

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)

Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche

Università Bocconi di Milano

Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi

Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo

Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di scienze delle finanze - Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia

Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale

Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione

Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore -

Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

Redattori

Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti -

Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi -

Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore editoriale

Ania Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 0258362600 - Fax 0258362598

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774381700, Fax 0774381700

— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: € 50,00 (L. 96.814)

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

— è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;

— fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

2 La sanità a due velocità

Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

7 I processi di valutazione dei Direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca

Marta Barbieri, Mario Del Vecchio

27 I costi ospedalieri dell'ictus in Italia: un confronto tra diversi modelli di cura

Irene Colangelo, Simone Gerzeli, Rosanna Tarricone

37 Gli anziani in Italia: costi e aspetti sociali dell'ospedalizzazione

Alessandra Burgio, Alessandro Solipaca

Sez. 2ª - Documenti e commenti

47 Nuove opportunità di flessibilità nei rapporti di lavoro delle amministrazioni ed aziende pubbliche

Romano Grande

Sez. 3ª - Esperienze innovative

59 Il sistema di budget nell'Asl città di Bologna: caratteristiche fondamentali e innovazioni in corso

Eugenio Anessi Pessina, Paola Bardasi

89 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

105 Il budget nell'A.o. S. Elia di Caltanissetta: la partnership con l'A.o. di Melegnano

Giancarlo Sassoli, Antonio Nava, Fortunato Lantieri

121 Il bilancio consolidato del sistema sanitario nella Regione Marche

Maria Grazia Palermi

131 Il processo di valutazione dei dirigenti: una proposta per l'Azienda ospedaliera «Spedali Civili di Brescia»

A. Bonetti, V. Zacchi, G. Lamberti, G. Landi, P. Fogassi, E. Perrotti

151 Una fondazione privata per l'erogazione di prestazioni sanitarie pubbliche: l'ospedale civile Cervesi di Cattolica

A. Saracco, M. Baldelli, M. Bacchini, R. Luchetti, A. Anzani

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

159 La riforma del sistema sanitario polacco: quali prospettive?

Adam Kozierekiewicz, Monica Chelkowska-Tarony

Sez. 6ª - Biblioteca

173 Novità bibliografiche

175 Sgoglio riviste

LA SANITÀ A DUE VELOCITÀ

Elio Borgonovi

Ci sono dati indicatori che nel vissuto comune, nella percezione dell'opinione pubblica assumono significato simbolico (positivo o negativo) che va ben oltre il fenomeno reale. Nel caso specifico della sanità uno di questi è quello della «coda» o dei «tempi di attesa» che in genere fa giudicare negativamente un servizio, un ospedale una Asl, una struttura e che viene considerato uno dei principali problemi da risolvere nel sistema sanitario con il quale dovrà confrontarsi inevitabilmente anche il Ministro Sirchia.

Una indagine condotta da alcuni giornalisti con il metodo empirico di presentarsi alle strutture sanitarie come pazienti, ha confermato (non poteva essere diversamente) che le prestazioni chieste in regime di assistenza pubblica comportano tempi di attesa di alcuni mesi, ma le stesse prestazioni richieste «a pagamento» in regime di libera professione vengono garantite ed erogate in pochi giorni se non addirittura immediatamente.

I risultati dell'indagine non sorprendono, anzi confermano l'esperienza quotidiana di quasi tutti noi, ma evidenziano che in Italia (ma il fenomeno è generalizzato anche in molti altri Paesi) ci si trova di fronte ad una sanità a doppia velocità (o a molte), ad assetto variabile e con qualità dei servizi differenziate.

Una breve considerazione sugli ultimi due aspetti per poi approfondire il

tema delle due velocità. L'assetto variabile è la conseguenza del decentramento e dell'autonomia legislativa attribuita in materia sanitaria alle Regioni che, nel bene e nel male, possono e hanno adattato le soluzioni organizzative e i criteri di finanziamento, di programmazione e controllo delle aziende sanitarie alla specificità della cultura e dei comportamenti delle diverse aree del Paese e alle diverse impostazioni di politica sanitaria, ottenendo una situazione di livelli di assistenza, reali e non dichiarati, molto differenti.

Per quanto riguarda l'aspetto delle due velocità, occorre innanzitutto dire che esso è direttamente collegato alle dimensioni e alla qualità della domanda. Infatti, sul servizio pubblico si scarica un più elevato volume di richieste, a volte proprie a volte improprie, a volte urgenti a volte non urgenti, ma presentate come tali, per cui è inevitabile che la risposta sia a tempi più lunghi. La domanda di prestazioni «a pagamento» è di dimensioni minori, è autoselezionata (per ragioni varie, a volte socialmente inaccettabili ma altre volte per nulla contrari a principi sociali in quanto espressione di disponibilità a «pagare», che non è possibile approfondire in questa sede), è mirata a specifici medici (o terapisti, o infermieri, ecc.) e perciò è naturale che la risposta possa essere più rapida e immediata.

Una seconda ragione è legata al fatto che in passato in presenza di una tecnologia e di metodiche assistenziali più semplici (accertamenti e visite dei medici al mattino e poi somministrazione di terapie definite al pomeriggio), di criteri di organizzazione del lavoro «a fasi», per cui al mattino si svolgeva l'attività assistenziale nella struttura pubblica e al pomeriggio si svolgeva l'attività privata dei medici oppure si dedicava il tempo alla ricerca e alle attività scientifiche, si è consolidato un modello di funzionamento in cui si faceva un turno di lavoro che utilizzava (o cercava di utilizzare) in pieno la capacità di offerta (attrezzatura disponibile, blocchi operatori, ecc.), mentre nel resto della giornata la capacità di offerta veniva utilizzata a livello ridotto. Oggi le tecnologie e la capacità di organizzare, i ritmi biologici e i modelli organizzativi consentirebbero di dare assistenza «a ciclo continuo», (si pensi ad esempio al fatto banale degli accertamenti che richiedono il digiuno di un certo numero di ore che non necessariamente debbono svolgersi solo al mattino prima della colazione). Questo passaggio richiede però interventi forti per rompere schemi consolidati da anni e sui quali si sono innestati interessi reali (doppio lavoro, stili di vita, ecc.), interventi che possono essere di tipo autoritario (pensiamo, e osiamo sperare, improponibili) o di tipo incentivante. La

libera professione intramuraria è uno di quegli strumenti che è proprio finalizzato a mantenere i medici e gli altri professionisti all'interno della struttura pubblica, a far utilizzare meglio la capacità di offerta e a favorire una «contaminazione positiva», ossia indurre i medici motivati dalla possibilità di svolgere una attività in proprio, anche a far meglio (ridurre i tempi di attesa) dell'attività svolta per conto del servizio pubblico. Riducendo tali tempi si attraggono più pazienti presso la struttura in cui si lavora e si aumenta la probabilità di avere «pazienti in regime libero professionale». Affinché ciò avvenga è necessario che cada la cultura che collega il termine funzione pubblica a uniformità di trattamento e che nei confronti di chi ha successo suscita invidia e sospetto e non spirito di emulazione come avviene in altri contesti. I tempi lunghi per i servizi in regime di assistenza pubblica spesso derivano dal fatto che chi si dà da fare per migliorare la situazione, invece di riuscire a suscitare tensioni positive e spirito di collaborazione o di sana competizione a far meglio, viene «sopportato» (il solito idealista che poi si adegnerà) o viene ostacolato poiché mette in discussione comportamenti cui si è abituati o mette in discussione interessi consolidati.

Un terzo motivo è la conseguenza delle politiche assunte negli ultimi anni sulla spesa pubblica e sui sistemi degli acquisti pubblici, le cui regole sono più rivolte ad evitare «possibili comportamenti illeciti» che non a favorire «la funzionalità». Ciò ha portato negli ultimi anni a ridurre le spese per investimenti in apparecchiature e attrezzature, ridurre le spese per manutenzione e difficoltà nel seguire la rapida innovazione tecnologica, a rendere difficile la sostituzione del personale e tutto ciò impedisce alle strutture pubbliche di funzionare in pieno e causa ritardi.

Occorre prendere atto (non so se amaramente o realisticamente) del fatto che, in una società nella quale è caduto a livello molto basso il prestigio del lavoro e della funzione pubblica rispetto al prestigio e al riconoscimento delle prestazioni del risultato del lavoro privato, anche la velocità nella risposta ai bisogni di salute sia più bassa per i servizi chiesti in regime di assistenza pubblica.

Prenderne atto o reagire convincendosi del fatto che la soluzione di problemi particolari, seppure rilevanti, quali sono le due velocità di risposta ai problemi di salute, non dipende da questioni tecniche o organizzative, ma prima di tutto e soprattutto da un cambiamento della cultura generale che ritorni a dare prestigio, dignità e adeguati riconoscimenti (anche ma non solo sul piano economico) al lavoro pubblico che svolge una funzione diversa ma non meno importante del lavoro privato, invertendo una tendenza secondo cui per fare bene «il pubblico deve operare come il privato». È una contraddizione in termini, come sono quelle secondo cui per fare carriera nel lavoro le donne dovrebbero comportarsi come gli uomini o secondo cui per appartenere ad una cultura internazionale occorre accettare i valori, gli standard i criteri degli Usa solo perché la società e l'economia Usa oggi è (o si ritiene sia) vincente.

Le due (o molte) velocità nella sanità potranno essere ridotte, se non eliminate, solo se si accetterà il principio secondo cui a bisogni diversi si deve rispondere con soluzioni e comportamenti diversi.

Risulta che ultimamente, stimolati anche dalle campagne di stampa e dai molti servizi sulle code e sui tempi di attesa che «fanno notizia» perché basati sui numeri, ma che a volte fanno «cattiva informazione», perché basati su numeri sbagliati o su numeri non si-

gnificativi e non rilevanti ai fini della tutela della salute, molte regioni e molte Asl e aziende ospedaliere stanno sviluppando analisi su tale fenomeno e molte stanno ponendo la riduzione delle code e dei tempi di attesa come uno degli obiettivi primari delle loro politiche. A loro e al Sig. Ministro ci permettiamo di suggerire un approccio più razionale, che peraltro essi ben conoscono, ma che potrebbero dimenticare sotto la spinta delle pressioni esterne, e che può essere sintetizzato nei seguenti termini.

Primo. Effettuare analisi approfondite, con metodi vari tra i quali quello a campione, sulle code e sui ritardi nella erogazione di prestazione per distinguere le situazioni in cui il fenomeno è:

a) il risultato di errori di rilevazione o di dati comunicati o interpretati erroneamente (tali situazioni sono più frequenti di quanto non si possa immaginare);

b) la denuncia di code o di ritardi è usata strumentalmente per fare pressione sulle regioni o altri organi al fine di ottenere finanziamenti per completare opere e strutture non sempre utili o necessarie o per chiedere aumenti di organico;

c) domanda reale che non è soddisfatta e deve perciò rivolgersi ad altre strutture (private o pubbliche di altre Asl, o altre regioni);

d) eccesso di pressione della domanda dovuta a domanda impropria;

e) effettive e strutturali carenze della offerta o di ritardi nel completamento di opere, di servizi, di strutture.

Secondo. Evitare di avviare progetti o interventi speciali finalizzati alla risoluzione del problema specifico. Sarà invece necessario considerare i dati relativi alle code e ai ritardi (veri) come sintomo di situazioni nelle quali intervenire con progetti e proposte di ampio e lungo respiro. Ogni sintomo di

disfunzione, compresi questi, deve essere colto come momento e stimolo per rilanciare una grande progettualità sulla sanità. Il messaggio che deve essere dato a chi opera nel settore non può, e non deve più essere di questo tipo: esistono delle disfunzioni nella sanità e perciò occorre operare per aumentare l'efficienza e ridurre i costi. Il messaggio su cui occorre agire deve invece essere formulato nei seguenti termini: esistono disfunzioni nella sanità, ciò vuol dire che «non si fa tutto quello che si potrebbe fare per tutelare la salute della popolazione», perciò è necessario ripensare (riprogettare) il modo in cui si risponde ai bisogni di salute e in questo ripensamento deve rientrare l'obiettivo di eliminazione delle code e dei ritardi. Occorre agire sulla motivazione positiva, sulla sfida a riprogettare l'intera struttura di offerta, piuttosto che sull'eliminazione della singola disfunzione.

Terzo. Evitare di fare di ogni erba un fascio e distinguere chiaramente la parte del fenomeno dovuta a carenze o a comportamenti dei «professionisti» (medici, infermieri, tecnici, ecc.) su cui si interviene con certi strumenti (qualificazione, formazione tecnico-professionale, ecc.) e quelle dovute a cause gestionali e organizzative (nonché economiche quali ad esempio ritardi nel-

la assegnazione o erogazione dei fondi). Nel primo caso, la soluzione e il miglioramento possono essere ottenuti agendo su aspetti professionali, nel secondo caso mettendo in campo competenze di tipo manageriale.

Quarto. Questa considerazione apre ad un problema più ampio presente nella sanità, nelle amministrazioni pubbliche e, in generale, in tutti i sistemi professionali e gestionali manageriali e della loro interdipendenza rispetto ai risultati finali. In passato, nei sistemi professionali e in quello sanitario in particolare prevaleva il peso dei professionisti che tendevano ad essere autoreferenziali o ad adottare sistemi di «controllo tra pari» o di «cooptazione» che creavano problemi in relazione al fatto che ognuno di essi (o ogni équipe) tendeva ad operare in modo individuale (e individualistico) all'interno delle organizzazioni complesse. Era poco chiaro e a volte addirittura rifiutato, il principio secondo cui nelle realtà complesse i risultati si ottengono tramite la cooperazione e il rispetto di regole comuni.

In seguito, con l'affermarsi delle teorie aziendali e manageriali, si è diffusa la tendenza a dare grande e crescente peso ai fattori gestionali. Ciò ha portato in molti casi a pensare che la razionalizzazione gestionale e orga-

nizzativa potesse di per sé risolvere una serie di problemi di tutela della salute e di livelli di performance di aziende sanitarie e ospedaliere. Anche sul piano della carriera e dei sistemi retributivi si è spesso manifestata questa dicotomia con la prevalenza ora dell'una, ora dell'altra componente. Occorre invece ritornare a sottolineare con forza che professionalità medico-scientifica e professionalità economico-gestionale e manageriale concorrono a risolvere (positivamente o negativamente) i problemi di funzionamento delle strutture sanitarie. Anche nel caso delle code e dei ritardi occorre perciò valorizzare lo spirito di collaborazione e il coordinamento per ottenere positivi risultati.

Tuttavia, si deve riconoscere che lo studioso ha il compito più facile, in quanto può fare analisi, dare interpretazioni, suggerire soluzioni che in sé sembrano e sono facili, ma che diventano enormemente difficili da applicare nel concreto quando si ha a che fare con valori, comportamenti, attitudini, simpatie, antipatie, storie personali di individui che spesso dimenticano il fine per cui si lavora in sanità, quello di recuperare, mantenere, migliorare lo stato di salute dei propri simili, anche contribuendo ad eliminare code e ritardi nella erogazione delle prestazioni.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

I PROCESSI DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: PRIMI SPUNTI DI RICERCA

Mario Del Vecchio, Marta Barbieri

CeRGAS - SDA - Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La retribuzione integrativa: un modello di lettura - 3. Analisi comparativa del panorama nazionale - 4. Osservazioni conclusive

Performance evaluation and performance related pay are two key elements of the new contractual framework for all managerial positions in the Italian national healthcare system. Peculiar problems arise when the two elements (periodical scrutiny and variable pay) are applied to the CEOs of healthcare public organisations. The main problems are related on the one hand to the coexistence of technical, economical and political criteria for the evaluation and on the other to the difficulty of separating organisational performance from individual performance. The paper is articulated in four parts. The first two parts provide an analytical framework for the assessment of CEOs' performance. The third one analyses different regional arrangements. The fourth one proposes some conclusions and indications for change.

1. Introduzione

I processi di aziendalizzazione che hanno segnato la recente evoluzione del nostro Ssn si sono caratterizzati anche per un ampio uso del concetto di valutazione collegato alle *performance* delle persone. L'apparente successo del concetto, testimoniato dalla sua diffusione in molti dei meccanismi che dovrebbero regolare la vita del sistema e delle aziende, può essere agevolmente interpretato ponendo attenzione a un insieme di evoluzioni nei rapporti tra le aziende — includendo in tale termine anche la regione, o meglio, il gruppo sanitario pubblico regionale — e coloro i quali esercitano responsabilità gestionali. I principali cambiamenti in questione possono essere così riassunti (1):

— abbandono dei meccanismi concorsuali o para-concorsuali fondati sui principi di oggettività e «terzietà» di chi opera la selezione delle persone che a vario titolo vengono chiamate a coprire ruoli di direzione, abbandono che

ha spostato l'accento dalle procedure ai contenuti che qualificano la scelta;

— possibilità di variare le remunerazioni in relazione agli effettivi contenuti di responsabilità e ai risultati raggiunti, possibilità che ha posto concretamente il problema dei principi e strumenti ai quali ancorare l'esercizio della discrezionalità di chi manovra tali leve;

— aumento del reale grado di autonomia concessa alle aziende e, all'interno di queste, alle articolazioni organizzative, autonomia che necessita un bilanciamento in termini di responsabilizzazione e quindi di giudizio su come tale autonomia sia stata esercitata.

La previsione della valutazione, di un giudizio esplicito, razionalmente fondato, come elemento in grado al tempo stesso di assicurare la non arbitrarietà delle scelte in presenza di spazi crescenti di discrezionalità e di costituire uno strumento per orientare i comportamenti tramite gli effetti che alla valutazione conseguono, si è così prima diffusa negli istituti normativi e

contrattuali e successivamente ha cercato una sua concreta applicazione nelle pratiche di gestione.

Da un punto di vista sia logico che cronologico i primi ad essere investiti dall'innovazione sono stati i direttori generali delle aziende (Dg). L'effettiva aziendalizzazione, ma anche i significati simbolici ad essa attribuiti, hanno infatti fin da subito legittimato nei confronti di queste figure sia l'esercizio di una esplicita discrezionalità nei processi di selezione, sia il trasferimento di un vero e proprio «rischio imprenditoriale» per cui a fronte di risultati ritenuti insoddisfacenti veniva prevista e accettata la possibilità di essere rimossi dall'incarico (2). Da mo-

Sebbene il presente saggio sia frutto di un comune lavoro di ricerca i paragrafi 1, 2 e 4 sono da attribuirsi a M. Del Vecchio e il paragrafo 3 a M. Barbieri.

Il presente lavoro ha usufruito del fondo di ricerca del progetto CNR «Problemi prioritari e politiche di razionalizzazione del servizio sanitario nazionale»

menti a forte contenuto decisionale quali quelli della selezione e di una eventuale rimozione, l'idea della discrezionalità si è poi estesa al funzionamento fisiologico del rapporto tra governo regionale e Dg tramite l'introduzione della possibilità di attribuire una remunerazione aggiuntiva in relazione ai risultati raggiunti (3).

Una volta applicate le logiche appena descritte ai Dg, non è sorprendente che le stesse, con opportuni adattamenti, siano state poste a base delle nuove relazioni di lavoro tra l'azienda e i propri dirigenti. Così i contratti di lavoro hanno esplicitamente previsto l'attribuzione delle posizioni da parte dell'azienda, la possibilità di essere sollevati dall'incarico, il collegamento di parte della retribuzione al raggiungimento di obiettivi, con una enfasi sul concetto di valutazione che dovrebbe sorreggere l'insieme delle relative decisioni.

Nonostante le analogie tra impianto relativo ai Dg e quello dei dirigenti aziendali che ad essi rispondono, sarebbe fuorviante pensare di analizzare i rapporti di lavoro che caratterizzano le due categorie con i medesimi strumenti logici e operativi. Infatti, gli stessi elementi relativi alla selezione, valutazione ed eventuale revoca dagli incarichi assumono significati e vengono concretamente interpretati in maniera diversa perché profondamente diverso è il contesto nel quale si inseriscono. Per i Dg il contesto di riferimento si caratterizza infatti almeno per:

— un diretto e più intenso riferimento al livello politico e quindi alle dinamiche che guidano l'acquisizione del consenso e alle modalità che assicurano il temperamento dei diversi interessi che sull'istituto regionale convergono;

— la presenza a livello regionale di organi politici e strutture tecniche, con equilibri che possono variare anche

notevolmente nei diversi contesti e in diverse fasi temporali;

— l'esistenza di un rilevante insieme di relazioni formali e informali tra istituti (principalmente regione ed enti locali), il cui ruolo spesso non è influente negli orientamenti e nelle decisioni;

— il peso e la visibilità che le figure dei Dg spesso possiedono e l'entità delle responsabilità ad essi attribuite, responsabilità che possono estendersi oltre i soli risultati sanitari fino a comprendere l'influenza esercitata sulle condizioni generali di vita della popolazione (comprese quelle economiche) e che rendono particolarmente delicate le decisioni su tali soggetti;

— la pluralità dei piani rispetto ai quali è possibile apprezzare i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie pubbliche e la difficoltà, per ciascuno di essi, di definire sistemi di misurazione condivisi (4).

L'insieme di queste caratteristiche renderebbe particolarmente problematica una analisi di come si sono venute complessivamente sviluppando le relazioni tra livelli regionali e Dg. Da una parte, infatti, sarebbe necessaria una disamina delle relazioni e delle dinamiche politico-istituzionali che spesso danno il reale significato di alcune decisioni; dall'altra si tratterebbe di inserire scelte e decisioni nei quadri più ampi delle politiche generali di governo dei sistemi sanitari regionali. È necessario inoltre considerare come tale problematicità cresce al crescere dell'importanza e della «politicità» delle scelte, per cui decisioni quali scelta e rimozione dei Dg, in quanto si fondano su meccanismi meno analiticamente esplicitati di altre, per loro natura richiedono, per essere sufficientemente comprese, di una più estesa inclusione dei fattori politico istituzionali.

Sulla base di queste considerazioni, si è deciso qui di limitare l'indagine ad un aspetto specifico del rapporto di la-

voro dei Dg: quello rappresentato dai criteri che le regioni prevedono di utilizzare per determinare il premio integrativo rispetto alla normale retribuzione. Se tale scelta circoscrive in maniera rilevante il campo di indagine, essa consente di fornire una sistematizzazione di materiali di non agevole raccolta ed interpretazione, sistematizzazione che fornisce una base sufficiente per proporre alcune prime ipotesi circa le aree di maggiore criticità negli strumenti di orientamento e stimolo dei comportamenti dei Dg. Non bisogna infatti sottovalutare da una parte il valore segnaletico di tali documenti circa le effettive capacità di governo dei comportamenti espresse dalle regioni e dall'altra il contributo che un efficace sistema di incentivazione dei Dg può portare in termini di stimoli a bene operare.

In particolare, il contributo qui presentato si basa sull'analisi della documentazione messa a disposizione dalle singole regioni, successivamente integrata da una serie di interviste a funzionari e dirigenti degli assessorati alla sanità nonché a Direttori generali (5), e si propone di:

— presentare e applicare un modello di lettura di quanto previsto in tema di retribuzione integrativa dalle diverse regioni, segnalando anche quali variabili possano influenzare l'effettivo funzionamento dei sistemi di valutazione;

— fornire una rappresentazione comparativa dei sistemi regionali di valutazione ai fini dell'integrazione del trattamento economico in essere relativamente all'anno 2000 (6);

— evidenziare alcuni punti critici per i successivi sviluppi.

2. La retribuzione integrativa: un modello di lettura

Prima di analizzare i sistemi di valutazione dell'operato dei Dg è oppor-

tuno richiamare sinteticamente quale sia l'oggetto e i presupposti normativi.

In particolare, la retribuzione integrativa dei Dg è prevista dal DPCM 502/95 (recentemente ridiscusso) che all'art.1 comma 5 prevede la possibilità di integrare il trattamento economico di un'ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e del raggiungimento degli obiettivi fissati annualmente dalla Regione, misurati mediante appositi indicatori.

In linea generale, quasi tutte le regioni si sono mosse nel tentativo di progettare ed implementare sistemi di valutazioni per l'appunto finalizzati alla corresponsione della quota di incentivo ai Dg, evidenziando però non poche difficoltà per quanto concerne sia la strutturazione dei sistemi, sia l'effettivo grado di funzionamento degli stessi.

Dall'analisi dei diversi provvedimenti e dei possibili contesti regionali in cui i meccanismi devono trovare effettiva attuazione è possibile individuare alcuni gruppi di variabili il cui combinarsi configura sistemi orientati a logiche di funzionamento profondamente diverse. Tali insiemi di variabili o elementi qualificanti, che vengono di seguito analiticamente ripresi, possono essere ricondotti alle seguenti aree:

1) variabili che definiscono il contesto generale di gestione prevalente a livello regionale;

2) elementi che caratterizzano gli obiettivi e risultati attesi cui vengono agganciati i premi, le loro modalità di fissazione, il rapporto con altri sistemi di obiettivi utilizzati a livello regionale;

3) elementi che definiscono il peso attribuito all'effettivo raggiungimento degli obiettivi;

4) elementi che configurano possibili finalità attribuite al processo di valutazione;

5) variabili che rappresentano il gra-

do di sviluppo gestionale ed organizzativo a livello di singola azienda.

2.1. Il contesto generale della regione

I sistemi di valutazione e incentivazione dei Dg sono immersi in, e assumono connotazioni specifiche in relazione a, quello che può essere considerato il contesto più generale della gestione del «gruppo sanitario pubblico regionale», inteso come l'insieme delle aziende sanitarie pubbliche in ambito regionale e la regione stessa nel ruolo di capogruppo e di istituto pubblico sovraordinato alle singole aziende. Ogni gruppo pubblico regionale è caratterizzato da proprie peculiari condizioni di funzionamento in termini di ruolo esercitato dalle logiche e dinamiche istituzionali rispetto a quelle politiche, a quelle più prettamente aziendali o addirittura strettamente finanziarie. In altre parole, in ogni sistema regionale esiste un equilibrio implicito tra spinte diverse, che determina a sua volta i *mix* di risultati (risultati raggiunti sui diversi piani dall'azienda e da chi la dirige) ritenuti desiderabili o semplicemente accettabili. Per semplificare, in questa prospettiva vi sono sistemi regionali in cui il profilo politico dell'azione e i risultati in tale ambito raggiunti risultano determinanti ai fini della valutazione sostanziale dell'operato del Dg, o semplicemente di un rafforzamento della sua posizione. In altri sistemi, invece, il risultato politico, o l'aderenza alle regole istituzionali, contano meno rispetto al raggiungimento degli equilibri aziendali o addirittura degli equilibri di bilancio. Ora, i meccanismi di valutazione e ricompensa dei Dg, in quanto espliciti e formalizzati, non possono che fare riferimento agli aspetti aziendali ed economici dei risultati raggiunti e quindi la loro effettività — il ruolo sostanziale che essi possono giocare nell'orientare i comportamenti — dipende in una

certa misura dal peso di tali aspetti nel funzionamento complessivo del sistema. In questo senso la rilevanza dei meccanismi in questione è il frutto di un duplice passaggio: il primo è quello relativo al peso degli aspetti aziendali nelle logiche complessive di funzionamento del sistema sanitario regionale, il secondo attiene allo specifico ruolo dei meccanismi di valutazione e ricompensa all'interno delle logiche aziendali (7).

Posizionare i diversi sistemi regionali nella prospettiva indicata, e in particolare valutare le logiche prevalenti di guida del sistema, richiederebbe valutazioni complesse che esulano dalle finalità del presente lavoro, ma sul tema si vogliono qui proporre almeno due riflessioni che potrebbero risultare di qualche utilità nel discriminare i diversi contesti regionali.

La prima riguarda la questione delle informazioni. Affinché logiche e strumenti aziendali possano effettivamente avere un qualche peso nel governo delle aziende sanitarie è necessario che un *set* minimo di informazioni di sufficiente qualità sia disponibile con regolarità. In assenza di un sistema informativo regionale adeguatamente sviluppato — centrato sulle aziende, sui risultati che queste conseguono e sulle risorse che queste consumano — le valutazioni e le decisioni sulle aziende, e a maggior ragione quelle sui DG, finiscono inevitabilmente per essere largamente condizionate da logiche diverse da quelle aziendali. Su questo terreno, nonostante un costante e generalizzato progresso, molte regioni rimangono ancora sotto la soglia minima perché si possa parlare effettivamente di guida aziendale del gruppo pubblico. Il problema è che, per avere un vero sistema informativo, non è sufficiente predisporre «l'impianto regionale»: disponibilità, qualità e omogeneità dei dati necessari al governo regionale implicano un ana-

logo sviluppo dei sistemi informativi aziendali, e tale condizione non è di facile ottenimento. Si registrano così situazioni in cui processi di valutazione e decisioni sull'integrazione retributiva rischiano di essere palesemente irrilevanti a causa della debolezza o mancanza di una base minima di informazioni attendibili.

A testimonianza delle difficoltà menzionate è possibile citare l'esempio di una regione come la *Sicilia* la quale, nonostante gli indubitabili progressi sul fronte delle informazioni di governi fatti registrare negli ultimi anni, ancora recentemente in un provvedimento (2N20/5431 del 14 aprile 2000) scriveva: «... al fine di ottenere elementi e dati che in chiave oggettiva e sintetica, diano la dimostrazione dell'attività svolta e quindi si configurino come certificazione costante dei risultati ottenuti si rende necessario che i Direttori generali forniscano notizie documentate[su una serie di adempimenti specificati dal documento medesimo]».

La seconda, in parte collegata alla precedente, riguarda il ruolo delle misure e degli indicatori di risultato complessivo finale nei processi di valutazione e in quelli collegati di remunerazione. Nella valutazione della *performance* di ogni sistema aziendale un ruolo di notevole importanza è svolto dal rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti. Per le imprese, tipologia di azienda che opera sul mercato, la misurazione di tale rapporto è relativamente agevole e le sintesi di bilancio, che registrano costi e ricavi, rappresentano una fonte primaria per giudicare dei risultati complessivi della conduzione aziendale. Nel caso delle aziende pubbliche, e di quelle sanitarie in particolare, una misura oggettiva e di sintesi della *performance* non è logicamente disponibile. Bisogna però osservare che i processi di aziendalizzazione — e soprattutto i cambiamenti nei sistemi di finanzia-

mento e il passaggio alla contabilità economico-patrimoniale (8) — hanno considerevolmente aumentato la significatività delle rilevazioni economiche e dei bilanci come misure oggettive e di sintesi dei risultati complessivi. Sarebbe quindi lecito attendersi che, nelle valutazioni sull'operato di un Dg, uno spazio adeguato fosse riservato ai risultati aziendali come registrati dai sistemi di misurazione economica. Ciò non tanto perché le misure in questione possano esaurire tutti gli aspetti rilevanti del comportamento di un Dg, ma soprattutto perché all'interno di sistemi che faticosamente stanno percorrendo la strada dell'aziendalizzazione, non assegnare un giusto peso a misure oggettive e di sintesi dei risultati potrebbe finire per delegittimare tali misure e con esse la necessità di operare in un quadro di razionalità economica. Quanto appena affermato non intende sottovalutare l'importanza ai fini di una qualunque valutazione della considerazione di elementi non misurabili che attengono alla qualità degli equilibri raggiunti, o del raggiungimento di specifici obiettivi singolarmente individuati, ma vuole segnalare come, a meno di ipotizzare contesti molto maturi managerialmente e ad elevato grado di legittimazione delle logiche aziendali, uno spazio troppo ampio lasciato agli elementi menzionati potrebbe equivalere a dichiarare l'inconsistenza dei propri sistemi di misurazione o, addirittura, tradire la volontà di applicare, senza inutili ostacoli, logiche di natura diversa da quella aziendale.

2.2. *Gli obiettivi: identificazione e modalità di definizione*

Un secondo insieme di elementi che qualifica gli assetti regionali in relazione ai meccanismi in questione attiene agli obiettivi rispetto ai quali valutare e incentivare i Dg. Preliminar-

mente è opportuno osservare come l'impianto normativo di riferimento, in particolare il DPCM 502/95 e il D.Lvo. 229/99, colleghi la valutazione ai fini della conferma e quella per l'integrazione retributiva alla definizione di obiettivi da parte della regione.

È bene sottolineare, come verrà più avanti ripreso, come tale soluzione che spesso viene assunta come l'unica possibile, costituisca invece una scelta precisa. In effetti sia nel caso di una valutazione a fini di conferma che in quello di un giudizio cui collegare un incentivo retributivo è possibile ipotizzare sistemi in cui non vengono predefiniti i parametri (obiettivi o più genericamente criteri) rispetto ai quali verrà formulato il giudizio e/o assunta la decisione.

La predefinizione dei parametri può essere considerata sotto due differenti punti di vista. Da una parte, essa limita la discrezionalità del decisore, ancora il suo giudizio a quanto precedentemente concordato e consente un più facile scrutinio della decisione da parte di tutti i soggetti interessati. In pratica la limitazione può essere graduata andando dalla esclusione di qualsiasi discrezionalità, nel caso vengano definiti obiettivi quantitativi e stabilite a priori le conseguenze in relazione agli scostamenti osservati, fino a una quasi totale libertà nel caso in cui vengano fissati solo generici principi cui il decisore dovrà attenersi sia nella valutazione sia nella definizione delle conseguenze. Dall'altra, seleziona gli aspetti di maggiore interesse per il decisore e stimola il valutato a concentrarsi particolarmente su di essi, definendo esattamente il livello delle *performance* attese nel caso di obiettivi quantitativi, o segnalando gli aspetti «qualitativi» della *performance* da tenere in considerazione nel caso di criteri e principi. In questa prospettiva essa rappresenta uno strumento che consente di rendere più efficiente e fo-

calizzato il processo di orientamento dei comportamenti.

Pur nella schematizzazione dei due punti di vista, ciò che deve essere considerato è che l'esplicitazione preventiva nel primo caso è una garanzia per il valutato, mentre nel secondo è uno strumento per migliorare la capacità del sistema di orientare i comportamenti e stimolare gli sforzi in vista del raggiungimento dei risultati. Rimane da vedere se le previsioni normative, ma soprattutto le concrete attuazioni a livello regionale, abbiano privilegiato una visione rispetto all'altra.

Assumendo ora per scontata la ridefinizione degli obiettivi, i punti da considerare sono essenzialmente tre:

- 1) il rapporto tra gli obiettivi assegnati al Dg e quelli previsti per l'azienda;
- 2) la contestualizzazione di tali obiettivi;
- 3) la natura del processo di definizione degli obiettivi stessi.

Il primo punto muove dalla considerazione che dovrebbe esistere un insieme di processi attraverso i quali i sistemi regionali definiscono gli obiettivi che le aziende in quanto tali devono raggiungere. Si tratta del normale funzionamento dei sistemi di programmazione e controllo applicati al gruppo di aziende sanitarie pubbliche e più in generale di quella che è generalmente definita come programmazione regionale. Non sempre i processi in questione si articolano in maniera coerente e pervengono a momenti di sintesi in cui azienda e regione negoziano l'insieme degli obiettivi e delle condizioni necessarie per raggiungerli. Quando questo avviene è probabile che ci si trovi di fronte a sistemi di programmazione e controllo «robusti», in grado di guidare i comportamenti delle aziende. Nel caso contrario è l'azienda che tende a scegliere, tra gli obiettivi o vincoli formalmente definiti in processi diversi, quelli cui attribuire maggiore o minore rilevanza.

Gli obiettivi definiti per i Dg possono quindi essere, in una prima fattispecie, sostanzialmente sovrapposti a quelli dell'azienda, con un rimando diretto a un qualche documento o processo nel quale questi vengono definiti. Obiettivi posti all'azienda e obiettivi su cui il Dg viene valutato coincidono. A favore di tale soluzione sta la considerazione che se il sistema degli obiettivi aziendali, complessivamente inteso, rappresenta adeguatamente ciò che la regione si attende dall'azienda e la responsabilità del Dg è quella di guidare l'azienda verso il raggiungimento degli obiettivi, risulta naturale collegare il giudizio sul suo operato agli obiettivi aziendali e orientare il suo comportamento al perseguimento degli stessi.

In una visione parzialmente diversa, nel definire un sistema di orientamento dei comportamenti del Dg, è possibile partire dalla considerazione che l'insieme degli obiettivi aziendali come definiti dai diversi meccanismi di programmazione e controllo rappresenta un elenco tendenzialmente generico (quando non contraddittorio) di risultati da conseguire, rispetto ai quali è necessario operare una sorta di *fine tuning* (aggiustamento fine). L'individuazione degli obiettivi rispetto ai quali il Dg verrà valutato può consentire di comunicare le reali priorità attraverso la selezione degli obiettivi rilevanti e/o l'attribuzione ad essi di un sistema di pesi. Da questo punto di vista, il sistema degli obiettivi del Dg completa e specifica gli obiettivi aziendali. Bisogna inoltre considerare che i sistemi di incentivazione possono mirare non solo a intensificare gli sforzi degli individui verso il raggiungimento degli obiettivi, ma anche ad orientare le modalità che qualificano le azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi stessi (tipologia e qualità dei comportamenti messi in essere), per cui possono essere ipotiz-

zati obiettivi posti al Dg in quanto tale (Del Vecchio, 2000b). In questa visione obiettivi aziendali e obiettivi del Dg non possono essere completamente sovrapposti, ma presentano aree di sovrapposizione e aree di distinzione.

Una terza visione dà in qualche misura per scontato il massimo sforzo del Dg nel raggiungere gli obiettivi assegnati all'azienda o comunque non ritiene il sistema di incentivazione retributiva sufficiente a orientare i comportamenti in tale direzione. Il sistema degli obiettivi individuali in questo caso può essere del tutto sganciato da quelli definiti per l'azienda: si avranno così obiettivi del Dg direttamente riferiti alla sua azione e ai suoi comportamenti, focalizzati su come il ruolo viene interpretato, su aspetti della attività manageriale non direttamente catturabili dal sistema di misurazione dei risultati aziendali.

Il sistema di obiettivi, rispetto ai quali il Direttore generale verrà valutato per la corresponsione dell'integrazione, può quindi caratterizzarsi per essere totalmente o parzialmente sovrapposto agli obiettivi aziendali o, in alternativa, per essere completamente indipendente da questi ultimi. In particolare, alcune regioni quali l'*Emilia Romagna*, la *Lombardia*, il *Trentino*, il *Veneto* e la *Valle d'Aosta* presentano sistemi sovrapposti.

Consideriamo, ad esempio, il caso della regione *Lombardia*. La Giunta regionale stabilisce annualmente, sentito il Direttore generale, *gli obiettivi aziendali di interesse regionale*, stabilisce inoltre le modalità di verifica del loro raggiungimento e con il medesimo provvedimento determina la percentuale di incremento del compenso a titolo di incentivo. La stessa modalità e la stessa dicitura «obiettivi aziendali di interesse regionale» è utilizzata dalla regione *Emilia Romagna*.

Il *Friuli Venezia Giulia* presenta invece un sistema di obiettivi parzialmente so-

vrapposto agli obiettivi aziendali. Tale caratteristica può essere rilevata attraverso l'analisi della delibera di determinazione degli obiettivi medesimi.

Nella Del.GR 3963 del 15/12/200 del *Friuli Venezia Giulia*, nella parte riservata alla definizione dei criteri per la valutazione dei Direttori generali per la corresponsione annuale della quota integrativa al trattamento economico, vengono menzionati i documenti di riferimento per l'individuazione degli obiettivi e delle azioni delle aziende sanitarie. Nell'ambito di questi documenti vengono considerati, ai fini della distribuzione dell'incentivo, solo alcuni elementi che si ritiene incidano in maniera più significativa di altri nel funzionamento complessivo del Ssr.

Meno frequenti sono i casi di sistemi concepiti e realizzati in modo distinto. Ad oggi la *Toscana*, sembra essere l'unica regione che adotta un'impostazione di questo tipo.

Un secondo aspetto che consente di qualificare gli obiettivi presi a riferimento per la corresponsione dell'incentivo è quello relativo alla contestualizzazione degli obiettivi stessi, ovvero alla loro declinazione specifica rispetto al singolo Dg e alla situazione dell'azienda che è chiamato a dirigere. Una «personalizzazione» degli obiettivi è una conseguenza naturale dei sistemi in cui vige la sovrapposizione, anche parziale: gli obiettivi aziendali che scaturiscono dai sistemi di programmazione e controllo regionali tendono infatti per loro natura ad essere differenziati. Le ragioni a favore della contestualizzazione — per cui questa viene adottata anche in regioni, come il *Friuli Venezia Giulia*, che non hanno scelto la sovrapposizione — sono evidenti: essa consente da una parte di rendere più specifici e stringenti gli obiettivi, dall'altra di modularli in relazione alle reali possibilità di raggiungimento. Tali caratteristiche fanno in modo che sia possibile esercita-

re una pressione sui comportamenti potenzialmente maggiore e più precisamente orientata.

La scelta di non contestualizzare gli obiettivi dei Dg dovrebbe normalmente implicare la scelta di un sistema disgiunto e presupporre l'esistenza di un «robusto» sistema di programmazione e controllo a livello regionale, tanto robusto da rendere superflua anche una parziale ripresa degli stessi obiettivi su base individuale. Una volta verificata questa condizione, tale scelta sposta inevitabilmente la predefinizione dei parametri del giudizio dal piano degli obiettivi a quello dei principi e criteri, è infatti proprio questo passaggio che rende possibile l'identificazione di obiettivi generali applicabili a tutte le situazioni. Il vantaggio connesso alla definizione di principi e criteri per il giudizio è quello già menzionato dei margini di discrezionalità che questi lasciano al valutatore, margini che risultano tanto più utili quanto meno definibili a priori sono le traduzioni operative dei comportamenti desiderati. Sotto un profilo leggermente diverso, ma sostanzialmente equivalente, è possibile affermare che tanto più un ruolo è complesso e tanto più tramite il sistema incentivante si vogliono orientare i comportamenti complessivi delle persone nel ruolo, tanto più è necessario spostarsi verso la predefinizione dei criteri piuttosto che quella degli obiettivi. È bene sottolineare che le due condizioni operano congiuntamente, per cui anche in presenza di un ruolo complesso è possibile scegliere di focalizzare gli sforzi delle persone verso obiettivi puntuali. L'elemento critico, nella fattispecie appena menzionata, rimane quello di come assicurare una sufficiente tensione verso le finalità tale da scongiurare il rischio di comportamenti opportunistici (perseguimento degli obiettivi rispetto a quello delle finalità sottostanti).

Le regioni che hanno optato per si-

stemi non contestualizzati — con parametri per il giudizio sull'operato dei Dg generalmente inseriti tra gli obiettivi di salute e funzionamento sottoscritti all'atto della nomina — risultano essere *Abruzzo*, *Basilicata*, *Calabria*, *Lazio*, *Molise* e *Sicilia*. La regione *Toscana* si è anch'essa orientata verso un sistema di obiettivi di tipo indifferenziato, anche se per alcune aziende sono previsti obiettivi specifici agiuntivi.

Un terzo ed ultimo fattore che qualifica gli obiettivi è la natura del processo che porta alla loro definizione. Questo può essere maggiormente orientato a logiche di tipo *top down* in cui la regione, a partire da visioni forti degli equilibri da raggiungere a livello complessivo, impone gli obiettivi alle aziende e ai Dg, ovvero maggiormente orientato a logiche *bottom up*, o negoziali in genere, in cui si perviene alla fissazione degli obiettivi attraverso un dibattito in cui i diversi punti di vista cercano e trovano un equilibrio. Laddove è riscontrabile una differenziazione degli obiettivi assegnati ai Dg (sovrapposti o parzialmente sovrapposti a quelli aziendali) non è comunque facile discriminare nelle concrete situazioni tra le due logiche, dovendosi valutare sia gli aspetti formali che le effettive risorse di potere che i diversi attori riescono a mettere in campo.

È certamente più facile indicare gli esiti attesi dell'adozione di una logica rispetto all'altra. Processi di tipo *top down* esprimono normalmente gradi maggiori di razionalità *ex ante* e di ambiziosità dei livelli di risultato previsti, elementi positivi che vengono però scontati con un minore effetto motivante che deriva dallo scarso coinvolgimento di chi quegli obiettivi deve perseguire. I processi *bottom up*, al contrario, garantiscono generalmente una maggiore motivazione dei soggetti e realistica degli obiettivi, ma da

una parte risultano più laboriosi nella loro genesi e nella riconduzione dei risultati finali della negoziazione a un quadro di compatibilità complessive e dall'altra possono peccare di eccessiva «realisticità» ovvero pervenire a risultati che risultano poco «sfidanti».

La *Lombardia* ed il *Veneto* si caratterizzano per la sovrapposizione degli obiettivi aziendali agli obiettivi del Direttore Generale anche al fine dell'integrazione economica. In *Lombardia* gli obiettivi e gli indicatori sono determinati ed opportunamente pesati (ovviamente tenendo conto delle eventuali differenziazioni a livello di singola azienda), *ex ante* a livello centrale prevedendo una limitata possibilità di negoziazione con i singoli Dg; in *Veneto* è prevista una partecipazione maggiore della singola azienda che, sulla scorta degli obiettivi generali definiti a livello centrale, provvede alla relativa contestualizzazione (anche per quanto concerne il sistema di pesatura) che viene poi discussa in occasione del parere di congruità. Il sistema in vigore in *Emilia Romagna* presenta caratteristiche simili a quello lombardo, ovviamente per quanto concerne la logica prevalente ed il grado di coinvolgimento aziendale.

2.3. Effetti e rilevanza attribuita al raggiungimento degli obiettivi

Una terza area di caratteristiche che contribuisce a definire un sistema regionale di obiettivi e premi per l'azione dei Dg è quella che rimanda alla solidità del meccanismo, a un suo ordinato ed efficiente funzionamento, ad una sua autonoma funzione nel quadro dell'insieme degli strumenti di governo dei comportamenti.

