

INDICATORI DI *PERFORMANCE* PER DEFINIRE IL *BUDGET* DELLE AZIENDE SANITARIE*

Patrizia NEBIOLO

I. Introduzione sugli strumenti di gestione delle aziende sanitarie

La necessità di sviluppare un sistema di controllo focalizzato sulla *performance* delle aziende sanitarie è correlata al consolidarsi delle logiche di gestione privatistiche, introdotte nel settore della sanità pubblica a partire dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” e consolidate con gli interventi normativi successivi di ulteriore riforma.

Ad oggi, non tutti i principi contenuti nelle riforme hanno trovato concreta e completa attuazione, altri sono stati modificati dai numerosi interventi normativi intervenuti successivamente, ma è fuori di ogni dubbio che nel complesso la gestione del servizio sanitario nazionale abbia ormai abbandonato la logica del mero adempimento normativo a favore di quella fondata sull’efficienza nella produzione dei servizi pubblici e sulla relativa qualità degli stessi, sulla base di una mutata cultura che persegue la prospettiva di un’amministrazione attenta alle relazioni e alle necessità manifestate dalla comunità.

L’introduzione nelle aziende sanitarie sistemi di gestione quale il controllo di gestione, e di strumenti quali il *budget* e gli indicatori di *performance* è da ricondurre a questo mutato assetto normativo e politico-sociale.

Per controllo di gestione si intende, in termini generali, il sistema operativo tramite il quale si governa e si orienta l’azione di un’azienda verso i propri obiettivi. La funzione tipica del controllo di gestione consiste nell’esplicitazione degli obiettivi dell’azienda e delle singole aree di responsabilità in cui essa è suddivisa, evidenziando se e in quale misura i risultati effettivi della gestione coincidano con i risultati attesi e, in caso di discordanza, individuazione delle azioni correttive¹.

I principali strumenti utilizzati dal controllo di gestione sono costituiti dal sistema di indicatori, dalle analisi, utilizzate per il confronto tra possibili alternative di comportamento, dal sistema di contabilità analitica dei costi e dal sistema di programmazione e controllo di tipo *budget*. In particolare il *budget* può essere definito quale strumento di pianificazione espresso in termini quantitativi, solitamente monetari, riferito a un periodo di tempo determinato (generalmente un anno) e articolato per centri di responsabilità. Attraverso esso, quindi, sono articolate le attività da svolgere, secondo la struttura delle responsabilità e individuando gli obiettivi in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate.

Il processo di sviluppo del *budget* è articolato in più fasi, rispetto alle quali riveste particolare centralità quella della contrattazione con responsabili delle strutture aziendali. La finalità è quella di assicurare sia la coerenza di ciascun *budget* con gli indirizzi generali, sia il coinvolgimento di tutti i centri di responsabilità al perseguimento degli obiettivi aziendali.

* Si ringrazia Roberto Zanola per i commenti ricevuti. Ogni eventuale errore e omissione è da attribuirsi esclusivamente alla scrivente.

¹ Con l’emanazione del d.lgs. 30 luglio 1999, n. 286 “*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell’attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell’articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59*”, l’intero sistema dei controlli interni nelle pubbliche amministrazioni, tra le quali sono comprese anche le aziende sanitarie, è stato ridisegnato, prevedendo la presenza di quattro modelli di controllo: il controllo di regolarità amministrativa e contabile, il controllo di gestione, la valutazione della dirigenza ed il controllo strategico.

II. Indicatori di *performance*

L'attività di monitoraggio e valutazione sul raggiungimento degli obiettivi, concordati con i direttori delle articolazioni aziendali in fase di definizione del *budget*, è garantita dalla predisposizione di un coerente sistema di indicatori.

Molte sono le definizioni reperibili in letteratura relativamente al concetto di indicatore. Una di queste riporta il concetto di indicatore a quello di variabile misurabile che serve a confrontare un fenomeno nel tempo (tra momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto un obiettivo da raggiungere o da mantenere.

Questa definizione riconduce al significato del termine “variabile” proprio della terminologia statistica, cioè qualunque entità che può assumere valori diversi, per ciascuna rilevazione / misurazione che venga fatta di essa. Può quindi essere: quantitativa (es. glicemia, numero infezioni ospedaliere), ordinale o semiquantitativa (es. la BPRS – *Brief Psychiatric Rating Scale* per la valutazione della sintomatologia psichiatrica) o qualitativa (es. tipologia di diagnosi). Gli indicatori sono, in genere, classificati in funzione del fenomeno che intendono rappresentare, distinguendo quindi tra indicatori di efficacia, di efficienza e di economicità².

