

- **La gestione per eccezione dei processi aziendali.**

Un aspetto caratteristico del sistema di *Data Warehouse* implementato per l'A.O.U. "Federico II" è stata la presenza di dati sia di sintesi sia di tipo operativo; ogni controllo di qualità dei dati viene effettuato al massimo livello di dettaglio, garantendo quindi la massima coerenza delle informazioni presentate, indifferente dal livello di profondità a cui vengono presentate.

A maggior ragione, in un'ottica di integrazione tra fonti dati eterogenee, permette di definire un principio di priorità più preciso, svincolato dal singolo ufficio e integrato in una visione globale dell'azienda.

- **Il risultato.**

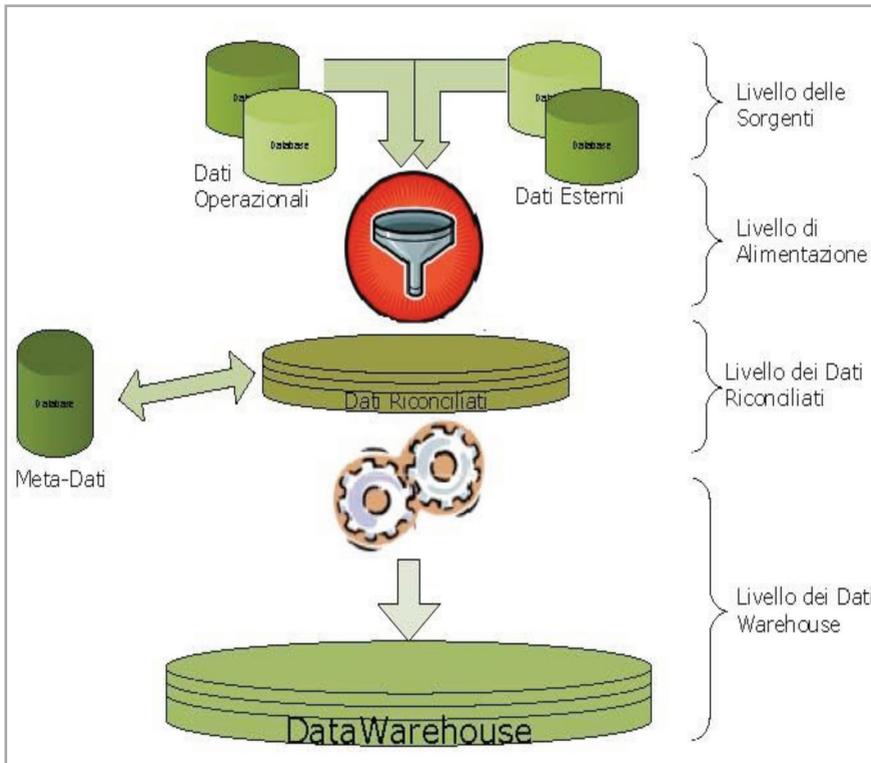
In sintesi, il vantaggio dell'implementazione e dell'utilizzo del Data Warehouse Aziendale presso l'A.O.U. "Federico II" è stato quello di produrre informazioni a partire dai molteplici dati, renderle facilmente fruibili dagli utenti aziendali, pulirle delle eventuali incongruenze e assicurare l'univocità dei risultati, a qualsiasi livello di dettaglio questi vengano analizzati.

## 10.2 Sistema di Business Intelligence: Analisi OLAP e Report

Calandoci nella realtà dell'A.O.U. "Federico II", dove abbiamo cercato di implementare e valutare le potenzialità del sistema del *Data Warehouse*, possiamo dire quali sono stati i vantaggi riscontrati; Grazie alla realizzazione di un sistema di *Business Intelligence* è stato possibile effettuare sia delle viste multidimensionali (cubi OLAP) dei dati, che dei *report* con logiche di strutturazione avanzate. In particolare, i risultati ottenuti dalla realizzazione del sistema possono essere così schematizzati:

- *Utilizzo di una base di dati unica:* che permette una gestione integrata delle informazioni. Infatti attraverso tale sistema è possibile:
  - utilizzare metodi di codifica uniformi;
  - perseguire una omogeneità sistematica di tutte le variabili;
  - adoperare le stesse unità di misura.

Figura 23 - Costruzione di un'unica fonte: *Data Warehouse*



- *Accesso mediante browser:* per consultare i dati è sufficiente possedere un computer collegato alla rete Internet; difatti mediante accesso alla Intranet Aziendale, nell'Area riservata ai Servizi con opportune credenziali è possibile usufruire di prestazioni dedicate, tra le quali la possibilità di interrogare il *Data Warehouse*.

- *Restrizione di accesso ad utenti autorizzati*: quasi tutti i dati che un'azienda sanitaria raccoglie possono essere definiti sensibili<sup>14</sup>. Da ciò deriva il fatto che l'accesso deve essere garantito solo agli utenti autorizzati con livelli di sicurezza suddivisi per ruoli.
- *Ambiente user friendly*: che prevede la presenza di un'interfaccia intuitiva e facile da usare anche per utenti inesperti. Infatti dopo che il fruitore dell'informazione, attraverso l'utilizzo di un *browser web*, avrà fatto accesso attraverso il sito dell'A.O.U. "Federico II" all'area Intranet ed avrà inserito le credenziali di accesso al sistema, in maniera molto semplice potrà accedere ai cubi OLAP ed ai *report*.

Figura 24 - Accesso ai Dati



<sup>14</sup> La legge n. 675 del 1996 sulla privacy definisce una serie di dati personali come dati sensibili, questi sono: Nome, Sesso, Razza, Confessione religiosa, stato di Salute, abitudini Sexuali etc. Come si vede quasi tutti i dati che una azienda sanitaria raccoglie possono essere definiti sensibili, da ciò deriva il fatto che non solo i dati devono essere raccolti in maniera accurata per rispondere alle necessità informative, patrimoniali e gestionali ma devono anche sottostare alle regole dettate dalla legge sulla privacy.

Una volta che si è avuto accesso al portale delle informazioni del *Data Warehouse*, l'utente si troverà sulla parte sinistra, in funzione anche del gruppo di appartenenza, diverse aree di accesso ai dati, come mostrato in figura;

Figura 25 - Aree di accesso ai Dati



- *Possibilità di variare le analisi di base, applicando filtri o modificando la prospettiva:* sia i cubi OLAP che i *report* lasciano all'utente una certa libertà nella visualizzazione delle informazioni. In particolare colui che può accedere avrà la possibilità di modificare le dimensioni del cubo OLAP rispetto alla condizione di *default*. Allo stesso modo, l'utente in fase di consultazione dei *report*, eventualmente variare alcuni dei parametri per la selezione delle informazioni.
- *Possibilità di stampare i risultati ed esportarli in formato pdf oppure excel:* Questa è un'altra proprietà molto importante di cui gode il sistema realizzato. Infatti, attraverso il sistema di interrogazione ed estrazione dei dati che mette a disposizione la stessa fonte dei dati non è possibile effettuare esportazioni in *excel*; il che rende impossibile effettuare delle elaborazioni su un foglio di calcolo.
- *Frequenza di aggiornamento adeguata tutti:* i dati contenuti nel *Data Warehouse* sono aggiornati con frequenza settimanale; questa decisione è stata presa insieme al Controllo di Gestione e conformemente all'esigenza di aggiornamento del dato per l'elaborazione dell'informazione utile.

Figura 26 - Analisi OLAP: possibilità di variare le dimensioni di aggregazione

The screenshot shows an OLAP analysis tool interface with the title "Diagnosi per ASL". It features a sidebar with various icons and a main area with two "Dimensions" dialog boxes. The left dialog has "data" selected as the dimension, and the right dialog has "Dipartimento" selected. Both dialogs include "OK" and "Cancel" buttons. Below the dialogs is a summary table showing "All Diagnosi" and "All ASL" with a value of 72.807. The right dialog shows "All Intervento" and "All ASL" with a value of 370.682. At the bottom, there is a data table with columns for "ASL" and "Dipartimento".

Dimensions	data	ASL	All Date
Diagnosi	ASL	+ All Date	
Filter:			72.807

Dimensions	Dipartimento	ASL	All Dipartimento
Intervento	ASL	+ All Dipartimento	
Filter:			370.682

ABORTO INDOTTO LEGALMENTE COMPLICATO DA INSUFFICIENZA RENALE, INCOMPLETO	All ASL	1	1
ABORTO INDOTTO LEGALMENTE CON ALTRE COMPLICAZIONI SPECIFICATE, INCOMPLETO	All ASL	1	1

Figura 27 - Analisi Reportistica: possibilità di variare i parametri

The screenshot shows a report generation tool interface with the title "REPORT DIREZIONALE" and "Unità Equivalenti per D.AS.". The report is for the period "DAL 24/09/09 0.00 AL 24/09/10 0.00". It displays a table with columns for "Qualifica", "N° PERSONE", and "UNITA' EQUIVALENTE". A "Report Options" dialog box is open, allowing the user to set "DATA\_INIZIO" (24-09-2009) and "DATA\_FINE" (24-09-2010). The dialog box includes "Reset", "OK", "Cancel", and "Apply" buttons.