Un primo fattore da considerare è la chiarezza del meccanismo di valutazione e incentivazione, la circostanza cioè che le «regole del gioco» siano sufficientemente definite e conosciute dai diversi attori coinvolti. In molte regioni la sovrapposizione di istituti e strumenti diversi previsti dalla nor-

mativa non è stata risolta con scelte chiare e definite, tradotte in meccanismi che rendessero esplicite premesse e conseguenze dei sistemi adottati. I diversi attori finiscono quindi per avere percezioni diverse non solo di ciò che può conseguire alla verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi, ma anche di quelli che sono gli obiettivi significativi o i principi adottati per la valutazione. Una situazione come quella descritta, quando non testimonia una sostanziale irrilevanza attribuita allo strumento — per cui non si ritiene di dovere investire energie organizzative per concordare le regole del gioco e assicurare interpretazioni condivise — non consente alcun orientamento dei comportamenti e anzi produce atteggiamenti difensivi che ostacolano lo sviluppo di positivi rapporti tra quella che può essere considerata la proprietà (la regione) e il vertice aziendale.

Nella stessa prospettiva, un secondo elemento su cui conviene richiamare l'attenzione è quello dei sistemi di controllo e verifica dei risultati. Qualunque sia la tipologia di obiettivi e criteri a cui vengono collegati gli strumenti di valutazione e incentivazione, è evidente la necessità di predisporre le condizioni per potere effettuare con ragionevole attendibilità la verifica del raggiungimento dei risultati o potere applicare i principi utilizzando un insieme di informazioni sufficienti e sufficientemente verificate. Da questo punto di vista, predefinire obiettivi e principi e preoccuparsi, come in qualche regione avviene, solo alla scadenza prevista per la valutazione di chiedere agli stessi soggetti valutati di fornire le informazioni necessarie è un comportamento significativo. Non testimonia, da parte di chi vuole utilizzare lo strumento della valutazione e dell'incentivazione, di una eccessiva importanza attribuita al raggiungimento degli obiettivi o alla messa in

atto comportamenti coerenti con i principi di verifica stabiliti. Nel peggiore dei casi la sottovalutazione del problema dei sistemi di verifica può tradire la necessità di mantenersi adeguati gradi di libertà per potere utilizzare criteri diversi da quelli dichiarati, manipolando le verifiche affinché producano i risultati desiderati.

Quest'ultima considerazione conduce a un terzo e più generale fattore che qualifica i sistemi in questione. Evidentemente, nei meccanismi di valutazione e ricompensa di figure di vertice di importanti aziende pubbliche, come i Dg delle Asl e delle Ao, non possono mancare considerazioni che provengono dalla sfera politica e istituzionale. Così, a meno di non volere ricondurre valutazione e premio a una prospettiva molto angusta, è difficile immaginare, ad esempio, che la capacità di mantenere le relazioni con il contesto politico e sociale o in alcuni casi, la necessità per la regione di rafforzare il prestigio del Dg nei confronti delle istituzioni locali non intervengano nel processo. Ipotizzare che queste sfere non giochino nessun ruolo a favore di un preteso modello aziendale puro, non solo è irrealistico nella maggior parte delle fattispecie concretamente riscontrabili, ma è anche concettualmente sbagliato, in quanto non riconosce profili di risultato che sono rilevanti per aziende istituzionalmente connotate come pubbliche. Ciò che invece è lecito attendersi è un equilibrio positivo nel concorso delle diverse sfere ai processi di valutazione e definizione delle ricompense. Tale equilibrio positivo si realizza solo in presenza di una certa chiarezza nella distinzione tra le diverse possibili fonti del giudizio e delle decisioni. Nei casi in cui ciò non sia del tutto possibile — nei casi in cui si debba incorporare un certo grado di «politicalità» in meccanismi che dovrebbero essere prevalentemente aziendali

— è necessario che i sistemi aziendali siano sufficientemente robusti per potere giocare un ruolo significativo in confronto a esigenze e pressioni che rischiano altrimenti di risultare preponderanti. Un sistema robusto dal punto di vista aziendale implica che tutti i diversi momenti del processo (definizione degli obiettivi e/o dei criteri di valutazione, raccolta dei dati e delle informazioni, analisi dei dati e delle informazioni, valutazione e attribuzione dell'incentivo) siano presenti e opportunamente presidiati.

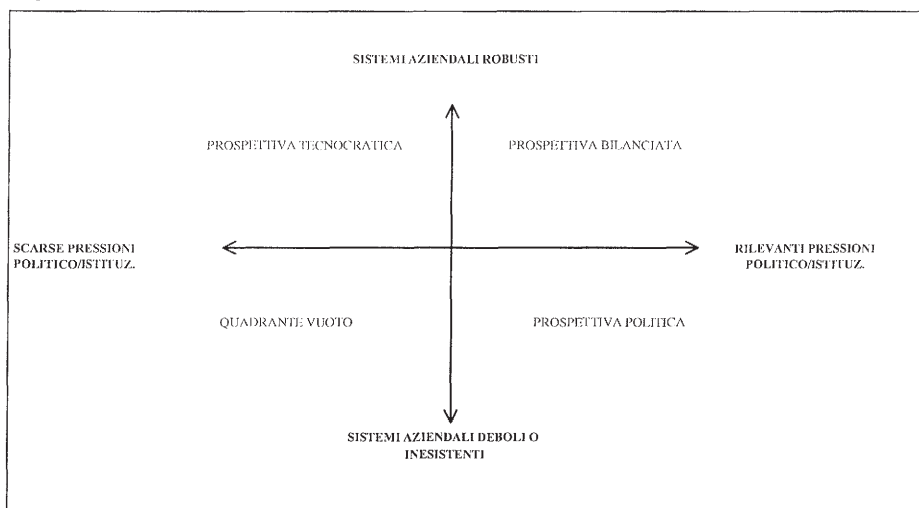
Un sistema che si presenta come particolarmente robusto dal punto di vista aziendale è quello dell'*Emilia Romagna*: ogni azienda negozia infatti a più riprese con la regione da una parte gli obiettivi complessivi in termini di risultati economici e dall'altra un insieme di obiettivi specifici che vengono riassunti nel Piano delle azioni. Gli obiettivi contenuti in quest'ultimo documento sono presi come riferimento per la valutazione. Il sistema informativo regionale, particolarmente sviluppato, supporta adeguatamente sia la fase di negoziazione che quella di valutazione.

L'intero ragionamento può essere in parte rappresentato nella figura 1 in cui vengono identificate tre diverse aree

tramite due dimensioni: la prima dimensione esprime la presenza e l'intensità delle logiche politiche e istituzionali, la seconda la robustezza dei sistemi aziendali e quindi il grado di influenza che essi possono esercitare. Il quadrante in basso a sinistra risulta vuoto, in quanto connoterebbe una situazione di completa assenza di qualunque forma di governo del sistema sanitario regionale nel suo complesso. Il quadrante in alto a sinistra (prospettiva tecnocratica) rappresenta una situazione di assenza di considerazioni e spinte di tipo politico e istituzionale e di assoluta prevalenza di una «neutrale» applicazione della sequenza obiettivi, informazioni e valutazione. Tale prospettiva viene considerata da una parte irrealistica — e quindi una eventuale rappresentazione della realtà in questi termini tenderebbe a nascondere l'intervento politico e una possibile manipolazione dei meccanismi aziendali — o comunque non desiderabile in quanto non tiene conto adeguatamente della natura istituzionale di queste aziende e della necessità di contemperare nella gestione obiettivi e criteri diversificati. Il quadrante in basso a destra (prospettiva politica) rappresenta l'opposto del primo. In

questo caso la debolezza dei sistemi aziendali comporta una netta prevalenza delle logiche politiche ed istituzionali le quali però sono in grado di cogliere solo una parte dei risultati aziendali (il consenso comunque generato), parte, peraltro, non sempre direttamente correlata al perseguimento delle finalità istituzionali. Il rischio connesso a tale quadrante è quello di una distorsione dei comportamenti dei Dg che possono essere gradualmente condotti a ricercare la legittimazione sul piano delle relazioni politiche e del consenso piuttosto che su quello più proprio dei risultati aziendali. Il quadrante in alto a destra sintetizza le componenti di una prospettiva bilanciata, in cui un sistema aziendale ben strutturato di definizione dei parametri di valutazione e di raccolta e analisi dei dati e delle informazioni pertinenti è in grado di bilanciare le spinte provenienti da valutazioni di altro tipo. Si tratta nei casi migliori di un equilibrio dinamico in cui le spinte aziendali costringono i giudizi politici a ricercare continuamente una loro fondatezza e le spinte politiche obbligano i sistemi aziendali a progredire nella ricerca di strumenti sempre migliori nella rappresentazione dei risultati e nell'orientamento dei comportamenti.

Figura 1 - Orientamento dei sistemi di valutazione



2.4. Finalità prevalenti dei sistemi di valutazione

Si è già avuto modo di osservare come il concetto di valutazione si sia ampiamente diffuso nelle norme che regolano le aziende sanitarie pubbliche e nei loro concreti modelli di funzionamento. Purtroppo a tale diffusione del concetto non è probabilmente corrisposta una riflessione adeguata che ne chiarisse i contorni, le finalità, gli strumenti. Sicuramente è stato positivo l'aver adottato e diffuso il principio della responsabilizzazione, che chiunque abbia delle posizioni di re-

sponsabilità debba periodicamente essere sottoposto a uno scrutinio attento — tanto più attento quanto maggiori sono le responsabilità e i poteri conferiti — su come abbia esercitato il ruolo affidato e quali risultati abbia conseguito. Meno positivo — ma probabilmente fisiologico, considerata la portata dell'innovazione — è il fatto che una scarsa attenzione sia stata prestata ai diversi significati che il termine necessariamente assume quando viene inserito in processi decisionali di contenuto differenziato.

Oltre a quella spesso implicita che porta alla selezione, nell'assetto attuale la valutazione viene infatti prevista, per l'attribuzione del premio retributivo, per la conferma nell'incarico dopo diciotto mesi e nel momento in cui viene decisa una eventuale rimozione. Se si considerano i due processi principali, quello relativo alla conferma e quello relativo al premio retributivo, è difficile pensare che periodicità, approfondimento, basi e criteri di giudizio possano nei due casi sovrapporsi esattamente. Nel primo caso lo scopo principale è quello di «valutare a tutto tondo» le attitudini a ricoprire il ruolo di Dg nella specifica azienda, apprezzamento dal quale può scaturire una decisione radicale. Il significato dello strumento assume un carattere decisamente punitivo. Nel secondo caso la valutazione è pensata per orientare i comportamenti, stimolare gli sforzi, rinforzare interpretazioni del ruolo che si ritengono positive. Lo strumento opera quindi tendenzialmente in maniera più selettiva e tramite incentivi piuttosto che minacce. La convergenza di più processi in un'unica procedura di valutazione se può evitare segnali contrastanti e la messa in atto di sistemi inevitabilmente complessi, sconta una carenza di selettività per cui la convivenza di più finalità viene garantita da una genericità degli strumenti utilizzati.

In molte regioni italiane i rapporti

tra i diversi momenti di valutazione non sono ancora del tutto chiari o sufficientemente consolidati nella pratica. È possibile in prima approssimazione distinguere tra regioni come:

— *Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Puglia, Umbria, Veneto* dove il meccanismo più rilevante è quello relativo alla conferma a 18 mesi del Direttore generale, meccanismo basato sugli obiettivi di salute e funzionamento stipulati al momento del contratto; a tale valutazione è poi collegata la corresponsione dell'integrazione economica;

— *Lombardia e Piemonte*, che hanno adottato sostanzialmente lo stesso approccio delle precedenti con l'unica variante che la valutazione per conferma e premio avviene su base annuale, caratterizzandosi così per una enfasi particolare sulla possibilità di rimozione;

— *Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Toscana, Trentino, Valle d'Aosta*, che in varie forme hanno optato per una separazione tra i diversi meccanismi di valutazione.

2.5. Grado di sviluppo gestionale ed organizzativo a livello di azienda

Un quinto e ultimo insieme di elementi in grado di influenzare la struttura dei sistemi di valutazione e ricompensa dei Dg è relativo al grado di sviluppo gestionale ed organizzativo delle aziende. Con tale espressione viene qui inteso il livello di controllo dei propri processi raggiunto dall'azienda, che dipende a sua volta da una pluralità di fattori, inclusi l'introduzione e il grado di evoluzione dei meccanismi operativi, una equilibrata distribuzione delle responsabilità e dei poteri, le capacità e le competenze delle persone che compongono l'organismo personale e il loro continuo miglioramento. Il grado di sviluppo gestionale ed organizzativo delle azien-

de nel loro complesso e di ogni singola azienda influenza i sistemi di cui qui si tratta in almeno tre direzioni.

La prima, più evidente, è quella della disponibilità di un sistema informativo sufficientemente attendibile, tale da rendere significativa l'attività di negoziazione o definizione degli obiettivi e di valutazione del raggiungimento degli stessi. In assenza di un sistema informativo aziendale adeguato in termini di affidabilità e tempestività delle informazioni, che possa fungere da base per quello più generale a livello regionale, non solo la valutazione diventa un esercizio segnato da livelli troppo elevati di soggettività, ma vengono a mancare i riferimenti indispensabili per la stessa definizione degli obiettivi.

La seconda fa riferimento alla considerazione che definire obiettivi e valutarne il conseguimento ha un senso effettivo solo nella misura in cui esista un minimo grado di controllo sui fenomeni di cui gli obiettivi costituiscono la rappresentazione sintetica. È necessario quindi che le aziende abbiano sviluppato alcuni meccanismi, e in particolare i sistemi di programmazione e controllo, in grado di orientare il funzionamento aziendale affinché incentivi e stimoli possano modificare e orientare l'attività di conduzione dell'azienda e non solo quella relativa al *reporting* formale dei risultati ottenuti. In altre parole, tanto più deboli sono i meccanismi di governo dell'azienda e la conseguente capacità di questa di controllare i fenomeni reali, tanto maggiore è il rischio di stimolare una «deflezione dagli obiettivi», di orientare i comportamenti verso un formale raggiungimento degli obiettivi stessi, ignorando il perseguimento delle finalità sottostanti rispetto al quale nella fattispecie prospettata non risulterebbero esservi strumenti disponibili.

La terza — e probabilmente più rilevante — direzione in cui lo sviluppo dei sistemi di gestione esercita una in-

fluenza è in parte collegata alla precedente ed è relativa al rapporto tra azione del Dg e perseguimento dei risultati aziendali. Se il sistema di valutazione e retribuzione non vuole fare riferimento solo ai comportamenti o in alcuni casi addirittura ai soli adempimenti messi in atto dai Dg, ma vuole considerare anche i risultati conseguiti è necessario che esista una relazione tra azioni poste in essere da chi ha la responsabilità dell'azienda e i risultati stessi. Non avrebbe infatti senso stimolare il perseguimento di obiettivi se il Dg non disponesse di strumenti in grado di governare i comportamenti aziendali. Il problema del rapporto tra capacità e comportamenti di chi dirige e i risultati conseguiti dalla struttura affidatagli non è dei più semplici, ma la sua configurazione risulta di fondamentale importanza per ogni sistema di ricompensa. Posto che un sistema aziendale per essere tale, e non un coacervo di processi scoordinati, deve avere un sufficiente grado di sviluppo di meccanismi di governo che consentano alle persone poste ai differenti livelli di esercitare i propri poteri e le proprie responsabilità, non è sempre utile sovrapporre completamente *performance* individuali e risultati gestionali, ovvero fare coincidere completamente la valutazione di un Dg con i risultati ottenuti dall'azienda. Si tratta di bilanciare opportunamente due esigenze diverse: quella di spingere i comportamenti e gli sforzi verso l'ottenimento dei risultati come misurati dai sistemi aziendali e quella di discernere l'effettivo contributo dell'individuo al conseguimento di tali risultati, al fine di preservare un grado di equità necessario al buon funzionamento di ogni sistema di ricompensa.

3. Analisi comparativa del panorama nazionale

Le riflessioni fin qui proposte non

implicano che regioni che condividono i medesimi approcci sviluppino sistemi coincidenti. Infatti, i sistemi regionali possono essere più puntualmente descritti e quindi differenziati sulla base di una serie di variabili qualificanti. Quelle prese in considerazione per fornire una prima ricognizione a carattere nazionale (relativa all'anno 2000 se non diversamente specificato) fanno riferimento a:

1) il momento di formale definizione degli obiettivi: prima, o comunque entro un intervallo di tempo limitato (3 mesi), dell'inizio del periodo oggetto di verifica;

2) il numero di obiettivi previsti: la maggiore o minore articolazione del sistema di obiettivi è un aspetto rilevante nella realizzazione di sistemi di valutazione;

3) la presenza di un sistema esplicito di indicatori ed eventualmente di risultati attesi: tale sistema si intende dichiarato *ex ante*;

4) la presenza di un obiettivo minimo da raggiungere sia per la riconferma (nel caso in cui i due sistemi coincidano) che per l'attribuzione dell'incentivo;

5) la presenza di una scala di valutazione esplicita degli obiettivi dichiarata *ex ante*;

6) la presenza di una modalità esplicita di distribuzione del trattamento economico dichiarata *ex ante*.

Una tavola riassuntiva di tutte le variabili appena menzionate per le 18 tra regioni e province autonome considerate viene presentata in allegato, mentre di seguito vengono separatamente analizzate tutte le variabili.

3.1. Analisi delle variabili considerate

Momento di definizione degli obiettivi. La prima variabile presa in esame nella fase di analisi fa riferimento al momento della definizione degli obiet-

tivi. Lo scopo dell'indagine su tale variabile è quella di verificare l'esistenza di ritardi nella fissazione degli obiettivi. Non è infatti infrequente nell'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche che obiettivi previsti da meccanismi di gestione vengano sostanzialmente fissati *ex post*. Se si assume come tempo limite per una corretta fissazione degli obiettivi una data non successiva ai tre mesi dall'inizio del periodo sottoposto a verifica, l'analisi ha evidenziato come quattro regioni abbiano superato tale limite.

Sulla base di quanto osservato *Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia (9), Lombardia e Sicilia*, hanno provveduto alla definizione degli obiettivi successivamente ai primi tre mesi dell'anno di riferimento anche se, il dilatarsi dei tempi di identificazione è da ricondursi a situazioni differenziate.

Nel caso della regione *Lombardia*, il ritardo è stato determinato dalle elezioni regionali, e quindi dalle nuove nomine dei Dg, che hanno ritardato la normale gestione; infatti, per quanto concerne l'anno 2001, ovvero l'anno successivo a quello preso in considerazione ai fini della presente analisi, gli obiettivi sono stati fissati già a dicembre 2000; pertanto il ritardo sulla definizione per l'anno 2000 sarebbe da ricondursi ad un evento particolare.

Rispetto al *Friuli Venezia Giulia*, per l'anno 2000 gli obiettivi sono stati esplicitati a dicembre del medesimo anno. Normalmente gli obiettivi sono individuati prima della fine del periodo soggetto a valutazione, anche se successivamente ai primi tre mesi dell'anno. È comunque opportuno sottolineare come in *Friuli Venezia Giulia* gli obiettivi su cui il Dg viene valutato siano solo alcuni del ventaglio di obiettivi aziendali individuati già in sede di programmazione dell'attività.

La *Sicilia* si differenzia ulteriormente dai due casi precedenti poiché gli obiettivi del 1999 (anno preso in

considerazione) sono stati definiti ad aprile 2000; ovviamente la regione emana provvedimenti di indirizzo e programmazione durante l'anno, provvedimenti che costituiscono un punto di riferimento generale per i Dg, ma gli obiettivi formalmente definiti ai fini della corresponsione del 20% sono stati definiti *ex post*. Bisogna ad ogni modo sottolineare lo sforzo recente da parte della regione, di redigere documenti di programmazione già in parte contenenti alcuni obiettivi per i Dg (Direttiva di assegnazione quota FSR di parte corrente - Anno 2001).

Per quanto concerne l'*Emilia Romagna*, infine, bisogna sottolineare che anche se è stata riscontrata una formale definizione degli obiettivi dopo l'intervallo qui assunto come limite, la definizione formale si pone a valle di un lungo e intenso processo negoziale per cui gli obiettivi sono sostanzialmente conosciuti ben prima della conclusione dell'*iter*.

Numero di obiettivi. Nell'individuazione degli elementi di indagine, il numero degli obiettivi è parso fin dalle prime fasi della ricerca un elemento critico e origine di posizioni controverse. Nella tabella 1 si riporta un raggruppamento delle regioni in funzione del numero di obiettivi esplicitati.

La definizione di un numero adeguato di obiettivi rimane un problema di difficile soluzione in termini assoluti. Se con un numero elevato di obiettivi si cerca di coprire meglio la complessità di quanto viene richiesto, l'elevato insieme di condizioni che devono trovare il loro temperamento nella gestione, è d'altra parte vero che al crescere dell'articolazione degli obiettivi:

— gli sforzi sono ripartiti su più elementi piuttosto che essere concentrati su pochi punti chiave; gli obiettivi tendono perciò ad assumere piuttosto la configurazione di vincoli da rispettare;

— diminuisce la possibilità di esprimere giudizi univoci e oggettivamente fondati sull'insieme dei risultati raggiunti, e con ciò viene tendenzialmente a diminuire il potere di orientamento dei comportamenti del sistema nel suo complesso.

Con un ventaglio più ristretto di obiettivi, d'altra parte si perseguono i vantaggi della focalizzazione — pochi obiettivi con elevato potere di orientamento — ma aumentano i rischi connessi a una eccessiva attenzione dedicata ai pochi obiettivi esplicitati a scapito di tutte le aree di funzionamento che non trovano espressione adeguata negli obiettivi di sintesi.

Qualunque sistema venga adottato, la sua coerenza con le condizioni di contesto andrà comunque valutata in relazione a:

— configurazione complessiva del sistema sanitario regionale, nel senso che alcune scelte di assetto (dimensioni delle aziende, regole di finanziamento, specializzazione delle missioni aziendali, gradi di competizione)

possono rendere più giustificato e significativo l'utilizzo di indicatori di sintesi rispetto ad altre;

— esistenza di altre condizioni e meccanismi che orientano il comportamento del Dg verso il raggiungimento delle finalità aziendali: tanto maggiore è tale orientamento, o la pressione che altri meccanismi esercitano in tale direzione, tanto minore è il rischio che a fronte di pochi obiettivi esplicitati si possano registrare comportamenti opportunistici;

— effettiva necessità di concentrare sforzi e attenzioni su pochi e selezionati insieme di obiettivi rispetto al complesso dei risultati istituzionalmente previsti;

— stadio di evoluzione dei sistemi informativi regionali e aziendali rispetto al quale è necessario valutare quantità e qualità delle informazioni richieste dalle due scelte possibili.

Presenza di indicatori. Si è già avuto modo di osservare come i parametri per il giudizio possano essere più o me-

Tabella 1

Numero obiettivi	Numero di regioni	Regioni
0-10 (basso)	5	Friuli VG, Liguria, Molise, Piemonte, Umbria
11-20 (medio)	8	Abruzzo, Basilicata, Campania, Lombardia, PA Trento, Puglia, Sicilia, Toscana
>21 (alto)	5	Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Valle d'Aosta, Veneto

Tabella 2

Presenza indicatori	Numero di regioni	Regioni
SI	13	Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, PA Trento, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto
NO	5	Abruzzo, Campania, Molise, Puglia, Sicilia

no precisamente individuati ex ante, posizionandosi le diverse situazioni in un *continuum* che va dalla precisa identificazione degli obiettivi richiesti, alla semplice predefinizione dei criteri che verranno utilizzati per il giudizio, con questi ultimi che possono, a loro volta, essere definiti in termini precisi o generici. La classificazione delle regioni che è stata qui operata (vedi tabella 2) ha preso come base di riferimento la presenza esplicita di indicatori definiti *ex ante* che qualificassero gli obiettivi o specificassero i criteri per il giudizio. Si tratta di una classificazione che seppure influenzata da una certa soggettività, tende a segnalare le regioni che definendo i parametri più genericamente delle altre, si sono conservate in sede di valutazione un maggiore grado di discrezionalità.

Gli indicatori di verifica del raggiungimento degli obiettivi possono essere riportati in modo più o meno generico da parte delle singole regioni. A titolo di esempio si riportano di seguito alcuni casi relativi alle modalità con cui diverse regioni hanno interpretano il concetto di indicatore.

A un obiettivo quale «sviluppo del sistema di controllo di gestione» in una regione è stato associato come indicatore «numero di centri di responsabilità monitorati», mentre in un'altra quello più generico relativo alla «attivazione del processo di budget». Un obiettivo del tipo «incremento popolazione assistita in ADI» è stato verificato da regioni diverse tramite l'indicatore «superamento della quota del 3% di assistiti», mentre in altre si è ritenuto sufficiente la «trasmissione del progetto di realizzazione». Una ha poi definito come indicatore «l'avvio del programma». Sempre in materia di assistenza domiciliare una regione ha previsto come obiettivo quello di «privilegiare il polo dell'assistenza domiciliare» senza alcuna menzione di in-

dicatori di verifica, ed è stata pertanto inserita nella seconda riga della tabella 2. Sempre tra le regioni prive di indicatori è stata inserita una regione che per molti obiettivi richiedeva «atti comprovanti l'avvenuto raggiungimento dell'obiettivo».

Pesatura degli obiettivi. La variabile identificata prende in considerazione l'esistenza o meno di un sistema esplicito di pesatura degli obiettivi dichiarato *ex ante*, in concomitanza con la fissazione degli obiettivi. La tabella 3 propone un'articolazione delle regioni indagate in funzione dell'esplicitazione o meno del peso degli obiettivi e, nello specifico, dell'individuazione di pesi omogenei o differenziati a seconda dell'obiettivo. Il grado di discrezionalità nella valutazione è infatti influenzato anche dalla presenza o meno di un peso esplicitamente attribuito ai diversi obiettivi o criteri.

A livello regionale si manifestano situazioni diverse: ci sono casi in cui tutti gli obiettivi hanno uguale peso, altri in cui è differenziato ed altri anco-

ra dove la variabile non sembra essere stata esplicitamente affrontata. La pesatura è comunque un elemento importante, poiché al pari del numero di obiettivi può essere considerata un fattore che orienta le scelte dei Dg. Una regione, infatti, può prevedere un numero medio o elevato di obiettivi (ad esempio 30), ma se di questi 5 pesano per il 50 % il sistema risulta maggiormente orientativo, per i DG destinatari dello stesso, piuttosto che in presenza di 30 obiettivi di pari peso.

Presenza di una soglia minima. La soglia minima rappresenta un obiettivo minimo che deve essere raggiunto per avere diritto alla corresponsione in tutto o in parte dell'incentivo, o al mantenimento della carica. Nella griglia riportata (tabella 4) sono identificate sia le regioni che in modo chiaro prevedono un punteggio o un obiettivo minimo da raggiungere, sia le regioni che a priori non individuano tale soglia minima.

La soglia minima può essere configurata in modo diverso a seconda del

Tabella 3

Peso obiettivi	Numero di regioni	Regioni
Uguali	4	Abruzzo, Lazio, Molise, PA Trento
Differenziati	6	Emilia Romagna, Friuli VG, Lombardia, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta
Non specificato	8	Basilicata, Calabria, Campania, Liguria, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto

Tabella 4

Soglia minima	Numero di regioni	Regioni
SI	10	Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana
NO	8	Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, PA Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto

più generale sistema di obiettivi ed indicatori. Un sistema articolato in termini di indicatori e relativi pesi può prevedere una soglia minima in termini di punteggio definito dalla sommatoria della quota parte del punteggio raggiunto per ogni obiettivo, altri sistemi contemplano uno o più obiettivi essenziali il cui mancato raggiungimento sancisce la non corresponsione dell'integrazione economica.

Nel caso della regione *Lombardia*, ad ogni categoria di obiettivo viene attribuito un punteggio (ad esempio aziendalizzazione punteggio 10), al suo interno l'obiettivo «sistema informativo» pesa per il 15% ed è ulteriormente articolato in sottobiettivi dai pesi diversi (ad esempio «sistema informativo epidemiologico» peso 5%). Al termine del periodo di riferimento per ogni obiettivo vengono fatti gli opportuni calcoli e si determina quanta parte del punteggio della categoria è stato raggiunto; sommando, quindi, i punteggi di tutte le categorie si ottiene il punteggio definitivo. La regione *Piemonte* stabilisce ad esempio che l'attribuzione del 30% del compenso incentivante è da collegarsi al raggiungimento dell'«obiettivo economico finanziario». Ancora, la regione *Liguria* precisa che il mancato conseguimento dell'obiettivo «raggiungimento dell'equilibrio di bilancio» comporta la decadenza dell'incarico di Dg.

Scala di valutazione degli obiettivi. Un'ulteriore variabile caratterizzante i vari sistemi regionali fa riferimento alla presenza o meno di una scala di valutazione degli obiettivi definita *ex ante*. Nella tabella 5 si riportano le regioni classificate in funzione della presenza o meno di scale di valutazione.

L'esistenza di una scala di valutazione implica che per ogni obiettivo sia possibile quantificare e qualificare il

grado di raggiungimento dello stesso. Alcune regioni individuano vere e proprie scale quali ad esempio «obiettivo raggiunto, parzialmente raggiunto e non raggiunto» oppure «obiettivo insufficiente, sufficiente ma inferiore ai risultati attesi, sufficiente e corrispondente ai risultati attesi, positivo e superiore e positivo e decisamente superiore ai risultati attesi». Affinché sia possibile affermare che quelle indicate rappresentino vere e proprie scale è però necessario che siano individuati a priori sottobiettivi, azioni/attività ed eventuali indicatori con relativi pesi che qualificano il grado di raggiungimento dell'obiettivo. Pertanto, sono state fatte rientrare tra le regioni in possesso di scale solo gli enti che dichiarano *ex ante* esplicite ed analitiche modalità di verifica dei risultati.

Modalità di distribuzione del trattamento economico. L'ultima variabile presa in considerazione fa riferimento all'esplicitazione delle modalità di distribuzione del trattamento economico. La tabella 6 riporta un raggruppa-

mento delle regioni in funzione della presenza o meno di una regolamentazione in materia di distribuzione dell'incentivo dichiarata *ex ante*.

L'ultimo elemento dell'analisi condotta è strettamente collegato alla presenza di griglie di valutazione e di soglie minime ed evidenzia la presenza o meno di un collegamento tra quota di incentivo maturata e punteggio totalizzato o numero degli obiettivi raggiunti. La complessità dei sistemi di calcolo varia da regione a regione. Ci sono regioni che al raggiungimento della soglia minima prevedono l'attribuzione dell'intero 20% senza alcuna graduazione, viceversa altre realtà si orientano verso sistemi molto più complessi di calcolo (come ad esempio il *Friuli Venezia Giulia*, il *Piemonte*, la *Lombardia*).

3.2. Due considerazioni complessive

Da questa prima e non facile ricognizione dei sistemi di valutazione posti in essere per l'attribuzione dell'integrazione economica al compenso

Tabella 5

Scala di valutazione	Numero di regioni	Regioni
SI	5	Emilia Romagna, Friuli VG, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta
NO	13	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Liguria, Lazio, Molise, PA Trento, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto

Tabella 6

Modalità di distribuzione	Numero di regioni	Regioni
SI	8	Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli VG, Lombardia, Piemonte, Molise, Toscana, Valle d'Aosta
NO	10	Basilicata, Calabria, Campania, Liguria, Lazio, PA Trento, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto

dei Dg di aziende Usl ed Ospedaliere emerge un panorama variegato sia per quanto riguarda lo stadio di evoluzione e le caratteristiche intrinseche dei sistemi, sia per l'effettiva messa in opera.

Una tendenza che sembra essere sufficientemente riscontrabile è quella che vede prevalere sistemi a più elevato grado di specificità e formalizzazione (scala di valutazione degli obiettivi dichiarata *ex ante*, presenza di pesi diversi per i singoli obiettivi, etc.) nelle regioni del centro nord. Tale dato più che ad esplicite scelte di logiche differenti nell'impianto dei sistemi (limitato o elevato grado di discrezionalità che il valutatore si riserva), potrebbe essere più realisticamente attribuito al differente sviluppo dei sistemi informativi e di gestione in generale. Infatti non sembra essere casuale il fatto che laddove le informazioni erano disponibili e dotate di un buon grado di attendibilità esse siano state valorizzate attraverso una loro articolata incorporazione nel sistema degli obiettivi.

L'analisi fin qui svolta ha riguardato le regole che le regioni sotto varie forme si sono date riguardo la valutazione dei Dg e la corresponsione dell'incentivo economico. Per quanto riguarda l'effettiva corresponsione, la situazione mostra come il meccanismo sia ben lungi dall'essere consolidato. Nonostante il *Molise* avesse previsto un articolato sistema di valutazione ai fini dell'attribuzione del 20% di integrazione economica per l'anno 1999, il processo di verifica di raggiungimento degli obiettivi non è ancora stato portato a termine il 20% non è ancora stato distribuito. Anche la *Sicilia*, sebbene relativamente all'anno 1997 e per alcuni anni successivi abbia messo a punto un sistema di valutazione con un'articolata previsione degli indicatori e dei relativi pesi, non ha ancora distribuito l'incentivo. Altre regioni quali *Abruzzo*, *Basilicata*, *Cam-*

pania, *Marche* e *Sardegna* non hanno distribuito l'incentivo e non hanno nemmeno previsto sistemi di valutazione *ad hoc*. Le regioni *Basilicata* e *Marche* hanno in passato realizzato sistemi specifici di valutazione per la riconferma ad un anno dalla nomina (L. 590/94). Per il *Lazio*, l'*Umbria* e la *Puglia* la distribuzione si è caratterizzata come evento sporadico.

4. Osservazioni conclusive

Le osservazioni e le analisi presentate hanno cercato di dare conto con una certa sistematicità di un insieme di previsioni e realizzazioni delle regioni italiane circa la valutazione e la distribuzione di un premio retributivo ai Dg delle aziende sanitarie pubbliche. Da quanto osservato nel corso della ricognizione, e qui riportato, ma anche da quanto riscontrato nel processo di raccolta delle informazioni, è emersa una certa difficoltà da parte dei diversi sistemi regionali a gestire un meccanismo apparentemente semplice e potenzialmente efficace come quello di un incentivo retributivo collegato ai risultati ottenuti. Tali difficoltà — che traspaiono anche da informazioni e percezioni non del tutto allineate raccolte nel corso dell'indagine, oltre che dallo stato di attuazione — possono essere ricondotte ad alcune specifiche aree di problemi.

Una prima area problematica trae la sua origine, come già menzionato, nella oggettiva sovrapposizione concettuale e anche normativa tra processi e finalità diversi che hanno in comune il medesimo termine «valutazione» e il medesimo principio che ogni attribuzione di autonomia e responsabilità comporta la necessità di uno scrutinio sui risultati raggiunti. Qui il passaggio dalle logiche burocratiche a quelle aziendali si è dimostrato particolarmente laborioso. Per potere legittimare prima e ribadire poi il principio

aziendalistico, secondo cui il potere di nomina è normalmente associato a quello di revoca, si è passati attraverso una enfattizzazione del concetto di valutazione e della sua oggettività, per cui la valutazione viene resa obbligatoria al fine di legittimare e rendere possibili eventuali rimozioni. Lo stesso è avvenuto per quanto riguarda la possibilità di collegare i livelli retributivi (ricompense) con la quantità e la qualità degli apporti individuali (contributi). La legittimazione del principio di un equilibrio dinamico del sistema contributi ricompense, e quindi di una differenziazione tra i diversi contributi, è avvenuta attraverso la previsione di una valutazione «oggettiva», e oggettiva perché ancorata a un insieme di obiettivi prefissati. In pratica, in entrambi i casi per fare passare un principio e suggerire un orientamento si è reso obbligatorio lo strumento, il quale però a questo punto viene interpretato e gestito in sé per sé, perdendo il suo carattere di mezzo rispetto a un fine da raggiungere. Nell'analizzare lo stato delle diverse regioni sul tema si avverte abbastanza chiaramente la mancanza di una riflessione sui fini che si intendono perseguire attraverso l'uso e lo sviluppo dei diversi strumenti — o quantomeno una difficoltà ad avviarla — per cui prevale spesso la prospettiva dell'adempimento formale, peraltro in un quadro normativo che tende esso stesso a sovrapporre problemi diversi. Assumere la prospettiva dell'adempimento formale non significa necessariamente che non venga prestata attenzione ai diversi processi di valutazione, quanto piuttosto che essi vengono genericamente intesi e progettati salvo poi essere in qualche maniera «adattati» quando sorgono esigenze specifiche. I processi in questione vengono quindi spesso lasciati alle normali routine burocratiche e poi bruscamente richiamati sui loro più natu-

rali piani strategici e politici, rispetto ai quali, non sorprendentemente, si mostrano inadatti.

Una seconda area problematica, che in parte deriva dalla prima, è quella delle interpretazioni differenziate che i diversi attori danno dei medesimi processi. Si tratta in parte di una mancanza di chiarezza operativa che attiene ai diversi meccanismi, al loro concreto operare nello specifico contesto regionale, segno di una scarsa «maturazione tecnica» degli strumenti adottati, di una loro insufficiente incorporazione nell'insieme dei meccanismi di guida delle aziende. Accanto a un insufficiente sviluppo operativo, è possibile registrare anche un mancato chiarimento tra i diversi attori istituzionali ed organizzativi circa la reale portata di alcuni strumenti e la concreta applicazione di alcuni principi. In altre parole, a una mancata definizione sul piano tecnico si accompagna una ambiguità di fondo circa le condizioni che possono rendere legittima una rimozione e i reali criteri che dovrebbero essere seguiti nel differenziare il contributo dei diversi Dg. Il permanere di tale ambiguità frena lo sviluppo, anche in termini più strettamente operativi, dei diversi strumenti e ne limita efficacia nell'orientare i comportamenti, anche se è necessario riconoscere che la stessa ambiguità è fin qui stata probabilmente un elemento fondamentale nel consentire un certo consolidamento dei principi di responsabilità comunemente dichiarati e posti a fondamento delle innovazioni qui esaminate.

Una ultima area di problemi deriva dalla già segnalata debolezza, in molte regioni, dei sistemi di governo e in particolare dei sistemi informativi. Alcuni degli effetti che da tale situazione derivano sono già stati menzionati, ma si vuole qui sottolineare come:

— i meccanismi di valutazione e ricompensa dei Dg non possano in nessun caso sostituire i meccanismi di

programmazione e controllo di gruppo pubblico che dovrebbero guidare le aziende sanitarie pubbliche all'interno dei sistemi sanitari regionali; una debolezza degli strumenti di guida regionali nei confronti delle aziende, al contrario, indebolisce la capacità del livello regionale di guidare i comportamenti dei Dg e di apprezzarne l'operato;

— la qualità dei sistemi informativi, oltre a condizionare la capacità di guida delle aziende, condiziona direttamente e in maniera rilevante la possibilità di valutare, incentivare e orientare le azioni e i comportamenti dei Dg; debolezze nei sistemi informativi producono spesso — nell'impossibilità di valutare gli effettivi risultati conseguiti — un orientamento dei sistemi di valutazione agli adempimenti, riconducendo così strumenti che dovrebbero derivare da logiche aziendali ai più tradizionali paradigmi burocratici.

Di fronte alle difficoltà segnalate, una possibile risposta consisterebbe nel rafforzamento graduale di alcuni strumenti, rafforzamento che dovrebbe conseguire anche a un consolidamento complessivo della capacità di governo delle regioni sulle aziende sanitarie. Si tratterebbe essenzialmente di «lavorare» su temi quali:

— una più puntuale definizione degli obiettivi, anche in termini di migliore distinzione tra quelli aziendali e quelli individuali del Dg;

— sistemi di *reporting* più precisi e affidabili;

— giudizi e valutazioni più razionalmente fondati perché risultanti da obiettivi e verifiche più «oggettive»;

— una migliore distinzione tra ambiti di giudizio che attengono, da una parte alle capacità richieste per guidare una azienda sanitaria pubblica e alla convenienza o meno di mantenere una persona in tale posizione (selezione e rimozione) e dall'altra all'apprez-

zamento esplicito di tali capacità con finalità di orientamento dei comportamenti (sistema degli incentivi).

In questa prospettiva il problema della valutazione e guida dei comportamenti dei Dg sarebbe stato sostanzialmente risolto sul piano delle logiche e attenderebbe solo un adeguamento sul piano degli strumenti.

Una prospettiva diversa potrebbe invece assumere come punto di partenza la necessità di operare un ulteriore passo in avanti sul piano dei principi e alla luce di questo adeguare gli strumenti. L'evoluzione sul piano dei principi dovrebbe in un certo senso portare a compimento il processo di aziendalizzazione, rimuovendo alcuni impliciti che derivano dall'impianto tradizionale e che condizionano negativamente l'attuale funzionamento. In particolare il sistema potrebbe essere sufficientemente maturo per:

— riconoscere la piena legittimazione dei vertici istituzionali della regione a esprimere giudizi e prendere decisioni sui Dg; una parte dell'attuale impianto sembra infatti tradire una certa diffidenza verso i processi decisionali che vedono coinvolti i livelli politici, tale posizione, se era in parte giustificata in passato, non pare oggi più sostenibile a fronte della crescente responsabilizzazione finanziaria delle regioni, le quali possono sempre meno scaricare su altri livelli istituzionali il costo di scelte e decisioni sbagliate o influenzate da interessi particolari;

— adottare pienamente il principio che al crescere delle posizioni e delle responsabilità, gli individui devono accettare più elevati gradi di rischio, sia per quanto riguarda i fenomeni di cui devono rispondere sia per quanto concerne i criteri che potranno essere adottati nel valutare le loro *performance*;

— non dover costringere tutte le valutazioni e le conseguenti decisioni nella dimensioni dell'oggettività e della misurabilità, infatti la discrezionalità

nell'apprezzamento di molti fenomeni e risultati è un fatto fisiologico di ogni sistema aziendale, e non solo di quello politico, e il buon funzionamento di un sistema non dipende dalla misurazione di ciò che misurabile non è, ma da una efficace ricerca dei meccanismi che assicurano un corretto esercizio della discrezionalità stessa.

Se si guarda ai meccanismi attualmente adottati alla luce degli elementi appena esposti, è sufficientemente chiaro che vi è ancora un eccesso di formalizzazione e che i richiami alla necessità di predefinire i parametri del giudizio — siano essi sotto forma di obiettivi o di principi — piuttosto che rappresentare indicazioni di buona gestione, che peraltro difficilmente possono trovare una sede naturale negli apparati normativi, sembrano essere posti a garanzia dei valutati contro l'esercizio di discrezionalità, considerate evidentemente a rischio di arbitrarietà, da parte dei valutatori. Tale situazione risulta ancor meno giustificabile se si considerano gli equivalenti, se non maggiori, gradi di discrezionalità che, almeno sul piano delle regole, caratterizzano il rapporto tra dirigenti aziendali e direzione dell'azienda stessa sia sotto il profilo dei processi di apprezzamento dei contributi che sotto quello di determinazione delle ricompense.

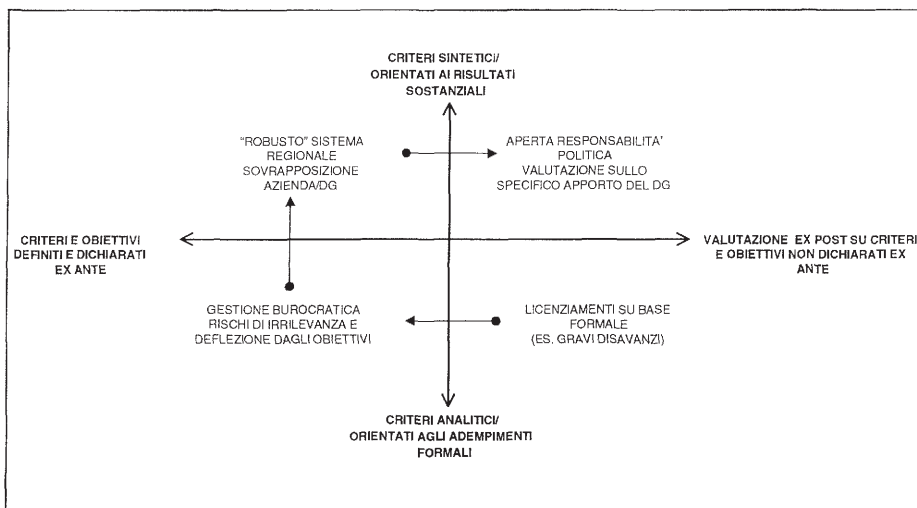
Da questo punto di vista un deciso passo in avanti potrebbe essere quello di eliminare, sia dalle norme che dai comportamenti, tutti gli elementi che costringono a esprimere giudizi formalizzati sui Dg. Se un sistema politico e istituzionale regionale è realmente interessato a una buona conduzione delle aziende sanitarie pubbliche, ovvero se risponde in termini di consenso delle scelte effettuate; se le *performance* di un Dg alla guida di una azienda sanitaria pubblica non possono essere facilmente misurate, ma vanno apprezzate combinando diversi piani di valutazione; se il rapporto tra livello politico e *management* si configura in termini fiduciari perché la corresponsione di un premio retributivo, o addirittura la verifica dell'attitudine a mantenere la posizione, dovrebbero passare necessariamente attraverso un insieme di obiettivi, spesso mal formulati e spesso di scarso significato sia per chi li esprime che per chi li riceve? Potrebbe essere una evoluzione positiva — e più coerente con la reale natura dei rapporti che dovrebbero legare «la proprietà regionale» e il *management* delle aziende — prevedere,

ma soprattutto praticare, una liberalizzazione dei rapporti di lavoro, lasciando ogni regione libera di decidere con quali strumenti e con quali modalità orientare e governare i comportamenti dei propri Dg.