Altra classificazione riconduce alla dimensione della qualità ed articola gli indicatori su tre assi (processo, struttura e esito), ricollegandosi in questo modo a tre dimensioni della qualità: qualità professionale, gestionale (o manageriale) e percepita dagli utenti.

In ogni caso, il concetto di indicatore è connesso a quello di misura, intesa non solo come mera quantificazione di un fenomeno, ma come operazione che consente di descrivere il fenomeno stesso ed in quanto tale, devono essere garantite alcune caratteristiche quali:

- la riproducibilità (o *reliability*), che si verifica quando osservatori diversi (riproducibilità tra osservatori) o lo stesso osservatore in tempi diversi (riproducibilità entro osservatori) attribuiscono alla misura lo stesso valore o valori simili, a fronte dello stesso fenomeno;
- l'accuratezza o validità (*validity*), cioè la capacità della misura di garantire la corrispondenza tra valore osservato e valore “vero” del fenomeno;
- la sensibilità, consistente nella capacità di individuare anche modeste variazioni del fenomeno, nel tempo e nello spazio;
- la specificità, cioè la capacità di cogliere solo il fenomeno di interesse, senza influenze da fattori estranei;
- la tempestività, cioè la prontezza nel rilevare i cambiamenti del fenomeno, in particolare in vista della funzione di supporto al processo decisionale.

Va infine sottolineato che per aumentare la probabilità che un indicatore diventi un'informazione utile, cioè che possa contribuire ad indirizzare le decisioni, è opportuno che questo sia accompagnato da un valore soglia o *standard*, ossia un valore di riferimento tale che sia agevole individuare gli scostamenti tra il dato osservato e quello “ideale”.

² Gli indicatori di efficacia, o di *outcome*, misurano la capacità delle prestazioni o dei servizi di soddisfare il bisogno per il quale questi sono stati prodotti. Per contro, l'efficienza è un tipico concetto di carattere tecnico-economico che esprime il rapporto tra risultati di processi produttivi (*output*) e risorse impiegate (*input*), il cui perseguimento si rende possibile sia attraverso la minimizzazione dei costi sia attraverso la massimizzazione dei risultati. Gli indicatori di efficienza sono anche detti indicatori di *output* e possono essere espressi sia in termini economici (o fisico-tecnici) che in termini finanziari. Infine, gli indicatori di economicità sono quelli che più di altri qualificano la logica del modello aziendale in quanto monitorano l'equilibrio tra valori economici che esprimono la produzione e valori economici che esprimono l'acquisizione dei fattori produttivi utilizzati nel processo produttivo.

III. Le criticità

III.1 - La progettazione

L'utilizzo degli indicatori è soggetto a numerose criticità, tra le quali sono da annoverare, in primo luogo, quelle relative alla fase della progettazione: in assenza dei requisiti, già elencati nel paragrafo precedente, gli indicatori eventualmente individuati non sono dotati del potere informativo loro richiesto.

Per ovviare al problema è utile predisporre una scheda per ciascun indicatore, che ne indichi gli elementi principali (nome, significato, tempi di rilevazione, ecc.), tra i quali il più importante risulta essere la sua definizione operativa, cioè l'esplicazione della fonte dei dati presi in considerazione e delle specifiche modalità di misurazione.

III.2 La misurazione e l'interpretazione

Altra rilevante dimensione della correttezza attiene alla misurazione del valore dell'indicatore e alla sua interpretazione. Si tratta in questo caso di tenere sotto controllo due elementi: il confondimento e la variabilità casuale.

Si dice che una variabile può essere un fattore di confondimento (o confondente) quando questa è associata sia all'intervento sanitario/organizzativo sia all'effetto di questo, modificandone il valore rilevato. Per tenere sotto controllo i fattori di confondimento, nell'analisi statistica si può procedere alla stratificazione, alla standardizzazione e all'aggiustamento³.