Qualifica	N° PERSONE	UNITA' EQUIVALENTE
<i>Anestesia , ,Rianimazione terapia iperbarica e terapia antalgica (Prof. Tufano)</i>		
Amministrativo	4	3,79
Ausiliari		
Infermiere	3	
Medico	2	
MedicoADU	2	
Non in organico	174	2196,00

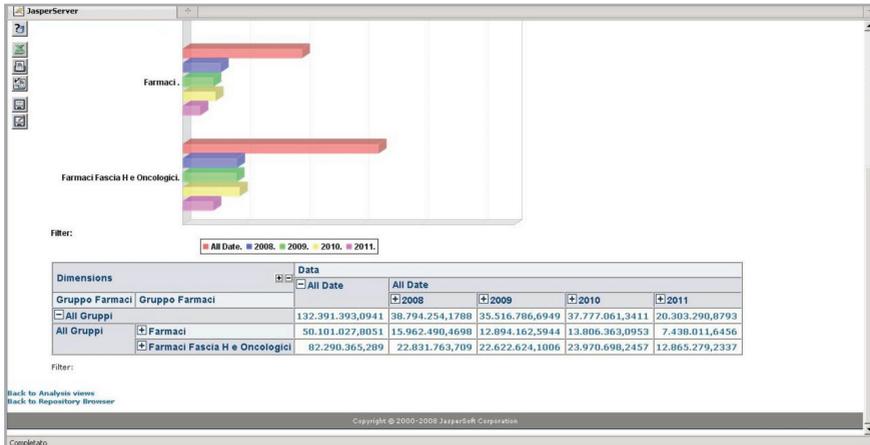
- *Eliminazione dei tempi di attesa nell'elaborazione dei dati:* in realtà questo rappresenta uno dei vantaggi fondamentali derivanti dall'utilizzo del sistema. Infatti, prima della sua realizzazione, al fine di ottenere, ad esempio, delle informazioni relative all'attività di ricovero era necessario:
  - collegarsi al sistema,
  - autenticarsi,
  - settare i parametri di elaborazione,
  - attendere diversi minuti per ottenere la visualizzazione ed il salvataggio di un file.

Ad oggi, si è completamente ridotto il fattore “tempo di attesa” che raggiunge al massimo un valore pari a qualche secondo.

- *Utilizzo di fonti informative, sistemi hardware e software già esistenti o facilmente reperibili:* dal punto di vista dei dati è prevista una semplice riorganizzazione di quelli già esistenti. Per quanto riguarda i sistemi *software/hardware* sono state utilizzate delle soluzioni di facile reperibilità e di alta compatibilità con i sistemi pre-esistenti;
- *Possibilità di creare rappresentazioni grafiche in automatico:* il sistema di visualizzazione sia di tipo OLAP che reportistico permettono l'implementazione automatica di grafici customizzabili (ovvero si ha la possibilità di scegliere il tipo di grafico: *Vertical Bar, Pie Chart, Stacked Horizontal Bar*, ecc.) che esplicano l'andamento di un fenomeno in funzione delle dimensioni scelte.

L'insieme di tutte queste caratteristiche rendono il sistema realizzato molto efficace nella gestione dei flussi di dati. È importante sottolineare come ogni tipo di analisi OLAP e reportistica avanzata, nella visualizzazione della sintesi dei dati, abbia tenuto conto dei diversi attori che possono approcciarsi al sistema per la consultazione dei dati. Difatti per il Controllo di Gestione e per le analisi di reportistica Direzionale i dati sono stati raggruppati, in genere, per Centro di Costo e per Fattore Produttivo distribuiti nel tempo; di contro per gli operatori sanitari o per chi consultasse i dati per una valutazione diversa da quella strategica si sono raggruppati i dati per Ubicazioni, Dipartimenti e Aree Funzionali distribuiti nel tempo.

Figura 28 - Analisi OLAP: configurazione di una Analysis Chart



### 10.3 Difficoltà riscontrate nella costruzione del sistema

Uno dei principali punti critici relativi alla realizzazione del sistema di *Business Intelligence* riguarda proprio il suo processo di costruzione. Infatti una delle principali difficoltà riscontrate sta nel recupero di informazioni nel più breve tempo possibile e soprattutto nel formato corretto il che non è cosa semplice. Infatti, dal punto di vista del Sistema Informativo Aziendale, esistono diverse fonti di dati caratterizzate da un'integrazione non completa. Di fatto, spesso si trovano delle discordanze nella codifica delle stesse informazioni.

Inoltre, il sistema deve essere opportunamente collaudato e necessita, pertanto, di revisioni continue al fine di allineare i dati contenuti nel *Data Warehouse* con quelli dei sistemi sorgente. Questa operazione deve avvenire con gli uffici preposti e pertanto non risulta un'operazione che richiede tempi brevissimi.

In caso di anomalie riscontrate, è necessario riuscire ad individuare le cause che portano alle disuguaglianze tra i risultati, le quali non sempre sono immedia-

tamente rintracciabili. Per cui, lo sviluppatore, può trovarsi a dover controllare migliaia di record usando strategie che permettano di identificare l'errore commesso in breve tempo.

Tuttavia, grazie alle multi professionalità presenti all'interno di un'azienda ospedaliera universitaria si riesce sempre nell'intento di risolvere le diverse problematiche che di volta in volta si presentano.

## 11. Le fasi del processo raggiunte *(Indice)*

### 11.1 I risultati ottenuti: integrazioni dei sistemi informativi nel sistema Data Warehouse

Se partissimo dalla progettazione tecnica del *Data Warehouse* potremmo affermare che è stato costruito un sistema di *repository* dei dati. Ciò che invece risulta incompleto è l'inserimento di tutti i flussi informativi e l'integrazione con altri dati già presenti nel *Data Warehouse*.

Il primo passo fondamentale a testimonianza dell'integrazione dei dati ottenuti è l'elaborazione del *Report* Trimestrale per i Direttori di Dipartimenti e per la Direzione Generale e Sanitaria, direttamente dalla fonte del *Data Warehouse*, ovvero l'elaborazione dati che fino a qualche mese fa il Controllo di Gestione faceva manualmente dal secondo trimestre 2011 è elaborata in automatico dal software di gestione reportistica che appoggia sui dati immagazzinati nel *Data Warehouse*.

Figura 29 - Report Trimestrale

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
FEDERICO II – NAPOLI**

**REPORT TRIMESTRALE  
II Trimestre 2011**

Fonte dati: Data Warehouse Aziendale



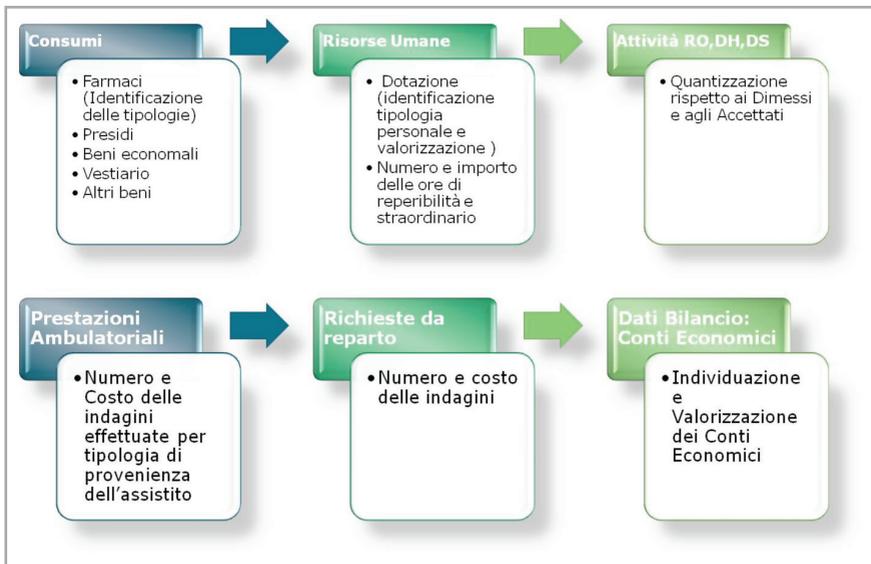
**Indice:**

- 1. Aree Funzionali**
- 2. Dati strutturali, di attività, risorse umane, consumi e valore della produzione**
- 3. Legenda**
- 4. Allegati**
  - Grafici
  - Dotazione organica

a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H  
Interno: 3755 - fax: 2304  
email: [controllodigestione.aou@unina.it](mailto:controllodigestione.aou@unina.it)

## 11.2 Obiettivi Raggiunti

Figura 30 - Flussi Analizzati: i dati ottenuti



- *Consumi:* la valutazione dei dati di consumo ha interessato tutta l'area dei sistemi informatici volti all'implementazione dei magazzini, per cui ricoprono una vasta area dei consumi dell'azienda. Per essi è stata richiesta un'analisi di tipo multidimensionale, difatti, sono stati costruiti cubi dedicati per ogni magazzino individuato con la possibilità di modificare il tipo di aggregazione. Particolare attenzione è stata posta per la sintesi dei dati del magazzino farmaceutico, per il quale, con il contributo della Farmacia, è stato possibile raggruppare i farmaci per tipologia di utilizzo (informazione che non troviamo all'interno del database di *Oliamm*).