Al fine di chiarire meglio il senso di quanto appena affermato è utile, in conclusione, sottolineare come la prospettiva di una maggiore «fiduciarizzazione» del rapporto e di una più aperta assunzione di responsabilità da parte del sistema politico è una direzione di cambiamento praticabile a condizione che il sistema regionale che la voglia porre in essere abbia raggiunto un adeguato grado di maturità (10). Tra i requisiti necessari che concorrono a determinare tale condizione di maturità complessiva, almeno due devono essere segnalati per la loro cogenza.

Il primo requisito è quello di un sufficiente grado di sviluppo dei meccanismi aziendali per potere realizzare una situazione di equilibrio positivo tra criteri aziendali e criteri politici e istituzionali (la «prospettiva equilibrata» citata nella fig.1). In altre parole, la situazione qui ipotizzata deve essere considerata come l'ultima tappa di un percorso evolutivo che vede il sistema passare da (si veda fig. 2):

Figura 2 - Un percorso evolutivo



— una condizione in cui l'unico strumento di valutazione e orientamento è rappresentato dalla rimozione del Dg, attraverso l'utilizzo del mancato rispetto di adempimenti previsti o l'applicazione spesso strumentale di criteri formali (ciò che non è dichiarato *ex ante* è che i criteri verranno effettivamente utilizzati);

— a una condizione in cui gli obiettivi vengono definiti *ex ante*, ma non riescono a «catturare» i risultati attesi ed esprimono soltanto una serie di adempimenti: si tratta in sostanza della riproposizione delle logiche tradizionali di responsabilizzazione sugli atti (es. sono stati deliberati i dipartimenti?);

— a una condizione in cui lo sviluppo dei sistemi offre una ragionevole base di valutazione delle *performance* aziendali, ma in cui il sistema degli indicatori e degli obiettivi non può cogliere l'insieme dei profili di risultato che caratterizzano una azienda sanitaria pubblica né tantomeno lo specifico contributo che al raggiungimento di tali risultati viene dall'azione del Dg;

— per pervenire a una situazione in cui lo sviluppo dei sistemi aziendali, insieme ad altre condizioni, consente di valutare e orientare i comportamenti dei Dg a partire da una solida base di misurazione e apprezzamento dei risultati aziendali (legittimata dal consenso di tutti gli attori del sistema su ciò che essa rappresenta) su cui viene apertamente esercitata la discrezionalità propria dei soggetti che istituzionalmente ne hanno il potere.

Il secondo requisito è che nel sistema si sviluppi una cultura delle aziende come istituti e delle relazioni tra management e sistema politico profondamente diversa da quella che sembra essere oggi prevalente. Il ragionamento meriterebbe uno spazio di riflessione specifico, e viene qui semplicemente abbozzato. Le aziende, per funzionare bene, hanno sì bisogno di cambiamenti, ma hanno anche bisogno di una certa continuità e soprattutto di conservare una legittimazione permanente della funzione di direzione. Ciò significa che anche nel cambiamento è tendenzialmente necessario non delegittimare chi ha ricoperto la funzione massima in azienda perché altrimenti, insieme alla persona e chi lo ha nominato, si delegittima la funzione in quanto tale. In tal caso, il messaggio trasmesso ai collaboratori dell'azienda è che sia normale che una responsabilità così elevata possa essere stata affidata a una persona completamente incapace, e se ciò è già accaduto, poco garantisce agli stessi collaboratori che non si sia ripetuto. Si tratta insomma di tene-

re nella dovuta considerazione il fatto che l'azienda è un istituto inteso per durare nel tempo e che chi esercita su di essa e in essa delle responsabilità *pro tempore* ha il dovere e anche la convenienza a rafforzare l'istituto in quanto tale. Queste riflessioni assumono una importanza particolare nei sistemi istituzionali, come quello del nostro paese, in cui la pratica dell'alternanza politica e dello *spoils system* è relativamente recente. Da un punto di vista diverso, è necessario che il *management* riconosca la legittimazione del sistema politico a decidere, non solo nel momento della propria nomina, ma anche quando lo stesso sistema con le medesime logiche, ma con attori diversi, produce decisioni e conseguenze diverse e in questo potrebbe essere aiutato da un maggiore senso della continuità dell'azienda da parte dello stesso sistema politico. Il quale, a sua volta, potrebbe non essere costretto a operazioni di delegittimazione se questa non fosse l'unica strada per potere operare una legittima scelta. In sintesi, un maggiore rispetto per le persone e maggiori garanzie sostanziali incorporate nella cultura e nei comportamenti potrebbero essere la condizione necessaria per ottenere maggiore flessibilità e rapidità nelle decisioni, come testimoniato da alcune regioni in cui l'avvicendamento dei Dg è avvenuto senza le complicazioni e i clamori sperimentati in altre.

(1) Sul tema della modificazione dei rapporti tradizionali tra azienda pubblica e dirigenti si segnala Costa (1995), Reborà (1995) OECD (1997), De Martin (1999), Zangrandi (1999), Del Vecchio (2000a).

(2) In realtà per un certo periodo è stato possibile osservare forme di resistenza quando dal piano dei principi si passava alla concreta applicazione degli stessi, così nei primi anni non sono mancati le contestazioni né sulle scelte dei Dg che i governi regionali venivano operando né sui provvedimenti di rimozione dei Dg stessi. È opportuno però osservare che i principi godevano di una larga condivisione e

che la loro effettiva e piena applicazione nella pratica è stata relativamente rapida (cfr. Del Vecchio, 1998).

(3) Dal punto di vista normativo i riferimenti rilevanti sono:

— la legge 590/94 che all'art.1 comma 6 introduce da parte della Regione la verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti dal Direttore generale, trascorso un anno dalla nomina, al fine della conferma dell'incarico o della risoluzione del relativo contratto;

— il DPCM 502/95 che all'art.1 comma 5 prevede la possibilità di integrare il trattamento economico del Direttore Generale di un'ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dalla Regione, misurati mediante appositi indicatori;

— il D.Lvo. 229/99 che ha introdotto un'ulteriore tassello sulla questione valutazione poiché l'art.3 bis commi 5 e 6, completando e meglio specificando quanto previsto dalla Legge 590/94, introduce l'obbligo da parte della Regione di definire, assegnare e aggiornare periodicamente, all'atto della nomina dei Direttori Generali, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, che dovranno essere poi verificati trascorsi 18 mesi per la conferma o l'eventuale revoca del Direttore.

(4) I punti appena menzionati si fondano sullo schema più generale che nel funzionamento delle aziende pubbliche vede la convergenza del sistema istituzionale, il cui compito è assicurare l'equilibrio tra diritti e doveri, del sistema politico, la cui funzione è di ricercare e assicurare il consenso, e di quello aziendale che è chiamato a ricercare le migliori relazioni tra risorse e risultati. (cfr. Borgonovi, 1996).

(5) Come osservato l'analisi effettuata ha preso spunto dalla ricognizione di atti a volte insufficienti per comprendere pienamente le peculiarità dei sistemi di valutazione regionali, pertanto si è reso necessario intervistare alcuni funzionari e dirigenti che hanno evidenziato la presenza di sistemi alle prime fasi di sviluppo e conseguentemente non ancora ben delineati nei tratti essenziali. Inoltre, la mancanza in alcuni casi di informazioni sufficientemente esplicite ed in aggiunta l'assenza di precedenti ricognizioni di questo tipo, hanno a volte reso difficoltoso incasellare i sistemi nelle griglie di analisi nel seguito proposte.

(6) La regione Liguria ha fornito i dati relativamente al 2001, la Sicilia e l'Umbria quelli relativi al 1999, la Sardegna e la PA Bolzano non hanno attuato la valutazione dei Direttori. La regione Marche ha effettuato una valutazione solo ai fini della conferma ad un anno ed ha attualmente posto in essere un sistema di obiettivi per la sola riconferma del Direttore.

(7) Vi potrebbero infatti essere sistemi regionali che pur utilizzando prioritariamente logiche e strumenti aziendali nella guida delle aziende sanitarie pubbliche, non fanno rientrare tra questi i meccanismi di valutazione e ricompensa dei Dg che vengono guidati da logiche diverse o comunque ad essi non prestano particolare attenzione (logica degli adempimenti formali).

(8) Per una approfondita disamina del ruolo dei nuovi sistemi contabili nella misurazione della economicità si rimanda ad Anessi Pessina (2000).

(9) Normalmente il Friuli VG provvede alla definizione degli obiettivi con qualche mese di anticipo rispetto a quanto verificatosi per l'anno 2000.

(10) Per una discussione sulla crescente «fiduciarizzazione» negli incarichi dirigenziali e una analisi sotto il profilo giuridico si veda Endrici E. (2000).

BIBLIOGRAFIA

BORGONOV E., (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
 ANESSI PESSINA E., (2000), *La contabilità delle aziende pubbliche*, Egea, Milano.
 COSTA G., (1995), *Il personale pubblico fra continuità e sviluppo*, in DENTE B. ET AL., *Riformare la Pubblica Amministrazione*, Torino, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli.
 DE MARTIN G.C., (a cura di) (1999), *Il nuovo assetto del lavoro pubblico. Bilanci della prima tornata contrattuale, nodi problematici, prospettive*, Franco Angeli, Milano.
 DEL VECCHIO M., (2000a), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.

DEL VECCHIO M., (2000b), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», in *Azienda Pubblica*, anno XIII, n. 2/3, pp. 159-68.
 DEL VECCHIO M., (1998) *Corporate Governance e aziende sanitarie pubbliche*, in AIROLDI G. e FORESTIERI G., *Corporate Governance: analisi e prospettive del caso italiano*, ETASLIBRI, Milano.
 ENDRICI G., (2000), *Il potere di scelta: le nomine tra politica e amministrazione*, Bologna, Il Mulino.
 OECD, (1997), *Performance Pay Schemes for Public Sector Managers. An Evaluation of the Impacts*, Paris, OECD.
 REBORA G., (1995), *Organizzazione e politica del personale nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini e Associati, Milano.
 ZANGRANDI A., (2000), *Amministrazione delle Aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

ALLEGATO 1

Tavola riassuntiva delle variabili

	Tempi	N° OB.	Indicatori	Peso	Documento riportante gli obiettivi per attribuzione 20%	Soglia minima	Scala di valutazione degli obiettivi	Modalità di distribuzione del trattamento economico
ABR	Ex ante	19	NO	Uguale	Delibera di nomina del DG	SI	NO	Scala di riferimento per la valutazione di ogni singolo obiettivo: 1. obiettivo raggiunto 2. obiettivo parzialmente raggiunto 3. obiettivo non raggiunto Valutazione positiva (a 18 mesi): almeno 13 giudizi di obiettivo raggiunto e 6 giudizi di obiettivi parzialmente raggiunto. Il raggiungimento di tale valutazione positiva dà diritto all'acquisizione del 20% (pare senza differenziazione rispetto a chi ad es. ha raggiunto con valutazione positiva tutti gli obiettivi)
BAS	Ex ante	12	SI	Non specificato	Delibera di nomina del DG	NO	NO	NO
CAL	Ex ante	43	SI	Non specificato	Allegato al contratto sottoscritto dal DG	NO	NO	NO
CAM	Ex ante	Circa 20	NO	Non specificato	Delibera di nomina del DG	NO	NO	NO
EMR	Ex post	53	SI	Differenziato	La regione definisce annualmente gli obiettivi aziendali di interesse regionale ricavati dal documento di indirizzo generale "Giugno 2000 - Le politiche per la salute obiettivi 2000". Tali obiettivi costituiscono parte degli obiettivi di salute e funzionamento	SI	Esistenza di 6 categorie di obiettivo con individuazione del peso dato al raggiungimento delle stesse graduabile in funzione del raggiungimento dei sottobiettivo e delle attività previste opportunamente	SI
FVG	Ex post	8	SI	Differenziato	DGR 15/12/2000 n° 3963 (obiettivi 2000 ai fini della corresponsione dell'incentivo) Gli obiettivi oggetto della precedente delibera sono ricavati dalla programmazione pluriennale ed annuale, che rappresenta la sintesi dei programmi annuali delle singole aziende rispetto ai quali si estrapolano alcuni obiettivi che si ritengono maggiormente incisivi da un punto di vista strategico	SI	Presenza di tre obiettivi e relativi pesi, assegnati a tutte le aziende (peso totale 20 punti) e di 5 obiettivi e relativi pesi, specifici per ogni azienda (peso totale 22 punti) Scala: 1. obiettivo raggiunto: sono realizzate tutte le azioni o attività individuate dagli indicatori; 2. obiettivo parzialmente raggiunto: viene ricavato il punteggio in base al numero di azioni e attività svolte; 3. obiettivo non raggiunto: azioni ed attività non realizzate	Il punteggio massimo (42) viene rapportato in percentuale; quattro fasce in funzione del punteggio totalizzato: FASCIA 1: 0-50% del punteggio massimo = nessun compenso FASCIA 2: 51%-80% del punteggio massimo = base fissa nella misura del 50% delle quote integrative massime maggiorata di un punto percentuale per ogni obiettivo raggiunto dal 51% all'80% (ad es. se un Dg ha totalizzato 60% prenderà 20ml come 50% del massimo della quota integrativa più un punto percentuale (400.000) moltiplicato per nove (60-51)); FASCIA 3: 81%-88% del punteggio massimo = si percepisce il 98% delle quote integrative massime previste; FASCIA 4: 89%-100% del punteggio massimo = si percepisce il 100% delle quote integrative massime previste.
LAZ	Ex ante	45	SI	Uguale	DGR 31/10/00 n° 2210	NO	NO	NO
LIG	Ex ante	6	SI	Non specificato	DGR 28/11/2000 n° 1298 (obiettivi 2001-2002)	SI	NO	5 concorrono percentualmente alla determinazione dell'incentivo (la percentuale sarà definita dalla Giunta), quindi al momento non può ritenersi definita la scala di attribuzione

segue ALLEGATO 1 - Tavola riassuntiva delle variabili

LOM	<i>Ex post</i>	16 ASL 21 per ASL con presidi 12 AO	SI	Differenziato	DGR 3/8/00 n° 944, DGR 3/8/99 n° 1031 Contenuti gli obiettivi aziendali di interesse generale utilizzati anche al fine della corresponsione dell'incentivo	SI	Esistenza di 5 categorie di obiettivo con individuazione del peso dato al raggiungimento delle stesse graduabile in funzione del raggiungimento dei sottobiettivi e delle attività previste opportunamente pesate (obiettivo aziendalizzazione - peso 10%, al suo interno obiettivo sistema informativo peso 15% articolato su tre sottosistemi di peso 4%, 7% e 4%...)	Quattro fasce in funzione del punteggio totalizzato: 1. punteggio da 60/100 a 69/100 25% dell'incentivo 2. punteggio da 70/100 a 79/100 50% dell'incentivo 3. punteggio da 80/100 a 89/100? 75% dell'incentivo 4. punteggio da 90/100 a 100/100 100% dell'incentivo Al di sotto della soglia minima viene messa in discussione la conferma del DG, anche successivamente ai 18 mesi dalla nomina.
MOL	<i>Ex ante</i>	8	NO	Uguale	Delibera di nomina DG	SI	NO	Scala di riferimento per la valutazione di ogni singolo obiettivo: 1. Insufficiente rispetto ai risultati attesi 2. Sufficiente ma comunque inferiore rispetto ai risultati attesi 3. Sufficiente e corrispondente ai risultati attesi 4. Positiva e superiore rispetto ai risultati attesi 5. Positiva e decisamente superiore ai risultati attesi Valutazione positiva: valutazione complessiva (media dei singoli punteggi attribuiti ad ogni obiettivo) non inferiore al gradino tre della scala. Il 20% sarà attribuito proporzionalmente in relazione ad una valutazione espressa con i valori 4 e 5 della scala
PIE	<i>Ex ante</i>	2	SI	Differenziato	Patto di buon governo	SI	SI	30% legato all'obiettivo economico finanziario; 70% legato all'obiettivo liste d'attesa rispetto agli obiettivi specifici per prestazioni; entro 15% di scostamento: 60% ? 16%-20% 55% ? 21%-25% 50% ? 26%-30% 45% ? 31%-35% 40% ? 36%-40% 35% ? 41%-45% 30% ? 46%-50% 25% oltre il 50% di scostamento non viene dato l'incentivo
PUG	<i>Ex ante</i>	12	NO	Non Specificato	Allegati all'attribuzione d'incarico sottoscritta dal DG L.R. 28/12/00 n° 28	SI	NO	NO
SIC	<i>Ex post</i>	8 AO 12 USL	NO	Non Specificato	Direttiva 2N20/5431 di monitoraggio e verifica dell'attività dei direttori generali.	SI	NO	NO
TOS	<i>Ex ante</i>	15 USL, 10 AO	SI	Differenziato	DGR 1/3/2000 n° 237 assegna gli obiettivi per la corresponsione dell'incentivo	SI	NO	Implicito; 3 condizioni essenziali, 6 risultati di pari peso (per distribuzione 70%), 9 risultati di pari peso (per distribuzione 30%). Il compenso è così ripartito: ▪ 70% equamente distribuito tra 6 risultati specificamente individuali ▪ 30% equamente distribuito tra i restanti risultati
PAT¹	<i>Ex ante</i>	17	SI	Uguale	Delibera 29/10/99 n° 7181 di assegnazione degli obiettivi aziendali utilizzati anche al fine della corresponsione dell'incentivo	NO	NO	NO
UMB	<i>Ex ante</i>	7	SI	Non specificato	DGR 03/03/1999 n°269	NO	NO	NO
VDA	<i>Ex ante</i>	27	SI	Differenziato	DGR 29/01/00 n° 186 recante gli obiettivi aziendali utilizzati anche al fine della corresponsione dell'incentivo	NO	2,6 peso percentuale di ciascun obiettivo generale (n° 23) 10 peso percentuale per ciascun obiettivo prioritario (n° 4) l'incentivazione per ciascun obiettivo prioritario sarà corrisposta esclusivamente al raggiungimento dei risultati indicati da ciascuna azione compresa nell'obiettivo e specificata nel piano aziendale	Il compenso è così ripartito: 1. Obiettivi generali 60% 2. Obiettivi prioritari 40%
VEN	<i>Ex ante</i>	57 obiettivi di salute e funzionamento + obiettivi di recupero economico	SI	Non specificato (alcune aziende hanno proceduto ad una sua pesatura per macroaree	DGR 28/12/1999 n° 4816 (obiettivi di salute e funzionamento da assegnare all'atto della nomina per il triennio 2000-2002) DGR 13/06/2000 n° 1643 (obiettivi di recupero economico 2000)	NO	NO	NO

¹ Si sottolinea che la PA di Trento ha provveduto ad attribuire il 10% di incentivo

I COSTI OSPEDALIERI DELL'ICTUS IN ITALIA: UN CONFRONTO TRA DIVERSI MODELLI DI CURA

Rosanna Tarricone¹, Irene Colangelo¹, Simone Gerzeli¹⁻²

¹ CeRGAS - SDA, Università «L. Bocconi», Milano

² Dipartimento di Statistica ed Economia Applicate «Liberi Lenti», Università di Pavia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Cenni sull'ictus e sui diversi modelli di cura - 3. Materiali e metodi - 4. Risultati - 5. Discussioni.

The aim of the study was to assess and compare the hospitalisation costs of stroke in different hospital structures in Italy. Long run marginal costs were calculated in eleven hospital structures by using the top-down approach. Cost values were derived from the accounting of the structures. Time horizon was one year and referred to 1998. The NHS perspective was assumed. Three different hospital structures participated into the study: 3 Stroke Units, 4 Neurology Wards and 4 Medicine Wards scattered across the country. On average the hospitalisation cost was ITL 10,100,000 per patient admitted to Stroke Units, more than ITL 4,200,000 in Neurology wards and nearly ITL 3,000,000 in Medicine wards. Medical and non-medical staff represented on average 50% of total costs in the three models. Hospitalisation costs largely depend upon personnel and equipment. The top-down approach appears to be a valid method to evaluate costs, but it becomes meaningless if the final aim is that of analysing the real consumption of health care resources by specific class of patients. For that purpose adjustments need to be made by the use of ad hoc research protocol to investigate patients' clinical pathways.

1. Introduzione

La necessità di allocare risorse scarse in un numero sempre maggiore di programmi alternativi di cura rappresenta un problema comune alla maggior parte dei paesi industrializzati.

Le analisi di valutazione economica rappresentano un utile supporto al processo decisionale in ambito sanitario, in quanto forniscono informazioni aggiuntive a quelle tradizionalmente basate su indicatori epidemiologici circa i costi e i benefici di diversi programmi sanitari. Tuttavia, benché in letteratura siano presenti numerosi e validi contributi circa l'analisi e la valutazione dell'*outcome* (espresso in termini di efficacia, efficienza ed utilità), sono pochi gli studi di valutazione economica che si soffermano sulla metodologia di determinazione dei costi (Blades et al., 1987; Drummond, 1981; Klarman, 1982). Più in particolare, in molti studi di valutazione economica i valori di costo non sono determinati in

via originale dagli autori ma sono tratti dalla letteratura e/o assimilati ai valori tariffari. Spesso i dati di letteratura si riferiscono a studi condotti in periodi differenti, aree geografiche diverse e con obiettivi non sempre sovrapponibili. Il limite della maggior parte delle analisi di valutazione economica risiede quindi nelle fonti e nell'accuratezza dei valori utilizzati per monetizzare il consumo di risorse.

Il presente lavoro è parte di uno studio di valutazione economica sul costo sociale dell'ictus, attualmente in corso in Italia: lo studio EcLIPSE - *Economic Longitudinal Incidence-based Project for Stroke Evaluation*.

EcLIPSE è uno studio prospettico, longitudinale e multicentrico; allo studio partecipano 11 strutture di degenza che hanno arruolato complessivamente circa 450 pazienti colpiti da primo ictus. I principali obiettivi di EcLIPSE sono stimare il costo sociale complessivo dell'ictus in Italia e valu-

tare il consumo di risorse indotto dall'ictus in relazione alle caratteristiche cliniche dei pazienti, al decorso della malattia e alla tipologia di struttura di degenza (Busca et al., 2000).

Nell'ambito dell'analisi dei costi diretti, lo studio EcLIPSE prevede la misurazione e la valutazione analitica dei costi ospedalieri. In particolare, l'obiettivo è di stimare il costo del ricovero del paziente colpito da ictus durante la fase acuta della patologia.

Questo lavoro si pone l'obiettivo di

Il presente articolo è il frutto del lavoro congiunto degli autori. In termini di stesura finale, il paragrafo 3 è da attribuire a R. Tarricone, i paragrafi 2, 4 a I. Colangelo e i paragrafi 1 e 5 a S. Gerzeli.

Questa ricerca è stata resa possibile grazie ad un finanziamento messo a disposizione da Bayer SpA. Si ringraziano in particolare la Dottoressa Cristina Negrini e la Dottoressa Maria Rachele Busca per il prezioso contributo dato al coordinamento dello studio.

descrivere la metodologia utilizzata per il calcolo dei costi ospedalieri dell'ictus e di presentare i risultati ottenuti evidenziando l'assorbimento di risorse da parte dei pazienti con ictus in tre diverse strutture ospedaliere e l'incidenza delle diverse componenti di costo sul totale.

2. Cenni sull'ictus e sui diversi modelli di cura

L'ictus è, nei paesi occidentali, la terza causa di morte (National Stroke Association, 1996; Wolfe *et al.*, 1995) e la principale causa di disabilità negli adulti (Adams e Victor, 1989). In Europa, ogni anno si verificano un milione di nuovi casi di ictus (Caro e Huybrechts, 1999). In Italia, si stimano oltre 130.000 nuovi casi di ictus all'anno, di cui circa il 20% decede nel primo mese successivo all'evento e circa il 30% sopravvive con esiti gravemente invalidanti (Amaducci *et al.*, 1997; Di Carlo *et al.*, 1999; Di Carlo *et al.*, 2000). L'ictus è considerato una malattia ad interesse sociale per le pesanti conseguenze socio-economiche che induce nel breve e nel lungo periodo; si stima che, in molti Paesi, assorba il 3-4% della spesa sanitaria nazionale annua (Holloway *et al.*, 1999; Porsdal e Boysen, 1997).

Studi condotti in diversi Paesi hanno evidenziato l'impatto economico della malattia sulla società nel suo complesso (Zethraeus *et al.*, 1999; Evers *et al.*, 1997; Taylor *et al.*, 1996) e hanno individuato il ricovero ospedaliero tra le categorie di costo sanitario a più elevata incidenza (Evers *et al.*, 1997; Taylor *et al.*, 1996; Jorgensen *et al.*, 1997; Alberts *et al.*, 1996; Wentworth e Atkinson, 1996; Mamoli *et al.*, 1999; Persson *et al.*, 1990; Caro *et al.*, 2000; Browen e Yaste, 1994): oltre il 35% dei costi diretti sanitari sono infatti imputabili al ricovero ospedaliero in tutti gli studi considerati

(Caro *et al.*, 1999; Zethraeus *et al.*, 1999; Taylor *et al.*, 1996; Jorgensen *et al.*, 1997; Persson *et al.*, 1990; Caro *et al.*, 2000).

Per quanto riguarda i diversi modelli di cura dedicati specificatamente ai pazienti colpiti da ictus, emerge che a livello internazionale il trattamento dell'ictus in fase acuta può essere erogato dalle seguenti strutture (Toso *et al.*, 1998):

- *Stroke Unit* intensiva;
- *Stroke Unit* semi-intensiva;
- *Stroke Team*;
- *Stroke Service*.

Le strutture rispondono a percorsi di cura diversificati in base alle condizioni ed all'età dei pazienti e presentano un diverso grado di continuità dell'assistenza nella fase di riabilitazione *post*-degenza. In particolare tra le variabili che discriminano i diversi modelli di cura, la modalità di accesso è sicuramente la più importante. Nelle *Stroke Unit* intensive l'accesso è limitato a pazienti che necessitano di monitoraggio delle funzioni vitali, mentre le *Stroke Unit* semi-intensive sono dedicate a tutti i pazienti con ictus cerebrale senza selezione per età o gravità. La *Stroke Team* consiste in una équipe specialistica itinerante senza dotazione di posti letto che si rende disponibile per interventi diagnostico-terapeutici per qualsiasi paziente ricoverato in una struttura di massimo 400 posti letto. Lo *Stroke Service* infine prevede un ampliamento dei primi modelli con interventi sul territorio in forma di dimissione protetta e programmi di prevenzione.

In Italia non esistono modelli classificabili come *Stroke Team* o *Stroke Service* (Toso *et al.*, 1998). Inoltre, le *Stroke Unit* attualmente presenti nel nostro paese sono esclusivamente di tipo semi-intensivo. Le modalità di cura correntemente utilizzate nel nostro paese per il trattamento dell'ictus in fase acuta vedono da un lato il coinvol-

gimento di strutture dedicate specificatamente a pazienti con ictus: *Stroke Unit* semi-intensive; e dall'altro quello di strutture dedicate a diverse tipologie di pazienti, tra cui quelli con ictus: divisioni di Neurologia e divisioni di Medicina.

3. Materiali e metodi

Per calcolare il costo del ricovero del paziente colpito da ictus nella fase acuta della patologia, è stata condotta un'analisi dei costi ospedalieri presso le strutture sanitarie coinvolte nello studio EcLIPSE.

Le strutture sanitarie sono state selezionate al fine di ottenere un campione rappresentativo delle diverse modalità di offerta sul territorio nazionale: *Stroke Unit*, divisioni di neurologia, divisioni di Medicina.

Per questo motivo si è proceduto nel seguente modo:

a) sono state scelte direttamente dai ricercatori 3 delle circa 10 *Stroke Unit* italiane, dopo aver escluso quelle con un bacino d'utenza ridotto (<150.000 abitanti) e quelle coinvolte in altri progetti di ricerca clinici e/o economici. Si è cercato di rappresentare le tre grandi aree geografiche del paese: nord, centro e sud. Tuttavia, al momento della selezione nessuna *Stroke Unit* era disponibile al sud.

b) le divisioni di Neurologia e di Medicina sono state selezionate estraendo un campione casuale stratificato dalla popolazione di tutte le aziende ospedaliere, cliniche universitarie e aziende Usl presenti sul territorio nazionale (306). È stata predisposta la base di campionamento contenente l'elenco delle strutture utilizzando i dati forniti dall'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende sanitarie italiane (OASI).

La selezione è stata effettuata usando le tavole dei numeri aleatori in modo tale da ottenere un campione di 4 divisioni

di Medicina e 4 divisioni di Neurologia rappresentative delle 3 grandi aree geografiche italiane (tabella 1).

Non sapendo a priori se all'interno della popolazione obiettivo fossero presenti ospedali con *Stroke Unit*, Neurologie o Medicine, si è proceduto per estrazioni successive, scartando dal gruppo delle Neurologie le strutture ospedaliere estratte che avessero al loro interno divisioni di Neurologia e *Stroke Unit* e scartando del gruppo delle Medicine le strutture con presenza di Neurologie e Medicine.

L'analisi svolta nelle strutture in esame è di tipo retrospettivo ed ha preso in considerazione i dati del 1998.

Si è scelto di adottare la configurazione di costo pieno del ricovero, comprensivo cioè dei costi diretti fissi e variabili ed indiretti fissi e variabili. Questo principalmente per due motivi:

— i costi devono incorporare informazioni utili per i decisori anche nel lungo periodo quando cioè tutti i costi

sono potenzialmente variabili ed una riduzione — ad esempio — nel numero di ricoveri libererebbe risorse scarse (es. personale) che potrebbero essere impiegate in modalità alternative. Se, per esempio, l'ospedalizzazione dei pazienti con ictus dovesse essere sostituita da modalità alternative di cura, la decisione deve essere presa sulla base dei costi di lungo periodo, che significa adottare una prospettiva dove nessun *input* è fisso;

— i costi devono considerare anche la quota indiretta relativa cioè all'utilizzo di risorse non direttamente coinvolte nella produzione/erogazione del ricovero, quali ad esempio i costi amministrativi. Da alcuni studi emerge infatti che la quota di costi indiretti supera talvolta il 50% del costo totale dei ricoveri e la loro esclusione dal calcolo potrebbe fornire ai decisori informazioni incomplete su cui fare delle scelte (Goldschmidt e Gafni, 1990; Cleverley, 1987).

3.1. Identificazione delle risorse

L'approccio seguito è di tipo *top-down*. L'identificazione delle risorse assorbite dal paziente è avvenuta cioè partendo dai dati relativi alla struttura di degenza e imputando successivamente i costi al singolo ricovero. La raccolta delle informazioni necessarie per determinare il costo del ricovero è stata effettuata in ogni struttura sulla base di un apposito protocollo di ricerca.

Il protocollo è costituito da due parti: la parte A e la parte B.

La parte A è relativa alla rilevazione dei dati della struttura di degenza e la parte B si riferisce all'assorbimento delle risorse da parte del paziente con ictus.

Più dettagliatamente la parte A del protocollo è divisa in 3 Sezioni:

Sezione 1. Rilevazione dei dati relativi al contesto ospedaliero nel suo complesso in cui la struttura si trova (tipo di istituzione, bacino di utenza, numero totale di posti letto, mq totali, numero di divisioni, presenza Pronto soccorso e Medicina di urgenza).

Sezione 2. Rilevazione delle risorse produttive utilizzate nella struttura per l'erogazione del servizio di ricovero (personale, materiale sanitario, materiale diagnostico, materiale economico, attrezzature sanitarie, servizi).

Sezione 3. Rilevazione dei dati relativi a dimensione e attività della struttura stessa (mq, numero di ricoveri totali, numero di ricoveri per ictus, numero di posti letto, tasso di occupazione dei posti letto, giornate di degenza media, numero e tipo di prestazioni diagnostiche effettuate all'interno della struttura e richieste ad altre Unità operative, tipo e numero di consulenze e sedute di riabilitazione richieste ad altre Unità operative).

Il calcolo del costo pieno del ricovero è stato effettuato seguendo approcci diversi a seconda che la struttura di degenza fosse inserita o meno in una or-

Tabella 1 - Strutture oggetto d'analisi

Ente	Struttura			
	Stroke Unit	Neurologia	Medicina	Totale
<i>Nord</i>				3
Azienda Ospedaliera «S. Martino», Genova	x			
Ospedale «S. Gerardo», Monza (MI)		x		
Ospedale «S. Maria della Misericordia», Albenga (SV)			x	
<i>Centro</i>				4
Azienda Ospedaliera Policlinico Monteluca, Perugia	x			
Azienda Ospedaliera Policlinico «Umberto I», Roma	x			
Ospedale «S. Donato», Arezzo		x		
Ospedale civile «Angelucci», Subiaco (RM)			x	
<i>Sud</i>				4
Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziale, Bari		x		
Ospedale «Loreto Mare», Napoli		x		
Ospedale «L. Bonomo», Andria (BA)			x	
Ospedale «S. Maria della Misericordia», Sorrento (NA)			x	
<i>Totale</i>	3	4	4	11

ganizzazione dotata di contabilità analitica (CoAn) e fosse o meno a sua volta Centro di costo (Cdc) (Box 1).

Dall'analisi delle strutture coinvolte nello studio è emerso che:

1) le divisioni di Neurologia e le *Stroke Unit* sono inserite in contesti contabilmente avanzati (CoAn) e — in particolare — le divisioni di Neurologia sono Cdc;

2) tre delle quattro divisioni di Medicina sono inserite in contesti non organizzati secondo la contabilità analitica (no CoAn).

I criteri seguiti al fine di ottenere un costo medio di ricovero sono quelli indicati nella tabella 2.

Box 1 - Sistema di rilevazione nelle strutture di degenza

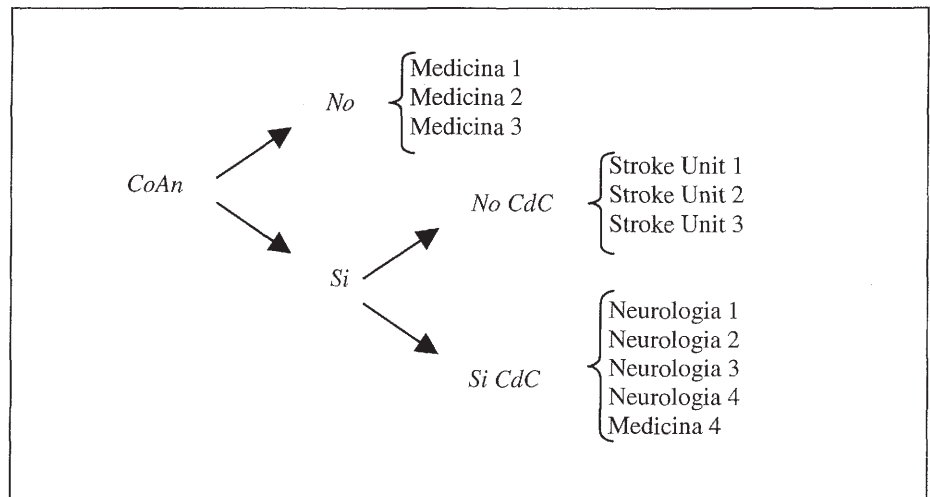


Tabella 2 - Prospetto dei criteri seguiti nel calcolo del costo di ricovero in relazione al fattore produttivo e al sistema di contabilità

Costi	STROKE UNIT (Coan-no Cdc)	NEUROLOGIA (CoAn-Cdc)	MEDICINA (CoAn-Cdc)	MEDICINA (no CoAn)
CRITERIO GENERALE	<i>DATI DI COSTO DIVISIONE DI APPARTENENZA ALLOCATI SULLA BASE DEI RICOVERI</i>	<i>DATI DI COSTO DIVISIONE ALLOCATI SULLA BASE DEI RICOVERI</i>	<i>DATI DI COSTO DIVISIONE ALLOCATI SULLA BASE DEI RICOVERI</i>	<i>DATI DI COSTO OSPEDALE ALLOCATI SULLA BASE DEI RICOVERI</i>
Personale (Assistenza)	Rilevazione diretta del tempo dedicato all'assistenza da ogni figura professionale. Valorizzazione a costi effettivi			
Farmaci	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri (peso diverso ictus-non ictus)	Dati di costo ospedale allocati alla divisione sulla base dei ricoveri (peso diverso ictus-non ictus)
Consulenze	Rilevazione campionaria	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Rilevazione campionaria	Rilevazione campionaria
Riabilitazione	Rilevazione campionaria	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Rilevazione campionaria	Rilevazione campionaria
Esami diagnostici	Rilevazione campionaria	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Rilevazione campionaria	Rilevazione campionaria
Materiale sanitario	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri (peso diverso ictus-non ictus)	Dati di costo ospedale allocati alla divisione sulla base dei ricoveri (peso diverso ictus-non ictus)
Pasti	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri			
Personale (No Assistenza)	Rilevazione diretta del tempo dedicato ad altre funzioni per ogni figura professionale. Valorizzazione a costi effettivi.			
Materiale economale	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri			
Ammortamento attrezzature	Calcolo quota ammortamento e imputazione sulla base dei ricoveri			
Manutenzione attrezzature	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri			Dati di costo ospedale allocati alla divisione sulla base del numero di attrezzature e poi imputati sulla base dei ricoveri della divisione
Lavanderia	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri			Dati di costo ospedale allocati alla divisione sulla base dei Kg bucato e poi imputati sulla base dei ricoveri
Pulizie	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei mq e successivamente imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati di costo ospedale allocati alla divisione sulla base dei mq poi imputati sulla base dei ricoveri della divisione
Utenze	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei mq o personale (es. telefono) successivamente imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati di costo ospedale allocati alla divisione sulla base dei mq o personale (es. telefono) poi imputati sulla base dei ricoveri
Costi amministrativi	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati relativi al Cdc imputati sulla base dei ricoveri	Dati di costo ospedale allocati alla divisione in base al numero di ricoveri

Nel caso delle divisioni di Neurologia (CoAn - Cdc) si è ipotizzato che l'assorbimento medio di risorse sia simile per tutti i ricoveri effettuati nel periodo di studio. Sulla base di questa assunzione, il costo medio del ricovero per ictus è stato calcolato imputando i dati di costo diretto ed indiretto sulla base del numero totale di ricoveri prodotti nel periodo di studio considerato.

Per quanto riguarda le tre *Stroke Unit* (CoAn - no Cdc) i dati di costo raccolti si riferivano alla divisione ospedaliera di appartenenza. Per alcune categorie di costo (tabella 2) si è proceduto ad un'allocazione sulla base del numero di ricoveri effettuati nel periodo di studio. Alcune componenti di costo quali gli esami di laboratorio, gli esami strumentali e le consulenze sono state tuttavia stimate secondo una modalità differente tesa a rilevare il reale assorbimento da parte dei pazienti con ictus. A questo proposito sono state analizzate le cartelle cliniche di tutti i pazienti ricoverati in un mese campione nelle tre *Stroke Unit* ed è stato registrato il numero di esami diagnostici e consulenze richieste; tale dato è stato successivamente proiettato per il periodo di studio pari ad un anno.

Infine, l'analisi dei costi per le rimanenti tre Divisioni di Medicina (no CoAn) è stata effettuata sulla base dei dati relativi all'azienda Usl di appartenenza. In questo caso, i costi della Ausl sono stati allocati all'ospedale da parte degli organi amministrativi dell'azienda che si sono basati su dati preliminari di sistemi di contabilità analitica appena introdotti e non ancora consolidati ma utili allo scopo e/o su stime. Anche in questo caso alcune componenti di costo — esami e consulenze — sono state oggetto di una analisi *ad hoc* delle cartelle cliniche della divisione in un mese campione, mentre altre sono state imputate sulla base del numero di ricoveri effettuati.

Nel caso delle divisioni di Medicina,

si è ritenuto che l'ipotesi di sostanziale omogeneità nell'assorbimento di risorse da parte dei ricoveri non rispecchiasse l'elevata disomogeneità di patologie presenti. Per questo motivo il consumo di alcune risorse sanitarie, è stato pesato differenzialmente al fine di stimare il reale assorbimento del paziente colpito da ictus. Questo è stato fatto per i farmaci, il materiale sanitario, gli esami diagnostici e le consulenze attraverso un'indagine empirica effettuata presso il responsabile della divisione di Medicina a cui è stato chiesto di stimare l'assorbimento di risorse per paziente con ictus rispetto agli altri pazienti. Sulla base delle risposte ottenute sono stati calcolati dei pesi attraverso cui allocare il consumo totale annuo delle suddette risorse tra i ricoveri per ictus e gli altri ricoveri [1]:

$$CTA = xA * n^{\circ} Ric.I. + yA * n^{\circ} Ric.A. [1]$$

dove:

CTA = costo annuo della risorsa A consumata dalla struttura di degenza;

xA = costo della risorsa A consumata per un ricovero per ictus;

yA = costo della risorsa A consumata per un altro ricovero;

$n^{\circ} Ric.I.$ = numero di ricoveri per ictus erogati dalla struttura in un anno;

$n^{\circ} Ric.A.$ = numero di ricoveri per altre patologie erogati dalla struttura in un anno.

In tutte le strutture è stata effettuata un'indagine *ad hoc* sul costo del personale medico e non medico, che è stato differenziato in diretto ed indiretto. In particolare è stata predisposta una specifica scheda di rilevazione al fine di identificare separatamente la quota del tempo lavorativo che ogni singola unità di personale dedica:

- all'attività di reparto in generale,
- all'assistenza dei pazienti e
- all'assistenza dei pazienti colpiti da ictus.

Un'analisi *ad hoc* è stata effettuata anche per le attrezzature per le quali è stato richiesto un elenco delle stesse e il relativo anno di acquisto in modo da

poter calcolare una quota di ammortamento a rate costanti.

3.2. Valorizzazione delle risorse

Il personale medico e non medico è stato valorizzato sulla base del costo effettivo del lavoro al lordo degli oneri sociali. Servendosi delle rilevazioni effettuate nella scheda del personale è stato possibile stimare e differenziare il costo in diretto (assistenza ai pazienti) ed indiretto (es. coordinamento, ricerca e aggiornamento).

Le attrezzature sono state valorizzate solo se acquistate da non più di 8 anni. La valorizzazione economica è avvenuta sulla base del costo d'acquisto e sono state calcolate quote di ammortamento costanti sulla base di una vita economica equivalente a 8 anni. Nel caso di attrezzature condivise da più Unità operative, la quota di ammortamento è stata ripartita sulla base del reale utilizzo.

Il valore economico della manutenzione delle attrezzature presenti nella struttura è stato stimato — laddove non era presente la contabilità analitica, in base ai contratti stipulati dalle strutture ospedaliere con i fornitori di assistenza tecnica e sono stati imputati alla struttura di degenza in base al numero, tipo e grado di utilizzo.

Il materiale di consumo (farmaci, materiale sanitario e materiale economico) — laddove non era presente la contabilità analitica, è stato valorizzato imputando la spesa effettiva sostenuta da ciascuna struttura nel periodo di riferimento sulla base dei ricoveri erogati nello stesso periodo.

I costi comuni (utenze, costi d'amministrazione, ecc.) sono stati imputati alla struttura di degenza mediante l'applicazione di specifici parametri di ripartizione. Si è utilizzata una logica di imputazione a base multipla, in quanto per ogni tipologia di risorsa è stato scelto il parametro più adatto al-

la natura della risorsa stessa (es. mq, Kg bucato, unità di personale).

Infine, gli esami di laboratorio, la diagnostica per immagini, le consulenze sanitarie e le sedute di riabilitazione sono stati monetizzati utilizzando le Tariffe regionali emanate sulla base di quelle riportate nella Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (D.M. 150/1996).

4. Risultati

In tabella 3 e 4 sono riportati rispet-

tivamente i dati relativi alla dotazione e all'attività media delle 3 tipologie di strutture sanitarie. In particolare dalla tabella 3 emerge che la dotazione di personale medico risulta essere in media di 0,3 per posto letto e varia da un minimo di 0,1 in una Medicina ad un massimo di 0,8 in una *Stroke Unit*. Il personale paramedico (caposala, infermieri, OTA e ausiliari) è pari in media a 1,2 per posto letto e varia da un minimo di 0,6 in una Medicina a un massimo di 3,1 in una *Stroke Unit*. Il tempo dedicato dal personale medico e paramedico per ciascun ricovero nel-

le *Stroke Unit* è quasi tre volte superiore a quello dedicato mediamente nelle Neurologie e Medicine. Se per le *Stroke Unit* si aggiunge il tempo dedicato dagli specializzandi e dai borsisti, il numero medio di ore globalmente prestate dai medici per singolo ricovero diventa il triplo. L'attività professionale svolta dai borsisti e specializzandi non è stata tuttavia monetizzata perché a) l'attività svolta è prevalentemente di ricerca e non di assistenza ai pazienti, e b) comunque non rappresenta una condizione produttiva fondamentale per le unità operative, si

Tabella 3 - Dotazione e attività del personale per tipologia di struttura (1998)

Parametri	Stroke Unit			Neurologia			Medicina		
	Media	Min	Max	Media	Min	Max	Media	Min	Max
Dotazione medici	3,7	3	4	9,5	4	13	8,8	7	11
Dotazione borsisti e specializzandi	5,3	3	8	5,5	0	17	0,0	0	0
Dotazione medici (totale)	9,0	6	12	15,0	4	27	8,8	7	11
Dotazione paramedici	15,0	8	22	30,5	17	45	29,0	20	42
Ore medici/ricovero	25,3	16,8	30,9	10,5	3,7	20,4	7,3	5,4	9,9
Ore borsisti e specializzandi/ricovero	55,7	33,7	70,2	3,9	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0
Ore medici (totale)/ricovero	81,0	50,5	98,5	14,4	3,7	28,7	7,3	5,4	9,9
Ore paramedici/ricovero	103,2	33,8	140,6	34,4	22,7	48,7	26,3	22,0	31,0
Dotazione medici/posto letto	0,6	0,4	0,8	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3
Dotazione borsisti e specializzandi / posto letto	0,9	0,4	1,6	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Dotazione medici (totale)/posto letto	1,5	0,8	2,4	0,4	0,3	0,6	0,2	0,1	0,3
Dotazione paramedici/posto letto	2,2	1,6	3,1	1,0	0,8	1,2	0,7	0,6	0,8

Tabella 4 - Dotazione posti letto e attività per tipologia di struttura (1998)

Parametri	Stroke Unit			Neurologia			Medicina		
	Media	Min	Max	Media	Min	Max	Media	Min	Max
Ricoveri totali	225	144	359	1378	1032	2089	1747	1410	2197
Ricoveri per ictus	225	144	359	240	99	380	186	59	397
Giornata medie di degenza per ricovero	10	3	15	9	5	14,2	8	7,5	8,7
Posti letto	7	5	8	32	14	45	42	32	54

può cioè assumere che l'erogazione dei ricoveri non subisca alcuna variazione senza quella risorsa.