Si è invece in presenza di variabilità casuale quando un indicatore rilevato in due distinte realtà (o nella stessa realtà in tempi successivi) assume valori diversi semplicemente per effetto del caso. La variabilità casuale che è tanto maggiore quanto più i campioni sono piccoli o quanto più gli eventi considerati sono rari. Anche in questo caso le criticità sono controllate utilizzando all'uopo tecniche statistiche quali il calcolo dell'intervallo di confidenza⁴.

III.3 L'uso

Sono noti in letteratura i limiti e i rischi conseguenti a quello che può essere definito un uso distorto degli indicatori di *performance*, che possono essere così sintetizzati:

- scarsa validazione, nel senso che sono migliaia gli indicatori proposti, pochi quelli validi per riproducibilità, accuratezza, fondamenti scientifici;
- distorsione dell'attenzione, nel senso che le organizzazioni tendono a concentrarsi sugli aspetti monitorati, trascurando il miglioramento generalizzato della qualità;
- scelta opportunistica degli indicatori, in particolare in caso di confronti con altre amministrazioni, evidenziando unicamente gli aspetti positivi della gestione;

³ Si stratifica quanto si suddividono le unità del campione in due o più strati più omogenei al loro interno per il confondente (es. pazienti più o meno gravi). La standardizzazione si usa per lo più per tenere conto delle diverse distribuzioni per età o per sesso dei pazienti. Nell'aggiustamento si usano tecniche statistiche di regressione multipla che permettono di stimare i cosiddetti valori attesi della variabile di esito in base ai valori degli indicatori di rischio. Un problema dei metodi di aggiustamento per gravità è che strumenti diversi di misura di questa possono portare a classificare unità e ospedali in categorie diverse, in particolare i metodi di misura di gravità che utilizzano anche dati estratti dalla cartella clinica possono discordare da quelli che utilizzano solo i dati della scheda di dimissione.

⁴ L'intervallo di confidenza (IC) è l'intervallo che con una certa probabilità (abituamente fissata nel 95%) contiene il valore vero della grandezza misurata.

- manipolazione dei dati, con distorsioni nella rilevazione e nella codifica, talvolta anche opportunismi nell'analisi.

Insomma, anche minimizzando la malafede, appare diffuso il fenomeno secondo il quale, con il tempo, gli indicatori usati per la valutazione finiscono con l'essere controllati dalle stesse strutture monitorate, che non si chiedono cosa possano imparare dalle misure, ma come renderle innocue.

III. 4 La fase attuativa

La criticità legata alla fase attuativa del processo di *budgeting* consiste nel fatto che questa è sovente descritta in modo sommario, altre volte è data semplicemente per scontata, in forza di una concezione “meccanicistica” secondo la quale l'apparato sottostante si adeguerà in modo “automatico” al programma fissato.

Da un tale approccio deterministico abitualmente deriva una concezione burocratica della valutazione, che privilegia l'analisi degli scostamenti tra programmato e realizzato anziché quella dei reali effetti ottenuti dai programmi e del loro accordo con gli obiettivi sostanziali.

E' opportuno, invece, puntare sull'esplicita convergenza delle posizioni di decisori e attuatori rispetto agli obiettivi (o almeno sulla convergenza parziale) allo scopo di assicurare il raggiungimento dei risultati attesi, proprio grazie ad un adeguamento delle procedure attuative a seguito di eventuali impreviste modificazioni del contesto di attuazione del programma. In altre parole, non è infrequente che proprio lo scostamento fra programmato e realizzato (sul piano delle procedure) assicurino il conseguimento dei risultati desiderati.

IV. Nuove tecniche di gestione

Il tentativo di superare le criticità connesse all'uso degli indicatori, sintetizzate nel paragrafo precedente, ha portato all'introduzione di tecniche di gestione aziendale innovative quali: l'*Activity Based Costing*, la *Balanced Scorecard*, il *Benchmarking*.

Activity based costing (ABC)

Caratteristica tipica dell'adozione di un sistema di indicatori di *performance* consiste nell'attenzione che questi attraggono sugli aspetti finanziari della gestione dell'impresa. Nelle aziende sanitarie, ove risulta impossibile indirizzare la gestione verso l'espansione dei proventi, ciò porta a focalizzare l'attenzione dell'attività di *budgeting* unicamente sull'analisi e sul contenimento dei costi.

