

LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO DELL'ASL N. 6 DI PALERMO: CRITICITÀ E SOLUZIONI PER UN CONTESTO AD ALTA COMPLESSITÀ*

Elena Cantù, Mario Del Vecchio, Federico Lega

CeRGAS - SDA - Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Principali fabbisogni organizzativi e problematiche chiave - 3. L'intuizione di fondo: la «Zona» come perno dell'organizzazione - 4. La riorganizzazione del territorio - 5. Lo sviluppo degli organi di staff della direzione - 6. La riorganizzazione della rete ospedaliera - 7. Conclusioni: una visione d'insieme dello sviluppo organizzativo.

1. Introduzione

L'Asl n. 6 di Palermo è stata istituita nel 1993 con l'accorpamento delle preesistenti 14 Usl operanti nel capoluogo e nella provincia di Palermo.

È la seconda Asl in Italia per numero di dipendenti (circa 6400 nel 1998) (1)

e per popolazione residente (1.247.991 residenti nel 1999) (2) e gestisce direttamente 11 presidi ospedalieri. Sul suo territorio operano 4 aziende ospedaliere e 15 case di cura private accreditate. La quota di Fsr assegnato alla Asl di Palermo era nel 2000 pari a circa 1.600 miliardi di lire (al netto della mo-

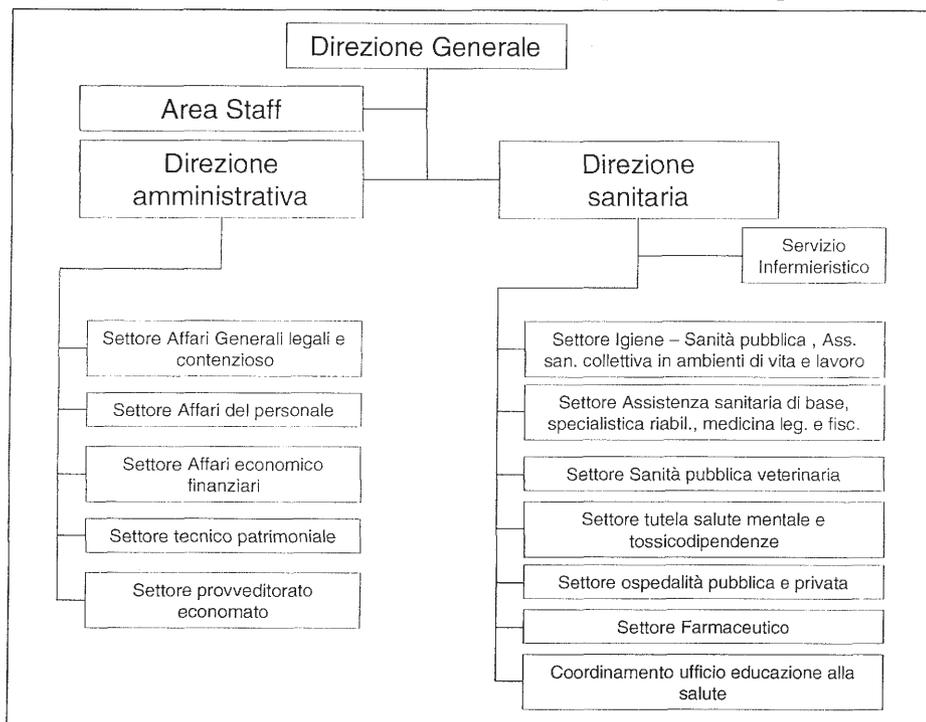
bilità passiva verso strutture pubbliche della Regione ed extraregionali).

Le rilevanti dimensioni aziendali sono state spesso oggetto di dibattito in Regione circa l'opportunità di procedere ad uno smembramento della Asl di Palermo in tre o quattro aziende. L'azienda opera inoltre in un contesto politico molto incerto: negli ultimi tre anni si sono succeduti sei assessori alla sanità ed il Psr 2000-2002, approvato nel maggio del 2000 dopo intense discussioni e rinvii, rappresenta il primo Piano sanitario regionale approvato dalla regione siciliana dalla istituzione del Ssn.

Le caratteristiche dimensionali e l'incertezza istituzionale evidenziano una rilevante complessità gestionale dell'azienda.

Nel 1999 la Asl di Palermo era organizzata (in linea con quanto previsto dalla normativa regionale, L.R. 30/93) secondo un modello funzionale, con la prima linea di responsabilizzazione rappresentata dai Settori (Figura 1). Si

Figura 1 - Modello organizzativo della Asl di Palermo prima della riorganizzazione



* Questo lavoro è stato prodotto nell'ambito di un progetto di formazione e ricerca della SDA e CeRGAS Bocconi. Per quanto frutto di un lavoro di impostazione comune, ad Elena Cantù sono attribuibili il § 1. e il § 6., a Mario Del Vecchio il § 3. e il § 5., a Federico Lega il § 2, il § 4 e il § 7.

trattava di un modello organizzativo basato sull'apicalità scientifica e sulla divisione del lavoro in base alle competenze specialistiche.

Alla fine del 1998 l'azienda aveva avviato un progressivo processo di distrettualizzazione attraverso la creazione di 14 distretti, con ambito territoriale coincidente a quello delle ex-Usl, che si era sovrapposto al modello settoriale preesistente. Questa sovrapposizione aveva determinato una situazione di scarsa chiarezza rispetto alle responsabilità e alle funzioni dei responsabili dei Distretti e dei Settori, soprattutto rispetto alla gestione del personale.

Questo era il contesto in cui si trovava ad operare l'azienda nel 1999, nel momento dell'approvazione della riforma 229/99.

Il D. Lgs 229/99 presenta l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie, ma nello stesso tempo assegna un ruolo forte al distretto, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Asl e con un livello politico-istituzionale di riferimento (comitato dei sindaci di distretto). Il Piano sanitario regionale 2000-2002 recepisce tale impostazione, identificando, inoltre, nel distretto sanitario il livello che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri.

I cambiamenti del contesto normativo, se da un lato rappresentano delle forti spinte alla modifica alla struttura organizzativa delle aziende sanitarie, dall'altro lasciano ampi margini di autonomia alle stesse nel definire il proprio assetto organizzativo (Del Vecchio, 2000). Come ben evidenziato dal modello del processo di cambiamento

organizzativo (Rebora, Meneguzzo, 1990, capitolo VI), inoltre, i fattori e gli stimoli al cambiamento non determinano di per sé un immediato adeguamento delle organizzazioni verso il cambiamento prospettato a causa di forme di resistenza e di preferenza per la stabilità e la continuità. Sono riconducibili a questi fattori di «inerzia organizzativa» sia variabili di tipo sistemico (ad esempio il divario tra le risorse e le capacità richieste per assumere nuovi ruoli e responsabilità e quelle effettivamente disponibili) sia variabili di tipo comportamentale (difficoltà di modificare le proprie metodologie di lavoro, relazioni tra soggetti e ruoli ricoperti) o opportunistico (opposizione al cambiamento per perseguire interessi non necessariamente funzionali a quelli istituzionali dell'azienda).

Le spinte normative al cambiamento della struttura organizzativa e le tensioni all'interno dell'organizzazione generate dalla non chiara definizione di ruoli e responsabilità tra distretti e settori hanno portato la direzione aziendale ad avviare un processo di riorganizzazione complessiva dell'azienda.

Il processo di riorganizzazione della Asl n. 6 di Palermo si configura come un caso aziendale particolarmente interessante per approfondire le logiche ed i processi di cambiamento organizzativo nei contesti ad alta complessità. Tale processo deve essere gestito in modo da garantire il mutamento di numerose variabili (Tanese, 2000): le conoscenze, gli stili di relazioni ed i valori all'interno dell'azienda, la disponibilità di risorse ed il sistema di potere.

Al fine di gestire il processo di cambiamento la direzione aziendale ha chiesto l'intervento del Cergas e della SDA Bocconi, i cui obiettivi possono essere di seguito sintetizzati:

— favorire il processo di cambia-

mento e consolidamento organizzativo dell'azienda generato dal passaggio da una struttura settoriale/funzionale ad una struttura per distretti;

— individuare i nuovi fabbisogni dirigenziali e le relative responsabilità e funzioni per la gestione ed il consolidamento del cambiamento organizzativo;

— supportare lo sviluppo di nuove competenze attraverso un itinerario formativo e di *tutorship* per adeguare le capacità e conoscenze disponibili a quelle richieste dall'assunzione dei nuovi compiti e responsabilità.

Questo articolo presenta il percorso seguito dal Cergas per la riprogettazione della macro-struttura organizzativa (3) della Asl di Palermo.

La metodologia utilizzata include:

— analisi delle linee guida e normative regionali e nazionali e della documentazione aziendale;

— riunioni periodiche con la direzione aziendale;

— conduzione di interviste con tutti i dirigenti di struttura e con i responsabili degli organi di *staff*;

— analisi delle soluzioni proposte dai responsabili dei diversi organi aziendali.

Nella prima parte dell'articolo si presentano i principali fabbisogni organizzativi ed i nodi decisionali individuati attraverso l'analisi organizzativa, dedicando particolare attenzione alla logica di fondo suggerita e rappresentata dalla necessità di un decentramento di responsabilità gestionale ad un livello intermedio tra il vertice aziendale e quello territoriale: la «Zona».

Nella seconda parte si approfondiscono invece le soluzioni proposte all'azienda per la riorganizzazione *i)* del territorio, *ii)* della rete ospedaliera e *iii)* degli organi di *staff* alla direzione.

Le soluzioni di riorganizzazione relative al territorio e gli organi di *staff* sono già state approvate dalla direzione

ne che ha provveduto a nominare i dirigenti incaricati delle principali posizioni di responsabilità della nuova struttura. Successivamente è stato affidato ai dirigenti nominati l'incarico di:

— operare una verifica delle risorse umane a disposizione, dei compiti e dei principali processi svolti;

— proporre regolamenti organizzativi specifici che permettano di chiarire i poteri e le procedure fondamentali;

— proporre ipotesi di soluzioni o chiarimenti rispetto ad aree di competenza e responsabilità in sovrapposizione con altre articolazioni organizzative.

L'azienda sta attualmente svolgendo una fase di sperimentazione del nuovo assetto, favorendo l'apprendimento organizzativo attraverso azioni di formazione e *tutorship* che permettano l'adeguamento dei comportamenti ai nuovi ruoli.

Un aspetto fondamentale per dare contenuto alle responsabilità organizzative e gestire le resistenze al cambiamento è il consolidamento dei meccanismi operativi. Attualmente l'azienda sta, pertanto, cercando di sviluppare e potenziare i sistemi di programmazione e controllo e valutazione del personale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è, invece, ancora in fase iniziale. L'azienda ha previsto un graduale passaggio verso alcune delle alternative prospettate.

2. Principali fabbisogni organizzativi e problematiche chiave

Il processo di aziendalizzazione del Ssn spinge verso una sempre maggiore responsabilizzazione delle aziende Usl rispetto alla capacità di rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento (ruolo di committenza della Asl). Per tutte le Asl diventa quindi critico lo sviluppo del distretto, che è chiamato a progettare percorsi di ac-

cesso e fruizione dei servizi sia sul territorio sia tra questo e l'ospedale, al fine di offrire all'utente una risposta completa e integrata. L'Asl di Palermo aveva quindi la necessità di consolidare il processo di distrettualizzazione, appena avviato.

L'analisi ha però evidenziato la necessità di individuare un livello intermedio di responsabilizzazione tra la direzione ed il distretto(4). Le funzioni di governo della domanda, infatti, non possono essere esercitate a livello di singolo distretto poiché richiedono un riferimento ad un'area geografica più ampia. Sono quindi state individuate le «zone» come livello di responsabilizzazione intermedio. In questo modo è possibile *i*) ridurre il numero di interlocutori aziendali per la Direzione e *ii*) favorire la programmazione e l'integrazione operativa dell'attività territoriale.

L'introduzione dei distretti nella Asl di Palermo, non accompagnata da una generale riprogettazione di tutta la struttura organizzativa, aveva generato scarsa chiarezza rispetto a responsabilità e funzioni dei distretti e dei settori, provocando tensioni soprattutto nella gestione del personale. A questo si aggiungeva una forte disomogeneità nei servizi resi dai diversi distretti, determinata sia dalla quantità e qualità delle risorse disponibili, sia dalla capacità di utilizzarle e di comprendere il nuovo ruolo assunto dal distretto; di fronte a queste differenze i Settori interferivano pesantemente nell'attività distrettuale, nel tentativo di garantire un momento di coordinamento interdistrettuale, le cui modalità di svolgimento non erano però state chiarite.

Relativamente all'assistenza territoriale era quindi necessario: *i*) individuare le zone; *ii*) identificare regole e soluzioni per il rafforzamento del ruolo del distretto; *iii*) creare dei dipartimenti in sostituzione degli attuali Settori in linea con quanto richiesto dal

Psr, con esplicitazione della loro natura di Dipartimenti strutturali e/o funzionali (5); *iv*) esplicitare ruoli e competenze di distretti e dipartimenti, oltre alle modalità di interazione degli stessi, soprattutto con la progettazione di meccanismi operativi (tra cui in particolare il *budget*) che specificassero il ruolo e il coinvolgimento richiesto a ciascuna struttura organizzativa.

Un secondo fabbisogno organizzativo individuato era rappresentato dalla necessità di un generale potenziamento degli organi di *staff*, almeno a breve termine, al fine di favorire lo sviluppo delle nuove funzioni assegnate alle Asl e il potenziamento dei meccanismi operativi. Ciò richiedeva l'individuazione delle principali aree di attività da assegnare agli organi di staff esistenti o ad eventuali nuovi organi di *staff*.

Infine il ridisegno della struttura organizzativa della Asl non poteva prescindere da una riorganizzazione della rete ospedaliera. Era, infatti, necessario *i*) ricercare possibili sinergie tra le attività dei diversi presidi ospedalieri (focalizzandosi, almeno inizialmente, sulle aree amministrative e dei servizi di supporto); *ii*) individuare / costruire possibili aree di integrazione / specializzazione.

Di seguito si presentano le soluzioni proposte per i singoli nodi decisionali.

3. L'intuizione di fondo: la «Zona» come perno dell'organizzazione

Appare chiaro, come alla luce dei cambiamenti in atto nel settore sanitario italiano, la complessità data dalle dimensioni dell'Asl 6 di Palermo crei dei fabbisogni organizzativi che rendono necessario e prioritario individuare un momento di decentramento delle responsabilità gestionali. Questo decentramento, date le finalità ultime aziendali di tutela della salute dei residenti, non può che procedere lungo

l'asse territoriale, individuando un primo livello organizzativo in grado di favorire il coordinamento dell'offerta complessiva di prestazioni sanitarie per sub-mercati, o bacini di popolazione. Tra il livello delle responsabilità aziendali di vertice e quello territoriale per le cure primarie e secondarie afferente ai Distretti dovrebbe quindi trovare spazio un livello di responsabilità o coordinamento di tipo interdistrettuale, che identificheremo con il concetto di Zona. La Zona è la dimensione organizzativa attorno a cui ruota tutto l'impianto di riorganizzazione della Asl 6 di Palermo. L'organizzazione per Zone non rappresenta una vera e propria struttura di tipo divisionale (6), cosa che equivarrebbe a scindere l'azienda in più parti con delega di ampi poteri ai responsabili di Zona (7), ma intende più semplicemente individuare dei contenitori organizzativi di dimensioni territoriali e di risorse gestite significativi che, rappresentando il primo livello di ciascuna articolazione specialistica aziendale, riducano il numero di interlocutori aziendali per la Direzione e favoriscano il loro coordinamento a livello di programmazione e di integrazione operativa. Così, è opportuno che:

— i nuovi dipartimenti territoriali aziendali della Asl (che sostituiscono i precedenti settori), quando deputati alla gestione della produzione, si organizzino internamente con un primo livello articolato per Zone;

— i Distretti si raggruppino a loro volta in Zone per coordinarsi tra di loro e con i dipartimenti territoriali ed ospedalieri. Peraltro, a motivo delle peculiarità del territorio della Asl, non era possibile semplicemente diminuire il numero di Distretti, facendo di fatto corrispondere le Zone a tre macro-Distretti ed eliminando il livello inferiore. Era invece opportuno che ciascun Distretto, in accordo anche con la normativa nazionale e regionale di

proprio riferimento, mantenesse le prerogative di gestione della produzione a stretto contatto con il territorio presieduto e con la componente politica da esso espressa;

— i presidi ospedalieri afferenti alle diverse Zone siano anch'essi coordinati ai fini della programmazione da un responsabile zonale;

— i dipartimenti ospedalieri interdipartimento si sviluppino all'interno delle Zone.

In quest'ottica, una Zona, dal punto di vista geografico corrisponde al territorio di più distretti, mentre dal punto di vista delle responsabilità organizzative può essere sia un livello di gestione diretta di fattori produttivi che di solo coordinamento. Dove la zona è livello di gestione diretta di fattori produttivi, il responsabile di Zona è gerarchicamente superiore al personale afferente la stessa; quando la Zona svolge esclusivamente un ruolo di coordinamento, il responsabile utilizza le proprie qualità personali per legittimarsi, motivare e persuadere i responsabili delle diverse unità organizzative in essa aggregate e garantire la loro integrazione. In entrambi i casi la Zona dovrebbe rappresentare

una dimensione aziendale rispetto a cui monitorare i livelli di produzione, i consumi della popolazione, le dinamiche di costo. Ciò permette non solo di ricostruire ambiti di responsabilità complessivi rispetto al *continuum of care* che l'azienda offre, ma anche di sviluppare un'attività di *benchmarking* tra le diverse Zone che stimoli una competizione costruttiva tra di esse (8). Perché ciò avvenga nella realtà occorre che la scomposizione del territorio dell'azienda in Zone si ispiri ad una logica che consenta di garantire quell'omogeneità fondamentale per:

— evitare un'ulteriore livello di differenziazione del modello organizzativo;

— poter confrontare le diverse Zone su basi significative.

Di conseguenza, in presenza di un territorio disomogeneo come quello della Asl 6 di Palermo (città, mare, montagna, pianura con difficili vie di comunicazione), le Zone non sono state individuate secondo un modello a cerchi (centro urbano vs. periferia vs. area suburbana), ma secondo un modello a spicchi in cui ogni Zona copre una porzione di territorio sia metropolitano che suburbano (Figura 2),

Figura 2 - Popolazione e strutture di offerta presenti in ciascuna «Zona»

Zona N. 1	Zona N. 2	Zona N. 3
<ul style="list-style-type: none"> • DISTRETTI: 1, 2, 3, 4, 9, 10 • Ex DSM: 1, 6, 7 • POPOLAZIONE: 382.000 abitanti • 3 PRESIDI OSPEDALIERI: Giglio, Barone Agliata, S. Cimino • 1 UVG (n.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • DISTRETTI: 5, 6, 11, 14 • Ex DSM: 2, 5, 8 • POPOLAZIONE: 350.000 abitanti • 4 PRESIDOSPEDALIERI: Ospedale dei Bianchi, Regina Margherita, G.F. Ingrassia, Guadagna • 1 UVG (n.1) • 2 RSA geriatriche 	<ul style="list-style-type: none"> • DISTRETTI: 7, 8, 12, 13 • Ex DSM: 3, 4, 9 • POPOLAZIONE: 492.000 abitanti • 4 PRESIDOSPEDALIERI: Civico Partenico, Casa del Sole, Aiuto Materno, Enrico Albanese • 1 UVG (n.2)

raggruppando al suo interno una popolazione quantitativamente e qualitativamente simile ed una presenza di strutture di offerta di prestazioni sanitarie completa rispetto alla continuità assistenziale. Sono state quindi individuate tre Zone.

Se così individuate, le Zone possono assolvere diversi compiti fondamentali per la gestione aziendale:

1) forniscono una dimensione di aggregazione delle informazioni di costo e di attività (si pensi ai consumi ospedalieri — tasso di spedalizzazione e *mix* di produzione, mobilità attiva e passiva — a quelli di farmaceutica e specialistica, ecc.) statisticamente significativa, che agevola i processi di programmazione aziendali individuando e coordinando le responsabilità sulle specifiche aree di specialità componenti il *continuum of care*: dato che l'offerta di prestazioni lungo la linea verticale dell'intensità (prevenzione, cure primarie, specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, riabilitazione) si presenta come un insieme di vasi comunicanti, è fondamentale riuscire a ricomporre in un quadro unitario e sinergico la programmazione e le responsabilità sui diversi «vasi»;

2) la Zona rappresenta il livello di raccordo tra i quattordici distretti ed i dipartimenti aziendali centrali di produzione (Dipartimento salute mentale, Dipartimento igiene e prevenzione), per i quali date le dimensioni della Asl di Palermo sarebbe critica un'articolazione di primo livello con un numero pari a quello dei Distretti; la programmazione coinvolgerebbe infatti almeno 42 U.o.: i 14 distretti e le corrispondenti 14 U.o. del Dsm e le 14 del dipartimento di I&P (in questo modo si riproporrebbe il problema che si crea negli ospedali nella negoziazione del *budget* tra direzione e divisione e servizi rispetto alla negoziazione con i dipartimenti);

3) dal punto di vista istituzionale,

la Zona, senza sostituirsi al ruolo dei Distretti o della Direzione aziendale, può rappresentare un livello di raccordo con i sindaci intermedio tra la conferenza di Distretto e quella d'azienda, da utilizzare sulle questioni quali l'offerta ospedaliera, quella specialistica e residenziale, ecc., che meritano di essere affrontate in ottica sovradistrettuale ma non necessariamente aziendale;

4) proprio in questo senso, lo svolgimento di alcune funzioni/attività a livello zonale garantisce il raggiungimento di economie di scala non ottenibili con una frammentazione e duplicazione a livello distrettuale: l'offerta di letti residenziali, alcune strutture dei Sert e di riabilitazione, le équipe per i controlli specialistici veterinari, ecc., sono ambiti di offerta di prestazioni con una valenza spesso sovradistrettuale laddove i distretti non superano i 100.000 abitanti o una certa superficie geografica;

5) alcune funzioni di governo della domanda, oggi fondamentali per aziende finanziate a quota capitaria, non possono essere esercitate a livello di singolo distretto e richiedono un riferimento ad un'area geografica più ampia che si collega alla significatività dell'informazione utilizzata: tipicamente, la programmazione dei consumi farmaceutici e specialistici, lo studio di linee guida e percorsi del paziente, che richiedono lo sviluppo di progetti pilota di innovazione quali le sperimentazioni di *budget* per i Mmg (9). A questo fine è importante associare all'articolazione organizzativa una legittimazione formale ed un responsabile quale rappresentante dell'azienda nei confronti dei Mmg e degli altri interlocutori aziendali.

In sintesi, le Zone assolvono il compito fondamentale di focalizzare l'attenzione di tutta l'azienda sulla dimensione territoriale, facilitando i rapporti tra dipartimenti territoriali ed

ospedalieri altrimenti organizzati secondo una linea tecnico-funzionale divergente da quella di «mercato» dei Distretti. Proprio l'inserimento delle Zone come primo livello di organi direttivi anteposto alle articolazioni funzionali (per specialità) consente di chiarire come l'azienda ritenga la responsabilità sul territorio più rilevante in questo momento storico rispetto a quella funzionale, ordinando i processi di programmazione e gestione in tal senso. In questa prospettiva, si può affermare che vi è un recupero delle prerogative tipiche dei modelli organizzativi divisionali in contrapposizione a quelli funzionali (organizzazione per servizi o settori) tipici del passato delle aziende sanitarie italiane (10).

4. La riorganizzazione del territorio

Una volta individuata la Zona come perno del nuovo impianto organizzativo, in quanto soluzione macrostrutturale in grado di rispondere al fabbisogno di decentramento gestionale, si poneva il problema di ridefinire l'assetto dell'area territoriale per risolvere i conflitti di «potere» tra i settori centrali (poi trasformati in dipartimenti) ed i distretti. La struttura aziendale presentava, infatti, uno schema a matrice, senza tuttavia rispettarne i requisiti base per un corretto funzionamento:

— non vi erano i cosiddetti *two boss manager*; cioè i responsabili a livello intermedio che riferiscono sia al coordinatore per funzione/area tecnica (i settori-dipartimenti), sia al coordinatore di prodotto/mercato (i distretti) e che permettono il funzionamento della matrice sopportando e «gestendo» la doppia dipendenza a favore del resto dei dipendenti che sono subordinati soltanto a loro, quindi ad un solo «capo» (11);

— non era neanche individuato un asse — tecnico/funzionale o di merca-

to — predominante sotto il profilo gerarchico.

Di conseguenza il personale logicamente collocato nei Distretti veniva governato contemporaneamente e spesso in modo contraddittorio dai responsabili di Distretto degli ex settori. In altre parole, il cosiddetto «dilemma della matrice» (12) tipico delle nostre Asl non era stato risolto e né la struttura né i meccanismi operativi (quasi inesistenti) risolvevano i due principali e fondamentali problemi (Mintzberg, 1983):

— della divisione del lavoro, e quindi dell'identificazione di ruoli e dell'attribuzione di mansioni e compiti ai diversi soggetti;

— del coordinamento di ruoli e compiti, al fine di portare a termine positivamente l'attività.

Per ovviare a tale criticità, che rendeva di fatto difficile il processo di «distrettualizzazione» auspicato dall'azienda, si è cominciato con il distinguere due tipologie di dipartimento (13):

— il dipartimento strutturale o gestionale, organo di *line* (14) il cui obiettivo principale è l'uso efficiente / ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che lo compongono;

— il dipartimento funzionale (o tecnico-scientifico), organo di *staff* che integra «orizzontalmente» le unità operative ed ha compiti di supporto alla programmazione, di coordinamento, di produzione di indirizzi tecnico-scientifici, di elaborazione di linee guida e protocolli, di supervisione di eventuali progetti speciali, di programmazione della formazione di tipo specialistico, di controllo e di standardizzazione dei processi, di verifica della qualità dei servizi e prestazioni rese dalle unità organizzative di produzione. In pratica svolge compiti di tecnostuttura secondo l'impostazione data da Mintzberg (1983), ma con

ruolo di servizio nei confronti dell'organizzazione e non dei soli vertici aziendali.

Le due tipologie di dipartimento rappresentano ovviamente gli estremi di un *continuum* lungo cui possono collocarsi concretamente le singole unità aziendali, in base al *mix* di compiti e funzioni che assolvono. I dipartimenti funzionali, infatti, possono avere anche compiti operativi (es. il costituendo dipartimento del farmaco mantiene il controllo di tutta l'attività di vigilanza), mentre i dipartimenti strutturali possono e devono spesso svolgere funzioni di standardizzazione dei processi, di verifica della qualità, di monitoraggio della produzione.

Pertanto, tenendo presente anche il quadro normativo di riferimento, nella Asl 6 di Palermo sono stati individuati due dipartimenti strutturali, quello di Igiene e Prevenzione e quello della Salute mentale, e cinque dipartimenti funzionali:

— un nuovo dipartimento delle Dipendenze patologiche, con compiti di programmazione e coordinamento, ma non di erogazione di prestazioni preventive, assistenziali e riabilitative,

che sono invece erogate dai Sert distrettuali;

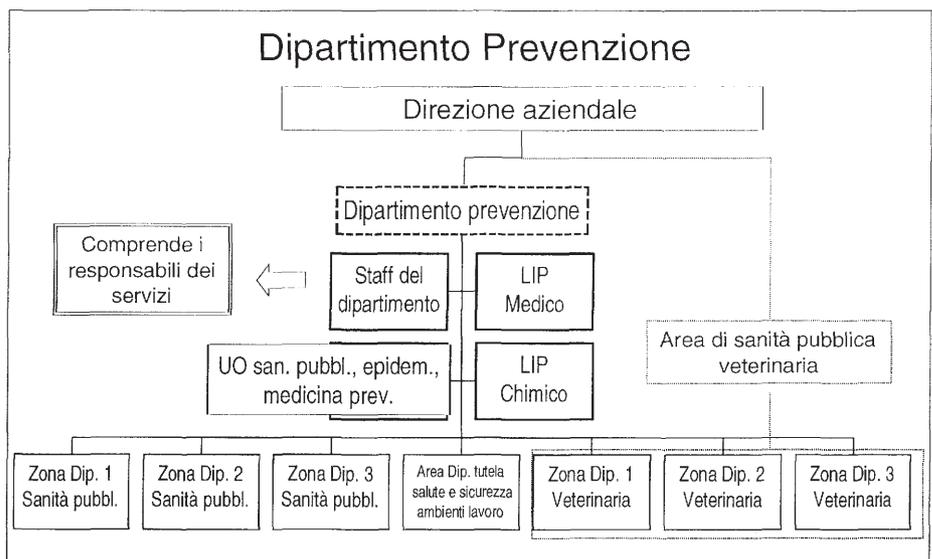
— un dipartimento del Farmaco, come trasformazione del settore Farmaceutico con funzioni di indirizzo tecnico scientifico e di controllo dell'uniformità delle prescrizioni;

— un dipartimento delle Cure primarie, comprendente i servizi precedentemente inclusi nel Settore: Medicina di base e specialistica, Medicina legale, Anziani, Handicap. Tale dipartimento svolge una funzione essenziale di indirizzo tecnico/specialistico e di garanzia dell'omogeneità delle prestazioni erogate a livello aziendale, in considerazione soprattutto delle dimensioni dell'azienda e delle differenti condizioni operative dei 14 distretti;

— i dipartimenti Materno infantile e Riabilitazione per l'integrazione ospedale - territorio.

Trasversalmente a questi dipartimenti si collocano i Distretti, per i quali coerentemente con le indicazioni del D.Lvo. 229/99 e del Psr si propone un ruolo «forte», di *line*: nei distretti avviene la confluenza di tutti i fattori produttivi dei dipartimenti funzionali, quindi dei settori di assistenza di base

Figura 3 - Struttura organizzativa del Dipartimento di prevenzione



e specialistica e del settore farmaceutico, dei Sert, dei servizi di assistenza domiciliare integrata e delle Rsa per anziani e disabili (che mantengono però una valenza sovradistrettuale, di Zona, per la programmazione dell'utilizzo). Ai Distretti dovrebbero spettare le responsabilità non solo sui servizi sanitari, ma anche su quelli amministrativi, con l'individuazione di fondi acquisti e manutenzione, con la gestione di quota parte degli appalti e di specifiche procedure.

Questa pluralità di attori organizzativi — distretti e dipartimenti — trova nella Zona il cardine per l'integrazione.

I Distretti appartenenti a ciascuna delle tre Zone, infatti, formano un comitato interdistrettuale di Zona (composto dai Direttori di distretto della Zona) che rappresenta il referente per le relazioni negoziali con i Dipartimenti strutturali e funzionali.

Data la complessità e dimensione dell'azienda, l'organizzazione dei Dipartimenti di prevenzione e salute mentale prevede un decentramento su base geografica che oltre ad aumentarne la «gestibilità» ne facilita i rapporti con i Distretti: il decentramento geografico avviene individuando i primi livelli direttivi proprio in corrispondenza delle tre Zone. Il Dipartimento di Prevenzione prevede un'articolazione iniziale in tre Zone dipartimentali per ciascuna specialità (Figura 3) (15), mentre il Dipartimento di salute mentale viene scisso in tre Dsm (16), ciascuno responsabile per un'area geografica corrispondente ad una delle Zone (Figura 4) (17). Quindi, i tre Dsm, le Zone interdistrettuali e le Zone del dipartimento di Prevenzione (sia per l'igiene e sanità pubblica, che per la veterinaria) coincidono a livello di confini geografici (Figure 3 e 4).

Definita la macrostruttura dell'area territoriale, per completare la progettazione dell'assetto organizzativo (18) si è proceduto a delineare il mecca-

nismo operativo fondamentale per il suo funzionamento, ossia sia il processo di programmazione e controllo. Per quanto riguarda le modalità di pro-

grammazione dell'attività tra distretti e dipartimenti strutturali, queste si configurano come segue (Figura 5):

a) il comitato Interdistrettuale di

Figura 4 - Struttura organizzativa del Dipartimento di salute mentale

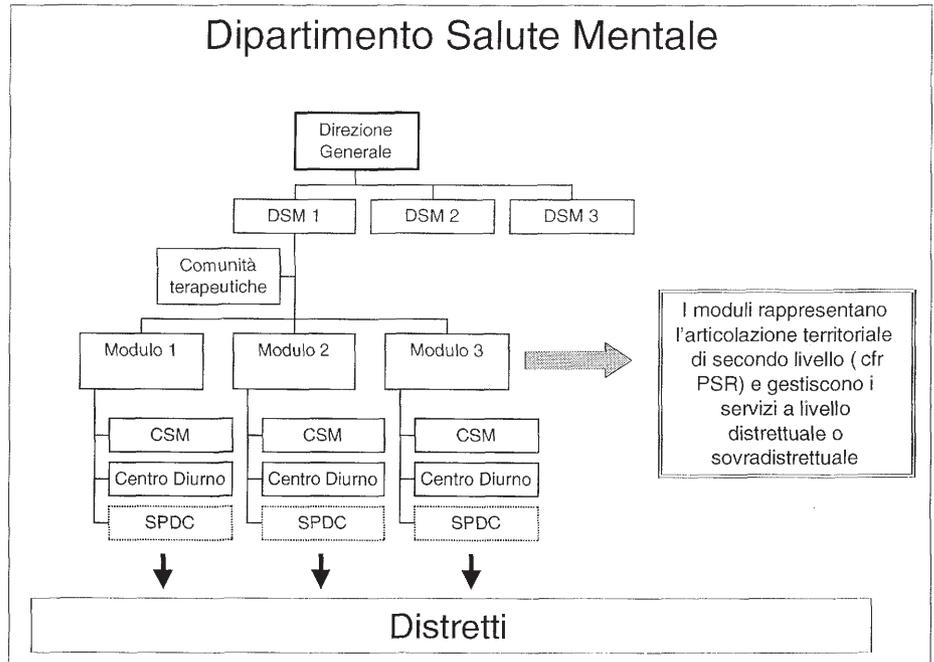
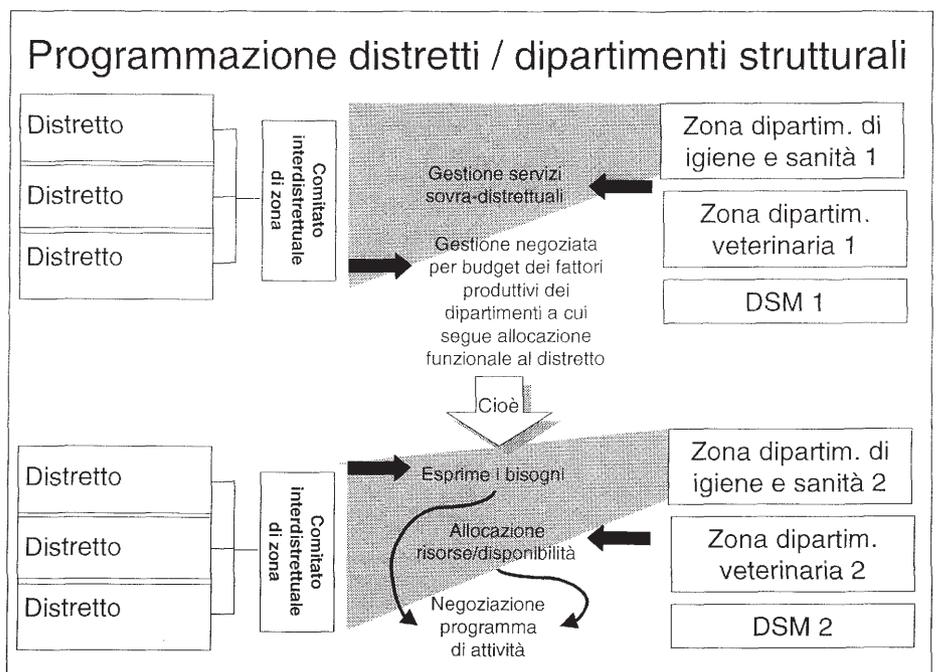


Figura 5 - Modalità di programmazione tra distretti e dipartimenti strutturali



Zona presenta alla Direzione aziendale una proposta (dettagliata per Distretto) in merito alle attività dei dipartimenti strutturali che vorrebbe vedere svolte sul proprio territorio, nonché alle risorse logistiche ed organizzative che è in grado di mettere a disposizione;

b) questa proposta diventa la base con cui la Direzione aziendale negozia con la Zona dipartimentale di I&P o con uno dei Dsm il *budget* di attività/risorse da destinare all'attività in ambito distrettuale;

c) Dsm (19) e Zone dipartimentali rinegoziano al proprio interno l'attività delle singole Uu.oo. distrettuali per raggiungere gli obiettivi concordati.

La fase di programmazione deve quindi portare a:

— responsabilizzazione per obiettivi di produzione in capo al Dipartimento;

— responsabilizzazione per la disponibilità delle condizioni logistiche in capo al Distretto.

Le modalità di programmazione tra distretti e dipartimenti funzionali si configurano invece come segue (Figura 6):

a) il responsabile del dipartimento funzionale affianca la Direzione aziendale nella valutazione, per la propria area di competenza, della proposta di *budget* presentata dal Distretto;

b) durante l'esercizio verifica che l'allocazione a *budget* venga rispettata nel Distretto per consentire al responsabile di U.o. il raggiungimento degli obiettivi concordati. Tale attività di controllo non è di tipo ispettivo, ma di monitoraggio, e quindi eventuali «problemi» devono essere riferiti e gestiti dalla Direzione aziendale e specificamente da uno dei tre direttori in relazione alla materia oggetto di problema (sanitaria, amministrativa, gestionale in senso lato);

c) i progetti speciali a valenza aziendale, i finanziamenti a destinazione vincolata, ecc., sono allocati tra

le U.o. distrettuali con decisione della Direzione aziendale sulla base di indicazioni proposte dal Dipartimento.

Il funzionamento specifico dei di-

partimenti di integrazione ospedale-territorio, il materno-infantile e quello della riabilitazione, sono descritti nella Figura 7.

Figura 6 - Modalità di programmazione tra distretti e dipartimenti funzionali

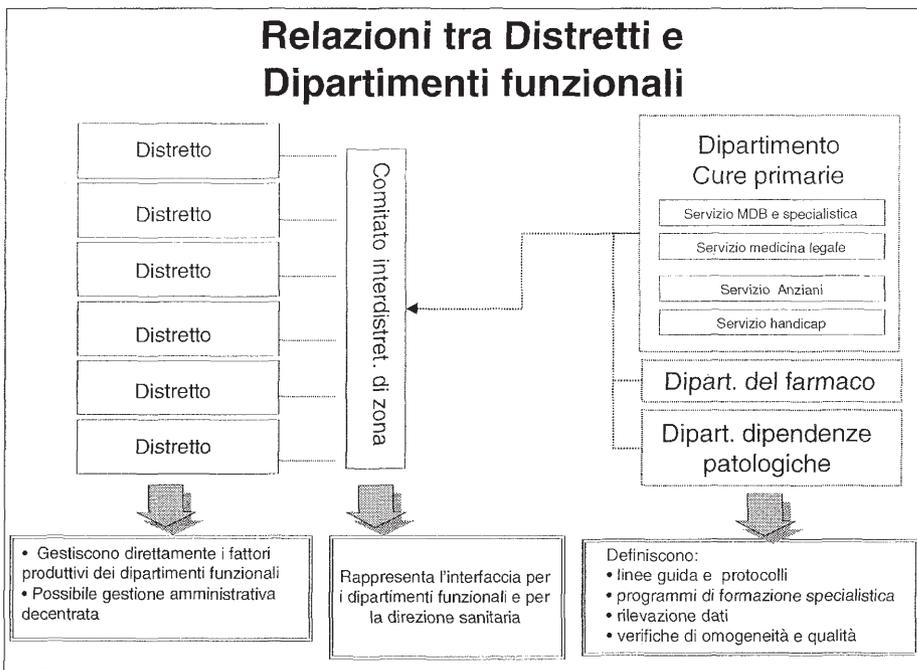
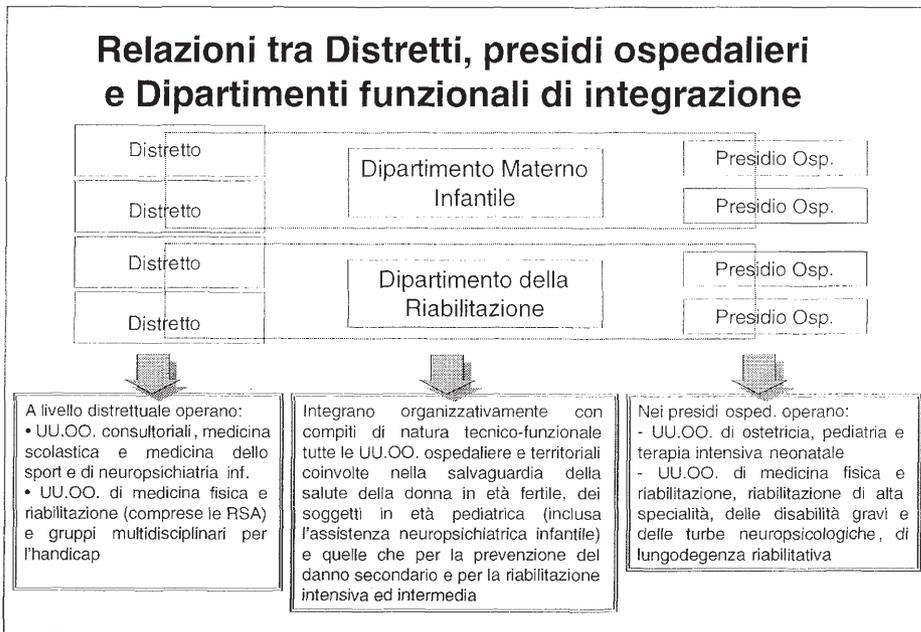


Figura 7 - Relazioni tra distretti, presidi ospedalieri e dipartimenti di integrazione ospedale-territorio



Le responsabilità di *budget* dovranno inoltre trovare supporto nell'assegnazione di responsabilità decentrate coerenti in merito alla graduazione delle posizioni ed alla gestione di quota parte dell'incentivo di risultato: entrambi questi istituti contrattuali devono essere «gestiti» dai direttori di Zona di I&P o Dsm e dai direttori di Distretto in relazione alle risorse umane direttamente controllate.

5. Lo sviluppo degli organi di staff della direzione

Mintzberg (1983) identifica due tipologie di organi che svolgono attività di supporto all'attività caratteristica dell'azienda e che hanno come finalità primaria il miglioramento dei processi di funzionamento aziendale: i servizi di supporto e la tecnostruttura. Mentre i primi hanno una funzione di produzione di servizi (es. per le aziende sanitarie sono: Farmacia, Provveditorato, Economato, Servizio tecnico, Amministrazione del personale), la tecnostruttura (sanitaria e amministrativa) ha prevalentemente compiti di standardizzazione, di analisi e di controllo dei processi di funzionamento dell'azienda.