Figura 31 - Esempio di Aggregazione dei dati dei Consumi

HOME		VIEW	MANAGE	LOG OUT																																																																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p><b>Columns</b> <span style="float: right;">✕</span></p> <p>Data</p> <p>Rows</p> <p>▼ D.A.S.</p> <p>▲ Gruppo Farmaci</p> <p>Filter</p> <p>Fattore Produttivo</p> <p>Magazzino</p> <p>Measures</p> <p>Principio Attivo</p> <p>Prodotto</p> <p>Tipo Movimento</p> <p style="text-align: right;">OK Cancel</p> </div> <div style="width: 80%;"> <h3 style="text-align: center;">Magazzino Farmaci: Consumi</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dimensions</th> <th colspan="5">Data</th> </tr> <tr> <th>DAS</th> <th>DAS</th> <th>All Date</th> <th>All 2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[-] All DAS</td> <td>All Gruppi</td> <td>141.110.079,3787</td> <td>18.794.254,1788</td> <td>35.516.766,6949</td> <td>37.777.061,3411</td> <td>28.041.977,1619</td> </tr> <tr> <td>All DAS</td> <td>All Gruppi</td> <td>2.277.910,9761</td> <td>403.119,5617</td> <td>574.968,945</td> <td>632.884,5198</td> <td>666.036,9497</td> </tr> <tr> <td></td> <td>All Gruppi</td> <td>2.251.791,0408</td> <td>387.874,2239</td> <td>576.457,1639</td> <td>633.275,3432</td> <td>666.104,3776</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Farmaci</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Farmaci Fascia H e Oncologici</td> <td>26.119,8275</td> <td>15.264,3377</td> <td>4.511,6411</td> <td>-298,8235</td> <td>6.654,5721</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Anatomia patologica e citopatologica (Prof De Rosa)</td> <td>2.949,0543</td> <td></td> <td>5,9343</td> <td></td> <td>2.889,16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Chirurgia generale e geriatrica, e endoscopia diagnostica ed operativa (Prof. Persico)</td> <td>953.353,0885</td> <td>272.387,2475</td> <td>238.622,6334</td> <td>288.271,714</td> <td>174.078,9131</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Chirurgia generale, oncologica e videoassistita (Prof. Forestieri)</td> <td>588.049,7233</td> <td>174.019,4743</td> <td>154.734,5885</td> <td>172.738,1225</td> <td>87.131,5558</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Chirurgia generale, toracica e vascolare (Prof. Bracale)</td> <td>1.538.438,3272</td> <td>479.363,1198</td> <td>522.873,0665</td> <td>314.234,0873</td> <td>222.968,2137</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Chirurgia, ortopedia, traumatologia, microchirurgia e riabilitazione (Prof. Marino)</td> <td>1.119.588,4714</td> <td>268.087,1048</td> <td>384.268,7279</td> <td>334.755,6612</td> <td>216.877,1725</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Clinica medica (Prof. Strazullo)</td> <td>33.582.961,8951</td> <td>10.831.389,1582</td> <td>8.579.761,7355</td> <td>8.047.297,589</td> <td>6.924.592,3524</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Clinico di pediatria (prof. Andria)</td> <td>5.539.417,382</td> <td>2.468.131,5655</td> <td>1.228.769,3384</td> <td>1.986.218,1882</td> <td>754.274,0988</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D.A.S. Diagnostica per immagini e radioterapia (Prof. Salvatore)</td> <td>1.772.210,5569</td> <td>33.357,442</td> <td>42.851,8951</td> <td>937.894,8889</td> <td>758.926,2314</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>					Dimensions		Data					DAS	DAS	All Date	All 2008	2009	2010	2011	[-] All DAS	All Gruppi	141.110.079,3787	18.794.254,1788	35.516.766,6949	37.777.061,3411	28.041.977,1619	All DAS	All Gruppi	2.277.910,9761	403.119,5617	574.968,945	632.884,5198	666.036,9497		All Gruppi	2.251.791,0408	387.874,2239	576.457,1639	633.275,3432	666.104,3776		Farmaci							Farmaci Fascia H e Oncologici	26.119,8275	15.264,3377	4.511,6411	-298,8235	6.654,5721		D.A.S. Anatomia patologica e citopatologica (Prof De Rosa)	2.949,0543		5,9343		2.889,16		D.A.S. Chirurgia generale e geriatrica, e endoscopia diagnostica ed operativa (Prof. Persico)	953.353,0885	272.387,2475	238.622,6334	288.271,714	174.078,9131		D.A.S. Chirurgia generale, oncologica e videoassistita (Prof. Forestieri)	588.049,7233	174.019,4743	154.734,5885	172.738,1225	87.131,5558		D.A.S. Chirurgia generale, toracica e vascolare (Prof. Bracale)	1.538.438,3272	479.363,1198	522.873,0665	314.234,0873	222.968,2137		D.A.S. Chirurgia, ortopedia, traumatologia, microchirurgia e riabilitazione (Prof. Marino)	1.119.588,4714	268.087,1048	384.268,7279	334.755,6612	216.877,1725		D.A.S. Clinica medica (Prof. Strazullo)	33.582.961,8951	10.831.389,1582	8.579.761,7355	8.047.297,589	6.924.592,3524		D.A.S. Clinico di pediatria (prof. Andria)	5.539.417,382	2.468.131,5655	1.228.769,3384	1.986.218,1882	754.274,0988		D.A.S. Diagnostica per immagini e radioterapia (Prof. Salvatore)	1.772.210,5569	33.357,442	42.851,8951	937.894,8889	758.926,2314
Dimensions		Data																																																																																																											
DAS	DAS	All Date	All 2008	2009	2010	2011																																																																																																							
[-] All DAS	All Gruppi	141.110.079,3787	18.794.254,1788	35.516.766,6949	37.777.061,3411	28.041.977,1619																																																																																																							
All DAS	All Gruppi	2.277.910,9761	403.119,5617	574.968,945	632.884,5198	666.036,9497																																																																																																							
	All Gruppi	2.251.791,0408	387.874,2239	576.457,1639	633.275,3432	666.104,3776																																																																																																							
	Farmaci																																																																																																												
	Farmaci Fascia H e Oncologici	26.119,8275	15.264,3377	4.511,6411	-298,8235	6.654,5721																																																																																																							
	D.A.S. Anatomia patologica e citopatologica (Prof De Rosa)	2.949,0543		5,9343		2.889,16																																																																																																							
	D.A.S. Chirurgia generale e geriatrica, e endoscopia diagnostica ed operativa (Prof. Persico)	953.353,0885	272.387,2475	238.622,6334	288.271,714	174.078,9131																																																																																																							
	D.A.S. Chirurgia generale, oncologica e videoassistita (Prof. Forestieri)	588.049,7233	174.019,4743	154.734,5885	172.738,1225	87.131,5558																																																																																																							
	D.A.S. Chirurgia generale, toracica e vascolare (Prof. Bracale)	1.538.438,3272	479.363,1198	522.873,0665	314.234,0873	222.968,2137																																																																																																							
	D.A.S. Chirurgia, ortopedia, traumatologia, microchirurgia e riabilitazione (Prof. Marino)	1.119.588,4714	268.087,1048	384.268,7279	334.755,6612	216.877,1725																																																																																																							
	D.A.S. Clinica medica (Prof. Strazullo)	33.582.961,8951	10.831.389,1582	8.579.761,7355	8.047.297,589	6.924.592,3524																																																																																																							
	D.A.S. Clinico di pediatria (prof. Andria)	5.539.417,382	2.468.131,5655	1.228.769,3384	1.986.218,1882	754.274,0988																																																																																																							
	D.A.S. Diagnostica per immagini e radioterapia (Prof. Salvatore)	1.772.210,5569	33.357,442	42.851,8951	937.894,8889	758.926,2314																																																																																																							

Da notare che per essi è stato solo possibile effettuare la valorizzazione in termini di importo speso e non di quantità consumata, perché la fonte originaria del dato fornisce le quantità per unità posologica e non per confezione e ciò produce difficoltà nella sintesi causata da una disomogeneità dell'unità di misura. Il problema si può risolvere mediante una tabella di transcodifica che associ per ogni farmaco la quantità di unità posologica per confezione.