Trascurando momentaneamente gli aspetti negativi di questo approccio, occorre sottolineare che anche dal punto di vista del mero controllo finanziario, sono stati individuati nuovi modelli di gestione dell'impresa, basati su una teoria finanziaria più moderna, piuttosto che sulla contabilità o su concezioni di bilancio tradizionali.

In questo contesto si inserisce l'*Activity based costing (ABC)*, o calcolo dei costi per attività, che mira ad individuare il costo pieno del prodotto o della prestazione, evitando le distorsioni provocate da una ripartizione troppo semplicistica dei costi indiretti.

Infatti, i sistemi utilizzati per l'attribuzione dei costi ai singoli prodotti o prestazioni sono riconducibili a due modelli diversi: *direct costing* e *full costing*.

Il primo sistema consente di pervenire al risultato economico di gestione dei singoli prodotti a prescindere dalla ripartizione dei costi comuni. Il risultato pertanto si ferma al livello di “margine di contribuzione ai costi fissi”, che è dato dalla differenza tra i ricavi e il costo diretto (variabile) della produzione. Con questo sistema si consegue la coerenza complessiva della gestione se il margine di contribuzione complessivo ha una dimensione tale da coprire la somma dei costi fissi.

I sistemi di *full costing*, invece, mirano ad attribuire a ciascun prodotto o servizio anche i costi indiretti e generali. Tuttavia, le basi di imputazione tradizionalmente impiegate possono rilevare criticità in quanto con questo strumento i costi comuni sono tendenzialmente allocati adottando un'unica metodologia di ribaltamento, rappresentata a volte da variabili fisiche come superfici (metri quadri dei locali utilizzati), a volte da variabili temporali (ore di camera operatoria, ore di utilizzo di un macchinario), comunque certo non in grado di misurare l'effettivo fabbisogno che evidenzia il singolo centro produttivo.

L'ABC, al contrario, è un sistema di *full costing* che fornisce un costo specifico per ogni prestazione attraverso l'analisi di ciascuna attività necessaria alla sua produzione, individuando tutte le fasi del processo, dirette e indirette, ed allocando i costi associati a tali attività in modo più preciso. Il maggior grado di precisione deriva dal fatto che la ripartizione dei costi comuni è effettuata in relazione al *cost driver* (determinante del costo) di ciascun ciclo produttivo: ad esempio per la ripartizione dei costi della struttura centrale della gestione del personale il *cost driver* può essere correttamente individuato nelle ore di manodopera direttamente impiegate per la produzione, la superficie dei locali assegnati può costituire invece il *cost driver* per la ripartizione del costo del servizio di pulizia.

Il vantaggio è che risulta in questo modo possibile trattare i costi indiretti come costi "direttamente" imputabili alla produzione, i limiti consistono nella complessità di questa tecnica, che richiede l'impiego di tecnologie informatiche sofisticate, e nella difficoltà di applicarlo in organizzazioni non articolate per linee produttive, ma per divisioni multiprodotto, con forti interdipendenze tra divisioni.

IV.1 - *Balanced scorecard (BSC)*

Nonostante sia vitale per un'azienda la comprensione e la gestione dei costi, nella realtà risulta altrettanto necessario, in particolare nelle aziende sanitarie, avere sotto controllo non solo la dinamica e la composizione delle prestazioni erogate, ma anche la *customer satisfaction*, la motivazione e il coinvolgimento dei propri collaboratori e molti altri fattori.

La *Balanced scorecard* (BSC) mira a colmare questa lacuna, in quanto cattura informazioni finanziarie e non finanziarie, contabili e analitiche, ma anche qualitative. Prevede, infatti, l'individuazione di indicatori attinenti diverse aree, tali da monitorare l'intera *performace* aziendale ed evidenziare le aree di miglioramento futuro.

E' comunque opportuno tenere presente che la BSC non è un modello che serve per rappresentare tutte le attività di un'organizzazione, ma si utilizza solo per descrivere quelle attività, nell'intervallo temporale di riferimento, che sono considerate strategiche al fine del raggiungimento dei risultati desiderati. Costituisce quindi il tramite tra *mission* da una parte ed azione quotidiana dall'altra.

Fondamento della BSC è l'elaborazione di una mappa strategica, al fine di allineare alla *mission* aziendale tutte le azioni di gestione operativa o almeno la maggior parte delle linee guida strategiche e guidare conseguentemente l'individuazione degli obiettivi specifici.