Nel prosieguo dello scritto ci si riferirà alla tecnostruttura con il termine «organi di *staff* della direzione generale (20)». Benché a livello teorico sia semplice distinguere i servizi di supporto e la tecnostruttura, nella realtà delle aziende le scelte di assegnazione di compiti e funzioni alle unità di staff rispetto ai tradizionali servizi amministrativi risultano più complesse. Esistono, infatti, alcune funzioni che potrebbero essere assolve da entrambe le unità. Ad esempio, la Contabilità analitica può essere gestita sia dalla Ragioneria che dall'Ufficio controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti può essere assegnata sia al Settore affari del personale che ad un'unità di *staff* che si occupi dello sviluppo delle risorse umane.

Nel definire quali organi di *staff* sia necessario attivare in aggiunta ai tradizionali servizi amministrativi, oltre alle dimensioni dell'azienda (numero e diversificazione delle sue strutture, dimensioni dell'organismo personale, ecc.) occorre considerare sia le risorse e le competenze disponibili o acquisibili dall'azienda sia la volontà o la necessità di utilizzare gli organi di *staff* come «incubatori di innovazione» (Del Vecchio, 2000). A questi ultimi possono, infatti, essere assegnate quelle funzioni che si posizionano all'inizio del proprio «ciclo di vita», al fine di assicurarne lo sviluppo; successivamente, dopo un adeguato periodo di sperimentazione, la funzione ormai consolidata potrà essere attribuita ai servizi amministrativi. (es. Contabilità analitica assegnata inizialmente al Controllo di gestione e successivamente trasferita alla Ragioneria).

Attraverso questo processo a due fasi, di potenziamento iniziale degli organi di *staff* e successivo passaggio della funzione ormai consolidata ai servizi dell'area amministrativa:

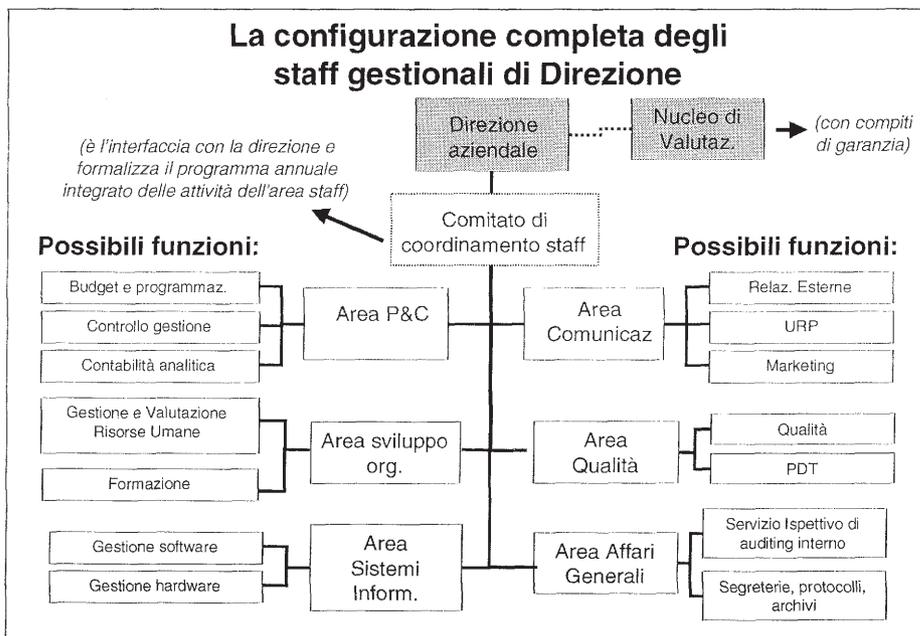
— si evita il deperimento/marginalizzazione delle unità amministrative alle sole *routine* amministrative di basso profilo;

— si ottiene una loro rifunzionazione/rivitalizzazione attraverso l'acquisizione o il potenziamento delle proprie competenze gestionali in una equilibrata divisione dei compiti tra strutture innovative (*staff*) e tradizionali (unità amministrative).

Considerando le caratteristiche della Asl 6 di Palermo, era evidente il fabbisogno di potenziamento degli *staff*, sia per le dimensioni aziendali, le cui esigenze gestionali non potevano essere affrontate con i soli servizi amministrativi (per quanto anch'essi ristrutturati in quattro dipartimenti) (21) già caricati di tutte le attività routinarie, sia per favorire almeno nel breve termine lo sviluppo delle nuove funzioni, evitando che lo svolgimento delle funzioni «tradizionali» finisse per «cannibalizzare» la crescita delle nuove.

Pertanto, si è proposta una struttura di *staff* articolata rispetto a sei principali aree di attività (Figura 8):

Figura 8 - Configurazione degli organi di staff amministrativi della direzione



- programmazione e controllo;
- sviluppo organizzativo;
- sistema informativo;
- comunicazione ;
- qualità;
- area affari generali.

A ciascun organo di *staff*, che rappresenta un ambito organizzativo di responsabilità, sono state associate alcune funzioni, ma è stato lasciato ai responsabili di tali aree la definizione di un'articolazione interna delle stesse in uffici e servizi.

È stata infine prevista la costituzione di un «Comitato di coordinamento degli organi di *staff*»; tale organismo è composto dai 6 capi-area tra i quali il Direttore generale individua il Coordinatore che dura in carica un anno (incarico rinnovabile solo per un altro anno). Il coordinatore ha il compito di tenere i rapporti con la direzione e di consolidare il programma annuale integrato delle attività dell'area di *staff* (sulla base dei piani di intervento annuali predisposti da ogni area).

Nell'ambito della riprogettazione degli organi di *staff* si è posta particolare attenzione alla necessità di sviluppare adeguatamente i sistemi di programmazione e controllo e di sviluppo e gestione delle risorse umane.

Per ciò che riguarda la programmazione ed il controllo, si è evidenziata la necessità di:

— consolidare il sistema di *budget* ancora in fase di sperimentazione all'interno dell'azienda;

— separare (anche in coerenza con il D.L.vo 286/99 sui controlli) la funzione di controllo di regolarità amministrativa e contabile (che può essere svolta da un ufficio di *Internal auditing*, oltre che dal collegio dei revisori) dal controllo di gestione che: *i*) verifica l'andamento della gestione aziendale complessiva e di singola U.o. *ii*) progetta e realizza i necessari sistemi di rilevazione e *iii*) produce *report* relativi ai risultati e ai costi del-

l'attività aziendale e segnala alla direzione, ai diretti interessati, all'unità di programmazione e *budget* eventuali difformità rispetto al passato o al previsto.

Lo sviluppo dell'area di programmazione e controllo è essenziale in quanto rappresenta il meccanismo operativo attraverso cui si esplicitano le relazioni tra i diversi livelli organizzativi (dipartimenti, distretti, U.o., servizi) e la loro responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di *budget* e alle risorse assegnate.

Le aziende sanitarie, in quanto organizzazioni professionali in cui la forte personalizzazione delle prestazioni rende impossibile la completa standardizzazione dei contenuti di lavoro e difficile la misurazione del risultato dell'attività svolta, devono inoltre investire sul mantenimento ed il potenziamento delle competenze dell'organismo personale ed avere un forte orientamento agli sviluppi professionali dei propri dipendenti. Per questo motivo, era essenziale creare all'interno dell'Asl di Palermo un'area di *staff* che si occupasse dello sviluppo delle risorse umane e potenziasse gli elementi di innovazione introdotti dai nuovi contratti (graduazione delle posizioni, politiche retributive, sistemi di valutazione del personale, meccanismi di selezione e inserimento del personale). La valutazione del personale con incarico dirigenziale è forse la funzione più critica all'interno di quest'area. Nel 1998 la Asl di Palermo aveva nominato un Gruppo di esperti per la valutazione dei dirigenti, non avendo al proprio interno un ufficio deputato a tale funzione. Gli organi esterni, però, dovrebbero svolgere tale funzione solo per brevi periodi e per consolidare i modelli di valutazione. Tali organi esterni, infatti, possono svolgere una funzione di stimolo, supporto e guida all'azienda, ma non devono sostituirsi ai normali meccanismi aziendali e/o

alle articolazioni organizzative dell'azienda cui sono assegnati i compiti di gestione e valutazione della dirigenza.

6. La riorganizzazione della rete ospedaliera

La rete ospedaliera della Asl 6 comprende 11 presidi ospedalieri: cinque presidi ospedalieri generali (Ingrassia, Civico di Partinico, Giglio di Cefalù, Barone Agliata di Petralia e Cimino di Termini Imerese), tre a vocazione specifica (Aiuto materno e Casa del Sole - generico pediatrico e Guadagna - infettivologico), due presidi essenziali (Corleone e Palazzo Adriano) ed un nosocomio (Enrico Albanese). Si veda in proposito la Figura 9.

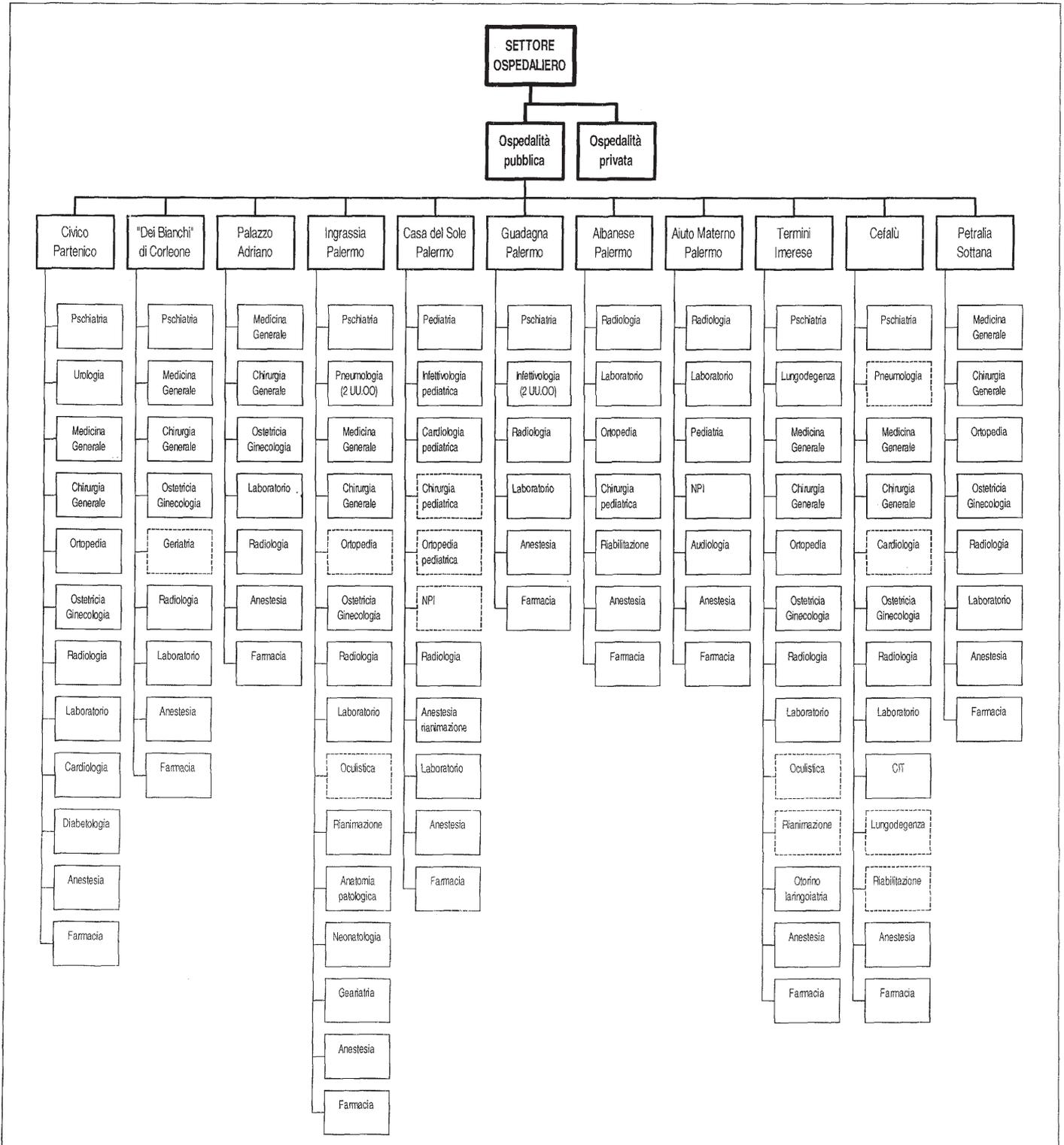
I presidi a gestione diretta presentano un basso grado di complessità del caso medio trattato in degenza ordinaria (i Drg medici rappresentavano nel 1998 l'84,4% dei casi trattati).

Il numero dei posti letto dei singoli presidi, così come deliberati dalla Giunta regionale nel 1996, sono riportati nella Tabella 1. La medesima delibera regionale individuava cinque presidi da rifunzionalizzare. Alcune trasformazioni sono già avvenute (presidio «Villa delle Ginestre» in presidio specializzato di riferimento per la riabilitazione; l'«ex-I.P.P.A.I.» in struttura territoriale a fini socio-sanitari; «S. Spirito» di Carini in poliambulatorio con Rsa), altre non sono ancora state completate (trasformazione del presidio ospedaliero «Albanese» in presidio specializzato di riferimento per la riabilitazione e del presidio «Aiuto materno» in dipartimento plurispecialistico pediatrico a conduzione universitaria).

La gestione dei presidi ospedalieri è affidata al Settore ospedalità pubblica e privata che coordina le attività di due servizi: Ospedalità pubblica e Ospedalità privata.

Tutti i presidi ospedalieri gestiscono

Figura 9 - Specialità presenti nei presidi ospedalieri dell'Asl di Palermo



Fonte: Organigramma stilato in base al colloquio avuto a Gennaio 2000 con il capo-settore ospedaliero, al fine di individuare la natura di ciascun presidio ospedaliero

Tabella 1 - Numero dei posti letto dei singoli presidi, così come deliberati dalla Giunta regionale nel 1996

	Ingrassia	Albanese	Guadagna	Casa del Sole	Villa Ginestra	Cefalù	Petralia	Termini I.	Corleone	Palazzo Adriano	Partinico
Totale p.l. per acuti	336	0	115	120	0	116	100	150	120	80	130
Riabilitazione		84			80	32	32				
Lungodegenza						32	32	16			
Totale p.l. complessivo	336	84	115	120	80	180	164	166	120	80	130

no con proprie strutture e personale la lavanderia e cucina (ad eccezione dell'Ingrassia e dell'ospedale di Petralia Sottana che hanno appalti esterni) e la manutenzione e gestione del calore.

Sulla base degli elementi sopra evidenziati è risultata evidente la presenza di spazi per razionalizzazioni all'interno della rete ospedaliera sia di tipo clinico (processo di dipartimentalizzazione) che nei servizi di supporto (centralizzazioni, *global service*, ecc.).

Al riguardo sono stati individuati quattro nodi decisionali:

- 1) scelte sugli assetti di governo della rete ospedaliera;
- 2) scelte organizzative;
- 3) scelte relative al modello di rete ospedaliera;
- 4) modalità di raccordo e integrazione tra l'attività ospedaliera e quella territoriale.

Per ciò che riguarda le scelte sugli assetti di governo, l'azienda poteva scegliere di accorpate tutti gli stabilimenti ospedalieri in un unico Presidio oppure di costituire più Presidi ospedalieri. Nel secondo caso, bisognava stabilire se considerare come Presidio ogni singo-

lo stabilimento ospedaliero (come nella situazione attuale, ipotesi esclusa in quanto ritenuta meno adatta a sostenere gli sforzi di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse) oppure accorpate più stabilimenti creando dei Presidi ospedalieri «di zona».

La prima soluzione (Presidio unico) poteva favorire processi di razionalizzazione complessiva della rete di offerta ospedaliera in una logica di presidi a forte collegamento con il territorio locale (*country o city hospital*, nel caso italiano ospedali di distretto o comunità) e presidi a valenza aziendale (medio-alta specializzazione), gestiti a livello aziendale da un dipartimento strutturale.

La seconda soluzione (tre presidi ospedalieri corrispondenti alle Zone) poteva facilitare una maggiore integrazione della rete ospedaliera con i servizi sanitari del territorio, nonché l'adozione di quel modello di concorrenza collaborativa fra i presidi delle Asl auspicato dal Psr. In questo caso gli eventuali presidi specializzati (quali l'ospedale pediatrico) non sarebbero stati inclusi nel presidio zonale, ma

sarebbero stati posti alle dirette dipendenze del dipartimento ospedaliero (dipartimento funzionale) o della Direzione generale.

Al fine di garantire la coerenza con il modello di decentramento delle responsabilità a livello di Zona per l'attività territoriale, si è suggerita l'adozione del modello zonale anche per l'attività ospedaliera. L'aggregazione funzionale nella Zona di più presidi dovrebbe consentire la massima integrazione tra attività ospedaliere e territoriali, organizzate sulle medesime zone, e della medicina generale.

Le scelte organizzative riguardavano principalmente la costituzione di dipartimenti comprendenti le U.o. di un unico stabilimento ospedaliero oppure appartenenti a più stabilimenti ospedalieri. Era inoltre necessario stabilire se costituire dipartimenti di tipo funzionale o strutturale (22). Il Piano sanitario regionale 2000-2002 sottolinea la centralità del modello organizzativo dipartimentale e, nei casi di accorpamenti di più presidi ospedalieri o di presenza di più stabilimenti nella stessa azienda, evidenzia l'importanza

della dipartimentalizzazione interpresidio. In linea con quanto stabilito dal piano ed in considerazione della ridotta dimensione dei presidi ospedalieri della Asl e della presenza quasi esclusiva di specialità di base in tutti i presidi si è suggerita la creazione di dipartimenti inter-presidio, a livello di zona. In base a tale soluzione, i responsabili di dipartimento negoziano con il responsabile di Presidio ospedaliero il *budget*, sostituendo il ruolo degli attuali responsabili di U.o. (Divisioni e Servizi).

Il terzo nodo decisionale riguardava invece la scelta del modello di rete (Lega, 2001):

- modello in rete per dipartimenti;
- modello a rete tipo poli/antenne;
- modello a rete tipo a raggiera (*hub & spokes*).

Nel primo modello vengono costituiti dei dipartimenti inter-presidio in cui ciascuna U.o. mantiene il proprio *mix* produttivo storico ed il cui scopo è la ricerca dell'integrazione tecnico-scientifica.

Il secondo modello si caratterizza per la costituzione di dipartimenti in cui ciascuna U.o. specializza per vocazione il proprio *mix* produttivo (es. dipartimento di chirurgia con una U.o. di chirurgia vascolare, una U.o. specializzata in chirurgia del tubo digerente, una U.o. pediatrica). In questo caso i dipartimenti ricercano un'integrazione tecnico-scientifica e produttiva e ciascuna U.o. funge quindi da antenna per gli altri poli specialistici. Sono fattori critici per l'implementazione di questo modello sia la distanza tra le strutture che la mobilità del personale.

Infine, il modello a rete a raggiera, prevede la costituzione di dipartimenti in cui una U.o. funge da polo di riferimento per la casistica complessa, mentre le altre U.o. fungono da antenna per il polo centrale e trattano le procedure routinarie. Anche in questo ca-

so la distanza tra strutture e la mobilità del personale sono fattori critici.

Le scelte relative alla riorganizzazione della rete ospedaliera devono, infine, prevedere adeguate forme di raccordo con le attività territoriali per fornire modalità assistenziali più appropriate ai bisogni dell'utenza. Rispetto a questa problematica si è evidenziato come il Medico di medicina generale assuma un triplice ruolo di fulcro nei rapporti tra attività territoriali ed ospedaliera in quanto può influenzare almeno in parte:

- la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- la domanda di prestazioni ospedaliere (aspetto cruciale per la formulazione ed il rispetto degli accordi contrattuali con strutture accreditate);
- la produzione di prestazioni sanitarie di base e specialistiche con la partecipazione allo studio ed implementazione di linee guida e percorsi organizzativi per patologia-paziente (diabetico, oncologico, iperteso...).

Una volta completata l'analisi delle opzioni strategiche e l'individuazione del modello di rete ospedaliera a cui tendere, è stato concordato con la Direzione generale un graduale percorso di adeguamento, articolato nelle seguenti fasi:

- mantenimento degli attuali presidi e creazione di un comitato di Zona ospedaliera;
- individuazione di dipartimenti inter-presidio a livello di Zona;
- accorpamento Zonale dei presidi ospedalieri.

La prima fase prevede la creazione di un Comitato di zona ospedaliera (con un territorio corrispondente a quello delle Zone territoriali) che raggruppa gli attuali Dirigenti sanitari ed amministrativi dei Presidi ospedalieri.

Tale Comitato rappresenta l'organo decisionale con cui la Direzione aziendale negozierà in questa prima fase il *budget* di zona e dei singoli presidi

ospedalieri, in un'ottica di recupero di integrazione e sinergie produttive, ed a cui delegherà il compito di rinegoziare al proprio interno, con i responsabili di U.o., il *budget* di ogni presidio ospedaliero.

In questo quadro di riorganizzazione, l'attuale «Settore ospedalità "pubblica e privata"» verrebbe trasformato nel «Dipartimento delle attività ospedaliere» con compiti di coordinamento inter-zonale e monitoraggio della produzione ospedaliera e manterrebbe la gestione delle attività di acquisto di prestazioni da esterni.

La seconda fase prevede l'individuazione dei dipartimenti inter-presidio a livello di Zona. Primo compito dei Comitati di zona ospedaliera sarà, infatti, l'analisi di fattibilità per la costituzione di dipartimenti intra o interpresidi o secondo i modelli di rete proposti.

I dipartimenti ospedalieri avranno inizialmente una natura funzionale (di coordinamento tecnico-scientifico), cioè avranno compiti di studio ed applicazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, di filtro reciproco della domanda appropriata o inappropriata, di elaborazione di indirizzi tecnico-scientifici, di supervisione di progetti speciali, di programmazione, di formazione di tipo specialistico, di standardizzazione e verifica della qualità delle prestazioni. Il *budget* in questa fase sarà quindi negoziato ancora con i responsabili di unità operativa.

L'ultima fase prevede la possibilità di accorpate, appena possibile, i presidi di ciascuna zona ospedaliera in un unico Presidio ospedaliero. L'Asl n. 6 di Palermo dovrebbe quindi avere «a regime» una rete ospedaliera composta da tre presidi ospedalieri ciascuno operante con i diversi stabilimenti afferenti la Zona.

Il responsabile di P.o. di zona sarà responsabile del *budget*, contratterà con la Direzione aziendale le risorse

da attribuire alla rete zonale e programmerà e negozierà i propri obiettivi di attività.

I responsabili di dipartimento *intra* ed *inter*-stabilimento rappresenteranno il primo livello dirigenziale di *line* per le attività ospedaliere e negozieranno con il responsabile di Presidio ospedaliero un *budget* di dipartimento condiviso dalle diverse Uu.oo. che lo compongono (ex-Divisioni e Servizi).

In quest'ultima fase, quindi, i dipartimenti inter-presidio dovranno trasformarsi in dipartimenti gestionali e svilupparsi secondo modelli «a rete».

7. Conclusioni: una visione d'insieme dello sviluppo organizzativo

Con la progettazione della macrostruttura aziendale, si è completata la prima fase del più complessivo processo di sviluppo organizzativo dell'Asl n. 6 di Palermo. Tale processo prevedeva, infatti, tre direttrici di intervento, quali:

1) una riorganizzazione complessiva, con l'identificazione delle Zone e la definizione del «macro» assetto organizzativo, fase per l'appunto già con-

clusa ed illustrata nel dettaglio nei paragrafi precedenti. Per una visione di sintesi della logica di fondo, collegata all'introduzione dell'articolazione organizzativa delle Zone e centrata sul rapporto fra domanda di salute da un lato e dimensionamento e presidio dell'offerta dall'altro, si veda la Figura 10.

2) un'attività di *fine tuning* della struttura organizzativa, ovvero di micro-progettazione organizzativa, in via di completamento. Con il diretto coinvolgimento dei dirigenti che ricoprono le principali posizioni aziendali di responsabilità collegate alle soluzioni macro-organizzative, si è avviata una fase di affinamento finalizzata:

a) a una verifica e messa a punto delle soluzioni delineate (in particolare di quelle più «micro») a partire da una ricognizione delle risorse umane a disposizione;

b) alla costruzione di un insieme minimo di regole condivise e formalizzate in regolamenti che servano a chiarire i poteri principali e le procedure fondamentali;

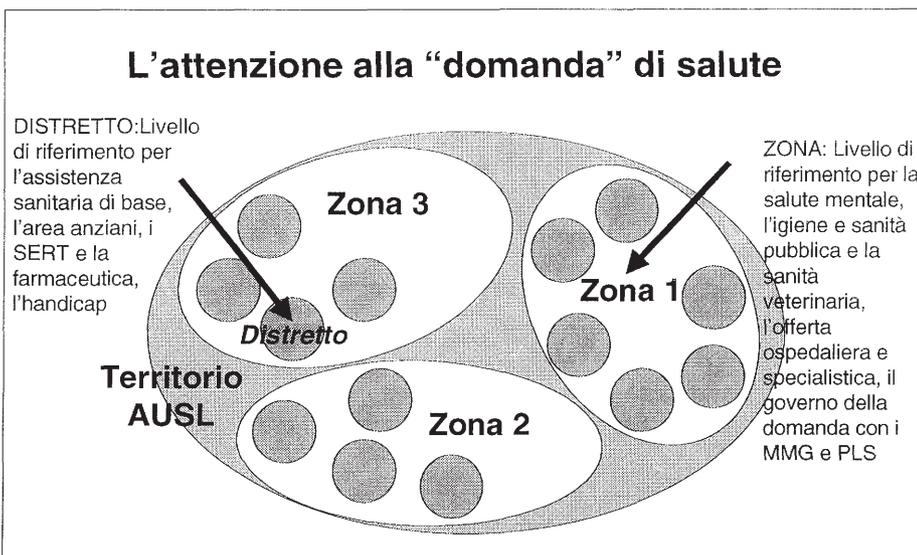
c) alla sperimentazione graduale del nuovo assetto, curando in maniera particolare l'apprendimento organiz-

zativo con opportune azioni di formazione e *tutorship* che mirino all'aggiustamento dei comportamenti in relazione ai nuovi ruoli.

Il coinvolgimento dei dirigenti viene ritenuto fondamentale per superare l'inerzia al cambiamento di tipo comportamentale, e cioè collegata a fattori cognitivi, politici, di stile relazionale o di valori (Rebora, 1998). Questo spiega perché non si sia proceduto a riprogettare anche la micro-struttura organizzativa nel dettaglio, ma si sia preferito avviare un processo di concertazione con i futuri dirigenti di primo livello, allungando di fatto i tempi del cambiamento, ma rendendolo più coerente con i tempi fisiologici dell'organizzazione e delle persone chiave (quelli che stanno o dovranno svolgere il ruolo di attori del cambiamento) e aumentando la certezza della sua realizzazione.

3) Un potenziamento, anch'esso in via di completamento, degli organi di *staff*, il cui ruolo e dimensionamento è fondamentale per attivare e sostenere il cambiamento organizzativo, contrastando i fattori di inerzia sistemica quali il sovraccarico strategico (il problema di gestire più linee di cambiamento contemporaneamente) ed il divario tra risorse necessarie (tra cui le competenze) e risorse disponibili per supportare ed implementare il cambiamento (Ansoff, 1984).

Figura 10 - Visione di sintesi della logica di fondo, collegata all'introduzione dell'articolazione organizzativa delle Zone



(1) Il personale della Asl è composto come segue: 18% personale medico, 30% personale infermieristico, 27% personale del ruolo tecnico, 13% personale del ruolo amministrativo, 12% altro personale.

(2) La Asl di maggiori dimensioni per numero di dipendenti è la Asl Napoli 1 con circa 12.000 dipendenti e quella con maggiore popolazione residente è la Asl della Città di Milano, da cui è stata però scorporata la gestione di tutti i presidi ospedalieri presenti sul suo territorio.

(3) Sugli aspetti di progettazione della struttura organizzativa delle aziende sanitarie si veda M. Bergamaschi (2000).

(4) I distretti costituiti nelle Asl di Palermo hanno una dimensione compresa tra i 34.500 abitanti di Corleone e i 185.000 abitanti del distretto Palermo-città; cinque distretti hanno più di 100.000 abitanti, gli altri sono più piccoli.

(5) Nella definizione di dipartimenti strutturali e funzionali si fa riferimento all'approccio di Bergamaschi (2000), che considera come dipartimenti strutturali quelli con autorità sovraordinata rispetto alle U.o./servizi che li compongono e che svolgono funzioni prevalentemente di *line* e quindi di gestione dei fattori e dei processi produttivi; definisce, invece, funzionali, i dipartimenti che svolgono soprattutto un ruolo di *staff*, cioè di coordinamento ed indirizzo scientifico attraverso la standardizzazione e omogeneizzazione delle procedure operative e dei protocolli clinico-assistenziali.

(6) Inoltre, l'articolazione per Zone, non divide l'azienda secondo nessuna delle dimensioni — prodotto, cliente o mercato — che identificano nella teoria tradizionale i criteri di una sua «divisionalizzazione» in combinazioni prodotto/mercato parzialmente autonome (Grandori, 1995; Reborà, 1998).

(7) Operazione possibile, ma difficile da sostenere sul piano giuridico e concreto, dato che non trova riferimenti nel quadro normativo, contrasta con la visione specialistico-professionale ancora dominante, richiede *managers* con competenze gestionali elevate ed in grado di gestire una conflittualità potenzialmente sostenuta e la fiducia da parte della Direzione generale a delegare una parte consistente dei propri poteri.

(8) Con una dialettica simile a quella che si instaura negli schemi multidivisionali e che secondo Ouchi (1984) rende questo modello organizzativo il più efficiente ed efficace tra tutti i possibili.

(9) Sempre per il problema dei «vasi comunicanti», è ovvio che qualsiasi programmazione di attività con la componente dei Mmg deve trovare un rovescio della medaglia nella programmazione delle attività delle Uu.oo. ospedaliere e dei Distretti o delle attività sovradistrettuali, di fatto rendendo necessario ragionare sulle dimensioni organizzative — quali le Zone — che rendono significativi e confrontabili i dati delle varie componenti organizzative.

(10) Sul tema si veda Del Vecchio (2000).

(11) Sul tema si veda Reborà (1998: pag. 114).

(12) Si veda Lega (1999).

(13) Psr siciliano 2000-2002:

A) definisce il dipartimento come l'insieme di U.o., servizi ed altre strutture organizzative che mantengono la loro autonomia e responsabilità e nel contempo riconoscono la

loro interdipendenza in funzione del raggiungimento di obiettivi comuni (§ 2.1);

B) distingue due tipologie di dipartimenti: strutturali e funzionali;

C) identifica nel distretto sanitario il livello che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri (§ 2.2.1).

Questa forte similitudine tra impostazione del piano di riorganizzazione della Asl e successive indicazioni regionali ha facilitato la sua attuazione, fornendo importanti sostegni istituzionali in un momento di trasformazione dell'azienda in «arena politica», cioè di terreno di coesistenza di forti conflitti d'interessi, d'impostazioni e di scopi nelle relazioni di ordine istituzionale, con una politicizzazione dei rapporti di ordine organizzativo e gestionale. (sul tema della cosiddetta situazione di arena politica si veda Mintzberg, 1983).

(14) Per la definizione di dipartimenti strutturali e funzionali utilizzata in questo articolo si veda la nota n. 5.

(15) Il Dipartimento di prevenzione, unico per tutta l'azienda, si articola in:

— tre Zone dipartimentali per la funzione igiene e sanità pubblica, ciascuna corrispondente al territorio e al bacino di utenti di una delle Zone distrettuali;

— tre Zone dipartimentali per la funzione veterinaria, ciascuna corrispondente al territorio di una delle Zone distrettuali; l'attività di standardizzazione delle prestazioni offerte dalle Zone è garantita dal responsabile dell'Area sanità pubblica veterinaria (in linea con quanto stabilito dal Psr);

— l'Area dipartimentale centralizzata della salute e sicurezza ambienti di lavoro, dove l'esiguità del personale a disposizione scongiurava la tripartizione in Zone, che avviene al secondo livello direttivo con l'individuazione di *équipe* zonali sotto la direzione di un unico responsabile aziendale;

— l'U.o. sanità pubblica, epidemiologia, medicina preventiva che, in quanto struttura a valenza aziendale, rimane in *staff* al Dipartimento;

— due LIP (uno medico e uno chimico);

— un organo di *staff* del dipartimento composto dai responsabili dei servizi.

I motivi di questa soluzione sono da ricercare in:

— nel bisogno di collegare l'offerta di servizi di prevenzione con l'attività distrettuale;

— nella scarsa affinità tra le attività dell'igiene e sanità pubblica e quelle della veterinaria, che rende più conveniente la preservazione di una linea di responsabilità specialisti-

ca, seppur combinata con quella territoriale (cfr. 229/99 e Psr);

— nelle dimensioni contenute, in termini di risorse gestite, dell'area salute e sicurezza ambienti di lavoro.

(16) La proposta di decentramento è coerente con le indicazioni del Art 7-*quater* 229/99 relativo alla dimensione dei bacini di utenza nonché con il Psr che prevede per la provincia di Palermo la creazione di almeno due Dsm.

(17) Il Psr prevede che il direttore di dipartimento sia nominato dal Dg tra i dirigenti con incarico di direzione delle Uu.oo. complesse aggregate nel dipartimento. Di conseguenza il Dg nominerà i direttori dei Dsm ed i direttori delle Zone di igiene e sanità pubblica, delle Zone di veterinaria e dell'area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. Il direttore del dipartimento di prevenzione verrà poi scelto tra tali direttori.

In particolare, con riferimento all'articolazione dei Dsm:

— i tre Dsm corrispondono per bacino di utenti e confini geografici alle Zone distrettuali ed alle Zone del Dipartimento di prevenzione;

— ogni Dsm, date le dimensioni medie, si articola in tre moduli dipartimentali, ciascuno con popolazione inferiore od uguale a 150.000 abitanti;

— ogni modulo corrisponde ad uno degli ex-Dsm ed è quindi composto da:

— Centri di salute mentale;

— Centri diurni;

— Spdc;

— la gestione delle comunità terapeutiche, trattandosi di strutture a valenza dipartimentale, viene mantenuta in *staff* al Dsm;

Il Direttore di Dsm è responsabile per la negoziazione del *budget* con la Direzione e della sua riallocazione tra i moduli.

(18) L'assetto organizzativo è la configurazione dell'azienda risultante dal combinarsi della struttura organizzativa con i sistemi operativi che ne facilitano il funzionamento, tra cui si possono annoverare il sistema della programmazione e controllo, i sistemi di remunerazione ed incentivazione del personale, i percorsi di carriera, i sistemi di addestramento e formazione, ecc. (Airoldi, Brunetti, Coda, 1989).

In altre parole, con la struttura organizzativa si definiscono i mattoni e le relazioni organizzative su cui si fonda l'azienda, vale a dire le articolazioni in cui si organizza il personale e le rispettive relazioni gerarchiche, mentre con i sistemi o meccanismi operativi si definiscono le «regole del gioco», cioè il quadro delle regole secondo cui si organizzano ed a cui si uniformano i comportamenti degli operatori aziendali.

(19) Ciascun Dsm dovrebbe programmare l'attività dei suoi moduli dipartimentali (9) affinché coprano i bisogni di uno o più distretti.

(20) Con il termine direzione generale si intende la funzione massima di direzione che in molte aziende viene esercitata dall'operare congiunto del direttore generale, sanitario e amministrativo e in altre include solo il direttore generale (Bergamaschi, 2000, cap. VII).

(21) I cinque settori precedenti e la pluralità di servizi sono stati accorpati, seguendo le indicazioni del Psr, nei seguenti dipartimenti:

— Affari legali e contenzioso (ex U.o. Affari legali e contenzioso);

— Gestione risorse economiche (ex Settore Affari Economico finanziari);

— Gestione appalti, patrimoni o convenzioni e servizi economici (ex Settori «Tecnico patrimoniale» e «Provveditorato economico»);

— Amministrazione del personale (ex Settore «Affari del personale»).

(22) Per la definizione di dipartimenti strut-

turali e funzionali utilizzata in questo scritto, si veda la nota 5.

BIBLIOGRAFIA

AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., (1989), *Lezioni di Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.

ANSOFF I., (1984), *Implanting strategic management*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

BERGAMASCHI M. (a cura di), (2000), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.

BERGAMASCHI M., LEGA F., (2000), «L'organizzazione delle strutture ospedaliere: il dipartimento», in BERGAMASCHI M. (a cura di), Mc Graw Hill, Milano.

DEL VECCHIO M., (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33.

GRANDORI A., (1995), *L'organizzazione delle*

attività economiche, Il Mulino, Bologna.
LEGA F., (1999), «Lineamenti di progettazione macro-organizzativa per le aziende sanitarie locali», *Salute e Territorio*, settembre, 116.

LEGA F., (2001), «Organizzazione, strategia e gestione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie multi-ospedale: proposta, analisi e discussione di possibili assetti di riferimento», *Organizzazione Sanitaria*, 1.

MINTZBERG H., (1983), *Structure in five. Designing effective organization*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

OUCHI W. G., (1984), *The M-form society*, Addison-Wesley, Reading (Mass.).

REBORA G., MENEGUZZO M., (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, UTET, Torino.

REBORA G., (1998), *Organizzazione aziendale*, Carocci editore, Roma.

TANESE A. (2000), «L'efficacia del cambiamento organizzativo», in BERGAMASCHI M. (a cura di), McGraw Hill, Milano.

IL BUDGET NELL'A.O. S. ELIA DI CALTANISSETTA: LA PARTNERSHIP CON L'A.O. DI MELEGNANO

Giancarlo Sassoli¹, Antonio Nava², Fortunato Lantieri³

¹ Direttore Generale A.o. S. Elia di Caltanissetta

² Controllo di gestione A.o. Melegnano

³ Controllo di gestione Uff. BDG A.o. S. Elia

SOMMARIO: 1. L'istituzione dell'Azienda ospedaliera regionale S. Elia - 2. La nuova Direzione aziendale - 3. La gestione del cambiamento - 4. La distanza: vincoli ed opportunità - 5. Il lavoro a distanza - 6. La presenza in sede - 7. Le fasi d'implementazione del sistema - 8. Il primo anno d'attività: la fase di sperimentazione - 9. La scheda di *budget* - 10. Dalla fase di sperimentazione alla realizzazione del Bdg aziendale 2000 - 11. Il Bdg 2001 e l'organizzazione dipartimentale - 12. In conclusione.

1. L'istituzione dell'Azienda ospedaliera regionale S. Elia

L'Azienda ospedaliera S. Elia di Caltanissetta è stata istituita nel 1995 con L.Reg. n.34 del 11.04.95 per scorporo dall'ex Usl n.16 con l'obiettivo di potenziare la rete delle aziende ospedaliere di terzo livello, creando nel centro della Sicilia una struttura sanitaria capace di far fronte alla domanda d'emergenza urgenza.

Con la creazione dell'A.o. di terzo livello per l'ospedale S. Elia si prospetta un'interessante fase di sviluppo, infatti, il piano regionale prevede il potenziamento dell'ospedale attraverso la creazione di nuove unità specialistiche in particolare: neurochirurgia, chirurgia d'urgenza, maxillofaciale, terapia intensiva neonatale, l'istituzione di una centrale operativa 118 con sede d'eliambulanza, lo sviluppo del pronto soccorso con una dotazione di dieci posti letto d'astanteria.

L'Azienda ospedaliera si colloca nel territorio dell'Usl n 2 ed è dotata delle principali specialità mediche e chirurgiche.

In tabella 1 si riportano le più rilevanti informazioni quantitative e l'attività svolta nel 1998.

2. La nuova Direzione aziendale

La Regione Sicilia nel gennaio del 1997 procede alla nomina del Direttore generale dell'A.o. S Elia, assegnando l'incarico di Direzione ad un *manager* proveniente dalla Toscana con esperienze manageriali maturate presso aziende private e, in seguito, in aziende sanitarie Toscane.

Il primo indicativo atto della Direzione generale fu di definire la *mission* aziendale, di progettare ed esplicitare la strategia indicando gli obiettivi di medio e lungo termine, la modalità d'attuazione degli obiettivi e lo stile di direzione.

Il piano strategico, coerentemente con quanto indicato dalla Regione, indicava gli obiettivi di fondo dell'azienda: l'adeguamento delle risorse tecnologiche, il potenziamento qualitativo delle risorse umane attraverso l'assunzione di nuove professionalità e lo sviluppo delle professionalità esistenti con un intenso intervento di formazione e aggiornamento, il miglioramento dei servizi d'accoglienza e alberghieri, il recupero del rapporto città ospedale. Il tutto fu formalizzato nel documento *Relazione programmatica della Direzione generale* e discusso

con i dirigenti dell'Azienda, le Organizzazioni sindacali e il personale del comparto. Il lavoro di predisposizione della relazione programmatica ha consentito alla Direzione generale di conoscere ed analizzare lo stato dell'Azienda sotto il profilo organizzativo, finanziario e gestionale.

Le maggiori criticità rilevate riguardavano le carenze del sistema informativo che non consentiva alla Direzione generale di disporre d'informazioni certe e tempestive a supporto dell'attività direzionale. In particolare le informazioni relative all'attività istituzionale (prestazioni sanitarie di ricovero e ambulatoriali) erano rilevate

Tabella 1 - Dati generali 1998

N. R.O.	18.632
N. R. DH	5787
N. Prest. Amb.	193.885
Valore R.O.	58.753.191.000
Valore DH	6.912.927.000
Valore Amb.	6.446.235.750
N. Medici	166
N. Infermieri	760
N. Altro	71

con ritardo, non esisteva un sistema di contabilità analitica dei costi, né una rilevazione delle risorse utilizzate dai Cdr. Come in molte aziende sanitarie il sistema incentivante si rifaceva ai meccanismi del *plus* orario, dove gli incentivi erano collegati alla realizzazione di progetti la cui attuazione era certificata dal responsabile di Cdr.

3. La gestione del cambiamento

Per gestire il cambiamento e realizzare gli obiettivi attesi la Direzione generale decise di introdurre nell'Azienda ospedaliera Nissena un sistema di programmazione e controllo di tipo budgetario in grado di superare i punti di debolezza rilevati in particolare:

— superare i limiti nella gestione delle strutture sanitarie dove ogni unità organizzativa spesso si organizza e sviluppa la propria attività in modo autonomo senza considerare le ricadute organizzative sugli altri settori aziendali né le implicazioni economiche del proprio comportamento sul bilancio aziendale;

— fortemente orientato ad attivare processi di responsabilizzazione degli operatori sui risultati, d'integrazione tra le diverse unità operative e di motivazione del personale verso il raggiungimento d'obiettivi comuni per tutta l'azienda;

— capace di collegare la responsabilizzazione sugli obiettivi con il sistema incentivante in modo da superare la distribuzione a pioggia dell'incentivazione di risultato ma collegarla effettivamente a risultati oggettivamente valutabili.

Le prime azioni per l'implementazione del sistema di Bdg aziendale si sono orientate verso la definizione della struttura tecnica organizzativa a supporto del processo di Bdg. In particolare la Direzione generale ha operato due scelte di fondo:

— la costituzione di un gruppo di la-

voro interno con il compito di implementare il Bdg aziendale e costituire l'interfaccia fra i Cdr e la Direzione aziendale nella gestione del progetto;

— la ricerca del supporto, metodologico ed organizzativo, esterno per la direzione del progetto e per far crescere le competenze interne.