Il ricovero dura in media 9 giorni [3; 15] (tabella 4) e presenta una alta variabilità all'interno delle *Stroke Unit* e delle Neurologie: 10 giorni in media nelle *Stroke Unit* [3; 15], 9 giorni in media nelle Neurologie [5; 14,2] e 8 giorni in media nelle Medicine [7,5; 8,7]. I ricoveri per ictus rappresentano il 17% e 11% del totale dei ricoveri nelle Neurologie e nelle Medicine rispettivamente.

È emerso inoltre, che le *Stroke Unit* hanno una dotazione di attrezzature più elevata in termini qualitativi e quantitativi. Il costo medio delle attrezzature per posto letto è infatti pari a L. 9.000.000 (4648) nelle *Stroke Unit*, a L. 900.000 (465) nelle Neurologie e a L. 370.000 (191) nelle Medicine.

Il costo di un ricovero è in media di L. 3.000.000 (1549) (min. L. 2.700.000, max L. 3.500.000) nelle Medicine, di L. 4.200.000 (2169) (min. L. 3.000.000, max L. 6.200.000)

nelle Neurologie e di L. 10.100.000 (5216) (min. L. 4.600.000, max L. 14.400.000) nelle *Stroke Unit*. I costi diretti rappresentano il 77%, 65% e 56% del costo totale di ricovero nelle Medicine, Neurologie e *Stroke Unit* rispettivamente (tabella 5). La metà dei costi diretti è attribuibile al costo del personale medico e paramedico. L'incidenza delle altre componenti di costo diretto sul costo totale è simile in tutte e tre le tipologie di struttura, fatta eccezione per il materiale sanitario e per i farmaci che incidono maggior-

Tabella 5 - Costi diretti e indiretti di ricovero per tipologia di struttura

Costi	<i>Stroke Unit</i>		Neurologia		Medicina	
Costi diretti	5.686.507	56%	2.765.941	65%	2.279.924	77%
Personale totale (assistenza)	3.567.934	35%	1.318.830	31%	863.380	29%
Personale medico (assistenza)	468.802	5%	378.659	9%	512.325	17%
Personale paramedico (assistenza)	3.099.132	31%	940.171	22%	351.055	12%
Farmaci	423.023	4%	335.894	8%	259.714	9%
Consulenze	51.875	0,5%	27.219	1%	14.598	0,5%
Riabilitazione	129.380	1%	49.125	1%	30.791	1%
Esami strumentali	560.995	6%	401.275	9%	267.750	9%
Esami di laboratorio	596.701	6%	248.708	6%	230.314	8%
Materiale sanitario	92.581	1%	237.180	6%	465.787	16%
Pasti	264.018	3%	147.708	3%	147.591	5%
Costi indiretti	4.387.394	44%	1.465.456	35%	698.096	23%
Personale totale (no assistenza)	1.566.834	16%	735.002	17%	528.830	18%
Personale medico (no assistenza)	594.927	6%	437.855	10%	193.234	6%
Personale paramedico (no assistenza)	971.907	10%	297.146	7%	335.596	11%
Materiale economale	62.936	1%	33.322	1%	24.238	1%
Ammortamento attrezzature	325.066	3%	22.242	0,5%	7.866	0,3%
Manutenzione attrezzature	141.234	1%	31.059	1%	8.110	0,3%
Lavanderia	127.190	1%	56.718	1%	56.083	2%
Pulizie	92.376	1%	47.652	1%	25.735	1%
Utenze	281.708	3%	89.753	2%	38.235	1%
Costi amministrativi	1.790.049	18%	449.708	11%	8.998	0,3%
Totale (valore arrotondato)	10.100.000	100%	4.200.000	100%	3.000.000	100%

mente sui ricoveri delle Medicine e delle Neurologie.

5. Discussioni

Dall'indagine effettuata nel presente lavoro emerge che il costo del ricovero per un paziente con ictus è estremamente variabile tra le tre tipologie di strutture di offerta e, in alcuni casi, all'interno della stessa tipologia. Questa variabilità dipende dal percorso diagnostico-terapeutico che i pazienti seguono all'interno dei diversi modelli di cura e che viene caratterizzato principalmente *a)* dall'intensità della cura misurata dal tempo dedicato dal personale medico e paramedico al paziente, e *b)* dall'utilizzo di indagini diagnostiche specialistiche.

In particolare, il maggior costo del personale calcolato nelle *Stroke Unit* (L. 5.100.000, 2634) rispetto alle altre due tipologie di struttura (L. 2.000.000 e L. 1.400.000 — 1033 e 723 — per le Neurologie e le Medicine rispettivamente) è dato esclusivamente dal maggior numero di ore dedicate dai medici e paramedici per singolo ricovero, dato che il costo orario del personale medico — ad esempio — è mediamente più basso nelle *Stroke Unit* (L. 55.000, 28) che nelle Neurologie (L.77.000, 40) e nelle Medicine (L. 66.000, 34). Se si utilizzassero dei valori di costo *standard* per monetizzare il tempo dedicato dai medici per ricovero (ad esempio il costo orario più basso delle *Stroke Unit*), il costo del personale nelle Medicine e nelle Neurologie diventerebbe pari a L. 400.000 (207) e a L. 570.000 (294) rispettivamente.

I costi per le prestazioni diagnostiche (strumentali e di laboratorio) incidono in egual modo nelle diverse strutture, ma risultano differenti in valori assoluti; nelle *Stroke Unit* sono equivalenti a circa L.1.200.000 (620) per singolo ricovero, mentre si stimano pa-

Tabella 6 - Principali esami strumentali per ricovero e per tipologia di struttura

Esame	Stroke Unit	Neurologia	Medicina
Angiografia cerebrale	0,27	-	0,01
Angiorisonanza	0,12	-	-
Doppler transcranico	0,39	0,06	0,01
Ecocardiogramma transesofageo	0,42	0,02	0,02
Ecocardiogramma transtoracico	0,38	0,07	0,14
Eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici	0,53	0,14	0,08
Ecotomografia addome	0,09	0,08	0,20
Elettrocardiogramma	0,99	0,60	1,59
Elettroencefalogramma	0,38	0,77	0,03
Radiografia del torace	0,35	0,46	0,83
Risonanza magnetica cerebrale	0,36	0,29	0,05
Tomografia computerizzata cerebrale	1,29	0,84	0,16

ri a circa L. 650.000 (336) e L. 500.000 (258) nelle Neurologie e nelle Medicine rispettivamente (tabella 5). Questa differenza è attribuibile alla *mix* di prestazioni richieste per ogni paziente ricoverato che — tra gli esami strumentali delle *Stroke Unit* per esempio — include una maggiore quantità di prestazioni a più alto valore unitario (es. Tomografia computerizzata cerebrale). In tabella 6 sono stati riportati gli esami strumentali più comunemente prescritti in ciascuna tipologia di struttura.

I costi legati alle consulenze e alla riabilitazione incidono in modo irrilevante sui costi complessivi; tuttavia, è interessante notare come mentre nelle Neurologie e nelle Medicine vengano richieste maggiori consulenze sanitarie e poche sedute di riabilitazione, nelle *Stroke Unit*, al contrario, viene effettuata una seduta di riabilitazione complessa (cioè con l'ausilio di specifici attrezzi) di 30-40 minuti al giorno e vengono richieste minori consulenze esterne.

Infine è da notare la sostanziale disomogeneità circa l'incidenza dei costi amministrativi che nelle Medicine pesano per lo 0,3% e nelle Neurologie

e *Stroke Unit* per l'11% e il 18% rispettivamente. Una delle ragioni fondamentali risiede nella maggiore approssimazione con cui sono stati stimati i costi amministrativi nelle Medicine. Come si è già accennato sopra, l'allocazione dei costi dell'Ausl al singolo presidio ospedaliero è avvenuta sulla base di stime e/o di risultati preliminari ottenuti da sistemi di contabilità non ancora ufficialmente implementati. In particolare si ritiene che questo procedimento possa aver indotto gli organi amministrativi dell'azienda a tralasciare alcune componenti di costo che sono state invece incluse nelle strutture dotate di sistemi di contabilità analitica (es. sorveglianza).

In Italia è stato condotto uno studio sui costi di ricovero per il paziente con ictus in una *Stroke Unit* (Mamoli *et al.*, 1999). Dal confronto dei dati è emerso che il costo medio per ricovero calcolato da Mamoli *et al.* è simile al valore minimo del costo di ricovero delle tre *Stroke Unit* coinvolte nella presente analisi, mentre risulta essere la metà rispetto al valore medio delle tre *Stroke Unit*. Le maggiori differenze sono state riscontrate nel costo del personale infermieristico che nel nostro

studio è circa il doppio di quanto calcolato da Mamoli *et al.* Le ragioni di tale differenza possono essere ricondotte:

— al fatto che l'analisi riguarda i costi di una sola *Stroke Unit*, e quindi riflette le specificità proprie di quella struttura in termini ad esempio di configurazione del personale;

— alla metodologia di indagine utilizzata nel presente studio, di tipo *top-down* diversa da quella utilizzata nello studio di Mamoli *et al.* (approccio *bottom-up*), dove le risorse consumate durante la degenza ospedaliera sono state misurate seguendo direttamente i pazienti. È possibile infatti che alcune voci di costo siano state sovrastimate con l'approccio *top-down*. Questo potrebbe riferirsi ad esempio al personale il cui assorbimento è stato calcolato sulla base di quanto dichiarato dagli operatori stessi. Nonostante non ci siano evidenze empiriche specifiche al riguardo, è possibile che il personale abbia sovrastimato il tempo dedicato all'assistenza dei pazienti introducendo così nell'analisi un elemento di distorsione (*recall bias*). Mamoli *et al.* non riportano tuttavia le quantità di tempo dedicate dal personale per la cura dei pazienti con ictus. Per questo motivo il confronto deve essere effettuato con cautela perché non è chiaro quanto del differenziale di costo sia da attribuire ad una quantità diversa di tempo speso per l'assistenza e quanto invece ad un diverso costo medio orario. Un confronto significativo potrà essere effettuato solo al termine dello studio longitudinale sui costi dell'ictus (ECLIPSE) quando i costi di ricovero saranno determinati con un approccio *bottom-up* in tutte e 3 le *Stroke Unit*.

Per concludere bisogna sottolineare che il nostro studio è il primo in Italia che ha calcolato il costo del ricovero per ictus nei tre modelli di cura più comunemente utilizzati nel nostro Paese.

La metodologia di indagine utilizzata nel lavoro ha permesso inoltre di:

— determinare empiricamente il grado di assorbimento di tutte le risorse consumate dal paziente con ictus indicando le risorse «chiave» e l'incidenza sui costi totali (es. personale, esami strumentali), e di

— evidenziare le differenze nel trattamento dell'ictus nelle tre tipologie di strutture prese a riferimento (es. tipo e quantità di esami strumentali).

Si ritiene inoltre che il costo pieno di ricovero, comprensivo cioè della quota di costi indiretti sia la configurazione di costo più appropriata per un'analisi economica. La considerazione, la valutazione e l'imputazione dei costi comuni e generali sono elementi di discussione a livello internazionale (Goldschmidt e Gafni, 1990; Cleverley, 1987). Se da un lato il calcolo dei costi indiretti mette a disagio i responsabili delle unità operative che temono di essere responsabilizzati su categorie di costo che non possono controllare, dall'altro lato bisogna considerare che i costi indiretti rappresentano in media circa il 40% del costo totale del ricovero e che la loro esclusione renderebbe parziale e riduttivo il processo decisionale in ambito sanitario.

Si ritiene infine che i risultati presentati in questo lavoro siano da considerare una buona base di partenza per successive analisi di valutazione economica con lo scopo di stabilire se a modelli di cura diversi corrisponde anche un diverso risultato in termini di decorso della malattia e qualità della vita dei pazienti.

Si ringraziano T. De Franceschi, C. Balbi (Ospedale «S. Maria di Misericordia», Albenga-SV); V. Quinto, D. Leuci, G. Copertino G. P. Dell'Avanzato (Ospedale «L. Bonomo», Andria-BA); P. Zolo, G. P. Dell'Avanzato (Ospedale «S. Donato», Arezzo); F. Federico, V. Lucivero, D. Mezzapesa, M. Petruzzellis, A.

Germinario (Azienda Ospedaliera - Policlinico Consorziale, Bari); C. Gandolfo, M. Bragoli, L. Freschi (Dip.to di Scienze Neurologiche, Università di Genova); E. Beghi, S. Iurlaro, E. Porfido (Ospedale «S. Gerardo», Monza-MI); A. De Falco, R. Santangelo, A. De Rosa (Ospedale «Loreto Mare», Napoli); V. Gallai, G. Cardaioli, P. Milia, G. Cinesi (Azienda Ospedaliera Policlinico Monteluca, Perugia); C. Argentino, M. Fiorelli, S. Lorenzano, A. Bisanti, A. Moriconi (Azienda Ospedaliera Policlinico «Umberto I», Roma); G. Sassi, G. Esposito (Ospedale «S. Maria di Misericordia», Sorrento-NA); M. Marci, A. Lozzi, R. Miconi, E. Ponzini (Ospedale «Angelucci», Subiaco-RM).

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS R.D., VICTOR M., (1989), *Principles of Neurology*, Mc Graw-Hill Book Co., New York.
- ALBERTS M.J., BENNETT C.A., RUTLEDGE V.R., (1996), «Hospital charges for stroke patients», in *Stroke*, 27 (10): pp. 1825-1828.
- AMADUCCI L., BALDERESCHI M., DI CARLO A., ET AL. (1997), «Prevalence of chronic disease in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses», in *International Journal of Epidemiology*, 26:pp. 995-1002.
- BLADES C.A., CULYER A.J., WALKER A., (1987), «Health service efficiency: appraising the appraisers-a critical review of economic appraisal in practice», in *Social Science and Medicine*, 25 (5):pp. 461-472.
- BROWN J., YASTE C. (1994), «Effect of a stroke protocol on hospital costs of stroke patients», in *Neurology*, 44:pp. 1961-64.
- BUSCA M.R., NEGRINI C., CUCCURULLO C. ET AL. (2000), «Terapia dell'ictus: valutazione economica e modelli organizzativi», in *Argomenti di Neurologia*, 10:pp. 75-79.
- CARO J.J., HUYBRECHTS K.F. (1999), «Stroke Treatment Economic Model (STEM). Predicting Long-Term Costs From Functional Status», in *Stroke*, 30:pp. 2574-2579.
- CARO J.J., HUYBRECHTS K.F., DUCHESNE I., for the Stroke Economic Analysis Group, (2000), «Management Patterns and Costs of Acute Ischemic Stroke. An International Study», in *Stroke*, 31:pp. 582-590.
- CLEVERLEY W.O., (1987), «Product Costing for health care firms», in *Health Care Management Review*, 12 (4): pp. 39-48.
- DI CARLO A., CANDELISE L., GANDOLFO C., ET AL., for the ILSA Working Group, (1999), «Influence of different screening procedures on the stroke prevalence estimates: the

- Italian Longitudinal Study on Aging», in *Cerebrovascular Diseases*, 9: pp. 231-241.
- DI CARLO A., LAUNER L.J., BRETHER M.M.B., ET AL., for the ILSA Working Group and the Neurologic Diseases in the Elderly Research Group, (2000), «Frequency of stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts», in *Neurology*, 54 (suppl. 5): pp. 28-33.
- DRUMMOND M., (1981), «Welfare economics and the cost benefit analysis in the health care», in *Scottish Journal of Political Economy*, 28 (2): pp.125-145.
- EVERS S.M., ENGEL G.L., AMENT A.J., (1997), «Cost of stroke in the Netherlands from a societal perspective», in *Stroke*, 28 (7): pp. 1375-1381.
- GOLDSCHMIDT Y., GAFNI A., (1990), «A managerial approach to allocating indirect fixed costs in health care organizations», in *Health Care Management Review*, 5 (2): pp. 43-51.
- HOLLOWAY R.G., BENESCH C.G., RAHILLY C.R., ET AL., (1999), «A systematic review of cost-effectiveness research of stroke evaluation and treatment», in *Stroke*, 30 (7): pp. 1340-1349.
- JORGENSEN H.S., NAKAYAMA H., RAASCHOU H.O., ET AL., (1997), «Acute stroke care and rehabilitation: an analysis of the direct cost and its clinical and social determinants. The Copenhagen Stroke Study», in *Stroke*, 28 (6): pp. 1138-41.
- KLARMAN H.E., (1982), «The road to cost-effectiveness analysis», in *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 60 (4): pp. 585-603.
- MAMOLI A., CENSORI B., CASTO L., ET AL., (1999), «An analysis of the costs of ischemic stroke in an Italian stroke unit», in *Neurology*, 53 (1): pp. 112-116.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, (1996), *Decreto Ministeriale n. 150 del 22 Luglio 1996, Prestazioni di Assistenza Specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe*, Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 Settembre 1996, Serie generale.
- NATIONAL STROKE ASSOCIATION, (1996) *The Brain at Risk: Understanding and Preventing Stroke*, Englewood, Colo.
- PERSSON U., SILVEBERG R., LINDGREN B., ET AL., (1990), «Direct costs of stroke for a Swedish population», in *International Journal of Technology Assessment in Health care*, 6: pp. 125-137.
- PORSDAL V., BOYSEN G., (1997), «Cost-of-Illness Studies of Stroke», *Cerebrovascular Diseases*, 7: pp. 258-263.
- TAYLOR T.N., DAIS P.H., TORNER J.C., ET AL., (1996), «Lifetime Cost of Stroke in the United States», in *Stroke*, 27 (9): pp. 1459-1466.
- TOSO V., CANDELISE L., INZITARI D., per il Gruppo di Studio per le Malattie Cerebrovascolari (GSMCV) della Società Italiana di Neurologia, (1998), «Modelli organizzativi per l'assistenza all'ictus cerebrale».
- WENTWORTH D.A., ATKINSON R.P., (1996), «Implementation of an acute stroke program decreases hospitalisation costs and length of stay», in *Stroke*, 27 (6): pp. 1040-1043.
- WOLFE C., BEECH R., RATCLIFFE M., ET AL., (1995), «Stroke care in Europe: can we learn lessons from the different ways stroke is managed in different countries?», in *J R Soc Health*, 115: pp. 143-147.
- ZETHRAEUS N., MOLIN T., HENRIKSSON P., ET AL. (1999), «Costs of coronary heart disease and stroke: The case of Sweden», in *Journal of Internal Medicine*, 246 (2): pp. 151-159.

GLI ANZIANI IN ITALIA: COSTI E ASPETTI SOCIALI DELL'OSPEDALIZZAZIONE

Alessandra Burgio, Alessandro Solipaca

Istat

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il quadro demografico della popolazione anziana ospedalizzata - 3. L'impatto delle modificazioni della struttura per età della popolazione sull'ospedalizzazione - 4. L'impatto delle modificazioni dell'incidenza di alcune patologie sull'ospedalizzazione - 5. Conclusioni.

As any other developed country, Italy is experiencing a rapid process of ageing population. In the last decade this process has become more and more important. In this context new social and economic issues arise. A central role is played by hospital expenditures: attention should be given to the fact that in Italy, in the recent past, hospital expenditure has been quickly growing in a situation of budget restrictions. Aim of this work is to study the present and future health demand (up to 2010) of elderly for inpatient care, with regard to the analysis of Italian hospital discharges and related D.R.G.'s (Diagnosis Related Groups). Particular attention is given to the impact of ageing population and of changes of incidence and prevalence of major diseases on in-patient costs.

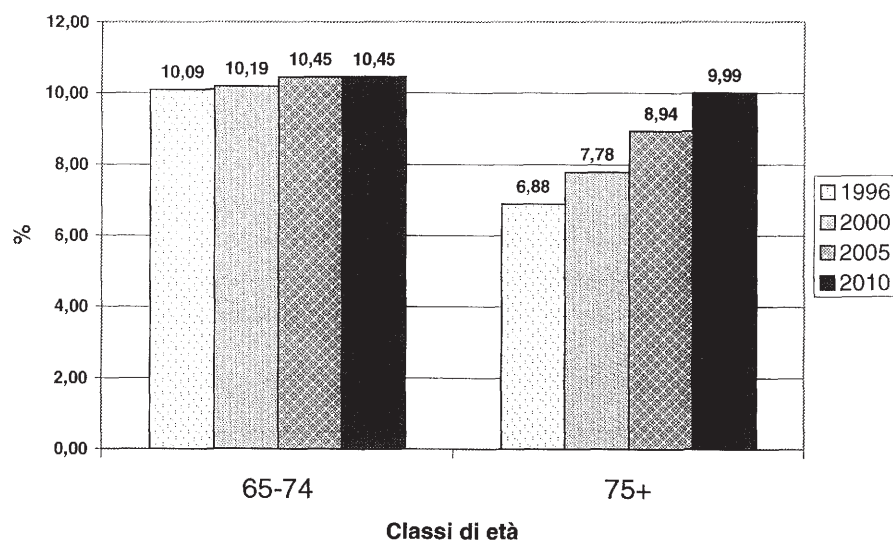
1. Introduzione

In Italia, negli ultimi anni, i pressanti vincoli di bilancio imposti dagli accordi di Maastricht e il crescente aumento della spesa sanitaria, hanno indirizzato i *policy-makers* verso politiche atte alla razionalizzazione ed al contenimento della spesa. Sul fronte dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale si è avviato un processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, finalizzato alla creazione di un regime in cui coesistono elementi di controllo centrale ed elementi di libera concorrenza. Questa ampia ristrutturazione e soprattutto l'introduzione del concetto di mercato all'interno dei servizi sanitari, hanno aperto degli interrogativi su quale sarà l'impatto sui cittadini, in particolare per le categorie più deboli come gli anziani. Questi ultimi si troveranno da un lato al centro di logiche vicine a quelle di mercato e dall'altro soggetti attivi nella valutazione qualitativa dei servizi ricevuti. L'invecchiamento della po-

polazione italiana, come negli altri paesi sviluppati, è in rapida evoluzione ed ha assunto nell'ultimo decennio, dimensioni preoccupanti. Oggi in Italia la struttura della popolazione è composta per l'83% da persone al di sotto di 65 anni di età, per un 10% da anziani di età compresa tra i 65 e i 74

anni e per il 7% da ultrasettantacinquenni. Recenti studi sulla dinamica demografica (Istat, 1997) prevedono che nel 2010 la popolazione al di sopra dei 65 anni costituirà il 20%, ripartita in uguale misura all'interno delle classi di età 65-74 anni e 75 e oltre (figura 1).

Figura 1 - Percentuale di popolazione anziana (anni 1996, 2000, 2005, 2010)



Tale processo avrà conseguenze importanti in termini sociali ed economici. In un'epoca di scarsità di risorse ci si preoccupa di valutarne l'impatto sia sul sistema previdenziale che su quello socio-assistenziale e sanitario. Si vogliono quindi analizzare le conseguenze di questo fenomeno sul sistema sanitario, focalizzando l'attenzione sul settore ospedaliero, che attualmente in Italia assorbe la quota più elevata di risorse. In tal modo si intende approfondire l'effetto potenziale del processo di invecchiamento della popolazione e del mutamento dell'incidenza di alcune patologie sulla diffusione dell'ospedalizzazione e sulla spesa sanitaria nel prossimo decennio.

La base informativa è costituita da 9 milioni di Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) relative ai ricoveri in regime ordinario per acuti (1) registrate nel 1996, di cui 3,2 milioni sono riferite ad individui con oltre 65 anni. Queste informazioni sono state sviluppate in Italia in seguito all'introduzione nel 1995 del sistema di finanziamento a prestazione degli ospedali tramite tariffe prestabilite (D.r.g. - Diagnosis related groups). Il Ministero della sanità ha infatti istituito un nuovo sistema informativo sulle dimissioni ospedaliere, contenente dati di natura socio-demografica (sesso, età, stato civile, luogo di residenza), epidemiologico-sanitari (durata della degenza, diagnosi alla dimissione, terapie ed interventi eseguiti) ed economico-sanitari (mediante la tariffazione associata ai singoli D.r.g.).

Per quanto riguarda i dati di spesa nel 1996 in Italia i costi sanitari ammontavano a circa 100.000 miliardi di lire, che costituiscono il 5,3% del prodotto interno lordo (Pil). In questo panorama si inserisce la spesa ospedaliera che da sola assorbe quasi il 60% dei costi complessivi, ovvero circa 60.000 miliardi di lire.

Nel presente lavoro l'analisi si limi-

ta a considerare i soli ricoveri ordinari per acuti, risalendo alla stima della spesa mediante il sistema tariffario D.r.g., ovvero ciò che il Servizio sanitario nazionale rimborsa agli ospedali per i servizi prestati. Si tenga presente quindi che il termine «spesa ospedaliera» utilizzato nel resto del lavoro non si riferisce al dato ufficiale della contabilità nazionale, ma alla stima ottenuta mediante le tariffe associate ai D.r.g., che esprimono il costo medio delle prestazioni.

2. Il quadro demografico della popolazione anziana ospedalizzata

La distribuzione delle dimissioni ospedaliere per sesso è del tutto analoga a quella osservata nella popolazione residente e fa rilevare una lieve prevalenza di donne, che costituiscono il 53% dei ricoveri.

Fortemente differenziata appare invece la distribuzione per età degli ospedalizzati: gli individui con più di 65 anni, che rappresentano il 17% degli italiani, costituiscono il 36% del complesso dei ricoveri. Tale percentuale ammonta ad oltre il 50% in corrispondenza di alcune malattie a più elevata incidenza negli anziani (tumori, malattie del sangue e malattie del sistema nervoso e degli organi dei sen-

si). Nel caso delle malattie del sistema circolatorio la proporzione di ricoveri di anziani raggiunge il 63%. Il rischio di subire un ricovero aumenta ulteriormente per gli individui molto anziani (con più di 75 anni): questi rappresentano il 7% della popolazione residente ed il 18% della popolazione ricoverata.

Per quanto riguarda i dati di attività e di costo riferiti al complesso degli ospedalizzati, a fronte di una durata media della degenza pari a circa 8 giorni per entrambi i sessi, emerge una spesa ed un costo giornaliero dei ricoveri più cari per gli uomini che per le donne: l'impegno economico per un uomo ospedalizzato si aggira intorno ai 5,2 milioni di lire con una spesa media giornaliera pari a 663 mila lire, contro valori per le donne pari rispettivamente a 4,8 milioni e 619 mila lire (tabella 1).

Tali indicatori appaiono inoltre differenziati a seconda dell'età. Gli individui anziani rimangono nelle strutture ospedaliere mediamente 10,1 giorni se maschi e 10,8 giorni se femmine. La degenza media risulta quindi prolungata di 2,2 giorni per i primi e di 3 giorni per le seconde rispetto al dato medio globale. Qualora si tratti di ricoveri per malattie infettive o per malattie dell'apparato respiratorio tale

Tabella 1 - Indicatori di ospedalizzazione in regime ordinario per acuti (anno 1996)

	Maschi		Femmine		Totale	
	Classi di età					
	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni
<i>Dimissioni (migliaia)</i>	4.283	1.525	4.746	1.652	9.029	3.177
<i>Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti)</i>	153,8	381,3	160,7	287,7	157,3	326,1
<i>Degenza media (giorni)</i>	7,9	10,1	7,8	10,8	7,8	10,4
<i>Costi (miliardi di lire)</i>	22.332	9.352	22.605	9.749	44.937	19.101
<i>Costo medio per dimissione (migliaia di lire)</i>	5.214	6.133	4.763	5.901	4.977	6.012
<i>Costo medio giornaliero (migliaia di lire)</i>	663	611	619	551	640	579

differenza aumenta ulteriormente, diventando pari a 4 giorni per gli uomini e a 5 per le donne. Considerando i costi in entrambi i sessi emerge che l'ospedalizzazione degli anziani è mediamente più onerosa: per gli uomini si spendono circa 6,1 milioni di lire a ricovero e per le donne 5,9 milioni.

L'analisi delle caratteristiche dei ricoveri pone quindi in evidenza come vi siano differenze non solo in base all'età ma anche tra i sessi: a durate della degenza analoghe o leggermente differenziate, corrispondono costi ospedalieri costantemente più bassi per il

Sesso femminile. Queste differenze di genere non dipendono dall'essere uomo o donna, ma trovano spiegazione nel diverso profilo nosologico dei ricoveri e nella diversa complessità della casistica. Difatti il costo dell'ospedalizzazione è determinato sulla base delle tariffe associate ai D.r.g. che, a loro volta, dipendono dalla complessità dei trattamenti e dalla permanenza in ospedale. Sono quindi questi due elementi a determinare i differenziali tra i sessi. A sostegno di questa affermazione si tenga presente che calcolando i costi *standardizzati*, ovvero eli-

minando l'effetto del diverso profilo nosologico degli uomini e delle donne, i differenziali si annullano.

Approfondendo il quadro epidemiologico dei ricoverati nel 1996 risulta che il numero più elevato di dimissioni dai reparti ospedalieri per acuti è stato registrato in corrispondenza delle malattie dell'apparato circolatorio, delle malattie dell'apparato digerente, dei traumatismi-incidenti-avvelenamenti e dei tumori (tabella 2). Ma in termini di spesa i costi più alti (calcolati sulla base dei D.r.g. e quindi correlati con la complessità dei trat-

Tabella 2 - Percentuale dimissioni e costo medio per dimissione per grandi gruppi di diagnosi, sesso e classi di età (anno 1996)

DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	% dimissioni		costo medio per dimissione (migliaia di lire)		% dimissioni		costo medio per dimissione (migliaia di lire)		% dimissioni		costo medio per dimissione (migliaia di lire)	
	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni
I - Malattie infettive e parassitarie	2,5	0,8	5.857	7.185	1,8	0,9	5.244	6.495	2,2	0,9	5.586	6.805
II - Tumori	9,8	15,3	7.855	7.690	8,9	10,3	6.897	7.655	9,3	12,7	7.377	7.675
III - Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	1,7	1,6	4.816	5.322	2,6	3,0	4.733	5.189	2,2	2,3	4.763	5.233
IV - Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	0,7	0,9	6.244	6.547	0,8	1,2	6.401	6.700	0,8	1,0	6.333	6.637
V - Disturbi psichici	3,2	1,2	4.951	5.623	2,9	2,3	5.296	5.843	3,0	1,8	5.124	5.770
VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	6,5	8,5	4.323	4.344	7,2	10,8	4.193	4.274	6,9	9,7	4.252	4.303
VII - Malattie del sistema circolatorio	17,0	27,0	6.646	6.834	13,5	26,8	5.973	6.232	15,2	26,9	6.332	6.522
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	8,5	8,4	4.567	6.216	5,4	5,3	4.285	6.085	6,9	6,8	4.451	6.163
IX - Malattie dell'apparato digerente	13,0	12,0	4.760	5.345	9,5	10,3	4.944	5.712	11,2	11,1	4.842	5.522
X - Malattie dell'apparato genito-urinario	6,0	6,8	4.971	5.549	7,6	4,7	4.114	5.124	6,8	5,7	4.472	5.368
XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,0	0,0	-	-	14,7	0,0	3.305	-	7,7	0,0	3.305	-
XII - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,7	1,0	4.258	5.482	1,4	1,2	4.486	5.871	1,5	1,1	4.364	5.701
XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,7	3,5	4.985	6.107	6,0	6,6	5.461	6.452	5,8	5,1	5.241	6.339
XIV - Malformazioni congenite	1,2	0,2	5.161	5.679	0,8	0,2	5.532	5.596	1,0	0,2	5.320	5.635
XV - Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1,5	0,0	4.778	-	1,2	0,0	4.635	-	1,3	0,0	4.711	-
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,7	5,5	4.145	5.311	4,7	4,7	3.971	5.075	5,2	5,1	4.062	5.197
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	12,3	5,2	4.199	6.059	8,2	9,6	4.794	6.331	10,1	7,5	4.450	6.240
XVIII - Ricoveri di natura speciale	2,9	2,0	3.317	3.788	2,9	2,0	3.267	3.923	2,9	2,0	3.291	3.858
Totale	100,0	100,0	5.214	6.133	100,0	100,0	4.763	5.901	100,0	100,0	4.977	6.012

tamenti) spettano ai tumori ed alle malattie dell'apparato circolatorio, che costituiscono anche le diagnosi più frequenti nella popolazione anziana ospedalizzata. In corrispondenza di questi due gruppi di malattie la spesa ammonta a circa 13 mila miliardi di lire, ovvero al 30% dei costi totali e negli anziani tali valori sono rispettivamente pari a 8 mila miliardi e 40%.

Anche in questo caso i costi maggiori sono da imputare agli uomini, che assorbono il 54% dei costi totali, per effetto di una ospedalizzazione più frequente per queste patologie: i ricoveri per tumori e per malattie cardio-circolatorie costituiscono infatti il 42% dei ricoveri maschili ed il 37% di quelli femminili. Inoltre la maggiore onerosità osservata in corrispondenza degli uomini non è da attribuirsi esclusivamente al più elevato numero di pazienti, ma anche ad una maggiore complessità del ricovero in corrispondenza delle malattie dell'apparato circolatorio. Difatti le dimissioni maschili per queste patologie sono in valore assoluto meno numerose di quelle femminili, ma assorbono più risorse finanziarie: il costo medio del ricovero risulta infatti pari a 6,8 milioni di lire per i primi contro i 6,2 milioni delle seconde.

3. L'impatto delle modificazioni della struttura per età della popolazione sull'ospedalizzazione

Come già evidenziato nella tabella 1 nel 1996 il tasso di ospedalizzazione generale era pari a 157 per 1.000 abitanti e a 326 per i ricoverati ultrasessantacinquenni. La spesa per ricovero di un anziano superava inoltre di circa 1 milione di lire quella per un non anziano.

Al fine di stimare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa ospedaliera è stata fatta una previsione sulla base delle proiezioni de-

mografiche dell'Istat e dei dati dei ricoveri del 1996. La stima si fonda sull'ipotesi di invarianza del tasso di ospedalizzazione e del costo per ricovero all'interno delle classi di età. Le due ipotesi presuppongono la costanza dei tre elementi principali che influenzano la domanda ospedaliera: fattori di bisogno, individuali e di sistema (Salvini e Solipaca, 1997). Per quanto riguarda i fattori di bisogno, si ipotizza infatti uno stato di salute medio immutato, in particolare dal punto di vista epidemiologico e sanitario. La pro-

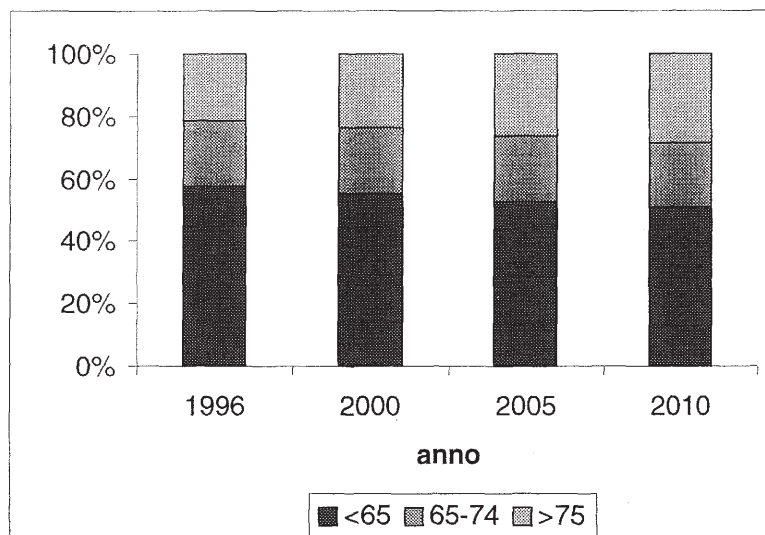
pensione individuale al ricorso alle cure ospedaliere, legata a fattori socio-culturali, sarà considerata la stessa del 1996. Dal lato dei fattori di sistema, verrà ipotizzata l'invarianza, rispetto al '96, della struttura dell'offerta, delle conoscenze medico-tecnologiche (terapie, apparecchiature diagnostiche, medicinali ecc.) e dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria.

Dall'applicazione del tasso di ospedalizzazione alla popolazione anziana al 2010 emerge immediatamente un aumento dei ricoveri da 9 milioni a 9

Tabella 3 - Variazioni delle dimissioni ospedaliere e dei costi totali sotto l'ipotesi di invarianza del tasso di ospedalizzazione e del costo medio per dimissione (anni 1996, 2010)

PRIMA IPOTESI				
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE E COSTO MEDIO PER DIMISSIONE COSTANTI				
Anni	Dimissioni (migliaia)		Costi totali (miliardi di lire)	
	tutte	>65 anni	Classi di età	
			tutte	>65 anni
1996	9.029	3.177	44.937	19.101
2010	9.578	3.962	48.623	23.824
variazione %	6,1	24,7	8,2	24,7

Figura 2 - Composizione percentuale dei costi ospedalieri per classi di età sotto l'ipotesi di invarianza del tasso di ospedalizzazione e del costo medio per dimissione (anni 1996, 2000, 2005, 2010)



milioni e 600 mila e dei costi ospedalieri da circa 45.000 miliardi di lire a 48.623 miliardi. Tale incremento è in gran parte attribuibile alla popolazione anziana (tabella 3).

Sul fronte della spesa si osserva il progressivo cambiamento della composizione percentuale dei costi ospedalieri all'interno delle classi di età: si passa dal 42% della spesa per gli anziani nel 1996 al 49% nel 2010. Se poi si entra nel dettaglio delle classi di età estreme (oltre i 75 anni), appare evidente l'aumento della proporzione a carico degli ultra settantacinquenni, che passa dal 21% sul totale della spesa dell'anno di riferimento al 29% del 2010 (figura 2).

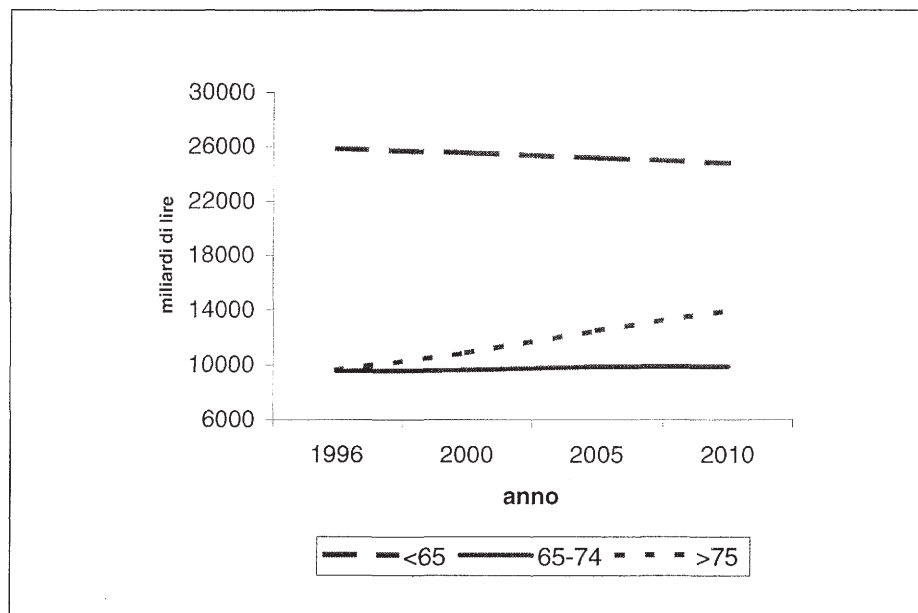
In termini assoluti a tali incrementi percentuali corrisponde un aumento dei costi ospedalieri per gli anziani che va da 19.000 miliardi di lire nel 1996 a quasi 24.000 nel 2010. È interessante sottolineare però come queste variazioni abbiano un impatto ridotto sulla spesa ospedaliera totale: nel periodo di previsione si realizza un aumento dei costi totali in valore assoluto pari a soli 3.600 miliardi (figura 3).

4. L'impatto delle modificazioni dell'incidenza di alcune patologie sull'ospedalizzazione

Sembra interessante a questo punto estendere l'analisi introducendo un'ulteriore componente di variazione, ovvero rimuovendo l'ipotesi di costanza dello scenario nosologico. Non disponendo però di previsioni sulle possibili dinamiche della prevalenza (2) per tutti i grandi gruppi di malattie, si farà riferimento ad uno studio italiano, che analizzava l'impatto della riduzione dell'incidenza dei tumori e delle malattie cardiocircolatorie acute sulle variazioni della prevalenza nella popolazione con oltre 65 anni (Crialesi *et al.*, 1999).

L'assunzione di base è che la strut-

Figura 3 - Costi ospedalieri per classi di età sotto l'ipotesi di invarianza del tasso di ospedalizzazione e del costo medio per dimissione (anni 1996, 2000, 2005, 2010)



tura nosologica dei malati nella popolazione sia la stessa di quella dei ricoverati, ovvero che la composizione della prevalenza per tipo di patologia sia la medesima per entrambi i gruppi (malati cronici e ricoverati). Restano invariati i costi medi ospedalieri per diagnosi, i fattori individuali di domanda legati ad aspetti prettamente socio-culturali, la struttura dell'offerta, le conoscenze medico-tecnologiche (terapie, apparecchiature diagnostiche ecc.) e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il punto di partenza è costituito da un'ipotesi di riduzione dell'incidenza tra il 1994 ed il 2020 pari al 40% in corrispondenza delle malattie cardiocircolatorie acute e del 15% per i tumori.

Sulla base di tali ipotesi si è visto come variava nell'arco di tempo considerato il numero complessivo di malati per queste patologie. La variazione di prevalenza è stata applicata, in accordo con l'ipotesi di base, al tasso di ospedalizzazione degli anziani, distinti per sesso, calcolato per le stesse malattie. Le modificazioni del tasso tra il

1996, anno di riferimento dei dati di dimissione ospedaliera, e il 2010, ultimo anno di previsione, è stata ottenuta mediante una regressione, nell'ipotesi di andamento lineare della variazione dell'indicatore. L'impatto di tali modificazioni sull'ammontare di pazienti e sui costi è stato analizzato per gli anni 2000, 2005 e 2010 applicando le proiezioni di popolazione per gli anni corrispondenti al tasso di ospedalizzazione ed ai costi medi ospedalieri riferiti alle due patologie. In questo modo si coglie sia l'effetto struttura per età della popolazione, sia l'effetto del mutamento epidemiologico.

Un primo risultato è che nonostante la riduzione dell'incidenza nel tempo comporti anche una diminuzione della prevalenza assoluta, ovvero del numero di malati nella popolazione, cui corrisponde anche una diminuzione del tasso di ospedalizzazione per le due patologie, il rapido incremento della popolazione anziana nel periodo di previsione fa sì che il numero di ricoverati in corrispondenza delle due diagnosi oggetto di analisi sia crescente.

Negli uomini le dimissioni ospedaliere ed i rispettivi costi per individui con oltre 65 anni per malattie cardiocircolatorie acute e per neoplasie subiscono un incremento tra il 1996 ed il 2010 pari al 21,4%. Tale valore nelle donne risulta leggermente più basso (18%).

Con l'ipotesi di invarianza dei costi medi ospedalieri associati a tali patologie l'impatto delle variazioni positive del numero assoluto di ricoveri si traduce in un aumento della spesa, che per gli uomini passa da 2.300 miliardi di lire nel 1996 a 2.800 circa nel 2010. La spesa per le stesse patologie nelle donne anziane cresce negli stessi anni da 1.600 miliardi di lire a 1.900 miliardi.

Considerando il complesso degli ospedalizzati anziani, per ricostruire la spesa complessiva per tutte le patologie si formula un'ipotesi aggiuntiva di costanza del quadro epidemiologico per le altre diagnosi (esclusi i tumori e le malattie cardiocircolatorie acute). Questa ipotesi implica un aumento della popolazione «sana» in quanto il tasso di ospedalizzazione totale al 2010 risulta più basso di quello riferito al 1996, per effetto delle diminuzioni di incidenza prospettate per le due patologie. In questo caso i costi ospedalieri per gli anziani passano dai 19.000 miliardi di lire iniziali ai circa 23.000 miliardi del 2010 (tabella 4). Rispetto allo scenario precedente si osserva quindi un incremento della spesa per anziani leggermente più contenuto (20,7% anziché 24,7%) e, di conseguenza, un impatto sulla spesa ospedaliera complessiva lievemente ridotto (da 45.000 miliardi di lire a 47.849 miliardi).

5. Conclusioni

Il processo di invecchiamento della popolazione e le modificazioni dell'incidenza di alcune patologie, a parità di altre condizioni (socio-cultura-

Tabella 4 - Variazioni delle dimissioni ospedaliere e dei costi totali sotto l'ipotesi di riduzione dell'incidenza dei tumori e delle malattie cardiocircolatorie acute (anni 1996, 2010)

SECONDA IPOTESI				
RIDUZIONE DELL'INCIDENZA PER TUMORI E MALATTIE CARDIOCIRCOLATORIE ACUTE				
Anni	Dimissioni (migliaia)		Costi totali (miliardi di lire)	
	tutte	>65 anni	tutte	>65 anni
1996	9.029	3.177	44.937	19.101
2010	9.451	3.834	47.849	23.049
variazione %	4,7	20,7	6,5	20,7

li, economiche, organizzative e tecnico scientifiche), conducono a risultati non molto diversi in termini di ospedalizzazione degli anziani: aumento del 24,7% dei ricoveri per effetto del solo invecchiamento e del 20,7% per effetto dell'invecchiamento e dell'incidenza di alcune patologie rilevanti. Le simulazioni evidenziano, inoltre, effetti contenuti sull'aumento della spesa complessiva: un aumento di 3.700 miliardi di lire nel primo scenario e di 2.900 nel secondo.