Le quattro aree abitualmente interessate sono: la *performance* finanziaria, gli utenti, i processi gestionali interni, l'apprendimento/innovazione. Ognuna di queste aree avrà un certo numero di indicatori chiave (*Key Performace Indicator* o KPI), tipicamente da due a cinque, in cui le tre prospettive non economico-finanziarie risultano essere quelle più specifiche di ogni azienda.

E' chiaro che in presenza di un'azienda *multi-business*, o *multi-utility* quale può essere considerata un'azienda sanitaria, è opportuno dotarsi di più BSC interne, con l'avvertenza che è comunque necessaria una BSC complessiva che consenta di rappresentare l'azienda nel suo insieme.

Le barriere alla sua diffusione sono tendenzialmente di due tipi: da una parte, la scarsa conoscenza dello strumento e, dall'altra, la chiarezza di indirizzo strategico e la trasparenza gestionale che essa impone.

In particolare, il secondo aspetto attiene al fatto che l'applicazione di questo strumento richiede la definizione di un chiaro e quanto meno comunicato, se non addirittura condiviso, indirizzo strategico e la volontà di dare trasparenza alla gestione aziendale, aspetto non sempre desiderato.

Inoltre, la BSC consente di evidenziare le reali criticità del sistema aziendale nella portata multidimensionale che queste hanno. Diventa in questo modo difficile premiare il comportamento manageriale di chi si preoccupa unicamente di incrementare o garantire la produzione, trascurando gli aspetti di soddisfazione dell'utenza o di scarsa attenzione alla crescita e motivazione dei collaboratori.

IV.2 - Benchmarking

Nell'utilizzo di un sistema di indicatori per la valutazione della *performance* aziendale, è rilevante, oltre alla loro coerente definizione e alla loro corretta rilevazione, individuare un idoneo sistema di valutazione degli esiti della loro misurazione.

Il *benchmarking* può essere definito come quel processo attraverso il quale un'azienda assume un riferimento esterno per le proprie *performance*, in base al quale analizzare le migliori modalità pratiche di produzione, le idee più innovative, i processi operativi più efficienti, allo scopo di applicarli all'interno della propria realtà interna.

Sono definite in letteratura e nella pratica aziendale diverse tipologie di *benchmarking* (interno, competitivo, settoriale, sui processi, sulle *performance*, strategico) ma, in ogni caso, l'elemento essenziale consiste nel confronto tra le *performance* conseguite e valori *target* (che siano definiti internamente o dal confronto con l'esterno) al fine di supportare la definizione di programmi di miglioramento delle *performance* aziendali, attraverso una chiara identificazione delle priorità e dei margini di miglioramento.

In questo modo, la *best practice* diventa contemporaneamente un punto di riferimento, un obiettivo stimolante, ma soprattutto un obiettivo raggiungibile.

Il successo di un'analisi di *benchmarking* consiste in primo luogo nella capacità di individuare e isolare parametri e misure comuni relativi ad una stessa funzione, in secondo nell'abilità di rielaborare i dati raccolti, adattandoli alle peculiarità della propria realtà aziendale.

Occorre peraltro sottolineare che se le aziende utilizzate per il confronto mirano a massimizzare obiettivi diversi (es. *benchmarking* tra un'azienda che opera sul mercato e un'azienda *no-profit*), allora il confronto perde gran parte del suo significato originale in quanto i diversi gradi di efficienza, intesi come scostamenti dall'azienda più efficiente, possono in realtà essere la conseguenza di comportamenti intenzionalmente diversi e, pertanto, di difficile interpretazione.

Al contrario, per garantire il requisito di confrontabilità, le strutture dovrebbero essere scelte in relazione a caratteristiche analoghe, oltre alla *mission*, quali: la localizzazione geografica, la dimensione, il livello di specializzazione, ecc..

Da questa breve disamina, si può concludere che il *benchmarking* è uno strumento utile per una serie di applicazioni e benefici quali:

- la scelta e la definizione delle strategie aziendali, soprattutto in periodi di forte dinamicità;
- lo sviluppo di azioni di miglioramento continuo dei processi aziendali;

- lo sviluppo del cambiamento, in quanto evidenzia e diffonde all'interno dell'azienda nuove modalità operative, che in realtà analoghe si sono rivelate più efficienti.