La selezione dei componenti del gruppo di lavoro, denominato ufficio *budget* e controllo di gestione, compiuta direttamente dalla Direzione generale, si è orientata fra i collaboratori ritenuti più sensibili alle tematiche gestionali che avevano effettuato corsi di formazione e/o esperienze professionali specifiche, con un'adeguata conoscenza dell'organizzazione aziendale e con riconosciuta capacità professionale, inoltre dovevano per appartenenza rappresentare le principali componenti professionali presenti in azienda. Il gruppo di lavoro selezionato è stato così composto: n. 3 medici, n. 1 infermiere; n. 2 amministrativi (il responsabile del provveditorato ed un addetto del servizio di ragioneria). Al responsabile del provveditorato è stata affidata responsabilità del gruppo di lavoro.

I componenti del gruppo di lavoro, parallelamente alla propria attività istituzionale ed in modo volontario, dovevano avviare l'implementazione del processo di Bdg.

Rispetto alla necessità di creare le competenze interne ed avviare la fase d'apprendimento si è ritenuto necessario utilizzare il contributo e l'apporto d'esperienze e competenze esterne. Generalmente le aziende sanitarie, per quest'attività si affidano a società di consulenza. Le esperienze in atto dimostrano che le scelte delle a.o. sono molteplici: vanno dalla richiesta di definire l'impostazione metodologica sino alla completa esternalizzazione del servizio.

La scelta della Direzione aziendale del S. Elia è stata innovativa ricorren-

do per il supporto di competenze esterne ad un'azienda ospedaliera della Lombardia dove il processo di Bdg risultava consolidato e che lo stesso Direttore generale aveva avuto modo di conoscere e valutare direttamente dal *controller* di quest'azienda attraverso una testimonianza tenuta ad un corso di formazione. Il rapporto di collaborazione fra l'A.o. Siciliana e l'A.o. di Melegnano, dopo i formali contatti fra le rispettive direzioni e fra il *controller* e una parte del gruppo di lavoro, si è avviato nell'ottobre del 1998 e si è formalizzato attraverso una specifica convenzione che disciplina l'attività di supporto da realizzarsi sia in sede sia a distanza, è stata prevista la possibilità di organizzare specifiche iniziative di formazione e/o *stage* presso l'A.o. di Melegnano. L'obiettivo atteso è la implementazione di un sistema di controllo di gestione di tipo budgetario, la costituzione delle strutture organizzative e lo sviluppo di competenze interne per garantire all'A.o. l'autonomia gestionale. La convenzione non coinvolge solamente il *controller* ma tutto lo *staff* del controllo di gestione dell'A.o. di Melegnano, che collegialmente partecipa a quest'esperienza portando le specifiche competenze. Il rapporto consulenziale esterno si configura come un accordo di *partnership* fra le due aziende dove diventava rilevante il trasferimento dell'esperienza sotto il profilo tecnico e metodologico ed il ruolo del consulente, quello di *tutor* del progetto.

4. La distanza: vincoli ed opportunità

La distanza fra le Aziende sanitarie (Lombardia - Sicilia) aveva suscitato qualche perplessità sull'effettiva possibilità di presidiare le variabili critiche per il successo del progetto: la presenza fisica presso l'A.o. nissena, la verifica sullo stato d'avanzamento del

progetto, il costante supporto al gruppo di lavoro.

Questo limite spaziale è stato superato mediante l'utilizzo di sistemi (internet) di comunicazione e trasmissione dei dati, informatizzando il processo di Bdg, adottando una rigorosa pianificazione dell'attività e concordando, nell'ambito del progetto generale, gli stati d'avanzamento, le relative responsabilità ed i tempi d'attuazione (chi fa che cosa).

5. Il lavoro a distanza

L'ufficio controllo di gestione di Melegnano, attraverso la comunicazione e la trasmissione dei dati via internet, ha realizzato un'efficace attività d'elaborazione e di produzione di *reporting* che, soprattutto nella fase iniziale, ha prodotto il supporto informativo indispensabile ad accelerare la fase d'avvio del Bdg e, successivamente, consentito al gruppo di lavoro di gestire in modo autonomo quest'attività.

Il primo intervento è stato effettuato sul data base dell'attività di ricovero ordinario e *day hospital* dove risiedono le informazioni per produrre una completa reportistica per i Cdr (volumi d'attività, scostamenti, valorizzazione dell'attività, indicatori d'efficienza e di *mix*, ecc.). Il *database*, importato dalla procedura di registrazione dell'attività, è stato inviato al controllo di gestione di Melegnano dove è stato elaborato, per generare il *reporting* concordato, e rinviato a Caltanissetta.

In questo modo l'A.o. nissena ha potuto disporre sia del *reporting* sia della procedura d'elaborazione in modo da essere autonoma per le successive attività d'estrazione ed elaborazione dei dati. La stessa modalità è stata adottata per la produzione del primo *report* di contabilità analitica dei costi.

Questa fase operativa è stata gestita direttamente dal personale del controllo di gestione dell'A.o. di Melegnano

adetto a quest'attività e dal referente informatico del gruppo di lavoro di Caltanissetta. Lo scambio d'informazioni e competenze, la possibilità di disporre delle procedure d'elaborazione e di verificarne la logica attuativa ha rappresentato un'efficace opportunità di formazione per l'acquisizione di nuove competenze e lo sviluppo dell'autonomia professionale.

Per facilitare lo scambio d'informazioni la scheda di Bdg è stata informatizzata: ai Cdr è stata consegnata la scheda di Bdg sia su supporto cartaceo sia su supporto informatico, su quest'ultimo, anche con l'aiuto del gruppo di lavoro, dovevano formulare le loro proposte di Bdg. Le schede di Bdg informatizzate venivano trasmesse a Melegnano così da effettuare, con i colleghi di Caltanissetta, una preventiva e comune valutazione dei contenuti.

Con questo sistema si è automatizzata la complessa fase di valutazione delle proposte di Bdg dei Cdr e di predisposizione dei quadri di sintesi per facilitare il processo decisionale e supportare la fase di negoziazione (sintesi degli obiettivi, Bdg trasversale dei progetti, Bdg trasversale degli investimenti, sintesi della scheda di negoziazione e collegamento con il sistema incentivante).

Infine attraverso questo efficace sistema di trasmissione delle informazioni è stato possibile controllare lo stato d'avanzamento del progetto, proporre, valutare e integrare il materiale per la gestione degli incontri di formazione / informazione e mantenere un costante collegamento operativo.

6. La presenza in sede

Tenuto conto che molta parte del lavoro è effettuato a distanza, la presenza fisica presso l'A.o. di Caltanissetta si limita ai passaggi critici del Bdg (attività di formazione, consegna delle

schede di Bdg, negoziazione, valutazione periodiche) dove è necessario esercersi per comprendere il clima aziendale, verificare l'adesione dei Cdr, apprezzare e valutare il consenso espresso attorno al progetto, cogliere gli elementi d'insoddisfazione, i malumori e per far crescere e sviluppare un rapporto di stima e di fiducia con i responsabili di Cdr.

Questi aspetti rivestono un'importanza rilevante che il responsabile del progetto deve percepire per organizzare le necessarie risposte.

Mediante la trasferta, da Melegnano a Caltanissetta, avviene ogni due mesi per complessivi tre/quattro giorni. Al fine di ottimizzare l'utilizzo della risorsa tempo questi incontri sono organizzati predisponendo in anticipo il materiale necessario, pianificando e concordando l'attività giornaliera. In genere la permanenza si concentra nei fine settimana utilizzando anche le giornate di sabato e domenica per completare l'attività interna al controllo di gestione. Quest'utilizzo del tempo oltre al canonico «orario di lavoro» è possibile per l'ampia disponibilità data dal gruppo di lavoro.

L'A.o. di Melegnano ha ospitato, per attività di formazione, alcuni componenti del gruppo di lavoro che, in due accessi della durata di tre giorni, hanno approfondito le tematiche relative alla contabilità analitica dei costi, al sistema di *reporting*, e verificato le procedure informatiche in uso. Inoltre nel corso del primo accesso è stato organizzato un incontro con la Direzione generale per un confronto sull'esperienza in corso.

7. Le fasi d'implementazione del sistema

L'esperienza descritta nel presente articolo, sviluppata dall'ottobre 1998 ad oggi, intende essere un contributo di riflessione sugli elementi innovati-

vi che hanno caratterizzato il lavoro svolto, sulla metodologia di gestione del progetto, sulle criticità rilevate nel corso dell'attività e sulle soluzioni adottate.

Si ritiene che l'aspetto maggiormente innovativo sia rappresentato dall'accordo di *partnership* fra le due aziende ospedaliere pubbliche che ha consentito, pur con i dovuti adattamenti ambientali, la trasferibilità dell'esperienza quindi l'adozione di procedure e strumenti già testati, un'immediata sintonia con il nuovo ambiente e la convinzione, poiché ciò che si voleva attuare già funzionava in realtà aziendali analoghe, della fattibilità del progetto. Il confronto con un'azienda sanitaria ha notevolmente facilitato la comunicazione sia con il gruppo di lavoro che con i responsabili di Cdr che hanno percepito la *novità della Direzione* come un qualcosa già presente nel loro mondo, in alcuni casi ha attivato uno spirito d'emulazione, il desiderio di non rimanere fermi.

L'accordo di *partnership* può costituire un esempio di positiva e concreta collaborazione d'interscambio d'esperienze da estendere anche ad altri settori dell'attività aziendale valorizzando le competenze e le esperienze d'eccellenza che esistono nel sistema sanitario pubblico.

L'utilità di realizzare una maggiore circolazione delle esperienze è emersa più volte nel corso della attività, infatti, nella fase di predisposizione dei Bdg di Cdr si affrontano tutte le problematiche organizzative e gestionali: il funzionamento dei servizi alberghieri, la gestione degli investimenti, le modalità di gestione del patrimonio, come garantire le manutenzioni, l'organizzazione dell'attività di *day hospital*, per tutti questi temi è stato utile lo scambio di informazioni sulle soluzioni adottate dalla A.o. di Melegnano.

8. Il primo anno d'attività: la fase di sperimentazione

Nel corso delle prime settimane dalla costituzione del gruppo di lavoro e dalla definizione del rapporto di collaborazione fra le due Aziende ospedaliere, la Direzione generale ed il gruppo di lavoro hanno tracciato la strategia di realizzazione del *progetto Bdg al S. Elia* che prevedeva tre obiettivi di fondo.

1) Superare le resistenze al cambiamento e ottenere il consenso dei responsabili di Cdr e delle organizzazioni sindacali attraverso un percorso di formazione e informazione finalizzato alla conoscenza del Bdg e dei suoi meccanismi operativi.

2) Sviluppare le competenze interne in modo da consentire all'Azienda di costituire nel breve periodo lo *staff* del controllo di gestione e rendere l'azienda autonoma nel continuare l'esperienza in atto.

3) Definire e adottare la metodologia del sistema di Bdg più coerente alla realtà aziendale e creare le strutture tecniche necessarie a realizzare un effettivo controllo direzionale in particolare la contabilità analitica dei costi e il sistema informativo.

Il progetto nelle sue articolazioni operative è stato presentato, attraverso specifici incontri, ai responsabili di Cdr sanitari, amministrativi e al personale del comparto. Nella gestione di questa fase un ruolo importante è stato svolto dalla Direzione generale che in prima persona ha presentato gli obiettivi del progetto, ne ha spiegato le finalità ed ha richiesto la collaborazione e la partecipazione di tutto il personale. La Direzione generale, attraverso la convocazione di una conferenza stampa, ha ritenuto di dare ampio rilievo al progetto, ponendo l'accento sull'importanza dell'intervento.

Nel corso del primo anno, coerentemente con la strategia assunta, ci si è

posti l'obiettivo di creare le condizioni culturali, tecnologiche ed organizzative necessarie al successo del progetto, in particolare si è operato per ottenere il consenso dei dirigenti sanitari ed amministrativi valorizzando i punti di forza, le ricadute positive di quest'esperienza sulla stessa attività dei Cdr.

Si è definita ed avviata la fase d'informazione / formazione con l'obiettivo di preparare il gruppo di lavoro ed il personale sanitario e amministrativo ad utilizzare le innovazioni gestionali che lo strumento del Bdg avrebbe introdotto. Per il personale sanitario è stata realizzata un'efficace attività di formazione puntando soprattutto a chiarire le finalità del sistema di programmazione, i compiti e le responsabilità dei diversi attori. Una particolare attenzione è stata posta nel coinvolgimento e nella ricerca del consenso dei responsabili di Cdr. A tale scopo si sono organizzati specifici incontri di formazione sui contenuti del progetto di Bdg sugli obiettivi attesi, sulla metodologia che s'intendeva applicare e sulle concrete ricadute sull'attività dei Cdr.

Le maggiori preoccupazioni espresse dai Cdr durante gli incontri riguardavano la fase del controllo con le conseguenti implicazioni sulla valutazione e sul sistema incentivante. Buona parte dell'attività di formazione è stata orientata a dimostrare che il Bdg non doveva essere inteso come uno strumento di coercizione, ma un mezzo, un'opportunità e uno strumento di lavoro per i Cdr e per la Direzione per meglio conoscere e governare la propria attività quotidiana, un efficace metodo per vincere la sfida di sviluppo dell'Azienda ospedaliera e per affrontare l'evoluzione del sistema sanitario caratterizzata da scarsità delle risorse e da una crescente domanda. Quest'azione di formazione è stata estesa con intensità diversa a tutto il re-

stante personale sanitario ed amministrativo.

Parallelamente all'attività di formazione si è avviata l'implementazione del sistema informatico/informativo a supporto del sistema di Bdg. Quest'attività doveva soddisfare la duplice esigenza di realizzare:

— nel medio periodo, il sistema informativo aziendale doveva essere in grado di rilevare regolarmente le informazioni ritenute rilevanti ai fini gestionali;

— nel breve periodo, già nei primi mesi, disporre di alcune informazioni fondamentali per misurare i principali fenomeni aziendali in modo da costruire un sistema di *reporting*, anche se parziale e provvisorio, necessario per avviare con i Cdr il sistema di Bdg.

Per definire il fabbisogno informativo e gli interventi conseguenti è stato necessario procedere ad una ricognizione finalizzata a testare le procedure in essere, la tecnologia esistente, le potenzialità delle risorse ed il loro stato d'utilizzo.

L'A.o. disponeva di specifiche ed attuali procedure informatiche per la realizzazione della contabilità analitica dei costi e per la rilevazione e la produzione di *report* dell'attività di ricovero ordinario e *day hospital*, l'avvio del progetto ha dato un nuovo stimolo e motivazione all'effettivo utilizzo di queste procedure.

Si è quindi realizzato un parziale avvio della contabilità analitica, predisponendo il piano dei Cdr e Cdc, il piano dei fattori produttivi ed i primi *report* relativi alle risorse tecniche, al numero d'addetti articolati per posizione funzionale in forza al Cdr, al costo del materiale sanitario ed economico gestito a magazzino. Il gruppo di lavoro ha predisposto la struttura della reportistica di base, le modalità ed i tempi di rilevazione e con il personale addetto alla procedura ha definito gli interventi di formazione e di verifica

per garantire le informazioni secondo quanto stabilito.

Si sono prima raccolte e sistematizzate le informazioni già esistenti, integrandole progressivamente con altre ritenute rilevanti al fine di poter fornire un adeguato supporto informativo ai responsabili di Cdr e dotare la Direzione generale delle necessarie conoscenze per facilitare l'assunzione di decisioni.

Si è inoltre deciso di avviare, in forma sperimentale, già dal 1999 il Bdg aziendale, con la finalità di sperimentare lo strumento, di definire e testare la modulistica di supporto e soprattutto di utilizzarlo come concreto momento di formazione sul campo per consentire ai responsabili di Cdr di eseguire «una prova» e concretamente verificare le modalità di negoziazione, utilizzare i primi indicatori disponibili per definire la programmazione e gli obiettivi del Cdr.

Mediante il percorso d'apprendimento si voleva focalizzare l'attenzione dei Cdr sui punti di forza e sulle potenzialità del Bdg, e nello stesso tempo far emergere i punti di debolezza del sistema informativo per stimolarne lo sviluppo. Si confidava nel fatto che questa

collettiva consapevolezza avrebbe accelerato la realizzazione del sistema informativo in quanto gli utilizzatori di queste informazioni ne avrebbero sollecitato e condiviso lo sviluppo.

L'Ufficio controllo di gestione ha progettato la scheda di Bdg e, con i dati disponibili, ha realizzato la reportistica per Cdr. (tabella 2)

9. La scheda di budget

La prima parte (*parte A*) della scheda di Bdg conteneva un quadro informativo per Cdr che, per il primo anno di Bdg (*Bdg 1999*), riportava i dati d'attività del 1998 limitatamente ai ricoveri ordinari e *day hospital*, al costo del materiale sanitario, al numero di addetti. Al fine di consentire ai Cdr di verificare le fonti e la natura delle informazioni contenute nella scheda ed evitare atteggiamenti di delegittimazione, l'ufficio ha esplicitato le modalità di rilevazione, i criteri adottati per la imputazione di costi e ricavi ed i possibili errori.

Nella *parte B* i Cdr dovevano indicare gli obiettivi di attività, di costo e di qualità da realizzare a risorse assegnate. In questa parte della scheda la

Tabella 2 - Struttura scheda di budget 1999

Parte A - Dati di Attività - Costi e proventi	
Sez. A1	Ricovero ordinario e Day Hospital. Indicatori di attività - Confronto 1998/1999.
Sez. A2	Prestazioni specialistiche Ambulatoriali. Attività e proventi 1998.
Sez. A3	Prestazioni intermedie di Laboratorio Analisi e Radiologia.
Sez. A4	Prestazioni specialistiche. Ricorso a strutture convenzionate.
Sez. A5	Rilevazione dei costi 1998.
Sez. A6	Riepilogo costi e proventi.
Parte B - Definizione degli obiettivi	
Sez. B1	Definizione degli obiettivi a risorse assegnate
Parte C - Considerazioni e Proposte da parte del Cdr	
Sez. C1	Obiettivi proposti dal CDR a risorse variate.
Sez. C2	Progetti proposti dal Cdr.
Sez. C3	Descrizione dei prevedibili sviluppi che il settore, al quale appartiene il Cdr, si presume avrà nei prossimi 3-4 anni.

Direzione generale ed il gruppo di lavoro avevano formulato delle proposte di obiettivi in modo tale da orientare l'attività di programmazione dei Cdr che potevano accettare, variare o sostituire le proposte indicate dalla Direzione, il solo vincolo era rappresentato dalla rilevanza e misurabilità degli obiettivi. Si voleva evitare, come spesso succede in fase di avvio del Bdg, la indicazione di obiettivi generici e non misurabili.

La parte C della scheda di Bdg invitava i Cdr ad indicare possibili obiettivi con variazione di risorse, a proporre progetti di sviluppo e di potenziamento del Cdr. Una particolare enfasi è stata posta sulla sezione C3 dove si invitava ogni responsabile ad indicare l'evoluzione in termini di domanda / offerta, sviluppo tecnologico del proprio settore di riferimento. Con queste informazioni è stato possibile comprendere l'orientamento strategico d'ogni Cdr e misurare la coerenza con la strategia della Direzione.

La scheda Bdg costituisce il veicolo di comunicazione fra Direzione aziendale, Controllo di gestione e Centri di responsabilità, è attraverso questo strumento che avviene lo scambio più efficace d'informazioni, pertanto la scheda

deve essere, per struttura logica e linguaggio, non solo comprensibile ma deve anche guidare ed agevolare il responsabile del Cdr ad esplicitare la propria strategia, a formulare la programmazione, ed indicare gli obiettivi che intende raggiungere. È stata adottata, con le opportune personalizzazioni, la scheda di Bdg già utilizzata dalla A.o. di Melegnano che è stata presentata, discussa e valutata con i responsabili di Cdr. Nel corso degli incontri di formazione si sono compiute delle simulazioni per valutare, testare e validare lo strumento.

Il sistema di *reporting* che rappresentava il quadro informativo della scheda, si limitava a fornire i principali indicatori d'attività ed i costi del materiale sanitario e del personale.

Il percorso decisionale è stato semplificato (tabella 3) infatti, non è stata attuata una vera e propria negoziazione fra Cdr e Direzione aziendale come indicato nello schema di sintesi del percorso decisionale, per questa prima sperimentazione i Cdr si sono limitati a verificare le proposte di Bdg indicate dalla Direzione e a formulare gli obiettivi che intendevano perseguire e le risorse correlate.

Per rendere maggiormente vera e avvincente la fase di sperimentazione

si è concordato con i Cdr e con le organizzazioni sindacali di collegare agli obiettivi di Bdg il 20% dell'incentivazione di risultato definendo il sistema e le regole di collegamento fra il sistema di Bdg e il sistema incentivante per la Dirigenza e il comparto.

Questa fase sperimentale si è conclusa nel mese di giugno 1999, quando nel corso di un incontro con i responsabili di Cdr sono state consegnate le schede di ritorno che sintetizzavano, per ogni Cdr, le decisioni aziendali in merito agli obiettivi assegnati e alle correlate risorse, le modalità di collegamento con il sistema incentivante ed il Bdg trasversale degli investimenti aziendali.

Conclusa positivamente la fase di sperimentazione, gli obiettivi che il gruppo di lavoro e la Direzione si erano proposti sono stati raggiunti:

— il coinvolgimento e la collaborazione dei Cdr. Tutti i Cdr avevano partecipato al progetto e si erano assunti la responsabilità di proporre degli obiettivi, non si sono registrate defezioni e/o azioni per ostacolare il progetto;

— il gruppo di lavoro attraverso un serio e impegnativo lavoro di supporto ai Cdr e di continua formazione si era consolidato e legittimato;

Tabella 3 - Percorso decisionale

<i>FASE</i>	<i>ORGANI COINVOLTI</i>
Predisposizione diffusione del quadro di riferimento aziendale: LE LINEE GUIDA.	Direzione strategica
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Progettazione ◆ Precompilazione 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Linee guida per Cdr ◆ Invio delle schede di Bdg 	
Formulazione delle proposte di Bdg operativo	Cdr
Supporto ai Cdr «Attività di sportello»	Controllo di gestione
La negoziazione	Direzione strategica; Controllo di gestione; Cdr
Il sistema di valutazione e incentivazione	Direzione strategica; Controllo di gestione
Consolidamento e formulazione del Bdg di Cdr e d'Azienda	Direzione strategica; Controllo di gestione
Approvazione del Bdg complessivo d'azienda	Direzione strategica
Comunicazione ai Cdr del risultato di Bdg	Direzione strategica; Controllo di gestione
Verifica, controllo e <i>reporting</i> periodico	Controllo di gestione
Rinegoziazione	Direzione strategica; Controllo di gestione; Cdr

— un significativo stato d'avanzamento del sistema informativo aziendale (tabella 4) con la rilevazione periodica dei dati d'attività (Ricoveri ordinari, *day hospital* prestazioni ambulatoriali e intermedie), e l'elaborazione di un *reporting* più completo per la Direzione generale e per i Cdr.

L'attivazione della procedura della contabilità analitica dei costi ha consentito di rilevare per centro di costo, con periodicità trimestrale, i costi del personale, del materiale sanitario, i costi dei servizi economici di supporto (lavanderia, cucina degenti), i costi di manutenzione. L'insieme di questi costi rappresenta circa l'80% delle risorse assorbite dai Cdr.

10. Dalla fase di sperimentazione alla realizzazione del Bdg aziendale 2000

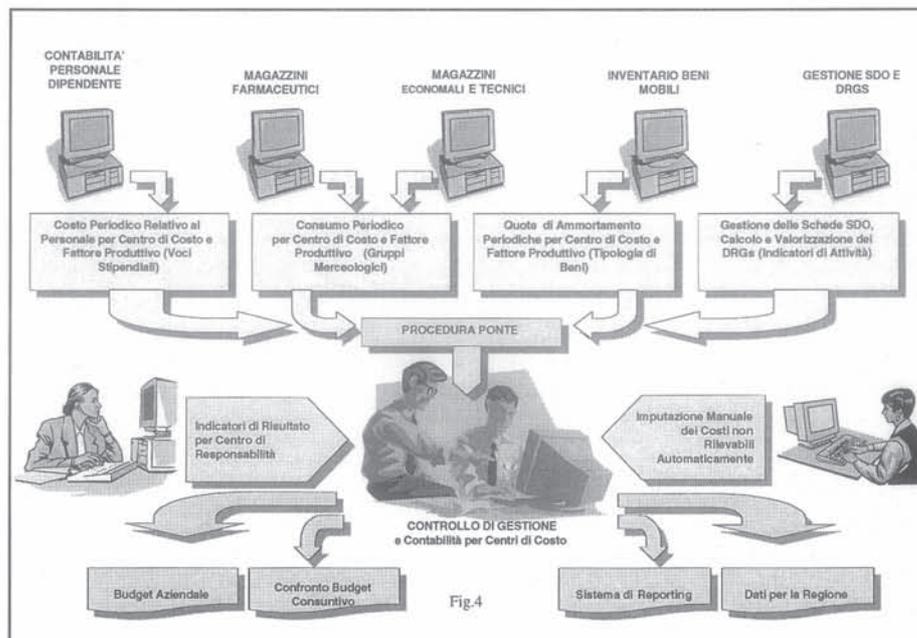
La Direzione generale dopo la verifica dei risultati raggiunti decise di considerare positivamente terminata la fase di sperimentazione e di adottare, pur con la gradualità necessaria, il Bdg come sistema di programmazione e controllo aziendale.

A fine gennaio 2000 ha comunicato la decisione ai responsabili di Cdr ed ha avviato la programmazione del Bdg 2000 trasmettendo ai Cdr le linee guida aziendali ed il piano di lavoro che prevedeva la chiusura del Bdg entro il mese di marzo 2000.

Per consolidare quanto realizzato la Direzione aziendale, pur mantenendo il gruppo di lavoro, ha formalmente costituito l'*Ufficio Bdg e Controllo di gestione* dedicando delle risorse a tempo pieno.

Infine, dopo una laboriosa trattativa sindacale, ha concordato per il 2000 le nuove regole del sistema incentivante: il totale collegamento del fondo d'incentivazione agli obiettivi di Bdg, le modalità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi e la

Tabella 4 - Struttura del sistema informativo aziendale



segnazione alla Direzione di una parte del fondo per incentivare particolari e specifici obiettivi (obiettivi *jolly*) di rilevanza strategica per lo sviluppo dell'area chirurgica.

La struttura della scheda di Bdg non ha subito significative variazioni, attraverso il lavoro di perfezionamento del sistema informativo è stata maggiormente arricchita d'informazioni ed è stato possibile predisporre una reportistica significativa sia per quanto riguarda i dati d'attività e di costo oltre al conto economico per Cdr.

Per dare avvio concreto al processo, la Direzione generale ha predisposto le linee guida aziendali di supporto al processo di *budget*, il cui scopo è di richiamare l'attenzione sugli aspetti che la stessa ritiene rilevanti in modo che la proposta degli obiettivi dei Cdr sia coerente con gli obiettivi e la strategia aziendale.

Rispetto alla fase sperimentale il Bdg 2000 si è caratterizzato per un'intensa attività di negoziazione. Si è rispettato il percorso decisionale indicato nella tabella 3.

Si è molto puntato sulla fase di negoziazione che è stata direttamente condotta dalla Direzione generale (Direttore generale, sanitario e amministrativo) con il supporto del controllo di gestione (tabella 5).

Si è confermato che questo passaggio nel processo decisionale, ancorché di complessa gestione, ha rappresentato un'opportunità di contatto e di comunicazione molto apprezzata dai Cdr, ed è strategicamente rilevante per realizzare una maggiore partecipazione ed un maggiore coinvolgimento. Inoltre sia la Direzione sia i Cdr sentivano l'esigenza di un confronto diretto sulle tematiche gestionali. Infatti, nel corso della negoziazione sono emersi innumerevoli problemi organizzativi e d'integrazione, che altrimenti non si sarebbero manifestati utilizzando solo la scheda Bdg. Non è da sottovalutare che il processo di negoziazione condotto con la Direzione generale contribuisce in misura rilevante a dare ufficialità e autorevolezza alla fase di programmazione.

A supporto del processo di Bdg

Tabella 5 - Scheda di negoziazione

AZIENDA OSPEDALIERA S. ELIA CDR: ESEMPLIFICATIVO						
BDG 2000						
Indicatore	Settembre 1999	Proposta Direz. 2000	Proposta CDR 2000	Obiettivo Negoziato 2000	Peso Obiet. %	NOTE
Casi chirurgici >1g	40%	45%	*Vedi relazione allegata	40%	20	
Casi in <i>DH</i> totali	n.d.	400	1080 giornate di degenza	1.080	20	
Degenza media casi >1g	6,91	6,91	6,91	6,5		
Degenze brevi casi 0/1g (su casi totali r.o)	4,45%	4%	*Vedi relazione allegata	4%		
N ricoveri (R.O.)	686	930	930	930	20	
n. prestazioni ambulatoriali esterni.	2.447	N° 3.264 pari a £. 156.792.136	3.264	più 2%		Con verifica dell'obiettivo dopo il 1° semestre
	£. 117.594.100					
Peso medio casi con degenza > 1 giorno	0,734	0,75	0,75	0,8	20	
Prestazioni di litotrissia	125	175	175	175		
Costo materiale sanitario per punto Drg	495.219	295.219	*Vedi relazione allegata			L'obiettivo sarà Determinato dopo le risultanze del 1° semestre
Costo prestazioni intermedie (laboratorio) per punto Drg	374.398	-5%	-5%	-5%	10	
Costo prestazioni intermedie (radiologia) per punto Drg	278.253	-5%	-5%	-5%	10	
Protocolli diagnostici Terapeutici		Predisporre PDT per le principali patologia trattate dal CDR entro Settembre 2000.	Si concorda	OK entro Settembre		
Tempo consegna scheda dimissione ospedaliera		Entro 20 giorni dalla dimissione	20 giorni	OK		

Il Responsabile del Dipartimento

La Direzione
aziendale

Il Responsabile del
Cdr

2000 si è svolta una seconda fase di formazione più tecnica della precedente e finalizzata a definire con i responsabili di Cdr, capo sala e personale infermieristico il percorso da realizzare formulazione del Bdg, con particolare riferimento alla struttura della scheda di Bdg, al ruolo dei responsabili di Cdr nella predisposizione degli obiettivi, ai compiti del gruppo di lavoro e della Direzione generale.

L'attività dell'ufficio Bdg controllo di gestione si è focalizzata su:

— supporto ai Cdr: durante la fase di compilazione delle schede di Bdg, i componenti dell'ufficio controllo di gestione sia attraverso incontri specifici e/o a richiesta dei Cdr hanno svolto un'efficace attività d'assistenza e collaborazione;

— supporto alla Direzione generale: l'ufficio ha fornito tutta la necessa-

ria collaborazione durante la fase di valutazione, definizione e approvazione degli obiettivi di Cdr e aziendali;

— predisposizione delle schede di ritorno: la comunicazione delle decisioni assunte è avvenuta attraverso la scheda di ritorno, sono stati comunicati ai Cdr gli obiettivi approvati e le correlate risorse. Al fine di rendere trasparente il processo decisionale nella scheda di ritorno è stata analizzata e commentata l'attività del Cdr evidenziando eventuali aspetti critici, sottolineando i punti di forza, in tal modo si sono motivate le decisioni assunte;

— elemento fondamentale del processo di Bdg è la fase del controllo al fine di consentire ai Cdr e alla D.g. di valutare l'andamento dell'attività e il grado di raggiungimento degli obiettivi. Nel corso del 2000, con periodicità trimestrale, è stata trasmessa la reporti-

stica relativa all'attività dei Cdr, ai costi del materiale sanitario e delle prestazioni intermedie, e con periodicità semestrale il *reporting* sul grado di raggiungimento degli obiettivi. Nel corso del mese di settembre la Direzione generale, con il supporto del controllo di gestione, ha incontrato i responsabili di Cdr per la verifica della attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi;

— l'ufficio controllo di gestione ha predisposto la struttura tecnica operativa di collegamento fra il Bdg e il sistema incentivante. Ha proposto alla Direzione generale la tipologia e la classificazione degli obiettivi da incentivare, nonché le modalità di misurazione degli stessi. Il sistema d'incentivazione nei suoi aspetti tecnici e di contenuto approvato dalla Direzione generale è stato sottoposto all'esame del nucleo di valutazione. La va-

lutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi nel corso del 2000 è avvenuta con periodicità semestrale, rilevata dall'ufficio controllo di gestione e tradotta in una specifica reportistica destinata ai Cdr e alla Direzione generale.

Al fine di razionalizzare l'attività d'analisi delle schede di Bdg tutta la procedura è stata informatizzata, questo rende possibile una gestione delle informazioni in modo rapido e semplice, inoltre rappresenta un valore aggiunto aziendale in quanto agevola l'attività dell'ufficio budget controllo di gestione.

11. Il Bdg 2001 e l'organizzazione dipartimentale

Per la realizzazione del Bdg 2001 non si sono apportate sostanziali modifiche alla struttura tecnica (scheda di Bdg, *reporting* informativo, scheda di ritorno, meccanismi di collegamento con il sistema incentivante). Il processo decisionale è stato più rapido, infatti, la fase di negoziazione con la definizione degli obiettivi si è conclusa entro la metà del mese di Febbraio.

L'elemento d'innovazione rispetto alle precedenti esperienze è stato il ruolo svolto dai Direttori di dipartimento nel processo decisionale, i quali hanno attivamente contribuito alla programmazione aziendale partecipando alla negoziazione con i Cdr nella definizione degli obiettivi di Bdg. In questo modo si è avviata un'ulteriore fase di che vedrà maggiormente coinvolti i Direttori di dipartimento:

- a negoziare con la Direzione strategica il *Budget* di dipartimento e dei Cdr;

- a supportare la Direzione strategica nella definizione delle linee guida per lo specifico dipartimento;

- ad accertare, attraverso il controllo di gestione, l'andamento opera-

tivo dei singoli Cdr del dipartimento rispetto agli obiettivi assegnati.

Al fine di responsabilizzare i Direttori di dipartimento rispetto agli obiettivi di Bdg assegnati ai Cdr e alla loro attività è stato definito il Bdg di dipartimento, ad ogni dipartimento sono stati assegnati specifici obiettivi per lo più finalizzati a realizzare l'integrazione e l'effettiva gestione dello stesso (tabella 6 in Allegato).

12. In conclusione

L'esperienza compiuta ha consentito di realizzare dei *significativi risultati*:

- lo sviluppo del sistema informativo che è in grado di governare alcune variabili significative;

- la definizione del quadro di riferimento aziendale attraverso le linee guida;

- la formulazione delle proposte di Bdg operativo dei Cdr;

- il consolidamento e la proposta di Bdg d'azienda;

- le informazioni necessarie per definire il Bdg complessivo d'azienda con la definizione di un conto economico per Cdr, la determinazione delle ricadute economiche degli obiettivi assegnati attraverso la predisposizione di un conto economico previsionale per Cdr e complessivo d'azienda (Tabella 7);

- la comunicazione del risultato aziendale e la responsabilizzazione di tutti i Cdr su specifici obiettivi d'attività e di risorse da loro controllabili;

- la comunicazione, non ancora tempestiva, attraverso *report* del grado di raggiungimento degli obiettivi;

- il collegamento con il sistema incentivante e l'oggettiva valutazione degli obiettivi;

- l'incremento della attività e il miglioramento della efficienza (tabella 8).

In particolare si rilevano i seguenti *punti di forza*:

- sviluppo di un orientamento verso una visione unitaria dell'azienda;

- responsabilizzazione di tutti i Cdr nei confronti del risultato del proprio Cdr e complessivo dell'azienda. Nel corso dell'esperienza l'A.o. ha incrementato i livelli d'attività, realizzato una maggiore efficienza, orientato i Cdr sul controllo delle risorse assegnate, avviato progetti di qualità;

- unitarietà d'azione anche a livello di singoli Cdr (obiettivi comuni per tutto il personale del Cdr, il *team* corre al loro raggiungimento);

- avvio del processo di responsabilizzazione su obiettivi puntuali e sull'uso delle risorse;

- visibilità dei risultati del Cdr, con la conseguente implicazioni per lo stimolo alla competizione;

- governo delle risorse da parte della Direzione;

- conoscenza della situazione aziendale;

- esplicitazione delle «regole del gioco», trasparenza delle decisioni;

- possibilità di attivare azioni di riorientamento;

- evidenziazione degli elementi d'integrazione e coordinamento tra i diversi Cdr;

- collegamento tra *budget* e incentivazione di risultato in modo tale da distribuire l'incentivazione in relazione all'effettivo raggiungimento degli obiettivi.

L'esperienza realizzata ha consentito all'A.o. di anticipare le disposizioni contenute nella legge Regionale Siciliana del 18 dicembre 2000, n.26 che, fra l'altro, prevede l'adozione da parte delle Aziende ospedaliere e sanitarie del sistema di controllo di gestione, e di essere opportunamente attrezzata per sostenere l'annunciata evoluzione del sistema sanitario siciliano. La Regione, come ormai avviene in molta parte del paese, sta appor-

Tabella 7 - Conto economico / Consuntivo 2000 e previsione 2001

CDR:		ESEMPLIFICATIVO	
FATTORI PRODUTTIVI	CONTO ECONOMICO 2000	BDG 2001 Valorizzazione Obiettivi 2001	PREVISIONE CONTO ECONOMICO 2001
Personale sanitario medico, infermieristico, laureato non medico, tecnico e religioso	1.873.818.667		1.873.818.667
Beni di consumo non sanitari: Materiale tecnico economale	11.870.228		11.870.228
Materiale farmaceutico	37.523.852	+ 5% (1.876.193)	39.400.045
Materiale sanitario: presidi, diagnostici, protesici, ecc.	31.726.889	+ 5% (1.586.344)	33.313.233
Prodotti alimentari	29.423.940		29.423.940
Serv. sanitari Consul. sanitarie da pubblico	1.585.740		1.585.740
Consulenze tec./Amm.ve da Privato	10.049.971		10.049.971
Aggior.to e form.ne professionale	832.859		832.859
Altri servizi (trasporti, spese postali,spese legali, assicurazioni, etc..)	3.080.619		3.080.619
Manutenzioni immobili e loro pertin.	32.633.312		32.633.312
Manutenzioni attrezzature sanitarie	3.621.000		3.621.000
Manutenzioni beni mobili e macc	4.545.392		4.545.392
Utenze telefoniche, ENEL, acqua, gas, raiTV	18.575.150		18.575.150
Noleggio apparecchiature informatiche	3.120.007		3.120.007
Spese Organi di Gestione	15.262.386		15.262.386
Spese Collegio dei Revisori	3.304.495		3.304.495
Altri costi altrove non classificati (concorsi, pubblicità, imposte, smaltimento rifiuti.etc)	12.273.427		12.273.427
Prestazioni intermedie acquisite dal Servizio di Virologia	2.753.300		2.753.300
Prestazioni intermedie acquisite dal serv di Anatomia e istologia pat.	3.404.400		3.404.400
Prestazioni intermedie acquisite dal serv Centro trasfusionale ed emoc.	5.970.636		5.970.636
Prest. interm.acquis. dal serv Patol. Clinica	91.226.000	+ 5% (4.561.300)	95.787.300
Prest. Interm. Acquis. dal serv Radiologia	93.049.500	+ 5% (4.652.475)	97.701.975
Prestazioni intermedie acquisite dai CDR diverse dalle diagnostiche strumentali	37.902.900		37.902.900
ADAS	88.055		88.055
gasolio per riscaldamento, gas metano, carburante uso trasporto	31.857.880		31.857.880
Ammortamenti beni mobili	13.121.094		13.121.094
Totale COSTI DIRETTI	2.372.621.699		2.385.298.011
Valorizzazioni ricoveri DH	217.335.000		217.335.000
Valorizzazioni ricoveri ordinari	3.163.323.000		3.163.323.000
Valorizzazioni Prestazioni ambulatoriali	34.774.300	+ 10%(3.477.430)	38.251.730
Valorizzazioni Attività intramoenia	5.279.800		5.279.800
Valorizzazione Prestazioni Intermedie cedute ai CDR	59.727.600		59.727.600
Totale RICAVI	3.480.439.700		3.483.917.130
Primo MARGINE v.a	1.107.818.001		1.098.619.119
Primo MARGINE v. %	31,8%		31,5%
Totale COSTI generali	446.276.024		446.276.024
Totale COSTI (diretti +general)	2.818.897.723		2.831.574.035
MARGINE operativo v.a	661.541.977		652.343.095
MARGINE operativo v%	19,0%		18,7%

tando delle radicali trasformazioni al sistema di finanziamento, non più a piè di lista ma per prestazioni, e all'adozione di specifici indicatori per la valutazione e la classificazione delle aziende sanitarie tutte queste tematiche sono state affrontate durante l'implementazione del Bdg e l'A.o. si trova preparata a gestire l'evoluzione del sistema.

Valutando criticamente l'esperienza compiuta si possono rilevare alcune problematiche che non hanno ancora trovato una concreta soluzione:

— necessità di affinare ulteriormente il sistema degli indicatori con l'introduzione di d'indicatori d'efficacia/qualità;

— produrre una reportistica con maggiore tempestività;

— consolidare la struttura organizzativa dell'ufficio controllo di gestione;

— sviluppare e consolidare il sistema informatico/informativo aziendale.

Fattori che hanno favorito la realizzazione del progetto:

— la volontà della Direzione generale di adottare il sistema di Bdg che non si è limitata a formali dichiarazioni, ma si è concretamente manifestata con la costante azione di verifica dello stato d'avanzamento del progetto e la forte tutela di fronte alle inevitabili resistenze al cambiamento;

— il serio e costante impegno da parte dei componenti dell'ufficio controllo di gestione nel duplice ruolo

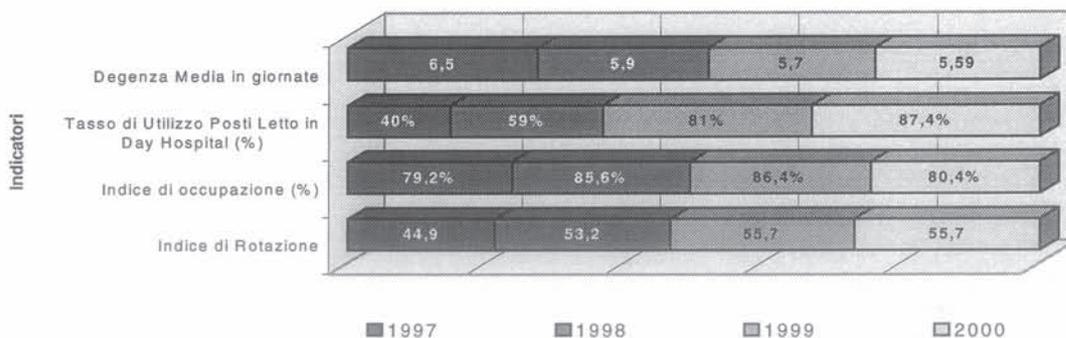
d'attivatori e di facilitatori nei confronti dei Cdr;

— collaborazione e disponibilità da parte dei responsabili di Cdr che hanno aderito attivamente alla realizzazione del progetto;

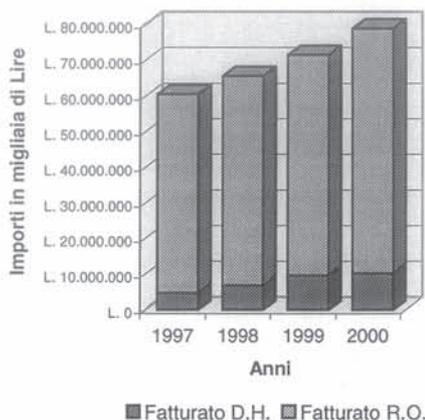
— lo stile di gestione del progetto orientato a cogliere le esigenze dei Cdr, alla disponibilità all'ascolto e al confronto;

— la scelta di costituire una partnership con un'azienda sanitaria che ha già attuato con esito positivo nel proprio contesto il sistema di Bdg, ha facilitato il processo di trasmissione di questa complessa esperienza. Inoltre è stato importante per i responsabili di Cdr poter verificare direttamente con i colleghi dell'altra Azienda ospedaliera gli effetti del Bdg ed apprezzarne i risultati.