È ragionevole ritenere che l'eventuale introduzione di ulteriori modificazioni del quadro epidemiologico, per le patologie non considerate nell'analisi, non conduca a sostanziali variazioni in termini finanziari. Difatti pur ipotizzando un effetto di sostituzione tra patologie, ovvero un aumento della prevalenza per le altre malattie al diminuire della prevalenza per tumori e malattie cardiocircolatorie, si verificherebbe un trasferimento di pazienti verso patologie a più basso costo ospedaliero e, quindi, l'impatto sulla spesa globale potrebbe risultare contenuto. Sarebbe comunque opportuno procedere nell'approfondimento di questi aspetti epidemiologici per riportarci ad un quadro più esaustivo.

Per quanto riguarda l'aspetto più strettamente economico, va sottolineato quanto segue:

a) le proiezioni fatte sono statiche rispetto alle caratteristiche organizzative del sistema sanitario pubblico: esse non prendono in considerazione, per esempio, eventuali cambiamenti nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria. Ci si riferisce in particolare a forme di assistenza meno complesse e più mirate alle esigenze di particolari gruppi di popolazione (anziani, disabili, tossicodipendenti, ecc.). Da alcuni anni nel nostro paese si stanno sperimentando forme alternative alla ospedalizzazione, in grado di contemperare le esigenze di economicità e di razionalità dei servizi sanitari. Sono sempre più diffusi sul territorio centri di *day-hospital*, servizi di assistenza domiciliare (ADI) e residenze sanitarie assistenziali (RSA) che rispondono a tali esigenze. Le valutazioni sui possibili aggravii di costi dovuti all'invecchiamento della popolazione e alle modificazioni del quadro nosologico possono ritenersi pertanto conservative. Infatti è possibile ipotizzare per il futuro l'ulteriore sviluppo di forme alternative di assistenza, soprattutto per gli anziani, che recenti studi italiani e internazionali, (Hanau 1990; Pannuti 1995) dimostrerebbero essere in grado di assicurare buoni risparmi di spesa;

b) l'aumento della domanda di ospedalizzazione indotta dall'invecchiamento della popolazione agisce in

misura maggiore sulla componente variabile della spesa e in misure minore su quella fissa. Le tariffe associate ai D.r.g. tengono conto di entrambe le componenti. Pertanto le proiezioni della spesa possono essere sovrastimate, in quanto all'incremento del volume della domanda viene applicato un costo medio che non tiene conto della diversa incidenza che questo incremento ha sulle due componenti.

Le considerazioni fatte porterebbero ad indirizzare le politiche sanitarie verso nuovi obiettivi che, a dispetto degli anni passati, favoriscano non tanto o non solo il risparmio di spesa, ma la razionalizzazione dell'assistenza. Il raggiungimento di tale obiettivo sembrerebbe in questo caso assicurare, nel contempo, maggiore adeguatezza del sistema di cure alle esigenze degli anziani e maggiore economicità del sistema stesso.

(1) Il Ministero della sanità definisce «ricoveri ordinari per acuti» tutti quelli riferiti a pazienti dimessi da reparti diversi da quelli di

unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenza e residuale manicomiale.

(2) Prevalenza: numero di malati presenti nella popolazione in un istante di tempo. Incidenza: numero di nuovi casi che si presentano in una popolazione in un intervallo temporale (generalmente un anno).

BIBLIOGRAFIA

- BRUSCAGLIA G., (1990), «L'influenza dei fattori socio-economici sulla ospedalizzazione», in *Economia Pubblica*, 9/10.
- CARIANI G., GAMBERINI M., HANAU C., (1996), «L'influenza dell'età sul ricorso ai servizi sanitari», in *Organizzazione Sanitaria*, 1/2.
- CRIALES R., FROVA L., ROCCHI F., VERDECCHIA A., (1999), «An integrated approach to measuring the health status of the Italian population», *Istat, Quaderni di Ricerca - Rivista di Statistica Ufficiale*, 1\1999, Roma.
- DIAGNOSIS RELATED GROUPS, (1992), *Definitions manual*. Version 10.0. 3M.
- DIRINDIN N., (1986), «La nozione di salute e gli indicatori sanitari: aspetti concettuali e metodologici», *Formez, Finanziamento e gestione economico-finanziaria delle Usl, Quaderni regionali*, 45, Napoli.
- GUAZZINI G., (1986), «Stato di salute e utilizzazione dei servizi nella medicina pubblica», in PIPERNO A. (a cura di), *La politica sanitaria in Italia*, Franco Angeli, Milano.

HANAU C., (1987), «Fattori sanitari, sociali ed economici influenti sulla spedalizzazione», *Studi e ricerche del dipartimento di economia politica*, 44, Modena.

ISTAT, (1997) *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Base 1.1.1996*, Informazioni.

HANAU C., (1990), «Analisi dei costi dell'Ospedalizzazione a domicilio», in F. FABRIS, L. PERNIGOTTI, *Cinque anni di ospedalizzazione a domicilio*, Rosenberg & Sellier, Torino.

MAPELLI V. (a cura di), (1994), *La domanda di servizi sanitari, una indagine campionaria*, Franco Angeli, Milano.

MARIGLIANO V., CAMPANA F., CONTE G., (1999), «Le conseguenze dell'invecchiamento e la tutela della salute», in *Atti della XXXVI Riunione scientifica della S.I.E.D.S. Invecchiamento della popolazione e politiche sociali*, Volume LIII - 1, Roma, 20-22 maggio 1999.

PANNUTI F., (1995), *Il progetto EUBIOISA*, Edizioni La Formica, Bologna.

SALVINI R., SOLIPACA A., (1997), «Analisi della domanda ospedaliera e farmaceutica», *Economia Pubblica*, 6.

TARONI F., (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

VITALI O., BERNASSOLA A., (1993), «Influenza dell'invecchiamento demografico sui consumi sanitari», in *Atti della Giornata Anno Europeo dell'anziano*, CNR, novembre, pp. 123-150, Roma.

lo spazio pubblicitario

RAGIUSAN
Rassegna giuridica della sanità

CARATTERISTICHE TECNICHE

Periodicità: mensile (n. 10 fascicoli per anno solare)
Formato: cm. 21 x 28
Fotocomposizione: SIPIS S.r.l.
Stampa: offset della Grafica «Ripoli»
Carta: patinata opaca da gr. 90 mq.
Copertina: cartoncino plastificato (stampa due colori)
Rilegatura: all'americana
Spedizione: in abbonamento postale, c. 20, art. 2,
L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

Rivista di servizio, di riflessione e di cultura. Fondata e diretta da **Luigi D'Elia**, ad essa collaborano giuristi che lavorano nelle Magistrature, nelle Università, nei più accreditati centri di ricerca e nelle istituzioni sanitarie. Rivista leader del settore, è consultata da oltre diecimila lettori costituenti un uditorio mirato (politico-istituzionale-gestionale) nel mondo della sanità.

CARATTERISTICHE TECNICHE

Periodicità: trimestrale (n. 4 fascicoli per anno solare)
Formato: cm. 21 x 28
Fotocomposizione: SIPIS S.r.l.
Stampa: offset della Grafica «Ripoli»
Carta: patinata opaca da gr. 90 mq.
Copertina: cartoncino plastificato (stampa due colori)
Rilegatura: all'americana
Spedizione: in abbonamento postale, c. 20, art. 2,
L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

MECOSAN
Management ed economia sanitaria

La rivista rappresenta il naturale complemento di **Ragiusan** per quanti vogliono essere informati sulle tecniche manageriali, e sulle anticipazioni e tendenze nel managing della sanità. Lo staff redazionale sotto la guida scientifica del prof. **Elio Borgonovi**, Direttore del CERGAS (SDA-BOC-CONI di Milano) è impegnato a produrre linee-guida nelle sei sezioni in cui la rivista è articolata:

- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- Sez. 2ª - **Documenti e commenti**
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**
- Sez. 5ª - **Sanità e impresa**
- Sez. 6ª - **Biblioteca**

Il rapporto lettore-testata è tale da rendere insostituibile questo periodico, che è motivo di orgoglio per la società editoriale per aver saputo catturare un uditorio qualificato e gratificante (circa 6 mila lettori) con alto potere decisionale.

RAGIUFARM
Rassegna giuridica farmaceutica

CARATTERISTICHE TECNICHE

Periodicità: bimestrale (n. 6 fascicoli per anno solare)
Formato: cm. 21 x 28
Fotocomposizione: SIPIS S.r.l.
Stampa: offset della Grafica «Ripoli»
Carta: patinata opaca da gr. 90 mq.
Copertina: cartoncino plastificato (stampa due colori)
Rilegatura: all'americana
Spedizione: in abbonamento postale, c. 20, art. 2,
L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

L'unica vera rivista giuridico-farmaceutica. Raggiunge bimestralmente il farmacista (pubblico e privato) e il medico con poteri direzionali. Con una redazione guidata da **Luigi Sanfilippo**, Professore a contratto presso la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Milano, esperto del settore, è riuscita a raccogliere un successo lusinghiero (circa 10 mila lettori).

Riconfermare l'importanza del «prodotto di marca» è l'obiettivo che la **Sipis** si propone, nel riservare a nome e prodotti di alta immagine, lo spazio pubblicitario disponibile sulle proprie riviste

 **RAGIUSAN**
Rassegna giuridica della sanità

 **MECOSAN**
Management ed economia sanitaria

 **RAGIUFARM**
Rassegna giuridica farmaceutica

Per le peculiari caratteristiche editoriali (riviste da libreria) le tre riviste presentano un alto indice di consultazione e di lettura, anche nel tempo.

Esse rappresentano, infatti, un indispensabile strumento utilizzato da tutti coloro che, nel mondo della sanità operano:

nel settore **politico-istituzionale**
(parlamentari, membri del Governo, Regioni, Comuni, A.s., ecc.)

nel settore **tecnico**
(direttori di ospedali, di cliniche, primari, direttori di farmacia, farmacisti pubblici e privati, ecc.);

nel settore **gestionale**
(direttori generali, direttori amministrativi e dirigenti di A.s.);

nel settore **giuridico**
(magistrati, avvocati, ecc.);

nel settore **associativo delle professionalità interessate**
(ordini professionali, società scientifiche, sindacati, ecc.).

Una presenza di promozione pubblicitaria sulle pagine delle suddette riviste realizza e rafforza ulteriormente l'immagine dell'azienda committente nei confronti di una «qualificata» area di lettori con alto potere decisionale.

 **SIPIS** Soc. Edit. a r.l.

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 06.8073368 - 8073386
Fax 06.8085817 - e-mail sipised@tin.it

Documenti e commenti

Sezione 2^a

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

NUOVE OPPORTUNITÀ DI FLESSIBILITÀ NEI RAPPORTI DI LAVORO DELLE AMMINISTRAZIONI ED AZIENDE PUBBLICHE

Romano Grande

Asi Bologna città

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il telelavoro o lavoro a distanza - 3. Contratto di fornitura di lavoro temporaneo o lavoro interinale - 4. Contratto di formazione e lavoro - 5. Rapporto di lavoro a tempo parziale.

1. Introduzione

Come sappiamo la riforma del Pubblico impiego operata organicamente dal D.L.vo 29/93 e successive integrazioni, tra cui di particolare importanza quelle del D.L.vo 80/98, si era posta l'obiettivo primario di una sostanziale ed estesa assimilazione delle caratteristiche del lavoro «pubblico» a quelle del lavoro «privato».

Le motivazioni del predetto obiettivo oltre che essere state richiamate da molti studiosi della materia hanno avuto una sanzione formale di grande importanza con la sentenza della Corte costituzionale n. 309/97, la quale riconosce che il legislatore attraverso le norme sopra richiamate «aveva inteso garantire, senza pregiudizio dell'imparzialità, anche il valore dell'efficienza, anch'esso contenuto nel precetto costituzionale, grazie a strumenti gestionali che consentono, meglio che in passato, di assicurare il contenuto delle prestazioni (di lavoro) in termini di produttività, ovvero di una sua più flessibile utilizzazione».

Del resto le ragioni del bisogno di maggiore flessibilità nel «privato» e quindi anche nel «pubblico» sono a tutti note: il grande dinamismo dell'economia e della società che caratterizza il presente periodo storico necessita di

amministrazioni ed aziende pubbliche che sostengano questo tipo di sviluppo e non ne costituiscano un freno, il che implica il permanente e tempestivo adattamento delle funzioni e delle prestazioni dei servizi di pubblico interesse, quindi della loro organizzazione del lavoro, alle esigenze in continuo mutamento.

Pur essendo noto che alcune forme di lavoro flessibile sono presenti da lungo tempo anche nel pubblico impiego, quali per esempio:

— l'assunzione a tempo determinato, per coprire vacanze temporanee d'organico;

— il conferimento di mansioni superiori, anche in questo caso elettivamente per far fronte ad esigenze temporanee di esercizio di livelli di responsabilità funzionalmente necessari;

— il comando presso altre sedi della stessa amministrazione o presso altre amministrazioni per far fronte ad esigenze straordinarie e temporanee;

— il trasferimento ad altre amministrazioni a seguito della modifica permanente delle assegnazioni di competenze tra gli stessi diversi enti.

Non c'è dubbio che i contenuti dell'art. 36, comma 7, del D.L.vo 80/98 rappresentino una svolta ed un sensibile sviluppo nelle opportunità di ricorso a rapporti aventi queste caratteristiche.

Afferma infatti la norma sopra citata che: «le pubbliche amministrazioni, nel rispetto delle disposizioni sul reclutamento del personale di cui ai commi precedenti, si avvalgono delle forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale previste dal codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa.

I CCNL provvedono inoltre a disciplinare la materia dei:

— contratti a tempo determinato;
— contratti di formazione e lavoro;
— contratti relativi ad altri rapporti formativi (come l'apprendistato nel «privato», le borse di studio od i tirocini lavorativi nel «pubblico»);

— contratti di fornitura di prestazioni di lavoro temporaneo ed interinale; in applicazione delle specifiche normative adottate per favorire lo sviluppo dell'occupazione e la flessibilità del lavoro».

Oltre ai particolari rapporti di lavoro sopra richiamati, il quadro delle opportunità di flessibilità cui le aziende pubbliche possono fare ricorso deve essere completato dalle ulteriori situazioni di seguito esposte:

— contratti a tempo determinato per la copertura di un massimo del 10 % dei posti d'organico della dirigenza, come stabilito dall'art. 19, c. 6, del D.L.vo 80/98;

— contratti di lavoro a distanza o telelavoro, previsti dall'art. 4, c.1, della l. 191/98;

— contratti ad impegno ridotto o a *part time*, introdotti dalla l.662/96 ed ora completamente rivisitati e meglio dettagliati dal più recente D.L. n. 61 del 25/2/00;

— da ultimo potrebbero anche essere citate le collaborazioni coordinate e continuative, quali forme atipiche a cui le A.p. fanno ricorso in alcuni casi particolari di esigenze dell'apporto di elevate professionalità per le quali non sussistono però le ragioni di stabilizzazione nell'organico, anche a tempo determinato. Ciò pur in carenza della necessaria più chiara e completa regolamentazione normativa che lo stesso legislatore ha del resto condiviso avviando ormai da tempo l'approfondimento tendente a precisare il rapporto senza averlo però ancora completato.

Prima di entrare in una disanima di maggior dettaglio delle specifiche caratteristiche delle singole tipologie di lavoro flessibile è forse opportuno fermare un momento la nostra riflessione circa l'attuale stato di concreta e condivisa praticabilità delle forme dei rapporti più innovativi a cui si è sopra fatto riferimento.

L'opportunità della riflessione scaturisce dai possibili dubbi derivanti dalla lettura dello stesso art. 36, 7° c., del D.L.vo 80/98, pur già citato come norma quadro su questa materia, tenuto conto di una sua formulazione apparentemente contraddittoria per la quale ad un primo periodo che dispone «che le amministrazioni si avvalgono delle forme contrattuali flessibili...», lasciando quindi ipotizzare una diretta ed immediata applicabilità della disciplina in esame, segue un altro periodo nel quale si fa rinvio «ai contratti collettivi che provvedono a disciplinare la materia...» inducendo la convinzione di una normativa non completa e quindi non applicabile si-

no alla conclusione dell'*iter* procedurale previsto.

A riguardo dei predetti dubbi un certo numero di esperti di legislazione del lavoro si è già espresso raggiungendo il consenso sulle tesi di seguito riassunte, che paiono costituire una valida guida all'operatività nella presente casistica ed in altre analoghe situazioni.

— Il richiamo alla contrattazione collettiva non va interpretato nel senso che questa sia da intendere come «fonte esclusiva» di regolamentazione dei rapporti di lavoro. Vale per «pubblico» come per il «privato» l'assunto che possono trovare immediata applicazione le norme di legge che comunque disciplinano il rapporto di lavoro, così come l'altro assunto consolidato che le eventuali intese tra le parti che integrano la disciplina legislativa non possono essere contraddittorie con la stessa ed in particolare peggiorative per la parte «debole» del predetto rapporto.

— Dunque il predetto richiamo non può che essere interpretato nel senso che il legislatore, affermati alcuni principi di riferimento attraverso le norme di legge da rispettare in ogni contesto, ritiene invece di dover lasciare alle parti gli accordi relativi al più mirato utilizzo dei rapporti di lavoro flessibili nelle diverse categorie e situazioni produttive anche allo scopo di favorirne una più estesa introduzione, così come vuole evidenziare l'eventuale opportunità di completare, con lo strumento della contrattazione integrativa, la regolamentazione dei medesimi rapporti relativamente ad elementi non considerati e non contrastanti con le previsioni normative.

Il ragionamento sovraesposto rappresenta comunque essenzialmente un richiamo ad un metodo di valenza generale circa l'adeguatezza della fonti e la loro applicabilità in materia di lavoro, in quanto sul piano concreto e per gli aspetti del nostro attuale interesse

va subito precisato che, a seguito della stipula dell'ultimo CCNL del 14/9/00 relativo ad alcune «code contrattuali» del comparto delle regioni ed autonomie locali, trovano ormai completa ed integrata disciplina le forme di flessibilità più innovative di cui ci occuperemo nel seguito della presente nota anche per gli aspetti devoluti al regime pattizio. Ciò nella convinzione che i contenuti sostanziali convenuti nel contratto di comparto sopraccitato saranno rapidamente estesi alle altre aree contrattuali del pubblico impiego.

Esaminiamo dunque ora nel seguito della presente riflessione le caratteristiche particolari delle tipologie di rapporto più innovative per la P.A. tra quelle sopra richiamate, allo scopo di evidenziare le situazioni nelle quali può essere più utile il ricorso alle predette forme (le opportunità) e le eventuali limitazioni ed i vincoli che le stesse possono presentare. Nell'analisi prevale forzatamente un ottica di teoria in quanto le attuazioni pratiche sono ancora limitate e sulle stesse non è stato ancora possibile compiere un'adeguata riflessione di verifica.

2. Il telelavoro o lavoro a distanza

Il telelavoro nasce in Svezia e si diffonde successivamente nel resto del mondo.

Le prime attività a sperimentare modalità di lavoro a distanza sono quelle basate sull'uso continuo del telefono per scambi informativi con la clientela quali: il *telemarketing*, le ricerche di mercato, la vendita telefonica, l'organizzazione di eventi, ecc.

Ancora oggi è prioritariamente in fase di sviluppo nell'ambito di pratiche di gestione di dati e di informazioni che però, a seguito dell'affermarsi e della diffusione dell'informatica e della telematica, le rendono ora praticabili anche nelle situazioni in cui è necessario un permanente collegamento

con la struttura e gli archivi del centro aziendale di riferimento.

Le professioni che possono ricevere un ulteriore sviluppo attraverso questa modalità organizzativa, nella dimensione individuale e domiciliare che ne costituisce la più coerente ed insieme semplice e rapida attuazione, sono quelle del *customer care* o assistenza alla clientela, del *data entry*, dell'organizzazione di convegni, delle attività finanziarie, di studio e progettazione, del giornalismo e della ricerca.

Probabilmente è però necessario definire fin da subito cos'è il telelavoro e per questo ci avvarremo di una definizione tratta da *Impresa*, nr.10/95, che ci pare ancora la più completa:

«una attività si configura come telelavoro quando siano rispettate le seguenti caratteristiche:

— esista una delocalizzazione dell'attività rispetto alla sede tradizionale di lavoro;

— si usino strumenti telematici nello svolgimento del lavoro;

— l'attività svolta a distanza abbia i caratteri della sistematicità;

— esista un rapporto di lavoro basato su di un contratto in esclusiva».

Le forme di telelavoro, oltre quello domiciliare sopra richiamato, sono quelle:

— del telelavoro mobile: caratterizzato dalla massima mobilità del lavoratore che per ragioni professionali si sposta continuativamente su di una vasta area, ora spesso anche internazionale, e attraverso P.C. ed Internet resta in collegamento con la sede «madre»;

— centro di telelavoro: è una postazione remota rispetto alla sede aziendale, che può essere creata da una o più aziende pubbliche o private. Essa è dotata di strumenti informatici e telematici che consentono l'elaborazione dei dati ed il collegamento permanente con la sede centrale;

— telelavoro nell'azienda virtuale: che si determina quando un'organiz-

zazione produttiva o più facilmente di servizi è fisicamente articolata al punto che ciascun telelavoratore, dotato di ampia autonomia operativa e di una propria sede spazialmente separata da vertici e colleghi, gestisce direttamente i rapporti con una clientela che non conosce la sede fisica principale dell'azienda.

Nella Pubblica amministrazione si afferma come pratica organizzativa negli Stati Uniti, più precisamente nello Stato della California, il quale, nel corso dell'anno 1988, coinvolse dapprima 150 dipendenti e successivamente altri nella sperimentazione progettuale del lavoro a distanza orientato prevalentemente da ragioni ambientali e di pendolarismo.

Dieci anni dopo negli U.S.A. sono rilevati 9,2 ml. di telelavoratori nelle diverse organizzazioni produttive e di servizi, delle quali ormai il 5% ricorre a questa forma, e sono stimati in 15 ml. per l'anno 2002.

L'Italia risulta essere al settimo posto tra i Paesi europei registrando ancora una percentuale molto bassa di coinvolgimento in questa specifica modalità di lavoro, per la quale si valuta infatti una diffusione nell'anno 98 pari a circa 250.000 lavoratori attivi, contro una situazione complessiva della Cee stimata già in circa 4 ml. di addetti.

La Pubblica amministrazione del nostro Paese ha avviato sperimentazioni sin dal '96 (Comune di Roma, con il progetto «Roma trade») ma solo più recentemente se ne coglie un significativo sviluppo in diverse amministrazioni e rami di attività.

La disciplina di questa modalità di svolgimento delle prestazioni nel pubblico impiego è prevista dal DPR 70/99, che costituisce il regolamento di attuazione della L. 191/98 sopra richiamata. La stessa è già anche stata oggetto di uno specifico accordo quadro tra Aran ed Organizzazioni sindacali in data 23/3/00. Siamo anche in

grado di fare riferimento ad una successiva normazione di dettaglio, pur se sempre sperimentale, emanata attraverso il CCNL del comparto delle autonomie locali del 14/9/00.

La regolamentazione in oggetto prevede che l'organo di vertice di ciascuna amministrazione rediga uno specifico progetto, da concertare poi con le rappresentanze sindacali aziendali, con il quale vengono individuati gli obiettivi che si intendono realisticamente perseguire con il telelavoro, si evidenziano i benefici che l'ente ricava dalla predetta organizzazione, sono indicati numeri e qualifiche del personale che può volontariamente prendere parte alle prime sperimentazioni, sono espressi i criteri per la scelta dei collaboratori quando le disponibilità superano le concrete opportunità, sono precisati gli adempimenti antinfortunistici ed assicurativi da osservare.

In questa tipologia la flessibilità non attiene al rapporto di lavoro e ciò particolarmente nel Pubblico, che è comune e tipico alle altre forme di relazioni di dipendenza organica, ma si configura più semplicemente come una particolare modalità di organizzazione/svolgimento della prestazione dedotta dal rapporto di lavoro ordinario.

La forma organizzativa in esame, come abbiamo già visto nella definizione sopra richiamata, è essenzialmente caratterizzata dal superamento di alcuni aspetti relativi al concetto tradizionale di lavoro dipendente che solitamente lo caratterizzano come quelli: di essere vincolato ad una precisa sede fisica di svolgimento dell'attività messa a disposizione dall'azienda di appartenenza e da un orario sufficientemente predeterminato.

La flessibilità in argomento può quindi costituire in alcune situazioni particolari benefici per i lavoratori coinvolti, quali per es.:

— essere posti in una situazione organizzativa di massimo autogoverno e

con minimi «disturbi» provenienti dall'ambiente aziendale;

— adempiere a necessità personali o familiari di permanere presso la propria abitazione anche per il tempo di svolgimento della propria attività professionale;

— integrare compiti ed orari giornalieri dedicati alle mansioni professionali con quelli che l'interessato riserva ad altre attività personali od assistenziali;

— evitare gli aggravati economici e di tempo del pendolarismo, particolarmente pesanti per chi ha il proprio domicilio a notevole distanza dalla sede aziendale, ecc.

Pur se con alcuni rischi, quali in massima parte quelli rappresentati dalla mancanza degli stimoli del confronto continuo con colleghi e dirigenti, del sentirsi sempre meno parte della propria organizzazione, dalla monotonia e passività che può colpire persone confinate nello stesso ambiente di vita e lavoro, dell'essere troppo responsabilizzati al punto che l'attività professionale può invadere anche la sfera personale.

Così come il telelavoro può costituire una forma vantaggiosa per l'azienda, sia che questa sia riferita allo svolgimento di compiti semplici (battitura documenti, inserimento dati, ecc.) od anche complessi, ma che l'incaricato può assolvere con ampia autonomia professionale (elaborazioni dati, stesura protocolli, documenti, o programmi ecc.) in quanto:

— la delocalizzazione di qualche attività implica l'esigenza di un minor spazio nella sede produttiva o comunque l'opportunità di un minor addensamento degli operatori;

— si evita la possibilità di maggiori dispersioni e reciproci «disturbi» degli operatori tra loro nell'integrazione delle diverse attività della medesima unità organizzativa;

— le direzioni possono concentrar-

si sul coordinamento operativo delle attività interne.

Per valutare comunque nell'ottica aziendale quali siano le aree di attività più idonee all'organizzazione di pratiche di telelavoro si hanno solitamente a riferimento due coordinate o logiche:

a) la prima è costituita dalla frequenza e dalla modalità dei contatti necessari tra il lavoratore ed il suo «centro» di riferimento aziendale: se questi devono essere intensi, personali e diretti è ovvio che non sussiste convenienza all'organizzazione di pratiche di telelavoro;

b) la seconda assume invece a riferimento il grado di autonomia/creatività della attività in predicato: per cui le più idonee sono da un lato quelle più standardizzabili, nelle quali il grado di incertezza da risolvere è minimo e per le quali quindi l'autonomia è garantita dall'organizzazione del processo che è «a monte» della localizzazione; dall'altro quelle professionalmente più creative, la cui soluzione dei continui problemi ed imprevisti è comunque sempre affidata alla responsabilità diretta dell'operatore interessato.

L'accordo quadro sopra richiamato prevede comunque anche specifici criteri per la scelta individuale dei collaboratori cui assegnare questa modalità organizzativa di lavoro nella P.a., oltre a misure di garanzia a favore degli stessi, condizioni e criteri che potranno essere ulteriormente integrati dalle contrattazioni di singolo comparto. Tuttavia i principi più significativi ormai previsti sono:

— la volontarietà di adesione alla sperimentazione e le condizioni per una eventuale revoca da parte del personale coinvolto nella disponibilità precedentemente concessa;

— la precedenza accordata a coloro i quali già svolgono le medesime od equivalenti mansioni nell'organizzazione ordinaria dell'attività soggetta a sperimentazione;

— nel caso che le disponibilità offerte dai collaboratori superino il numero delle accettazioni possibili sarà data la precedenza a specifiche esigenze personali o familiari, di cura ed assistenza, a carattere sociale od abitativo;

— parità di impegno orario previsto nel periodo considerato e di trattamento rispetto a tutti gli istituti normativi ed economici applicati ai collaboratori dello stesso profilo che restano nell'ordinaria organizzazione di lavoro del medesimo ente; parità dei diritti sindacali e delle tutele prevenzionistiche anche in ambito domiciliare;

— rimborsi di tutte le spese «aggiuntive» sostenute dal lavoratore, in termini di energia elettrica, collegamenti telefonici e quant'altro concorrente ed è necessario per l'attuazione della attività decentrata.

Condizioni imprescindibili per l'attuazione di questa forma consistono nella disponibilità presso il domicilio del collaboratore di un idoneo strumento informatico di proprietà aziendale e che deve restare destinato in esclusiva alla medesima attività; nell'attivazione di una rete di collegamento telematico a mezzo della quale il collaboratore può dialogare permanentemente o al bisogno con la «casa madre»; nella predeterminazione di giorni ed orari nei quali deve essere previsto il collegamento in rete; l'accesso minimo programmato del collaboratore presso la sede aziendale.

Questa modalità organizzativa implica comunque ancora ulteriori precondizioni significative, particolarmente a carico dell'azienda ma che entrambi i contraenti del particolare rapporto devono conoscere, per promuovere, con la responsabilità condivisa, i migliori risultati sin dall'inizio e prevenire possibili successive difficoltà di esercizio della sperimentazione:

— il collaboratore deve essere scelto in quanto dotato della necessaria autonomia operativa ed accreditata auto-

responsabilità, come si è già detto sopra, per portare a termine il lavoro assegnato in modo accurato e nel tempo più breve realisticamente necessario;

— l'azienda deve essere in grado di programmare l'attività in argomento sulla base di precisi obiettivi qualitativi e dei relativi prevedibili tempi di esecuzione, elementi questi che devono essere portati a conoscenza delle organizzazioni sindacali, e di saper valutare a posteriori la conformità delle prestazioni rese ai programmi assegnati;

— sono a carico dell'azienda tutte le spese e gli oneri organizzativi relativi:

1) reperimento, installazione e collaudo delle apparecchiature elettroniche e dei collegamenti telematici;

2) gestione, manutenzione, controlli di sicurezza, copertura assicurativa, sulle attrezzature e postazione di telelavoro;

3) verifica della sicurezza nelle comunicazioni tra la sede e la postazione decentrata nell'utilizzo del sistema informativo aziendale;

4) prima formazione ed aggiornamento periodico del personale preposto alla sperimentazione, con riferimento all'ambito dei contenuti da elaborare, alla semplice manutenzione dei mezzi tecnici in uso, alle misure minime di sicurezza.

Da tutto quanto premesso si può concludere che la forma in argomento per un verso necessita di una azienda avanzata nelle variabili organizzative, nella capacità progettuale, nella gestione del personale e nella assegnazione e verifica dei carichi di lavoro per obiettivi. D'altra parte l'opportunità di adottare i nuovi assetti organizzativi di cui si è discusso, per sperimentare l'innovazione, per pressione sindacale, o per favorire esigenze sociosanitarie dei collaboratori, può comunque costituire uno stimolo per accrescere le capacità gestionali presenti in ciascuna realtà produttiva od ero-

gativa ed adeguarle più rapidamente ai necessari cambiamenti ambientali.

Abbiamo ricordato nella premessa di questo argomento che sin dall'anno 96 si sono avviate nella nostra P.a. dapprima poche esperienze che sono però andate gradualmente crescendo nel corso degli anni successivi.

Con l'accordo quadro del 2000 è stato anche istituito presso l'Aran un osservatorio per la raccolta ed il monitoraggio delle specifiche esperienze, che dovrebbe dare i primi risultati delle verifiche compiute dopo un biennio dalla sua istituzione.

È quindi presto per gli opportuni consuntivi organici.

Il parere dell'estensore di questi brevi note, basato su scarsissime conoscenze di esperienze concrete e prevalenti impressioni, derivanti anche dalla recente consultazione di alcuni bandi di selezione di aspiranti alla sperimentazione in argomento nella amministrazione della Regione E.r., pubblicati su alcuni Bollettini ufficiali della stessa Regione negli anni 00 e 01, è quella che nell'ambito pubblico prevalga ancora la visione di prevalente «opportunità» che può essere concessa ai propri dipendenti in quanto senza particolari «oneri» per l'ente, neppure nei termini di orientamenti progettuali. Come del resto sta succedendo per il *part time*, di cui si parlerà in altra parte delle presenti note. Visione che sicuramente connota in modo integrato il rapporto di lavoro in esame ma che, se resta dominante, fa ancora prevalere logiche difensive nel comunque necessario aggiornamento delle pratiche gestionali dei nostri enti, anziché cogliere a fondo le opportunità di innovazione organizzativa che i nuovi istituti potrebbero portare.

3. Contratto di fornitura di lavoro temporaneo o lavoro interinale

Il contratto di fornitura di lavoro

temporaneo è il rapporto attraverso il quale una impresa fornitrice, autorizzata dal competente Ministero del lavoro in quanto in possesso di determinati requisiti ed iscritta ad uno specifico albo, pone dei propri dipendenti, regolarmente assunti allo scopo, a disposizione di altre aziende od enti per l'espletamento di attività dei «terzi utilizzatori», per un periodo di tempo limitato.

La disciplina normativa a cui faremo riferimento è costituita anche per il «pubblico» dalla l. 196/97; dall'art. 36 del D.L.vo 29/93, modificato dal D.L.vo 80/98; dall'atto di indirizzo dell'Aran del gennaio 99; oltre al già citato CCNL delle Autonomie locali del 14/9/00 che, avvalendosi della normativa ed indirizzi precedenti, ha potuto comporre una prima sintesi applicativa (in termini di opportunità e vincoli) dello specifico rapporto in esame.

In premessa deve essere richiamata la particolare necessità per le pubbliche amministrazioni, che sicuramente faranno ricorso a questa modalità di lavoro, di garantire la salvaguardia del criterio/principio di valenza generale che ha autorizzato l'istituto, secondo il quale è possibile avvalersi dello stesso solo per far fronte «ad esigenze a carattere non continuativo e/o a cadenza periodica, o collegate a situazioni di urgenza non fronteggiabili con il personale in servizio e con il reclutamento ordinario».

Le concrete opportunità di avvalersi dei predetti rapporti, già previste e praticabili attraverso le prime fonti sopra citate, erano così stabilite:

— per consentire la temporanea utilizzazione di professionalità non previste nell'ordinamento degli enti, anche al fine di sperimentarne la necessità;

— per la temporanea copertura di posti vacanti.

Il CCNL del comparto «autonomie locali» sopra richiamato ha successivamente precisato (ridotto) le modalità del

ricorso al rapporto in esame o in altri casi ampliato le prime opportunità, prevedendo queste ulteriori specifiche situazioni cui fare ricorso all'interinale:

— per quanto riguarda le temporanee coperture dei posti vacanti, è ammesso il ricorso all'interinale in alternativa al tempo determinato quando l'esigenza non era programmabile e per periodi da un minimo di 60 gg. ad un massimo di 180 gg. in relazione ai particolari profili cui dare copertura;

— per il sopravvenire di nuove funzioni cui non è possibile far fronte con il personale in servizio;

— per particolari fabbisogni di pro-

fessionalità connesse all'introduzione: di nuovi sistemi di informazione interna od esterna, di nuovi servizi al pubblico, o per implementare sistemi di sicurezza interni, il cui adempimento non è possibile con il personale in servizio.

Il numero massimo di rapporti di questo tipo ammessi in ogni ente non può superare mensilmente il 7% del personale in servizio a tempo indeterminato. Alcuni profili (la categoria A, gli educatori, ecc.) od aree operative (le funzioni del sindaco come ufficiale del Governo) sono esclusi da questa opportunità. I programmi di utilizzo di

questi rapporti vanno comunicati di norma preventivamente alle organizzazioni sindacali interne. È ribadito il divieto di avvalersi di agenzie non abilitate alla gestione di questi rapporti da parte del Ministero del lavoro.

Ora se ci siamo soffermati in precedenza sulle casistiche che consentono il ricorso alla forma in esame, è anche opportuno valutare le specifiche caratteristiche, in termini di vantaggi e svantaggi che lo stesso presenta per una P.a., particolarmente nel confronto con i possibili utilizzatori del settore privato (tabella 1).

È forse opportuno esprimere co-

Tabella 1

Elementi di confronto opportunità/vincoli	Settore privato	Settore pubblico
Scelta del contraente, nell'ambito delle agenzie autorizzate	Libera, nell'ambito di logiche esclusivamente di "mercato".	Vincolo del rispetto della normativa nazionale ed europea a tutela della trasparenza ed imparzialità nella scelta del contraente.
Scelta del lavoratore a rapporto temporaneo	Nel contatto di fornitura, oltre all'esplicitazione della qualifica richiesta e delle mansioni da espletare, possono essere inserite clausole relative ai criteri di selezione del personale da utilizzare (per es. possono essere valorizzate le precedenti esperienze nella medesima attività ed azienda, i periodi formativi già acquisiti., ecc.). Queste possono valere sia nel privato come nel pubblico, anche se sappiamo che i vincoli relativi ai criteri di selezione conferiscono al pubblico maggiori responsabilità di obiettività e trasparenza.	
Formazione del lavoratore a rapporto temporaneo	I costi della formazione sono a carico di tutti gli utilizzatori, essendo previsto un importo minimo del 5% della retribuzione finalizzato a questo fine.	Pare dover sostenere costi più elevati in quanto, oltre alla misura a fianco indicata, l'indirizzo dell'Aran prevede ulteriori oneri quali il carico dei periodi formativi precedenti e successivi (?) all'incarico.
Sostituzioni dell'interinale nei periodi di assenza	Queste sono sempre a carico dell'azienda fornitrice e ciò costituisce un particolare vantaggio del rapporto sia per il privato, che per il pubblico.	
Possibilità di trasformare il rapporto interinale in tempo indeterminato.	Questa rappresenta una delle maggiori opportunità del rapporto che ha solo il privato.	La normativa attuale non consente uguale opportunità al pubblico, in quanto soggetto, nelle assunzioni, alle normative concorsuali generali. L'affermarsi di questo rapporto implicherebbe l'esigenza di una revisione della normativa per adattarla alle nuove esigenze di riconoscimento di «priorità».
Costi relativi alla tipologia di rapporto	Sono sicuramente più elevati rispetto al lavoro ordinario, in quanto occorre remunerare l'attività di intermediazione, selezione, formazione del personale, svolta dal fornitore. Per questo, particolarmente nel pubblico, sarà opportuno un piano finanziario di ricorso all'istituto che preveda i maggiori costi.	
Rischi e responsabilità	Per tutti i datori di lavoro privati e pubblici restano le responsabilità anche penali di cui alla l.1369/60 (divieto di interposizione di manodopera). Per i dirigenti pubblici la violazione della normativa aggiornata configura anche una responsabilità amministrativa.	

munque qualche commento circa le nuove opportunità gestionali che vengono consentite alle aziende pubbliche con questo particolare rapporto, confrontandolo con quelli più conosciuti e consolidati:

— si determina in questo caso una estrema chiarezza circa l'assoluta temporaneità e preciso scopo del rapporto che non lascia improprie, svianti e non corrette «speranze» ai collaboratori temporanei;

— risulta particolarmente facilitato il dover fare fronte a situazioni di effettiva e particolare urgenza, non dovendo l'utilizzatore del servizio gestire la comunque lunga fase di selezione prevista in alternativa nel «pubblico»;

— si sottolinea che per quanto concerne le sopra richiamate opportunità di ricorso alla forma in esame, esclusa solo quella della sostituzione per vacanza dell'organico, il rapporto non ha termini di durata predeterminati, potendosi quindi anche acquisire collaborazioni non di brevissimo termine prima limitate alle più problematiche e forse più costose diverse forme di «consulenza».

— ovviamente nei piani finanziari che le aziende dovranno predisporre per il ricorso a queste forme di collaborazione e di cui si è fatto riferimento nella tabella sopra richiamata, sarà opportuno tenere conto della durata delle stesse per ammortizzare i maggiori costi a carico dell'agenzia esterna.

In conclusione riporteremo alcuni aspetti di un'esperienza di lavoro interinale concretamente compiuta nella Ausl di Imola della Regione E.R.

La sperimentazione si è avviata dalla fine del '98 ed è stata inizialmente centrata sul conferimento di personale infermieristico che rappresenta una figura professionale il cui reperimento risulta ormai particolarmente critico nel Ssn, particolarmente per incarichi di periodo limitato. Una forte motivazione aggiuntiva alla ricerca di questo

personale con il mezzo del rapporto interinale era rappresentata dall'esigenza contingente di smaltire un ingente monte ferie della categoria che si era andato consolidando nel corso del tempo e per il quale tra l'altro non sono neppure legittimamente praticabili altre assunzioni, quali quelle a tempo determinato, comunque di difficile attuazione.

Scelto quindi lo «strumento» con chiare motivazioni e finalità, si provvedeva ad elaborare il necessario progetto contenente:

— l'individuazione del numero delle unità da conferire per il periodo necessario allo smaltimento ferie residue ed il numero prevedibilmente necessario con maggiore continuità su base annua;

— la spesa preventivata, tenendo conto della maggiorazioni correlate alla tipologia di rapporto, e le modalità per reperire le risorse necessarie al finanziamento del rapporto;

— le scadenze delle opportune periodiche verifiche sull'andamento dell'esperienza.

Il progetto veniva quindi sottoposto alla necessaria informazione ed opportuna concertazione con le organizzazioni sindacali aziendali con le quali si addiveniva ad un'intesa.

Si procedeva quindi all'individuazione del fornitore mediante una procedura di aggiudicazione rapida, quale quella della trattativa privata, tenuto conto dell'urgenza nel conferimento del personale necessario, della preselezione avvenuta attraverso la conseguente autorizzazione del Ministero del lavoro, dal numero di agenzie concretamente operanti sul territorio della Ausl interessata.

La scelta del contraente, tra i due fornitori che si sono proposti, veniva compiuta integrando parametri di qualità, quali per es. i sistemi di selezione dei lavoratori adottati dai fornitori concorrenti, con parametri di costo.

La sperimentazione è stata valutata positivamente nelle periodiche verifiche compiute, nonostante il costo ora operatore sia di circa un 50% superiore a quello ordinario del personale dipendente di pari profilo, per cui dopo un anno il contratto è stato prorogato ed è stato esteso anche ad alcune altre qualifiche professionali.

4. Contratto di formazione e lavoro

Le fonti a cui faremo riferimento sono rappresentate dalle leggi: 863/84, 451/94, dal D.L.gs 80/98, oltre che dal CCNL delle autonomie locali del 14/9/00, già più volte citato per la regolamentazione più completa e recente dei rapporti flessibili nella P.a..

Precisiamo innanzi tutto cos'è il contratto di «formazione e lavoro» che nasce e si consolida nei rapporti di diritto privato:

— è un contratto di lavoro a tempo determinato, di durata dai 12 ai 24 mesi, preordinato a favorire l'occupazione e la formazione professionale dei giovani di età compresa tra i 16 ed i 32 anni, coordinato secondo un progetto formativo che deve essere presentato dal datore di lavoro ai competenti organi di valutazione, contratto nel quale è prevista, ma non garantita, la successiva possibilità di trasformazione dello stesso in rapporto a tempo indeterminato.

Nasce e si consolida nel privato, anche al di là di finalizzazioni sempre corrette e coerenti, in quanto in quest'area: il datore di lavoro beneficia di sostegni contributivi che vanno dal 50% al 25% in relazione al settore produttivo ed alla collocazione territoriale dell'azienda; può solitamente applicare inquadramenti iniziali più bassi di quelli propri del profilo convenuti con le organizzazioni sindacali del comparto od aziendali per favorire l'occupazione giovanile; può accedere a finanziamenti regionali per la

promozione della formazione professionale, anche in ambito aziendale.

Non c'è dubbio comunque che, pur non prevedendosi per il pubblico le stesse facilitazioni accordate al privato, le logiche intrinseche a questa specifica tipologia di rapporto possono essere accolte con interesse anche nell'ambito pubblico, sia per formare operatori da adibire a specifici «mestieri» non facilmente reperibili sul mercato del lavoro, sia per la preparazione pratica di elevate professionalità le quali devono però acquisire specifiche competenze che sono patrimonio primario degli enti pubblici.

Ora nel quadro della programmazione triennale dei fabbisogni previsti dalla l. 449/97, anche le amministrazioni pubbliche possono prevedere il ricorso a questa forma di rapporto purché la stessa sia motivata da una delle due uniche possibili condizioni specificamente sotto indicate:

a) per l'acquisizione di professionalità elevate, quali quelle previste nella categoria D dei CCNL dei comparti enti locali e sanità;

b) per agevolare l'inserimento professionale in un profilo di basso livello (categoria B) mediante un'esperienza lavorativa che consenta comunque un adeguamento della competenze professionali al particolare contesto organizzativo e di servizio. Nell'ambito di questa seconda condizione non è ammesso il rapporto in oggetto per la categoria A.

La selezione dei candidati a questa tipologia di rapporto deve avvenire nel rispetto dei criteri previsti dalle norme concorsuali nelle P.P.a.a.

La durata degli stessi è prevista in un massimo di 24 mesi per la condizione di cui alla lettera a) ed in un massimo di 12 mesi per la condizione citata alla lettera b).