Aspetto positivo dell'utilizzo di questo modello consiste nella capacità di fornire una valutazione oggettiva del servizio erogato, anche in settori in cui le prestazioni sono difficilmente quantificabili e valutabili, quali: i servizi di ristorazione, pulizia, smaltimento rifiuti, la gestione delle risorse umane, il controllo di gestione, la contabilità analitica, le attività di emergenza, il centro unico di prenotazione (CUP), i poliambulatori, il blocco operatorio, ecc..

V. Linee evolutive del processo di *budgeting* nell'ASL 3 di Torino

Nell'ASL 3 di Torino il processo di budget è stato introdotto a partire dal 1997 con sviluppo incrementale, prevedendo più stadi successivi.

Caratteristica costante sin dalla prima attivazione del processo è che la documentazione che compone il *budget* è composta dalla SCHEDA OBIETTIVI e dalla SCHEDA *BUDGET*.

La prima riporta sinteticamente gli obiettivi da raggiungere nel periodo (di tipo sia economico-finanziario sia gestionale sia qualitativo), gli indicatori correlati e gli *standard* di riferimento. Uno degli obiettivi, tendenzialmente quello cui è assegnato il maggior peso percentuale, consiste nel raggiungimento degli obiettivi di *budget*, dettagliati nella seconda scheda.

Nella SCHEDA *BUDGET* sono presenti in particolare indicatori di *input*, rispetto ai quali è richiesto tendenzialmente che il valore rilevato nel periodo oggetto di valutazione sia inferiore (o almeno pari) a quello rilevato nella stessa unità organizzativa nel periodo precedente, e indicatori di *output* espressi in termini finanziari, presenti solo nelle strutture di produzione e calcolati attraverso la valorizzazione dell'attività prestata.

Attraverso il risultato della SCHEDA *BUDGET* delle strutture di produzione (dato dalla differenza tra produzione e costi) è possibile pertanto pervenire ad un indicatore di economicità propriamente detto. L'economicità delle strutture di supporto è verificata attraverso il confronto intertemporale.

Per quanto riguarda le tecniche attribuzione dei costi, è da rilevare che, in un'ottica che si avvicina a tecniche di *full costing*, sono ribaltati sulle unità produttive sia i costi fissi (es. immobilizzazioni) sia i costi indiretti quali le utenze, i servizi offerti ai dipendenti o i costi delle strutture di produzione intermedia (sala operatoria, anestesisti, *day hospital* centralizzati e degenze centralizzate). Il criterio di ribaltamento sembra avvicinarsi alla logica dell'*Activity based costing* (ABC) in quanto si è cercato di individuare i *cost driver* considerati più opportuni: es. numero posti letto per le utenze; numero dipendenti per il servizio mensa.

Per quanto attiene alla valorizzazione dei ricavi, il riferimento consiste, ovviamente, nella classificazione per DRG per l'attività di ricovero, sia ordinario che di *day hospital*, e nel sistema tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali.

In particolare, la valorizzazione delle prestazioni di ricovero viene ribaltata su ciascun reparto in base alle giornate di degenza effettiva, attraverso un algoritmo il cui utilizzo è diffuso e consolidato tra le aziende sanitarie piemontesi e che tiene conto della maggiore complessità rilevata nei primi giorni di ricovero per quelle attività dirette a "stabilizzare il paziente".

$$p = \frac{\sum \text{DRG}^{\text{TOT}}}{\text{gg. degenza}^{\text{TOT}} * \sum (\text{pesi dei reparti})}$$

In cui:

- il peso di ciascun reparto viene determinato sulla base del DRG medio relativo alla produzione dell'anno precedente.
- la valorizzazione dell'attività di ciascun reparto avviene applicando la seguente formula:

$$\text{produzione}^{\text{REP}} = \text{gg. degenza}^{\text{REP}} * p$$

Meno accurato risulta il processo di individuazione degli obiettivi qualitativi, tendenzialmente attribuiti alle strutture tecnico-amministrative e di *staff*. Gli indicatori specificati in questo caso sono spesso indicatori di processo, che risentono di una minore cura nell'individuazione: es. assenza di segnalazioni di non conformità, elaborazione del documento programmatico entro un determinato termine. Non sono, al contrario, individuati indicatori che verifichino con maggiore rigore l'esito dell'azione avviata.