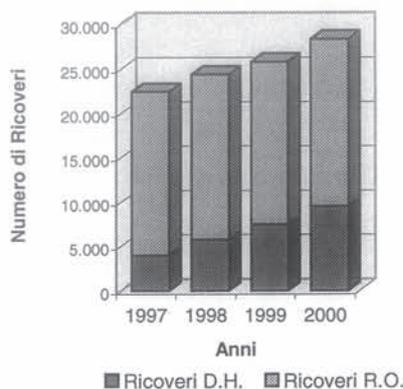
Tabella 8 - Indicatori di attività, confronto 1997/2000



CONFRONTO FATTURATO



CONFRONTO NUMERO DI RICOVERI



ALLEGATO

Tabella 6 - Bdg di Dipartimento: obiettivi di dipartimento 2001

B1	Definizione degli obiettivi a Risorse assegnate	
Dipartimento	ESEMPLIFICATIVO - BDG 2001	
Area di risultato	Indicatore	OBIETTIVI BDG - 2001
Attività:	<i>Condivisione e partecipazione alla realizzazione degli obiettivi assegnati ai Cdr del dipartimento. In particolare sviluppo della attività chirurgica e razionale utilizzo delle sedute operatorie.</i>	Verifica trimestrale
Organizzativi:	<i>Informazione, formazione e aggiornamento del personale: presentazione e gestione di un piano coerente e funzionale.</i>	Presentazione piano entro il primo semestre.
	<i>Razionalizzazione delle risorse: presentazione e attuazione del piano d'integrazione delle risorse dipartimentali (risorse umane, professionali, tecniche).</i>	Presentazione piano entro il primo semestre.
	<i>Programmazione congedi ordinari .</i>	Piano semestrale di programmazione
	<i>Rilevazione, in collaborazione con il controllo di gestione, delle informazioni qualitative quantitative necessarie alla valutazione dei risultati.</i>	Collaborazione, con il controllo di gestione, alla attività di rilevazione dei flussi informativi necessari al dipartimento
Costo:	<i>Contenimento dei costi dei Cdr in particolare: prodotti area farmaceutica (farmaci e "presidi medici chirurgici"); prestazioni intermedie interne - esterne; beni economici.</i>	Verifica trimestrale con i CDR sui costi di gestione, in collaborazione con il controllo di gestione.
	<i>Orientamento dei Cdr all'analisi e valutazione dei fattori produttivi impiegati e del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati.</i>	Verifica trimestrale con i CDR sui costi di gestione, in collaborazione con il controllo di gestione.
Qualità:	Perseguimento e realizzazione degli obiettivi di qualità assegnati ai Cdr.	Verifica trimestrale
Margine economico:	<i>Miglioramento del primo margine di contribuzione di Cdr e dipartimentale.</i>	Verifica dei costi e ricavi . Organizzazione di incontri trimestrali con i Cdr.

segue tabella 6 - **Bdg di Dipartimento: obiettivi di dipartimento 2001**

Azienda Ospedaliera di MELEGNANO	<u>Scheda di Budget 2001</u>
C2	Obiettivi proposti dal CDR a possibili <u>Risorse variate</u>
Dipartimento	ESEMPLIFICATIVO - BDG 2001
<p>Oltre agli obiettivi indicati dal CdR nella parte C1 e C2 della Scheda BDG si ritiene di lasciare spazio per la proposta di azioni ritenute prioritarie per il funzionamento, miglioramento, sviluppo, e consolidamento di processi interni all'unità stessa. In particolare i progetti devono essere compatibili con le risorse indicate negli indirizzi strategici e, ove possibile, devono prevedere la riorganizzazione senza ulteriori ricorsi a risorse aggiuntive da parte dell'Azienda.</p>	
<p>Denominazione dell'Iniziativa – Titolo breve orientato agli obiettivi (indicare se è parte di un progetto di M/L periodo)</p>	

Segnare con una "x" la categoria o le categorie alla quale appartiene l'iniziativa

Tipologia dell'iniziativa					
11	12	13	14	15	16

- 11 Cessazione di aree di attività
- 12 Ridimensionamento di attività istituzionali
- 13 Sviluppo di nuove attività
- 14 Potenziamento quantitativo di attività esistenti
- 15 Miglioramento qualitativo di attività esistenti
- 16 Intervento volto alla razionalizzazione delle risorse
- 17 Altro

1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA SUL QUALE SI INTENDE INTERVENIRE

2. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA IPOTIZZATA PER LA SOLUZIONE DEL PROBLEMA

**3. OBIETTIVI CHE SI INTENDONO PERSEGUIRE TRAMITE L'INIZIATIVA PROPOSTA
(risultati attesi in termini di benefici per l'utente e/o razionalizzazione nell'uso delle risorse)**

**4. PROPOSTA DEI CRITERI DA UTILIZZARE PER VALUTARE IL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI
(indicatore quantitativo che consenta la valutazione diretta o indiretta del gradi di raggiungimento dell'obiettivo)**

segue tabella 6 - **Bdg di Dipartimento: obiettivi di dipartimento 2001**5. SPECIFICARE DELLE RISORSE ESSENZIALI PER IL SUCCESSO DELL'INIZIATIVA
(personale, attrezzature, beni di consumo, etc)

<i>Risorse</i>	<i>Quantificazione del fabbisogno di risorse necessarie per il successo dell'azione</i>	<i>Quantificazione delle risorse recuperate/rese disponibili tramite azioni di razionalizzazione e/o riallocazione interna</i>	<i>Delle risorse elencate nella colonna B indicare quelle aggiuntive richieste all'organizzazione</i>
A	B = C + D	C	D
Personale (espresso in termini di n° addetti o ore/uomo oppure di ore/straordinario)			
Apparecchiature Sanitarie			
Mobili Arredi			
Tecnologia Informatica			
Apparecchiature Diverse (fax, fotocopiatrici, etc)			
Altro Specificare			

6. SPECIFICAZIONE DELLE ALTRE CONDIZIONI ESSENZIALI PER IL SUCCESSO DELL'INIZIATIVA

- a. Eventuali impatti sui livelli quali-quantitativi di attività di altre aree DELLO STESSO CdR, anche dovute ai processi di riallocazione delle risorse (colonna B del punto precedente).

- b. Cambiamenti richiesti AD ALTRI CdR (se l'iniziativa presuppone il coinvolgimento di altri centri di responsabilità, può essere opportuno predisporre un piano comune concordato)

- c. Eventuali conseguenze (negative o positive) indotte su ALTRI CdR o su tutta l'organizzazione (ad esclusione delle ovvie conseguenze su servizi amministrativi relativamente all'acquisizione delle risorse)

IL BILANCIO CONSOLIDATO DEL SISTEMA SANITARIO NELLA REGIONE MARCHE

Maria Grazia Palermi

Agenzia regionale sanitaria Marche

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Metodologia - 3. Conclusioni.

1. Premessa

Le aziende sanitarie della Regione Marche hanno adottato la contabilità economica (Co.Ge.) come contabilità ufficiale a partire dal 1° gennaio 1998.

La legge regionale di contabilità (l.r. 47/96) prevedeva che le Asl e le Ao sperimentassero il nuovo sistema contabile nel corso del 1997 parallelamente al sistema ufficiale di contabilità finanziaria, ma ritardi di tipo organizzativo hanno fatto sì che esso divenisse contabilità ufficiale sin dal primo giorno di introduzione. Tutto ciò ha obbligato sia gli organi regionali, sia quelli aziendali ad uno sforzo notevole nell'accelerare i tempi per la progettazione, la sperimentazione e l'avvio del nuovo sistema contabile. In particolare, nel corso del 1998 sono stati messi a punto gli schemi di Stato patrimoniale, di Conto economico e il Piano dei conti, tutti recepiti con la medesima delibera regionale (Del.GR 2310 del 28/9/98). Successivamente sono state elaborate due importanti procedure, quella per l'apertura dello Stato patrimoniale (Del. GR 3325 del 29/12/98) e quella per la chiusura del primo Bilancio di esercizio (nota tecnica dell'Ars marzo/99). In ultimo, nei primi mesi del 1999 è stato definito lo schema di Nota integrativa (Del.GR 1435 del 16/6/99).

L'aspetto fondamentale di questo

percorso è stato la stretta e costante collaborazione tra organi regionali ed aziendali. All'inizio del 1998 è stato creato un gruppo di lavoro composto dal personale dell'Agenzia regionale sanitaria e del Servizio sanità della Regione Marche e dai responsabili dell'Ufficio bilancio di ogni azienda sanitaria della Regione. Tale gruppo di lavoro ha operato per lo studio, la definizione, la sperimentazione e l'adozione ufficiale di tutti i documenti sopra richiamati e di tutte le procedure necessarie per avviare e portare a regime i processi contabili. Peraltro, anche nella fase successiva alla messa a regime della nuova contabilità, il confronto sistematico tra operatori ha messo in evidenza i limiti e le criticità delle soluzioni elaborate e ciò ha portato a modificare alcuni strumenti, ad integrarli o a prevederne di nuovi (1).

Dal 1998, dunque, il documento ufficiale di contabilità con cui vengono sintetizzati i risultati dell'attività aziendale è quello tipico della contabilità generale, cioè il bilancio «economico-finanziario (2)». Per entrambi gli esercizi amministrativi, 1998-1999, l'Agenzia regionale sanitaria, in qualità di organo di supporto tecnico della Giunta regionale, ha provveduto ad elaborare il Bilancio consolidato del Ssr, nonostante la legge regionale di contabilità non ne prevedesse espressamente l'adozione (3).

Il Bilancio d'esercizio è il documento amministrativo e contabile che, mediante una sintesi di valori, evidenzia il modo e la misura con cui è stato perseguito l'equilibrio economico e finanziario di un'azienda. Con i tre documenti che lo compongono (stato patrimoniale, conto economico, nota integrativa), esso evidenzia, infatti, la situazione economico-patrimoniale-finanziaria dell'azienda che si manifesta con il capitale di funzionamento e con il reddito di esercizio. Contabilmente, la sua stesura è l'atto che termina e conclude l'intera gestione del periodo amministrativo preso in esame.

Il Bilancio consolidato ha le stesse finalità informative del bilancio di esercizio e, in quanto tale, esso è concepito come l'unico strumento che consente di comprendere la realtà reddituale, patrimoniale e finanziaria di un gruppo di imprese inteso come entità diversa dalle singole società che lo compongono. Ed è in virtù di tale principio che l'Agenzia ha ritenuto importante tale elaborazione. La Regione è, infatti, configurabile come una *holding* poiché le aziende sanitarie in esso operanti, seppur costituite con autonomia gestionale, economica e tecnica, rispondono di ciò che fanno all'organo regionale e da esso dipendono per la definizione delle linee strategiche ed i programmi operativi. Tutte

le scelte che la Regione compie in ambito sanitario, le cosiddette scelte «di gruppo» hanno notevoli influenze sulla situazione economica, patrimoniale e finanziaria di ciascuna azienda ed è per questo che occorre «riunificare» ciò che è già unitario nella sostanza economica, anche se formalmente si presenta diviso, in virtù dell'autonomia giuridica delle singole unità del gruppo (4)». Certo nel Ssr manca uno dei presupposti principali del concetto di gruppo, cioè il possesso di partecipazioni di controllo, ma il fatto stesso che la capogruppo svolga un effettivo esercizio del controllo sulle aziende sanitarie (mediante l'approvazione dei bilanci di esercizio e di documenti di programmazione, la nomina dei Direttori generali, etc.) evidenzia e rafforza il concetto di direzione unitaria, di unico «soggetto economico».

In ultimo va rilevato che il valore degli scambi infra gruppo è molto rilevante, rappresentando sul sistema della Regione Marche circa il 15/20% del totale degli acquisti per prestazioni sanitarie e per beni sanitari e non sanitari. Pertanto, al fine di sintetizzare in maniera corretta la situazione economico-patrimoniale del Ssr, senza accrescere ingiustificatamente i valori di bilancio, occorre che siano elisi le operazioni ed i saldi reciproci delle aziende che costituiscono semplicemente trasferimenti di risorse all'interno del gruppo (5).

Di seguito si propone una descrizione sintetica del percorso intrapreso dall'Agenzia regionale sanitaria delle Marche per l'elaborazione del Bilancio consolidato del Ssr, con particolare riferimento al metodo scelto, alle tecniche di elisione utilizzate ed alle criticità che sono emerse e che si vogliono affrontare per gli esercizi futuri.

2. Metodologia

Il bilancio consolidato è il risultato di un processo organizzativo comples-

so che si sviluppa in ambiti diversi (capogruppo e controllate) ed è suddiviso in due fasi fondamentali che presentano problematiche specifiche.

La prima fase, che si potrebbe definire «propedeutica», riguarda la definizione dell'area di consolidamento e delle modalità operative di elaborazione dello stesso, nonché la raccolta delle informazioni. Con la seconda fase, chiamata «tecnica», si aggregano i bilanci inclusi nell'area di consolidamento, si eliminano i rapporti infra gruppo e si redige il documento di bilancio.

2.1. Fase propedeutica

Il primo passo da compiere nel processo di redazione del bilancio consolidato è, dunque, l'individuazione dell'area di consolidamento ossia dell'insieme delle aziende incluse nel consolidato i cui bilanci vengono aggregati e, quindi, rettificati (6).

Per l'elaborazione del Bilancio di esercizio del Ssr si è considerata area di consolidamento l'insieme di tutte le 17 Aziende sanitarie (13 territoriali e 4 ospedaliere), unitamente all'unico Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico presente nella regione, l'Inrca (7). Esclusi dal procedimento sono risultati fino ad ora gli organi specificatamente regionali, quali l'Arss stessa, l'Arpam, di recente costituzione, e gli altri organi/progetti comunque finanziati con il Fsr e svolgenti funzioni tali da configurarli come specifiche aree o sottogruppi del Ssr (8).

Nell'ambito di definizione delle modalità operative del consolidato si è optato per il metodo integrale: le imprese che formano l'area di consolidamento sono consolidate mediante la ripresa integrale degli elementi patrimoniali ed economici che compongono il loro bilancio (9). In altre parole vengono sommate tutte le attività e le passività presenti in ogni Stato patri-

moniale così come tutti i costi e tutti i ricavi iscritti nei Conti economici. Successivamente si eliminano i crediti/debiti e i costi/ricavi «infra gruppo», ossia quelli vantati da ciascuna azienda verso le altre.

La raccolta delle informazioni indispensabili per effettuare tutte le rettifiche necessarie sono state tratte dalla Nota integrativa, articolata proprio tenendo conto delle esigenze di consolidamento. In particolare, per i crediti ed i debiti infra gruppo si è fatto riferimento alla Sezione n. 7 del documento. In essa ogni azienda riporta i valori di credito/debito vantati/riconosciuti verso le altre aziende della Regione (si veda la Tav. 1). Va specificato, in merito, che le operazioni di scambio fra aziende regolate in regime di mobilità sanitaria non maturano posizioni debitorie e creditorie direttamente tra aziende, poiché è la Regione che regola i flussi, fungendo da «stanza di compensazione (10)». Ciò significa che le posizioni di credito/debito tra le aziende derivano, in via principale, da operazioni di scambi di beni e servizi amministrativi e gestionali, da comando di personale dipendente, da consulenze e da prestazioni specialistiche regolate in regime di cessione (11).

Per i costi ed i ricavi infra gruppo, sottoposti ad elisione per misurare l'effettivo assorbimento di risorse nel Ssr, si è utilizzata la Sezione n. 23 della Nota integrativa che risulta articolata in due allegati differenti: nell'allegato 22 le aziende indicano per ogni operazione di vendita, di beni o servizi, le aziende acquirenti (si veda la Tav. 2), mentre nell'allegato 23 si riportano, per ogni operazione di acquisto, di beni e servizi, le aziende cedenti.

In buona sostanza, per l'elaborazione del Conto economico consolidato vengono elisi i costi ed i ricavi infra gruppo relativi a:

— cessione di prestazioni (ospedaliere, specialistiche, etc.) in regime di

Tavola 1 - Sezione 7 - Crediti verso Aziende del Ssr

	IMMOBILIZZAZIONI	CIRCOLANTE		TOTALE
		Crediti	Crediti per fatture da emettere	
A.S.L. 1				
A.S.L. 2				
A.S.L. 3				
A.S.L. 4				
A.S.L. 5				
A.S.L. 6				
A.S.L. 7				
A.S.L. 8				
A.S.L. 9				
A.S.L. 10				
A.S.L. 11				
A.S.L. 12				
A.S.L. 13				
A.O. S. Salvatore				
A.O. Lancisi				
A.O. Salesi				
A.O. Umberto				
INRCA				
TOTALE				

mobilità e di regolazione diretta, a livello regionale;

- personale comandato tra aziende;
- costi di formazione e altre spese per il personale;
- cessione di beni, sanitari e non;
- cessione di servizi, sanitari e non;
- consulenze sanitarie e amministrative;
- altri costi/ricavi segnalati dalle singole aziende per operazioni infra gruppo.

Si riportano le sezioni della Nota integrativa utilizzate per il processo di consolidamento dei bilanci delle aziende. (Tavole 1 e 2).

Il totale del valore dei crediti dichiarati da tutte le aziende dovrebbe coincidere con quello dei debiti registrati dalle stesse, così come il totale dei costi dovrebbe coincidere con il totale dei ricavi. In realtà, nel timore che la sommatoria di tali valori desse un saldo diverso da zero, nel processo di elaborazione della metodologia si è

provveduto ad individuare la modalità di trattamento di tali (eventuali) differenze:

1) per lo Stato patrimoniale:

— nel caso di saldo uguale a zero, viene eliso il valore comune dichiarato dalle aziende;

— nel caso di saldo diverso da zero, si elimina il valore più basso (nel rispetto del principio di prudenza) tra i due iscritti dalle aziende nelle rispettive sezioni della Nota integrativa;

2) per il Conto Economico:

— vengono sempre eliminati i valori dichiarati dalle aziende, anche se ciò determina un risultato del Ce consolidato diverso da quello derivante dalla sommatoria dei risultati di esercizio delle singole aziende.

Le differenze registrate nei due esercizi amministrativi, 1998 e 1999, sono state rilevanti anche se si sono registrati dei miglioramenti. Per la differenza tra costi e ricavi si rileva che mentre nel 1998 era di 8,5 mld nel 1999

essa si è ridotta a 4 mld. Problemi più rilevanti rimangono, invece, per le poste patrimoniali: nel 1999 sono stati rilevati 82 mld di crediti a fronte di debiti dichiarati per 74,3 e dalla procedura di elisione sono stati eliminati 50,8 mld. La causa di tale situazione è anche dovuta al fatto che in sede di apertura dello Stato Patrimoniale all'1.1.98, nel processo di ricognizione dei crediti e dei debiti relativi alle gestioni pregresse, non è stata effettuata una quadratura degli stessi tra le aziende. Tuttavia, a livello regionale si sta portando avanti una ricognizione continua di tali crediti e debiti, anche provvedendo, ove necessario, a depennare quelle posizioni che non trovano più riscontro né nel bilancio della controparte, né nei supporti contabili a disposizione dell'azienda.

2.2. Fase tecnica

L'aggregazione dei bilanci è realizzata in modo distinto per i due documenti di bilancio, creando due cartelle di lavoro *excel*, uno per lo Stato patrimoniale ed una per il Conto economico. Si è trattato, in entrambi i casi, di creare tanti fogli di lavoro quanti sono i bilanci aziendali da aggregare (quindi 17 come le As). Unitamente ad essi sono stati inseriti i fogli di consolidamento utilizzati: tre tavole per lo Stato patrimoniale (crediti/debiti immobilizzati, crediti/debiti dell'attivo corrente e fatture da emettere/da ricevere) e tredici tavole per il Conto economico (prestazioni ospedaliere, prestazioni specialistiche, farmaceutica conv., somministrazione diretta dei farmaci, medicina di base, assistenza termale, altra assistenza sanitaria, personale comandato, consulenze sanitarie, consulenze amministrative, sopravvenienze attive e passive, altri costi/ricavi non caratteristici). In ultimo, nella stessa cartella di lavoro è stato aggiunto un altro foglio *excel*, rispetti-

Tavola 2 - Sezione 23 - Allegato 22 - Ricavi per prestazioni rese alle Aziende del Ssr

TIPOLOGIE E PRESTAZIONI E BENI EROGATI	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	A.o. Umberto I	Inrca	TOTALE
Ricavi per prestazioni di ricovero ad aziende del Ssr									
Ricavi per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per assistenza farmaceutica in convenzione ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per assistenza farmaceutica in convenzione ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per somministrazione diretta di farmaci ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per somministrazione diretta di farmaci ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per Medicina di base ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per Medicina di Base ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per assistenza termale ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Prestazioni e consulenze amministrative e gestionali ad aziende del Ssr									
Consulenze sanitarie ad aziende del Ssr									
Ricavi per assistenza riab. residenz. per tossico-dipendenti ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per assistenza riab. residenz. per tossicodipendenti ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per assistenza riab. residenz. per disabili psichici ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per assistenza riab. residenz. per disabili psichici ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per assistenza riab. residenz per anziani e disabili ad az. del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per assistenza riab. residenz per anziani e disabili ad az. del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per assistenza riab. residenz. ex art. 26 ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per assistenza riab. residenz. ex art. 26 ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Ricavi per altre prestazioni ad aziende del Ssr - regolazione diretta -									
Ricavi per altre prestazioni ad aziende del Ssr - in mobilità -									
Rimborso per personale comandato									
Altri ricavi.....									

vamente lo Sp consolidato e il Ce consolidato, derivante dalla sommatoria di tutti i valori di bilanci della azienda alla quale sono stati sottratti i valori da elidere.

Si riportano due modelli di foglio di consolidamento, uno relativo allo Stato patrimoniale ed un altro al Conto economico (Tavole 3 e 4).

Come indicato precedentemente, al termine del processo di elisione dei crediti e dei debiti, che prevede l'eliminazione del valore più alto tra i due dichiarati, si ha un unico valore dato dal totale della colonna debiti ovviamente coincidente con il totale della riga crediti (tav. 3). Diversamente, per i valori economici si prendono due valori, se non coincidenti, il totale dei ricavi per rettificare i valori positivi e il totale dei costi per quelli negativi (tav. 4).

Per la stesura del Bilancio consolidato sono stati applicati gli stessi criteri individuati per i bilanci di esercizio, coerentemente con quanto previsto dalla normativa di riferimento (12).

L'Ars, infatti, si è limitata a redigere procedure di chiusura finalizzate a disciplinare la modalità di gestione e registrazione dei fatti aziendali al termine del periodo amministrativo, provvedendo ad elaborare criteri specifici solo per l'accantonamento. Più precisamente, sono stati regolamentati nelle procedure di chiusura dei bilanci i seguenti argomenti:

- 1) fatture da ricevere e fatture da emettere;
- 2) ratei e risconti;
- 3) variazione delle rimanenze di magazzino;
- 4) ammortamenti;
- 5) accantonamenti ai fondi per rischi e oneri.

La disciplina dei primi tre punti non si discosta affatto da ciò che è previsto dalla dottrina, dai principi del CNDC e dal Codice civile (art. 2426). In merito al quarto punto, va specificato che è la legge regionale di contabilità (L.

reg. 47/96) a disciplinare i criteri di valorizzazione delle immobilizzazioni e le aliquote da applicare per il loro ammortamento. Nella procedura di chiusura, pertanto, si confermano tali criteri e le relative aliquote di ammortamento (13). In relazione all'ultimo punto, invece, sono stati forniti specifici criteri di valorizzazione dei fondi, sia di quelli rischi sia di quelli spese future, sulla base di valutazioni fatte a livello regionale sulle possibili e realistiche spese che le aziende devono sostenere per impegni assunti o per eventi solo probabili. Si fa riferimento, in via principale, alla stima per i rinnovi dei contratti, sia della dirigenza, sia per il comparto, all'equo indennizzo ma anche ai risarcimenti che le aziende po-

trebbero pagare per liti, arbitraggi, contenziosi, etc.

In merito ai termini per l'elaborazione del Bilancio consolidato, si specifica che la redazione di tale documento segue, ovviamente, la fase di verifica della correttezza dei dati di bilancio delle singole aziende e di conciliazione, ove possibile, dei valori relativi alle poste infra gruppo. L'Ars ha fissato come termine il 30/6/n+1, cioè due mesi dopo la chiusura dei bilanci aziendali. Ciò sia per le motivazioni di ordine tecnico sopra richiamate, sia per ragioni di ordine formale. I bilanci, infatti, devono essere approvati dalla Giunta regionale nei tempi previsti dalle leggi di riferimento (l.r. 26/96, art. 28). In esse si prevede che i docu-

Tavola 3 - Elisione dei crediti e debiti infra gruppo

CREDITRICI DEBITRICI	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	TOTALE DEBITI
Asl 1							
Asl 2							
Asl 3							
Asl 4							
....							
....							
TOTALE CREDITI							

Tavola 4 - Elisione dei costi e ricavi infragruppo: prestazioni ospedaliere

ACQUIRENTE EROGATRICE	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	TOTALE RICAVI
Asl 1							
Asl 2							
Asl 3							
Asl 4							
.....							
.....							
TOTALE COSTI							

menti devono essere approvati entro 40 gg dal loro arrivo al protocollo. Il processo di analisi dei documenti può terminare con un esito positivo, per cui si procede con l'approvazione, può concludersi con esito negativo per cui il documento viene bocciato, oppure si può intervenire con la cosiddetta interlocutoria con la quale vengono chiesti chiarimenti all'azienda (entro 20 gg dall'arrivo del documento al protocollo). In quest'ultimo caso i termini per l'approvazione vengono sospesi e, quindi, le spiegazioni e le informazioni richieste possono essere inviati anche dopo molto tempo. Tuttavia, i procedimenti di interlocutoria si concludono, mediamente, in tempi sufficienti per poter elaborare il Bilancio consolidato dopo due mesi dalla scadenza del bilancio d'esercizio.

Il Bilancio consolidato del Ssr, invece, non segue alcun iter normativo particolare. Esso viene elaborato dall'Agenzia e non deve essere sottoposto ad approvazione da parte della Giunta regionale. L'Ars utilizza lo stesso innanzitutto per analizzare e valutare la struttura degli investimenti del Ssr unitamente alle forme di finanziamento ad esso correlate per evidenziare eventuali squilibri patrimoniali e/o finanziari che potrebbero compromettere la regolare gestione dell'attività assistenziale, nonché le straordinarie operazioni di rinnovo/ampliamento della capacità produttiva del sistema. Inoltre, con riferimento all'andamento economico del Ssr, dall'analisi del bilancio consolidato si cerca di evidenziare le aree gestionali in cui vengono maggiormente assorbite le risorse finanziarie e le fonti da cui queste ultime derivano (Regione, enti locali, privati paganti, etc.).

3. Conclusioni

Il bilancio consolidato è lo strumento tecnico-contabile attraverso cui si

offre una rappresentazione esaustiva delle consistenze patrimoniali e dei risultati di un gruppo di aziende, quale unica entità economica.

In particolare, le finalità conoscitive che si possono perseguire mediante l'elaborazione del consolidato sono così sintetizzabili:

1) ottenere una visione globale del servizio sanitario regionale, ribadendo il concetto di entità economica unitaria che prescinde da quello delle singole entità giuridiche;

2) misurare l'effettiva consistenza patrimoniale ed il risultato economico del gruppo;

3) assolvere alla funzione essenziale di informazione nei confronti della capogruppo e degli altri *stakeholder* che ruotano intorno al Ssr.

L'Ars delle Marche elabora tale documento proprio al fine di fornire tali tipologie di informazioni, avendo come interlocutori principali gli organi regionali e quelli aziendali. L'elaborazione del bilancio consolidato in questa regione è agevolata da tre elementi, già richiamati nel testo, che costituiscono la premessa per la redazione dello stesso in qualsiasi contesto:

— l'omogeneità della data di scadenza dei bilanci d'esercizio;

— l'omogeneità degli schemi di bilancio e del piano dei conti;

— l'uniformità dei criteri di valutazione.

Aver previsto un'unica data per la chiusura dei bilanci, rende possibile l'elaborazione del bilancio consolidato in tempi utili per poter analizzare le dinamiche economiche manifestatesi e l'impatto delle stesse sulla situazione patrimoniale e finanziario del Ssr. In merito al secondo punto si ricorda che tutte le aziende sanitarie (Inrca esclusa) adottano il medesimo piano dei conti e le medesime regole per l'utilizzo dello stesso, garantendo così un buon grado di «armonizzazione» di tutte le rilevazioni contabili all'interno

del gruppo (14). Inoltre, nella Nota integrativa ci sono sezioni relative alla descrizione delle posizioni debitorie/creditorie e di costo/ricavo legate agli scambi infra gruppo che tutte le aziende devono compilare e ciò facilita l'intero processo di consolidamento (aggregazione dei bilanci delle singole prima e la rettifica della stessa con i valori dei trasferimenti poi). In ultimo, con riferimento ai criteri di valutazione, si richiama il fatto che tutte le aziende valutano le poste di bilancio nel rispetto di quanto previsto nel Codice civile, nella legge regionale di contabilità e nelle disposizioni per la chiusura dei bilanci. Ciò garantisce un elevato livello di uniformità dei criteri di valutazione adottati dalle aziende che a sua volta è il presupposto fondamentale per avere un Bilancio consolidato che rappresenti, in modo veritiero e corretto, la situazione economica e patrimoniale del Ssr.

Come già ampiamente sottolineato, comunque, il processo di consolidamento dei bilanci delle aziende ha messo in evidenza numerose criticità legate all'elaborazione dei bilanci di esercizio.

Uno degli aspetti più problematici emersi nel processo di elaborazione del bilancio consolidato della Regione Marche fa riferimento alla mancata quadratura dei crediti/debiti e dei ricavi e costi infra gruppo. La sommatoria dei crediti e dei debiti delle aziende quasi mai ha dato saldo zero, a causa del fatto che la stessa operazione di riconciliazione non è avvenuta in modo sincronizzato e preciso tra le aziende. In sostanza, la ricognizione di queste poste di bilancio ha messo in evidenza come gli scambi di beni e servizi regolati direttamente tra le aziende generino problemi di registrazioni contabili. Ci si riferisce, in particolare, alle prestazioni o consulenze scambiate tra professionisti appartenenti ad aziende diverse che vengono fatturate, spesso

con ritardo, dalle aziende eroganti ma non liquidate (e a volte neanche registrate) dalle aziende riceventi perché spesso non corrispondenti agli ordini effettuati. E così le aziende cedenti registrano il ricavo con il corrispettivo debito nel momento in cui il professionista comunica all'amministrazione di aver ceduto un servizio ad altra azienda, mentre quest'ultima registra il costo con rispettivo debito solo nel momento in cui risconterà la corrispondenza tra fattura e ordine.

L'altra criticità rilevante che emerge dal nostro procedimento di elaborazione del Bilancio consolidato è che esso investe solo il bilancio consuntivo e non quello preventivo. Ai fini di una completa valutazione delle *performance* del sistema regionale, inteso come complesso di singole unità aziendali, è indispensabile avere un termine di confronto dato dalla previsione ad inizio anno degli andamenti delle variabili economiche, patrimoniali e finanziarie. Nel nostro contesto regionale, come peraltro in tutti gli altri, ciò risulta impossibile a causa dell'obbligo previsto da leggi nazionali di presentare in pareggio i bilanci preventivi e quindi di prevedere situazioni economiche e finanziarie che, in qualche caso, si ritengono già in partenza difficilmente perseguibili (15). In tale contesto, perde di significato l'intero processo di consolidamento dei singoli bilanci preventivi. Magari, in un futuro anche prossimo le disposizioni normative che impongono la redazione di bilanci preventivi in pareggio saranno superate e si potrà così procedere alla redazione di bilanci aziendali preventivi, frutto anche di concertazioni e accordi presi con gli organi regionali in armonia con i quadri normativi di riferimento (Psn, Psr, Patto di stabilità, ecc.) dai quali si potrà prevedere in anticipo la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Ssr.

Per l'esercizio amministrativo 2000

si prospetta, comunque, un miglioramento del processo di consolidamento dei bilanci delle aziende, sia con riferimento alla completezza del Bilancio elaborato, sia con riguardo alle tipologie di analisi e valutazioni che sulla base di esso si possono fare.

Con riferimento al primo punto è intenzione dell'Ars elaborare, oltre ai documenti i Sp e Ce consolidati che si specifica sono gli stessi adottati alle aziende (DGRM 2310/98), la Nota Integrativa di gruppo. Tale documento è, infatti, a tutti gli effetti parte integrante del bilancio di esercizio e, quindi, anche del bilancio consolidato (16). Con la sua introduzione, il Legislatore ha voluto rimarcare l'importanza che la Ni ha come documento destinato ad informare in merito alla chiarezza e alla rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda, nonché del suo andamento economico. Ed è in virtù di questo principio che anche il Legislatore regionale ha disciplinato la Nota integrativa, in modo peraltro particolarmente articolato e complesso, a cui tutte le aziende sanitarie devono uniformarsi. Come ricordato precedentemente, però, quest'ultima ha avuto la sua completa applicazione solo nel 1999 e ciò ha reso problematica la stesura della Ni consolidata (17). Per il 2000 è prevista una sua elaborazione anche se non perfettamente in linea con quella delle aziende. Le informazioni che in essa si riportano si limitano a descrivere i criteri di valutazione applicati, le operazioni di elisioni dei trasferimenti interni al gruppo (soprattutto nei casi di saldo diverso da zero), le movimentazioni delle principali poste di bilancio (immobilizzazioni materiali, crediti e debiti), la dotazione di personale in carico al Ssr ed altri fatti o eventi gestionali ritenuti importanti per meglio comprendere le dinamiche economiche e patrimoniali del gruppo.

In merito al secondo punto, relativo

all'utilizzo che la regione può fare del Bilancio consolidato, si riconosce sicuramente che esso costituisce una fonte di informazioni dalla quale non si può prescindere per valutare il quadro economico, finanziario e patrimoniale del Ssr, considerando che la programmazione regionale avverte sempre più il bisogno di elaborare ed analizzare i dati in un'ottica di sistema. Esso è «strumento di massima sintesi per l'analisi/diagnosi della situazione economico-finanziaria attuale e per l'interpretazione delle prospettive reddituali e finanziario-patrimoniali di gruppo (18)». Con riferimento specifico al servizio sanitario regionale il Bilancio consolidato offre informazioni circa la capacità del sistema di mantenersi autonomo, rispetto a terze economie, e quindi di continuare ad offrire servizi alla collettività nel tempo. Sulla base dei risultati dell'analisi degli equilibri economici e finanziari che da esso emergono è opportuno, ad esempio, verificare le scelte di programmazione previste per gli esercizi amministrativi futuri. Esso non è certo sufficiente per poter comprendere tutte le dinamiche avute in un arco temporale predefinito nel Ssr. A tale documento andrebbero infatti aggiunte relazioni e reportistiche mirate a rilevare e spiegare l'evoluzione del sistema in termini di attività, di servizi offerti e di qualità dell'assistenza. Ed è questa la direzione verso cui si sta muovendo l'Ars delle Marche: elaborare un bilancio consolidato regionale corredato di tutte le informazioni necessarie per fornire un quadro di sintesi corretto ed esaustivo del Ssr. In sintesi estrema, l'*iter* avviato per l'elaborazione del bilancio consolidato del Ssr è il seguente:

- elaborazione di schemi di riclassificazione dei bilanci;
- elaborazione di indici di bilancio specifici per il settore sanitario;
- applicazione di tali indici al bilancio consolidato;

— elaborazione di criteri di lettura del bilancio che tengano conto delle finalità specifiche del Ssr.

La riclassificazione degli schemi di bilancio nasce dall'esigenza di avere documenti economico-finanziari dai quali emergano immediatamente situazioni particolari legate, ad esempio, alla liquidità dell'azienda e alla sua capacità di remunerare con contributi c/esercizio i costi per il personale e l'acquisto di beni e servizi. Per lo Stato patrimoniale la riclassificazione potrebbe essere fatta, dunque, nel rispetto del criterio finanziario, così come suggerito dalla dottrina per l'analisi classica dei bilanci per quozienti. Il Conto economico, invece, potrebbe essere riclassificato sulla base di un criterio volto ad evidenziare l'assorbimento di risorse da parte di ciascuna gestione (caratteristica, finanziaria, straordinaria e fiscale) in rapporto alle disponibilità finanziarie di cui l'azienda dispone sia per contributi regionali, sia per entrate proprie. Il secondo passo da compiere è quello di elaborare un set di indicatori specifici per il settore sanitario, idoneo a dare informazioni relativamente all'efficienza gestionale, alla liquidità ed alla solidità patrimoniale del sistema nel suo complesso, ma anche informazioni circa la compatibilità delle variabili economiche con gli indirizzi funzionali e strategici che il Ssr si è dato, considerando la coesione tecnico-economica delle singole unità e il grado di coordinamento direzionale che si intende esercitare. Rispetto all'impostazione tradizionale dell'analisi di bilancio, si lasciano alcuni degli indicatori classici della parte economica (ROI, ROE, etc.), ritenuti di scarsa significatività per le aziende sanitarie e per il Ssr nel suo complesso, e nell'interpretazione/valutazione di quelli relativi alla situazione finanziaria e patrimoniale si terrà conto dei vincoli e delle norme a cui sono sottoposte gli amministrato-

ri delle aziende sanitarie (19). Tali indici, applicati poi al bilancio consolidato che già di per sé costituiscono dati di sintesi circa le *performance* del Ssr nell'esercizio di riferimento, devono, infine, essere combinati con i dati relativi all'attività aziendale ed a dati più prettamente sanitari. In tal modo si offre una lettura completa dei fenomeni che si sono manifestati nel Ssr e, al tempo stesso, si consente di disegnare le prospettive di sviluppo che per esso si possono ragionevolmente prevedere.

(1) Nel corso di questi primi due anni di contabilità economica si è già provveduto a modificare per ben due volte il piano dei conti, di integrare la Nota integrativa con sezioni aggiuntive e di elaborare procedure di chiusura specifiche per ogni esercizio amministrativo di riferimento.

(2) In realtà, ci sono state significative differenze tra le prime due chiusure di bilancio, relative alla data di scadenza dello stesso ed alla completezza della documentazione richiesta. Con riferimento al primo punto, va specificato che il Bilancio di esercizio 1998 ha avuto come scadenza il 31.7.99 a causa dei ritardi derivanti dalle difficoltà legate all'introduzione del nuovo sistema contabile nelle aziende, mentre il secondo è stato chiuso nei termini di legge, il 30 aprile 2000. Con riferimento al secondo, invece, ci si riferisce al fatto che la compilazione di tutte le 25 sezioni della Nota integrativa è stata resa obbligatoria solo nel 1999, poiché nel bilancio 1998 ci si è limitati a chiederne solo 6 (Sez. 7 - Crediti e debiti *infra* gruppo, Sez. 11 - Contributi c/esercizio, Sez. 16 - Personale, Sez. 21 - Conto economico del P.o., Sez. 23 - Costi e ricavi *infra* gruppo e Sez. 24 - Rendiconto finanziario).

(3) Il D.Lgs n. 127/91, art. 29, con cui si è reso obbligatorio l'elaborazione del Bilancio consolidato per i gruppi di imprese, riconosce che i bilanci di esercizio di società facenti parte di una holding hanno significatività solo se inseriti nel loro contesto di gruppo. Le norme che disciplinano i bilanci di esercizio e consolidati delle imprese industriali e commerciali sono contenute nel Codice civile e nel DLgs n. 127/91. Secondo l'art. 25 di tale decreto sono obbligati alla redazione del bilancio consolidato:

— i soggetti organizzati secondo una particolare forma (le società per azioni, le società

in accomandita per azioni e le società a responsabilità limitata; gli enti pubblici aventi per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di un'attività commerciale, le società cooperative e le mutue assicuratrici);

— i soggetti che controllano un'impresa (si dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria; si dispone di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria; si ha il diritto, in virtù di un contratto o di una clausola statutaria, di esercitare un'influenza dominante, quando la legge applicabile consenta tali contratti o clausole; si controlla da sola, in base ad accordi con altri soci, la maggioranza dei diritti di voto).

(4) Piero Pisoni, (1990), *Bilancio consolidato e settima direttiva CEE*, Giuffrè, Milano, pag. 1.

(5) Gli scambi *infra* gruppo aventi per oggetto i beni sanitari pongono dei problemi in ordine all'eliminazione degli utili per quei beni che al termine dell'esercizio rimangono comunque in giacenza presso le aziende acquisite. Si tratta, in via principale, di prodotti farmaceutici che vengono ceduti alcune volte a costo ed altre volte con un margine positivo rispetto al costo sostenuto per la loro produzione. In realtà, essendo molto difficile distinguere tra beni ceduti a costo e beni ceduto con un utile e in considerazione del fatto che il volume di tali scambi non è così rilevante si è deciso di non trattare tali utili non realizzati in sede di consolidamento dei bilanci delle aziende.

(6) Il D.L.vo n. 127/91 all'art. 26, statuisce che sono incluse nell'area di consolidamento tutte le società controllate ad eccezione di quelle che abbiano caratteri tali da rendere il bilancio consolidato inidoneo a rappresentare con chiarezza e in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria nonché il risultato economico del gruppo (art. 28, comma I, D.L.vo n. 127/91). Si prevedono poi alcuni casi di esclusione facoltativa per quelle imprese controllate la cui inclusione sarebbe irrilevante ai fini della rappresentazione chiara, veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria e del risultato economico dell'esercizio.

