chirurgia (Tabella 17.8), i fenomeni produttivi più presidati in termini di indicatori di costo sono i ricoveri. Quando si fa riferimento ai ricoveri in generale si monitorano prevalentemente i costi variabili (69% degli indicatori di costo) (materiale di consumo sanitario e prestazioni intermedie) mentre con riferimento ai ricoveri, specificamente distinti in RO e DH, si monitorano esclusivamente i costi fissi associati ai posti letto. Attività chirurgica, percorsi e prestazioni ambulatoriali, qualora misurate in termini di costo, vengono osservate rispetto ai soli costi variabili e in particolare rispetto ai costi dei materiali di consumo. Infine, un elevato numero di indicatori di costo (prevalentemente costi variabili) non è associato ad alcun fenomeno di produzione.

Anche con riferimento all'U.O. Distretto (Tabella 17.9), l'unico fenomeno presidiato in termini di costo è rappresentato dalle prestazioni specialistiche, di cui vengono rilevati prevalentemente i costi variabili associati al consumo di materiale sanitario e, in misura minore, i costi complessivi dell'attività.

Nell'U.O. Radiologia (Tabella 17.10), i fenomeni produttivi maggiormente presidati in termini di indicatori di costo sono le prestazioni. Quando si fa riferimento alle prestazioni diagnostiche in generale, si monitorano prevalentemente i costi variabili (materiale di consumo sanitario), mentre, laddove specificato, nelle prestazioni per esterni si monitorano prevalentemente i costi complessivi e, solo in parte, i costi fissi (tendenzialmente personale). I percorsi, qualora rappresentati in termini di costo, sono osservati nella sola dimensione dei costi variabili e specificamente delle prestazioni intermedie. Infine, un elevato numero di indicatori di costo (variabili, fissi e complessivi) non è associato ad alcuna linea di produzione.

In sintesi è possibile affermare che:

- ▶ Si registra complessivamente un numero limitato di indicatori di costo (mediamente poco più del 15% degli indicatori), forse ascrivibile, come si riprenderà nelle conclusioni, ad una maggiore facilità di costruzione di indicatori sintetici (a differenza che per gli output);
- ▶ Laddove i costi vengono monitorati, si evidenzia una prevalente attenzione ai costi variabili (in particolare materiale di consumo sanitario), mentre con riferimento ai costi fissi il fattore produttivo più presidiato è rappresentato dai posti letto.
- ▶ Un'alta percentuale di indicatori di costo non è correlata a fenomeni di produzione. Un'altra quota significativa fa riferimento a costi complessivi anziché presidiare specifici fattori produttivi.

512 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

Tabella 17.8 U.O. Chirurgia: i costi presidiati per tipologia di fenomeno produttivo

Linee di prodotto	Totale indicatori costo		Costi variabili				Costi fissi			Costo complessivo	
	Materiale consumo sanitario	Materiale consumo sanitario	Materiale consumo sanitario	Prestazioni intermedie	% indicatori relativi a Costo Variabile su totale indicatori di costo	Personale	Posti Letto	% indicatori relativi a Costo Fisso su totale indicatori di costo			
Attività chirurgica	5%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Percorsi	8%	25%	75%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Prestazioni ambulatoriali	6%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	50%
Prestazioni per interni	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ricovero	26%	9%	49%	0%	43%	25%	75%	69%	0%	16%	16%
Ricovero DH	18%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
Ricovero RO	10%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
Nessun fenomeno	37%	28%	52%	8%	12%	89%	0%	56%	11%	20%	24%
Totale	20%	16%	54%	3%	26%	37%	59%	59%	4%	23%	18%

Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità 513

Tabella 17.9 U.O. Distretto: i costi presidiati per tipologia di fenomeno produttivo

Linee di prodotto	Totale indicatori costo	Costi variabili		% indicatori relativi a Costo Variabile su totale indicatori di costo		Costi fissi		% indicatori relativi a Costo Fisso su totale indicatori di costo
		Materiale di consumo	Materiale di consumo sanitario	Personale	Costo Fisso			
Percorsi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Prestazioni	9%	0%	100%	69%	0%	0%	0%	31%
Prestazioni ambulatoriali	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Prestazioni diagnostiche	11%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Ricovero	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nessun fenomeno	30%	10%	90%	54%	100%	11%	11%	35%
Totale	14%	7%	93%	59%	100%	8%	8%	33%