In conclusione, l'analisi del caso concreto evidenzia l'impegno profuso nel pervenire ad un processo di *budget* che, allontanandosi da modelli nati per le aziende *profit-driven*, sia più idoneo a rappresentare la *performance* delle strutture interne di un'azienda sanitaria, caratterizzata dall'essere senza dubbio *mission-oriented*. Questo obiettivo viene perseguito anche attraverso l'utilizzo di tecniche e strumenti (in particolare l'ABC) individuati dalle più recenti teorie aziendalistiche, anche se la loro attivazione non è ancora completata.

Tuttavia, come probabilmente accade in molte realtà, il processo di *budget* risulta attivato in modo più completo nelle unità operative di produzione di quanto non accada per le strutture di supporto, e ciò in tutte le sue fasi: contrattazione degli obiettivi, definizione scheda di *budget*, individuazione degli indicatori e definizione dello *standard* di riferimento.

Al contrario, la definizione degli obiettivi non strettamente connessi alla produzione e l'individuazione dei relativi indicatori, è segnalata, dallo stesso controllo di gestione aziendale, quale area nella quale attivare azioni di miglioramento del processo.

In questo senso, particolari criticità sono presenti nell'ambito delle unità operative tecnico-amministrative e degli *staff*, dove gli obiettivi, la cui proposta è tendenzialmente demandata al responsabile della struttura stessa, presenta spesso il limite dell'autoreferenzialità. Gli indicatori individuati per quest'area, inoltre, oltre a riflettere questa stessa criticità, risultano spesso poco idonei a rappresentare realmente il risultato che si vuole raggiungere, essendo tipicamente indicatori di processo piuttosto che di esito (e non sempre l'aver garantito la corretta esecuzione formale delle procedure comporta il conseguimento degli esiti sperati).

L'ulteriore affinamento del sistema è una necessità ancora più importante in questo periodo di riforma del sistema sanitario piemontese e dell'imminente riduzione del numero delle aziende sanitarie attraverso l'unificazione di due o più aziende attualmente esistenti.

In questa prospettiva, è richiesta un'approfondita analisi dei processi operativi, con particolare rilevanza dell'aspetto organizzativo e informativo, ed una concreta riorganizzazione dell'area dell'amministrazione centrale, attraverso la razionalizzazione e l'integrazione dei processi lavorativi e delle procedure. Potrebbe essere questa l'occasione per l'affinamento degli strumenti finora utilizzati, prevedendo in particolare l'utilizzo integrato dei tre modelli trattati in questo lavoro:

- l'ABC avrebbe il compito di fornire la base dati di tipo economico-quantitativo, con l'avvertenza che spesso esiste un *trade off* tra accuratezza e semplicità;
- il *benchmarking* dovrebbe consentire l'individuazione di idonei *standard* e *best practice* in particolare per le strutture di supporto;
- la BSC dovrebbe individuare, per tutti i livelli operativi, quei parametri qualitativi e quantitativi espressione della strategia e dello stato dell'organizzazione nel suo complesso (efficienza, efficacia, KPI delle risorse umane).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Misurare per decidere – La misurazione della performance per migliorare le politiche pubbliche e i servizi*, Rubettino editore Srl, Roma, 2006.
- P. O. ACHARD, *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, Milano, 1999.
- F. ALOI, *Ripartizione dei costi comuni: il metodo ABC*, in *PMI*, 9, 1, 2003, 48-53.
- E. ANESSI PESSINA, *Il sistema di budget* in G. CASATI (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill libri Italia Srl, Milano, 2000 progettazione.
- L. ANSIEMI, M. SAITA (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie – L'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Il sole 24 ore, Milano, 2002.
- P. BELLINI, M. BRAGA, V. REBBA, S. RODELLA, E VENDRAMI, *Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria*, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Commissione per la garanzia dell'informazione statistica, 2002.
- M. BERGAMASCHI, *Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle aziende sanitarie*, in G. CASATI (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill libri Italia Srl, Milano, 2000.
- E. BORGONOVÌ, *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, in U. BOCCHINO (A CURA DI), *Manuale di controllo di gestione*, Il sole 24 ore, Milano, 2000.
- L. BRUSA, *Dentro l'azienda – Organizzazione e management*, Giuffrè, Milano, 2004.
- A. BUBBIO, S. BARALDI, F. BOCCI, *Balanced scorecard: ambiti e modalità di applicazione*, in *Controllo di gestione*, 2, 1, 2005, 7-15.
- A. CAPPUCCI, *Il processo evolutivo della sanità italiana: dagli "Ospedali" alle aziende sanitarie*, in *Ragiusan*, 2002, fasc. 215, 6-24.
- G. CARNEVALI, *Autonomia imprenditoriale ed atto aziendale: strumenti sufficienti per il completamento dell'aziendalizzazione?*, in *Ragiusan*, 2001, fasc. 202, 9-15.
- G. CASATI (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie (introduzione)*, McGraw-Hill libri Italia Srl, Milano, 2000.
- G. CASATI, *La progettazione del sistema di budget: aspetti tecnici e operativi*, in G. CASATI (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill libri Italia Srl, Milano, 2000.
- M. CERIMELE, M.T. COLELLA, G. COPPA, G. VENTURA, *Prestazioni sanitarie calcolate con l'ABC*, in *Amministrazione e finanza*, 18, 21, 2003, 50-55.
- M. C. CLAUDI, *Il diritto alla tutela della salute nello scenario europeo e federalistico*, in *Ragiusan*, 2003, fasc. 142/143, 16-28.
- A. DONABEDIAN, *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*, NIS, Firenze, 1990.
- A. FEDERICI (a cura di), *Le parole della nuova sanità – Dizionario per gli operatori del sistema sanitario*, Roma, Il pensiero scientifico editore, 2002.
- R. FERRARA, *Organizzazione e principio di aziendalizzazione nel servizio sanitario nazionale: spunti problematici*, in *Il foro amministrativo TAR*, 2003, fasc. 7/8, 2500-2514.