Nei confronti dei lavoratori assunti con C.f.l. è previsto un monte ore dedicato alla formazione ed escludente

attività lavorative non inferiore a 130 h. per la condizione di cui alla lettera a) e non inferiore alle 20 h per gli appartenenti alla casistica b), da usufruire nel periodo di rapporto contrattualmente previsto.

Il trattamento economico per i lavoratori soggetti a questo rapporto è quello tabellare iniziale delle categorie cui appartiene il profilo, oltre ai compensi accessori se dovuti.

Il C.f.l. si risolve alla naturale scadenza e non può essere prorogato o rinnovato. Prima della scadenza il contratto può essere risolto solo per giusta causa.

Al termine del periodo di rapporto previsto l'amministrazione è tenuta ad attestare l'attività svolta ed i risultati formativi conseguiti dal lavoratore.

Al rapporto in esame è connaturata la finalità di essere trasformato, al termine della formazione, in uno di medesimo profilo a tempo indeterminato e ciò attraverso una regolamentazione di criteri e modalità di selezione che gli enti devono autonomamente disciplinare e concertare con le rappresentanze sindacali interne. Nei casi della trasformazione di cui sopra il periodo di formazione e lavoro viene computato a tutti gli effetti nell'anzianità di servizio. Non è consentita la stipula di nuovi contratti di F. e L. agli enti che non trasformano almeno il 60% dei citati rapporti in contratti a tempo indeterminato.

Qualche commento al termine della sintetica analisi di questa nuova opportunità.

Il contratto di formazione e lavoro dovrebbe rappresentare in una breve prospettiva «il contratto» per eccellenza attraverso il quale tutti i giovani entreranno nel mercato del lavoro. Del resto già oggi la maggior parte delle nuove assunzioni di giovani sono di questo tipo. Peccato che nel privato questa forma abbia avuto tanto successo probabilmente più le per convenienze economiche che lo «arricchivano» nel

breve periodo, piuttosto che per le opportunità di formazione anche sul «campo» di manodopera sempre più specializzata che avrebbero dovuto caratterizzarlo.

Probabilmente è quindi un'opportunità in più, in termini di strategia, che nel pubblico non possono certamente essere ricercate le stesse convenienze che hanno probabilmente costituito la maggiore motivazione del privato.

L'analisi che il pubblico deve fare è quindi da subito di diverso tipo: occorre individuare le competenze, in termini di conoscenze, esperienze professionali, motivazioni ed atteggiamenti opportuni, riferite alle diverse qualifiche e profili lavorativi, che non sono ordinariamente reperibili sul «mercato del lavoro» in quanto la formazione «di base», professionale, tecnica, universitaria o post-universitaria, o non esiste o non riesce comunque ancora a soddisfare le specifiche esigenze di adeguata preparazione del personale che deve operare nei Servizi pubblici.

Pensiamo in concreto e per fare alcuni esempi in sanità: all'area dell'assistenza di base, a quella della vigilanza igienico sanitaria, ma anche alle problematiche di inserimento del personale amministrativo preposto ai rapporti con l'utenza ed al quale non è certo sufficiente il possesso di un qualsiasi diploma di scuola superiore. Così come in questo quadro possono essere meglio inseriti i futuri quadri e dirigenti amministrativi e gestionali le cui lauree ed anche i successivi perfezionamenti non li formano praticamente alla specifica attività che verrà loro richiesta, né alle particolari caratteristiche dell'ambiente nel quale desiderano lavorare.

5. Rapporto di lavoro a tempo parziale

Le fonti normative di questo rapporto a cui ci siamo riferiti sono rap-

presentate: dalla l. 662/96, dal CCNL del comparto Sanità del 7/4/99, dal DL 61/00, dal CCNL del comparto autonomie locali del 14/9/00, dal CCNL aggiuntivo per la dirigenza del Ssn stipulato in data 22/2/01.

Tratteremo inizialmente della applicazione del rapporto in argomento nei confronti del personale del comparto, per dedicarci in seguito ad esaminare le ultime novità che riguardano la dirigenza.

Gli enti pubblici possono costituire rapporti a tempo parziale mediante:

— trasformazione dei rapporti a tempo pieno in rapporti a tempo parziale di personale già in servizio, a richiesta dello stesso;

— assunzione di nuovo personale, nel quadro della programmazione triennale, per posti d'organico riservati a questo rapporto.

Il numero dei rapporti a tempo parziale non può superare il 25 % dei posti d'organico di ciascuna categoria. Dalla possibilità di richiedere questo rapporto sono escluse solo le «posizioni organizzative» previste nei recenti CCNL di enti locali e sanità.

Gli enti, in relazione alle proprie esigenze organizzative, predispongono la «mappa» dei posti da riservare a questo rapporto, così come possono prefigurare le tipologie orarie funzionali alle attività delle singole unità organizzative interessate, offrendo piena informazione del medesimo piano alle rappresentanze sindacali aziendali. Garantiscono quindi la precedenza nella copertura degli stessi posti al personale già in servizio che ne fa richiesta. Quando le richieste superano le disponibilità la normativa inizialmente citata prevede anche le motivazioni che danno titoli di priorità.

Se gli enti non procedono agli adempimenti sopra richiamati o nei limiti preordinati dal piano, la richiesta del personale si intende comunque accolta dopo due mesi dalla presentazione

della domanda, con il solo vincolo del rispetto della percentuale sopra richiamata per categoria. L'ente può solo, per validi motivi, rinviare l'accoglimento della richiesta per un periodo massimo di sei mesi.

Il personale che ottiene un rapporto di lavoro non eccedente il 50 % del debito orario ordinario può svolgere anche un'altra attività professionale esterna, purché non incompatibile con i doveri d'ufficio. Le incompatibilità devono essere precisate da ciascun ente in apposito regolamento.

Il contratto a tempo parziale deve avere la forma scritta e contenere specifici elementi relativi alle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa. Il trattamento economico riservato al rapporto in oggetto è proporzionale all'effettivo impegno lavorativo prestato. Decorso un biennio o anche prima se vi è la disponibilità del posto, il lavoratore che ha optato per il *part time* avendo prima un rapporto ordinario può tornare al rapporto a tempo pieno. Il neo assunto a *part time* può invece richiedere il tempo pieno dopo un triennio, nei limiti dei posti disponibili nell'organico.

Tutto ciò si dirà non rappresentano novità essendo così sostanzialmente regolamentata la materia sin dalla legge del 96. In effetti le più recenti innovazioni sostanziali sono rappresentate dal limitato numero di aspetti di seguito esposti:

— dalla possibilità di richiedere un limitato orario aggiuntivo, oltre al debito orario vincolato, anche al personale a *part time*;

— dall'esplicita previsione (art. 5, c. 3, CCNL 14/9/00) che anche gli orari funzionalmente compatibili siano predeterminati nel piano delle disponibilità aziendali dei *part time*, ad evitare per gli enti di dover subire orari assolutamente disfunzionali in caso di mancato concordamento tra le parti;

— dalla regolamentazione del *part*

time anche per la dirigenza di cui si dirà nel prosieguo.

Il tempo parziale per la dirigenza, per ora previsto solo nei contratti del personale della sanità, presenta le seguenti caratteristiche:

a) dalla possibilità del *part time* è escluso il personale dirigente responsabile gestionale di struttura complessa o semplice;

b) può essere concesso ad una percentuale variabile dal 4 al 6 % del personale in organico dei cinque ruoli in cui lo stesso si articola, per motivi esclusivamente assistenziali, personali, familiari, conservando a pena di immediato licenziamento il rapporto esclusivo incompatibile con qualunque altra attività;

c) può essere concesso ad una percentuale dell'1 % del personale dirigente dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale, con un *part time* non superiore al 50 % e con la possibilità di poter svolgere attività professionale esterna autonoma o di dipendenza purché non incompatibile con i compiti istituzionali dell'ente di appartenenza;

d) l'impegno al regime ridotto non può essere richiesto per il periodo di prova e per periodi inferiori ad un anno. Lo stesso preclude la possibilità per i sanitari di svolgere libera professione interna e per tutti di svolgere attività in convenzione;

e) per gli altri aspetti di regolamentazione dell'impegno ridotto per la dirigenza si fa riferimento alla regolamentazione valida per tutti i *part time* e sopra richiamata.

Caratteristiche, particolarmente nel numero esiguo di concessioni possibili, che lo rendono per ora poco più che il manifestarsi di un segnale di attenzione e disponibilità verso le stesse problematiche personali già riconosciute all'insieme dei dipendenti per alcune categorie della dirigenza professionale.

Abbiamo già introdotto qualche bre-

ve considerazione sullo stato attuale del ricorso al *part time*, commentando il quadro di diffusione del telelavoro. Sono cioè due istituti per entrambi i quali risultano ancor oggi tendenzialmente più forti le pressioni del personale interessato e delle sue rappresentanze sindacali nel volerli vedere applicati per la soluzione di problematiche individuali di natura sanitaria o sociale, essendo entrati compiutamente nella regolamentazione positiva dei rapporti di lavoro, piuttosto che la spinta delle aziende ad utilizzarli in modo progettuale potendo ora disporre di maggiori e diversificati strumenti per affrontare con maggior efficienza problemi funzionali ed organizzativi.

A conclusione di questo sintetico esame delle nuove diverse opportunità di rapporti flessibili, ormai completamente attuativi e praticabili nel pubblico impiego, si può solo aggiungere che nuovi delicati impegni di accurate analisi delle esigenze funzionali non soddisfatte e di quali di queste potrebbero beneficiare del maggior numero e della diversità di soluzioni oggi possibili attendono le funzioni di presidio delle politiche del personale nei numerosi enti pubblici che possono essere interessati al recepimento delle nuo-

ve forme di lavoro sopra esaminate.

È quindi sempre più difficile voler ancora sostenere da parte di vertici e dirigenti di amministrazioni ed aziende pubbliche che il rapporto di pubblico impiego sia ancora gravato da tali vincoli che giustificano da soli gran parte delle staticità e difficoltà che lo appesantiscono nel perseguire gli obiettivi di efficienza/efficacia, che peraltro sono riconosciuti sempre più indispensabili nei servizi pubblici. Al riguardo si richiamano qui anche altri importanti elementi innovativi di stimolo verso la responsabilità e la qualità/produttività del lavoro introdotti dai più recenti contratti e non oggetto delle presenti considerazioni.

Così come pare risultare alquanto confutata dai fatti e dagli accordi che abbiamo potuto citare anche la possibile tesi che è particolare responsabilità dei sindacati del pubblico impiego quella di non consentire ed essere aperti verso le innovazioni.

Certo è che perché le innovazioni possano arrecare tutti i benefici funzionali che vi sono potenzialmente connaturati è necessario non chiudersi verso gli stessi cambiamenti, sapendo che l'eventuale chiusura non è testimoniata solo dall'opposizione fronta-

le verso i nuovi istituti, concretamente impraticabile tra l'altro nel quadro normativo sopra delineato, ma anche dal permanere di una logica difensiva per cui il nuovo si subisce facendo in modo che arrechi i minor danni e disturbi alla staticità organizzativa.

Occorre invece cogliere l'opportunità fornita oggi dalle numerose novità in materia di lavoro pubblico per una completa e coraggiosa revisione dell'organizzazione consolidata, della quantità e qualità degli organici, delle modalità di impiego del personale.

È modesto parere dell'estensore di queste note che le molte innovazioni che attendono solo di essere attuate possano contribuire, oltre che a risolvere concreti problemi, anche a disvelare alcuni alibi: se gli strumenti disponibili per migliorare la gestione del personale sono sempre più numerosi, diversificati e flessibili, se il consenso verso il riconoscimento delle differenze di esigenze e di meriti è in costante aumento al punto da innovare profondamente la cultura diffusa sui criteri di valutazione dell'equità, non è il caso allora di iniziare a ricercare la causa dell'eventuale permanere delle vecchie carenze e disfunzionalità al di fuori dai soliti luoghi comuni?



Esperienze innovative

Sezione 3^a

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Table, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

IL SISTEMA DI *BUDGET* NELL'ASL CITTÀ DI BOLOGNA: CARATTERISTICHE FONDAMENTALI E INNOVAZIONI IN CORSO

Eugenio Anessi Pessina¹, Paola Bardasi²

¹ Economia aziendale, Università Cattolica S.C., Milano

² Servizio finanze e controllo di gestione - Azienda Usl Città di Bologna, Bologna

Sommario: 1. Introduzione - 2. Le componenti del sistema di controllo - 3. Le finalità del sistema di controllo - 4. Caratteristiche dell'Azienda - 5. La struttura organizzativa del controllo - 6. La strategia e la programmazione aziendale - 7. Il processo di formulazione del *budget* - 8. La strumentazione tecnico-contabile - 9. Conclusioni - 10. Appendice.

1. Introduzione

Questo articolo illustra il sistema di controllo direzionale dell'Asl Città di Bologna. L'Azienda si caratterizza sia per l'elevata complessità (contesto metropolitano, dimensioni elevate, compresenza sul proprio territorio di stabilimenti ospedalieri a gestione diretta, di un'Azienda ospedaliera e di un'Ircs), sia per l'ormai lunga esperienza nell'impiego dei sistemi di controllo (le prime sperimentazioni di *budget* risalgono alla fine degli anni Ottanta).

Le caratteristiche fondamentali del sistema, pur adattate alle specificità dell'Azienda, riflettono quanto comunemente indicato dalla letteratura: ad esempio formulazione del *budget bottom-up*; sistema di contabilità analitica per Centri di responsabilità (Cdr) e Centri di costo (Cdc) tecnicamente integrato con la contabilità generale. Esistono però alcune importanti aree di innovazione, tra cui la specificazione del ruolo delle diverse tipologie e dei diversi livelli di Cdr, l'evoluzione dei processi e documenti di programmazione che guidano la formulazione del *budget*, lo sviluppo di indicatori di attività, la creazione di una rete di uffici periferici del Controllo di gestione. L'articolo si sofferma su questi aspetti

mentre, anche per ragioni di spazio, ne trascura altri seppur importanti, quali la contabilità analitica e il *reporting*.

L'articolo è strutturato come segue. I §§ 2 e 3 presentano una griglia per la descrizione e la valutazione del sistema di controllo direzionale di un'azienda sanitaria. Il § 4 sintetizza le principali caratteristiche dell'Asl Città di Bologna. I successivi quattro paragrafi applicano la griglia all'Azienda, con particolare riferimento alla struttura delle responsabilità (§ 5), al sistema di pianificazione e programmazione pluriennale (§ 6), alla formulazione del *budget* (§ 7) e alla strumentazione tecnico-contabile (§ 8). Il § 9, infine, presenta alcune considerazioni conclusive.

2. Le componenti del sistema di controllo

Le componenti del sistema di controllo sono ormai universalmente indicate nella struttura organizzativa, nel processo e nel sistema informativo-contabile (Brunetti, 1999: 14-8). Su questa base è possibile costruire una «griglia» attraverso cui analizzare il sistema di controllo direzionale di un'azienda sanitaria (1).

2.1. La struttura organizzativa del controllo

La struttura organizzativa del controllo «riguarda la distribuzione della responsabilità economica nell'ambito dell'organizzazione e presenta evidenti problemi di congruenza con la distribuzione della responsabilità organizzativa» (Brunetti, 1999: 14). Per analizzare la struttura organizzativa del controllo è quindi necessario considerare il *Piano dei Centri di responsabilità* (Cdr), dove un Cdr «è costituito da un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda, ed è guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese» (Anthony e Young, 1992: 6). Più in particolare si dovranno indagare:

A1) *l'esistenza di un piano formalizzato dei Cdr*: Esiste? È stato formalizzato? Se sì, come? (ad esempio inserimento nell'atto aziendale; inserimento nel regolamento di organizza-

L'articolo è frutto dell'opera congiunta degli autori. Tuttavia, ai fini dell'attribuzione dei paragrafi, i §§ 1, 2 e 3 sono di Eugenio Anessi Pessina, gli altri di Paola Bardasi. Gli autori ringraziano la sig.ra Sonia Amaroli per il supporto fornito nella predisposizione di tabelle e grafici.

zione; inserimento nel regolamento di *budget*; inserimento in un «manuale di *budget*»; semplice delibera del direttore generale);

A2) la *gerarchia dei Cdr*. I Cdr si articolano generalmente su più livelli gerarchici. Eccetto quelli del livello più basso, tutti i Cdr sono costituiti da un aggregato di Cdr di livello inferiore (Anthony e Young, 1992: 6). Nell'azienda considerata, quanti livelli sono previsti? Quanti Cdr per ogni livello?

A3) la *relazione con la struttura organizzativa*. I Cdr corrispondono alle unità organizzative? Se sì, a quali (ad esempio divisioni, dipartimenti, distretti)? Se no, quali sono le principali discrepanze e come sono motivate?

A4) la definizione del *contenuto di responsabilità di ciascun Cdr*, ossia degli elementi su cui il responsabile di Cdr può esercitare un ragionevole grado di controllo e rispetto ai quali può quindi essere responsabilizzato. È stato esplicitato il contenuto di responsabilità dei diversi Cdr? In particolare, sono state definite le responsabilità dei Cdr di diverso livello (ad esempio dipartimenti e unità organizzative che compongono i dipartimenti stessi)?

A5) i *meccanismi di revisione del piano dei Cdr*. Sono formalizzati? Se sì, come? Cosa prevedono? A quando risale l'ultima revisione del piano?

Oltre al piano dei Cdr è poi necessario indagare l'*organizzazione a supporto del sistema di controllo direzionale*. Questa prevede generalmente due organi fondamentali: il comitato *budget* e l'ufficio controllo di gestione. Il comitato *budget* è il «massimo organo preposto all'impostazione e alla supervisione dell'elaborazione del *budget*». Spetta al comitato *budget* dare le direttive fondamentali, coordinare ed integrare i *budget* parziali preliminari nel *budget* generale d'azienda, approvare eventuali modifiche nel corso dell'esercizio di riferimento (Selleiri, 1997: 55). L'ufficio controllo di ge-

stione fornisce invece un supporto tecnico-operativo all'intero processo di controllo direzionale (Brusa e Dezzani, 1983). Le singole aziende possono però darsi una struttura diversa. Nelle aziende pubbliche, inoltre, è importante determinare il ruolo del «nucleo di valutazione». In conclusione sarà necessario analizzare:

B1) l'*organo preposto all'impostazione e alla supervisione dell'elaborazione del budget*. Esiste un comitato *budget*? Se sì, da quali figure è composto? Quanto dura il suo «mandato»? Qual è il suo rapporto con la Direzione generale? Quali sono le sue funzioni principali? Quali di questi aspetti sono formalizzati? Come? Esistono discrepanze tra funzioni attribuite e funzioni effettivamente svolte? Se invece non esiste un comitato *budget*, da chi sono svolte le relative funzioni?

B2) l'*organo di supporto tecnico-operativo*. Qual è la sua denominazione? La sua collocazione organizzativa? La dimensione e la composizione del personale assegnato? Le sue funzioni principali? La suddivisione di compiti con altre unità organizzative quali la Ragioneria e l'Ufficio sistemi informativi? Esistono discrepanze tra funzioni attribuite e funzioni effettivamente svolte? L'organo di supporto tecnico-operativo dispone di specifici «referenti» all'interno del Cdr? Se sì, di che figure si tratta?

B3) il *nucleo di valutazione*. Da quali figure è composto? Quanto dura il suo «mandato»? Quali sono le sue funzioni principali, in generale e con specifico riferimento al controllo direzionale? Quali di questi aspetti sono formalizzati? Come? Esistono discrepanze tra funzioni attribuite e funzioni effettivamente svolte?

2.2. Il processo di controllo direzionale

Nell'impostazione proposta da

Anthony (1965), il controllo direzionale assume come date le finalità e le strategie definite dalla pianificazione strategica e si articola in quattro fasi: *programmazione* strettamente intesa, *budgeting*, *svolgimento e misurazione dell'attività*, *reporting e valutazione*. Per ciascuna fase è poi possibile identificare specifici aspetti di processo.

Soprattutto in passato, tuttavia, si è spesso ritenuto che l'autonomia delle aziende sanitarie non fosse sufficiente a giustificare processi di pianificazione strategica (Del Vecchio, 1995) o di programmazione pluriennale. A ciò si aggiunga l'oggettiva difficoltà di formulazione di strategie e programmi che caratterizza le aziende pubbliche. La formulazione del *budget*, pertanto, è spesso avvenuta in assenza di un quadro di riferimento programmatico a livello aziendale. Gli unici riferimenti erano costituiti dalle indicazioni regionali (primo tra tutti il Piano sanitario regionale) e da eventuali «linee guida» o «direttive» formulate dalla Direzione generale. Per indagare il processo di controllo direzionale di un'azienda, pertanto, è innanzi tutto necessario analizzare le caratteristiche del *Sistema di pianificazione e programmazione* in cui la formulazione del *budget* si inserisce:

C1) esiste un sistema di *pianificazione strategica*? Se sì, quali sono i suoi principali contenuti, attori, fasi, tempi, documenti?

C2) esiste un sistema di *programmazione pluriennale*? Se sì, quali sono i suoi principali contenuti, attori, fasi, tempi, documenti?

C3) esiste un sistema di *programmazione annuale* diverso dal *budget*? Se sì, quali sono i suoi principali contenuti, attori, fasi, tempi, documenti? Cosa lo distingue dal *budget*?

C4) esiste un *documento di direttive o linee guida emanato dalla Direzione generale* per guidare il processo di formulazione del *budget*? Se

si, quali sono i suoi principali contenuti, attori, tempi?

C5) qual è il rapporto tra questi sottosistemi di programmazione?

C6) quali tra i documenti prodotti vanno inviati alla Regione? Quali richiedono un'esplicita approvazione regionale?

C7) le decisioni assunte ed i documenti prodotti vengono portati a conoscenza dei Cdr? Se sì, come?

In ogni caso non può esistere controllo direzionale senza la formulazione del budget, ossia di «un piano espresso in termini quantitativi [...], riferito a un periodo di tempo determinato (generalmente un anno, ma, in alcune organizzazioni, anche sei o tre mesi) e articolato per centri di responsabilità» (Anthony e Young, 1992: 18). Nelle aziende sanitarie pubbliche, il processo di formulazione del budget è generalmente di tipo *bottom-up*, con formulazione delle proposte da parte dei Cdr e successiva negoziazione con i vertici aziendali. È comunque necessario analizzare:

D1) attori, fasi e tempi, nonché la loro eventuale formalizzazione in un «calendario di budget» e le eventuali discrepanze verificatesi negli ultimi anni tra quanto formalizzato e quanto effettivamente realizzato;

dove particolarmente critici sono:

D2) il ruolo attribuito alle diverse tipologie di Cdr, e principalmente ai Cdr di diverso livello (ad esempio dipartimenti e unità operative che li compongono), ai Cdr che corrispondono a dimensioni diverse di un'eventuale struttura a matrice (ad esempio dipartimenti territoriali e distretti), ai Cdr che si collocano in posizione diversa rispetto all'utente finale (centri di prestazioni finali, centri di prestazioni intermedie quali laboratorio e radiologia, centri di condizioni produttive generali quali provveditorato e ragioneria);

D3) le caratteristiche del processo negoziale: l'avvio della fase negoziale

è preceduto dalla definizione di strategie negoziali? Se sì, chi partecipa alla loro definizione? Chi partecipa alla negoziazione in rappresentanza dell'azienda? Chi in rappresentanza dei Cdr? A quanti incontri partecipa mediamente un responsabile di Cdr? Nella negoziazione, quale peso viene attribuito alla coerenza delle proposte con la programmazione aziendale? Con l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda? Con le proposte formulate da altre Cdr? Come si chiude il processo negoziale? Esistono specifiche modalità di formalizzazione dell'accordo (ad esempio firma del budget concordato)?

D4) il collegamento con il sistema premiante: il raggiungimento degli obiettivi di budget è collegato al sistema premiante? Se sì, con quali soluzioni tecniche (ad esempio attribuzione di un peso ad ogni obiettivo, raggruppamento degli obiettivi in parametri sintetici) e attraverso quali processi (ad esempio contestualmente alla negoziazione del budget)? Quali altri aspetti sono oggetto di valutazione ai fini del sistema premiante?

Degne di attenzione, infine, sono:

D5) le modalità con cui si conclude il processo di budgeting: redazione di un budget complessivo d'azienda? Sua approvazione formale da parte della Direzione generale? Invio alla Regione? Necessità di un'approvazione formale da parte della Regione? Diffusione all'interno dell'azienda?

D6) l'eventuale possibilità di procedere a revisioni del budget nel corso dell'esercizio di riferimento e, in caso affermativo, le caratteristiche del processo di revisione.

Tralasciando la fase di svolgimento e misurazione dell'attività, le cui caratteristiche rientrano prevalentemente nel sistema informativo-contabile, l'indagine degli aspetti di processo si conclude con l'analisi del sistema di reporting e valutazione. Al riguardo assumono rilevanza:

E1) i destinatari dei report (ad esempio Cdr, Direzione generale);

E2) le tipologie di report (ad esempio articolate per destinatario, oppure per successivi livelli di approfondimento);

E3) la frequenza dei report (ad esempio mensile, trimestrale, semestrale);

E4) la tempestività dei report, ossia il tempo che intercorre tra la fine del periodo a cui il report si riferisce e la sua consegna al destinatario (ad esempio 2 mesi se il report del primo trimestre è consegnato a fine maggio);

E5) il collegamento con il sistema premiante: con quale cadenza si procede alla valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi? Chi decide l'entità dei premi? Negli ultimi esercizi si sono verificate discrepanze tra criteri concordati a preventivo e decisioni assunte a consuntivo?

2.3. Il sistema informativo-contabile

La componente informativo-contabile del controllo «si traduce nella contabilità di controllo, vale a dire quell'insieme di strumenti tecnico contabili [...] nei quali si esprimono sia gli obiettivi (budget e standard) sia i consuntivi (rilevazione, a consuntivo, dei fenomeni effettivamente accaduti)» (Brunetti, 1999: 16).

Con riferimento alle rilevazioni preventive assumono particolare rilevanza:

F1) l'articolazione del sistema di budget: budget complessivo d'azienda e bilancio preventivo; sottosistema dei budget operativi e, al suo interno, budget dei singoli Cdr, budget dei consumi delle singole classi di fattori produttivi, correlati budget degli approvvigionamenti delle singole classi di fattori produttivi, budget dei costi generali d'azienda; sottosistema dei budget degli investimenti; sottosistema dei budget finanziari;

F2) la struttura, la forma e il con-

tenuto dei budget elementari e delle loro successive aggregazioni, compreso il bilancio preventivo;

F3) con riferimento agli *obiettivi di risultato*, in particolare, il ricorso ad indicatori monetari o non monetari; la tipologia di indicatori utilizzati (processo, *output*, *outcome*); il grado di dettaglio degli indicatori;

F4) con riferimento alle *risorse*, in particolare, il ricorso ad indicatori monetari o non monetari; la tipologia di fattori produttivi considerati (ad esempio solo beni di consumo; anche personale; anche ammortamenti; anche spazi; anche servizi intermedi da altre unità organizzative dell'azienda; anche altri «contributi» richiesti ad altre unità organizzative); la configurazione di costo prescelta (ad esempio costo variabile, diretto, pieno); il grado di dettaglio delle voci;

F5) con riferimento ad *obiettivi e risorse che sono suscettibili di espressione monetaria, ma che nelle proposte di budget si decide di esprimere solo in forma non monetaria* (ad esempio numero e tipologia di ricoveri, unità di personale), le modalità di traduzione in termini monetari: Chi la effettua? Questa traduzione viene comunicata al responsabile di Cdr? Confluisce nel budget complessivo d'azienda?

F6) con riferimento alle *risorse non considerate dalle schede di budget* (il che può avvenire, ad esempio, per personale, attrezzature e spazi), attraverso quali modalità i Cdr formulano le proprie richieste e la Direzione generale assume le relative decisioni?

F7) *la struttura, la forma ed il contenuto delle schede da utilizzare per la formulazione delle proposte o ipotesi di budget*, con le relative istruzioni; in particolare la presenza di particolari sezioni (ad esempio per la costruzione del quadro strategico, per gli investimenti, per specifici progetti) e l'inserimento di dati storici «pre-

compilati» (ad esempio attività, proventi e costi degli esercizi precedenti);

F8) la strumentazione tecnico-contabile necessaria per analizzare e sintetizzare le proposte e per supportare la fase di negoziazione.

Quanto alle *rilevazioni concomitanti*, è innanzi tutto necessario analizzare le caratteristiche del sistema di contabilità analitica in termini di:

G1) *piano dei centri di costo* (Cdc) e sua coerenza con il piano dei Cdr;

G2) eventuale possibilità di determinare i costi e/o i proventi di *altri oggetti* (ad esempio prestazioni);

G3) *piano dei fattori produttivi* e sua coerenza con il piano dei conti di contabilità generale;

G4) *procedure di rilevazione* delle varie voci di costo e di proventi, loro integrazione con le rilevazioni di contabilità generale, motivazioni che giustificano procedure di rilevazione distinte da quelle di contabilità generale;

G5) *configurazioni* di costo prescelte;

G6) *unità organizzativa* deputata (tipicamente ragioneria o ufficio controllo di gestione).

Non vanno poi dimenticate le:

G7) *rilevazioni di dati non monetari*: quali, da parte di quali soggetti, attraverso quali procedure.

Le *rilevazioni consuntive*, infine, fanno prevalentemente riferimento a:

H1) *struttura, forma e contenuto delle diverse tipologie di report*: ad esempio grado di dettaglio rispetto alle voci di budget (uguale o maggiore), informazioni aggiuntive rispetto agli indicatori di budget, confronti proposti (obiettivi, tempo, spazio), eventuali analisi degli scostamenti;

dove tra le tipologie di report vanno considerati anche:

H2) il *consuntivo* aziendale nelle sue diverse articolazioni;

H3) eventuali *preconsuntivi* sulla

cui base, ad esempio, avviare il successivo ciclo di *budgeting*.

Poiché il controllo direzionale è un sistema operativo formalizzato, infine, i principali aspetti di struttura, processo e sistema informativo-contabile dovrebbero venire esplicitati in un apposito *Manuale di budget*.

3. Le finalità del sistema di controllo

La specificazione delle finalità del controllo direzionale trova in letteratura sfumature diverse (cfr. ad esempio Amigoni, 1979: 189-202; Brusa e Dezzani, 1983: 57-60; Bastia, 1989: 28-9; Arcari, 1991: 7-16; Bocchino, 1994: 64-5; Agliati, 1995: 465-8; Teodori, 1995: 11-5; Selleri, 1997: 46-55) ma un'impostazione di fondo sostanzialmente comune. Le finalità principali sono:

— *programmazione e razionalizzazione*: quantificazione dei programmi d'azione, verifica di fattibilità, allocazione delle risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire;

— *guida e motivazione*: predisposizione di una «mappa» che indichi ai dirigenti quali obiettivi raggiungere e con quali mezzi, favorisca l'interiorizzazione degli obiettivi stessi, offra una base di riferimento al sistema premiante;

— *controllo e valutazione*: definizione di parametri rispetto ai quali confrontare i risultati ottenuti, valutare l'opportunità delle azioni attuate, adottare eventuali azioni correttive, valutare il comportamento dei singoli dirigenti;

— *coordinamento ed integrazione*: esplicitazione dei problemi che potranno sorgere nei rapporti tra unità aziendali ed identificazione delle relative soluzioni;

— *apprendimento e formazione*: necessità per i dirigenti di effettuare a priori una «analisi sistematica del contesto in cui operano, delle interdipendenze all'interno della propria unità

organizzativa e con le altre unità» (Teodori, 1995: 13); di verificare a posteriori gli effetti delle decisioni prese e quindi di apprendere dai propri errori (Amigoni, 1979: 200-1); di sviluppare in generale un «atteggiamento più manageriale, cioè basato sulla capacità di prevedere, programmare e coordinarsi con altri *manager*, e non solo sulle doti tecniche tipiche del proprio ruolo specialistico (Brusa e Dezzani, 1983:60).

Una valutazione del sistema di controllo direzionale di un'azienda sanitaria dovrebbe pertanto prendere in considerazione almeno i seguenti aspetti:

I1) tra le finalità sopra elencate, quali sono state effettivamente conseguite? In che misura?

I2) vi sono altre finalità che il sistema di controllo direzionale ha permesso di conseguire (ad esempio, reperimento di finanziamenti regionali per la realizzazione dei programmi)?

I3) tra le finalità sopra elencate, quali non sono state conseguite? Perché?

I4) attualmente, quali sono i principali punti di forza e debolezza del sistema?

I5) quali sono i principali problemi riscontrati in passato ed oggi superati? Quali iniziative hanno permesso di superarli?

I6) quali iniziative sono state intraprese per migliorare ulteriormente il sistema? Quali sono state programmate ma non ancora intraprese? Quali altre iniziative sarebbero opportune e fattibili?

4. Caratteristiche dell'Azienda

Le caratteristiche demografiche, strutturali ed organizzative dell'Asl Città di Bologna la rendono particolare rispetto ad altre aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna ed influenzano non solo i risultati economico-finanziari e la più complessiva

performance aziendale, ma anche le caratteristiche del sistema di controllo direzionale, meccanismo operativo di impiego consolidato da ormai quattro esercizi. Di seguito si riportano alcune informazioni utili a comprendere le specificità dell'Azienda e la loro influenza sul sistema di controllo.

Il quadro demografico presenta una riduzione costante della popolazione (381.161 abitanti all'1/1/2000) ed il primato regionale nell'indice di anzianità (26% contro una media regionale del 21,85%). L'Azienda, peraltro, si colloca al centro di un più ampio bacino di utenza provinciale, che comprende circa un milione di abitanti, altre 3 Asl, un Policlinico universitario di grandi dimensioni (l'Azienda ospedaliera S.Orsola-Malpighi) e un Irccs (il Rizzoli). Si tratta di un territorio con una pluralità di protagonisti e di strategie, anche imprenditoriali. La programmazione dell'Azienda è quindi determinata in modo preponderante dal contesto metropolitano. La scelta di fondo è l'integrazione dei servizi a «rete provinciale», necessaria per evitare sovrapposizioni e/o duplicazioni di funzioni e quindi per rendere compatibile la struttura dell'offerta con le risorse scarse del Ssn. La programmazione in area metropolitana è formalizzata nel Documento della Conferenza sanitaria Regione-Città metropolitana «Strategie e azioni per il consolidamento e lo sviluppo di un sistema sanitario metropolitano orientato alla qualità dei servizi ed efficiente nell'uso delle risorse disponibili» del maggio 1998, e ripresa nel «Documento per la concertazione 2000» del gennaio 2000. In termini più operativi, si possono segnalare gli accordi di fornitura di degenza e di prestazioni specialistiche tra le Aziende dell'area provinciale, la gestione comune e la costituzione di una centrale degli acquisti, la gestione unitaria dei servizi informativi. Le «spinte» aziendali non

possono essere sempre evitate, ma vi è certamente nelle direzioni aziendali la ricerca di un consenso e di un coordinamento degli obiettivi di area. Più difficile è far comprendere la necessità del coordinamento tra le strutture interne all'Azienda, tra le quali la programmazione e, quindi, il *budget*, sono spesso percepiti prioritariamente come «l'occasione per chiedere risorse».

Le strutture di offerta dell'Azienda comprendono cinque distretti socio-sanitari, con popolazione compresa tra 55.000 e 112.000 abitanti, ed un Presidio ospedaliero composto da due stabilimenti (Maggiore e Bellaria) per un'offerta complessiva di 1199 posti letto. L'Azienda svolge la maggior parte delle funzioni che il Piano sanitario regionale definisce «di Hub», ovvero a copertura provinciale (ad esempio emergenza, chirurgia vertebrale) o regionale (ad esempio polo delle neuroscienze, banca delle cornee). I residenti hanno comunque accesso anche alle prestazioni fornite dal S. Orsola, dal Rizzoli (entrambi situati nel territorio dell'Azienda) e dalle altre Aziende sanitarie pubbliche. L'Azienda ha inoltre stipulato accordi con il privato per ampliare la disponibilità di oltre 1000 posti letto nella sola Regione Emilia-Romagna.

La situazione economica, presentata in forma estremamente sintetica nella Tabella 1 per il triennio 1997-1999, evidenzia perdite piuttosto significative. Queste derivano tra l'altro:

— dalla sostanziale stabilità delle risorse provenienti dal Fondo sanitario, che nel periodo 1997-1999 sono aumentate solo dell'1,58% (contro un incremento medio regionale nello stesso periodo pari a 11,36%) a causa sia del progressivo calo della popolazione, sia di una consistente riduzione operata nel 1998 al fondo di riequilibrio;

— dai significativi flussi di mobilità in uscita, per un valore *infra* ed *extra* regionale di oltre 250 miliardi, preva-

Tabella 1 - Situazione economica dell'Azienda 1997-99 (milioni di lire)

	1997	1998	1999
RICAVI	1066	1076	1140
COSTI	1112	1151	1188
RISULTATO ECONOMICO	-46	-75	-48

Tabella 2 - Articolazione per ruolo del personale in servizio al 31/12/2000

Ruolo	Numero	
	Medici	719
Veterinari	14	
Farmacisti	14	
Biologi	22	
Chimici	8	
Fisici	6	
Psicologi	52	
Personale Infermieristico	1.962	
Personale Tecnico sanitario	272	
Personale Tecnico prevenzione	78	
Personale Riabilitazione	190	
SANTARIO (totale)		0
PROFESSIONALE		28
TECNICO		974
AMMINISTRATIVO		518
TOTALE GENERALE		4.857

Tabella 3 - Costo del personale 1996-2000 (milioni di lire)

1996	1997	1998	1999	2000
333	353	346	348	354

lentemente indirizzati verso il Policlinico S. Orsola-Malpighi;

— dallo svolgimento di «funzioni di Hub» con costi non riconosciuti dalle tariffe del sistema Drg. Il man-

cato «ricavo aziendale» per l'anno 1999 è stimato in 8 miliardi. A titolo esemplificativo si citano: nell'ambito del dipartimento di neuroscienze, la neurochirurgia, la neuroradiologia e

la neurologia, dove sono state recentemente introdotte innovative tecniche chirurgiche per il trattamento dell'epilessia e del morbo di Parkinson; l'attività di trapianto di organi e tessuti (Banca delle cornee); il trattamento dei grandi traumi, con particolare riferimento all'attività di chirurgia vertebrale; il Centro regionale di disabilità motorie infantili; il Centro sclerosi multipla;

— i pesanti automatismi relativi ai costi ed in particolare alla farmaceutica esterna, al personale per effetto dei contratti di lavoro nazionali, all'assistenza ospedaliera convenzionata per effetto degli accordi regionali con case di cura, all'acquisto di protesica integrativa per effetto dell'adeguamento ai tariffari nazionali.

Il riequilibrio economico-finanziario è perseguito contestualmente al miglioramento della qualità e alla ricerca dell'appropriatezza. Per quanto riguarda il governo dell'offerta, in particolare, la tensione è alla riduzione del tasso di spedalizzazione e delle liste di attesa per prestazioni critiche. I risultati positivi ottenuti in questi campi nell'ultimo triennio, tuttavia, non si sono ancora tradotti in un miglioramento del risultato economico. Certamente esiste uno scarto di velocità tra le scelte di riorganizzazione e l'effetto sui risultati economici, soprattutto quando questi sono condizionati da fattori produttivi a scarso margine di governabilità e, comunque, legati a bisogni che si autoalimentano con la domanda, come accade nel contesto sanitario.

Tra i fattori produttivi di maggiore incidenza si segnala il costo del personale, che incide sui costi complessivi aziendali per oltre il 30%. La Tabella 2 presenta l'articolazione del personale per ruolo.

La Tabella 3 presenta l'andamento del costo del personale nel periodo 1996-2000. Per una corretta interpre-

tazione dei dati va segnalato che nel 2000 il rapporto di esclusività del personale sanitario medico ha comportato un aggravio di costi per oltre 20 miliardi (al netto dell'Irap). Alla luce di questo fatto, la Tabella evidenzia un significativo contenimento del costo del personale, anche attraverso una riduzione degli organici.

Il modello organizzativo dell'Azienda è strutturato in base ai vincoli e alle opportunità poste dal nuovo quadro normativo e programmatico nazionale e regionale. I principi di riferimento sono:

- l'autonomia e la responsabilità dei centri decisionali;
- la semplificazione amministrativa e il processo di delega;
- la diversificazione dei servizi e la differenziazione delle linee di produzione.

La struttura organizzativa si fonda su distretti (per le attività territoriali) e

su dipartimenti (ospedalieri, territoriali e di prevenzione). I dipartimenti, in particolare, costituiscono centri di riferimento dove vengono svolte attività omogenee rispetto alla fascia di utenza servita (ad esempio minori, anziani, donne) oppure rispetto alle attività svolte e/o alle risorse utilizzate (ad esempio chirurgia, patologia clinica, medicina). L'organigramma è riportato nella Tabella 4. Poiché alla struttura organizzativa si sovrappone senza significative discrepanze un piano dei Cdr, il tema viene approfondito nel successivo § 5.

5. La struttura organizzativa del controllo

5.1. Il piano dei Centri di responsabilità

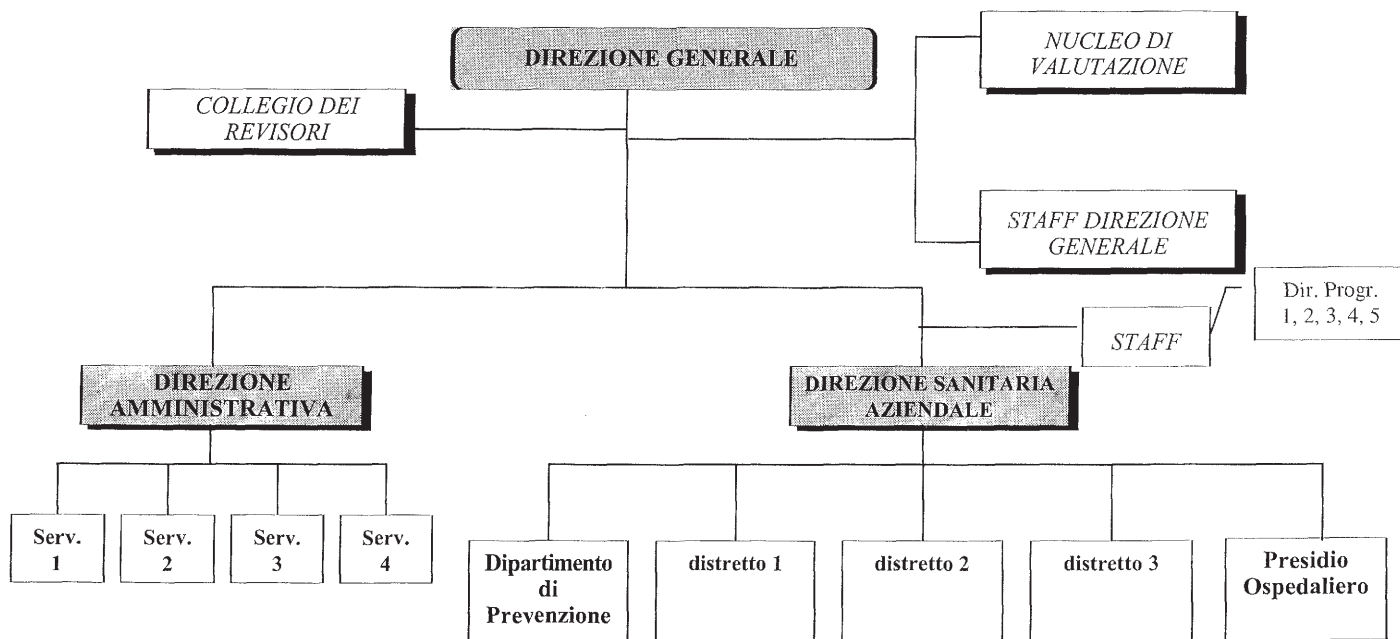
Alla struttura organizzativa si so-

vrappone un piano dei Cdr. Tutte le modifiche alla struttura organizzativa dell'Azienda sono formalizzate attraverso atti deliberativi della Direzione generale. A seguito di tali atti deliberativi viene adeguato il Piano dei Centri di responsabilità, senza necessità di ulteriori formalizzazioni. Il Controllo di gestione aziendale cura in modo esclusivo gli aggiornamenti e la comunicazione alle strutture aziendali.

Nel presidio ospedaliero i Cdr sono articolati su tre livelli:

- le unità operative complesse, ciascuna con a capo una figura primariale;
- i dipartimenti, che aggregano diverse unità operative complesse. Ad esempio: il dipartimento chirurgico comprende le unità operative di chirurgia generale e di chirurgia specialistica; il dipartimento oncologico conta le unità operative di oncologia, anatomia patologia e radioterapia; il dipartimento delle neuroscienze racco-

Tabella 4 - Organigramma dell'azienda



Note:

Dir. Progr.: Direttori Programma

Dipartimento di Prevenzione, Distretti, Presidio Ospedaliero: sono articolati in Servizi/Dipartimenti territoriali/Dipartimenti ospedalieri.

glie le unità operative di neurochirurgia e neuroradiologia;

— il presidio ospedaliero stesso, che rappresenta una delle cd «Gestioni» dell'Azienda.

Ai direttori di dipartimento, in particolare, è attribuito un ruolo, prevalentemente gestionale, di coordinamento nelle richieste e nel successivo utilizzo delle risorse da parte delle singole unità operative nel ciclo di produzione (ad esempio farmaci, diagnostici, presidi, contratti esterni, consulenze, attrezzature).