514 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

Tabella 17.10 UU.00 Radiologia: i costi presidiati per tipologia di fenomeno produttivo

Linee di prodotto	Totale indicatori di costo			Costi variabili			Costi fissi			Costi complessivi
	Materiale di consumo	Materiale di consumo non sanitario	Materiale di consumo sanitario	Materiale	Prestazioni intermedie	% indicatori relativi a Costo variabile su totale indicatori di costo	Personale	Tecnologie	% indicatori relativi a Costo Fisso su totale indicatori di costo	
Percorsi	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%
Prestazioni diagnostiche	6%	0%	94%	0%	0%	55%	67%	33%	29%	16%
Prestazioni per esterni	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	33%	67%
Prestazioni per interni	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nessun fenomeno	56%	11%	28%	6%	6%	46%	85%	15%	33%	21%
Totale	31%	6%	58%	6%	6%	49%	78%	22%	31%	20%

17.5 Conclusioni

All'interno delle problematiche legate al controllo economico e al connesso rapporto risorse-risultati, il tema della misurazione delle *performance* ha rappresentato, negli ultimi anni, oggetto di rilevante interesse sia nel mondo accademico che in quello manageriale, aprendo verso approcci cosiddetti evoluti e principalmente caratterizzati dalla molteplicità delle dimensioni di analisi.

Nella realtà delle imprese, tutto ciò è stato spesso giustificato da una storica sottovalutazione delle determinanti delle *performance*, che ha condotto a privilegiare la sola dimensione economico-finanziaria, a fronte del fatto che il prezzo, in ogni caso, rappresenta di per sé una misura oggettivata e sintetica del valore della produzione. In contesti di mercato ciò ha posto in secondo piano l'individuazione e l'esplicitazione dei meccanismi attraverso cui si esprime la logica economica e di come una conoscenza esplicita di tali meccanismi possa contribuire a un miglior governo delle attività e alla ricerca di un'offerta di servizi adeguata negli aspetti quantitativi e qualitativi.

Tale impostazione è stata col tempo superata o, meglio, è entrata in crisi nel momento in cui ci si è resi conto che un sistema di misurazione efficace avrebbe dovuto consentire di leggere anticipatamente i fenomeni, identificando e tenendo sotto osservazione le condizioni e le determinanti delle *performance* economiche di medio-lungo periodo. Coerentemente, si sono sviluppati strumenti di misurazione (tra i quali la *Balanced Scorecard* è sicuramente la più conosciuta e utilizzata) in grado di esprimere la complessità e l'interdipendenza dei fattori che, nel tempo, concorrono a determinare la *performance* economico-finanziaria, che rimane comunque il principale vettore dei comportamenti.

Nelle aziende sanitarie pubbliche il quadro è profondamente diverso. La natura stessa di tali aziende, la mancanza di un indicatore di sintesi «oggettivato» che esprima il valore dei risultati dell'attività, la conseguente necessaria multidimensionalità con cui si esprime il prodotto/servizio erogato, producono una spontanea e fisiologica tendenza a una multidimensionalità dei sistemi di misurazione che sorreggono il processo di controllo. In questo senso, la complessità del sistema di indicatori consente di rappresentare efficacemente le molteplici dimensioni lungo le quali si esprimono i risultati delle aziende sanitarie e delle loro articolazioni organizzative e non è quindi dovuta, come nelle imprese, alla necessità di monitorare le determinanti delle *performance* economiche di lungo periodo, ma alla natura stessa del prodotto.

La stessa storia del budget applicato alle aziende sanitarie ha evidenziato fin dalla nascita la presenza, nelle schede utilizzate per la negoziazione degli obiettivi, di una varietà di indicatori che andavano al di là della dimensione economico-finanziaria o comunque *core* (per esempio le liste di attesa). Si no-

ti che il periodo in questione è la fine degli anni Ottanta, quando ancora nel mondo delle imprese non si parlava di *Balanced Scorecard*, né di altri strumenti di misurazione di prospettive diverse da quella economico-finanziaria. In questo senso, molto spesso l'applicazione alla sanità delle logiche di controllo cosiddette emergenti non rappresenta altro che una sistematizzazione (attraverso le quattro prospettive originarie della BSC, o altre ritenute più coerenti con le specificità del settore sanitario) degli esistenti indicatori di budget.