(7) In realtà, l'inserimento dell'Inrca nell'area di consolidamento se risponde ai requisiti previsti dalla dottrina per il riconoscimento di «entità di gruppo» del Ssr poiché insieme alle Aziende sanitarie esso concorre alla gestione di un complesso economico unitario in aderenza alle linee strategiche individuate dall'unico soggetto economico, pone problemi di natura contabile. L'Istituto in parola, infatti, ha adottato la contabilità economico-patrimoniale solo a partire dal 1.1.99 e per tale implementazione la

legge prevede che l'Istituto adotti gli schemi di bilanci nazionali (DM 20/10/94) anziché quelli regionali. Ciò ha obbligato l'Ars a rielaborare i documenti di bilancio (quello finanziario per il 1998 e quello economico per il 1999) per poter arrivare a compilare anche per l'Inrca almeno il Conto economico così come previsto dalla DGRM 2310/98, richiedendo una serie di informazioni ulteriori, mirate ad individuare i valori relativi agli scambi infra gruppo, in sostituzione dello Stato patrimoniale e della Nota integrativa, non compilati per entrambi gli anni. L'Inrca è, infatti, un istituto nazionale con otto sedi sparse nel territorio nazionale, di cui tre nella Regione Marche (Ancona, che è la sede centrale, Appignano e Fermo) e mentre per il Ce è possibile avere dei sezionali che rilevano costi e ricavi delle strutture presenti nella nostra regione (e come tali finanziate con quote del Fsr) non è altrettanto fattibile elaborare lo Stato patrimoniale e la Nota integrativa per sezioni corrispondenti ad ognuna delle otto strutture.

(8) La scelta di non consolidare i bilanci in capo alla regione deriva dal fatto che essa è in regime di contabilità finanziaria e ciò pone rilevanti problemi in ordine ad almeno due aspetti: a) i valori finanziari andrebbero «convertiti» in valori economici; b) occorre effettuare una ricognizione e valorizzazione dei cespiti, delle rimanenze, dei crediti e dei debiti della regione relativi al solo settore sanitario. L'unica fonte esistente e quindi utilizzabile per determinare un CE consolidato è rappresentata dal modello ministeriale CE01 000 in cui vengono riportati tutti i contributi c/esercizio di competenza regionale (es. per il finanziamento di progetti speciali gestiti dalla regione i cui fondi non sono ancora stati distribuiti alle aziende) ed i costi relativi al personale ed all'acquisto di beni ed eventuali servizi. Al contrario, per lo Stato patrimoniale non si hanno dati di riferimento. Per l'esercizio 2000, comunque, il consolidamento dovrebbe essere esteso anche al bilancio dell'Ars stessa, in regime di contabilità economica sin dalla sua costituzione, mentre non è ancora possibile consolidare l'Arpam poiché per essa è stata prevista la contabilità finanziaria.

(9) In alternativa al metodo integrale o globale, gli altri criteri utilizzabili sono: il metodo sintetico, detto anche del patrimonio netto, il metodo proporzionale e il metodo del non consolidamento o valutazione al costo. Marchi L., Zavani M., (1998), *Economia dei gruppi e bilancio consolidato*, Giappichelli, Torino.

(10) Tale modalità di registrazione dei crediti e dei debiti delle aziende verso la regione per le prestazioni erogate in regime di mobilità pone un problema di sovrastima dei crediti e

dei debiti verso la regione del bilancio consolidato del Ssr. Si tratterebbe, infatti, di elidere, oltre ai crediti e debiti infra gruppo, anche i crediti e i debiti di ogni azienda verso la regione per la parte corrispondente alla regolazione della mobilità regionale, attiva e passiva. Ciò, però risulta difficile poiché le aziende non riportano in bilancio, il dettaglio dei crediti e dei debiti verso la regione e pertanto non risulta possibile elidere solo la parte relativa alla mobilità.

(11) Le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regolate in regime di cessione sono quelle prestazioni che le aziende si scambiano direttamente tra loro, sia nell'ambito di episodi di ricovero, sia di prestazioni ambulatoriali (ad esempio un'azienda richiede ad altra struttura di effettuare un esame anatomo-patologico su un proprio ricoverato) e come tali vengono fatturate direttamente sulla base di un prezzo concordato. La differenza con le prestazioni ambulatoriali erogate in regime di mobilità sta, dunque, nel soggetto richiedente: non è il paziente a richiedere la prestazione ad una struttura piuttosto che ad un'altra, esercitando la libera scelta, ma è l'azienda a richiedere la prestazione, ad altra struttura.

(12) L'art. 35 del D.L.vo n. 127/91 stabilisce che i criteri di valutazione da adottare nella stesura del bilancio consolidato devono essere quelli utilizzati nel bilancio di esercizio dell'impresa tenuta alla sua redazione. L'art. 2423, comma II, del Cc, stabilisce che il bilancio d'esercizio delle imprese industriali e di servizi deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società e il risultato economico dell'esercizio. L'art. 29, comma II, del D.L.vo n. 127/91 stabilisce che il bilancio consolidato deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico del complesso delle imprese costituito dalla controllante e dalle controllate. Il legislatore ha dettato le norme fondamentali per la valutazione e l'esposizione nei bilanci di esercizio e consolidati di alcune poste, rinviando tutto il resto ai principi contabili, ossia a quelle norme che stabiliscono in maniera particolareggiata l'individuazione dei fatti da registrare, le modalità di contabilizzazione e i criteri di rappresentazione dei valori in bilancio. La Commissione per la statuizione dei Principi contabili dei Consigli nazionali dei dottori commercialisti e dei ragionieri ha predisposto il documento n. 17, con lo scopo di fornire una guida tecnica per la preparazione del bilancio consolidato sulla base dei principi basilari stabiliti dalla legge.

Tale documento, che sostituisce quello n. 8 del settembre 1983 per la parte inerente al bilancio consolidato, recepisce le disposizioni emanate dal D.L.vo n. 127/91.

(13) In realtà, a livello regionale si sta proprio discutendo circa la bontà di tali criteri di valorizzazione delle immobilizzazioni (soprattutto per i fabbricati il cui valore di riferimento è ancora oggi la rendita catastale) e quindi dei piani di ammortamento di ciascun fattore produttivo a fecondità ripetuta.

(14) Il piano dei conti è stato elaborato con il contributo di tutte le aziende presenti nella regione, al fine di poter rispecchiare esigenze e bisogni di tutti gli utilizzatori. Inoltre, sempre nell'ambito di tali gruppi di lavoro, sono state disciplinate i criteri di raccordo tra i conti del Pdc e le voci di bilancio.

(15) Il D.L.vo 502/92 prevede l'obbligo di pareggio di bilancio per aziende ospedaliere. La l.n. 724/94 (legge finanziaria del 1995) estende tale obbligo anche alle Aziende sanitarie locali ed, infine, la l.n. 449/97 (legge finanziaria del 1998) impone l'applicazione dell'obbligo di pareggio anche ai presidi ospedalieri delle Asl.

(16) L'art. 2427 Cc statuisce il contenuto della Nota integrativa del bilancio di esercizio e l'art. 38 del D.L.vo 127/91 disciplina il contenuto della Nota Integrativa consolidata.

(17) Tutte gli operatori aziendali impegnati nella stesura delle Note integrative hanno trovato molte difficoltà legate al reperimento delle informazioni presso i diversi Uffici amministrativi dell'Azienda (Ufficio tecnico, ufficio personale, magazzino, etc.). Nella fase di analisi e valutazione dei bilanci è emersa, infatti, più volte l'esigenza di rivedere alcune sezioni che risultavano essere compilate parzialmente o in modo non adeguato rispetto a quanto prescritto. Terminata la fase di analisi e approvazione dei bilanci di esercizio delle aziende si è dedicato molto tempo alla spiegazione e rivisitazione di ogni sezione della Nota Integrativa, al fine di non incorrere nelle stesse difficoltà per l'anno 2000.

(18) Marchi L., Zavani M., (1998), *cit.*, pag. 207.

(19) Si fa riferimento ad esempio, al fatto che la situazione finanziaria del Ssr dipende, nel suo complesso, dalla tempistica con cui le somme stanziare dal Ministero e dal Cipe vengono accreditate nelle casse regionali e da queste passate alle tesorerie aziendali. E così la definizione del patrimonio del Ssr è vincolata dalla risoluzione di contenziosi aperti tra aziende e altri enti locali e da altri eventi che ne impediscono la registrazione in bilancio.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI: UNA PROPOSTA PER L'AZIENDA OSPEDALIERA «SPEDALI CIVILI DI BRESCIA»

A. Bonetti¹, V. Zacchi¹, G. Lamberti¹, G. Landi¹, P. Fogassi², E. Perrotti³

¹ Consulente Consap Srl

² Responsabile Relazioni Sindacali A.o. «Spedali Civili» di Brescia

³ Nucleo di Valutazione A.o. «Spedali Civili» di Brescia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Principi generali della valutazione - 3. Cronologia e procedura operativa - 4. Soggetti della valutazione - 5. Le schede di valutazione - 6. Implementazione della metodologia

1. Introduzione

L'Azienda sanitaria pubblica, così come ridisegnata dalle norme di riordino, prevede una diversa regolazione dei rapporti tra direzione aziendale e dirigenti responsabili di struttura o di linea: tali rapporti sostengono una organizzazione aziendale fortemente orientata alla gestione dell'autorità «condivisa», finalizzata della gestione delle crescenti complessità organizzative mediante la responsabilizzazione dei diversi livelli dirigenziali in ordine al raggiungimento degli obiettivi strategici.

In questo scenario diviene significativo per l'azienda individuare una metodologia per il monitoraggio delle funzioni di responsabilità attribuite ai dirigenti, in relazione a parametri effettivamente in grado di rappresentare l'apporto del singolo all'organizzazione nel suo complesso.

Per cogliere appieno la rilevanza della valutazione per l'Azienda va ricordato che il processo valutativo è parte di un più ampio processo organizzativo che comprende la definizione di modalità di lavoro, di programmazione e controllo per obiettivi e risultati. Infatti, il piano strategico aziendale non può fondarsi che sulle risorse a disposizione, e di queste ri-

sorse fanno parte a pieno titolo anche le competenze, le capacità nonché il potenziale di sviluppo della dirigenza.

La metodologia per la valutazione dei dirigenti deve essere costruita a partire dagli obiettivi che l'azienda con essa intende perseguire (Del Vecchio, 2000), poiché il modello che ne deriva sarà fortemente condizionato da questa iniziale manifestazione di volontà: l'obiettivo della valutazione potrebbe essere quello di fornire ai dirigenti un *feed-back* sulla propria *performance* all'interno dell'organizzazione, ovvero realizzare una sorta di «audit» aziendale che rappresenti il posizionamento del singolo rispetto alla totalità dell'azienda.

La metodologia valutativa potrebbe anche perseguire lo scopo di attuare un «monitoraggio dei talenti» presenti fra i quadri dirigenziali, consentendo di individuare elementi idonei a identificare successivamente criteri per la progressione delle carriere.

L'azienda, quindi, si attende dalla valutazione un'ulteriore opportunità per legare i sistemi operativi di gestione del personale alla pianificazione strategica ed alla gestione aziendale nel suo complesso.

La tensione verso la definizione di uno stile di gestione delle risorse umane non è solo volontà dell'azienda, ma

costituisce anche per chi valuta ed è valutato la determinazione di un terreno di confronto per l'analisi dei margini di miglioramento e degli ambiti in cui poter sviluppare e/o meglio esprimere le capacità dirigenziali.

Il sistema di valutazione, infatti, è un meccanismo operativo di rilevanza centrale nel funzionamento delle organizzazioni perché contribuisce a due risultati fondamentali: efficienza e soddisfazione delle persone.

Una volta effettuata la scelta sulla finalizzazione della valutazione è necessario elaborare uno strumento che la renda oggettivabile e che ponga in evidenza le aree da esplorare per individuare gli elementi utili a formulare un «giudizio» globale sulla *performance* del dipendente.

Inoltre, se da un lato il sistema di valutazione è indispensabile, nonché obbligatorio, per una piena applicazione degli istituti contrattuali, esso è comunque elemento fondante delle politiche del personale, in quanto genera informazioni che sono utili per tutti i sistemi operativi di gestione del personale (programmazione, reclutamento e selezione) e fornisce i capi di uno strumento efficace per il governo delle risorse umane. Pertanto, grazie ad un sistema di valutazione, il valutatore può rendere più trasparenti i rapporti

coi propri collaboratori e, avendo conoscenza delle risorse professionali a disposizione dell'azienda, può svolgere la sua funzione di coordinatore e di guida sfruttando le capacità al meglio in funzione degli obiettivi.

Infine è rilevante lo stimolo che lo stesso valutato ottiene con la valutazione: il dirigente ha occasione non solo di confrontarsi con il responsabile di riferimento, ma anche di valutare la propria prestazione professionale rispetto ai programmi futuri propri e dell'azienda.

Per una sintesi degli obiettivi della valutazione cfr. Figura 1 (in Allegati).

2. Principi generali della valutazione

All'art. 32 comma 4 CCNL 8 giugno 2000 sono elencati i principi sottostanti le procedure di valutazione:

a) trasparenza dei criteri e dei risultati;

b) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio;

c) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

In particolare è bene riflettere sulla portata e le implicazioni di quanto espresso alla lettera c).

Infatti, nell'autonomia che è concessa alle Aziende di definire con ordinamenti discrezionalmente assunti i meccanismi e gli strumenti per il controllo, il comma 4 dell'art. 31 CCNL prevede che si stabiliscano le modalità con le quali i processi di valutazione si articolano, con particolare riguardo ai soggetti che in prima istanza sono deputati alla valutazione dei dirigenti al fine di fornire il Collegio tecnico degli elementi necessari alla verifica loro demandata.

È quindi evidente come sia stato qui recepito l'importante principio intro-

dotto dal D.L.vo 286/99 secondo cui il procedimento per la valutazione non possa non tener conto della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente, altrimenti detto valutatore di prima istanza, oltre che della approvazione o verifica dell'organo competente (valutatore di seconda istanza).

Da quanto esplicitato si evince quindi come la valutazione del Collegio si fondi, anche se non in via esclusiva (cfr. Figura 2 in Allegati), sulla proposta di valutazione formulata in «prima istanza» dal responsabile della struttura al quale il dirigente appartiene. Non induca però in errore la definizione di «seconda istanza» per l'attività di verifica svolta dal Collegio Tecnico, poiché la valutazione è e resta unica ed in unico grado.

In sintesi questi i principi generali a fondamento della metodologia per la valutazione:

1) *valutatore proponente o valutatore di prima istanza* (dirigente responsabile di struttura) (1);

2) *valutatore competente o valutatore di seconda istanza* (Collegio tecnico e Struttura per la valutazione);

3) *diretta conoscenza dell'attività del dirigente valutato* da parte del valutatore proponente o di prima istanza;

4) *informazione adeguata e partecipazione del valutato*, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio.

3. Cronologia e procedura operativa

La normativa prevede l'obbligo per il Collegio tecnico e per la Struttura per la valutazione di provvedere ad intervalli temporali ed a scadenze prefissate ai propri compiti di verifica valutativa.

Lo schema in Figura 3 (in Allegati) sistematizza la complessa cronologia degli interventi per la valutazione spettanti al Collegio tecnico e alla Struttura per la valutazione così come desumi-

bile dal Contratto, soprattutto in relazione alle specifiche verifiche oltre a quelle previste dai commi 2 e 3 dell'art. 31 del CCNL. Infatti:

— entro il 31 dicembre 2000 deve concludersi la verifica dell'attività svolta nell'ultimo quinquennio da parte dei dirigenti sanitari apicali di cui all'art. 15 quinquies comma 7 d.lgs. 502/92 ed all'art.1 comma 2 d.lgs. 49/2000;

— entro tre mesi dalla maturazione dell'esperienza professionale richiesta, i dirigenti vanno sottoposti a verifica da parte del Collegio tecnico per il passaggio alla fascia superiore delle indennità di esclusività (vedi art. 5 comma 6 CCNL II biennio), secondo le stesse modalità previste dall'art.31;

— alla scadenza del triennio dal conferimento dell'incarico di responsabile di struttura semplice o complessa vanno sottoposti a verifica i dirigenti cui l'incarico stesso sia stato attribuito sotto la vigenza del CCNL 5/12/96, purché tale scadenza sia anteriore al 1° agosto 2002 e purché non fosse previsto uno specifico termine diverso di durata dell'incarico (art. 28 comma 10 e 31 comma 6 del CCNL);

— a partire dal 6 dicembre 2001, al compimento del quinto anno di attività sono soggetti alla verifica del Collegio tecnico i dirigenti assunti dal 6 dicembre 1996, al fine di raggiungere la retribuzione di posizione minima contrattuale prevista dall'art. 3 comma 1 del CCNL biennio a decorrere dal 1° febbraio 2001 (art. 4 comma 2 CCNL II biennio);

— alla scadenza dei cinque anni dal conferimento dell'incarico quinquennale (e quindi, in teoria, non prima della fine del 2001) vanno sottoposti a verifica i dirigenti di ex II livello assunti con le nuove modalità previste dal d.lgs. 502/92;

— per quanto concerne invece la prima applicazione della valutazione triennale, le verifiche del Collegio tec-

nico dovranno avere come data di riferimento il 1° agosto 2002 (decorrendo così un triennio dalla data di entrata in vigore del d.lgs. 229/99).

A tal proposito è bene esplicitare alcune regole per la gestione dello scadenziario:

— il triennio per le verifiche successive del dirigente scatta dopo l'effettuazione dell'ultima verifica;

— vi è un caso di anticipo della verifica triennale a regime: nell'ipotesi di maturazione anticipata dei requisiti per l'attribuzione di una nuova fascia della indennità di esclusività;

— la verifica alla scadenza dell'incarico si ripete sempre rispetto a quella triennale anche qualora non fossero trascorsi tre anni;

— non è contemplata la formalizzazione di alcuna valutazione intermedia periodica mentre è prevista la possibilità per il Collegio tecnico di svolgere eventuali interventi d'urgenza infratriennali disposti dal Direttore generale.

In Tabella 1 sono invece presentati gli elementi oggetto della valutazione per la dirigenza sanitaria e per quella amministrativa professionale.

4. Soggetti della valutazione

4.1. I valutatori (proponenti e competenti)

L'art. 31 comma 4 del CCN dirigenza professionale tecnica ed amministrativa stabilisce che la verifica dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo venga effettuata, ai sensi dell'art. 28 comma 4, dagli appositi organismi che l'azienda provvede ad individuare, al fine di armonizzare il sistema di valutazione dei dirigenti interessati — anche per il conferimento e conferma degli incarichi — a quello previsto per i dirigenti del ruolo sanitario. Ecco quindi perché in vece del Collegio tecnico è segnala-

Tabella 1 - Elementi oggetto della valutazione (comma 5 art. 32 CCNL dirigenza)

DIRIGENZA SANITARIA	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA TECNICO PROFESSIONALE
a) collaborazione interna e livello di partecipazione all' <i>équipe</i> multiprofessionale nell'organizzazione dipartimentale;	a) collaborazione interna e livello di partecipazione all' <i>équipe</i> multiprofessionale nell'organizzazione dipartimentale;
b) livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;	b) livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;
c) capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività, attraverso un'equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali;	c) capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività, attraverso un'equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali;
d) risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, al miglioramento continuo della qualità dei servizi;	d) risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, al miglioramento continuo della qualità dei servizi, alla semplificazione e snellimento delle procedure nell'attività amministrativa, in particolare per l'acquisizione di beni e servizi o nel reclutamento del personale;
e) capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali nonché i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;	e) capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali nonché i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;
f) raggiungimento del minimo di credito formativo ai sensi dell'art. 16 ter, comma 2 del D. Lgs. 502/1992 non appena operativo;	f) raggiungimento del minimo di credito formativo ai sensi dell'art. 16 ter, comma 2 del D. Lgs. 502/1992 - non appena operativo — di quanto stabilito in materia dai programmi aziendali;
g) osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati;	g) osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati in relazione alle attività dei vari ruoli;
h) rispetto del codice di comportamento allegato al CCNL del 5 dicembre 1996.	h) rispetto del codice di comportamento allegato al CCNL del 5 dicembre 1996.

to quale soggetto valutatore dei dirigenti del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo la Struttura per la valutazione.

Per quanto concerne la composizione del Collegio è l'art. 15 comma 5 del d.lgs 229/99 che indica come il Collegio tecnico, nominato dal Direttore generale, sia presieduto dal direttore di dipartimento di riferimento. Ne segue, quindi, che non può esistere un unico

Collegio tecnico aziendale ma si tratta di diversi organismi costituiti volta per volta in relazione alla struttura di appartenenza del dirigente soggetto a valutazione.

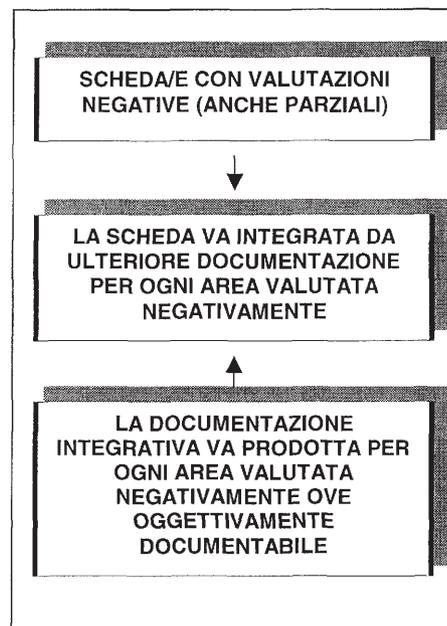
Lo schema (cfr. Tabella 2), che identifica con precisione il valutatore di prima istanza competente rispetto ai differenti profili e ruoli dei dirigenti valutati, è frutto dell'applicazione del principio per cui l'Azienda, nell'isti-

Tabella 2 - Valutatori (proponenti e competenti)

DIRIGENTE VALUTATO ¹	VALUTATORE PROPONENTE ²	VALUTATORE COMPETENTE
Dirigenti sanitari appartenenti U.o.	Responsabile U.o. degenza e servizi sanitari	Collegio tecnico
Dirigenti amministrativi tecnico professionali U.o.	Responsabile U.o. del dipartimento amministrativo	Struttura per la valutazione
Dirigenti responsabili di <i>staff</i> della Direzione generale	Responsabile Area di <i>Staff</i>	Collegio tecnico/Struttura per la valutazione ³
Dirigenti responsabili di U.O. (di degenza e servizi sanitari) ⁴	Direttore sanitario	Collegio tecnico
Dirigenti amministrativi di presidio	Responsabili di presidio	Struttura per la valutazione
Responsabile di presidio	Direttore sanitario/amministrativo	Collegio tecnico/Struttura per la valutazione ⁵

Note: (1) Sono esclusi fra i dirigenti valutati i responsabili di dipartimento in quanto responsabili solo dei risultati gestionali.
 (2) Sono inclusi i dirigenti universitari in quanto preposti all'U.o.
 (3) La struttura opera in relazione al profilo di appartenenza del dirigente.
 (4) I responsabili di struttura semplice saranno equiparati, a regime, ai responsabili di struttura complessa (responsabili di U.o.).
 (5) Cfr. nota 4.

Figura 4 - Documentazione integrativa delle schede



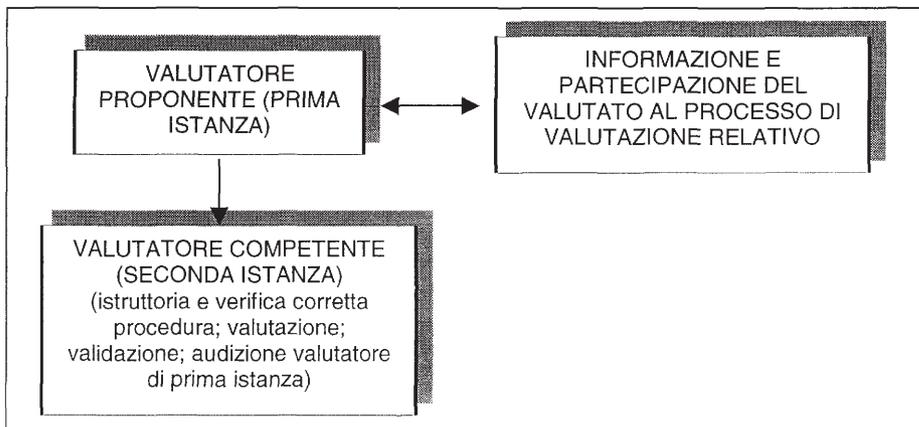
tuire gli organismi deputati alla valutazione dei dirigenti, deve tener conto della particolarità della funzione che tali organismi sono chiamati a svolgere in relazione alle specifiche professionalità operanti nell'azienda, prevedendo un'adeguata composizione e/o integrazione con figure, anche esterne, idonee per professionalità e qualifica.

4.2. Documentazione integrativa delle schede

Lo schema in Figura 4 ripropone quanto ribadito nel foglio della valutazione dedicato alla documentazione integrativa delle schede.

È infatti stato appositamente previsto per i casi di valutazione negativa, anche solo per una delle aree sottoposte a verifica, l'obbligo di esplicitare con una relazione il giudizio non positivo nei confronti del valutato, nonché di allegare a tale relazione ulteriore documentazione che consenta di motivare e capire, soprattutto in un'ottica di miglioramento e sviluppo delle poten-

Figura 5 - Valutatori e valutato



zialità dei dirigenti, la carenza di *performance* del valutato rispetto alla mansione assegnatagli.

La documentazione va ovviamente prodotta solo per le aree in cui è oggettivamente documentabile l'inadeguatezza del dirigente rispetto ai compiti svolti.

4.3. Valutatori e valutato

Tra i principi cui devono ispirarsi le

schede di valutazione il già citato art. 32 comma 4 CCNL alla lettera b) indica esplicitamente «informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio» (cfr. *supra* Principi generali).

Il coinvolgimento del valutato nel processo di valutazione (cfr. Figura 5) è non solo previsto ma anche esplicitamente regolato tramite l'esistenza

nello stesso documento di valutazione di uno spazio appositamente dedicato ai «commenti del valutato» (cfr. *infra* Schede di valutazione).

Va anche ricordato che l'esito della valutazione è comunicato al valutato in sede di colloquio ed è certamente questa un'ulteriore opportunità per esaminare le aree di debolezza ed i punti di forza e concordare le azioni migliorative.

È utile infine riflettere sulla funzione di garanzia che svolge il confronto valutatore-valutato: è infatti normativamente necessario prima di qualsiasi formulazione di esito negativo procedere ad un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una persona di fiducia.

Da quanto definito è evidente che il valutatore competente (seconda istanza) ha come unico referente il valutatore proponente (prima istanza).

5. Le schede di valutazione

La proposta metodologica, ideata sulla base delle specificità dell'A.o. «Spedali Civili di Brescia» e di seguito presentata in sintesi, prevede un'unica valutazione che esplori per profili dirigenziali con differenti incarichi quattro aree di interesse aziendale (intesi quali aspetti organizzativi ed relazionali) quali:

- l'Area delle capacità professionali;
- l'Area dell'orientamento all'innovazione;
- l'Area dei comportamenti aziendali;
- l'Area dei risultati gestionali.

Tale approccio potrebbe rappresentare un tentativo di sintesi delle attese che l'Azienda esprime nei confronti dei dirigenti, nonché fornire un primo strumento destinato all'utilizzo aziendale e all'applicazione degli istituti normativi, affinabile nel tempo adeguandosi ai diversi obiettivi che l'A-

zienda intende perseguire con la valutazione.

Val la pena soffermarsi sulla presenza di una sezione attinente «l'area di risultato»: quest'integrazione della valutazione posta in capo al Nucleo di valutazione aziendale, che tradizionalmente analizza i risultati gestionali delle strutture aziendali, riassume così i percorsi valutativi dei diversi organismi preposti a tale funzione individuati dall'attuale normativa (Collegio tecnico - Struttura per la valutazione e Nucleo di valutazione) fornendo la Direzione generale di un unico documento di risultato dell'attività valutativa.

Il documento di valutazione (presentato in Allegato) è per ogni profilo dirigenziale così strutturato:

- identificazione del valutato e del valutatore (cfr. modulo 1);
- una scheda per ciascuna area di indagine diversificate per profilo dirigenziale;
- valutazione complessiva (modulo 2);
- andamento della valutazione nel tempo e commenti del valutato (modulo 3);

— documentazione integrativa delle schede (modulo 4);

— valutazione finale del valutatore competente o di seconda istanza (modulo 5).

La scheda di valutazione è strutturata sulla base degli aspetti da analizzare per l'area di indagine.

Per ogni elemento valutato si deve esprimere una valutazione numerica che sia significativa secondo la scala di valutazione (cfr. Tabella 3). Per ogni area di indagine va espressa la «Valutazione Complessiva dell'Area»: composta dal «valore medio» (calcolato come media aritmetica dei punteggi ottenuti per ogni elemento valutato e da riportarsi nel Modulo 2 della valutazione complessiva) e da un sintetico giudizio qualitativo, quale ulteriore arricchimento informativo.

Vengono di seguito presentate le schede diversificate per profilo dirigenziale:

1) *dirigenti con incarichi nello staff della direzione generale:*

- area delle capacità professionali (Scheda 1.a)
- area orientamento all'innovazione (Scheda 2.a)

Tabella 3 - Scala di valutazione della performance

PUNTEGGIO	GIUDIZIO	DESCRIZIONE
5	ECCELLENTE	Risponde con eccellenza alle necessità della mansione assegnata sfruttando opportunità di miglioramento della propria <i>performance</i> .
4	SUPERIORE ALLA MEDIA	Risponde in modo superiore alla media alle necessità della mansione assegnata.
3	NELLA NORMA	In linea con la posizione assegnata.
2	NON DEL TUTTO ADEGUATA	In alcune fasi del periodo soggetto a valutazione sono riscontrabili carenze rispetto alle necessità della mansione assegnata.
1	INADEGUATA	Non adeguata rispetto alla mansione assegnata.

— area dei comportamenti aziendali (Scheda 3.a)

— area dei risultati (2) (Scheda 4.a);

2) *dirigenti sanitari (medici e non medici) con responsabilità di struttura complessa:*

— area delle capacità professionali (Scheda 1.b)

— area orientamento all'innovazione (Scheda 2.b)

— area dei comportamenti aziendali (Scheda 3.b);

3) *dirigenti sanitari (medici e non medici) con incarichi di struttura semplice:*

— area delle capacità professionali (Scheda 1.c)

— area orientamento all'innovazione (Scheda 2.c)

— area dei comportamenti aziendali (Scheda 3.c);

4) *dirigenti sanitari (medici e non medici) con incarichi di natura professionale:*

— area delle capacità professionali (Scheda 1.d)

— area dei comportamenti aziendali (Scheda 2.d);

5) *dirigenti di struttura dell'area professionale tecnico ed amministrativa:*

— area delle capacità professionali (Scheda 1.e)

— area orientamento all'innovazione (Scheda 2.e)

— area dei comportamenti aziendali (Scheda 3.e);

6) *dirigenti professionali amministrativi*

— area delle capacità professionali (Scheda 1.f)

— area dei comportamenti aziendali (Scheda 2.f).

6. Implementazione della metodologia

Un'efficace implementazione della metodologia è perseguibile solo con un'ampia condivisione della stessa da parte di tutti gli attori interessati dal processo di valutazione.

Ecco quindi una disamina delle tappe per la concertazione, un percorso che tende al giusto equilibrio tra un approccio *top down* (metodologia come scelta imposta dai vertici) e *bottom up* (metodologia priva della visione d'insieme della gestione aziendale) rispetto all'inserimento di questo nuovo meccanismo operativo: una metodolo-

gia che sia frutto di condivisione, analisi comuni e confronto.

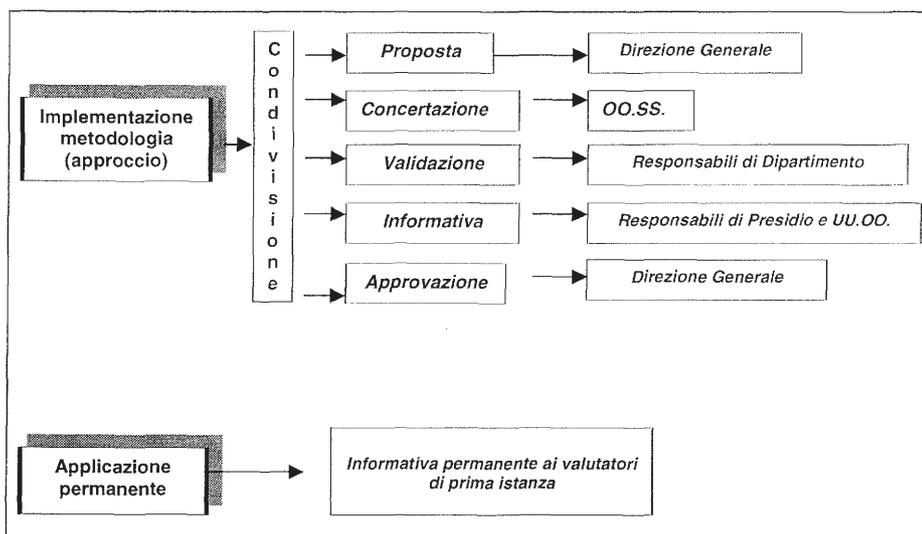
La metodologia (cfr. Figura 6), proposta al Direttore generale, deve essere concertata con le organizzazioni sindacali e, nei fatti, sarà proprio la concertazione con le Oo.Ss. a definire la gradualità e la modalità di sperimentazione della metodologia stessa.

Il metodo dovrà ottenere poi la validazione dei Responsabili di Dipartimento, ma tramite informativa risulteranno coinvolti anche i Responsabili di Presidio ed i Responsabili delle Unità operative.

Solo dopo questa divulgazione e dopo aver accolto le istanze utili per migliorare il sistema, la metodologia potrà (dovrà) essere approvata dalla Direzione generale.

Una volta che il sistema condiviso sarà stato approvato, verrà diffuso quale informativa permanente ai valutatori di prima istanza per la sua applicazione nel tempo.

Figura 6 - Implementazione della metodologia



(1) Valutatore proponente o di prima istanza per le valutazioni dei responsabili di struttura complessa è il Direttore sanitario.

(2) La scheda per la valutazione di quest'area d'indagine è uguale per tutti i profili dirigenziali indipendentemente dall'incarico attribuito.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- CCNL della dirigenza medica 8.6.2000.
CCNL della dirigenza sanitaria amministrativa, Tecnico-professionale 8.6.2000.
DEL VECCHIO M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 2-3: pp.: 159-168.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- ANDREISA M., BALMA R., MEREU M., NIRONI M., (2000), «La valutazione tecnico-gestionale della dirigenza sanitaria», in *Politiche Sanitarie*, 4: pp.: 196-204.
CASELLA A., (2000), «I nuovi contratti della dirigenza: le valutazioni», *ASI*, 35/36, pp.: 7-15.

LORENZINI V. (2000), «Tutti sotto esame», in *Panorama della Sanità*, 33, pp.: 18-33.
NIRONI M., (2001), «La disciplina della diri-

genza sanitaria nella riforma del servizio sanitario nazionale - I parte», in *Sanità Pubblica*, 3, pp.: 347-378.

RUFFINO E., (2000), «Il processo di verifica e lo strumento della valutazione», *ASI*, 50, pp.: 25-26.

ALLEGATI

Figura 1 - Gli obiettivi della valutazione

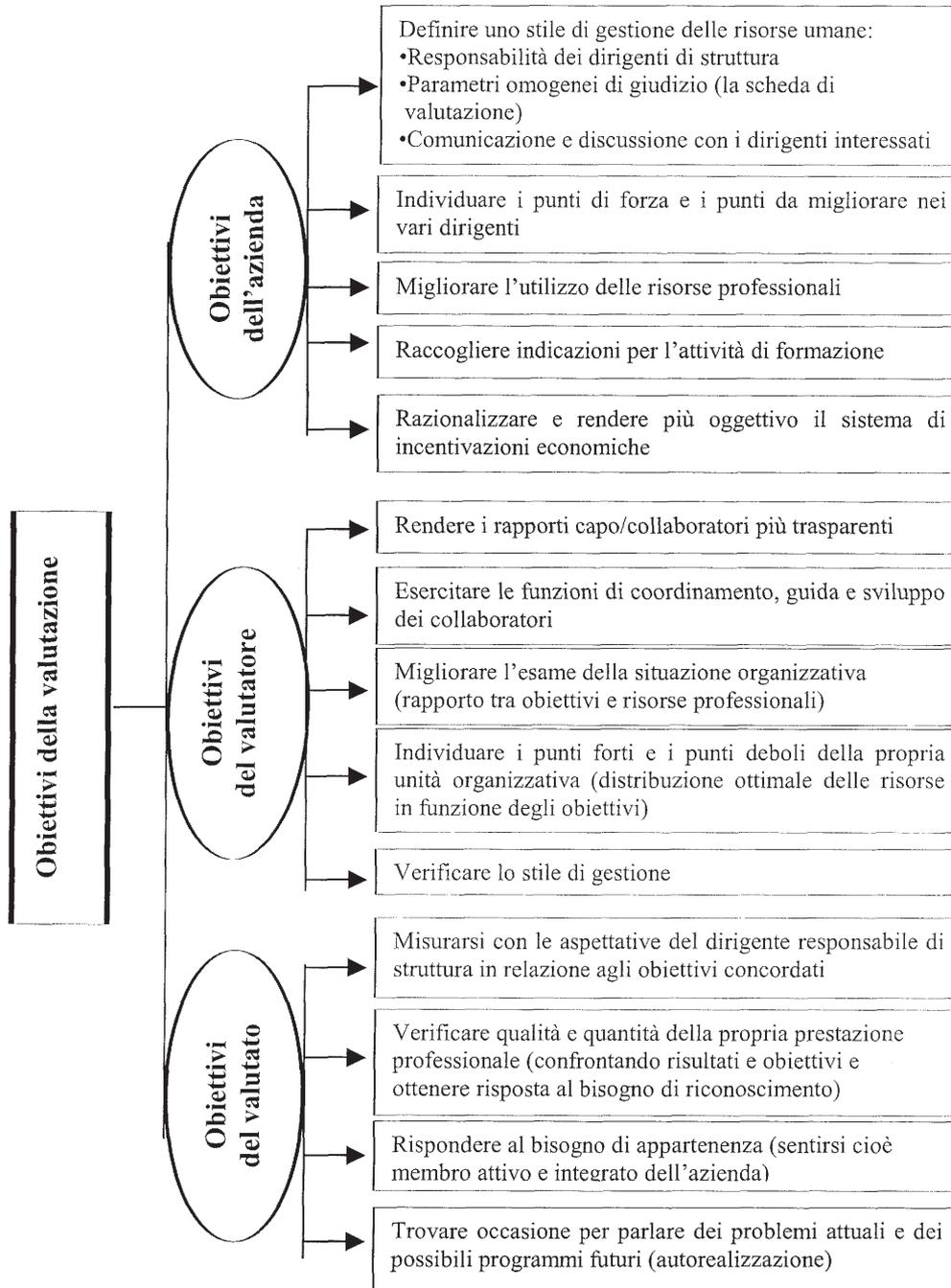


Figura 2 - Procedura operativa

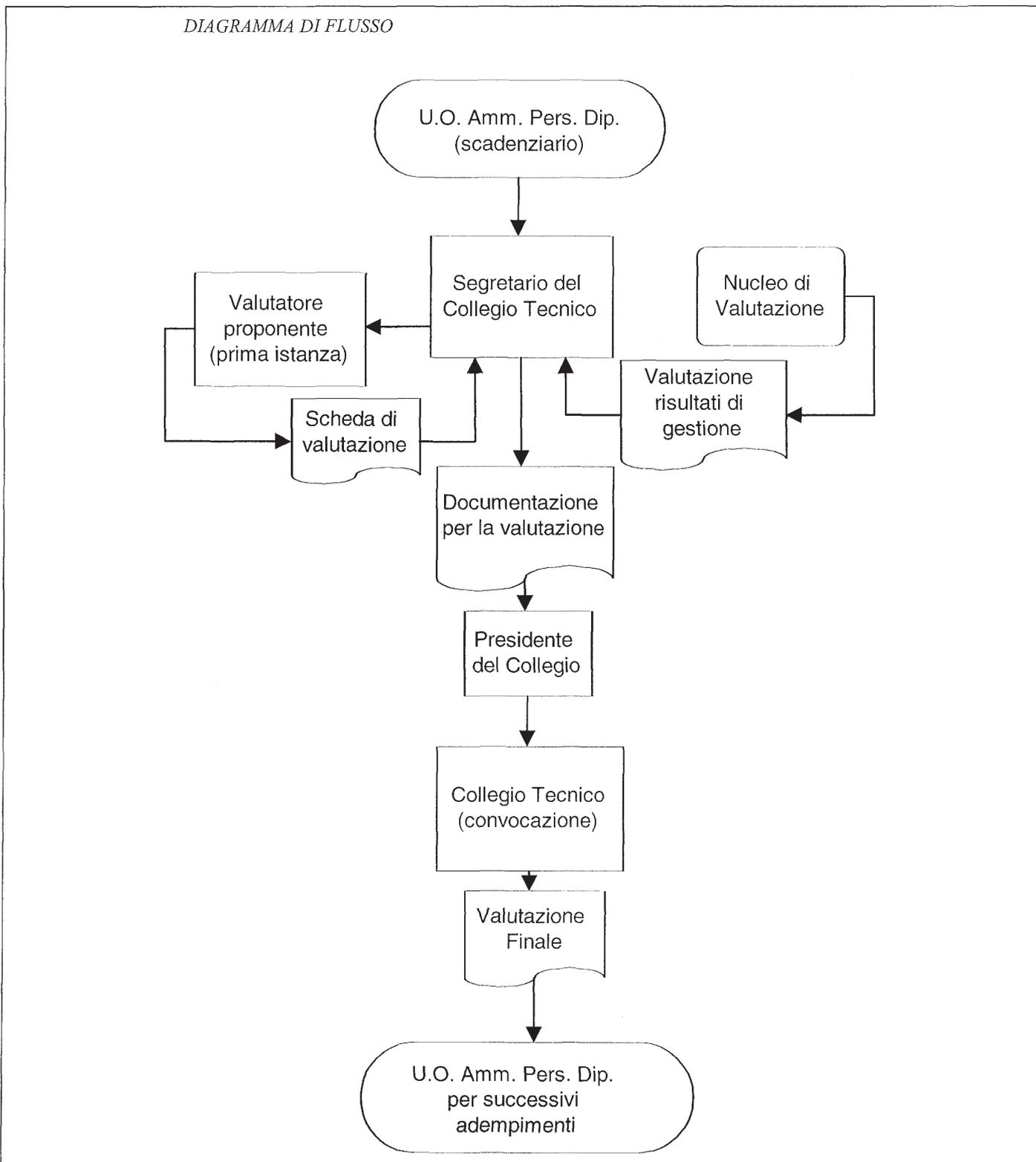
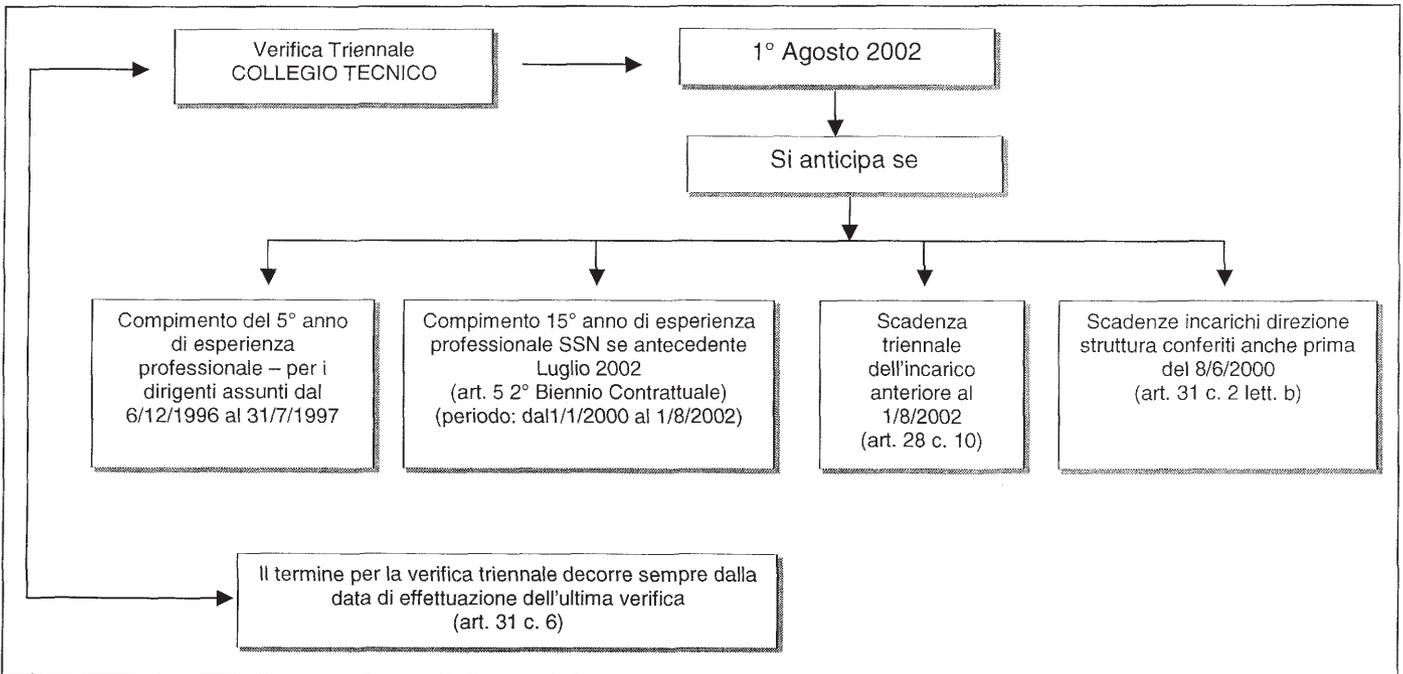


Figura 3 - Cronologia delle valutazioni



Modulo 1

DATI DEL DIRIGENTE VALUTATO	
NOME _____	COGNOME _____
MATRICOLA _____	CdR di appartenenza _____
Incarico di _____ ricoperto dal ____/____/____	
Periodo cui si riferisce la valutazione da ____/____/____ a ____/____/____	
Data dell'ultima valutazione ____/____/____	
DATI DEL VALUTATORE (proponente o di prima istanza)	
NOME _____	COGNOME _____
MATRICOLA _____	
Posizione dirigenziale ricoperta _____	

Modulo 2

Valutazione complessiva			
1. Capacità professionali	2. Orientamento all'Innovazione	3. Comportamenti	4. Risultati
(riportare i giudizi di sintesi - valori medi - espressi nella scheda per ogni area di valutazione)			
<p>Giudizio finale (formulare il giudizio che esprima la valutazione della performance nel periodo, considerati i risultati ottenuti nelle diverse aree oggetto della valutazione).</p>			
			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Media dei valori medi delle singole aree¹</p>
<p>Azioni di Miglioramento suggerite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione <ul style="list-style-type: none"> • Tecnica _____ • Manageriale _____ • Variazioni organizzative <ul style="list-style-type: none"> • Collocazione della struttura _____ • Partecipazione a gruppi di progetto 			
<p>• Altro</p> <p>_____</p>			

*Nota: (1) Media aritmetica dei valori medi delle aree valutate arrotondata alla prima cifra decimale.
Cfr. scala di valutazione della performance.*

Modulo 3

Andamento della valutazione nel tempo*

Esprimere un giudizio sulla performance del valutato in rapporto al passato.