Con riferimento specifico al sistema di controllo direzionale, le richieste di risorse (beni di consumo, servizi, investimenti, risorse umane) sono formulate dai responsabili di unità operativa e coordinate (ed eventualmente selezionate) con il direttore di dipartimento. Analogamente, l'utilizzo delle risorse è demandato alle unità operative, che ne hanno la responsabilità diretta e rispondono di eventuali scostamenti rispetto al *budget*; esiste però una responsabilità «solidale» del direttore di dipartimento, che deve comunque garantire alla Direzione aziendale il rispetto del complessivo «tetto» dipartimentale negoziato. In tal senso, nel processo di *budgeting*, il direttore di dipartimento ha un ruolo centrale: in particolare svolge una pre-negoziazione con le proprie unità operative e con la Direzione del presidio ospedaliero e, successivamente, partecipa alle negoziazioni con la Direzione generale accanto alle proprie unità operative.

Sul territorio, i Cdr sono articolati su due livelli:

— i dipartimenti, che svolgono attività residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare a favore di una specifica fascia di utenza;

— i distretti, anch'essi definiti come «Gestioni» dell'Azienda.

All'interno di ogni distretto si ritrovano quindi il dipartimento adulti, il dipartimento anziani, il dipartimento mi-

nor, ecc. A differenza dei dipartimenti ospedalieri, quelli territoriali non aggregano unità operative complesse e quindi Cdr, ma solamente unità operative semplici che coincidono con Cdc. La distribuzione di responsabilità descritta per il Presidio ospedaliero vale anche per il territorio, con i dipartimenti nel ruolo delle unità operative ospedaliere ed i distretti nel duplice ruolo del dipartimento ospedaliero e della Direzione del presidio ospedaliero. Fa eccezione la responsabilità sugli scostamenti dal *budget*, che ricade soltanto sui direttori di distretto.

A completamento del modello organizzativo aziendale, è infine necessario ricordare:

— il dipartimento di prevenzione, anch'esso definito come «Gestione» ed articolato in Cdr di livello inferiore (i servizi), con una suddivisione di responsabilità analoga a quella già vista per i distretti ed i relativi dipartimenti;

— il dipartimento di salute mentale, che aggrega tutte le unità operative che trattano la fascia di utenza psichiatrica, sul territorio e nel presidio ospedaliero, in una logica di «trasversalità» del percorso. Si struttura come i dipartimenti ospedalieri, nel senso che le sue articolazioni di base sono costituite da unità operative complesse con a capo una figura primariale;

— i responsabili di programma: neoplasie, emergenza, anziani, salute donna e infanzia, tossicodipendenze. Hanno responsabilità di processo sulla particolare patologia di riferimento, dove per processo si intende un «insieme di attività, tipicamente appartenenti a professionalità differenti, legate tra loro da flussi significativi di informazione, la cui combinazione permette di ottenere un *output* rilevante per l'azienda nella sua interessezza». I responsabili di programma non hanno il governo delle risorse, ma agiscono attraverso le Gestioni a garanzia dell'unitarietà dei percorsi del paziente. In

questo modo l'Azienda intende migliorare i processi più critici senza modificare significativamente la struttura organizzativa. Questa impostazione si basa sui seguenti principi: il processo visto come catena di fornitori e clienti; l'allineamento continuo ai bisogni degli utenti; la necessità di mantenere sotto controllo le prestazioni del processo e le modalità con le quali questo si svolge; l'organizzazione guidata da scelte di priorità. In altri termini, l'Azienda promuove un approccio alla ricerca del valore offerto ai cittadini inteso come capacità di scegliere, adattare o collegare le competenze specifiche rispetto alle aspettative dell'utente; raggruppare tutte le competenze risulta però difficile; si identificano quindi «programmi aziendali» i cui responsabili non hanno potere gestionale, ma hanno il compito di programmare le complessive risorse, le prestazioni ed i servizi rivolti a particolari categorie critiche di utenti;

— i Servizi amministrativi;

— gli organi di *staff* alla Direzione generale e alla Direzione sanitaria.

— il responsabile del dipartimento risponde alla Direzione aziendale e non alla Direzione di presidio, ovvero di territorio.

Le «Gestioni» (distretti, presidio ospedaliero, dipartimento di prevenzione) dipendono dalla Direzione sanitaria aziendale e così il dipartimento di salute mentale. Anche i responsabili di programma dipendono dalla Direzione sanitaria aziendale, mentre i Servizi amministrativi dipendono dalla Direzione amministrativa aziendale.

La Tabella 5 (in Appendice) riporta il piano dei Cdr in cui è articolata l'Azienda per il ciclo di *budget* 2001. Il D.L.vo 229/99 ed il terzo Psr, peraltro, prevedono l'introduzione del modello di «commissioning», ossia la separazione tra responsabilità di committenza (affidate ai distretti) e responsabilità di produzione delle pro-

stazioni e dei servizi (affidate ai Nuclei di cure primarie ed al Presidio ospedaliero). Il piano dei Cdr dovrà conseguentemente subire profonde modificazioni: riduzione dei distretti da 5 a 2; istituzione del dipartimento di cure primarie; possibile revisione dei dipartimenti ospedalieri. In Tabella si è cercato di fornire una prima ipotesi di configurazione del prossimo assetto organizzativo, attraverso l'aggregazione indicata come *anno 2001*.

5.2. L'organizzazione a supporto del sistema di controllo direzionale

In Emilia-Romagna si è molto ragionato e scritto sul ruolo dell'Ufficio controllo di gestione. In questo ambito, la nostra regione è stata precursore: già nel 1987 ha formalizzato i Nuclei ispettivi sulla contabilità analitica; successivamente ha obbligato le aziende a dotarsi di unità organizzative apposite per il controllo di gestione (LR 26/89 e LR 50/94). Gli interventi sono sempre stati affiancati da iniziative di costruzione e/o affinamento delle professionalità e del ruolo dei responsabili del controllo di gestione aziendale: si ricordano le numerose e pluriennali iniziative formative che la Regione ha condotto con le più prestigiose scuole di formazione aziendale che lavorano sui temi economico-gestionali in sanità. Si cita inoltre la costituzione del primo in assoluto *Club dei controller* in sanità, in collaborazione con un Centro di formazione manageriale bolognese a partecipazione regionale.

Nell'Azienda di Bologna, la funzione Controllo di gestione ha dovuto darsi un assetto coerente con i principi di decentramento e di delega delle responsabilità su cui, come già segnalato nel § 4, si fonda l'intero modello organizzativo. Questi principi tendono a «replicare» numerose «micro-aziende» autonome, dotate di uffici control-

lo di gestione periferici, che spesso operano in modo sovrapponibile alle strutture centrali. Se non accortamente «governato», questo sistema può influenzare negativamente il funzionamento del sistema di controllo. Una corretta gestione del modello organizzativo deve invece privilegiare l'integrazione «a rete», creando poli periferici (i «*controller* decentrati», come recita la L.Reg. 50/94 art.11 comma 3) che, essendo a diretto contatto con le unità operative, sviluppano gli approfondimenti, le analisi degli scostamenti, vigilano sul divenire degli accadimenti in presa diretta, come terminali del sistema centrale. La ricerca della complementarietà delle professionalità e dei ruoli ha evidenziato, nell'esperienza, le positive sinergie nella comprensione dei fatti gestionali, nella capacità predittiva e nella tempestività dell'intervento.

In Azienda, in particolare, vi sono 5 uffici decentrati, sui quali lavorano complessivamente 7 operatori, che dipendono gerarchicamente e funzionalmente dai rispettivi direttori di gestione:

- dipartimento di prevenzione (1 ufficio con 1 persona);
- distretti (5 uffici con 3 persone complessivamente, ovvero una persona si fa carico di due Distretti);
- presidio ospedaliero: in questo caso vi è un ufficio, composto da 2 persone, che dipende direttamente dal *controller*, medico di direzione sanitaria del Presidio ospedaliero.

La struttura centrale di controllo di gestione comprende 3 persone, compreso il dirigente responsabile.

Il lavoro di integrazione «a rete» tra struttura centrale e strutture periferiche si sviluppa attraverso incontri, generalmente trimestrali, ma più frequenti in occasione della predisposizione degli strumenti tecnici per l'avvio del processo di *budgeting* e delle verifiche periodiche. Nella fase di formulazione del

budget, l'ufficio periferico cura la trasmissione delle schede e il supporto tecnico ai Cdr. In particolare, verifica i dati storici di costo e ne relaziona ai Cdr; illustra ai Cdr le modalità tecniche di compilazione delle schede; traduce in termini di costo le proposte formulate in termini non monetari, curandone la corretta allocazione ai centri di costo e ai fattori produttivi. Inoltre, cura la raccolta dei dati di attività e verifica la coerenza delle serie storiche anche direttamente con il Sistema informativo aziendale. Infine, cura la raccolta delle schede compilate nella propria gestione e le trasmette al Centro.

Il profilo professionale del *controller* decentrato in Azienda, che è anche polo di riferimento per lo sviluppo dei sistemi di qualità e di innovazione organizzativa, richiede una buona conoscenza della gestione e degli strumenti contabili e di programmazione.

Il modello inizialmente adottato nella regione Emilia-Romagna e formalizzato in numerose pubblicazioni prevedeva anche l'istituzione di un Comitato *budget* con il compito sostanziale di decidere sulle assegnazioni di *budget*. Con l'introduzione del Direttore generale questa soluzione è stata abbandonata: in Azienda (ma si può ragionevolmente affermare nella maggior parte delle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna) le decisioni sulle assegnazioni vengono assunte direttamente dal Direttore generale con la collaborazione dei Direttori sanitario e amministrativo ed il supporto tecnico dell'Ufficio controllo di gestione.

Un cenno merita infine il Nucleo di valutazione, organo di supporto alla Direzione generale e di verifica rispetto alla gestione aziendale complessiva. Nelle aziende sanitarie, ed anche a Bologna Città, il Nucleo di valutazione, formalizzato attraverso atto deliberativo che ne qualifica composizione e funzioni, è organismo diverso dall'Ufficio controllo di ge-

stione. Naturalmente, il referente del Controllo di gestione fa parte del Nucleo di valutazione e supporta le analisi economico-gestionali del Nucleo di verifica trimestrale, con la documentazione e la conoscenza di cui è portatore.

Il Nucleo di valutazione interviene anche nel processo di *budget*, attraverso la definizione dei criteri di redazione e, conseguentemente, di valutazione, dei progetti di *budget*. Lo strumento utilizzato per l'anno di *budget* 2001 è la matrice riportata nel § 7.1. Il sistema delle incentivazioni è materia estremamente complessa, sia per le tipologie diversificate (incentivi per progetti, posizione, risultato, ...), sia per le differenti modalità di applicazione sul personale dirigente e del comparto. In tale contesto, il ruolo del Nucleo di valutazione, molto forte sul governo complessivo del sistema di incentivazione, è appena sviluppato sul collegamento *budget*/incentivi. L'esperienza dell'ultimo anno vede, infatti, la possibilità per i Cdr di presentare progetti di *budget*, scegliendo se renderli incentivabili oppure no. Il «canale» della programmazione per *budget* non preclude la presentazione di ulteriori progetti da collegare al percorso incentivante, la cui analisi ed approvazione è sempre curata dal Nucleo di valutazione. A parere di chi scrive, l'unicità delle decisioni aziendali su ogni tipologia di risorsa è obiettivo fondamentale cui tendere: nel processo di *budget* il punto più critico è sempre costituito dai criteri di programmazione, determinazione, distribuzione e rendicontazione dei Fondi per incentivazioni. D'altronde, è anche reso evidente in molteplici esperienze che il collegamento *budget*/obiettivi incentivanti è punto di forza per l'efficacia del processo. L'attuale costituzione di un organo monocratico che presidia il sistema incentivante, appunto il Nucleo di valutazione, non può

che migliorare e rendere più raggiungibile l'obiettivo di fondo.

6. La strategia e la programmazione aziendale

6.1. Mission e vision

La «missione aziendale», dichiarata nella Carta dei servizi, garantisce la coerenza tra i diversi processi di programmazione. L'Azienda «...contribuisce agli obiettivi di promozione, di mantenimento e di sviluppo dello stato di salute della popolazione — così come definiti dal Piano sanitario regionale e dal Piano per la salute della Conferenza sanitaria territoriale dell'Area metropolitana di Bologna — ed assicura i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse, garantendo la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di servizi e di prestazioni a valenza sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria compresi nei livelli di assistenza del Piano sanitario, prodotti dall'insieme dei soggetti accreditati dal servizio sanitario regionale secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura».

La Carta dei servizi rende evidente la «visione aziendale» e qualifica il ruolo dell'Azienda, che si esplicita «nella tutela delle condizioni di vita e di benessere della popolazione e nella cura delle malattie attraverso servizi cui si rivolgono non solo i cittadini bolognesi, ma anche di altre realtà provinciali e regionali; all'Azienda compete un ruolo nazionale rilevante, per ciò che da sempre rappresenta nel settore della ricerca scientifica e tecnica,

per la dimostrata capacità di progettare e realizzare innovazioni nell'area dei servizi sociali e alla persona e quale azienda del capoluogo di una regione che ha fatto della propria rete di servizi sanitari e sociali uno degli elementi forti e fondanti del proprio sviluppo civile ed economico».

I valori di fondo, esplicitati nella Carta dei servizi, si qualificano attraverso:

— il miglioramento della qualità del servizio fornito e l'estrema attenzione all'utenza;

— la ricerca del coinvolgimento degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali;

— l'efficienza e la razionalità nell'impiego delle risorse, come condizione per garantire lo sviluppo dei servizi;

— la capacità di prefigurare quotidianamente, nello svolgimento dell'ordinaria attività, il futuro e di fornire una visione costantemente aggiornata delle strategie aziendali.

Se tra questi valori non è possibile stabilire una graduatoria di priorità, con riferimento ai sistemi di programmazione e controllo, assumono cruciale importanza l'ultimo, che riflette una costante tensione allo sviluppo e all'innovazione, ed il penultimo, perché in un sistema a risorse sempre più scarse sviluppo e innovazione devono venire principalmente finanziati da una più razionale allocazione delle risorse disponibili.

6.2. Pianificazione strategica e pluriennale

Il processo di controllo direzionale si svolge all'interno di un quadro programmatico di più lungo periodo.

Lo scenario è tracciato dal Piano sanitario regionale (Psr), che definisce il contesto, articolato per area tematica (ospedale, distretti, salute mentale, area economico-finanziaria, ...), la cui

traduzione concreta, per singola Azienda avviene attraverso l'attribuzione, da parte della Regione, di obiettivi specifici, attraverso indicatori, selezionati per area tematica e per anno (cosiddetto Piano delle azioni regionali). Ciascuna Azienda, a completamento, deve trovare la propria collocazione e precisare meglio i contenuti delle proprie funzioni ed attività, anche attraverso la redazione dei Piani attuativi locali o dei Piani per la salute o ancora, dei Piani regolatori distrettuali. Attualmente, lo scenario è definito dal terzo Psr, approvato per il triennio 1999-2001 con Atto del Consiglio regionale n. 1235 del 22 settembre 1999.

Le aziende, in base ai contenuti del Psr, devono predisporre Piani pluriennali provinciali e Piani per la salute, in collaborazione con gli enti locali. Nel caso specifico della nostra Azienda si cita nuovamente il Documento della Conferenza sanitaria Regione-Città metropolitana del gennaio 2000, che definisce una programmazione sanitaria pluriennale concertata tra le aziende della provincia, in termini sia di concentrazione delle funzioni ed unificazione delle linee produttive, sia di relazioni economiche.

Ciascuna delle aziende metropolitane predisponde poi il proprio documento di programmazione pluriennale, che riprende i contenuti del precedente quadro metropolitano e li specifica in modo più analitico, estrapolando gli effetti concreti sulle Gestioni (posti letto, ambulatori, ...) e sui valori economici. Nel caso specifico, l'Azienda ha predisposto il Piano di rientro per il triennio 2001-2003, e sta attualmente predisponendo il Piano attuativo locale o Pal (il precedente aveva valore dal 1997 al 2000).

Le implicazioni economico-finanziarie dei programmi sopra illustrati vengono infine formalizzate in un Bilancio pluriennale di previsione, composto essenzialmente da tre documen-

ti triennali: conto economico, prospetto fonti-impieghi e piano degli investimenti. Attualmente l'Azienda ha predisposto il bilancio pluriennale 2001-2003, che comprende necessariamente anche l'accordo di fornitura con il policlinico S. Orsola e la sua proiezione nel biennio successivo.

6.3. Raccordo con il processo di budgeting

Come la maggior parte delle aziende sanitarie, l'Asl Città di Bologna ha optato per un processo di *budgeting* di tipo *bottom-up*, in cui però la formulazione delle proposte dei Cdr viene indirizzata da apposite linee guida della Direzione generale. Interessante è analizzare brevemente il processo di costruzione delle linee guida che, in coerenza con l'intero modello, raccolgono e sintetizzano obiettivi proposti «dal basso» (principalmente dai direttori delle Gestioni, dei programmi aziendali e dei dipartimenti ospedalieri) ed obiettivi di Psr, Conferenza metropolitana e Pal. Si può quindi parlare di «programmazione concertata», nella quale anche gli obiettivi strategici aziendali si costruiscono sulla base di programmi e progetti dei Cdr, che interpretano la vocazione e la missione della propria azienda. Le linee guida sono completate sia da un complessivo quadro economico-finanziario nazionale, regionale ed aziendale predisposto dal Controllo di gestione centrale, sia da previsioni economiche sulle macroclassi di beni e servizi (farmaci, diagnostici, presidi, personale, attrezzature, formazione, ...) tracciate in base ai vincoli di bilancio e agli obblighi normativi (adeguamento note CUF per farmaci, adeguamento piante organiche e blocco assunzioni per il personale, ...).

Le linee guida prendono forma in alcuni incontri dell'Ufficio di Direzione (che in Azienda si denomina

«Team allargato di direzione»), del quale fanno parte i Direttori generale, amministrativo e sanitario con i Direttori delle gestioni, dei programmi, dei servizi amministrativi centrali, dei dipartimenti ospedalieri. Vengono poi formalizzate e diffuse a tutta la struttura a cura del Controllo di gestione aziendale. La Tabella 6 riporta l'indice delle linee guida 2001. Si noti che l'Azienda ha deciso di incorporare nelle linee guida alcuni contenuti che avrebbero potuto trovare altra collocazione. In particolare:

— le prime due parti riprendono e completano i documenti di pianificazione strategica e di programmazione pluriennale. Partono infatti da un'analisi del contesto per definire non solo i complessivi obiettivi strategici dell'azienda, ma obiettivi più specifici per i singoli programmi e le singole aree organizzative. A titolo esemplificativo, la Tabella 7 e la Tabella 8 riportano le linee guida rispettivamente per il Programma anziani ed handicap adulti e per l'Area dell'assistenza distrettuale;

— la terza parte predefinisce i *budget* dei fattori produttivi (consumi di beni e servizi ed acquisizione risorse umane) e il *budget* degli investimenti. Rispetto al *budget* degli investimenti occorre una precisazione: il responsabile del Servizio competente per categoria di bene durevole (tecnico, ingegneria clinica, informatico, provveditorato) definisce lo scenario di priorità programmatiche alla luce degli obiettivi aziendali, lo valorizza in termini economici ed indirizza, attraverso questo quadro d'insieme più o meno analitico secondo le informazioni e la capacità del singolo responsabile, la formulazione delle richieste di *budget*. La predefinitura di questi *budget* ha l'evidente scopo di garantire *ex-ante* la compatibilità economico-finanziaria delle proposte formulate dai Cdr;

Tabella 6 - Indice delle linee guida 2001

<p>1</p> <p>I RIFERIMENTI PER L'ANNO 2001</p> <p>1.1 Il quadro nazionale</p> <p>1.2 Il contesto regionale</p> <p>2</p> <p>OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI</p> <p>2.1 I Programmi</p> <p>2.1.1 Emergenza - urgenza</p> <p>2.1.2 Disagio sociale e dipendenze</p> <p>2.1.3 Anziani e handicap adulti</p> <p>2.1.4 Salute della donna e dell'infanzia</p> <p>2.1.5 Neoplasie</p> <p>2.2 Le Aree</p> <p>2.2.1 Dipartimento di salute mentale</p> <p>2.2.2 Dipartimento di prevenzione</p> <p>2.2.3 Presidio ospedaliero Bellaria-Maggiore</p> <p>2.2.4 Area dell'assistenza distrettuale</p> <p>2.3 Lo Sviluppo organizzativo</p> <p>2.3.1 La formazione</p> <p>2.3.2 La qualità</p> <p>2.3.3 La sicurezza</p>	<p>3</p> <p>PREVISIONI ECONOMICHE</p> <p>3.1 Il quadro aziendale - Bilancio 2001</p> <p>3.2 Analisi degli scostamenti - Gestione 2000</p> <p>3.3 I budget di risorse</p> <p>3.3.1 Risorse umane</p> <p>3.3.2 Farmaceutica e protesica</p> <p>3.3.3 Beni sanitari a gestione farmacia</p> <p>3.3.4 Beni e servizi a gestione economica</p> <p>3.3.5 Attrezzature informatiche e di rete</p> <p>3.3.6 Attrezzature biomedicali</p> <p>3.3.7 Lavori e manutenzioni immobili</p> <p>4</p> <p>IL PROCESSO DI BUDGET</p> <p>4.1 I responsabili di budget</p> <p>4.2 Gli strumenti</p> <p>4.3 Il percorso</p> <p>4.4 I tempi</p> <p>5</p> <p>ANAGRAFE CENTRI DI RESPONSABILITA'</p>
---	--

— le ultime due parti definiscono il piano dei Cdr e il calendario di *budget*. La scelta di inserire questi contenuti nelle linee guida anziché in apposite delibere o in un manuale di *budget* riflette una situazione ancora mutevole, in cui attori, fasi e tempi vengono ridefiniti di anno in anno.

7. Il processo di formulazione del budget

7.1. Il percorso

Gli snodi fondamentali del percorso che conduce alla formulazione del *budget* possono essere così sintetizzati:

— l'Ufficio controllo di gestione trasmette ad ogni Direzione di gestione e ad ogni Ufficio periferico di Controllo di gestione sia le schede di *budget* con le relative note per la compilazione sia le linee guida. Gli uffici periferici ne curano poi la diffusione all'interno di ogni Gestione. I contenuti della scheda sono presentati nel § 8.1.;

— le schede sono compilate dai responsabili di Cdr con il supporto tecnico dell'Ufficio decentrato di controllo di gestione. Nel Presidio ospedaliero, i primi «consolidati» prodotti sono quelli di dipartimento, vagliati ed eventualmente rettificati dal singolo direttore di dipartimento insieme con le proprie unità operative. In seconda battuta, i *budget* di dipartimento vengono pre-negoziati ed eventualmente rettificati a livello di Direzione di presidio. Le proposte così «processate» sono pronte per la discussione con la Direzione generale;

— per le Gestioni territoriali esistono invece solo due livelli di Cdr (cfr. § 5.1.). L'unico processo di coordinamento e di eventuale selezione delle proposte è quindi effettuato dalla Direzione di gestione (distretto, dipartimento di prevenzione, dipartimento di salute mentale) Dal ciclo di *budget* 2001, il Dipartimento di salute mentale è strutturato come una Gestione territoriale autonoma, con proprie risorse ed una propria progettualità. Nel precedente

assetto organizzativo, la sua forma organizzativa era più simile a quella degli attuali Programmi: collaborano alla progettualità delle Gestioni territoriali, alle quali peraltro sono assegnate direttamente le risorse per la realizzazione della programmazione concertata;

— i «consolidati» per gestione sono trasmessi all'Ufficio controllo di gestione aziendale, sia nella forma originaria che nell'eventuale revisione operata all'interno della Gestione;

— con riferimento alla sezione della Scheda di *budget* destinata alla presentazione di progetti. Il Nucleo di valutazione definisce i criteri che devono orientare i Cdr nella redazione dei progetti, tra i quali si segnalano: *coerenza* del progetto con le strategie aziendali, *rilevanza* in termini di costi, rischi, volumi di attività, innovazione e governo della complessità; *complessità*, in termini di multidisciplinarietà, multicompetenza e trasversalità organizzativa. La presentazione dettagliata dei criteri, che peraltro costituiscono i parametri di valutazione del Nu-

Tabella 7 - Linee guida per il Programma anziani ed handicap adulti

Le aree progettuali e le relative azioni prioritarie sono così identificate:

INTEGRAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO E RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Azioni prioritarie:

informazione anziani e famiglie;
dimissione protetta Ld, Rsa, Cp;
valorizzazione Uvgo;
formazione operatori;
riorganizzazione DH Geriatrico (via Byron).

LUNGODEGENZE CONVENZIONATE

Azioni prioritarie:

formazione operatori;
carta dei servizi;
elaborazione sistema di valutazione della qualità.

PROGETTO DEMENZE

Azioni prioritarie:

realizzazione programma consultori/centri esperti;
adeguamento rete dei servizi;
formazione Mmg, operatori;
informazione ai cittadini;
sostegno alle famiglie.

STRUTTURE CONVENZIONATE

Azioni prioritarie:

aumento posti letto (obiettivo n. 1400);
progetto qualità;
potenziamento Uvg.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Azioni prioritarie:

miglioramento della integrazione fra servizi sanitari e sociali;
miglioramento del rapporto ospedali, servizi territoriali e Mmg;
formazione degli operatori.

ASSISTENZA RIABILITATIVA ALLE PERSONE CON DISABILITÀ

Azioni prioritarie:

omogeneizzazione dei percorsi assistenziali;
sviluppo della rete riabilitativa per le gravi disabilità acquisite;
integrazione programmatica ed operativa con il Settore Handicap Adulti.

HANDICAP ADULTI

Azioni prioritarie:

completa attivazione delle strutture assegnate dal Comune di Bologna;
integrazione programmatica ed operativa con il Dsm;
attuazione Direttiva regionale n. 564 (autorizzazione funzionamento);
omogeneizzazione dei percorsi assistenziali.

cleo sui progetti esaminati, è riportata nella matrice della tabella 9, all'interno delle Linee guida aziendali. Sui progetti, è previsto un ulteriore passaggio. L'Ufficio controllo di gestione trasferisce infatti la documentazione ricevuta al Nucleo di valutazione, che provvede all'assegnazione di un punteggio complessivo avvalendosi della matrice (Tabella 9) di cui sopra. Il giudizio del Nucleo accompagna il progetto nella negoziazione con la Direzione generale;

— a questo punto potrebbe iniziare la negoziazione con la Direzione generale. In realtà, per il Presidio ospedaliero è previsto un incontro preliminare tra il Direttore del presidio, i Direttori di dipartimento e la Direzione generale per mettere in luce eventuali punti critici rimasti irrisolti nella fase di concertazione all'interno della Gestione;

— il Controllo di gestione centrale, dopo aver ricevuto il materiale dai punti periferici, consolida le proposte attraverso prospetti che evidenziano, per Cdr, dipartimenti, gestioni, azienda, la sommatoria delle richieste confrontata con i consumi dell'anno precedente. I prospetti distinguono inoltre le risorse richieste per attività ordinaria da quelle previste per l'attuazione di specifici progetti valutati dal Nucleo di valutazione;

— significativa è la fase di presentazione dei consolidati delle richieste alla Direzione generale. Poiché sempre la sommatoria delle richieste è largamente superiore alle disponibilità, il Controllo di gestione, insieme ai cd «Gestori di risorse» (ad esempio responsabile di farmacia, provveditore, capo del personale: cfr. § 7.3.), individua le aree sulle quali sarà possibile effettuare riduzioni di risorse, senza pregiudicare i livelli quali-quantitativi di attività e di servizi;

— il Controllo di gestione predispone il materiale per la negoziazione che prevede, per ogni Cdr:

Tabella 8 - Linee guida per l'Area dell'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale e più in generale l'attività territoriale nel corso del 2001 si caratterizza per due elementi fondamentali. Da una parte il forte impulso nazionale e regionale relativo al significato ed il ruolo dell'assistenza primaria all'interno delle aziende sanitarie, si pensi ad esempio al Piano sanitario nazionale ed al Piano sanitario regionale, ai documenti collegati allo sviluppo dell'assistenza distrettuale ed all'evoluzione degli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti coi professionisti convenzionati. Dall'altra la riorganizzazione interna alla nostra azienda che in maniera notevole riguarderà, nel corso del 2001, l'assistenza territoriale con la piena implementazione del dipartimento di Salute mentale ed il lancio e le prime azioni di sviluppo del dipartimento delle Cure primarie.

- a) **La riorganizzazione del territorio.** Nel prossimo anno una delle aree progettuali di maggior rilievo, anzi probabilmente la principale, sarà iniziare il processo di riorganizzazione dei distretti e delle cure primarie di fatto già fin da ora iniziata attraverso l'ultimazione dei documenti di riassetto, e l'impostazione di un budget organizzato per gruppi di attività funzionali alle nuove Unità operative. Mentre il dipartimento di Salute mentale, da più di un anno, ha già varato un suo assetto e regolamento e dovrà occuparsi prevalentemente di sviluppare e gestire in prima persona una sua parte progettuale orientata al riordino e sviluppo della rete dei servizi, non così potrà essere per le altre macrostrutture territoriali i distretti ed il dipartimento delle Cure primarie. Il distretto dovrà collocarsi in una sede idonea e rivedere la sua attività secondo le logiche della committenza, mentre il dipartimento delle cure primarie ha il compito non solo di rivedere la collocazione delle sue sedi, ma di dare una connotazione logica rispondente alla organizzazione delle varie unità operative in corso di perfezionamento. Inoltre, da un punto di vista funzionale dovrà iniziare un lavoro di ricomposizione delle logiche assistenziali attraverso progetti e processi trasversali a più unità operative e con collegamenti con le altre macrostrutture aziendali. Esempi tipici di questo lavoro sono rappresentati dalla ricomposizione logica delle attività di riabilitazione in un processo aziendale, o dalle azioni trasversali che sempre più dovranno essere perseguite in settori strategici quali l'assistenza all'anziano fragile, nelle attività di prevenzione o *screening* o, infine, nei percorsi formativi.
- b) **L'area dell'assistenza primaria ed i professionisti convenzionati.** Uno degli obiettivi che dovranno essere perseguiti nell'ambito delle cure primarie è quello di promuovere lo sviluppo e la progettualità delle varie categorie di professionisti convenzionati attraverso accordi e piani di azione che non si esauriscono esclusivamente sul territorio ma trovano le opportune integrazioni con le attività ospedaliere e di prevenzione. Naturalmente è indispensabile creare le condizioni affinché gli accordi coi professionisti possano essere efficacemente attuati promuovendo azioni reali di sviluppo quali il supporto formativo, l'informatizzazione graduale degli studi, la deburocratizzazione e l'incentivazione non solo economica. Le linee progettuali da perseguire possono essere così riassunte:
- consolidare la progettualità iniziata nel 2000 coi Medici di medicina generale, tenendo fermo il riferimento dell'accordo in essere che dovrà essere pertanto prorogato. I temi di maggior rilievo che derivano dall'applicazione dello stesso sono: il consolidamento dei Nuclei per le Cure primarie all'interno delle Zone, le cure domiciliari, la formazione, l'appropriatezza e la prevenzione. Per quanto riguarda l'ADI occorre migliorare i rapporti di integrazione con la parte ospedaliera favorendo i percorsi di dimissione protetta e di *follow up* in particolare su alcune patologie cronizzate quali ad esempio lo scompenso cardiaco, l'ictus, la patologia oncologica, quella respiratoria ed i disturbi endocrini e del metabolismo come il diabete. Altre aree e/o patologie di possibile intervento da parte dei Medici di medicina generale e di sicuro interesse per l'Azienda sono le cure palliative, gli interventi sulle demenze, il supporto ai servizi di alcoologia, gli interventi in ambito psichiatrico in collaborazione col dipartimento di Salute mentale, per finire con le coagulopatie. Importanti dovranno essere le attività di prevenzione sulla popolazione a rischio già in parte iniziate nel corso del 2000 con azioni di educazione sanitaria sui temi della prevenzione del fumo, e dell'alimentazione; già molto ben avviato e solo da completare sarà l'intervento di copertura vaccinale della popolazione anziana. E' infine fondamentale continuare in maniera forte il lavoro sull'appropriatezza prescrittiva attraverso la formazione il coinvolgimento e l'esperienza sul campo.
 - I pediatri di libera scelta si inseriscono a pieno titolo nell'ambito dell'assistenza primaria portando a termine l'attivazione del progetto di Assistenza domiciliare a favore del bambino cronico dimesso dai reparti di pediatria. Altri temi da sviluppare saranno quelli dell'integrazione coi Nuclei di cure Primarie e la guardia medica pediatrica cittadina.
 - Gli specialisti convenzionati, infine, dovranno attraverso un accordo specifico, iniziare essi stessi un lavoro di sviluppo delle loro attività sempre più integrate con gli altri professionisti convenzionati e dipendenti. Il loro coinvolgimento non può prescindere dal trattare in modo congiunto il tema dell'appropriatezza prescrittiva e di ricovero o quello delle liste di attesa. Tra i temi di interesse concreto il 2001 ci si propone di lavorare sull'informatizzazione dell'ambulatorio dello specialista e su un progetto di collaborazione coi Medici di medicina generale ed ospedalieri sulle dimissioni protette e sulla riduzione dei ricoveri impropri anche attraverso azioni specifiche da sviluppare in maniera coordinata in uno o più punti distrettuali.
- c) **Area dell'assistenza primaria: maternità infanzia ed età evolutiva.** I servizi indicati in questi anni hanno subito un profondo cambiamento dovuto alla trasformazione del quadro culturale, alla normativa di riferimento, ed alla cornice istituzionale; hanno modificato orientamenti e pratiche di lavoro, senza peraltro arrivare ad elaborare un nuovo modello di intervento, e offrendo spesso una molteplicità di programmi dominati da frammentarietà e disconnessione. Il processo di riassetto aziendale in corso di avviamento, oltre a ridefinire gli ambiti organizzativi ed operativi, è un'occasione importante per riallacciare gli interventi offerti, i contenuti e metodi utilizzati in risposta ai bisogni presentati da famiglie dei minori, per riallacciare collegamenti anche con le istituzioni esterne (scolastiche, degli enti locali, del privato sociale, del volontariato ecc.). In particolare è importante all'interno del dipartimento delle cure primarie, dove è collocata l'area assistenziale suindicata:
- precisare l'offerta degli interventi da erogare in rapporto ai bisogni epidemiologicamente rilevati assicurando in maniera prioritaria le risposte previste dalle normative vigenti ed avendo attenzione alla tutela dei minori che per patologia, disabilità e/o condizione sociale (immigrati...) presentano bisogni particolarmente rilevanti nonché alle donne che in alcune fasi del ciclo vitale o in situazione di malattia hanno necessità di interventi e di supporto specifici;
 - ridefinire le condizioni di accesso ai servizi, l'offerta, gli *standard* della stessa, omogeneizzare i percorsi da seguire (si vedano in particolare interventi educativi, servizi educativi/riabilitativi strutture e servizi educativo terapeutici ...);
 - orientarsi verso metodologie che valorizzano l'interdisciplinarietà e verso percorsi che collegano fra di loro attività e interventi svolti da professionisti e da servizi diversi in modo che sia attuata una presa in carico globale dell'utente e che lo stesso sia accompagnato lungo l'iter assistenziale (percorso nascita, bambino con disabilità cognitivo linguistiche e con patologia cronica ...);
 - dare avvio alla sperimentazione della organizzazione centralizzata di alcune funzioni, previa analisi delle criticità presenti nell'attuale situazione, e comunque con il coinvolgimento degli operatori interessati;
 - riconsiderare la distribuzione delle risorse professionali sul territorio secondo criteri definiti: popolazione, dati epidemiologici, presenze di servizi/strutture e così via.
- d) **Il disagio sociale e la dipendenza.** Nell'ambito del processo di riorganizzazione dell'Azienda la collocazione del Sert all'interno del dipartimento delle Cure primarie, rende necessaria una ridefinizione dell'attuale modello organizzativo ed una ricollocazione delle sedi di erogazione territoriali. Naturalmente tale processo non si può disgiungere dalla valutazione dell'impatto che le attività sovradistrettuali (mezzo mobile, *équipe* alcoologica, carcere e Provvidone) esercitano sulle sedi territoriali; così come occorrerà ridefinire il piano delle attività dell'area, gli *standard* di prodotto l'omogeneizzazione delle modalità di accoglienza ed assistenza e l'equa distribuzione delle risorse. Anche per il prossimo anno vengono confermate le aree di intervento prioritarie delle nuove droghe e nuovi consumi, delle alcoolipendenze, della riduzione del danno e dell'assistenza al carcere.
- e) **Area delle Cure primarie: servizi per disabili adulti.** I servizi per disabili adulti, oltre a partecipare al processo più generale di riassetto organizzativo citato poco sopra, consolideranno i percorsi assistenziali comuni ai tre Poli handicap che costituiscono le unità organizzative di base per la presa in carico dell'utenza *target*. Si procederà contestualmente nell'opera di revisione delle procedure amministrative a supporto dei processi assistenziali fondamentali: inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali, assistenza domiciliare, orientamento al lavoro, socializzazione nel tempo libero. Il lavoro avviato con i fornitori esterni con riguardo alla condivisione di modalità di presa in carico e valutazione della qualità dell'offerta (*standard* assistenziali, qualità della relazione con l'utenza, qualità dell'accoglienza, congruenza tra offerta e livello di gravità dell'handicap degli utenti assistiti, soddisfazione dell'utenza) si completerà e perfezionerà rendendo più chiaro e facilitato il sistema di fornitura anche sotto il profilo amministrativo e contabile. Si intensificheranno i rapporti e le collaborazioni con i servizi sanitari che condividono l'utenza più problematica (riabilitazione, salute mentale) per consolidare i protocolli comuni di presa in carico di utenza di nuova presa in carico (patologie acquisite, progressive, traumatizzate, ecc.) anche in funzione di condividere risorse specialistiche altrimenti non disponibili. Si completerà altresì il processo di autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali in gestione diretta secondo i criteri della nuova direttiva della Regione Emilia-Romagna. Infine si completerà la dotazione di strutture più appropriate dal punto di vista della sicurezza e del *comfort* per l'utenza per accogliere servizi a forte valenza riabilitativa.

Tabella 9 - La matrice di valutazione dei progetti: note e schema (vedi anche allegato in Appendice)

<p>Principi di carattere generale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I criteri di valutazione, articolati nella matrice di analisi, dovrebbero consentire una naturale «scrematura» dei progetti. La soggettività della valutazione è ridotta: (a) dalla puntualità delle Linee guida e (b) dal metodo di lettura utilizzato (lettura «in doppio»). 2. Se il progetto costituisce una semplice richiesta di risorse, non sarà preso in considerazione in sede di valutazione da parte del Nucleo di valutazione. 3. Le coerenze reciproche dei progetti che dichiarano un ambito di «trasversalità» entro la Gestione sono valutate dai responsabili delle gestioni. 4. Le coerenze reciproche dei progetti che dichiarano un ambito di trasversalità extra-gestionale vengono valutate dal Nucleo di valutazione, come supporto alla Direzione generale. 5. I progetti di ricerca dovranno essere esplicitati nella apposita sezione della Scheda di progetto. Non saranno oggetto della valutazione secondo la griglia di analisi presentata.
<p>Precisazioni</p> <p><i>Rilevanza</i> L'innovazione è ulteriormente qualificabile in: (a) cosa nuova (es.: Sistema digitalizzato delle immagini ; b) cosa rinnovata (es.: Laboratorio cambia organizzazione, ma non prodotto).</p> <p><i>Complessità</i> Esempi di multidisciplinarietà: Ginecologia/Radiologia oppure, in campo amministrativo, giuridico/economico. Esempi di multicompetenza: medico/infermiere/amministrativo, oppure tecnico radiologo/ informatico/ amministrativo.</p> <p><i>Elementi formali</i> Previsione dei costi differenziali: intesi come costi che originano (sorgono) esclusivamente dal progetto proposto. Tali costi devono essere articolati per fattore produttivo, secondo lo schema proposto nella scheda di Budget e sommati nella scheda "Beni e Servizi", che contiene anche i costi dell'attività di routine.</p> <p><i>Area di impatto</i> Miglioramento dell'organizzazione del Servizio = miglioramento dei processi e delle modalità di erogazione. Miglioramento degli aspetti percepiti dall'utenza = "snellimento" dei percorsi, maggiore soddisfazione, riduzione dei tempi di attesa.</p> <p>Nello schema le 4 colonne relative alla valutazione riportano le fasce numeriche di riferimento per i punteggi assegnati ai singoli progetti, articolati per criterio Ad esempio: la riorganizzazione delle linee produttive dei Laboratori ha la massima coerenza con le linee guida aziendali, quindi rientra nella fascia 9. Il peso costituisce il moltiplicatore che sintetizza il valore attribuito al singolo criterio, fatta 100 la sommatoria dei criteri. L'ultima colonna esplicita, per criterio ed in totale, la sommatoria dei punti totalizzati, che saranno riportati anche nel budget pubblicato.</p>

- *report* di contabilità analitica e consuntivo degli indicatori di attività;
- prospetto delle richieste di *budget* (beni, servizi, personale, attività e investimenti);
- per i centri erogatori finali, margine di contribuzione storico;
- per i centri erogatori intermedi (laboratori, radiologie, ...), analisi economiche mirate (indici di efficienza tecnica);
- per i progetti, giudizio del Nucleo di valutazione e prospetto sintetico delle risorse richieste;
- prospetto su alcuni indicatori critici per il 2001: volumi economici degli acquisti in esclusiva e volumi

economici delle ferie pregresse e dei recuperi di ore lavorative, da riportare come aggregato economico nel fondo specifico del Bilancio di esercizio;

— La negoziazione con la Direzione aziendale prende solitamente avvio dall'analisi dei progetti, presentati da un componente del Nucleo di valutazione. Per ogni progetto viene assunta una decisione. Poi si passa ad esaminare le richieste di beni e servizi e a verificarne la compatibilità con i volumi di attività previsti. Successivamente, si esaminano le richieste di attrezzature ed, infine, le unità di personale, le eventuali ore straordinarie e le richieste di formazione. Su ciascu-

no degli argomenti interviene, su delega della Direzione generale, il Gestore di risorsa, del quale chiariremo in seguito meglio ruolo e professionalità. La discussione si sviluppa tra Direzione generale e Responsabile di dipartimento ospedaliero (accompagnato dalle proprie unità operative) o Direttore di gestione territoriale. Il Responsabile di dipartimento ospedaliero o Direttore di gestione territoriale ha un ruolo fortemente attivo nel processo negoziale, sia con riferimento alla maggiore esplicitazione dei progetti, sia in relazione alle singole risorse richieste. Fondamentali sono anche le competenze dei Gestori di ri-

sorse e, su tematiche di carattere sanitario, le indicazioni della Direzione sanitaria aziendale;

— per ogni punto toccato nella negoziazione viene assunta una decisione pubblica da parte della Direzione generale;

— il percorso si conclude con la formalizzazione e la diffusione, a cura del Controllo di gestione aziendale, del documento di *budget*, articolato per Cdr, e strutturato in alcune sezioni: 1) progetti; 2) attività corrente e risorse; 3) investimenti. Tale documento costituisce la base fondamentale per la definitiva predisposizione del bilancio preventivo economico aziendale.

7.2. I tempi

Il percorso presentato nel precedente § 7.1. può essere sintetizzato in tre momenti fondamentali: definizione delle linee guida ed invio delle schede di *budget* ai Cdr; formulazione delle proposte; negoziazione e stesura del *budget* complessivo d'azienda.

Per il *budget* 2001 i termini previsti erano: dicembre 2000 per la redazione delle linee guida e il contestuale invio delle schede, gennaio 2001 per la formulazione delle proposte, metà marzo 2001 per la negoziazione ed il completamento del processo. Nell'ultimo triennio la tempestività nelle diverse fasi del processo è stato obiettivo prioritario del Controllo di gestione, puntualmente rispettato. A metà aprile i Centri di responsabilità dispongono già del *budget* per l'esercizio in corso e dopo un mese hanno a disposizione il primo *report* di verifica.

7.3. Il ruolo delle diverse tipologie di Cdr

Un rilevante elemento di innovazione è costituito dalla specificazione dei ruoli attribuiti alle diverse tipologie di Cdr.

Nella letteratura e nella prassi, infatti, si ribadisce sistematicamente l'opportunità che le proposte di *budget* siano formulate dai Cdr e successivamente negoziate con la direzione aziendale. I recenti processi di riorganizzazione delle aziende sanitarie, tuttavia, hanno comportato l'introduzione o il rafforzamento di Cdr intermedi tra le unità operative e la direzione: nel caso dell'Asl Città di Bologna le gestioni e i dipartimenti ospedalieri. Diventa quindi necessario definire adeguatamente il ruolo di questi Cdr: in caso contrario si potrebbero avere ripercussioni negative non solo sull'efficacia del sistema di controllo direzionale, ma anche sull'intero progetto di riorganizzazione in generale e di dipartimentalizzazione in particolare.

Come già evidenziato nei paragrafi precedenti, inoltre, l'Azienda presenta tre importanti tipologie di Cdr trasversali:

— i responsabili di programmi (anziani, neoplasie, salute donna e infanzia, tossicodipendenze, emergenze);

— il dipartimento di salute mentale;

— i «gestori di risorse» o «responsabili dei *budget* trasversali» che si identificano in:

1) responsabile della farmacia per medicinali, presidi, diagnostici, protesi;

2) responsabile dell'economato-provveditorato per beni tecnico-economici di magazzino, pellicole, attrezzature tecnico-economiche;

3) responsabile del personale;

4) responsabile dei lavori;

5) responsabile delle attrezzature bio-medicali;

6) responsabile delle attrezzature informatiche per *hardware* e *software*;

7) responsabile della formazione.

I responsabili delle unità operative ospedaliere, che sono tutte figure primarie, formulano le proprie proposte di *budget*; concordano eventuali modifiche con il direttore di dipartimento; partecipano insieme al responsabi-

le di dipartimento agli incontri con la direzione generale e, per i propri ambiti di attività, chiariscono ed integrano le proposte.