Non sorprende, dunque, che i sistemi di misurazione dei risultati, nelle aziende sanitarie, siano caratterizzati da estese articolazioni degli indicatori. Sorprende, invece, che ciò sia vissuto come novità, spesso ascrivibile allo sviluppo, nel mondo delle imprese, di nuovi strumenti di management quali, appunto, la BSC. In altri termini, non si vuole certo criticare la multidimensionalità degli indicatori di per sé. Si ritiene però necessario inserirla in un contesto più specifico, spesso trascurato nei suoi elementi caratterizzanti, che induce a rileggere tale multidimensionalità come caratteristica intrinseca nello stesso concetto di prodotto, come insieme di elementi *core* e *peripheral*, la cui utilità è difficilmente misurabile con indicatori esclusivamente di carattere economico.

In quest'ottica, il concetto di misurazione delle *performance* nei sistemi di programmazione e controllo di gestione si arricchisce. Non deve però svilupparsi attraverso approcci che non gli sono propri, di specie eterogenea e talvolta perfino in contraddizione, perché costruiti per finalità di tipo strategico o di miglioramento organizzativo. Non si tratta dunque di teorizzare un approccio a 360° circa le dimensioni da monitorare attraverso i sistemi di programmazione e controllo di gestione, ma di identificare le dimensioni più coerenti con lo strumento utilizzato (il budget) e con la logica che lo sottende, tesa a un miglioramento dell'equilibrio tra risorse e risultati gestionali.

In questo senso, il concetto di prodotto risulta particolarmente utile, in quanto consente di identificare le dimensioni da misurare attraverso indicatori, che possono dunque svilupparsi in maniera differente a seconda delle specificità di ogni singola azienda e delle scelte del management e comunque in linea con le criticità specifiche di ogni singola unità organizzativa nell'erogazione dei servizi. Le dimensioni del prodotto potrebbero quindi orientare i criteri attraverso cui le aziende sanitarie selezionano i propri set di indicatori, superando la situazione attuale, in cui lo spettro di dimensioni prese in considerazione non sempre è rapportato ai fenomeni produttivi, rischiando di appesantire e confondere il processo di responsabilizzazione a fronte della focalizzazione su ambiti di valutazione non del tutto adeguati.

Al riguardo, la ricerca ha mostrato che, senza un'evidente consapevolezza del concetto di controllo economico e della multidimensionalità del prodotto, le aziende finiscono per inserire nel set di indicatori misure tese a valutare ambiti di governo estranei al budget, come quelle orientate a meri aspetti di miglioramen-

to organizzativo (clima interno, sviluppo di know-how, informatizzazione delle procedure, ecc.), aspetti che la nostra analisi ha tenuto opportunamente separati dalle dimensioni di prodotto e che risultano comunque essere, in alcuni ambiti, di dimensioni significative.

La rilevanza degli indicatori riferiti al fenomeno produttivo «percorsi» (mediamente il 10% degli indicatori utilizzati dalle aziende sanitarie), inoltre, riflette la tendenza a non identificare più il prodotto con la singola prestazione erogabile da un'unica articolazione organizzativa, ma a intenderlo come insieme di attività e prestazioni integrate tra loro e atte a rispondere a uno specifico bisogno di salute. Ed è quindi proprio con riferimento al fenomeno dei percorsi che le dimensioni più presidiate sembrano riguardare i *peripheral* (qualità, appropriatezza, governo della domanda).

La bassa attenzione agli aspetti strettamente economici è resa particolarmente evidente dalla limitatissima percentuale di indicatori che mettono in rapporto costi e ricavi (in coerenza con la non significatività del risultato economico quale indicatore sintetico di efficienti ed efficaci scelte di gestione in sanità). Un'ulteriore conferma potrebbe inoltre venire dall'analisi degli indicatori espressivi dell'utilizzo di risorse: solo poco più del 15% delle misure è legato ai costi, per di più spesso senza una correlazione diretta a specifici fenomeni o fattori produttivi. In ogni caso, il numero limitato di indicatori di costo, è senz'altro giustificato dalle ormai ampiamente consolidate logiche di misurazione degli *input*, che trovano un ordinamento logico ed espressivo nelle diverse categorie di costi, lasciando dunque al versante dei risultati maggiori livelli di problematicità, che si traducono in un più ampio set di misure utilizzate.

In sintesi, la ricerca ha comunque evidenziato la possibilità di rileggere secondo le dimensioni del prodotto la gran parte degli indicatori utilizzati.