La *performance* emergente da questa scheda in rapporto alla valutazione precedente è stata:

in miglioramento
stabile
in flessione

Commenti del valutato

Il colloquio con il valutato è stato effettuato in data ____/____/____
(A cura del valutatore)

Firma del valutato _____

Firma del valutatore _____

Data ultima della compilazione della scheda _____
(A cura del valutatore)

** Parte da completare solo in presenza di una valutazione precedente.*

Modulo 4

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA DELLE SCHEDE*
Relazione _____

- * • Scheda da compilare in presenza di valutazioni negative (anche riferite ad una sola area).
- La scheda va integrata da ulteriore documentazione per ogni area valutata negativamente ove oggettivamente documentabile.

Modulo 5

VALUTAZIONE FINALE DEL VALUTATORE COMPETENTE O DI SECONDA ISTANZA
Dirigente valutato: nome _____ cognome _____
Dirigente valutatore: nome _____ cognome _____
Media dei valori medi: _____
Informazione al valutato: _____
Partecipazione del valutato: _____
Istruttoria: _____
Verifica della procedura: _____
Validazione prima valutazione: _____
Audizione valutatore di prima istanza: <i>(Non obbligatoria)</i>
Valutazione finale: _____
Data _____
Il Collegio Tecnico

Dirigenti con incarichi nello *staff* della Direzione generale

Scheda 1.a

#1 AREA DELLE CAPACITÀ PROFESSIONALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Agisce costantemente in coerenza con le linee guida aziendali nel rispetto quindi delle priorità, dei vincoli e delle compatibilità aziendali.	
b	Contribuisce all' integrazione tra le diverse strutture e servizi e all'adattamento del conteso anche in relazione alla gestione di crisi, emergenze e cambiamenti di modalità operative.	
c	E' impegnato nelle attività di creazione e gestione dei network professionali attraverso l'inserimento in gruppi di lavoro e contatti con l'Università, Regioni, consulenti.	
d	Favorisce la creazione dei gruppi di lavoro e coordina efficacemente gli stessi in modo da garantire il raggiungimento di risultati.	
e	Si adopera affinché il collegamento organizzativo e i flussi informativi tra la direzione generale e gli organi operativi sia efficiente.	
f	Nella risoluzione di un problema complesso riconosce i fattori "critici" e sviluppa soluzioni operative.	

Scheda 2.a

#2 AREA ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Promuove soluzioni innovative e di miglioramento, ed è in grado di contribuire alla gestione dei percorsi necessari per una loro implementazione nell'ambito dell'azienda.	
b	Stimola il sorgere di proposte di innovazione , mediante analisi comparative, studio di possibili scenari futuri, confronti con altre aziende o con altri istituti esterni.	
c	Capacità di creare consenso in azienda in merito all'introduzione di nuovi strumenti o logiche gestionali/organizzative.	
d	Aggiorna costantemente le soluzioni implementate , assicurando l'apprendimento da parte del personale dei principali obiettivi e regole di funzionamento.	
e	Attua costantemente il confronto con altre Aziende Ospedaliere sugli strumenti innovativi inerenti al proprio ambito di intervento.	

Scheda 3.a

#3 AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Contribuisce allo sviluppo ed al mantenimento di buone e proficue relazioni con altre strutture dell'Azienda Ospedaliera, rispettandone le responsabilità e l'autonomia.	
b	Contribuisce a realizzare linee-guida aziendali, oltre che determinare criteri per procedure e protocolli ispirati al miglioramento continuo.	
c	Motiva i collaboratori e crea un clima organizzativo favorevole alla produttività , attraverso un'equilibrata individuazione degli obiettivi individuali, nonché mediante la gestione degli istituti previsti dal contratto di lavoro.	
d	Cura la divulgazione delle analisi e degli studi effettuati , utilizzando le tecniche e gli strumenti più funzionali.	
e	Contribuisce all' orientamento dell'utenza interna ed esterna in modo da favorire il rispetto delle procedure e dei percorsi all'interno dell'Azienda.	

Scheda 4.a

#4 AREA DEI RISULTATI						
N°	DESCRIZIONE OBIETTIVI	PERIODO	INDICATORE	RISULTATO	GRADO DI APPORTO	VALUTAZIONE

N°	OBIETTIVI DI BUDGET	PERIODO	PREVISIONE	CONSUNTIVO	GRADO DI APPORTO	VALUTAZIONE

Nota: (1) Obiettivi aziendali o individuali affidati al dirigente valutato nel periodo considerato

Dirigenti sanitari (medici e non medici) non responsabili di struttura complessa

Scheda 1.b

#1 AREA DELLE CAPACITÀ PROFESSIONALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Agisce costantemente in coerenza con le linee guida aziendali nel rispetto quindi delle priorità, dei vincoli e delle compatibilità aziendali.	
b	Comprende il ruolo che le politiche aziendali esercitano rispetto alle sue decisioni, assicura la corretta implementazione anche da parte dei propri collaboratori.	
c	Partecipa fattivamente e costantemente alle attività direzionali proposte dalla Direzione Generale, quali il processo di budget, iniziative formative, gruppi di lavoro ove richiesto.	
d	Si preoccupa che attività, gruppi di lavoro e procedimenti amministrativi non coordinati personalmente abbiano un responsabile e si assicura che questi raggiunga i risultati prefissati.	
e	Analizza in un'ottica di miglioramento continuo i risultati di diagnosi e/o cura e/o riabilitazione ed in generale i processi assistenziali adottati nella struttura diretta.	
f	Nella risoluzione di un problema complesso riconosce i fattori "critici" e sviluppa soluzioni operative.	
g	Anticipa e risolve i problemi relativi alla propria area di influenza organizzativa in rapporto alle criticità generali, in modo da affiancare la Direzione Generale nella risoluzione delle stesse.	

Scheda 2.b

#2 AREA ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Contribuisce all'integrazione tra le diverse strutture e servizi e all'adattamento del contesto, anche in relazione alla gestione di crisi, emergenze e cambiamenti di modalità operative.	
b	Anticipa lo sviluppo del settore e progetta l'evoluzione della propria struttura in relazione a casi aziendali di eccellenza ed alla letteratura specialistica.	
c	Dimostra capacità nel promuovere e gestire le innovazioni tecnologiche e procedurali, curando gli adeguati processi formativi.	
d	Valorizza le competenze individuali dei collaboratori e contribuisce a creare un ambiente in cui il personale è incoraggiato a suggerire innovazioni in merito ai servizi offerti, ai processi, alle aree di programmazione e ad altre politiche aziendali.	
e	Programma i ruoli all'interno della struttura coordinata in modo tale da sviluppare le attitudini degli operatori a rispondere alle esigenze di sviluppo dell'organizzazione.	

Scheda 3.b

#3 AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Cura la divulgazione delle informazioni verso l'interno e l'esterno dell'azienda relative ad aggiornamenti normativi e delle comunicazioni provenienti dal vertice aziendale. Comunica alle strutture coordinate gli obiettivi ed i programmi aziendali nonché le migliori modalità per il loro raggiungimento.	
b	Contribuisce allo sviluppo ed al mantenimento di buone e proficue relazioni con le strutture , rispettandone le responsabilità e l'autonomia delle funzioni.	
c	Contribuisce a risolvere i problemi delle strutture coordinate fornendo loro formazione e incoraggiamento all'innovazione, oltre che determinando procedure e regole.	
d	Motiva i collaboratori e crea un clima organizzativo favorevole alla produttività , attraverso un'equilibrata individuazione degli obiettivi individuali, nonché mediante la gestione degli istituti previsti dal contratto di lavoro.	
e	Mantiene con gli utenti e le altre istituzioni esterne rapporti fattivi e tesi al miglioramento della comunicazione e della percezione del valore del servizio offerto.	

Dirigenti sanitari (medici e non medici) con incarichi di struttura semplice

Scheda 1.c

#1 AREA DELLE CAPACITÀ PROFESSIONALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Programma e controlla l'attività della struttura in relazione agli obiettivi del sistema di programmazione e controllo assegnati ed in armonia con le linee guida aziendali .	
b	Delega specifiche responsabilità , definendole chiaramente sulla base dei risultati che si attende, e garantisce ai suoi operatori il potere discrezionale necessario per conseguire gli obiettivi, mantenendo un adeguato controllo.	
c	Si adopera per ridurre gli effetti di fattori e circostanze che intervengono in modo imprevisto nel processo produttivo, avendo chiare le priorità per la risoluzione del problema.	
d	Pianifica ed ottimizza la gestione delle risorse umane-strutturali e strumentali assegnate in un'ottica di maggiore efficienza, di umanizzazione del servizio e di utilizzo flessibile delle risorse.	
e	Dimostra la capacità di prendere le decisioni autonomamente e di promuovere incontri di gruppo laddove necessario.	
f	Osserva un programma individuale di aggiornamento professionale strutturato.	

Scheda 2.c

#2 AREA ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Pone attenzione al flusso delle interrelazioni aziendali, garantendo che il perseguimento dei propri obiettivi tenga conto delle altre strutture dall'A.O. coinvolte nei processi	
b	E' aggiornato sulle modifiche normative, sulle direttive regionali e sulle attività di altre A.O. nel settore di propria competenza.	
c	E' sensibile alle idee innovative , ai suggerimenti, alle richieste di colloquio, sia che provengano dal suo superiore, sia che derivino dai suoi pari grado o dai collaboratori.	
d	Contribuisce a creare un ambiente in cui il personale è incoraggiato a suggerire innovazioni in merito ai servizi offerti, ai processi, alle aree di programmazione e ad altre politiche aziendali.	
e	Adotta gli interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura ed interviene sui fattori organizzativi e logistici che aumentano la percezione del valore della struttura.	
f	Promuove e facilita collaborazioni scientifiche con informazioni accreditate dal settore di competenza.	

Scheda 3.c

#3 AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Al sorgere di un problema presenta l'analisi delle possibili soluzioni e propone precisi suggerimenti per la scelta dell'alternativa più conveniente.	
b	Trasmette con efficacia e regolarità a tutto il personale afferente alla struttura le informazioni riguardanti le linee guida aziendali, i programmi e gli obiettivi, ed in generale tutte quelle sulla vita aziendale.	
c	Contribuisce a risolvere i problemi dei suoi collaboratori fornendo loro indirizzi, formazione e sostegno.	
d	Rispetta le procedure e i vincoli dell'organizzazione senza indurre formalismi e burocratismi, promuovendo la qualità dei servizi.	
e	Consente che i collaboratori ritenuti più meritevoli abbiano l'opportunità di ottenere l' addestramento necessario per ricoprire ruoli più elevati sia all'interno della sua struttura, sia in un'altra struttura dell'Azienda.	
f	Organizza e gestisce la struttura per migliorare il rapporto con l'utenza interna ed esterna in termini di comunicazione e comprensione dei bisogni della stessa.	
g	Motiva i collaboratori e crea un clima organizzativo favorevole alla produttività , attraverso una equilibrata individuazione degli obiettivi individuali, nonché mediante la gestione degli istituti previsti dal contratto di lavoro.	

Dirigenti sanitari (medici e non medici) con incarichi di natura professionale

Scheda 1.d

#1 AREA DELLE CAPACITÀ PROFESSIONALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Garantisce nei rapporti con le altre strutture aziendali l'osservanza ed il miglioramento dei processi tecnico – specialistici e/o organizzativi.	
b	Mantiene un costante controllo sull'efficacia dei trattamenti e/o prestazioni effettuate, attraverso il monitoraggio del percorso di intervento.	
c	Opera nel rispetto dei protocolli e delle linee guida validati dalla comunità scientifica, dall'Azienda, ove esistenti, e comunque concordati nell'ambito della struttura.	
d	Suggerisce soluzioni innovative realizzabili e contribuisce all'implementazione di innovazioni e strumenti tecnico/organizzativi introdotti dal responsabile della struttura.	
e	E' impegnato costantemente in un'attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi informato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica.	
f	Utilizza in modo ottimale le metodologie e strumentazioni necessarie e tutte le risorse spazio-temporali della struttura di appartenenza e dell'azienda, in un'ottica di maggiore efficienza e di umanizzazione del servizio.	

Scheda 2.d

#2 AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Partecipa fattivamente e costantemente ai progetti proposti dalla direzione Generale, quali il processo di budget, iniziative formative e gruppi di lavoro ove richiesto.	
b	Tiene informato il suo responsabile sul sorgere di problemi più significativi e sui consistenti scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, informandolo sulle cause e sui correttivi intrapresi e/o da intraprendere.	
c	Interagisce in modo aperto e costruttivo con i superiori gerarchici, i colleghi ed il personale pertinente alla struttura contribuendo a mantenere un clima organizzativo favorevole alla produttività .	
d	Comprende il senso di appartenenza all'équipe nella quale è inserito ed è in grado di interagire con i colleghi per il raggiungimento dei risultati.	
e	Trasferisce le competenze tecnico/professionali a tutti gli operatori della struttura di appartenenza.	
f	Fornisce ai suoi collaboratori le informazioni di cui hanno bisogno per il processo di erogazione dei servizi/prestazioni, attivandosi per ottenerle dalle fonti istituzionali aziendali.	
g	Adotta gli interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura, individua i fattori organizzativi e logistici che diminuiscono la percezione del valore della struttura e si attiva per modificarli.	

Dirigenti di struttura dell'area professionale tecnica e amministrativa

Scheda 1.e

#1 AREA DELLE CAPACITÀ PROFESSIONALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Programma e controlla l'attività della struttura in relazione agli obiettivi del sistema di programmazione e controllo assegnati ed in armonia con le linee guida aziendali.	
b	Delega specifiche responsabilità , definendole chiaramente sulla base dei risultati che si attende, e garantisce ai suoi operatori il potere discrezionale necessario per conseguire gli obiettivi, mantenendo un adeguato controllo.	
c	Pianifica ed ottimizza la gestione delle risorse umane-strutturali e strumentali assegnate in un'ottica sia di maggiore efficienza che di umanizzazione del servizio.	
d	Formula le decisioni, tenendo in considerazione la dimensione e la durata degli impieghi di capitale, di risorse umane con una visione globale delle risorse aziendali.	
e	Rispetta le procedure e i vincoli dell'organizzazione senza indurre formalismi e burocratismi e promuovendo la qualità dei servizi.	

Scheda 2.e

#2 AREA ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Pone attenzione al flusso delle interrelazioni aziendali, garantendo che il proseguimento dei propri obiettivi non abbia riflessi negativi su altre strutture aziendali coinvolte nei processi.	
b	E' aggiornato sulle modifiche normative, sulle direttive regionali e sulle attività di altre A.O. nel settore di propria competenza.	
c	Dimostra capacità nel promuovere e gestire le innovazioni tecnologiche e procedurali, curando gli adeguati processi formativi.	
d	Contribuisce a creare un ambiente in cui il personale è incoraggiato a suggerire innovazioni in merito ai servizi offerti, ai processi, alle aree di programmazione e ad altre politiche aziendali.	
e	Si assicura di mantenere un buon livello di soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi offerti dalla struttura ed interviene sui fattori organizzativi e logistici che diminuiscono la percezione del loro valore.	

Scheda 3.e

#3 AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Nella risoluzione di un problema presenta l'analisi delle possibili soluzioni e propone precisi suggerimenti per la scelta dell'alternativa più conveniente.	
b	Interagisce in modo aperto e costruttivo con i responsabili, i colleghi ed il personale afferente alla struttura, contribuendo a mantenere un clima organizzativo favorevole alla produttività .	
c	Contribuisce allo sviluppo ed al mantenimento di buone e proficue relazioni con le strutture, rispettandone le responsabilità e l'autonomia delle funzioni.	
d	Trasmette con efficacia e regolarità a tutto il personale pertinente alla struttura le informazioni riguardanti le linee guida aziendali, i programmi e gli obiettivi ed in generale tutte le informazioni sulla vita aziendale.	
e	Contribuisce a risolvere i problemi dei suoi collaboratori fornendo loro indicazioni attuando un processo di responsabilizzazione continua.	
f	Consente che i collaboratori ritenuti più meritevoli abbiano l'opportunità di ottenere l' addestramento necessario per ricoprire ruoli più elevati sia all'interno della sua struttura, sia in un'altra struttura dell'azienda.	

Dirigenti professionali amministrativi

Scheda 1.f

#1 AREA DELLE CAPACITÀ PROFESSIONALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Garantisce nei rapporti con le altre strutture aziendali l'osservanza ed il miglioramento dei processi tecnico – specialistici e/o organizzativi.	
b	Contribuisce per quanto di competenza alle attività di programmazione e controllo all'interno della propria struttura.	
c	Opera nel rispetto delle procedure validate dall'Azienda, ove esistenti, e comunque concordate nell'ambito della struttura.	
d	Suggerisce soluzioni innovative realizzabili e contribuisce all'implementazione di innovazioni e strumenti tecnico/organizzativi introdotti dal responsabile della struttura.	
e	E' impegnato costantemente in un'attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi informato sugli sviluppi del settore e dell'innovazione tecnologica.	
f	Utilizza in modo ottimale le metodologie e strumentazioni necessarie e tutte le risorse spazio-temporali della struttura di appartenenza e dell'azienda, in un'ottica di maggiore efficienza e di umanizzazione del servizio.	

Scheda 2.f

#2 AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI		
N°	DESCRIZIONE ELEMENTO DA VALUTARE	VALUTAZIONE
a	Partecipa fattivamente e costantemente ai progetti proposti dalla Direzione Generale, iniziative formative, gruppi di lavoro ove richiesto.	
c	Tiene informato il suo responsabile sul sorgere di problemi più significativi e sui consistenti scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, informandolo sulle cause e sui correttivi intrapresi e/o da intraprendere.	
d	Interagisce in modo aperto e costruttivo con gli altri operatori, contribuendo a mantenere un clima organizzativo favorevole alla produttività .	
e	Gestisce il proprio tempo di lavoro, facendo fronte con flessibilità alle esigenze del servizio e contemperando i diversi impegni.	
f	Trasferisce le competenze tecnico/professionali e le informazioni utili a tutti gli operatori con i quali collabora.	

UNA FONDAZIONE PRIVATA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE: L'OSPEDALE CIVILE CERVESI DI CATTOLICA

A. Saracco¹⁻³, M. Baldelli², M. Bacchini², R. Luchetti¹, A. Anzani³

1-2 Ospedale civile Cervesi - Cattolica: 1 Direzione sanitaria; 2 Direzione amministrativa
3 Sovrintendenza sanitaria Ircs Ospedale S. Raffaele - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il contesto - 3. Razionale alla sperimentazione gestionale nell'ospedale civile Cervesi - 4. L'Ospedale della Fondazione - 5. Alcune considerazioni - 6. Conclusioni

1. Premessa

L'ospedale civile Cervesi di Cattolica è il primo esempio in Italia di gestione privata di un ramo d'azienda sanitaria pubblica. Con un progetto di sperimentazione gestionale promosso dal Comune, la Fondazione Regina Maris — fondazione di diritto privato senza scopo di lucro — costituita *ad hoc* dal Comune di Cattolica nel 1997, gestisce l'ospedale che, nei piani del Sistema sanitario regionale, era destinato ad un sostanziale ridimensionamento.

Il progetto, per i suoi caratteri innovativi ed originali è stato premiato nella III edizione del premio «Cento progetti al servizio del cittadino» indetto dal Ministero per la funzione pubblica (1999).

2. Il contesto

La rete ospedaliera della bassa Romagna, fino al 1992 afferente a 3 Usl diverse, era costituita dall'Ospedale di Rimini (580 pl), di Riccione (200 pl), di Sant'Arcangelo (60 pl) e di Cattolica (120 pl) affiancati da tre case di cura private poli-specialistiche (340 pl totali) per una popolazione di 270.000 abitanti. Tutte queste strutture offrivano servizi sostanzialmente sovrappo-

nibili in termini di complessità dei casi trattati. La ridondanza dei servizi divenne, con l'unificazione delle Usl della provincia di Rimini, più che evidente. La scarsa risposta offerta localmente alle situazioni patologiche meno ovvie e la bassa percezione, da parte dei cittadini, della qualità dei servizi proposti incrementava la migrazione *intra* ed extraregionale anche per prestazioni non ad elevata specializzazione. Parallelamente l'alta disponibilità di posti letto conduceva ad un eccesso di ospedalizzazione portando la provincia di Rimini al primato regionale per numero di ricoveri.

A partire dagli anni '90, il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera della Asl di Rimini prevede la razionalizzazione/riqualificazione dell'offerta attraverso il concentramento di alcune attività presso l'ospedale di Rimini, di maggiori dimensioni, ed il ridimensionamento degli ospedale minori (Cattolica e Sant'Arcangelo) fino ad ipotizzare la chiusura o trasformazione in Rsa dell'ospedale di Cattolica. In tal senso si deve considerare la chiusura del reparto di chirurgia, nel 1992 e, in epoca successiva, dell'ostetricia dell'ospedale di Cattolica, con concentrazione dell'attività ostetrica e la realizzazione di un reparto di fisiopatologia riproduttiva all'ospedale dei

Rimini dove era stata anche prevista una seconda divisione di chirurgia generale.

3. Razionale alla sperimentazione gestionale nell'ospedale civile Cervesi

La cittadinanza di Cattolica ha sempre vissuto la presenza di una struttura ospedaliera sul proprio territorio: risalgono al 1584 le notizie sulla costituzione del primo *Ospedale del Pellegrino*, voluto dal Vescovo di Rimini. Di conseguenza le ipotesi di ridimensionamento della struttura hanno portato a tensioni sociali e politiche con manifestazioni in difesa dell'ospedale.

Tra le ipotesi alternative alla chiusura *tout-court* dell'ospedale veniva ventilata la possibilità della sua «privatizzazione» cioè della trasformazione in casa di cura gestita da imprenditori sanitari locali, contro una riduzione corrispettiva di posti letto nelle case di cura convenzionate della provincia. Nella «Romagna rossa», però, una ipotesi di «privatizzazione», incontrava l'opposizione di principio di larghi strati della popolazione. Per questo l'Amministrazione comunale di Cattolica identificò nella realizzazione di una Fondazione di diritto privato *no-profit*, di propria emanazione, la for-

mula ideale per mantenere aperto l'ospedale garantendo, attraverso il proprio controllo, i cittadini e l'adesione alle strategie sanitarie regionali.

Gli amministratori locali ritenevano che le caratteristiche economiche della città rendessero strategica la presenza di un ospedale: Cattolica è una città turistica, con un turismo prevalentemente di tipo «famigliare», con significative presenze di «turismo sociale» che in stagione estiva quadruplica la popolazione; la città è il naturale sbocco di una vallata, la Valconca (88.000 abitanti) ed è sul confine con

le Marche. L'ospedale di Cattolica, pur offrendo al tempo servizi limitati, ha sempre attratto cittadini marchigiani, in parte perché alcuni comuni amministrativamente marchigiani gravitano sulla Romagna per motivi logistici e storici, in parte per la buona stampa dei professionisti dell'ospedale Cervesi.

Oltre a queste considerazioni sull'area di mercato teorica, l'Amministrazione comunale stimava che l'offerta di servizi diagnostici e di specialità non presenti nell'area sud Romagna e nord Marche garantisse un ulteriore afflus-

so da fuori regione. Inoltre le caratteristiche di «impresa privata» della Fondazione, grazie ad una maggiore flessibilità organizzativa rispetto al servizio pubblico, avrebbe dato all'ospedale la possibilità una maggiore rapidità nel rispondere alle richieste dei cittadini ed una maggiore capacità di intercettare anche la quota di mercato «privato».

L'insieme di questi fattori deponeva per la sostenibilità economica dell'operazione, tanto che l'Amministrazione comunale propose all'Asl di Rimini ed all'Assessorato regionale di assu-

Box 1 - Il contesto normativo emiliano-romagnolo alla stesura del progetto sperimentale

Legge n. 412 del 30.12.1991

Disposizioni in materia di finanza pubblica.

Art. 4 comma 6

In deroga alla normativa vigente, e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi.

D. Lgs. n. 502 del 30.12.1992

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

Così come modificato da:

D. Lgs. n. 517 del 07.12.1993

Modificazioni al D. Lgs. 30.12.1992 n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.1992, n. 421.

Che ha introdotto il seguente articolo:

Art. 9 bis Sperimentazioni gestionali

Le sperimentazioni gestionali previste dall'art. 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, motivando le ragioni convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

In sede di prima attuazione, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome individua nove aziende unità sanitarie locali e/o ospedaliere, equamente ripartite nelle circoscrizioni territoriali del Nord, Centro e Sud Italia, in cui effettuare le predette sperimentazioni. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

Legge Regionale N. 50 del 20.12.1994

Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 51 Partecipazioni Gestionali

1. nell'ambito di quanto previsto dall'art. 9 bis del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni, la Giunta regionale, sentita l'Agenzia sanitaria regionale di cui all'articolo 39, può autorizzare ed approvare specifici progetti di sperimentazione gestionale presentati dalle Aziende, autorizzando nel contempo la eventuale costituzione o partecipazione delle Aziende o società di capitali, fondazioni o consorzi, se ed in quanto previste e funzionali al progetto gestione approvato.
2. A tali società possono partecipare Enti locali, soggetti privati, nei limiti e con le modalità disciplinate dalle vigenti disposizioni di legge.
3. La costituzione o partecipazione a società è consentita a condizione che, sulla base di uno specifico piano economico e finanziario, sia dimostrata la convenienza economica e la migliore qualità dei servizi.
4. Al termine degli specifici progetti di cui al comma 1, a seguito di verifica della necessità di mantenimento delle attività sviluppate, su autorizzazione regionale, le società costituite possono essere mantenute a regime.

mersi direttamente la gestione dell'ospedale. I presupposti di attuabilità erano forniti, tra gli altri, dalla Legge 142 del 8/6/90, che permette alle amministrazioni comunali di «utilizzare le proprie risorse in attività con scopi e finalità di valenza sanitaria, sociale ed assistenziale mediante la gestione diretta o indiretta di strutture di ricovero e cura» e dai D.L. vi nn. 502/92 e 517/93 che introducono la possibilità di sperimentazioni gestionali pubblico/private finalizzate al miglioramento dell'efficienza, nelle strutture sanitarie (per il contesto normativo emiliano-romagnolo si veda il box 1).

Per il Ssr e per l'azienda di Rimini la proposta presentava diversi aspetti vantaggiosi, rimanendo ferma l'ipotesi di una riduzione di posti letto per acuti nella provincia. La gestione da parte di un ente terzo dell'Ospedale di Cattolica avrebbe portato: ad una cer-

tezza di spesa, determinata dal volume delle prestazioni erogate dell'ospedale in regime di accreditamento (al momento la spesa per l'ospedale era stimabile intorno a 22 miliardi); alla possibilità di orientare la produzione in base alle proprie esigenze di produzione e di *budget*, senza fare investimenti né creare focolai di criticità; alla possibilità di destinare altrimenti le risorse necessarie per adeguare le strutture della provincia ai bisogni locali. In caso di chiusura dell'ospedale ad esempio tutta l'attività del pronto soccorso, (circa 18.000 prestazioni/anno con picchi nel periodo estivo), sarebbe stato sostenuto dall'ospedale di Riccione e anche nel caso di decisione opposta, cioè di mantenere l'ospedale di Cattolica, gli adeguamenti strutturali ed organizzativi richiesti per ottemperare alle normative vigenti e per rinnovare l'obsoleta dotazione

tecnologica, avrebbero richiesto un notevole impiego di risorse. Oltre queste occasioni di risparmio, l'azienda intravedeva la possibilità di riduzione del proprio, significativo *export* attivando servizi non presenti.

La Fondazione Regina Maris si ritrova quindi con la necessità di identificare un *partner* tecnico che gestisca operativamente la struttura. Tra le organizzazioni private valutate, la Fondazione opta per la collaborazione con il Centro San Raffaele del Monte Tabor di Milano perché essendo fondazione di diritto privato *no-profit* ne condivideva la *mission* perché la collaborazione con un Istituto Scientifico come il San Raffaele avrebbe garantito la continua crescita professionale dei propri dipendenti e la sua presenza sarebbe stata percepita come indicatore di qualità per l'Ospedale di Cattolica.

La partecipazione della Fondazione

Box 2 - Iter istituzionale del progetto

19.12.96 la Direzione generale dell'Asl di Rimini propone alla Conferenza dei sindaci la *Rimodulazione della rete ospedaliera nell'Asl di Rimini* (Pal).

La Conferenza dei sindaci della Provincia di Rimini e la Consulta provinciale per la sanità, approvano la proposta di rimodulazione della rete ospedaliera della Provincia di Rimini, compresa la gestione sperimentale dell'Ospedale di Cattolica.

Con la deliberazione del Direttore generale dell'Azienda Usl di Rimini n. 2119 del 31/12/1996, viene approvato, il Piano attuativo pocale (Pal), e pertanto l'avvio della gestione sperimentale dell'Ospedale civile Cervesi. (Atto Deliberativo del Consiglio regionale n. 700 del 10/09/1997).

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE DEL COMUNE DI CATTOLICA N. 78 DEL 24.11.1997 E N. 26 DEL 07.03.1998. Il Consiglio Comunale, delibera la costituzione della Fondazione denominata «Regina Maris» per «*l'attuazione di iniziative di alto interesse sanitario, sociale ed assistenziale anche mediante la gestione diretta o indiretta di strutture di ricovero e cura, quali ospedali e poliambulatori nonché strutture per anziani e/o soggetti non autosufficienti.*»

DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 418 DEL 31/03/1998

La Giunta regionale delibera di:

1. autorizzare l'Asl di Rimini alla sperimentazione gestionale proposta con atto deliberativo n. 160 del 12.02.1998;
2. di stabilire in anni uno, a far tempo dalla concreta attivazione del rapporto convenzionale tra l'Asl. e la Fondazione Regina Maris, il periodo di sperimentazione, al termine del quale l'Azienda dovrà riferire all'Amministrazione regionale i risultati della sperimentazione stessa la fine di conseguire l'approvazione per il mantenimento a regime del rapporto qui considerato.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 GIUGNO 1998 N. 233 PUBBLICATO NEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA DEL 15.07.1998 N. 95

La Fondazione Regina Maris ottiene il riconoscimento della personalità giuridica, ai sensi e dell'art. 12 CC

16/09/98 ACCORDO FONDAZIONE REGINA MARIS E FONDAZIONE CENTRO SAN RAFFAELE DEL MONTE TABOR

13.08.1998 CONVENZIONE FRA AZIENDA U.S.L. DI RIMINI E LA FONDAZIONE REGINA MARIS PER LA GESTIONE DELL'OSPEDALE CIVILE CERVESI DI CATTOLICA

San Raffaele al progetto era determinata dall'interesse nell'esportare il proprio modello assistenziale ed organizzativo in una regione all'avanguardia nel paese per l'organizzazione dei servizi ai cittadini. Inoltre l'esperienza di Cattolica avrebbe potuto rappresentare un utile test per valutare la possibilità di operazioni di *franchising* del marchio San Raffaele.

Il riconoscimento da parte della regione e gli accordi con l'Asl di Rimini, al momento della nascita della Fondazione Regina Maris, di cui l'Amministrazione comunale nomina il consiglio di amministrazione, sono riportati nel box 2.

La condizione di mantenere costante il numero di letti per acuti della provincia venne realizzata attraverso l'acquisizione da parte della Fondazione Regina Maris di una casa di cura in vendita: in data 18 giugno 1998 ven-

gono definite le procedure per l'acquisto della Casa di cura Villa Assunta di Rimini che successivamente, con decorrenza 1° luglio 1998, viene disattivata. Il personale in servizio al 30.06.1998 presso la Casa di cura Villa Assunta, già a rapporto di lavoro a tempo indeterminato, viene acquisito direttamente dalla Fondazione attraverso l'istituto del passaggio diretto, per l'espletamento dei propri compiti istituzionali.

4. L'ospedale della Fondazione

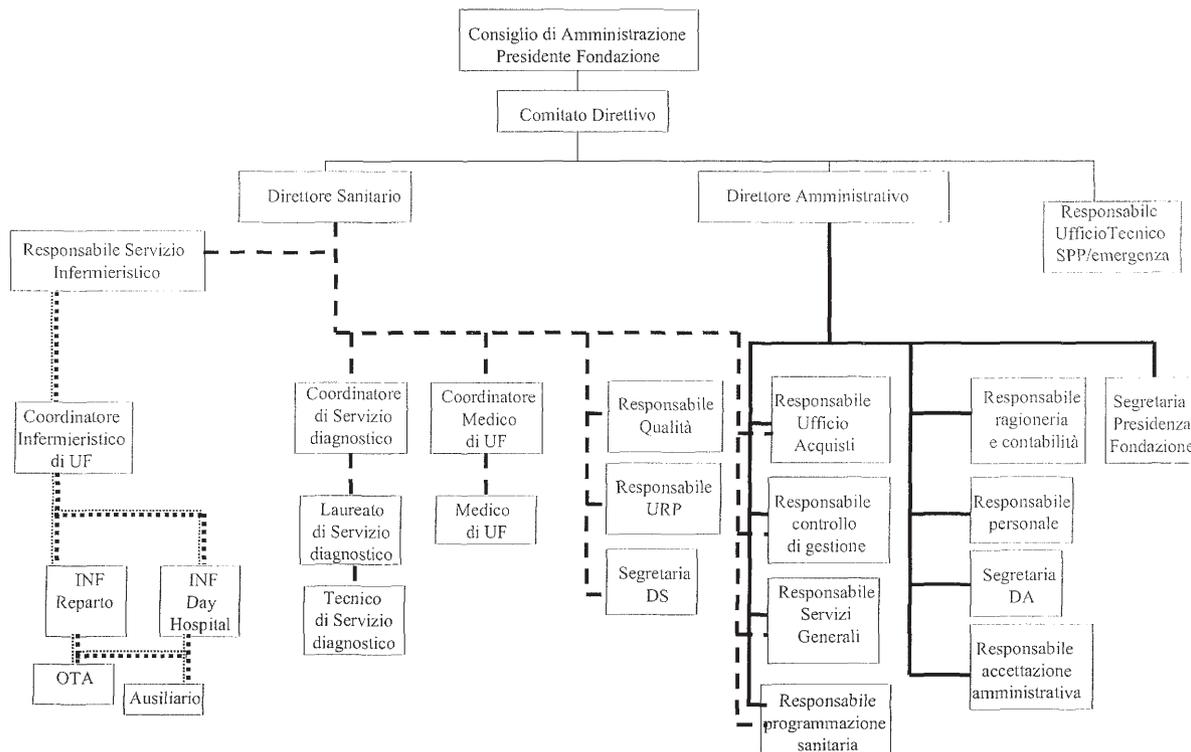
Il Consiglio di amministrazione della Fondazione dopo avere effettuato una prima valutazione dello stato dell'Ospedale al momento della presa in carico, definisce il piano di ristrutturazione e di aggiornamento delle tecnologie per l'adeguamento alle normative sulla sicurezza (anello antin-

cenio) e per la ridefinizione degli spazi secondo i moderni canoni di urbanistica sanitaria.

La ristrutturazione inizia dal secondo piano dell'ospedale, destinato al comparto chirurgico, dove si realizzano stanze a due letti con servizio, dotate di apparecchi televisivi con ascolto in cuffia e telefono (9/98), della Diagnostica per immagini (10/99), del Laboratorio analisi, (12/99), del Primo intervento (3/2000) e del Blocco operatorio (1/01). L'ospedale è riprogettato in modo da prevedere la separazione dei percorsi diagnostico/terapeutici per gli utenti ambulatoriali e per i pazienti ricoverati (5/01), assicurando una continuità spaziale dei comparti operativi ed una facilitazione nei flussi comunicativi.

Sono attivati i servizi di chirurgia generale, ortopedia ed oculistica, ed urologia e, all'interno del comparto

Figura 1 - Organigramma macroorganizzazione dell'Ospedale Civile Cervesi



medico la lungodegenza. I servizi ambulatoriali, oltre le specialità dei reparti di degenza sono ampliati a chirurgia plastico-ricostruttiva, cardiologia, endocrinologia, otorinolaringoiatria, dermatologia, endoscopia, pneumologia, e neurologia. (si veda l'organigramma della figura 1).

Vengono acquisiti il laser ad eccimeri oculistico, TC e Risonanza magnetica.

L'ospedale viene dotato di un sistema informatico adeguato e viene attivata la contabilità analitica. È attivato un sistema di assicurazione e miglioramento continuo della qualità finalizzato a raggiungere e mantenere un elevato livello professionale e tecnologico nell'erogazione delle prestazioni. Sono attivati progetti sull'adeguatezza, appropriatezza ed efficacia del «prodotto-prestazione» erogato mediante la gestione per processi (*triage*, ricovero ordinario/*day surgery*) e per protocolli di cura.

Lo sviluppo della partecipazione e del senso di appartenenza all'Azienda degli operatori tutti, che operano nell'Ospedale, è monitorato attraverso l'analisi dei suggerimenti del personale e l'utilizzo della metodologia dei *focus group*, *intra* ed *interprofessionali*, finalizzati a valutare le eventuali azioni di correzione da intraprendere per allineare agli obiettivi un personale di diverso *background* culturale pubblico e privato.

Le azioni sui principali processi di supporto sono state finalizzate a semplificare le procedure di acquisizione di beni, servizi ed attrezzature e razionalizzare i criteri di qualifica dei fornitori armonizzando le informazioni di acquisizione all'interno della contabilità analitica.

La rispondenza alle esigenze degli utenti è effettuata attraverso: l'analisi

dei questionari di soddisfazione dei ricoverati e dei pazienti esterni accedenti al Primo intervento; l'analisi della tipologia dei reclami nel rispetto dei tempi di risposta all'utente; il confronto con il referenti del Tribunale dei diritti del malato. L'Ospedale è stato infatti sottoposto, da parte di una Commissione nazionale del Tribunale dei diritti del malato ad una verifica ispettiva nell'anno 1998 ed una seconda nell'ottobre '99, sulla sicurezza degli ospedali italiani (tra i parametri valutati: igiene impianti, manutenzione, sicurezza) che lo ha visto collocato al II posto tra gli ospedali nazionali, a conferma della qualità e dell'adeguatezza degli investimenti strutturali operati.

5. Alcune considerazioni

Il carattere innovativo ed i punti di forza della nostra sperimentazione sono così riassumibili:

- la possibilità di utilizzare strumenti particolari quali i contratti privati, ci consente un'alta flessibilità nella gestione delle risorse umane e dei servizi resi. La duttilità gestionale permette un rapido controllo della spesa e l'immediata ritrattatura del sistema in termini di produttività permettendoci di mantenere costi accettabili, nella gestione delle attività richieste dalla committenza Asl e parallelamente di attivare/disattivare servizi sanitari in relazione alla sostenibilità economica dei settori implementati;

- attraverso la presenza di una Fondazione privata di cura e ricerca ad alto livello scientifico (San Raffaele di Milano), sono state istituzionalizzate modalità di integrazione con medici e professionisti di livello nazionale/internazionale, con cui verificare le necessità di aggiornamento su nuove tecniche mediche, discutere e concordare

protocolli di cura e gestione del paziente allineandosi a modelli organizzativi già validati per la gestione di servizi di diagnosi e cura;

- il nostro ruolo di efficace argomento dell'*export* delle prestazioni sanitarie per l'Asl di Rimini e di incremento di attività di *import* da fuori provincia (*intra* ed *extra* regione) è visibile nel raggiungimento di un fatturato, per due anni di prestazioni di degenza, per circa 38 mld., composti per più del 40% da attività di *import* su cittadini non residenti nella provincia.