- *Risorse Umane*: Come abbiamo già dimostrato dall'analisi del relativo flusso, la sintesi di questa informazione risulta molto complessa per l'eterogeneità delle tipologie di personale. Se ci soffermiamo alla sola anagrafica ancora oggi non si è ottenuta l'integrazione di tutte le tipologie, per due motivi fondamentali: alcune tipologie sono immesse in un sistema di gestione contabile, per cui si riesce a recuperare il solo costo e la relativa ragione sociale e non la scheda anagrafica e giuridica; mentre per altre categorie non si riesce ad avere nemmeno i nominativi, perché appartengono ad una categoria in cui nei sistemi contabili compare l'ente convenzionato e non la persona fisica che fornisce il servizio; e altre ancora non vengono immesse in nessun sistema. Inoltre, nel tentativo di formulare una transcodifica delle qualifiche giuridiche del personale in qualifiche propriamente sanitarie si è constatato il mancato aggiornamento sia delle qualifiche giuridiche che della sede di lavoro del personale presente in *Iriswin*. Ciò comporta che nonostante il dato venga costantemente aggiornato dai sistemi di ETL, non risulta valido perché non aggiornato dal personale deputato al *Data Entry*. Per questa area abbiamo fatto sia analisi OLAP che reportistica, ad esempio per la valutazione di alcuni indicatori come il FTE (*Full Time Equivalent*).

Per la valorizzazione degli stessi abbiamo creato cubi dedicati per tipologia di personale.

- *Attività RO, DH, DS*: riguarda l'analisi dell'attività di gestione dei percorsi clinici dei pazienti ricoverati nei diversi regimi ospedalieri, ovvero dell'ADT (Accettazione, Dimissione e Trasferimento). Anche in questo caso ci siamo spinti nell'elaborazione OLAP e reportistica dei dati ottenendo una notevole varietà di cubi dedicati e *report* che permettessero la sintesi di dati strutturali, di dati di attività e di indicatori. Si noti che attualmente sono possibili solo le determinazioni degli indicatori legati alle quantità e non alle valorizzazioni, perché per una questione di privacy non è stato concesso l'accesso ai dati del *Quany*.

Figura 32 - Risorse Umane: distribuzione per Tipologia, Sede, Profilo Sanitario e Tempo

HOME		VIEW		MANAGE		LOG OUT									
Dotazione Organica nel tempo															
Dimensions										Data					
DAS	DAS	Tipologia	Appartenenza	Gruppo	Tipo	Qualifica_DS	Qualifica_DS	Measure	All Date	All Date	All Date				
- All DAS		+ All Appartenenza				+ All Qualifica		Numero	3.196	3.198	2.921	2.467			
All DAS + Anestesia, Rianimazione terapia iperbarica e terapia antalgica (Prof. Tufano)		- All Appartenenza				+ All Qualifica		Numero	291	289	263	253			
		All Appartenenza				+ All Qualifica		Numero	293	199	198	198			
		- Dotazione a tot. carico Aziendale				+ All Qualifica		Numero	293	199	198	198			
		Dotazione a tot. carico Aziendale		+ Dotazione a tot. carico Aziendale		+ All Qualifica		Numero	293	199	198	198			
		- Dotazione Universitaria				+ All Qualifica		Numero	78	78	65	55			
		Dotazione Universitaria		- Dotazione Universitaria		+ All Qualifica		Numero	78	78	65	55			
		- Dotazione Universitaria		Comandati ASL		+ All Qualifica		Numero	5	5	4	4			
		Dotazione Universitaria		Dotazione		- All Qualifica		Numero	76	76	59	48			
Dotazione Organica nel tempo															
Drill Through Table for [Numero = 1]															
DAS	CDC_Livello2	CDC_Livello3	Tipo Contratto	Cognome	Nome	Qualifica_IV	Ruolo	Appartenenza	Gruppo	Tipo	Qualifica_DS	Anno	Trimestre	Mese	Qual
Anestesia, Rianimazione terapia iperbarica e terapia antalgica (Prof. Tufano)	Anestesia e rianimazione e terapia inferiva (prof. Tufano)		COMPARTO			Operatore Tecnico	AREA SERVIZI GENERALI E TECNICI	Dotazione Universitaria	Dotazione Universitaria	Dotazione Universitaria	tecnico non sanitario	2009	T1	1	Tecr sant

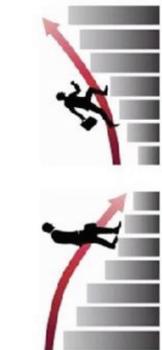
Figura 33 - Analisi dei dati dell'ADT

ADT - Dimessi in RO		data											
Dimensions		All Date	All Date										
		2009	2010	2011	2011					2012	2020		
					T1	T2	T3	T4					
Dipartimento	Dipartimento												
<input type="checkbox"/> All Dipartimento		70.378	92.743	31.344	6.289	5.566	721	1	1	1	1		
All Dipartimento	DIP1 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	314	137	146	31	31							
	DIP10 - MED. INT. CARDIOVASCOLARE	6.312	2.805	2.748	759	671	88						
	DIP12 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.276	2.787	2.032	451	394	56		1				
	DIP13 - CHIR. GEN. ONCOLOGICA	2.034	860	1.012	161	149	12				1		
	DIP14 - SCIENZE NEUROLOGICHE	3.715	1.714	1.742	258	233	25					1	
	DIP15 - ODONTOSTOMATOLOGIA MAXILLO-FACC.	3.760	1.615	1.763	382	367	15						
	DIP16 - OFTALMOLOGIA	1.348	665	528	164	136	28						
	DIP17 - ONCOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA	5.379	2.454	2.482	523	472	50		1				
	DIP18 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIODI.	596	268	247	83	70	13						
	DIP19 - OTORINOLARINGOIATRIA	2.103	1.216	848	38	38							
	DIP20 - PEDIATRIA (PROF. ANDRIA)	9.392	4.072	4.109	1.211	1.031	180						
	DIP21 - NEUROSCIENZE	355	154	152	49	38	11						
	DIP22 - PEDIATRIA (PROF. GRECO)	2.208	918	1.008	282	245	37						
	DIP3 - CHIR. GEN. GERIATR. E ENDOSC.	2.105	908	895	302	254	48						
	DIP4 - CHIR. GEN. TORAC. E VASCOL.	2.632	1.166	1.144	322	274	48						
	DIP5 - PATOLOGIA SISTEMATICA	5.596	2.621	2.458	517	471	46						
	DIP6 - CLINICA MEDICA	3.820	1.889	1.633	298	265	33						
	DIP7 - EMERGENZA OSTETRICA	6.143	2.943	2.952	248	233	15						
	DIP8 - SCIENZE GINECOLOGICHE	6.193	3.051	3.078	64	57	7						
	DIP9 - MALATTIE INF. E MED. LEGALE	1.102	502	454	146	137	9						




## REPORT DIREZIONALE

### Dati in Regime Ordinario

DIP3 - CHIR. GEN. GERIATR. E ENDOSC.	DAL	25/09/2009	AL	25/10/2009
	<i>N. posti letto attivi</i>	27		
	<i>N. posti letto medi</i>	27		
	<i>N. dimessi</i>	95		
	<i>Giornate di degenza</i>	734		
	<i>Occupazione media</i>	88 %		
	<i>Degenza media</i>	7,7		
	<i>N. ricoveri &lt;2 gg.</i>	10		
	<i>Degenza preoperatoria media</i>	0		

- *Prestazioni Ambulatoriali*: abbiamo effettuato analisi di sintesi qualitativi e quantitativi anche per i dati che alimentano il file C. per essi è stato possibile ricavare il costo e la quantità delle prestazioni effettuate distribuite per una serie di aggregazioni (centri di costo, le prestazioni, l'ubicazione dell'ambulatorio, tempo, ecc.).