- F. FRÈ, “*Dei controlli interni nelle aziende sanitarie*”, in *Ragiusan*, 2001, fasc. 208/209, 105-109.
- G. GIORGI, *Le aziende sanitarie*, in *Sanità pubblica*, 2000, 801-820.
- R. IANNOTTA, *Unità sanitarie locali*, in *Enciclopedia Giuridica Treccani*, Zecca poligrafica dello Stato, Roma, 1994, XXXII.
- E. JORIO, F. JORIO, *Riforma del “welfare”, devoluzione e federalismo della salute*, in *Sanità pubblica*, 2002, 603-649.
- A. LANZAVECCHIA, *ABC, Balanced Scorecard ed EVA®. Un confronto fra tre differenti strumenti per il value-based management*, in *Budget*, 26, 2001 4-11
- F. MONTESANTI, *Il piano attuativo locale (PAL) in Tendenze nuove*, luglio/agosto 2000, 36-43.
- M. H. MOORE (1995), *Creating public value*, Harvard university press, 1995; ed. it. A. SINATRA (A CURA DI), *La creazione di valore pubblico: la gestione strategica nella pubblica amministrazione*, Guerini e Associati, Milano, 2003.
- P. MOROSINI, *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*, Rapporti ISTISAN 04/29 – Istituto Superiore di Sanità, 2004.
- M. PALUMBO, *Valutazione di processo e d’impatto: l’uso degli indicatori tra meccanismi ed effetti*, in <http://www.formez.it>.
- A. PAVAN, A. GUGLIOTTA, *Il contributo degli indicatori di performance all’aziendalizzazione delle produzioni sanitarie*, in *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, LIX, 3, I, 2000, 509-538.
- L. PELLICCIA, F. TRIMAGLIO, *Piani sanitari regionali: strumento per massimizzare il benessere collettivo o adempimento normativo?* in *Politiche sanitarie*, VII, 4, 2006, 155- 169.
- B. PRIMICERIO, *Il riordino del S.S.N. a tre anni dalla sua attuazione: lo stato dell’arte*, in *Ragiusan*, 1997, fasc. 155/156, 13-25.
- B. PRIMICERIO, *La ristrutturazione dei modelli operativi delle aziende sanitarie sulla base degli atti autonomi di diritto privato di organizzazione e funzionamento*, in *Rassegna amministrativa della sanità*, 2001, 393-401.
- M. SAITA, F. KAINICH, P. SARACINO, *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Il sole 24 ore, Milano, 2005.
- P. ZANABONI, E. LETTIERI, C. MASELLA, M. CRIVELLINI, *Benchmarking di performance e processo: il caso dei laboratori ospedalieri di analisi*, in *Mecosan*, 59, 2006, 89-106.