6. Conclusioni

Questo modello di sperimentazione di una gestione mista pubblico-privato, permette di dimostrare:

- la possibilità di trasferire una cultura imprenditoriale di efficienza ed economicità nella produzione di servizi sanitari;

- che il nuovo assetto istituzionale ha azzerato le forti tensioni locali venutesi a creare tra istituzioni e cittadino per la chiusura del proprio ospedale;

- che con l'utilizzo razionale delle risorse è possibile mantenere sul territorio una struttura sanitaria a misura del cittadino-utente con un elevato livello di qualità e di umanizzazione del trattamento sanitario offerto.

La nostra «natura privata» ci consente di rapportarci a tutti i clienti (committenza Asl e cittadino-utente) recependo in tempi rapidi le loro esigenze in termini di «bisogni di salute» (adeguatezza dell'offerta) mentre la nostra «natura pubblica» ci permette, potendoci collocare al di fuori della stretta logica del profitto, di ampliare la gamma dei servizi offerti, nella tutela del cittadino e nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni fornite.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO POLACCO: QUALI PROSPETTIVE?

Adam Kozierekiewicz¹, Monica Chelkowska-Tarony²

¹ Centro Nazionale per i Sistemi Informativi in Sanità, Varsavia e Centro di Ricerca per la Sanità Pubblica dell'Università Jagellonica di Cracovia
² Consulente

versione italiana a cura di Lisa Cosmi

CeRGAS - Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Il contesto sanitario in Polonia - 2. Una panoramica generale sulla riforma del 1999 - 3. Ruoli e attori - 4. Una valutazione preliminare degli effetti della Riforma.

1. Il contesto sanitario in Polonia

1.1. Introduzione

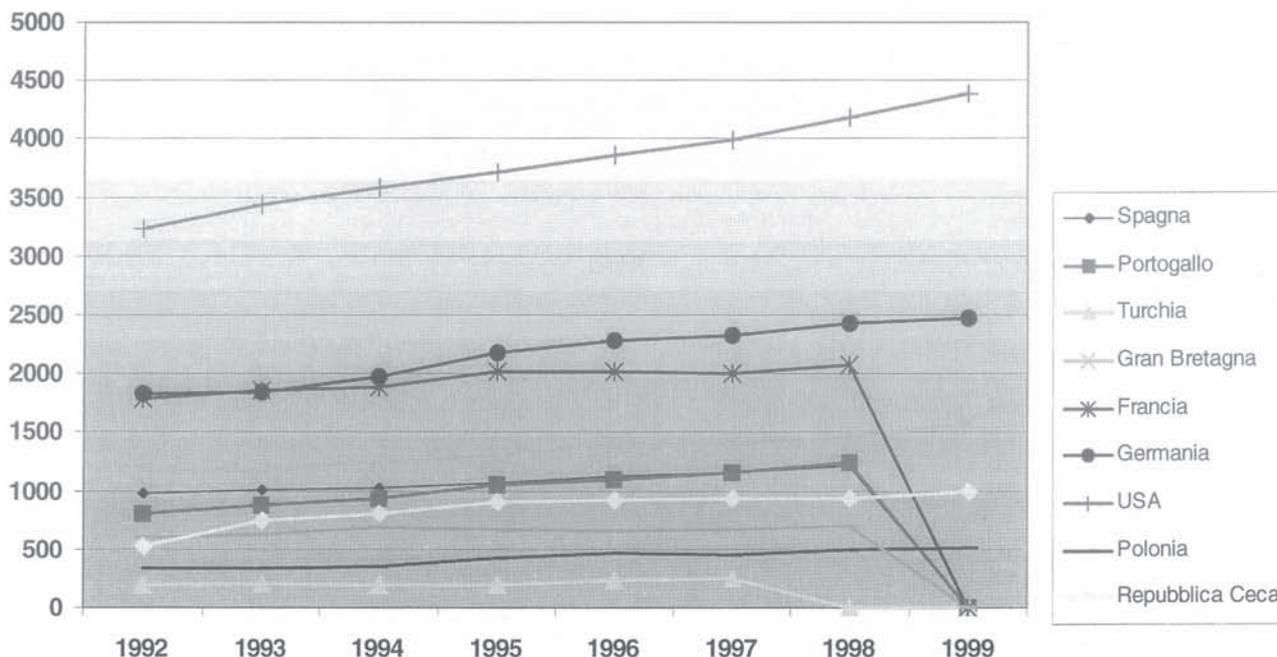
Molti paesi dell'Europa occidentale considerano la spesa sanitaria come la più vantaggiosa forma d'investimento in risorse umane. La spesa sanitaria *pro capite* nei paesi OECD (1) è aumentata, in media, da quasi 250 \$ PPP nel

1970 ai 1000-2500 \$ PPP nel 1999, in Polonia ha raggiunto circa 258 \$ PPP *pro capite* nel 1990 e 508 \$ PPP *pro capite* (2) nel 1997 (Tabella 1).

Il miglioramento del sistema sanitario polacco si fonda sull'aumento dell'efficienza dei servizi sanitari offerti grazie al rafforzamento delle capacità organizzative, gestionali e di programmazione sanitaria. A questi aspetti si

aggiunge la necessità di sviluppare opportune strategie di governo di una domanda sanitaria ancora in netto aumento, a causa di fattori comuni al contesto sanitario internazionale quali l'invecchiamento della popolazione, l'incidenza crescente delle malattie cronico degenerative e dei rischi per la salute associati alla sicurezza sul lavoro e all'inquinamento ambientale (3).

Tabella 1 - Spesa sanitaria in alcuni paesi, OCSE 2000



Spostando l'attenzione alle dinamiche socio-demografiche possiamo evidenziare alcune rilevanti differenze che caratterizzano l'area dell'Europa orientale da quella occidentale e degli altri paesi OCSE: se, in questi ultimi 40 anni, è aumentata l'aspettativa media di vita alla nascita, i paesi dell'Europa centro-orientale e i Nuovi stati indipendenti, nati dalla disgregazione dell'ex URSS, hanno invece visto costantemente diminuire questo importante indicatore tra il 1960 e il 1990 (4). In Polonia la mortalità maschile è stata in crescita dal 1970 (anno in cui si registrava il valore più alto dell'Europa centrale), stabilizzandosi solo recentemente. I dati parlano chiaro: secondo il Rapporto UNDP intitolato «*Poverty in Transition?*» del 1998, la differenza dell'aspettativa media di vita alla nascita tra i paesi dell'Europa centro-orientale e quelli dell'Europa occidentale nel 1989 era di 6 anni (5).

L'autore del rapporto, Prof. Rodwin, ha inoltre tenuto a sottolineare il fenomeno, ben noto agli studiosi e a tutti gli operatori del contesto sanitario, per cui l'investimento in spesa sanitaria non si traduce necessariamente in un miglioramento della salute, dal momento che la distribuzione del reddito, le disparità socioeconomiche che differenziano le diverse classi sociali, e numerosi altri fattori sono in grado di influenzare gli indicatori sanitari tanto quanto i tassi di spesa complessivi. Questa dinamica è particolarmente evidente nel contesto degli Stati dell'ex blocco socialista, dopo che i rapidi cambiamenti economici e sociali seguiti alla transizione hanno impattato negativamente sui tassi di mortalità di quest'area, pur riconoscendo che in alcuni paesi (come Polonia o Repubblica Ceca, in particolare) dopo anni di peggioramento si assiste ora ad una costante tendenza verso il miglioramento dei principali indicatori sanitari.

1.2. Prima e dopo la II Guerra Mondiale

In Polonia furono le organizzazioni di volontariato a giocare, nel periodo precedente la II Guerra Mondiale, un ruolo cruciale per la fornitura di servizi sociali e sanitari, dal momento che gli ospedali e le altre istituzioni del settore erano spesso gestite da enti a carattere benefico.

Alla fine della guerra, con la formazione del regime comunista, il Governo istituì un servizio sanitario nazionale impostato sulla base del modello *Semashko*, che ha costituito il punto di riferimento per la maggior parte degli ex paesi comunisti in questo momento storico di creazione dei principali sistemi sanitari europei, poiché contraddistinto da principi di fondo che ben si sposavano con quelli propri dell'organizzazione socialista: un sistema, infatti, caratterizzato da produzione e finanziamento statale, e gratuità e universalità dell'assistenza come requisito fondamentale della sanità. Secondo il modello proprietario delle strutture è lo Stato, che si occupa della gestione tramite enti a livello regionale e locale, posti sotto diretto controllo del governo centrale, attraverso strumenti fortemente burocratici, basati su norme e regole rigide, universalmente condivise in tutto il paese. Al di là del nome, e oltre le ideologie politiche che ne sono alla base, è facile notare che, nella pratica il sistema *Semashko* risulta molto simile ad altri modelli adottati da paesi non socialisti tra cui, ad esempio, il *National Health Service* britannico.

Fino alla riforma del 1999 il sistema sanitario polacco poteva senz'altro ricadere nella definizione di «modello pubblico integrato», secondo cui è il governo ad assumere il ruolo di principale assicuratore e, al tempo stesso, principale e diretto produttore di servizi.

Il finanziamento del sistema era organizzato da organi pubblici appositamente costituiti, solitamente sia a livello di governo centrale che locale, incaricati della raccolta, attraverso la tassazione generale, dei «contributi obbligatori», calcolati in base alla capacità contributiva. La tassazione dei dipendenti a fini pensionistici, integrativi e sanitari raggiungeva, secondo le stime dello ZUS (6), circa il 50% del reddito, ma la mancanza di un appropriato sistema informativo rese per lungo tempo impossibile identificare quale porzione di questi fondi fosse specificamente dedicata alla sanità. Secondo le analisi condotte dai ricercatori della Scuola di Igiene pubblica di Cracovia e dal *Bollettino Statistico 1998* pubblicato a cura del Ministero della sanità, durante gli anni Novanta è stato dedicato al finanziamento della sanità pubblica il 15% circa del bilancio dello Stato e il 4% del PIL, anche se nel caso della Polonia è stata schiacciante l'influenza del mercato dei pagamenti in nero che, in passato, i cittadini si sono abituati a pagare per conseguire servizi migliori o più velocemente: si stima che dal 25 al 30% della popolazione paghi abitualmente medici e altro personale sanitario di *staff* per ottenere accesso a ospedali specifici, trattamenti riservati a certe fasce o prestazioni migliori. I dati relativi al fenomeno dei pagamenti *out of pocket* non sono certi, ma vengono stimati tra il 2 e il 30% della spesa sanitaria complessiva (7). Inoltre, come succede in altri contesti, i medici impiegati nel settore pubblico lavorano anche nel settore privato, andando a creare distorsioni aggiuntive e facilitando il diffondersi della pratica dei pagamenti sottobanco.

Secondo alcuni studiosi l'evoluzione storica della ricerca di razionalità economica nel sistema sanitario polacco ha attraversato tre fasi:

1) la fase dell'approccio non economico;

- 2) la fase di diagnosi critica;
- 3) la fase di approccio economico (in corso).

La prima fase copre il lungo periodo che va dagli anni Quaranta agli anni Settanta: l'opinione prevalente nell'approccio del Ministero della sanità era che fosse possibile controllare il sistema sanitario e i suoi clienti in modo relativamente semplice, con l'applicazione di regole, leggi e regolamenti di natura prettamente burocratica. Solo nella seconda fase si maturò la consapevolezza del fatto che un sistema interamente basato sull'aderenza morale a norme di comportamento imposte, senza la previsione *a latere* di alcun tipo di incentivo economico, aveva generato forti tensioni che le regole dell'organizzazione burocratica non potevano risolvere.

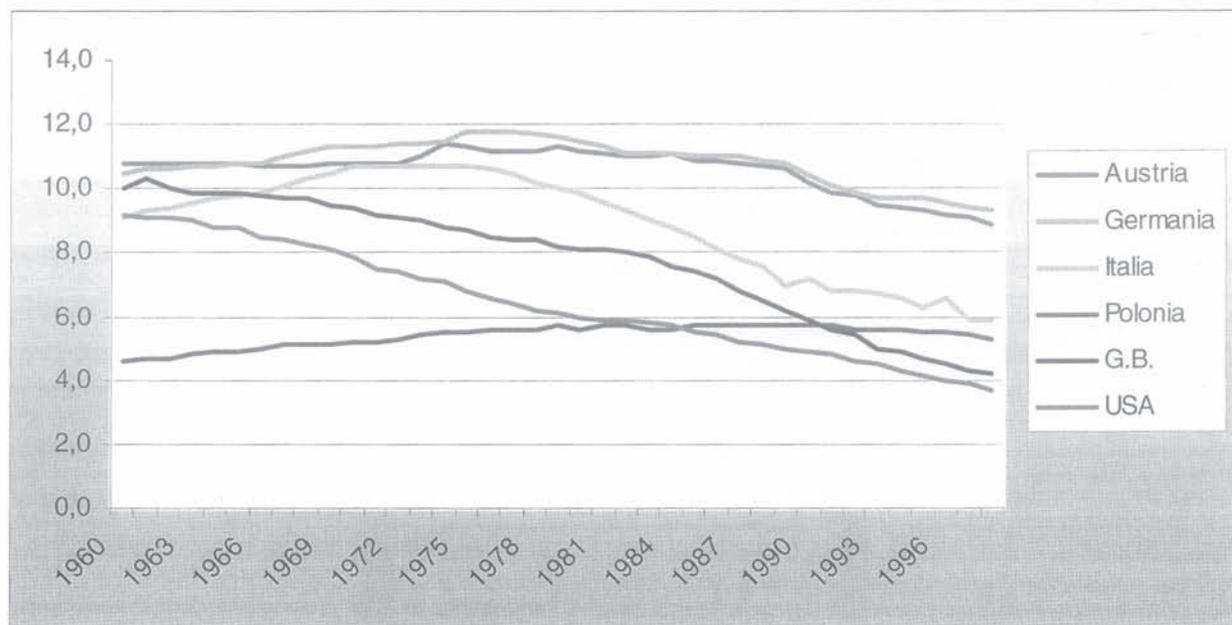
All'inizio degli anni Settanta, il carattere poco mirato degli investimenti aveva provocato la tendenza stabile ma decisa verso la costruzione di ospedali per l'assistenza acuta e ad un'eccessiva specializzazione del sistema, per lo più a spese di altri servizi sanitari

pubblici come prevenzione e medicina di base (8), in contro tendenza rispetto ai principali paesi occidentali presso cui, nello stesso periodo, era già iniziata l'evoluzione dei modelli di cura verso l'assistenza ambulatoriale, con conseguente diminuzione del numero di letti, come risulta dal grafico della tabella 2. Quasi tutti i letti per pazienti erano comunque «letti per acuti», e ciò spiega come mai, pur mantenendone un numero consistente, si verificavano comunque ritardi nella fornitura di determinati servizi, come nel caso dell'assistenza per malati cronici.

Eccessi o mancanze nel numero di letti verificatisi in questo periodo sono riconducibili sia a variazioni nei modelli locali che all'orientamento politico. L'impiego dello strumento delle trattenute fiscali obbligatorie (9) che sono solite aumentare la propensione dei pazienti alla scelta del servizio pubblico operante in una certa area ed il ruolo di *gatekeeper* dei medici di base godevano, a ragione, di alta impopolarità tra i pazienti costretti a subire lunghe attese in coda per ottenere servizi

che spesso finivano per risultare non disponibili a quel livello del sistema. In questo modo si creava la disponibilità a pagare per scavalcare o scalare la lista d'attesa o avere accesso a servizi al di fuori della propria area di riferimento. Il sistema portò quindi alla creazione di numerose «barriere indirette» da aggirare attraverso la corruzione, invece di produrre servizi funzionalmente integrati, e introdusse forti incentivi alla selezione avversa; inoltre, si sottostimò l'importanza della formazione di operatori sanitari pubblici, economisti sanitari e altro personale sanitario qualificato. Il sistema, di fatto, non prevedeva incentivi all'efficienza, né sul lato dell'educazione della popolazione verso stili di vita più sani, né sul lato degli operatori sanitari e delle istituzioni per produzione di assistenza sanitaria di qualità: i medici, lavorando come dipendenti stipendiati, avevano l'incentivo a minimizzare l'impegno personale indirizzando il paziente alla medicina specialistica, i dirigenti avevano l'incentivo forte ad evitare accertamenti diagnostici e trat-

Tabella 2 - Numero di letti per acuti ogni 1000 persone in alcuni paesi selezionati



tamenti costosi e a continuare ad indirizzare il paziente verso strutture di assistenza a livello superiore.

La conseguenza fu l'istituzione di regole, di code e liste d'attesa, sebbene il numero di medici e di letti *pro capite* avessero raggiunto il livello dei paesi occidentali. Il fenomeno si manifestò per la prima volta negli anni Settanta, raggiungendo livelli ancora più elevati durante gli anni Ottanta, e ha portato poi a quello sforzo di ricerca che ha giocato un ruolo cruciale nell'implementazione della riforma sanitaria del 1999.

Negli anni Ottanta vennero proposti ed implementati alcuni cambiamenti urgenti e fu proposta per la prima volta una programmazione di lungo periodo, grazie all'avvento di una nuova filosofia gestionale che aveva finalmente recepito l'idea dell'incentivo economico come strumento per il controllo della domanda sanitaria e del comportamento degli operatori all'interno delle aziende sanitarie pubbliche. Un esempio: alla fine degli anni Ottanta circa il 30% dei medici polacchi lavorava saltuariamente per alcune ore in studi privati e «cooperative mediche», a tariffa per prestazione. I pazienti erano attratti verso questo tipo di strutture dalla prospettiva della «libertà di scelta» altrove negata, e dalla convinzione che i medici che prestavano servizio all'interno di tali strutture fossero i migliori. L'unico problema consisteva nel fatto che, ovviamente, questo tipo di servizio era pagato *out of pocket*. La riforma tentò allora di evitare che l'inefficienza interna al sistema pubblico alimentasse un «mercato parallelo».

1.3. Dalla fine degli anni '80 alla fine degli anni '90

La pressione per sostenere e rivitalizzare la spesa sanitaria prima della piena ripresa economica del Paese ri-

fllette senza dubbio la convinzione, politica e sociale, di poter mantenere attraverso la riforma i benefici garantiti in passato (accesso universale, copertura illimitata) e adeguare al tempo stesso il servizio sanitario polacco e gli *standard* di trattamento ai livelli dell'Europa occidentale, nonostante il notevole *gap* di ricchezza nei confronti dei Paesi vicini (10). I Paesi dell'Europa centro-orientale, Polonia inclusa, hanno a tutt'oggi preferito seguire il modello prevalente nei Paesi OCSE, (il cui settore pubblico finanzia almeno il 70% della spesa sanitaria), piuttosto che imbarcarsi in pericolosi esperimenti di creazione di un sistema di tipo USA. Hanno mantenuto l'universalità dell'assistenza, garantita da estesi meccanismi di *risk pooling*, preferendo evitare il rischio della perdita di copertura assicurativa di parte della popolazione. Hanno quindi continuato a fornire pacchetti di servizi sanitari molto estesi attraverso il settore pubblico, anche se le ristrettezze di bilancio avevano creato pressioni per la limitazione dell'impegno finanziario pubblico, da ottenere in generale con la limitazione dei benefici inclusi nel pacchetto dei servizi garantiti alla popolazione.

Negli anni Ottanta grazie a *Solidarnosc*, la Polonia ha iniziato ad affrontare le problematiche sanitarie. Fra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta il problema della riforma dell'assistenza sanitaria fu portato all'attenzione generale, anche se il processo che ne risultò fu nel complesso piuttosto lento. In quel momento il paese si trovava all'inizio del processo di ridefinizione del ruolo dello Stato, che passava necessariamente attraverso una più efficiente allocazione delle risorse, da ottenere con l'impiego di meccanismi di «quasi mercato», la riaffermazione di una più estesa libertà individuale supportata da processi democratici e una più forte capacità isti-

tuzionale del sistema sanitario, grazie al decentramento delle responsabilità e della gestione. Nel '94 vennero compiuti piccoli passi in avanti, affinché le strutture sanitarie ricadessero sotto il controllo degli enti locali (*gmina*) e non più sotto quello regionale (*voivodato*), assicurandone così una maggiore autonomia sotto la protezione e la supervisione locale. Era inoltre previsto che le unità sanitarie locali (*ZOZ*) (11) dovessero convertirsi, da enti finanziati completamente dal bilancio dell'amministrazione pubblica di riferimento, in «aziende sanitarie autonome», sempre a carattere pubblico, ma operanti secondo termini «privatistici». Il processo di trasformazione fu inizialmente molto lento, tanto che nel maggio '98 solo 100 delle circa 1200 *ZOZ* presenti sul territorio avevano completato questa trasformazione, ma nella seconda metà dello stesso anno si poté assistere ad un generale acceleramento.

Sotto l'aspetto finanziario il cambiamento è stato più evidente. I ricavi delle unità sanitarie autonome, fino alla fine del '98, provenivano interamente dall'amministrazione di riferimento, sussidiata dal Governo, mentre, dal 1° Gennaio 1999, provengono dai nuovi «Fondi malattia» appositamente costituiti. Alla base del cambiamento c'è la convinzione che l'autonomia delle *ZOZ*, soggetta alla sola supervisione dei rispettivi governi locali (con responsabilità patrimoniale e legale), potrà garantire maggiore efficienza e soddisfazione delle esigenze locali. Il processo, iniziato in maniera, per così dire, «artificiale», dal momento che gli amministratori e i direttori delle unità non hanno cambiato, se non sulla carta, il loro modo di lavorare, ha assunto gradualmente natura sostanziale, di pari passo con il raggiungimento di un'effettiva indipendenza e responsabilità.

La parziale rimozione del controllo centrale e l'introduzione di mercati liberi, competitivi e scarsamente regolamentati, hanno portato alla ribalta il dibattito sui «fallimenti del mercato», quali la scarsa o imperfetta informazione dei pazienti (consumatori finali dei servizi sanitari), la limitata competizione sul lato dei finanziatori e dei produttori, causata dalle difficoltà d'accesso al mercato e dalla difficile valutazione del valore prodotto dai servizi. Questi fenomeni sono stati particolarmente evidenti nel contesto della Repubblica Ceca, dove hanno provocato un'esplosione dei costi e il fallimento dei Fondi malattia, e la Polonia tenta ora (riuscendoci solo in parte, dal momento che le evoluzioni future, delle scelte attuali, sono ancora scarsamente prevedibili) di evitare gli stessi errori commessi dai paesi vicini.

Nel periodo precedente alla riforma le aspettative della popolazione e degli esperti si concentrarono sulla possibilità di creare un sistema più funzionale (cioè accessibile ai pazienti senza la necessità di dover incorrere in pagamenti *out of pocket*), in cui la buona *performance* dei medici fosse collegata ad una maggiore remunerazione, al fine di aumentare il grado di motivazione e premiare gli sforzi personali. Gli autori della riforma e gli esperti si aspettavano il raggiungimento di risultati più sofisticati: assistenza più efficace, gestione più dinamica delle unità sanitarie, alta qualità e soddisfazione dei pazienti. Solo nell'ultimo anno prima del varo della riforma alcuni esperti hanno iniziato a dubitare della direzione intrapresa e dei possibili effetti impressi al sistema sanitario polacco, formulando proposte volte a rafforzare il ruolo degli enti locali nei confronti dei Fondi. Sia il pubblico che gli esperti hanno comunque convenuto sulla necessità di operare ulteriori cambiamenti.

2. Una panoramica generale sulla riforma del 1999

Dal 1° Gennaio 1999 hanno dato inizio alla loro attività le nuove Istituzioni che costituiscono la rete nazionale per l'assicurazione sanitaria universale, in forza della omonima *Legge sull'Assicurazione sanitaria universale* del 1997, (successivamente modificata nel 1998). Sulla base di quanto previsto da questa legge sono stati creati sedici istituti assicurativi regionali (cd. «Fondi Malattia»), a cui si aggiunge un fondo assicurativo sanitario *a latere*, destinato ai «lavoratori in uniforme» (militari, corpo di Polizia, impiegati delle Ferrovie, ecc.) e alle loro famiglie, operante invece a livello interregionale. Come previsto dalla legge, i Fondi malattia stipulano i contratti con le aziende sanitarie che producono i servizi, secondo un criterio di divisione territoriale che ricalca i *Voivodati* esistenti (le regioni amministrative, con popolazione che varia da 1 a 6 milioni di abitanti), sebbene dal 2000 sia stata eliminata ogni barriera legale all'estensione della loro attività in altre regioni, per cui i cittadini sono liberi di scegliere il proprio Fondo indipendentemente dalla regione di residenza. I Fondi sono stati resi autonomi dal punto di vista organizzativo e dell'assetto proprietario, pur rimanendo sostanzialmente istituti pubblici che gestiscono risorse composte da «premi», sotto la supervisione di organi pubblici, e nel rispetto dei parametri per la migliore assistenza sanitaria per tutte le regioni. In realtà, i Fondi hanno deciso implicitamente di limitare la competizione sui pazienti delle regioni confinanti, concentrandosi prevalentemente sul mantenimento della qualità e sulla gestione dei rapporti con i *provider* operanti nella propria regione, anche se è possibile rilevare alcune eccezioni, casi di Fondi che lavorano per strappare nuovi clienti nella popola-

zione di aree confinanti, creando così esempi di «competizione interna» nell'ambito del sistema pubblico.

Attualmente, secondo quanto definito con legge dal Parlamento, il 7,5% del reddito dei cittadini polacchi è destinato specificamente al finanziamento del sistema sanitario. Il contributo è obbligatorio e caratterizza l'universalità del sistema sanitario polacco: tutti i cittadini, che versino o meno il contributo, godono della copertura del servizio nazionale. Nel caso dei dipendenti, i contributi vengono tratti direttamente dal salario dai datori di lavoro; o dal *Dipartimento per la Disoccupazione*, per i disoccupati, e dall'Istituto di previdenza sociale, nel caso dei pensionati. Gli agricoltori hanno invece trattenute specifiche istituite dall'Ente per l'agricoltura (*KRUS*), finanziariamente supportato dal bilancio dello Stato. La raccolta e la contabilizzazione dei contributi sono eseguite sia dal *KRUS* che dallo *ZUS* (Istituto di previdenza sociale). Il sistema di finanziamento è stato definito «misto budgetario-assicurativo», dal momento che ai 22 miliardi di *zloty* (circa 6 miliardi di euro) raccolti dai Fondi malattia sotto forma di premi si aggiungono ulteriori 1,5 miliardi di euro a carico del bilancio dello Stato, a supporto dei fondi per la disoccupazione, l'agricoltura e a favore dei gruppi sociali indigenti.

Bisogna sottolineare che il contributo sanitario non è legato alla valutazione del rischio individuale specifico, ma rappresenta una percentuale costante del reddito personale non correlata alla quantità e/o finalità dei servizi ricevuti. L'ammontare dei contributi assicurativi è inoltre soggetto (almeno teoricamente) ad un meccanismo di perequazione, che effettua la redistribuzione di parte delle somme dai Fondi più «ricchi» verso quelli più «poveri». Secondo quanto previsto dalla legge in vigore, è soggetto alla perequazione il

40% dei ricavi di ciascun Fondo, mentre il restante rimane a disposizione del singolo istituto. Ciononostante, il contributo medio può variare fino al 20% tra i vari Fondi ed in pratica, a causa dell'inadeguatezza dei dati a disposizione sui premi individuali, l'intero sistema si basa su stime che tendono a confermare questo disequilibrio.

Per quanto concerne il lato della produzione dei servizi e la loro regolamentazione e, in relazione a quanto disposto dalla *Legge sull'Assicurazione Sanitaria*, i Fondi malattia devono offrire alla propria popolazione di assicurati un pacchetto minimo, costituito dalla seguente lista di servizi:

- visita del medico di base;
- assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare;
- ricovero ospedaliero, su prescrizione del Fondo malattia, rilasciata dal medico di base, e con libera scelta della struttura ospedaliera del paziente, nell'ambito di quelle aventi regolare contratto con il Fondo malattia al quale il paziente appartiene;
- accertamenti diagnostici su prescrizione del Fondo malattia, rilasciata dal medico di base;
- visita specialistica su prescrizione del Fondo malattia, rilasciata dal medico di base.

Le visite specialistiche (ginecologiche, dermatologiche, oncologiche, dentistiche e psichiatriche) possono essere invece ottenute senza un'impegnativa preventiva del medico del Fondo malattia. Non sono comunque coperti dal Fondo alcuni servizi, come il trapianto di organi, che afferiscono ai livelli di assistenza superiori (terziaria e quaternaria), finanziato invece dal Ministero della sanità nell'ambito delle cosiddette *procedure altamente specializzate*, identificate anno per anno con decreto governativo (secondo denominazione clinica specifica). Sono invece esclusi da ogni tipo di copertura, se non prescritti dal me-

dico del Fondo malattia, servizi come chirurgia plastica e vaccinazioni non obbligatorie, vitto e alloggio in sanatorio o casa di cura, che sono ottenibili solo dietro pagamento diretto da parte dei pazienti.

A capo del singolo Fondo malattia è posto un organo esecutivo nominato dal consiglio d'amministrazione del Fondo, a sua volta nominato dal Consiglio regionale (*Sejmik Wojewodzki*), organo eletto tramite elezioni amministrative regionali. In questo modo viene rispettata la possibilità dei cittadini di esercitare la propria influenza sui Fondi attraverso i propri rappresentanti eletti in regione, anche se il meccanismo ha portato, secondo i suoi oppositori, ad un'eccessiva politicizzazione dei Fondi stessi.

L'Ufficio di controllo delle Assicurazioni sanitarie, agenzia governativa che riferisce direttamente al Primo ministro, controlla l'attività dei Fondi, con particolare attenzione alla loro situazione finanziaria. Il Primo Ministro nomina il presidente dell'ufficio, che, secondo la legge vigente, ha piena responsabilità sul monitoraggio della liquidità finanziaria dei Fondi, del rispetto della normativa dei direttori dei Fondi e del rispetto dei diritti del paziente da parte degli operatori sanitari a contratto con i Fondi, anche se quest'ultimo punto, a dire il vero, è stato sinora, pressoché omesso dall'agenda dell'Ufficio. L'Ufficio di controllo può sanzionare pecuniariamente i direttori dei Fondi malattia e può addirittura decidere, nel caso venga accertato uno squilibrio finanziario, di sospendere e commissariare il consiglio d'amministrazione, ponendo gli assicurati sotto la copertura di altri Fondi.

I consigli d'amministrazione dei Fondi malattia nominano i membri dell'Associazione nazionale dei Fondi malattia, l'organo che rappresenta ufficialmente i Fondi e partecipa alla creazione della regolamentazione del-

l'attività degli stessi, sviluppando proposte che devono essere accettate (o rifiutate) in ultima istanza dal Ministero della sanità. Fra gli altri compiti, l'ente dovrebbe proporre la lista dei farmaci coperti dai Fondi, la documentazione obbligatoria che i vari *provider* devono fornire ai Fondi come prova dei servizi erogati, ed altri.

La normativa originaria prevede inoltre, la possibilità di istituire in Polonia Fondi malattia privati, assoggettati alla medesima normativa dei Fondi Pubblici e ad essi equiparati dal 1° Gennaio 2002. I requisiti per la creazione di assicurazioni sanitarie private dipendono dal permesso dell'Ufficio di controllo delle Assicurazioni sanitarie e richiedono la capacità di copertura dell'intero territorio nazionale e la presenza di almeno 500.000 cittadini iscritti. Le differenze d'opinione circa i possibili effetti dell'ingresso delle assicurazioni private nel mercato, sia all'interno della categoria medica che tra i cittadini, furono sostanziali. La principale preoccupazione riguardava il rischio di scrematura del mercato da parte degli istituti privati. Come risultato dell'acceso dibattito, alla fine del 2000 il Parlamento polacco decise di emendare la legge sull'Assicurazione sanitaria, posticipando il momento d'inizio dell'operatività dei fondi assicurativi privati e richiedendo una maggiore regolamentazione per la loro implementazione.

3. Ruoli e attori

3.1. Organi indipendenti degli enti locali

Nel nuovo sistema sanitario un ruolo molto importante è affidato alle amministrazioni regionali e comunali, alle quali compete la responsabilità organizzativa dell'intero *continuum* del-

l'assistenza sanitaria. Esse elaborano e si fanno responsabili delle politiche sanitarie attraverso la selezione dei consigli d'amministrazione dei Fondi malattia.

Durante il regime comunista le amministrazioni locali e regionali non esistevano ma, come nel sistema napoleonico di prefetture sul quale il sistema comunista si basava, erano semplicemente un'appendice naturale del governo centrale. Questo assetto istituzionale era quindi piuttosto diverso da quello, ad esempio, della Norvegia o della Svezia, in cui gli enti locali giocavano e giocano a tutt'oggi un ruolo fondamentale: la Polonia, fino al 1999 non aveva istituzioni legislative ed esecutive che avessero il fondamento politico per formare un potere regionale forte, eccezion fatta per i comuni, solitamente troppo piccoli per giocare un ruolo importante. Il risultato della riforma amministrativa, (contestuale a quella sanitaria), è che ora lo statuto delle regioni autonome comporta l'obbligo a mettere in atto ogni azione necessaria nell'obiettivo di promuovere e salvaguardare la salute. L'amministrazione comunale agisce in qualità di organo fondatore delle aziende sanitarie pubbliche e dovrebbe limitarsi alla supervisione e alla trasformazione delle aziende comprese nell'arena sanitaria. In quanto proprietaria, l'amministrazione locale è responsabile degli investimenti in conto capitale delle aziende sanitarie incluse le spese di manutenzione e in caso di problemi ha la responsabilità patrimoniale. Deve, inoltre, provvedere al reperimento di qualsiasi tipo di strumentazione medica considerata necessaria.

In seguito alla riforma gli ospedali specializzati (secondo livello di riferimento — cfr. *infra* § 3.2) ricadono nell'ambito dell'autorità delle amministrazioni regionali, gli ospedali di primo livello in quello dell'autorità comunale, mentre le unità di prevenzio-

ne e assistenza di base, non private, sono previste in quello dell'autorità comunale. In Polonia non esistono società assicurative sanitarie che possano avere un ruolo attivo d'influenza dei governi provinciali, distrettuali o comunali. Sussiste ancora un ruolo minore delle organizzazioni non governative che possono contare su qualifiche democratiche effettive, di sicuro importanti nell'arena sanitaria, eccetto un piccolo numero di associazioni di pazienti. Dall'altro lato, le amministrazioni locali possiedono ora una solida base normativa e possono essere istituzioni efficaci nel riflettere i problemi locali nelle decisioni inerenti la salute, incluso il bisogno di proteggere alcune priorità importanti quali l'accesso ai servizi per la popolazione indigente.

3.2. Ospedali

Come risultato del Decreto del Ministro della sanità del 22 Dicembre 1998, la rete ospedaliera nazionale è stata classificata in tre livelli di riferimento, sulla base della tipologia e della finalità dei servizi offerti. Il primo livello è costituito dagli ospedali locali, il secondo include gli ospedali provinciali che offrono assistenza a più elevata specializzazione, mentre il terzo livello è costituito da ospedali regionali e cliniche universitarie riconosciute in ambito nazionale. La classificazione si basa su concetti tradizionali, codificati dalla Organizzazione mondiale della sanità: l'obiettivo principale della differenziazione dei tre livelli è assicurare che ciascuna struttura sia propriamente equipaggiata al fine di offrire servizi sanitari appropriati e di buona qualità. Il costo del trattamento del paziente differisce infatti a seconda del tipo di struttura sopra menzionata: quindi è importante determinare le proporzioni più appropriate di letti presenti nelle diverse ar-

ticolarizzazioni della rete ospedaliera. L'uso, nella pratica, delle tre categorie è comunque limitato, a causa dei confini non chiari e di certo opinabili insiti nella classificazione. Inoltre la competizione tra ospedali introdotta dalla riforma, li porta a confrontarsi sul mantenimento dei propri pazienti, ad eccezione dei casi più severi e quindi costosi.

In Polonia la riduzione del numero di letti fu identificata come uno degli obiettivi centrali della riforma: per gli ospedali generici l'obiettivo di breve periodo è la diminuzione dagli attuali 54,1 a 41 letti ogni 10.000 abitanti (dal 1998 al 2005), con contestuale incremento del tasso d'occupazione degli stessi all'85% (pari a 310 giorni per anno). Per le strutture destinate alla lungodegenza il numero di letti dovrebbe passare dagli attuali 5,5 letti per 10.000 abitanti a 20 per 10.000, mentre alla medicina palliativa e agli hospices dovrebbero essere destinati 0,5 letti ogni 10.000 abitanti (quando, nel '98, non esistevano ancora strutture del genere). Per quanto concerne la prestazione di cure psichiatriche, al di là di un generale miglioramento dei reparti presenti negli ospedali attuali, la necessità di aumentare il numero di letti corrisponde ai seguenti parametri fissati per legge: 1,6 letti per 10.000 abitanti (primo livello), 3 letti ogni 10.000 in ospedali psichiatrici e 5 letti ogni 10.000 abitanti in strutture di lungodegenza, oltre alla pianificazione di programmi mirati alla sostituzione di grande parte dell'assistenza ospedaliera tramite assistenza ambulatoriale e *day-hospital*.

3.3. Medici di base

Nell'ambito della riforma è prevista la creazione di più meccanismi efficaci di filtro della domanda che, oltre a promuovere la necessità di un'assistenza continua, basata sulla presenza

di processi appropriati per il riferimento del paziente nell'ambito del sistema, arricchiscono i contenuti di prevenzione del servizio sanitario polacco. La creazione di un regime di competizione tra i diversi produttori di cure primarie fu ritenuta uno degli elementi fondamentali per la motivazione del personale sanitario, e per migliorare qualità dei servizi e soddisfazione del paziente. Il trasferimento di parte del rischio finanziario dai finanziatori ai produttori di servizi permette, in teoria, il contenimento e la riduzione dei costi delle ZOZ, assicurando al contempo l'efficacia dell'azione e una remunerazione trasparente del personale a contratto. Questo trasferimento è fondamentale pure nell'ambito della creazione di meccanismi di monitoraggio, che operino come campanelli d'allarme nel momento in cui l'accesso a determinati servizi o la qualità offerta si riducono, anche se il sistema è nel suo complesso ancora immaturo per conseguire questo risultato. La previsione di un efficiente filtro ai servizi sarà la chiave del successo di questa riforma e un mezzo per limitare l'esplosione dei costi delle unità sanitarie e lo sfondamento dei tetti di spesa.

A tal fine, le misure richieste prevedono:

1) la creazione di incentivi al trattamento del paziente e non al semplice riferimento dello stesso, per mezzo di strumenti tipici del *fundholding* come il finanziamento per quota capitaria anche per i servizi prestati da soggetti esterni, la diagnosi o la riabilitazione. Questi meccanismi sono comunque pericolosi se non verranno accompagnati da un adeguato sistema di monitoraggio, la cui assenza limita al momento la loro applicazione;

2) la creazione di un contesto idoneo in cui operare la riforma sanitaria, caratterizzato da un reciproco rapporto di conoscenza tra medico e paziente; questo è un elemento sul quale si è lavora-

to molto in Polonia attraverso la creazione di un'efficace rete di medici di famiglia in ogni unità di prevenzione e cure primarie, sebbene il processo si sia rivelato lungo e costoso per la necessità di formare il personale e predisporre gli strumenti gestionali adeguati.

3.4. Fondi malattia

Il sistema di finanziamento dei servizi realizzato per mezzo dei Fondi può essere descritto come «soluzione mista» per la gestione dei contributi sanitari e la contabilizzazione dei propri costi. I Fondi sono infatti liberi di scegliere la forma di finanziamento per la propria rete di *provider*, dando così vita a un sistema nazionale polacco costituito da 17 sistemi diversi, ognuno dei quali più o meno autonomamente sviluppato. Tra le forme di finanziamento maggiormente impiegate c'è la quota capitaria per la medicina di base: l'ammontare varia solitamente a seconda della struttura demografica e della composizione della popolazione coperta dal medico di base e sulla base di altri fattori, quali accesso e distanza (nel caso di medici che operano in zone rurali, ad esempio). L'introduzione di «meccanismi di sicurezza», in aggiunta alla quota capitaria, (quali, ad esempio, *fee-for-service* per alcuni servizi, indicazione delle liste farmaci raccomandate e altri) ha l'obiettivo di smussare i rischi impliciti in questa forma di finanziamento (12).

Forme simili di retribuzione sono state previste anche per il personale infermieristico di base (*family nurses*): con questa modalità di finanziamento i *provider* non hanno incentivi ad aumentare il numero di accertamenti diagnostici e trattamenti, essendo non vantaggioso per il produttore la sovrapproduzione di servizi in una situazione in cui ogni paziente «remunera» il medico indipendentemente dall'attività svolta in suo favore.

L'altra forma di remunerazione per i servizi sanitari offerti in ambito ambulatoriale-specialistico e ospedaliero prevede l'acquisto, da parte del Fondo, di un prodotto finale, secondo un sistema «a pacchetto» che attribuisce un prezzo ad un processo medico completo. Il pacchetto può comprendere sia singole visite mediche, consulenze, o trattamenti, che insiemi di servizi integrati (ad esempio, il pacchetto «paziente ospedalizzato nell'unità di ricovero X»). Con questo sistema, la remunerazione dell'unità che presta il servizio è calcolata sulla base di due parametri, costituiti, in pratica, da «tipo di prestazione ospedaliera» e dalla «dimissione dall'unità di ricovero X». Essendo inizialmente previsti tra i 60 e i 70 «prezzi», inerenti alle diverse prestazioni in ospedale, e tra i 40 e i 50 tipi di «unità di ricovero», il primo listino prezzi sulla base del quale i Fondi hanno rimborsato i propri *provider* era costituito da circa 100 unità, ma già nel corso delle contrattazioni per il 2000 i Fondi hanno utilizzato un listino prezzi esteso tra le 300 e le 400 voci, grazie ad un fenomeno di ulteriore differenziazione dei pacchetti offerti dalle strutture ospedaliere, (con specifiche ulteriori delle caratteristiche dei servizi forniti, quali «prima prestazione» o «prestazione di controllo»). In generale è possibile affermare che il processo di frammentazione dei «pacchetti» è in pieno sviluppo.

Un fenomeno analogo si verifica anche in ambito ospedaliero: il primo anno della riforma ha visto i 40 pacchetti iniziali evolversi in oltre 100 per l'anno 2000, con previsione di un ulteriore aumento. Alcuni Fondi stanno sperimentando raggruppamenti di pazienti sulla base della diagnosi principale e della tipologia di trattamento effettuata, importando in questo modo nell'ambito del sistema alcuni principi degli esistenti sistemi a base Drg.