Figura 34 - Analisi OLAP delle Attività Ambulatoriali

HOME		VIEW		MANAGE		LOG OUT	
Attività Ambulatoriale							
Dimensions		DATA					
DAS DAS		Measure	All Date				
all DAS			2009	2010	2011		
all DAS		Numero	343.272	183.624	134.568	105.000	
		Costo	6.623.804,21	1.872.023,7	2.588.417,17	2.163.365,34	
+ Anestesia , Rianimazione terapia iperbarica e terapia antalgica (Prof. Tufano)		Numero	823		7	816	
		Costo	12.424,13		113,09	12.316,04	
+ D.A.S. Chirurgia generale e geriatrica, e endoscopia diagnostica ed operativa (Prof. Persico)		Numero	3.579	738	1.577		
		Costo	134.367,86	36.695,32	54.467,88		
+ D.A.S. Chirurgia generale, oncologica e videoassistita (Prof. Forestieri)		Numero	370	129	178		
		Costo	6.878,3	2.398,11	3.389,82		
+ D.A.S. Chirurgia generale, toracica e vascolare (Prof. Bracale)		Numero	5.215	2.049	1.981		
		Costo	157.911,74	61.045,23	61.218,29		
+ D.A.S. Chirurgia, ortopedia, traumatologia, microchirurgia e riabilitazione (Prof. Marini)		Numero	8.945	1.127	3.796		
		Costo	176.264,84	22.180,63	67.818,84		
+ D.A.S. Clinica medica (Prof. Strazzullo)		Numero	18.526	5.939	8.876		
		Costo	311.453,95	106.174,27	158.658,45		
+ D.A.S. Clinico di pediatria (prof. Andria)		Numero	11.423	3.893	3.710		
		Costo	174.319,28	66.347,64	55.763,78		
+ D.A.S. Diagnostica per immagini e radioterapia (Prof. Salvatore)		Numero	11.379	3.333	2.849		
		Costo			5.197		

- *Richieste da Reparto*: riguarda tutte le attività erogate dai Servizi (Diagnostica per Immagini, Analisi di Laboratorio e Patologia Clinica, Anatomia Patologica, ecc). Per quelli citati sono stati realizzati dei cubi dedicati in cui le misure evidenziate sono la quantità e il costo, ma vi sono molte altre (Visite Anestesiologiche, Immunoematologia, Medicina dello Sport ecc) per le quali non si è ancora riusciti ottenuta una forma di aggregazione del dato, o perché non si ha ancora avuto accesso ad una vista dei suoi dati, o perché non esiste ancora nessun sistema informatico che li gestisce.
- *Dati di Bilancio (Conti Economici)*: i dati appartenenti a questa area sono i dati di sintesi dei conti di bilancio; per essi abbiamo effettuato una sintesi reportistica parametrica.

Figura 35 - Report Dati Bilancio

MANAGE      LOG OUT

Page 1 of 38



Report Direzionale

Bilancio: Conti Economici

**Anno**    2010

**Conto**    502010650 - Spese finanz. Centri di Rif. Reg. al 31/12/2007

**Report Options: Conti Economici**

CONTO:

ANNO:

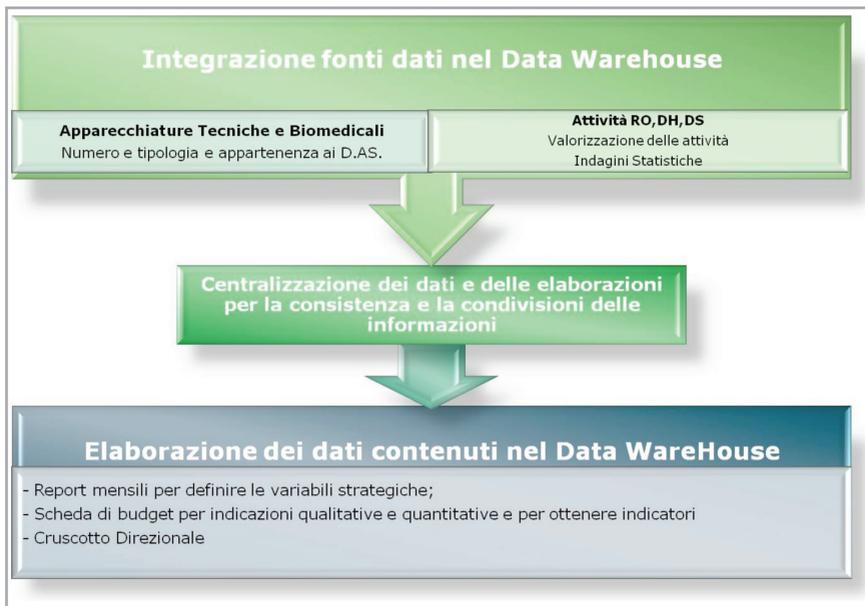
Reset      OK      Cancel      Apply

CAUSALE		COMPENSI VARI			
Num. Reg.	317	Imp. Tot. Fattura	75.0	Fornitore	MALLIA
Descrizione Parcella		COMPENSO CORSO AIDS ANNO 2009			
Num. Liquidazione	1	Imp. Liquidato	75.0	Motivo	EROGAZIONE FONDO FIN. R.C. FINALIZZATO ALL'ASSISTENZA AIDS - MALATTIE INFETTIVE - NOTA CERIFARC 312 DEL 16.12.04

### 11.3 Obiettivi prossimi da raggiungere

Come già accennato nel paragrafo precedente ci sono ancora dei flussi da analizzare e implementare. Lo schema di seguito chiarirà i prossimi obiettivi da raggiungere.

**Figura 36 - Prossimi Obiettivi**



## 12. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento [\(Indice\)](#)

### 12.1 Sviluppi futuri

Come ulteriori sviluppi, si potrebbe integrare questo sistema aziendale con altri Data Warehouse presenti sul territorio, al fine di ottenere un patrimonio informativo sempre più unificato ed omogeneo.

Potrebbe essere utilizzato come supporto clinico per l'*Health Technology Assessment* (H.T.A.): ovvero l'elaborazione dei dati raccolti nel Data Warehouse ci consentirebbe la costruzione di informazioni strutturate ed integrate (*Data Mart*) necessarie alla valutazione complessiva di una tecnologia.

Le sue applicazioni possono essere le più disparate, perché potrebbe essere utilizzato anche come fonte per studi statici per puri fini letterari, ad esempio ricoveri che presentano la stessa diagnosi principale a che area territoriale appartengono (vedi immagine); oppure con quali procedure sono stati trattati pazienti che presentano medesime diagnosi.

**Figura 37 - Analisi OLAP delle diagnosi distribuite per ASL di appartenenza del paziente in un trend temporale**

Diagnosi per ASL		data							
Dimensions		All Date							
Diagnosi	Diagnosi	ASL	ASL	2009	2010	2011	2012	2020	
All Diagnosi		All ASL		72.897	32.743	31.346	8.716	1	1
All Diagnosi	24 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		12	5	3	4		
	25-26 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		30	13	16	1		
		All ASL	ASL_BENEVENTO	1		1			
			ASL_CASERTA	3	3				
			ASL_NAPOLI_1_CENTRO	8	3	4	1		
			ASL_NAPOLI_2_NORD	17	7	10			
			ASL_NAPOLI_3_SUD	1		1			
	27-28 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		26	12	10	4		
	29-30 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		41	13	25	3		
	31-32 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		87	24	52	11		
	33-34 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		164	75	77	12		
	35-36 SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		381	110	214	49		
	37 O PIÙ SETTIMANE COMPLETE DI GESTAZIONE	All ASL		18	8	4	6		
	ABORTO ABITUALE SENZA GRAVIDANZA IN ATTO	All ASL		1	1				
	ABORTO INDOTTO LEGALMENTE COMPLICATO DA DANNO AGLI ORGANI O TESSUTI PELVICI, INCOMPLETO	All ASL		1	1				
	ABORTO INDOTTO LEGALMENTE COMPLICATO DA INSUFFICIENZA RENALE, INCOMPLETO	All ASL		1	1				
	ABORTO INDOTTO LEGALMENTE CON ALTRE COMPLICAZIONI SPECIFICATE, INCOMPLETO	All ASL		1		1			

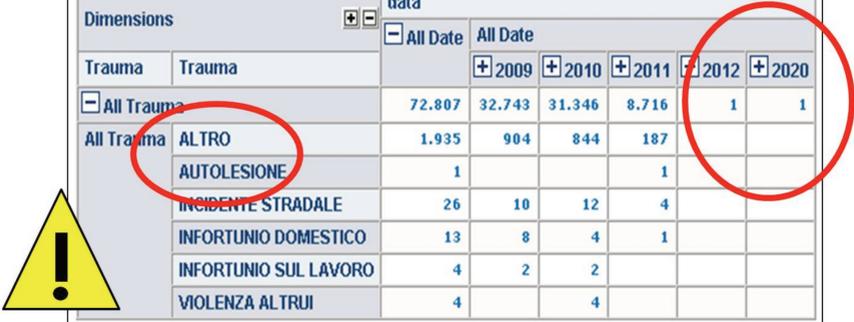
Altra applicazione delle elaborazioni dei dati del *Data Warehouse* potrebbero essere lo studio della valutazione della qualità del *Data Entry* del personale deputato all'inserimento delle informazioni e del software utilizzato. A tale proposito,

abbiamo effettuato uno studio sui ricoveri in cui è stato diagnosticato un traumatismo ed è emersa la seguente criticità:

Figura 38 - Studio sulla validità del Data Entry

ADT-Traumatismi

Dimensions		data					
Trauma	Trauma	All Date	All Date				
		+ 2009	+ 2010	+ 2011	+ 2012	+ 2020	
All Trauma		72.807	32.743	31.346	8.716	1	1
All Trauma	ALTRO	1.935	904	844	187		
	AUTOLESIONE	1			1		
	INCIDENTE STRADALE	26	10	12	4		
	INFORTUNIO DOMESTICO	13	8	4	1		
	INFORTUNIO SUL LAVORO	4	2	2			
	VIOLENZA ALTRUI	4		4			



Dall'immagine emergono in modo chiaro due problematiche:

- per la maggior parte dei traumatismi non è stato specificato l'origine;
- ci sono schede chiuse con data futura; questo è indice che il sistema utilizzato non ha dei controlli e/o dei blocchi nel caso in cui venga immessa una data diversa da quella del giorno di chiusura della scheda

Il *Data Warehouse* può anche essere utilizzato come misuratore e validatore delle *performance* dell'Azienda per stimare il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'amministrazione, nonché la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri.