Il responsabile di dipartimento ospedaliero, come già anticipato nei paragrafi precedenti, assume un ruolo «gestionale». Con riferimento specifico al *budgeting*, partecipa in prima persona alla predisposizione delle linee guida aziendali; concorda con i propri Cdr e successivamente con la direzione di presidio il *budget* di dipartimento; partecipa infine agli incontri con la Direzione generale, con la quale negozia risorse ed obiettivi di attività per tutte le unità operative del proprio dipartimento.

Un'annotazione interessante riguarda il ruolo e le funzioni della direzione del Presidio ospedaliero. Questa può infatti essere definita come l'organo garante del perseguimento, da parte dei singoli dipartimenti, degli obiettivi strategici aziendali. Un esempio, anche se semplicistico, può chiarirne il ruolo. La politica aziendale è volta a concentrare le proprie risorse, in tema di assistenza ostetrica-ginecologica, sulla prevenzione oncologica, in una logica di integrazione e coordinamento con altre strutture cittadine analoghe, che si occupano del settore della fecondazione assistita. L'integrazione consente di evitare la duplicazione di funzioni analoghe e di ottimizzare al meglio l'impiego di risorse per offrire alle donne, nell'esempio specifico, un percorso con punte di eccellenza su ogni settore. Compito della Direzione di presidio è coordinare il dipartimento materno infantile dell'azienda ed evitare che proponga iniziative non coerenti con le politiche aziendali. Un analogo ruolo di coordinamento viene svolto rispetto alle risorse assegnate: il direttore di Presidio deve garantire sia il tetto aziendale per specifica tipologia di risorsa, sia l'allocazione più efficiente e funzionale al perseguimento delle politiche aziendali.

Nell'area territoriale, invece, i dipartimenti sono essi stessi Cdr elementari, mentre i Cdr intermedi sono rappresentati dai distretti (cfr. § 5.1.). Il dipartimento territoriale esaurisce la propria funzione (che si può definire prioritariamente di carattere tecnico-professionale) nella predisposizione delle proposte di *budget* e nel successivo dibattito con la Direzione del distretto. Al contrario di quanto accade per le unità operative del Presidio ospedaliero, i dipartimenti territoriali non partecipano alle negoziazioni con la Direzione aziendale e, quindi, non possono dare direttamente voce alle richieste che hanno predisposto.

I direttori di distretto, come i responsabili di dipartimento ospedaliero, partecipano invece in prima persona alla predisposizione delle linee guida aziendali; concordano i *budget* con i propri dipartimenti territoriali; portano alla negoziazione con la Direzione generale il proprio *budget* di distretto, articolato in dipartimenti.

Sempre nell'area territoriale, il dipartimento di prevenzione è, nel processo di *budget*, del tutto assimilabile ad un distretto e i suoi Cdr, pur essendo storicamente identificati nei servizi, sono analoghi per funzioni ai dipartimenti del territorio.

Passando alle responsabilità trasversali, si considerino innanzi tutto i responsabili dei programmi. All'interno del processo di *budget*, questi soggetti devono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione (e nel monitoraggio periodico) degli obiettivi. Operativamente, partecipano direttamente alla redazione delle linee guida aziendali (fanno infatti parte del *team* allargato di direzione); definiscono con i dipartimenti ospedalieri e con i distretti gli obiettivi specifici e le risorse necessarie; partecipano alla negoziazione con la Direzione generale fornendo chiarimenti, in merito alla propria area di competenza, sui pro-

grammi, sugli indicatori di attività e sulle richieste di risorse.

Il direttore del dipartimento Salente ha, dal punto di vista del contenuto, una responsabilità di tipo trasversale (mista ospedale-territorio), mentre dal punto di vista organizzativo coordina unità operative complesse, del tutto sovrapponibili ai Cdr ospedalieri. Dipende funzionalmente dalla Direzione aziendale (in particolare direttamente dalla Direzione sanitaria aziendale) con la quale negozia senza livelli di intermediazione o filtro risorse ed obiettivi.

I gestori di risorse, infine, devono garantire la programmazione unitaria dei consumi e degli acquisti delle diverse classi di fattori produttivi; la coerente allocazione delle risorse ai Cdr nei tempi, con le procedure e nei modi concordati; la verifica periodica sull'andamento degli acquisti e dei consumi dei fattori produttivi di propria competenza. Si comprende la loro particolare criticità se si pensa che, con il loro apporto, si possono rendere più realistiche le previsioni di *budget*, si possono creare punti unitari di monitoraggio degli acquisti e dei consumi per risorsa critica, e si possono quindi controbilanciare le spinte centrifughe derivanti dal decentramento e dalla delega delle funzioni verso le strutture periferiche. Per svolgere al meglio la funzione loro assegnata, i Gestori di risorse partecipano al ciclo di controllo direzionale:

— intervenendo nell'elaborazione delle linee guida aziendali, con specifico riferimento alla parte in cui si definiscono i volumi di risorse prevedibili per l'anno di *budget* (cfr. § 6.3.);

— predefinendo i *budget* trasversali articolati per risorsa (es.: farmaci, presidi, attrezzature, personale...) e per macrostruttura (Territorio, Presidio ospedaliero,...) che non sono immodificabili, ma rappresentano un importante riferimento previsionale;

— partecipando alla negoziazione

per motivare o discutere le proposte dei Cdr e supportare al meglio le decisioni della Direzione generale;

— monitorando periodicamente, in stretta collaborazione con il Controllo di gestione, l'andamento degli acquisti e dei consumi rispetto al *budget*.

8. La strumentazione tecnico-contabile

8.1. La scheda di budget

Come evidenziato nel § 2.3., il sistema informativo-contabile a supporto del controllo direzionale comprende un'ampissima gamma di strumenti. In questo articolo se ne analizzano specificamente solo due: la scheda di *budget* e gli indicatori di attività.

La scheda di *budget* è lo strumento con cui i responsabili di Cdr formulano le proprie proposte. Viene trasmessa insieme alle linee guida aziendali, è riportata schematicamente in Tabella 10, dalla quale si riprendono le aree per una breve descrizione:

— l'*attività*: identifica l'attività di routine e si differenzia dai *Progetti*, proposti in base ai criteri di cui al paragrafo precedente;

— con riferimento all'attività corrente si distingue tra risultati attesi e correlate risorse;

— i risultati attesi vengono espressi tramite indicatori concordati negli incontri tra le Gestioni ed il Servizio sistema informativo aziendale. Si articolano a loro volta in due parti: 1) parametri pre-definiti dall'Azienda, che riprendono gli indicatori che la Regione assegna all'Azienda, direttamente discendenti dalla lettura applicativa del Piano sanitario regionale (Piano delle azioni regionali - paragrafo 6.2.; 2) parametri concordati tra la Direzione aziendale e il Cdr che, almeno indirettamente, fanno comunque riferimento alle linee guida aziendali e alla pro-

Tabella 10 - Scheda di budget (estratto)

BUDGET 2001

Bellaria Maggiore -Dip. di patologia clinica e med. trasfusionale

Guida in linea per la compilazione

Risorse Umane
 Formazione
 Attrezzature
 Lavori
 Attività
 Progetti
 Indicatori di Gestione
 Beni e Servizi

BUDGET 2001 ATTIVITA' DI SPECIALISTICA

Responsabile di Budget:

Attività di Specialistica Ambulatoriale

Branca: ANATOMIA ED ISTO. PATOL.

	AMBULANTI		DEGENTI	
	1 sem. 2000	obiettivo 2001	1 sem. 2000	obiettivo 2001
Prestazioni a DM 96	10.202	<input type="text"/>	3.354	<input type="text"/>
Prestazioni fuori DM 96	405	<input type="text"/>	3.084	<input type="text"/>
Prestazioni richieste a:				
Laboratori	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
Anatomie Patologiche	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
Radiologie	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
Neuroradiologia	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
Medicina Nucleare	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>
Servizio Trasfusionale	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>

grammazione aziendale di medio periodo. Un esempio può chiarire meglio: per un Servizio intermedio che produce prestazioni radiologiche, l'obiettivo regionale è la riduzione delle liste di attesa per prestazioni critiche (TAC RMN) non oltre 60 giorni l'obiettivo aziendale è l'integrazione, per lo stesso Dipartimento, di un incremento di

prestazioni non critiche, per rispondere alle richieste di un reparto di nuova istituzione. L'indicatore è sempre espresso da un valore numerico: nella casistica degli indicatori pre-definiti dalla Regione, si mutua il valore; nella definizione del valore per gli indicatori aziendali, questi vengono concordati in sede di negoziazione, tra Direzione

generale e Direzione dipartimentale (o di gestione), anche con riferimento al volume delle risorse assegnate;

— gli indicatori di gestione, introdotti nel budget 2001, costituiscono un'informazione aggiuntiva su alcune aree critiche in termini di assorbimento di risorse. Il campo non deve essere compilato dal Cdr, al quale devono essere evidenti alcune informazioni di base: volume economico degli acquisti attraverso contatti esclusivi e diretti con un unico fornitore, notoriamente più costosi delle gare comuni; o ancora volume economico dello stock di ferie non godute e dei recuperi di ore straordinarie del personale che opera nel Cdr; nei prossimi esercizi, ci si attende un attento monitoraggio degli indicatori di gestione, quest'anno proposti direttamente dalla Direzione generale;

— i beni ed i servizi comprendono beni correnti (farmaci, emoderivati, presidi, ...) e servizi acquistati da terzi esterni, pubblici e privati. Le risorse da prestazioni intermedie assorbite dai centri interni sono esplicitate non in questa sezione, ma tra gli indicatori di attività;

— le risorse umane evidenziano le richieste di nuove unità di personale, per ruolo e profilo, ed il volume quantitativo delle ore straordinarie previste dai Cdr e necessarie per lo svolgimento delle proprie attività;

— gli investimenti proposti sono articolati secondo la più classica distinzione: lavori, attrezzature (sanitarie, informatiche ed economici) e formazione;

— le richieste di beni e servizi sono articolate per conto e per fattore produttivo del sistema contabile integrato analitico-economico-patrimoniale e sono formulate in termini monetari. Non comprendono le risorse necessarie alla realizzazione dei progetti, che vengono inserite nell'apposita scheda progetti (il sistema provvede poi in automatico alla determinazione delle risorse com-

plessivamente richieste). Per rendere possibile una migliore previsione dei servizi di consulenza viene allegato l'elenco nominativo ed i relativi costi di competenza dell'anno trascorso.

La Tabella 10 riporta una schermata del *software* per la gestione della Scheda di *budget*, che consente l'apertura di finestre analitiche sulle singole sezioni (delle quali si riporta a titolo esemplificativo una sezione specialistica) e l'utilizzo di una Guida in linea con le istruzioni per la compilazione.

8.2. Gli indicatori di attività

Come anticipato nell'Introduzione, gli indicatori di attività rappresentano un'ulteriore area di innovazione su cui si è concentrata la progettazione del sistema. L'individuazione degli indicatori si è fondata su due principi guida.

— È necessario distinguere tra indicatori rilevanti a fini di *budget* ed indicatori per altre finalità. Ad esempio, problema diverso è disporre di un sistema di *reporting* di *routine* sui dati di attività, ovvero di informazioni analitiche sullo stato delle attrezzature, sui prezzi dei fattori produttivi, ecc. La finalità da attribuire agli indicatori di *budget*, in particolare, è quella di esprimere obiettivi condivisi in termini quantitativi e sintetici, monitorarne il grado di raggiungimento ed avviare eventuali azioni correttive.

— È indispensabile che la selezione degli indicatori passi attraverso un processo di condivisione da parte dei Cdr: perché i Cdr hanno una conoscenza più approfondita della propria attività; perché gli indicatori selezionati costituiscono uno dei parametri rispetto ai quali scatta «l'impegno» del Cdr; perché gli indicatori devono rappresentare il parametro per la «misurazione della *performance*».

A titolo esemplificativo si riportano alcuni indicatori di risultato utilizzati nel 2001 per un Cdr con unità di de-

genza, alcuni Cdr dell'area distrettuale e un Cdr del dipartimento di Prevenzione. Per gli anni 1999 e 2000 sono pre-compilati i valori esattamente costruiti dal Sistema informativo aziendale. Nella sezione dedicata alle previsioni 2001, che sono curate direttamente dai Cdr, la determinazione del valore è costruita in modo sintetico.

Tra i Cdr con unità di degenza si riporta l'esempio della cardiologia del Bellaria (Tabella 11 in Appendice) che, d'accordo con il responsabile, è stata articolata in quattro nuclei di attività omogenea: ricovero ordinario, unità coronarica, *day hospital*, specialistica ambulatoriale.

Per i primi tre nuclei di attività, accanto agli indicatori strutturali (posti letto medi e puntuali), sono riportati:

— indicatori di movimento (ricoveri o accessi, degenza media, tasso di occupazione) che rappresentano parametri classici di misurazione dell'attività di ricovero;

— indicatori provenienti dalle schede nosologiche e rilevanti o dal punto di vista economico (ad esempio distinzione tra Drg chirurgici e medici, i punti Drg prodotti e la percentuale di dimessi *extra* Provincia e Regione), oppure dal punto di vista strategico secondo gli obiettivi del Piano delle azioni regionali (ad esempio ricoveri ripetuti).

Per quanto riguarda l'attività di specialistica ambulatoriale, è riportata la classica suddivisione tra attività per esterni e per degenti. Interessante è inoltre la sezione dedicata alle prestazioni critiche, così definite da linee guida ministeriali e regionali. Al riguardo vengono predefiniti dalla Direzione aziendale, nel senso che, anche dal punto di vista informatico, i campi sono bloccati su valori impostati e non modificabili, obiettivi di riduzione (o mantenimento) dei tempi di attesa per prestazioni critiche che, nell'esempio specifico, non appaiono, ovvero nella definizione delle prestazioni «offerte»

dal Cdr alle disponibilità delle prenotazioni degli utenti. Quest'ultimo dato è invece presente nell'esempio, esattamente nelle colonne «offerta Cup». Ricordiamo che a Bologna è attivo un Centro unificato di prenotazione metropolitano, che utilizza le disponibilità offerte da tutte le aziende della Provincia.

Più difficoltosa è stata la costruzione di indicatori significativi per l'Area territoriale (Tabella 12). Ciò è dovuto ad alcune cause, tra cui la mancanza di una storia consolidata, l'assenza di indicatori economici sintetici e condivisi analoghi ai Drg, la presenza di un'ampissima gamma di prestazioni solo in piccola parte codificate attraverso la classificazione fornita dall'unico Decreto ministeriale del 1996 che disciplina la materia.

La scelta dell'Azienda, che peraltro dispone di un sistema informativo territoriale non ancora strutturato in modo organico e non completamente informatizzato, è stata quella di selezionare per ogni settore di attività (es.: minori, anziani, ...) alcuni indicatori che venissero rilevati in modo omogeneo nei cinque distretti e fossero quindi confrontabili. I settori di attività, tra l'altro, coincidono con i Cdc: è quindi possibile costruire e confrontare indicatori di efficienza produttiva.

La lettura e l'interpretazione dei valori non può essere comunque oggettiva. I confronti, in particolare, sono resi difficili dall'eterogeneità dei distretti (soprattutto per struttura e composizione della popolazione) e dall'assenza di un completo «catalogo prodotti» per tutti i settori del territorio. Le analisi e gli incroci tra attività e costi per settore sono quindi sempre integrate dalle controdeduzioni dei responsabili di distretto.

La Tabella 12 propone come primo esempio il Dipartimento anziani, rispetto al quale riportati tutti gli indicatori costruiti, articolati per tutti i setto-

Tabella 12 - Indicatori di attività per alcuni Cdr Area distrettuale

Scheda Attività			
BUDGET 2001 Tutela della salute anziani non autosufficienti			
	Anno 99	30/06/00	prev. 2001
settore <u>assistenza infermieristica domiciliare</u> Indicatore (15.01) media accessi giornalieri per I.P. valore aziendale	7,59 7,75	4,90 6,46	
settore <u>assistenza infermieristica domiciliare</u> Indicatore (15.02) media prestazioni giornaliere per I.P. valore aziendale	10,65 9,95	10,80 10,65	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.01) n°prestazioni ad alto assorbimento (massof.+t.d.r.) valore aziendale	17.781,00 51.363,00	6.625,00 18.823,00	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.02) n°prestazioni a basso assorbimento (massof.+t.d.r.) valore aziendale	28.948,00 71.804,00	5.850,00 23.052,00	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.03) fisioterapia di gruppo valore aziendale	2.841,00 6.210,00	1.089,00 2.783,00	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.04) altro in esenzione valore aziendale	4.092,00 6.936,00	300,00 340,00	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.05) prestazioni mediche valore aziendale	546,00 7.540,00	526,00 3.123,00	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.06) prestazioni domiciliari valore aziendale	1.127,00 3.087,00	530,00 2.492,00	
settore <u>assistenza riabilitativa (Rrf)</u> Indicatore (16.07) visite fisiatriche domiciliari valore aziendale		151,00 762,00	
settore <u>day - hospital geriatrico</u> Indicatore (18) n° accessi in DH valore aziendale	2.120,00 2.120,00	542,00 542,00	
settore <u>pediatria di comunità</u> Indicatore (01.01) [n° bambini =2 anni vaccinati Morbillo (vacc.raccomandata) / pop.res. nel Dist. = 2 anni] * 100 valore aziendale	93,18 94,22	> 95%	

segue **Tabella 12 - Indicatori di attività per alcuni Cdr Area distrettuale**

Scheda Attività			
BUDGET 2001 Tutela della salute anziani non autosufficienti			
	Anno 99	30/06/00	prev. 2001
settore <u>pediatria di comunità</u> Indicatore (01.02) [n° bambini =2 anni vaccinati Pertosse (vacc.raccomandata) / pop.res. nel Dist. = 2 anni] * 100 valore aziendale	80,17 82,38	> 95%	
settore <u>pediatria di comunità</u> Indicatore (01.03) [n° bambini =2 anni vaccinati "Emophilus Influenza E" (vacc.raccomandata) / pop.res. nel Dist. = 2 anni] * 100 valore aziendale	41,58 44,96	> 95%	
settore <u>neuropsichiatria infantile</u> Indicatore (02) n° prestazioni /ore personale sanitario valore aziendale	0,58 0,53	0,80 0,64	
settore <u>centro disabilità linguistiche</u> Indicatore (03) n° prestazioni /ore personale sanitario valore aziendale	0,06 0,06	0,07 0,07	
settore <u>centro disabilità neuromotorie</u> Indicatore (04) n° prestazioni /ore personale sanitario valore aziendale	1,06 0,06	1,59 1,59	1,60

ri individuati a livello aziendale nelle schede di *budget*. Gli indicatori utilizzati nelle schede di *budget* sono selezionati, insieme con i Cdr, per evidenziare quelli:

— ritenuti più significativi nel confronto con i costi: ad esempio il numero medio di accessi giornalieri per infermiere professionale, oppure il numero medio di prestazioni giornaliere per infermiere professionale;

— relativi alle prestazioni più critiche in termini economici: ad esempio l'assistenza riabilitativa. L'Azienda, investe oltre 20 miliardi nell'assistenza riabilitativa convenzionata esterna per anziani. Il *budget* cerca di chiarire quali sono, e se sono efficienti, le modalità di offerta interne, anche attraverso gli indicatori sul numero delle prestazioni di assistenza riabilitative a basso e ad alto assorbimento, da considerare accanto al personale strutturato che esegue le attività;

— che riflettono le attività peculiari erogate: ad esempio il *day hospital* geriatrico, le cui prestazioni sono per ora misurate attraverso gli indicatori classici, come il numero di accessi, che permettono di valutare anche gli eventuali ricavi per mobilità attiva di pazienti non residenti.

Il secondo esempio riportato riguarda il Dipartimento minori.

Anche per il Dipartimento minori, del quale si è riportata una selezione degli indicatori utilizzati in Scheda di budget, si è cercato di seguire il medesimo percorso:

— l'evidenza di indicatori espressione dell'utilizzo di risorse (n. prestazioni di neuropsichiatria infantile su ore di personale sanitario dedicato);

— indicatori mutuati dal Piano delle Azioni regionali (vedi §§ 6.2 e 8.1);

— indicatori di monitoraggio su alcune fattispecie produttive tipiche dell'Azienda, quali il Centro disabilità

linguistiche ed il Centro disabilità neuromotorie.

L'ambito di analisi è sempre il consumo di risorse rispetto al fattore «umano», elemento prevalente nel processo produttivo.

La Tabella 13 propone infine alcuni indicatori per i Cdr del dipartimento di prevenzione. La maggior parte degli indicatori evidenzia la copertura rispetto ad obiettivi *standard* (es.: n. esercizi controllati su quelli esistenti; n. prestazioni di profilassi su popolazione residente). Soltanto quest'anno si è riusciti ad introdurre alcuni elementi innovativi: per il Servizio igiene urbana, ad esempio, si è cercato di costruire un indicatore di efficienza (n. progetti esaminati / operatori equivalenti) della specifica attività. Analoghi indicatori sono stati proposti per il Servizio veterinario. Da segnalare infine un indicatore sui tempi medi di attesa, volto quindi a cogliere aspetti di qualità del

Tabella 13 - Indicatori di attività per alcuni Cdr del dipartimento di prevenzione

Scheda Attività			
BUDGET 2001 Dip. Prevenzione			
	Anno 99	30/06/00	prev. 2001
servizio <u>dipartimento prevenzione - igiene alimenti</u> Indicatore (27.01) (n. esercizi controllati / n. esercizi esistenti) * 100	42,00	20,00	48
servizio <u>dipartimento prevenzione - CSES</u> Indicatore (31) studenti coinvolti in iniziative educative / popolazione scolastica	45,00	45%	
servizio <u>dipartimento prevenzione – impiantistico antinfortunistico</u> Indicatore (32.01) apparecchi impianti verificati / apparecchi impianti in scadenza	46,00	24,00	45%
servizio <u>dipartimento prevenzione – impiantistico antinfortunistico</u> Indicatore (32.02) n. verifiche impianti elettrici e/o termici civili abitazioni / n. segnalazione di pericolosità da enti e cittadini	100,00	100,00	100%
servizio <u>dipartimento prevenzione – profilassi malattie infettive- Igiene pubblica</u> Indicatore (23.01) n. prestazioni alla persona / popolazione residente > = 14 anni	14.092,00	7.000,00	15.000
servizio <u>dipartimento prevenzione – profilassi malattie infettive- Igiene pubblica</u> Indicatore (23.02) n. dosi vaccinali antinfluenzali somministrate a pop. > 64 anni / pop. residente > 64 anni Note Il dato del 2000 è riferito alla previsione di copertura vaccinale	42,00	50,00	75%
servizio <u>dipartimento prevenzione – igiene urbana ed edilizia- Igiene pubblica</u> Indicatore (24.01) n. progetti esaminati / operatori equivalenti	200,00	127,00	220
servizio <u>dipartimento prevenzione – igiene urbana ed edilizia- Igiene pubblica</u> Indicatore (24.02) n. sopralluoghi / operatori equivalenti	168,00	69,00	150
servizio <u>dipartimento prevenzione – medicina legale e occupazionale</u> Indicatore (30.01) tempo medio di attesa che intercorre tra domanda di invalidità civile e visita di accertamento Note I dati numerici sopra riportati sono in GIORNI	60,00	45,00	<2 mesi

segue Tabella 13 - Indicatori di attività per alcuni Cdr del dipartimento di prevenzione

Scheda Attività			
BUDGET 2001 Dip. Prevenzione			
	Anno 99	30/06/00	prev. 2001
servizio <u>dipartimento prevenzione –</u> <u>medicina legale e occupazionale</u> Indicatore (30.02) n. prestazioni alla persona / popolazione residente	0,00	0,00	0,181
Note Riferimento popolazione residente n° 381436			
servizio <u>dipartimento prevenzione –</u> <u>prevenzione e sicurezza ambienti</u> Indicatore (28.01) (n. unità locali controllate / unità locali esistenti) * 100	3,00	2,00	>3,7%
servizio <u>dipartimento prevenzione –</u> <u>prevenzione e sicurezza ambienti</u> Indicatore (28.02) (lavoratori addetti alle unità locali controllate / lavoratori addetti) * 100	34,00	17,00	>34,3%
servizio <u>dipartimento prevenzione –</u> <u>prevenzione e sicurezza ambienti</u> Indicatore (28.03) n. sopralluoghi / n. cantieri attivi			>52
servizio <u>dipartimento prevenzione –</u> <u>servizio veterinario IPCAOA</u> Indicatore (26) (n. strutture controllate / n. strutture esistenti) * 100	98,00	84,00	100
servizio <u>dipartimento prevenzione –</u> <u>servizio veterinario SAIAPA</u> Indicatore (25.02) n. interventi veterinari / n. addetti veterinari	2.322,00	1.125,00	2330

servizio erogato (nell'esempio, da parte del Servizio medicina legale).

9. Conclusioni

In conclusione, sembra opportuno ripercorrere sinteticamente le principali modificazioni intervenute nel corso degli esercizi, a partire dal 1996, di impiego del sistema di *budget*, in termini di ruolo dei diversi attori, strumentazione disponibile, accuratezza con cui viene seguito il percorso. L'ap-

proccio più coerente, quando si dà avvio all'annuale «avventura» del *budget*, operazione complessa e faticosa per tutta la struttura, che viene coinvolta per circa quattro mesi (da novembre a febbraio), è emblematicamente rappresentato dalla tensione ad un progressivo miglioramento, attraverso l'analisi di ogni «micro-procedura» del processo, facendo sempre tesoro dell'esperienza passata, in termini di critiche costruttive e di evidenza dei risultati positivi ottenuti, che devono

essere progressivamente consolidati.

Il sistema di *budget* funziona ed è efficace se la direzione aziendale crede nello strumento. Ciò garantisce credibilità a tutti gli attori impegnati nel processo e permette loro di migliorare la propria *performance* e rafforzare il proprio ruolo. Il *budget* 1999, ad esempio, ha visto un ruolo ancora defilato dei direttori di dipartimento; ruolo che si è invece fatto estremamente incisivo nel *budget* 2001.

L'«invito al *budget*», ovvero la pri-

ma fase del processo di *budgeting*, dove i responsabili di Cdr compilano la scheda ed espongono i propri progetti e le proprie richieste di risorse è, per tradizione, la fase più attesa dell'intero ciclo di programmazione e controllo. In questa fase, infatti, è istituzionalmente consentita ed incoraggiata la propositività dei Centri decisionali. L'enfasi sulla fase di programmazione deve però essere accompagnata, soprattutto in situazioni economico-finanziarie difficili, da una spiccata attenzione al controllo, prioritario nella periodicità, tempestività ed efficacia. La fase di controllo, a sua volta, richiede un evoluto sistema contabile. Nell'esperienza dell'Asl Città di Bologna la strumentazione contabile a disposizione è migliorata con il progressivo utilizzo. L'Azienda ha operato una scelta impegnativa, optando per un sistema contabile decentrato e per un'integrazione tra contabilità generale ed analitica. Da semplici *report* di costo nel 1999 si è passati ad analisi sui livelli di assistenza per identificare le aree critiche rispetto al finanziamento, ad analisi sui margini di contribuzione per centri di produzione finale, ad analisi mirate sull'utilizzo dei fondi vincolati, ad analisi sui flussi di mobilità attiva e passiva indotti dalle singole unità operative.

Ai valori economico-finanziari devono però aggiungersi gli indicatori di attività. Il sistema degli indicatori, necessariamente generico e scarsamente utilizzato nel 1999, ha avuto, specie in questo esercizio, una significativa evoluzione, in termini di selezione degli indicatori critici per le unità operative, in quanto parametri legati anche alle loro incentivazioni economiche.

Un ruolo fondamentale spetta naturalmente all'Ufficio controllo di gestione. Questo può migliorare il proprio apporto anche sviluppando la capacità di seguire in modo organico il percorso, lasciando autonomia pro-

fessionale ai singoli professionisti che intervengono nel processo (Cdr, Gestori di risorse, *Controller* decentrati) e supportandoli, al contrario, quando vi è l'esigenza di tirare le fila e fornire una sistematizzazione dei programmi, dei percorsi e dei valori economici. Nel 1999 gli unici Gestori di risorse che hanno formulato il proprio quadro economico sono stati Farmacia, Attrezzature sanitarie, Formazione e Lavori. Per il 2001, i sette responsabili individuati al § 7.3. hanno predisposto un *budget* programmatico, hanno negoziato con i Cdr ed hanno verificato, anche attraverso questo confronto, la bontà delle proprie previsioni.

Ad ogni ciclo di *budget* si avverte, forse in modo naturale per chi progetta ed utilizza questi strumenti, non soltanto e non tanto i risultati ottenuti ed i miglioramenti conseguiti, quanto piuttosto le aree su cui quali occorre intervenire. Ad esempio, si dovrà intervenire per migliorare la determinazione dei margini di contribuzione per valutare la remuneratività dei Drg e/o la presenza di inefficienze. Ancora, più stringenti e cogenti dovranno diventare i criteri che orientano la formulazione di progetti, per canalizzare le scarse risorse in modo sempre più coerente con le indicazioni strategiche aziendali. A questo riguarda basta un semplice indicatore: nel *budget* 1999 i progetti proposti erano 600, nel 2000 450, per il 2001 soltanto 200. Che sembrano ancora un numero elevatissimo, specie per chi deve comunque esaminarli e conoscerli tutti, anche se per sintesi. I risultati finora ottenuti sono comunque buoni se si pensa alle caratteristiche dell'Asl Città di Bologna, alla sua dimensione, alla sua estrema complessità gestionale ed organizzativa.

(1) Per una panoramica completa dei temi da affrontare nell'analisi del sistema di con-

trollo direzionale di un'azienda sanitaria cfr. Mastrobuono *et al.* (1999), che descrivono l'indagine svolta da CeRGAS e Assr nel 1998. Limitatamente alla fase di *budgeting* cfr. anche Anessi Pessina, (2000).

BIBLIOGRAFIA

- D. AUMILLER VANDAC ET AL., (1993), *Il Budget nelle Unità Sanitarie Locali dell'Emilia Romagna: analisi di una esperienza*, Clueb, Bologna.
- AGLIATI M., (1995), «Il sistema di *budget*: il modello di ottimizzazione delle relazioni di interdipendenza economica, finanziaria ed organizzativa», in AMIGONI, F. (a cura di), *Misurazioni d'Azienda. Programmazione e Controllo*, Giuffrè, Milano.
- AMIGONI F., (1979), *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, Milano.
- ANESSI-PESSINA E., (2000), «Il sistema di *budget*», in CASATI, G. (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano: 39-63.
- ANTHONY R.N., (1965), *Planning and control systems*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W., (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni nonprofit*. McGraw Hill, Milano.
- ARCARI A., (1991). *Introduzione al budget d'esercizio*. Milano: ETAS.
- BASTIA, P. (1989), *Il budget d'impresa*, CLUEB, Bologna.
- BOCCHINO U., (1994), *Controllo di gestione e budget*, Cosa & Come, Milano.
- BRUNETTI G., (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, Milano.
- BRUSA L., DEZZANI F., (1983), *Budget e controllo di gestione*, Giuffrè, Milano.
- DEL VECCHIO M., (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione», *Mecosan*, 14: 20-32.
- MASTROBUONO I. ET AL., (1999), «Indagine sul processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, II (2): 3-247.
- SELLERI L., (1997), *Il budget d'esercizio*, ETAS, Milano.
- TEODORI C., (1995), «Le tecniche di costruzione del *budget* d'esercizio», in BARALDI, S. e DEVECCHI, C. (a cura di), *I sistemi di pianificazione, programmazione e controllo*, Giappichelli, Torino, 2: 1-167.

APPENDICE

Tabella 5 - Piano dei Centri di Responsabilità

<p>➤ Distretto Borgo Reno</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute adulti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Area consultoriale - Handicap adulti - Dipendenze patologiche</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute anziani non autosufficienti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Assistenza integrativa e protesica</p> <p><i>Direzione e staff</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Costi comuni</p> <p><i>Dipartimento tutela salute minori e della famiglia</i> anno 2001: Cure primarie - Neuropsichiatria infantile - Pediatria di comunità</p> <p><i>Dipartimento salute mentale</i> - Psichiatria modulo ovest - Psichiatria modulo est</p> <p><i>Direzione e staff</i> - Costi comuni</p>	<p><i>Tutela della salute anziani non autosufficienti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Assistenza integrativa e protesica</p> <p><i>Direzione e staff</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Costi comuni - Handicap adulti</p> <p><i>Dipartimento sovradistrettuale Medicina di base</i> anno 2001: Cure Primarie Assistenza primaria e specialistica</p> <p><i>Tutela Salute Minori e della Famiglia</i> anno 2001: Cure Primarie - Costi comuni - Area consultoriale - Handicap adulti - Neuropsichiatria infantile - Pediatria di comunità</p>	<p>➤ Dipartimento di prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igiene alimenti e nutrizione - Direzione amministrativa - Direzione e staff - Coordinamento ed educazione sanitaria - Servizio impiantistico antinfortunistico - Servizio igiene pubblica - Servizio medicina legale e occupazionale - Servizio prevenzione e sicurezza - Servizio veterinario area Ipcao - Servizio veterinario area Saiap
<p>➤ Distretto Navile</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute adulti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Area consultoriale - Dipendenze patologiche</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute anziani non autosufficienti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Costi comuni - Assistenza integrativa e protesica</p> <p><i>Direzione e staff</i> anno 2001: Cure primarie - Costi comuni</p> <p><i>Tutela salute minori e della famiglia</i> anno 2001: Cure primarie - Neuropsichiatria Infantile - Pediatria di comunità</p>	<p>➤ Distretto Savena S. Stefano</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute adulti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e special. - Costi comuni - Area consultoriale - Handicap adulti - Dipendenze patologiche</p> <p><i>Tutela della salute anziani non autosufficienti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica - Assistenza integrativa e protesica</p> <p><i>Direzione e staff</i> anno 2001: Cure primarie - Costi comuni</p> <p><i>Tutela salute minori e della famiglia</i> anno 2001: Cure primarie - Neuropsichiatria infantile - Pediatria di comunità</p>	<p>Presidio ospedaliero</p> <p>➤ Dipartimento delle neuroscienze</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesia e rianimazione - Dipartimento neuroscienze- costi comuni - Chirurgia maxillo facciale - Day Hospital/Day Surgery - Neurochirurgia - Neurochirurgia sale operatorie - Neurologia - Neuroradiologia - Recupero e rieducazione funzionale - Neurochirurgia <p>➤ Dipartimento delle malattie apparato digerente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala operatoria blocco D - Costi comuni - Chirurgia generale - Chirurgia plastica - Dip.to delle malattie apparato digerente – costi comuni - Gastroenterologia - Medicina interna ad indirizzo endocrinologico - Salette operatorie maxillo plastica
<p>➤ Distretto Porto - Saragozza</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute adulti</i> anno 2001: Cure primarie Dposa - Assistenza primaria e specialistica - Costi comuni - Area consultoriale - Handicap adulti - Dipendenze patologiche</p> <p><i>Dipartimento sovradistrettuale per l'Assistenza farmaceutica</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza farmaceutica</p>	<p>➤ Distretto S. Donato S. Vitale</p> <p><i>Dipartimento tutela della salute adulti</i> anno 2001: Cure primarie - Assistenza primaria e specialistica</p> <p><i>Tutela della Salute Anziani non autosufficienti</i> anno 2001: Cure Primarie - Assistenza primaria e specialistica</p> <p><i>Direzione e staff</i> anno 2001: Cure primarie - Costi comuni</p> <p><i>Tutela salute minori e della famiglia</i> anno 2001: Cure primarie - Neuropsichiatria Infantile - Pediatria di comunità</p>	<p>➤ Dipartimento di oncologia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia del dolore - Anatomia e Istologia patologica - Dipartimento di oncologia- costi comuni - Day Hospital Oncologia - Oncologia - Radioterapia <p>➤ Dipartimento medico - Bellaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiologia - Dipartimento Medico- costi comuni - Day Hospital - Medicina interna <p>➤ Presidio ospedaliero - Dipartimento Direzione amministrativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settore economale / Servizi di supporto - Settore personale - Settore accoglienza e informazione - Settore economico finanziario - Direzione amministrativa P.O. Bellaria Maggiore <p>➤ Dipartimento medico I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento medico I - Day Hospital - Cardiologia - Medicina B - Recupero e rieducazione funzionale - Neurologia - Medicina E

segue **Tabella 5 - Piano dei Centri di Responsabilità**

- **Dipartimento medico II**
 - Dipartimento medico II
 - Day Hospital
 - Dermatologia
 - Dietologia e nutrizione clinica
 - Gastroenterologia
 - Malattie infettive
 - Medicina C
 - Endocrinologia
 - Geriatria

- **Dipartimento Chirurgico**
 - Dip. Chirurgico
 - Day Hospital
 - Chirurgia A
 - Chirurgia B
 - Sale operatorie generali
 - Sale operatorie specialistiche
 - Oculistica
 - Odontoiatria stomatologia
 - Patologia e chirurgia orale
 - Ortognatodonzia di II° livello
 - Otorinolaringoiatria
 - Anestesia 2
 - Ortopedia
 - Sale operatorie III blocco
 - Chirurgia vascolare

- **Dipartimento Materno Infantile**
 - Dipartimento materno infantile- costi comuni
 - Pronto soccorso pediatrico
 - Day Hospital/Day Surgery Ostetrico-Ginecologico
 - Chirurgia pediatrica
 - Chirurgia pediatrica/Pediatria
 - Ginecologia ostetrica 1
 - Day Hospital/Day Surgery Pediatrico
 - Pediatria
 - Psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva
 - Neuropsichiatria infantile
 - Neonatologia
 - Sale operatorie
 - Sala travaglio parto e Ps

- **Dipartimento emergenza urgenza**
 - Dipartimento emergenza urgenza – costi comuni
 - Pronto soccorso
 - Medicina d'urgenza
 - 118
 - Rianimazione
 - Anestesia 1 - Terapia intensiva

- **Presidio ospedaliero – Dipartimento direzione sanitaria**
 - Farmacia
 - Attività comuni
 - Direzione sanitaria
 - Bellaria Maggiore
 - Igiene ospedaliera - Sicurezza - Medicina legale
 - Direzione sanitaria
 - Attività comuni
 - Direzione infermieristica di presidio
 - Direzione ed attività comuni
 - Direzione ed attività comuni
 - Poliambulatorio ospedaliero

- **Dipartimento Malattie del Torace**
 - Dipartimento malattie del torace- costi comuni
 - Divisione di pneumo-tisiatria
 - Chirurgia toracica
 - Chirurgia toracica miniinvasiva
 - Endoscopia toracica
 - Pneumologia

- **Dipartimento Patologia Clinica e Medicina Trasfusionale**
 - Dip.to patologia clinica e med. trasfusionale- costi comuni
 - Laboratorio Om
 - Anatomia patologica
 - Laboratorio Ob
 - Servizio trasfusionale

- **Dipartimento diagnostica per immagini e radiologia interventistica**
 - Dip.to. diagnostica per immagini e radiologia interventistica- costi comuni
 - Radiologia diagnostica
 - Fisica sanitaria
 - Medicina nucleare
 - Radiologia attività comuni
 - Radiologia 1
 - Senologia
 - Radiologia 2

- **Direzione amministrativa aziendale**
 - Servizio amministrazione del personale
 - Servizio acquisizione e gestione beni e servizi
 - Servizio progettazione gestione e manutenzione immobili
 - Servizio acquisizione e gestione tecnologie sanitarie
 - Servizio finanze e controllo di gestione
 - Servizio acquisizione e gestione tecnologie informatiche
 - Servizio legale e patrimonio
 - Servizio logistica e personale dei distretti
 - Centro sperimentale oncologico - Bentivoglio
 - Direzione amministrativa aziendale –costi comuni
 - Progetti finalizzati non attribuiti

- **Direzione sanitaria aziendale**
 - Progetto obiettivo AIDS e casa alloggio
 - Area case di cura private
 - Direzione sanitaria aziendale – costi comuni
 - Servizio prevenzione e protezione
 - Programma anziani ed handicap adulti
 - Programma disagio - disadattamento psichico
 - Programma disagio sociale e dipendenze
 - Programma emergenza - urgenza
 - Programma neoplasie
 - Programma salute della donna e dell'infanzia

- **Direzione generale**
 - Coordinamento servizi sociali
 - Direzione generale aziendale - costi comuni
 - Uff. sviluppo organizzativo – Staff e nucleo valutazione
 - Ufficio sviluppo organizzativo – Scuole
 - Ufficio affari istituzionali e Relazioni esterne

Allegato tabella 9

Centro di Responsabilità/Area di riferimento:						
Progetto n.:						
Criterio	Valutazione				Peso	Totale
	(0)	(3)	(6)	(9)		
Coerenza dell'obiettivo/progetto con la politica della direzione					20	
Rilevanza:						
• costi					4	
• rischi					4	
• volumi di attività					4	
• innovazione					4	
• governo delle complessità					4	
Complessità:						
• multidisciplinarietà					2	
• multicompetenza					2	
• trasversalità organizzativa					2	
Elementi formali:						
• razionale del progetto					1	
• descrizione delle fasi di sviluppo del progetto					1	
• definizione dei tempi di realizzazione					1	
• previsione dei costi differenziali					1	
• individuazione delle responsabilità					1	
• esistenza degli indicatori					5	
• indicazione dello standard di riferimento					5	
Area d'impatto:						
• miglioramento dell'organizzazione del Servizio					12	
• miglioramento degli aspetti percepiti dall'utenza					10	
• miglioramento dei risultati a breve e medio termine					9	
• razionalizzazione e riduzione dei costi					8	
TOTALE					100	

Tabella 11 - Indicatori di attività per un Cdr con unità di degenza (Cardiologia)

ATTIVITÀ DI RICOVERO ORDINARIA			
CARDIOLOGIA Bellaria	1999	2000	prev. 2001
Posti letto puntuali	11	11	
Posti letto medi	10,50	11,00	11
N° ricoveri	695	785	785
Degenza media	5,20	5,46	5,4
Tasso di occup. dei Pl	92,70	93,22	93%
N° dimessi	625	616	
N° dimessi con Drg M	589	555	555
N° dimessi con Drg M <= 1g.	12	8	8
N° dimessi con Drg CH	36	61	40
N° dimessi con Drg CH <= 1g.	0	0	0
Punti totali	579,33	582,48	605
Punti al netto dei Drg M 1g.	569,29	577,07	589
N° dimessi residenti fuori provincia	44	59	50
% dimessi residenti fuori provincia	7,00	9,58	9,5%
Ricoveri ripetuti 0-1 g.	4	8	
Ricoveri ripetuti 2-7 g.	38	16	18
Ricoveri ripetuti 8-30 g.	36	27	35
Indicatori per i reparti di area medica			
N° dimessi con Drg M potenz. inappropriati - NON URGENTI	75	56	49
N° dimessi con Drg M potenz. inappropriati - URGENTI	55	67	55
UNITÀ CORONARICA Bellaria			
Posti letto puntuali	60	6	
Posti letto medi	5,70	6,00	6
N° ricoveri	494	515	515
Degenza media	3,50	3,49	3,5
Tasso di occup. dei PL	81,60	78,78	80%
N° dimessi	123	110	
N° dimessi con Drg M	117	100	115
N° dimessi con Drg M <= 1g.	24	19	15
N° dimessi con Drg CH	6	10	5
N° dimessi con Drg CH <= 1g.	0	0	0
Punti totali	105,04	107,03	110
Punti al netto dei Drg M 1g.	85,97	90,09	95
N° dimessi residenti fuori provincia	11	10	10
% dimessi residenti fuori provincia	8,90	9,09	9,5%
Ricoveri ripetuti 0-1 g.	3	5	
Ricoveri ripetuti 2-7 g.	12	9	8
Ricoveri ripetuti 8-30 g.	70	7	4

segue Tabella 11 - Indicatori di attività per un Cdr con unità di degenza (Cardiologia)

ATTIVITÀ DI RICOVERO DAY HOSPITAL			
CARDIOLOGIA - Bellaria	1999	2000	prev. 2001
Posti letto puntuali	1	1	
Posti letto medi	1,00	1,00	1
N° casi	166	163	170
N° accessi	2.352	2.624	2700
Presenza media giornaliera	7,80	8,75	2
Presenza media giornaliera per PL	7,80	8,75	2,0
N° dimessi	179	150	
N° dimessi con Drg M	179	150	170
N° dimessi con Drg M <= 1g.	19	12	0
N° dimessi con Drg CH	0	0	0
N° dimessi con Drg CH <= 1g.	0	0	0
Punti totali	142,93	113,68	130
Punti al netto dei Drg M con 1,2,3 accessi	111,12	100,91	115
N° dimessi residenti fuori provincia	6	6	5
% dimessi residenti fuori provincia	3,4	4	3,5%
ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
Ambulanti	06-2000	09-2000	prev. 2001
Prestazioni a Dm 96	14.130	18.344	30.500
Prestazioni richieste a Laboratori	522	950	
Degenti			
Prestazioni a Dm 96	8.292	11.501	16.000
Prestazioni richieste a Laboratori	13.328	26.000	
Prestazioni richieste a Anatomie patologiche	1	1	
Prestazioni richieste a Radiologie	255	490	
Prestazioni richieste a Neuroradiologia	27	40	
Prestazioni richieste a Medicina nucleare	2	30	
Prestazioni richieste a Servizio trasfusionale	0	30	

SPECIALISTICA AMBULATORIALE – Prestazioni critiche				
	06-2000	09-2000	prev. 2001	off. CUP
ecg da sforzo	859	1.171	0	0
ecocardio (ecocolor)	875	1.210	1.800	24
holter	360	501	730	5
visite	2.800	3.859	0	0