3.5. Amministrazione centrale

Il ruolo del Ministero della sanità ha assistito ad una tendenza alla perdita di centralità e, in via teorica, si limita oggi all'espletamento di funzioni di regolazione e monitoraggio, attraverso emanazione di leggi. Molte funzioni amministrative in precedenza svolte direttamente (finanziamento di ospedali e policlinici universitari, nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie, controllo e amministrazione diretta di alcune di queste) sono state decentrate: questo fatto ha creato nella popolazione la percezione di un eccessivo spostamento di poteri dal governo centrale, cui sono seguite forti critiche. Il pubblico polacco continua infatti ad aspettarsi un forte intervento centrale in ambito sanitario, soprattutto nel momento in cui le dinamiche della riforma stanno evolvendo in modo preoccupante rispetto a quanto previsto.

La trasformazione delle unità sanitarie finanziate dallo Stato in aziende autonome e l'introduzione di rapporti di tipo contrattuale al posto dei tradizionali legami amministrativi ha oggi reso il ruolo dell'amministrazione centrale nell'acquisto dei servizi ancora più limitato, oltre che oneroso in termini di tempo e lavoro dedicato. Lo stesso processo di riforma ha richiesto uno sforzo notevole alle casse statali, l'assunzione di numeroso nuovo personale e la creazione di nuove istituzioni centrali satellite, come l'Ufficio di controllo delle Assicurazioni sanitarie e l'Associazione nazionale dei fondi malattia (*KZK*). Sono sempre più forti le critiche secondo cui l'amministrazione centrale stia sprecando le risorse pubbliche, e di conseguenza il Parlamento ha recentemente deciso di decretare la liquidazione della *KZK*, che darà luogo al risparmio di circa 3 milioni di *zloty* per anno (circa 750 milioni di euro). Alcuni politici sono addirittura arrivati a dichiarare che il

Ministero della sanità non è più necessario, e che dovrebbe essere convertito in unità amministrative più snelle e marginali.

4. Una valutazione preliminare degli effetti della riforma

L'opinione dei professionisti e dei pazienti in conclusione del primo anno della riforma del sistema sanitario è, in generale, decisamente sfavorevole. I risultati della ricerca condotta a tal proposito tra i gruppi sociali maggiormente rappresentativi nell'ambito della riforma evidenziano che più del 40% degli intervistati considera la situazione post-riforma come un peggioramento del sistema. Anche le opinioni dei pazienti e del personale sanitario sono negative: l'unico vero successo del primo anno della riforma è stato la sostanziale riduzione del debito contratto dalle aziende sanitarie durante il 1999 in confronto ai dati riferiti all'anno precedente. Nel 1999 il debito delle unità sanitarie pubbliche, coperto dal Tesoro dello Stato, ammontava a 7 miliardi di *zloty* (circa 2 miliardi di euro) (tabella 3).

L'introduzione dell'assicurazione sanitaria universale non ha dato luogo a cambiamenti sostanziali nel livello della spesa sanitaria in confronto all'anno precedente. Le entrate dei Fondi

malattia nel 1999 sono state di circa 22,6 miliardi di *zloty* (6 miliardi di euro), purtroppo insufficienti per la copertura del costo dei servizi sanitari riportato dai produttori. La stima del pagamento medio del contributo sanitario si aggira sul 95% del totale previsto, con una tendenza all'aumento. A metà esercizio alcuni Fondi sono incappati in problemi di liquidità, che ha reso necessario un esborso aggiuntivo del valore di circa un miliardo di *zloty* (300 milioni euro), finanziato con il bilancio dello Stato, e secondo le stime è possibile che per l'anno 2000 le entrate dei Fondi siano minori del 1999, sempre che non migliori la percentuale media dei pagamenti dei contributi sanitari.

La scarsità di strumenti per la gestione dei professionisti e i *gap* nell'accesso all'informazione hanno causato l'insorgere di un clima di frustrazione tra gli operatori sanitari. Alcuni dei meccanismi di finanziamento proposti dai Fondi malattia non sono stati efficaci. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera la forma di contrattazione maggiormente utilizzata è stata quella dei «contratti globali», che prevedono un determinato numero di ammissioni per le diverse unità di ricovero e un determinato numero di visite effettuabili, ma è evidente che la contrattazione sulle tariffe ospedaliere

Tabella 3

Gruppi Sociali	% di intervistati che dichiara le proprie aspettative sul servizio sanitario ricevuto nel 1999 rispetto al 1998 soddisfatte in misura:		
	Minore	Maggiore	Indifferente
Dipendenti	31.97	2.71	65.32
Agricoltori	37.79	2.35	59.86
Lavoratori agricoli	34.56	3.15	62.29
Pensionati	51.29	3.18	45.53
Lavoratori autonomi	28.74	1.89	69.37
Altri	34.97	3.62	61.41
Totale	38.18	2.64	59.19

Fonte: Social diagnosis, J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2000

e la definizione di un tetto per il numero di ammissioni in reparto abbiano incoraggiato gli ospedali a sfruttare la capacità massima di ammissioni e servizi erogabili. Sebbene l'obiettivo dichiarato fosse la diminuzione del numero delle ammissioni ospedaliere, già elevato prima del 1999, durante il primo anno della riforma queste sono aumentate di quasi il 30%. Sembra che molti medici di base facciano eccessivo ricorso al riferimento dei propri pazienti verso i livelli d'assistenza superiori, quindi i Fondi malattia hanno dato il via all'impiego di altri strumenti contrattuali, come la retribuzione sulla base dei procedimenti effettuati (tariffazione per servizi) o dei casi diagnosticati (tariffazione per caso, tipo Drg).

La medicina specialistica ambulatoriale, come l'assistenza odontoiatrica, è finanziata tramite tariffazione per prestazione. Nel caso dell'odontoiatria, ad esempio, si usano metodi basati su scale puntuali: il rimborso è calcolato in base ai «punti» del procedimento assegnati dalla lista specifica, ma il prezzo-ricavo per singolo punto è determinato solo dopo che è noto il totale dei punti prodotti in un certo periodo di tempo. I Fondi, così come gli ospedali, hanno imposto un tetto al numero di prestazioni mediche specialistiche e odontoiatriche. Questo tetto è oggetto di critiche, tanto che le unità sanitarie e i medici, che vogliono sottolineare le distorsioni legate alla riforma, tendono a negare alcuni tipi di prestazioni, adducendo la motivazione che «i Fondi malattia non prevedono limiti sufficienti». Spesso i pazienti hanno il problema di ottenere il riferimento al medico specialista, soprattutto dal momento che il sistema precedente permetteva una discreta libertà per il paziente nella decisione del medico cui rivolgersi per la consultazione. Si sottolinea, inoltre, che se il medico di base non ha incentivi a ridurre il numero di visite specialistiche, il suo

ruolo assume scarsa significatività sia per il paziente che per il singolo medico di base.

Il risultato delle osservazioni è stato sintetizzato in una serie di informazioni, relative alla prima metà del primo anno di implementazione della riforma, illustrate nel corso di una conferenza tenutasi nel luglio del 1999 a cura dell'Ufficio di controllo delle Assicurazioni sanitarie. In sintesi è risultato che:

— la maggioranza dei cittadini polacchi ha compreso il ruolo e l'importanza dei Fondi malattia;

— l'82% dei polacchi valuta negativamente la riforma;

— in generale non ci sono difficoltà per i pazienti ad identificare il proprio medico di base;

— i Fondi malattia non hanno firmato nessun tipo di contratto con organizzazioni socioassistenziali;

— è fondamentale procedere alla standardizzazione e al miglioramento dei sistemi di controllo dei servizi condotti dai Fondi;

— sussistono notevoli discrepanze sulle modalità con cui i Fondi trattano il momento farmacologico (c'era una differenza troppo grande tra il comportamento di Fondi situati in aree diverse: ad es. il Fondo del Voivodato di Lodz spende il 28,6% del proprio bilancio in spesa farmaceutica, mentre il Fondo Podkarpacie solo l'11,85%) ed è quindi stata stabilita una regolamentazione più severa di quest'area.

Il risultato finale dell'inchiesta è chiaro: la riforma è stata valutata la peggiore delle quattro implementate nel 1999 — la riforma del sistema pensionistico (che ha introdotto i piani previdenziali personali), la riforma dell'amministrazione territoriale (che ha diminuito da 49 a 16 il numero dei *voivodati*) e la riforma del sistema scolastico (che ha introdotto due cicli educativi universali).

Nonostante alcuni risultati delle

riforme sono stati negativi si deve sottolineare che, a differenza del precedente sistema, in cui le azioni innovative furono solo pianificate, si sono sicuramente verificati forti cambiamenti strutturali, qualitativi e quantitativi, all'interno del sistema sanitario, di cui prendere atto e che dovranno essere approfonditamente valutati. Tali cambiamenti si riferiscono soprattutto alla massiccia privatizzazione dell'assistenza ambulatoriale nel 1999, alla graduale riduzione dei livelli di occupazione sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale e alla comparsa di nuove forme di servizi sanitari nel mercato sanitario (lungodegenza e *nursing homes*, ad esempio).

Saranno quindi necessari molti più anni per avere una reale valutazione degli effetti della riforma. Nel frattempo si verificheranno presumibilmente ancora diversi cambiamenti, poiché non è stato riproposto un sistema deregolato. I Fondi malattia stanno cercando di sperimentare nuove soluzioni, all'interno di quanto previsto a livello nazionale dal sistema sanitario in vigore: hanno conseguito una propria autonomia, creando un sistema contrattuale innovativo, ma al tempo stesso assai intricato e di complessa gestione. Stanno inoltre collaborando con le amministrazioni locali, cercando di bilanciare i diversi interessi in gioco, come il mantenimento dei posti di lavoro e la riduzione dei costi di funzionamento del sistema, e non ci si può augurare che il risultato di questi sforzi venga compreso e accettato dal pubblico. Un ulteriore cambiamento, altamente significativo, evidenziatosi nell'ultimo anno è infine relativo ad un'evoluzione dei comportamenti di alcuni attori: sia i politici che i *manager* dei Fondi, infatti, hanno dimostrato grande attenzione all'opinione dei pazienti, seguendo attentamente ciò che il pubblico accetta o no, limitando a volte l'entusiasmo riformatore ma pro-

mettendo una maggiore orientamento dei futuri cambiamenti al paziente (cliente), in uno sforzo che potremmo definire di *marketing* delle politiche sanitarie in corso, sebbene l'intervento avvenga forse troppo in ritardo dal punto di vista degli attuali riformatori.

(1) OECD, (2000), *Health Data*.

(2) Dollari americani a parità di potere d'acquisto.

(3) World Bank Report, (1991), *Poland Health Systems Reform*, p.45.

(4) Rodwin, V. (1998), *From Excessive Security to the Uncertainties of the Market: Protecting Human Welfare*, UNDP Report, pp. 40-45.

(5) Rodwin, V., (1998), cit., p. 45.

(6) L'acronimo ZUS si riferisce a «Zakład Ubezpieczeń Społecznych», il fondo sociale assicurativo responsabile per la raccolta dei contributi proporzionale al reddito personale.

(7) (1996) «Trends in Health Status Service and Finance: Transition in Central Europe», Vol. 1, World Bank Technical Paper No. 345, p. 26.

(8) Preker A., Feacham R., «Market Mechanisms and the Health Care Sector in Central and Eastern Europe», World Bank Technical Paper No. 293.

(9) A partire dagli anni Settanta l'intero paese venne diviso in circa 400 aree di prelievo fiscale e tutta la popolazione residente fu divisa e affidata ad un certo *provider*, detto ZOZ (*Zakład Opieki Zdrowotnej*). All'interno della struttura degli ZOZ erano compresi i servizi di prevenzione, assistenza ambulatoriale specialistica e assistenza ospedaliera, dando vita in que-

sto modo ad un modello di assistenza integrata.

(10) (1996) «Trends in Health Status Service and Finance: Transition in Central and Eastern Europe.» Vol. 1, World Bank Technical Paper No. 345, p. 26.

(11) Al tempo le ZOZ avevano caratteristiche parzialmente diverse da quelle attuali: tale nome si riferisce alle unità sanitarie, da considerare dicitura legale ai fini della registrazione e poteri di acquisto esercitati dalle *Voivod*.

(12) Tra le minacce del finanziamento per quota capitaria è possibile elencare:

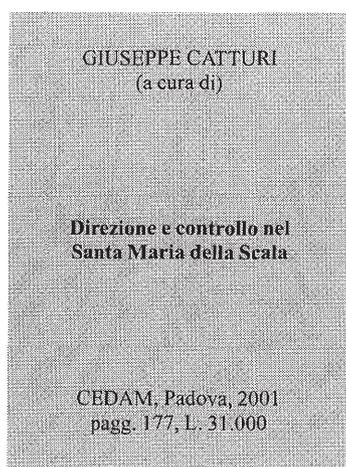
1. riduzione del livello qualitativo dei servizi offerti da parte dei medici interessati ad aumentare la loro retribuzione relativa;

2. creazione di costi legati alla mancanza d'incentivi per la gestione efficace dei riferimenti dei pazienti all'ospedalizzazione e per l'efficace gestione della distribuzione e della prescrizione dei farmaci.

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE



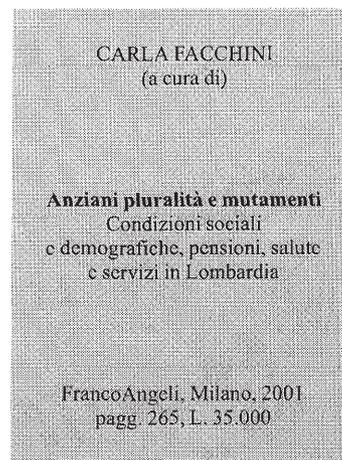
Il lavoro rientra nel contesto della ricerca nazionale cofinanziata dal Murst su «Management e contabilità direzionale nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche», a cui hanno partecipato studiosi di Economia aziendale delle università di Bologna, Bologna-Forlì, Pisa, Siena e Trieste. Nel volume si descrivono le vicende storiche dell'Ospedale senese di S. Maria della Scala a partire dalle sue origini, nel basso medio evo, e nel rinascimento allo scopo di ricostruire le modalità di definizione e utilizzazione degli strumenti con i quali era allora possibile la gestione e l'organizzazione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche.

INDICE: PIANO GENERALE DELLA RICERCA - INTRODUZIONE - CAPITOLO I. MANAGERIALITÀ E CONTROLLO DI GESTIONE IN UN ANTICO OSPEDALE SENESE - 1. LA PROSPETTIVA ECONOMICO-AZIENDALE NELLA ANALISI DELLA STORIA DELLE REALTÀ ASSISTENZIALI E SANITARIE - 2. LE ORIGINI DI UN'ANTICA AMMINISTRAZIONE OSPEDALIERA - 3. I MUTAMENTI MEDIEVALI DEI SOGGETTI ESERCITANTI IL POTERE DI CONTROLLO AMMINISTRATIVO NELLO «SPEDALE» DEL S. MARIA DELLA SCALA DI SIENA - 4. LE FUNZIONI EROGATIVE E PRODUTTIVE IN UN'ISTITUZIONE ASSISTENZIALE E CURATIVA NEI SECOLI XIV-XVII. - 5. GLI ORGANI GESTIONALI E LE RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVE NELL'OSPEDALE DEL MEDIOEVO E DEL RINASCIMENTO - CAPITOLO II. L'AMMINISTRAZIONE DEL PATRIMONIO DELL'ISTITUZIONE SENESE - 1. PREMessa - 2. CARITÀ E OSPITALITÀ: FINALITÀ AMMINISTRATIVE DOMINANTI DELLO SPEDALE SENESE - 3. ANALISI DEI PROCESSI ECONOMICI TIPICI - 4. LE FONTI DELLE ENTRATE - 5.

LE CAUSALI DELLE USCITE - 6. IL PATRIMONIO IMMOBILIARE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE GRANCE - CAPITOLO III. IL SISTEMA DELLE SCRITTURE CONTABILI - 1. LA NECESSITÀ DELLA TENUTA DI RILEVAZIONI CONTABILI - 2. I DOCUMENTI CONSULTABILI - 3. I CARATTERI FORMALI RICONTRABILI NEI VOLUMI OGGETTO D'ESAME - 4. LE CLASSIFICAZIONI DELLE SCRITTURE E DEI LIBRI ADOTTATE NELL'INDAGINE - 5. IL LIBRO DEI CONTI CORRENTI. - 6. IL GIORNALE - 7. IL BASTARDELLO DI CASSA - 8. IL LIBRO DI ENTRATA E DI USCITA DI DENARI - 9. LO SPOGLIO DEI DEBITORI - 10. IL FUNZIONAMENTO ORGANICO DEL SISTEMA DEI LIBRI CONTABILI RELATIVI ALLO SPEDALE DI SIENA - 11. I REGISTRI SEZIONALI PER LE AMMINISTRAZIONI SEPARATE - 12. ANALISI ESEMPLIFICATIVA DI SINTESI CONTABILI ANNUALI - RIFLESSIONI DI SINTESI - 1. LO SPEDALE DEL SANTA MARIA DELLA SCALA VERA E PROPRIA AZIENDA - 2. IL SISTEMA DELLE SCRITTURE CONTABILI E I MECCANISMI DEL CONTROLLO AMMINISTRATIVO - 3. ATTUALITÀ DEL COMPORTAMENTO MANAGERIALE OSSERVATO NELL'ISTITUZIONE SENESE.

Il rapporto 2000 Spi-Cgil Cadeff riordina e rilegge la condizione degli anziani nella regione lombarda con un approccio multidisciplinare che mette in evidenza le enormi differenze interne legate ad una estrema mutabilità e pluralità della popolazione anziana, sia dal punto di vista demografico che sociale, di reddito e sanitario. In tale contesto assumono significato ed importanza sia la scelta dei modelli di cura che il ruolo degli interventi preventivi. Il Rapporto si offre quale strumento non solo per i decisori e i responsabili delle politiche sociali, ma anche per quei soggetti i cui diritti essi dovrebbero garantire.

INDICE: RAPPORTO 2000: LE RAGIONI DI UN LAVORO (CARLA FACCHINI E FRANCESCO RAMPI) - DATI «ISTITUZIONALI» E ANALISI DELLA POLOZIONE ANZIANA (CARLA FACCHINI) - IL CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO IN LOMBARDIA: VERSO UNA SOCIETÀ DI ANZIANI (MARIO BOFFI) - CARATTERISTICHE SOCIOFAMILIARI E SPECIFICITÀ DEGLI ANZIANI LOMBARDI (CARLA FACCHINI) - LE PENSIONI IN LOMBARDIA (DAVID BENASSI) - ANZIANI E CONDIZIONI DI SALUTE IN LOMBARDIA (FRANCESCO DELLA CROCE E CARLA FACCHINI) - ANZIANI E RISORSE PER LE POLITICHE SOCIOASSISTENZIALI (BARBARA DA ROIT) - RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI: LA DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE E LE CARATTERISTICHE DELL'UTENZA (CINZIA MICHELINA GAGLIARDI) - I SERVIZI DOMICILIARI (SILVANA CONTEGNI E LOREDANA RISTORI).



NICOLA FALCITELLI
MARCO TRABUCCHI
FRANCESCA VANARA
(a cura di)

Rapporto Sanità 2001
La continuità assistenziale

il Mulino, Bologna, 2001
pagg. 453, L. 68.000

Dopo gli studi degli anni precedenti sui temi più generali dell'organizzazione del sistema sanitario e dell'ospedale, il quinto Rapporto annuale della Fondazione Smith Kline affronta quello della continuità assistenziale. Essa rappresenta l'irrinunciabile risposta alle difficoltà umane, ai problemi clinici e alle complessità organizzative poste da un cittadino la cui assistenza duri un lungo periodo. Si cerca di rispondere all'esigenza di organizzare anche in Italia un sistema di continuità assistenziale con regole e metodologiche siano al tempo stesso precise e moderne ma anche a costi sostenibili.

INDICE: PRESENTAZIONE. RAPPORTO SANITÀ 2001: DOCUMENTO INTRODUTTIVO (SANDRO ALBINI E MARCO TRABUCCHI) - PARTE PRIMA. PROSPETTIVE DI SVILUPPO - INTEGRAZIONE CONTINUITÀ DELLE CURE IN EUROPA (FRANCO PESARESI) - EPIDEMIOLOGIA DELLA CRONICITÀ IN ITALIA (STEFANIA MAGGI, GINO FARCHI E GAETANO CREPALDI) - IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (ANNA BANCHERO) - CONTINUITÀ DEL PERCORSO DI CURA: PAGAMENTO PER FUNZIONE, BUDGET DI DISTRETTO E ACCORDI CONTRATTUALI (FRANCESCA VANARA) - IL DISEASE MANAGEMENT: DALLA PROGRAMMAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ALLA TRASFORMAZIONE DEL SSN (ENRICO BRIZIOLI) - IL DISTRETTO: EVOLUZIONE NORMATIVA E CONTESTO ORGANIZZATIVO IN FUNZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (FEDERICO MONTESANTI E MARIA CARLA CLAUDI) - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (MAURO MORUZZI) - LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INTERNET (ACHILLE ARDIGÒ) - I CONTRATTI NAZIONALI DI LAVORO NELLA PROSPETTIVA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (GIAMPAOLO BRAGA) - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI (LODOVICO FRATTOLA).

INDICE: PRESENTAZIONE. RAPPORTO SANITÀ 2001: DOCUMENTO INTRODUTTIVO (SANDRO ALBINI E MARCO TRABUCCHI) - PARTE PRIMA. PROSPETTIVE DI SVILUPPO - INTEGRAZIONE CONTINUITÀ DELLE CURE IN EUROPA (FRANCO PESARESI) - EPIDEMIOLOGIA DELLA CRONICITÀ IN ITALIA (STEFANIA MAGGI, GINO FARCHI E GAETANO CREPALDI) - IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (ANNA BANCHERO) - CONTINUITÀ DEL PERCORSO DI CURA: PAGAMENTO PER FUNZIONE, BUDGET DI DISTRETTO E ACCORDI CONTRATTUALI (FRANCESCA VANARA) - IL DISEASE MANAGEMENT: DALLA PROGRAMMAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ALLA TRASFORMAZIONE DEL SSN (ENRICO BRIZIOLI) - IL DISTRETTO: EVOLUZIONE NORMATIVA E CONTESTO ORGANIZZATIVO IN FUNZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (FEDERICO MONTESANTI E MARIA CARLA CLAUDI) - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (MAURO MORUZZI) - LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INTERNET (ACHILLE ARDIGÒ) - I CONTRATTI NAZIONALI DI LAVORO NELLA PROSPETTIVA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (GIAMPAOLO BRAGA) - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI (LODOVICO FRATTOLA).

Il volume, che avrebbe dovuto costituire solo un aggiornamento alla precedente edizione del 1990, risulta in realtà una riscrittura che tiene conto dei profondi mutamenti legati agli eventi storico-politici dell'ultimo decennio che hanno inciso largamente sulle norme e sull'organizzazione della pubblica amministrazione italiana e, di conseguenza, sull'assetto organizzativo dei servizi sociali e nello specifico di quelli socio-sanitario e socio-assistenziale. Il testo riporta standard di intervento desunti da esperienze e legislazione locale e si rivolge ad un ampio pubblico che va dagli studenti e cultori della materia agli operatori del settore. In appendice si riportano 800 leggi regionali aggiornate al dicembre 2000 assieme ad un indirizzario di siti internet relativi alle tematiche trattate.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. COMPLESSITÀ SOCIALE E RAZIONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA - 2. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI - 3. IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI - LEGGI E DISPOSIZIONI IN MATERIA SOCIO-ASSISTENZIALE - I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI NELLA LEGISLAZIONE REGIONALE - CENTRI DI SERVIZI - SERVIZI RESIDENZIALI E DI COMUNITÀ - AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO E ACCREDITAMENTO - APPENDICE 1. REGIONE PER REGIONE: ELENCO DELLE LEGGI IN MATERIA DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI - APPENDICE 2. LEGGE 8 NOVEMBRE 2000, N. 328: LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

RAFFAELLO MAGGIAN

I servizi socio-assistenziali
Verso la realizzazione del sistema
integrato di interventi
e servizi sociali e sanitari
(nuova edizione aggiornata)

Carocci editore, Roma, 2001
pagg. 363, L. 52.000

MARCO TIEGHI

**Il bilancio di esercizio delle
aziende sanitarie pubbliche:
uno schema di analisi**

CLUEB, Bologna, 2000
pagg. 335, L. 52.000

Le modifiche dei sistemi informativo-contabili delle strutture sanitarie pubbliche seguite al loro processo di aziendalizzazione e i conseguenti mutamenti degli strumenti contabili, sono i temi trattati nel volume. Si descrive il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella cosiddetta economico-patrimoniale con la conseguente sostituzione del modello di bilancio annuale con il bilancio d'esercizio e le problematiche derivanti da tale passaggio sia sul piano metodologico che su quello operativo. Tale modello di bilancio, infatti, nasce per essere applicato a realtà private non profit, con forma giuridica di società di capitali, e il suo trasferimento in ambito pubblico ha suscitato molteplici questioni, a cui il testo cerca di offrire il proprio contributo.

INDICE: PRESENTAZIONE (G. BISSONI) - PRESENTAZIONE (F. ROSSI) - PRAFAZIONE DELL'AUTORE - 1. LA CONTABILITÀ «ECONOMICO-PATRIMONIALE» E IL BILANCIO D'ESERCIZIO NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: BREVI CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE - 2. IL BILANCIO D'ESERCIZIO CIVILISTICO COME MODELLO DI RIFERIMENTO PER IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 3. IL BILANCIO D'ESERCIZIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE - 4. IL BILANCIO D'ESERCIZIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: IL QUADRO NORMATIVO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA - 5. LO STUDIO E L'INTERPRETAZIONE DEL BILANCIO D'ESERCIZIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 6. LA RICLASSIFICAZIONE DEL CONTO ECONOMICO E DELLO STATO PATRIMONIALE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 7. LE ANALISI PER INDICI - 8. LE ANALISI PER FLUSSI.

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

BEDDOW A.J., COHEN D.R.

Marginal-cost contracting in the NHS: results of a preliminary survey
Health Services Management Research 14 (2) p. 104-109

BUSSE R.

Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance
European Journal of Public Health 11 (2) 174-177

CARRASQUILLO O., LANTIGUA R. A., SHEA S.

Preventive Services Among Medicare Beneficiaries With Supplemental Coverage Versus HMO Enrollees, Medicaid Recipients, and Elders With No Additional Coverage
Medical Care 39 (6) p. 616-626

CORNAGO D., GARATTINI L.

The reimbursable incontinence pads market for outpatients in five European countries. A comparative analysis
The European journal of Health Economics 2001 (2) p. 86-90

DAVIDOFF A. J., GARRETT B.

Determinants of Public and Private Insurance Enrollment Among Medicaid-Eligible Children
Medical Care 39 (6) p. 523-535

ENCINOSA W.

A comment on Neudeck and Poddzeck's «adverse selection and regulation in health insurance market»
Journal of Health Economics 20 (4) 667-674

ETZIONI A.

Too Much Privacy? Or Not Enough? An Exchange on The Limits of Privacy
Journal of Health Politics, Policy and Law 26 (2) p. 447-452

FELDMAN R., SCHULTZ J.

Who Uses Flexible Spending Accounts: Effects of Employee

Characteristics and Employers Strategies

Medical Care 39 (7) p. 661-669

GRYTTE J., SORENSEN R.

Type of contract and supplier-induced demand for primary physician in Norway
Journal of Health Economics 20 (3) 379-394

MENKE T. J., WRAY N.P.

When does regionalization of expensive medical care save money?
Health Services Management Research 14 (2) p. 116-124

PREYRA C., PINK G.

Balancing incentives in the compensation contracts of nonprofit hospital CEOs
Journal of Health Economics 20 (4) 509-528

SALTMAN R.B.

EJPH Policy Forum: risk adjustment strategies in three social health insurance countries
European Journal of Public Health 11 (2) p. 121

SCHMUELI A.

The Effect of Health on Acute Care Supplemental Insurance Ownership: an Empirical Analysis
Health Economics 10 (4) p. 341-350

SCHOENBAUM M., SPRANCA M., ELLIOT M., BHATTACHARYA J., FARLEY SHORT P.

Health Plan Choice and Information about Out-of-Pocket Costs: An Experimental Analysis
Inquiry 38 (1) p. 35-48

TEMKIN-GREENER H., MEINERS M. R., GRUENBERG L.

PACE and the Medicare+Choice Risk-Adjusted Payment Model
Inquiry 38 (1) p. 60-72

Sistemi di finanziamento

ARROWSMITH J., FRENCH S., GILMAN M., RICHARDSON R.

Performance-related pay in health care

Health Services Research & Policy 6 (2) p. 114-119

BRAGA M.

I meccanismi di finanziamento dell'attività ospedaliera e il loro impatto sulla gestione dei dipartimenti

Organizzazione Sanitaria XXIV (4) p. 36-42

HAAS M., CHAPMAN S., VINEY R., HALL J., FERGUSON A.

The news on health care funding: a study of reporting in the Australian print media in 1996

Health Services Research & Policy 6 (2) p. 78-84

KANE N. M., MAGNUS S. A.

The Medicare Cost Report and the Limits of Hospital Accountability: Improving Financial Accounting Data

Journal of Health Politics, Policy and Law 26 (1) p. 81-106

KLAVUS J.

Statistical inference of progressivity dominance: an application to health care financing distribution

Journal of Health Economics 20 (3) 363-378

KUTZIN J.

A descriptive framework for country-levels analysis of health care financing arrangements

Healthy Policy 56 (3) p. 171-205

OKMA K.O.H., POBLURT J.D.

Implementing prospective budgeting for Dutch sickness funds

European journal of Public Health 11 (2) 178-181

PALMER G., REID B.

Evaluation of the performance of diagnosis-related group and similar casemix systems: methodological issues

Health Services Management Research 14 (2) p. 71-81

ROBINSON J. C.

Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives

The Milbank Quarterly 79 (2) p. 149-178

ROSEN A.K., LOVELAND S., ANDERSON J.J., ROTHENDLER J.A., HANKIN C.S., RAKOVSKI C.C., MOSKOWITZ M.A., BERLOWITZ D.R.

Evaluating Diagnosis-Based case-mix Measures: How well Do They apply to the VA population?

Medical care 39 (7) p. 692-704

SPETZ J., SMITH M. W., ENNIS S. F.

Physician Incentives and the Timing of Cesarean Sections: Evidence from California

Medical Care 39 (6) p. 536-550

WILKE M. H., HOCHERL F.J.E., SCHERER J., JANKE L.

Introducing the new DRG-based payment system in German

hospital. A difficult operation? Experience and attempts at a solution from a surgery point of view

The European Journal of Health Economics 2001 (2) 79-85

YIP W., EGGLESTON K.

Provide Payment Reform in China: The Case of Hospital Reimbursement in Hainan Province

Health Economics 10 (4) 325-340

Economia del farmaco

CABELLO BALLESTEROS L., FERNÁNDEZ SAN MARTIN M. I., SANZ CUESTA T., ESCORTELL MAYOR E., LÓPEZ BILBAO C., VICAF GROUP

The Cost of Inadequate Prescriptions for Hypolipidaemic Drugs

PharmacoEconomics 19 (5) 513-522

DRANITSARIS G., PITRE M., SPIZZIRRI D., MCGEER A.

A Randomised Trial To Measure the Optimal Role of the Pharmacist in Promoting Evidence-based Antibiotic Use in Acute Care Hospitals

International Journal of Technology Assessment in Health Care 17 (2) p. 171-180

ISKEDJIAN M., EINARSON T. R., O'BRIEN D. J., DE SERRES J. G., GOLD R., GEMMILL I. M., MILKOVICH N., ROSNER A.

Economic Evaluation of a New Acellular Vaccine for Pertussis in Canada

PharmacoEconomics 19 (5) p. 551-563

LEE T.A., SULLIVAN S. D., VEENSTRA D. L., RAMSEY S. D., STEGER P.J.K., MALINVERNI R., PLEIL A.M., WILLIAMSON T.

Economic Evaluation of Systematic Treatments for Cytomegalovirus Retinitis in Patients with AIDS

PharmacoEconomics 19 (5) p. 535-550

MAYNARD A., COOKSON R.

Money or your life? The health - wealth trade - off in pharmaceutical regulation

Journal of Health Services Research & Policy 6 (3) p. 186-189

MITRANY D.

Lifestyle Drugs: Determining Their value and Who Should Pay

PharmacoEconomics 19 (5) p. 441-448

SMITH I.

Cost Consideration in the Use of Anaesthetic Drugs

PharmacoEconomics 19 (5) p. 469-481

Valutazione economica dell'attività sanitaria

CAPPUCCI A.

L'azienda sanitaria e la misurazione della sua performance

Sanità Pubblica XXI (3) p. 379-401

- COYLE D., DRUMMOND M. F.
Analysing Differences in the Costs of treatment Across Centers Within Economic Evaluations
International Journal of Technology Assessment in Health Care 17 (2) p. 155-163
- FITZNER K. A., SHORTRIDGE K. F., MCGHEE S. M., HEDLEY A. J.
Cost-effectiveness study on influenza prevention in Honk Kong
Health Policy 56 (3) 215-234
- FOX P. J., KOHATSU N., MAX W., ARNSBERGER P.
Estimating the Costs of Caring for People with Alzheimer Disease in California: 2000-2040
Journal of Public Health Policy 22 (1) p. 88-97
- HODGSON T., CAI L.
Medical Care Expenditures for Hypertension, Its Complications, and Its Comorbidities
Medical Care 39 (6) p. 599-615
- JACOBSON P. D., KANNA M. L.
Cost-Effectiveness Analysis in the Courts: Recent Trends and Future Prospects
Journal of Health Politics, Policy and Law 26 (2) 291-328
- MCDONNELL J., STOEVELAAR H. J., RUUD BOSCH J.L.H., KAHAN J.
The appropriateness of treatment of benign prostatic hyperplasia: a comparison of Dutch and multinational criteria
Health Policy 57 (1) p. 45-56
- MELIONES J. N., BALLARD R., LIEKWEG R., BURTON W.
No Mission <-> no Margin: It's That simple
Journal of Health Care Finance 27 (3) 21-29
- NICHOL M. B., SENGUPTA N., GLOBE D.R.
Evaluating Quality-Adjusted Life Years: Estimation of the Health utility Index (HUI) from the SF-36.
Medical Decision Making 21 (2) p. 105-112
- O'HAGAN A., STEVENS J.W.
A Framework for Cost-effectiveness Analysis from Clinical Trial Data
Health Economics 10 (4) p. 303-316
- O'HAGAN A., STEVENS J.W.
Bayesian Assessment of Sample Size for Clinical Trials of Cost-Effectiveness.
Medical Decision Making 21 (3) p. 219-230
- PINK G. H., MCKILLOP I., SCHRAA E.G., PREYRA C., MONTGOMERY C., BAKER G. R.
Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System
Journal of Health Care Finance 27 (3) 1-20
- RIZZO J. A., BOGARDUS S. T., LEO-SUMMERS L., WILLIAMS C., ACAMPORA D., INOUE S. K.
Multicomponent targeted Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized older Patients: What is Economic Value?
Medical Care 39 (7) p. 740-752
- SCHMUELI A.
The Effect of Health on Acute Care Supplemental Insurance Ownership: an Empirical Analysis
Health Economics 10 (4) p. 341-350
- SCULPHER M., GAFNI A.
Recognising Diversity in Public Preferences: The Use of Preference Sub-groups in Cost-effectiveness Analysis
Health Economics 10 (4) p. 317-324
- VESTERGAARD P., REJNMARK L., MOSEKILDE L.
Hip fracture prevention: Cost-Effective Strategies
PharmacoEconomics 19 (5) p. 449-468
- Analisi dei sistemi sanitari**
- BLACK N., CARTER S.
Public accountability: one rule for practitioner, one for scientist?
Health Services Research & Policy 6 (3) p. 130-132
- CHERRY S.
Medical services and the Hospital in Britain: 1860-1939
Journal of Public Health Policy 22 (1) p. 120
- CLEMENTI M. L.
Modelli sanitari e programmi elettorali a confronto
Epidemiologia e Prevenzione 25 (2) p. 57-58
- DEW K., ROORDA M.
Institutional innovation and the handling of health complaints in New Zealand: an assessment
Health Policy 57 (1) p. 27-44
- EXWORTHY M., ROBINSON R.
Two at the top: relations between Chairs and Chief Executives in NHS
Health Services Management Research 14 (2) p. 82-91
- FALIK M., NEEDLEMAN J., WELLS B. L., KORB J.
Ambulatory Care sensitive Hospitalizations and Emergency Visits: Experiences of Medicaid Patients Using Federally Qualified Health Centers
Medical Care 39 (6) p. 551-561
- FREI A., HUNSCH E.
The Swiss health care system
The European Journal of Health Economics 2001 (2) 76-78
- GIROUD A.
Accreditation and the quality movement in France
Quality in Health care 10 (2) p. 111-116

GRECO M.

Norme nazionali e legislazione regionale sull'organizzazione dipartimentale

Organizzazione Sanitaria XXIV (4) p. 21-31

HAM C., COULTER A.

Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices

Health Services research & Policy 6 (3) p. 163-169

KERSNIK J.

Determinants of customer satisfaction with health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country

Health Policy 57 (2) p. 155-164

NIRONI M.

La disciplina della dirigenza sanitaria nella riforma del servizio sanitario nazionale (I parte: ruolo unico, livello unico, funzioni dirigenziali ed incarichi)

Sanità Pubblica XXI (3) p. 347-378

NIRONI M.

La disciplina della dirigenza sanitaria nella riforma del servizio sanitario nazionale (II parte: l'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari)

Sanità Pubblica XXI (4) p. 509-548

RUTTEN F., VAN BUSSCHBACH J.

How to define a basic package of health services for a tax funded or social insurance based health care system?

The European Journal of Health Economics 2001 (2) 45-46

STRANIERI F.

Le implicazioni delle riforme sanitarie sugli organismi competenti in materia di sicurezza sul lavoro

Sanità Pubblica XXI (3) p. 401-420

Programmazione e organizzazione del lavoro

ALEXANDER J. A., WEINER B. J., BOGUE R. J.

Changes in the structure, composition, and Activity of Hospital Governing Boards, 1989-1997: Evidence from two national Surveys

The Milbank Quarterly 79 (2) p. 253-280

CAMPBELL B., MACKAY G.

Continuing Competence: An Ontario Nursing Regulatory Program That Supports Nurses And Employers

Nursing Administration Quarterly 25 (2) p. 22-30

CICCHETTI A., FONTANA F.

La progettazione organizzativa nelle aziende ospedaliere. Criteri e strumenti per la dipartimentalizzazione

Organizzazione Sanitaria XXIV (4) p. 83-102

DIXON P., MACKILLOP W.

Could changes in clinical practice reduce waiting lists for radiotherapy?

Health Services Research & Policy 6 (2) p. 70-77

HOLT TIMOTHY

Developing an Activity-Based Management System for the Army Medical Department

Journal of Health Care Finance 27 (3) p. 41-46

LASKER R. D., WEISS E. S., MILLER R.

Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage

The Milbank Quarterly 79 (2) p. 179-208

MANION J.

Enhancing Career Marketability through Intrapreneurship

Nursing Administration Quarterly 25 (2) p. 5-10

MASTRILLI F.

Regole per il funzionamento e la gestione del dipartimento. Proposta di regolamento aziendale

Organizzazione Sanitaria XXIV (4) p. 108-115

RAY W.A., STEIN M., BYRD V., SHORR R., PICHERT J. W., GIDEON P., ARNOLD K., BRANDT K. D., PINCUS T., GRIFFIN M. R.

Educational Program for Physician to Reduce Use of Non - Steroidal Anti-Inflammatory Drugs Among Community-Dwelling Elderly Persons

Medical Care 39 (5) p. 425-435

RIGGS C. J., RANTZ M. J.

A Model of Staff Support to Improve Retention in Long-Term Care

Nursing Administration Quarterly 25 (2) p. 43-54

SPINIELLO M.

I dipartimenti nell'atto aziendale di diritto privato

Organizzazione Sanitaria XXIV (4) p. 116-119

STEIN M., GRIFFIN M. R., TAYLOR J. A., PICHERT J. W., BRANDT K. D., RAY W. A.

Educational Program for Nursing Home physician and Staff to Reduce Use of Non -Steroidal Anti-Inflammatory Drugs Nursing Home Residents

Medical Care 39 (5) p. 436-445

WALLACE L.M., FREEMAN T., LATHAM L., WALSHE K., SPURGEON P.

Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance

Quality in Health Care 10 (2) p. 76-82

Controllo di gestione e sistemi informativi

HUTTIN C., DE PUOLOURVILLE G.

The impact of teaching and research on hospital costs. An empirical study in the French context
The European Journal of Health Economics 2001 (2) 47-54

MASTROBUONO I., CASATI G.
Il sistema di budget nelle aziende sanitarie organizzate per dipartimento
Organizzazione Sanitaria XXIV (4) p. 43-66

MASTROBUONO I., CASATI G.
La formulazione degli obiettivi di budget
Organizzazione sanitaria XXIV (4) p. 67-82

PAYTON F. C., GINZBERG M. J.
Interorganizational Health Care Systems Implementation: An Exploratory Study of Early Electronic Commerce Initiatives
Health Care Management Review 26 (2) p. 20-32

TRUEMAN P., DRUMMOND M., HUTTON J.
Developing Guidance for Budget Impact Analysis
PharmacoEconomics 19 (6) p. 609-621

WEST T., HOLT T., MARRIN C. A. S., BAKER J. J.
Using an Integrated Measurement System as a Common Language: Lesson from the U.S. Army Medical Department
Journal of Health Care Finance 27 (3) 47-63

Innovazione tecnologica

BAKER L. C.
Managed care and technology adoption in health care: evidence from magnetic resonance imaging
Journal of Health Economics 20 (3) 423-440

LEWIS D., BAHAMA K.
The Internet as a Resource for Consumer Healthcare
Disease Management & Health Outcomes 9 (5) p. 241-247

OHINMAA A., HAILEY D., ROINE R.
Elements for Assessment of Telemedicine Applications
International Journal of Technology Assessment in Health Care 17 (2) p. 190-202

Altro

BHARGAVA A., JAMISON D. T., LAU L. J., MURRAY C. J. L.
Modeling the effects of health on economic growth
Journal of Health Economics 20 (3) 379-394

CASE A., PAXON C.
Mothers and others: who invests in children's health?
Journal of Health Economics 20 (3) 301-327

EISENBERG J. M.
What Does Evidence Mean? Can the Law and Medicine Be Reconciled?
Journal of Health Politics, Policy and Law 26 (1) p.369-382

HAVINGHURST C. C., HUTT P. B., MCNELL B. J., MILLER W.
Evidence: Its Meaning in Health Care and In law
Journal of Health Politics, Policy and Law 26 (1) p.195-216

MARSHALL M., DAVIES H.
Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond?
Journal of Health Services Research & Policy 6 (3) p. 158-162

PATASHNIK E., ZELIZER J.
Paying for Medicare: Benefits, Budgets, and Wilbur Mill's Policy Legacy
Journal of Health Politics, Policy and law 26 (1) p. 7-36

ROSOFF A. J.
Evidence-Based Medicine and the Law. The Court Confront Clinical Practice Guidelines
Journal of Health Politics, Policy and Law 26 (1) p.327-368