## AREA 3 (Indice)

# LOGICA BUDGETARIA SPERIMENTALE E REPORTISTICA PERIODICA

**Team del progetto:** Veronica Allocca<sup>2</sup>, Giovanni Canfora<sup>1</sup>, Ida Crifò<sup>2</sup>, Roberto Delfino<sup>2</sup>, Daniela Marcellini<sup>2</sup>, Luigi Quagliata<sup>1</sup>, Alessandra Sivero<sup>2</sup>, Vincenzo Viggiani<sup>1</sup>

### **Affiliazioni:**

Direzione Aziendale A.O.U. “Federico II”

1

Controllo Interno di Gestione A.O.U. “Federico II”

2

## 13. La spinta al cambiamento *(Indice)*

### 13.1 Introduzione ai sistemi economico-gestionali nelle Aziende Sanitarie Italiane

Il Sistema Sanitario Italiano è stato caratterizzato, negli ultimi trent'anni, da una serie di cambiamenti di notevole portata. Tali mutamenti sono ricollegabili al processo di aziendalizzazione della Sanità italiana che si traduce in un modello gestionale non più fondato sui controlli di tipo burocratico, ma piuttosto, su un approccio alla gestione in cui le scelte vanno declinate in termini di miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità, il cui raggiungimento è legato all'utilizzo di strumenti e metodi economico-gestionali.

Tale trasformazione in ambito sanitario è avvenuta in un contesto caratterizzato da costanti deficit, da scarsità di risorse e dall'insorgere di un elevato grado di competizione non solo nei confronti di altre Aziende sanitarie pubbliche, ma anche di Aziende sanitarie private. Si è verificata, inoltre, l'abolizione dei rimborsi a piè di lista su base storica e l'introduzione di una modalità di finanziamento sulla base del costo *standard* per favorire il riequilibrio del sistema.

A tali spinte di carattere più propriamente economico finanziario, se ne aggiungono altre legate alla necessità di garantire agli utenti/pazienti prestazioni efficaci e di qualità, appropriate al bisogno da soddisfare e, in particolare, emerge la necessità di superare la frammentazione delle attività in vista di una visione globale della salute e, per le Aziende sanitarie, di porre in essere un cambiamento gestionale ed organizzativo. Una delle vie attraverso le quali tale cambiamento può attuarsi, passa attraverso l'orientamento dei processi e dei comportamenti gestionali ed organizzativi verso logiche manageriali imperniate su sistemi di pianificazione, programmazione e controllo dei risultati.

Ne deriva la necessità di dotarsi di strumenti di governo interno, che si confi-

gurino come sistemi di “autoregolazione” finalizzati a supportare le Aziende sanitarie nella formulazione e nell’articolazione degli obiettivi, con la possibilità di valutare i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l’attivazione di azioni correttive, che al suo termine.

I sistemi di programmazione e controllo di gestione nascono, quindi, con una finalità ben precisa: orientare i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia gestionale) mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione (efficienza), attraverso metodologie ed analisi delle informazioni che associno e mettano a sistema le diverse “dimensioni” della gestione.

Ciò implica, tra l’altro, che le attività di pianificazione e programmazione ed i processi decisionali, in genere, determinino un fabbisogno informativo – per garantire il perseguimento degli obiettivi - articolato in termini di quantità, qualità, tempestività e natura delle informazioni stesse.

Per sostenere questa significativa parte del processo di modernizzazione (in termini organizzativi e di funzionamento) ed, in particolare, a supporto dell’attuazione della normativa nazionale e regionale vigente, l’A.O.U. “Federico II”, a partire dall’anno 2007, ha avviato alcuni processi finalizzati all’introduzione della programmazione per obiettivi, allo sviluppo di sistemi di Controllo di Gestione e alla progettazione di un sistema di indicatori delle *performances* delle singole strutture assistenziali. Pertanto, la Direzione Strategica ha interiorizzato la necessità di ridisegnare i modelli gestionali ed organizzativi, ponendo la produzione di risultati misurabili e valutabili quale premessa per l’ottimizzazione delle attività in corso, anche alla luce dei vincoli posti dal [Piano di Rientro](#) dal debito previsto dalla Regione Campania.

### 13.2 Sistemi di *governance*: programmazione e controllo di gestione

Nell’ambito dell’evoluzione determinata dall’attuazione dei [D.Lgs. 502/92 e 229/99](#) e s.m.i., si è assistito alla definizione di modelli di *governance* che hanno determinato un processo di delega delle responsabilità caratterizzato da condivisione di scelte e di obiettivi, secondo una logica *bottom up*. Si determina in tal

modo un passaggio coordinato e coerente dalla programmazione statale alla programmazione regionale ed infine alla programmazione aziendale.

Il concetto di *governance* fa riferimento alle modalità con cui gli amministratori pubblici gestiscono, coordinano, integrano gli attori e le risorse che operano nell'ambito della loro comunità, esso assume ancor maggior rilievo se la comunità considerata comprende anche i cittadini, per cui si tratta di introdurre una forma di governo innovativa, basata sul coordinamento e sulla collaborazione tra Ente pubblico e cittadino.

Tra i meccanismi e gli strumenti che stanno alla base di un moderno sistema di *governance* pubblica, rientrano quelli propri del processo di Controllo di Gestione.

Tra gli obiettivi del Controllo di Gestione vi è quello di fornire informazioni utili non solo alla Direzione Generale, ma anche a tutti coloro che hanno responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari e, quindi, anche ai medici ed agli altri operatori sanitari dirigenti e non, tenendo presente che l'obiettivo finale per chi opera in questo settore è il raggiungimento di risultati in termini di salute piuttosto che in termini di contenimento dei costi.

In tal senso, il Controllo di Gestione consiste “nella procedura diretta a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati e, attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità/qualità dei servizi offerti, la funzionalità dell'organizzazione dell'ente, l'efficacia, l'efficienza, il livello di economicità (le tre E) e di qualità dell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi” ([Decreto Legislativo n.77/1995, art. 39, comma 2](#)), consentendo ai dirigenti di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.

In particolare, nelle Aziende Sanitarie il cui fine è l'erogazione dei servizi essenziali per i cittadini, il giudizio di economicità non può esaurirsi nella determinazione del risultato d'esercizio, ma richiede il ricorso a ulteriori elementi di valutazione, tra cui assumono particolare rilievo le verifiche relative al grado di soddisfacimento dei bisogni e alla qualità dei servizi erogati.

In questa prospettiva, il Controllo di Gestione può dare un importante contributo:

1. fornendo informazioni analitiche sui costi, ricavi, consumi, sprechi, inefficienze, qualità dei servizi;

2. responsabilizzando sull'uso delle risorse ed alimentando il sistema di valutazione dei dirigenti;
3. verificando il raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna unità e le motivazioni di eventuali scostamenti;
4. stimolando la ricerca di opportunità di maggiore efficienza;
5. favorendo migliori decisioni sui costi, sul *mix* dei servizi, degli utenti, delle aree territoriali.

### 13.3 Gli strumenti del Controllo di Gestione

In una realtà complessa quale quella delle Aziende sanitarie, dove ciò che si rileva non è l'utile o la perdita d'esercizio, ma quante risorse sono state impiegate per soddisfare un bisogno, è indispensabile che le nuove modalità di governo aziendale siano affrontate prevedendo strumenti di monitoraggio costante dei processi economici.

Allo scopo di contribuire all'identificazione degli indirizzi strategici da imprimere alla gestione e di verificarne il raggiungimento, il Controllo di Gestione si avvale di specifici strumenti tecnico-contabili, che servono alla rilevazione degli obiettivi assegnati e dei risultati ottenuti da ogni Centro di Responsabilità (di seguito CdR).

In particolare, rientrano nel processo di Controllo di Gestione:

- la contabilità analitica;
- il sistema di *budgeting* e l'analisi degli scostamenti;
- il sistema di *reporting*.

L'implementazione di tali strumenti è fondamentale per definire un modello di Azienda sanitaria in cui l'erogazione delle prestazioni, rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), deve essere garantita nel rispetto di vincoli di efficacia, efficienza ed economicità della gestione.