In quest'ottica, la Tabella 17.11 propone un possibile schema di riferimento per la costruzione di una scheda di budget secondo la logica sopra esposta. Il confronto con la scheda di origine (articolata per prospettive e rappresentata nella Tabella 17.12) evidenzia una maggiore leggibilità e un ordine logico in linea con gli assunti di fondo dei processi di budget, nonché l'esclusione di alcuni indicatori effettivamente non governabili attraverso lo strumento del budget.

Tabella 17.11 **Proposta di scheda di budget articolata per linee di prodotto**

Indicatore	Variabile da governare	Budget negoziato
Area ricoveri ordinari		
Tasso di disoccupazione		=
% DRG medici	Efficienza gestionale	<
Degenza media preoperatoria		<
N. prestazioni intermedie per paziente		=
Valore medio DRG RO	Produttività	>
Fatturato extra tetto		50%
% ricoveri ordinari non confermati ai controlli ASL (campione casuale)	Appropriatezza	< anno 2009
Applicazione delle linee guida per l'ospedale senza dolore	qualità	% cartelle con scheda del dolore compilate > = 70% (verifica a campione)
Area dei DH		
N. accessi	Produttività	=
% ricoveri day hospital/day surgery non confermati ai controlli ASL (campione casuale)	Appropriatezza	< anno 2009
Area attività ambulatorie		
N. prestazioni ambulatoriali	Produttività	>
Area degli interventi chirurgici		
Costi beni di consumo sanitario per intervento chirurgico	Efficienza gestionale	=
Area della libera professione		
Valore libera professione interna: att. ricovero	Produttività	=

Fonte: Adattamento da proposta di scheda di Budget 2010 dell'AO S. Paolo di Milano

Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità 519

Tabella 17.12 **Scheda di budget multidimensionale attualmente utilizzata nelle aziende sanitarie**

Indicatore	Budget negoziato
Indicatori di attività	
Posti letto RO effettivi	=
Tasso di occupazione	=
Ricoveri Ordinari	>
Degenza media RO	=
% DRG medici	<
n. sedute operatorie in elezione RO	=
N. interventi medi per seduta operatoria (RO)	>
Posti letto DH	=
N. casi DH/DS	>
N. accessi DH/DS	>
N. sedute operatorie in elezione DS	>
N. interventi medi per seduta operatoria (DS)	>
N. prestazioni ambulatoriali	>
N. prestazioni operative (ERCP, protesi e ecoendoscopia) (incremento a partire da maggio)	>
Indicatori economici	
Valore medio DRG RO	>
Valore medio DRG DH/DS	>
Costo prestazioni intermedie per ricovero	=
Costo beni sanitari per ricovero	=
Costo beni sanitari di reparto per ricovero	=
Fatturato lombardi	=
Fatturato extra tetto	>
Fatturato extra regionale	>
Valore convezioni (fuori orario di servizio)	>
Valore libera professione interna: att. ambulatoriale	=
Valore libera professione interna: att. ricovero	=
Indicatori qualitativi	
N. moduli «Applicazione del protocollo prelievo cornee» correttamente compilati/n. decessi	> = 90%
N. prelievi cornee	1
Riorganizzazione dell'accesso del paziente da PS in collaborazione con la Direzione Sanitaria	definizione percorso
Disponibilità del personale medico per la valutazione del referto diagnostico in presenza del paziente	
% ricoveri ordinari non confermati ai controlli ASL (campione casuale)	< anno 2008
% ricoveri day hospital/day surgery non confermati ai controlli ASL (campione casuale)	< anno 2008
Applicazione delle linee guida per l'ospedale senza dolore del dolore compilate	% di cartelle con scheda > = 70% (verifica a campione)

Fonte: Adattamento da scheda di Budget 2009 dell'AO S. Paolo di Milano

Bibliografia

- Bergamaschi M. e Lecci F. (2008), «La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Borgonovi E (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, EGEA.
- Fiorentini G (1990), *Amministrazione pubblica e cittadino. Le relazioni di scambio*, Milano, EGEA.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992), «The balanced scorecard: measures that drive performance», *Harvard Business Review*, Jan-Feb.
- Mintzberg H (1996), «Managing Government Governing Management», *Harvard Business Review*, May.
- Nuti S. (2007) (a cura di), *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana*, Firenze, Edizioni ETS
- Smith P.C. et al. (2005), «Performance indicators: good, bad, and ugly», *Journal of the Royal Statistical Society Series A*, vol. 168.