Tramite l'utilizzo degli strumenti propri del Controllo di Gestione è reso possibile il raggiungimento delle seguenti finalità gestionali ed organizzative:

1. attivazione di un processo iterativo di programmazione degli obiettivi da conseguire e di verifica dell'andamento gestionale rispetto agli obiettivi prefissati,

- al fine di consentire ad una organizzazione di conseguire i propri obiettivi con la massima efficacia e con la massima efficienza possibile;
2. induzione alla responsabilizzazione: il Controllo di Gestione, a partire dall'identificazione degli obiettivi e delle risorse correlate, e attraverso una verifica dei risultati diviene uno strumento di responsabilizzazione dei dirigenti, i quali vengono coinvolti nella gestione economica ed operativa dei Servizi di cui sono responsabili. In genere, la logica di fondo è *bottom up*, cioè la Direzione assegna e condivide gli obiettivi con i responsabili territoriali ed ospedalieri e a tale assegnazione segue la negoziazione prevedendo eventualmente un sistema di premialità per il raggiungimento degli obiettivi;
  3. attuazione di un coerente processo strategico: il Controllo di Gestione è strettamente correlato alla pianificazione strategica, la quale ha ad oggetto la redazione di piani pluriennali che discendano da un'analisi del dato storico, ma anche dall'analisi del contesto ambientale (sia interno che esterno all'organizzazione);
  4. supporto al processo decisionale: l'intero processo del Controllo di Gestione, attraverso strumenti quali la contabilità analitica ed il *reporting*, consente di evidenziare variabili ed informazioni utili per ottimizzare l'allocazione delle risorse, prendere decisioni di *make or buy*, monitorare le responsabilità, definire gli incentivi economici, individuare indicatori di qualità del servizio che consentano una migliore interpretazione dei risultati.

Si richiede, pertanto, che un Controllo di Gestione costituisca un "sistema" e cioè un "insieme coordinato ed integrato" di criteri, strumenti, metodologie e procedure finalizzati ad attivare un processo di programmazione degli obiettivi da conseguire e di verifica costante della rispondenza dell'andamento gestionale quotidiano rispetto agli stessi.

Tale sistema va integrato in quello della Direzione Aziendale e, pertanto, da quest'ultima promosso e sostenuto. È, infatti, necessario che tutte le fasi e tutti gli strumenti di programmazione e controllo siano progettati e coerentemente coordinati avendo sempre presente l'obiettivo di costruire un sistema di agili leve di comando per il *management* locale.

Nella trattazione dei capitoli successivi, si analizzeranno in modo specifico gli strumenti del Controllo di Gestione, ponendo in evidenza lo stato dell'arte e gli obiettivi futuri in relazione alla loro implementazione nell'A.O.U. "Federico II".

## 14. La situazione al momento di avvio del processo di innovazione e cambiamento *(Indice)*

### 14.1 Panorama legislativo nazionale in ambito sanitario

Il panorama legislativo nazionale in ambito sanitario, ha intrapreso la sua profonda trasformazione con l'introduzione dei [D.Lgs n. 502/1992](#) e [n.517/1993](#); tali normative hanno dato avvio ad un processo di riforma e rinnovamento il cui fine ultimo era quello di orientare con maggiore forza il sistema sanitario verso condizioni di efficacia, efficienza, economicità e competitività.

Nell'ambito specifico della programmazione e del controllo il [D.Lgs. n. 286/1999](#) avente per oggetto "Riordino e potenziamento dei meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche" ha rappresentato un punto di svolta nel panorama del Sistema Sanitario Nazionale. In esso si disciplina il riordino dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio, valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati di attività svolta dalle Pubbliche Amministrazioni che si dotano di strumenti adeguati a:

- a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'attività svolta (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'attività svolta al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini

di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

#### 14.2 Panorama legislativo della Regione Campania in ambito sanitario

La Regione Campania vive una situazione economico-finanziaria particolarmente critica, sia in riferimento alla situazione debitoria pregressa che al deficit della gestione corrente, oltre che alle problematiche organizzative e gestionali che, complessivamente, incidono in maniera determinante sull'effettiva possibilità di erogazione dei livelli essenziali da parte delle strutture erogatrici pubbliche e private operanti nella realtà regionale (Fassari, C. 2010).

Nel 2007, al fine di ottenere la riduzione e la ristrutturazione della spesa sanitaria, è entrato in vigore il [Piano di Rientro](#) dal debito con il quale, attraverso l'introduzione di vincoli ed obiettivi di spesa per fattori di costo, si sono poste le premesse per un effettivo contenimento della spesa ed il raggiungimento dell'equilibrio economico e gestionale delle Aziende sanitarie ed ospedaliere campane in un quadro di risorse compatibili. Tra gli obiettivi generali in esso contenuti si ritiene necessario porre l'attenzione principalmente su due aspetti: la riduzione strutturale del disavanzo e il monitoraggio della gestione.

Al primo vengono correlati obiettivi specifici quali la riduzione dei costi di produzione e l'aumento delle entrate, mentre il secondo si esplica nell'adozione di nuove procedure contabili e gestionali.

Con il [Decreto n.14 del 30 novembre 2009](#) ed il successivo [Decreto n.60 del 4 agosto 2011](#) con oggetto la "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale" è stata disposta l'introduzione di significativi strumenti di supporto all'attività del Controllo di Gestione, essi sono:

- un manuale dei principi contabili che definisce i principi contabili e le regole che dovevano essere applicate dalle Aziende sanitarie per la rilevazione in contabilità dei principali fenomeni gestionali al fine di pervenire alla predisposizione di bilanci di esercizio che siano omogenei per contenuto e forma;

- le linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende sanitarie della Regione Campania che definiscono i principi a cui ciascuna azienda deve ispirarsi per la redazione dei propri documenti di programmazione, di gestione, di rendicontazione e controllo;
- le linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della contabilità analitica atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale.

#### 14.3 Analisi del contesto: il caso dell'A.O.U. "Federico II"

Le normative nazionali e regionali in materia sanitaria trovano applicazione in un contesto da sempre caratterizzato da un'intrinseca complessità. L'analisi del processo di cambiamento predisposto dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II", in ambito di programmazione strategica e controllo, non può prescindere, quindi, dall'esame di alcune caratteristiche intrinseche che la accomunano alle Aziende sanitarie pubbliche, e che rappresentano spesso un vincolo alla realizzazione del cambiamento in oggetto.

L'A.O.U. "Federico II", in quanto Azienda pubblica, ha come finalità principale il soddisfacimento dei bisogni della collettività piuttosto che la remunerazione del capitale investito (Masini, C. 1986). Ciò comporta che il risultato economico non rappresenta una misura soddisfacente della *performance* complessiva dell'Azienda (Borgonovi, E. 1990).

L'A.O.U. "Federico II" è un'organizzazione che richiama i principi tipici della burocrazia professionale, dove cioè i professionisti si trovano nel nucleo operativo, svolgendo mansioni anche molto specializzate nella dimensione orizzontale, ma godendo di una forte autonomia e conservando il controllo sul proprio lavoro, ciò dà luogo ad un forte decentramento, sia orizzontale che verticale. Tale contesto si traduce in un conflitto, almeno potenziale tra il professionista e la Direzione Ge-

nerale, e in una maggiore sensibilità degli operatori alle esigenze, alle dinamiche e ai giudizi della professione piuttosto che a quelli dell'Azienda.

Alle caratteristiche strutturali proprie delle Aziende Sanitarie, si affianca poi un'ulteriore elemento esogeno che accomuna tutte le Aziende sanitarie: la scarsa autonomia riconosciuta a causa dell'inserimento vincolante all'interno di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Regionale (SSR) (Casati, G. 2000).

All'interno dell'A.O.U. "Federico II" alle caratteristiche proprie delle Aziende sanitarie pubbliche si somma la complessità organizzativa e gestionale tipica delle Aziende Ospedaliere Universitarie rappresentata dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interessi in esse presenti; ciò deriva dal coesistere in tale contesto di attività diversificate (didattica, ricerca ed assistenza) e differenziate (le diverse linee di ricerca scientifica, il portafoglio servizi assistenziali, ecc.), che l'Azienda è chiamata a contemperare e soddisfare (Lega, F. 2001).

L'A.O.U. "Federico II", in ragione del sistema di interessi che contempera, si trova, quindi, a dover intercettare e perseguire un equilibrio economico-finanziario rispetto ad un'area di attività, quella assistenziale, che è strettamente collegata alle attese di governo regionali, ed è intrinsecamente funzionale alle attività di ricerca e didattica. Tale equilibrio può essere conseguito gestendo l'attività di assistenza all'interno di un sistema di coerenze tra il *trend* dei costi aziendali e le logiche di finanziamento dell'A.O.U. "Federico II", come previsto dall'Atto Aziendale.

Alle caratteristiche strutturali descritte si sommano nell'A.O.U. "Federico II" delle forti problematiche di natura economica. Infatti, nel 2010, così come nelle pregresse annualità, essa ha conseguito un risultato di esercizio in perdita.

Con il **D.Lgs. 517/99** ("Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge del 30 novembre 1998, n. 419") si introducono le Aziende Ospedaliere-Universitarie, quali espressione della collaborazione fra SSN ed Università, dotate di autonomia organizzativa, gestionale, amministrativa, finanziaria, patrimoniale e contabile. Al sostegno economico-finanziario per le attività svolte dalle Aziende Ospedaliere-Universitarie concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dalla Regione.

La situazione di costante deficit vissuta dall'A.O.U. "Federico II", con relativi meccanismi penalizzanti, si ricollega anche alla natura del [Protocollo di Intesa Re-](#)

gione Campania/Università/A.O.U. “Federico II” siglato il 18 luglio 2003: infatti, dal 2003 ad oggi l’A.O.U. ha ricevuto un finanziamento sempre uguale per un valore di 155 milioni di euro.

Risulta a questo punto chiara la complessità organizzativa che l’A.O.U. “Federico II” si trova a vivere e, di conseguenza, la forte difficoltà riscontrata nel porre in essere un processo di pianificazione, che consiste nell’individuare e decidere cosa fare, ed un processo di *budget*, che come vedremo, consiste nell’attivare un sistema di responsabilizzazione tale da indurre comportamenti coerenti con le cose da fare, anziché comportamenti stimolati dalla contingenza che spesso ostacolano il raggiungimento degli obiettivi che ci si è proposti. Tale difficoltà è ancor più avvertita a causa della necessità di realizzazione delle finalità previste dalle normative nazionali e regionali, quali la produzione di linee di ricerca volte all’individuazione di modelli e strumenti per l’avvio e l’implementazione del Controllo di Gestione nell’A.O.U. “Federico II” al fine di conseguire obiettivi di maggiore efficienza nella gestione aziendale e che siano in grado di fornire risultati concreti in tempi definiti.

## 15. Le azioni realizzate per avviare il processo di innovazione e cambiamento (Indice)

Le Regioni e le Aziende sanitarie hanno attuato negli anni un considerevole sforzo diretto a migliorare l’impostazione dei programmi e delle strategie di intervento, a razionalizzare l’organizzazione, a semplificare le procedure e ridurre i costi di gestione, ricorrendo anche a strumenti gestionali capaci di assicurare il concorso di sinergie diverse e il realizzarsi di economie di scala, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell’indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l’adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio della gestione, laddove necessarie.

Risulta a questo punto chiaro come il contesto normativo nazionale e regionale abbia spinto l’A.O.U. “Federico II” a dotarsi di un’unità operativa che si occupasse del Controllo interno di Gestione e potesse quindi predisporre una serie di strumenti volti a promuovere il cambiamento necessario.

L'obiettivo centrale del sistema di Controllo di Gestione di cui si è dotata l'A.O.U. "Federico II", è stato quello di supportare la Direzione Aziendale nella gestione dell'intero processo di programmazione e controllo, nelle diverse fasi in cui esso si articola. Nell'ambito del suo ciclo di attività, il Controllo di Gestione si esplica in:

- predisposizione di un piano strategico triennale;
- predisposizione delle proposte di *budget*;
- valutazione delle proposte di *budget* sotto il profilo della coerenza rispetto alle direttive della Direzione Generale nonché della compatibilità rispetto alle risorse disponibili;
- negoziazione delle proposte di *budget*;
- approvazione delle proposte di *budget* e consolidamento delle stesse nel *budget* generale aziendale;
- progettazione ed implementazione del sistema di *reporting* a supporto del processo di programmazione e controllo finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo), costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità.

Il raggiungimento degli obiettivi descritti comporta l'adozione di una serie di strumenti che si collocano nell'ambito dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo di gestione. Tali strumenti sono individuabili, in primis, nello sviluppo di una logica *budgetaria* e nello sviluppo di un processo di *reporting*. L'introduzione di questi due strumenti non può però prescindere dall'applicazione in Azienda di una contabilità analitica che si accompagni a quella generale; per questo motivo il paragrafo successivo sarà dedicato all'analisi dell'applicazione della contabilità analitica, solo in parte attuata, all'interno dell'A.O.U. "Federico II".

### 15.1 La sperimentazione del sistema di riallocazione delle risorse nell'A.O.U. "Federico II"

L'A.O.U. "Federico II" ha predisposto in via sperimentale, un sistema di riallocazione delle risorse strettamente collegato al sistema di misurazione e valutazione della performance. Quest'ultimo, se correttamente applicato, infatti, può consentire di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza, riducendo gli sprechi e le inefficienze. La razionale allocazione delle risorse costituisce uno degli obiettivi prioritari dell'A.O.U. "Federico II", che intende verificare se le scelte organizzative compiute siano efficienti, ossia, se esse danno luogo alla migliore ripartizione possibile delle risorse fra le strutture di appartenenza. L'A.O.U. "Federico II", naturalmente, non intende certo ricercare le soluzioni organizzative che hanno le caratteristiche di "ottimo paretiano", bensì rivedere i criteri di allocazione delle risorse per promuovere un utilizzo più efficiente delle stesse.

In un contesto di risorse scarse, spesso il management pubblico deve operare delle scelte nelle priorità da attribuire ai bisogni da soddisfare; di conseguenza, si pone l'esigenza di privilegiare le scelte che consentono di avere i risultati migliori per la collettività.

La ricerca di una migliore allocazione delle risorse tra le strutture dell'A.O.U. si realizzerà attraverso la valutazione della performance di gruppo, ossia a livello di singola struttura: ciò consentirà di monitorare l'erogazione delle prestazioni sanitarie erogate a livello di singola struttura e di riallocare le risorse sulla base di un loro utilizzo più efficiente, incluso l'utilizzo dello strumento dell'incentivazione. Naturalmente, l'adozione di tale politica dovrà coniugarsi con le peculiarità dell'Azienda, che non si esauriscono, come visto, solo nell'assistenza, ma anche nella ricerca e nella didattica, per cui, eventuali scelte di riallocazione delle risorse saranno realizzate nel pieno rispetto di tali peculiarità e di specifici obiettivi prioritari.

Per ciò che attiene l'anno 2011, l'A.O.U. intende adottare un criterio di allocazione delle maggiori risorse per il finanziamento delle attività previste dal Protocollo di Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" per disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Uni-

versità per lo svolgimento delle attività assistenziali, sulla base di specifici criteri quali il raggiungimento degli obiettivi strategici, l'efficacia in termini assistenziali dimostrata negli ultimi tre anni, l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca e l'efficienza dimostrata negli ultimi tre anni.

La prima tappa di implementazione del processo di riallocazione delle risorse previsto per il 2011 è stata quella di definire l'entità delle risorse assorbite da ciascun dipartimento assistenziale. In tal senso è stata predisposta una sperimentazione in riferimento all'anno 2009, che si è sviluppata secondo le modalità di seguito riportate.

I costi totali aziendali da Bilancio nell'anno 2009 sono stati pari a 252.688.211 €: tali costi sono stati ripartiti tra i vari Dipartimenti, Servizi ed Uffici centrali.

Per la realizzazione della prima fase, si è reso necessario affinare il sistema di contabilità analitica in adozione. Questo lavoro ha condotto ad allocare in maniera diretta circa il 70% dei costi presenti in Bilancio, mentre per la parte residuale sono stati predisposti dei criteri di ribaltamento.

La determinazione delle risorse attualmente assorbite dai Dipartimenti Assistenziali (DAs) rappresenta, dunque, il punto di partenza per una loro corretta riallocazione.

Come detto in precedenza, i costi da Bilancio per il 2009 ammontano a 252.688.211 €, rispetto ad un finanziamento di 155.000.000 € previsto dal Protocollo d'Intesa attualmente vigente. Ciò ha reso necessario procedere ad una previsione di riallocazione di risorse secondo uno specifico criterio: un primo taglio dei costi complessivi di circa il 40%.

In considerazione del fatto che il nuovo Protocollo d'Intesa, in fase di approvazione, prevede un finanziamento aggiuntivo per il triennio 2011-2013 di 36.000.000 € si sono fissati una serie di criteri sulla base dei quali allocare ai DAs tale ulteriore quota.

La logica alla base di tali criteri è in linea con la Balanced Scorecard attualmente in fase di implementazione, che si propone il perseguimento di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con l'università "Federico II" e la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

I criteri fissati sono:

- obiettivi strategici: il criterio relativo al raggiungimento di tali obiettivi è stabilito sulla base del Piano della performance che prevede, come strumento di

controllo strategico, la *Balanced Scorecard*. Gli obiettivi individuati sono la comunicazione, l'efficienza, il contributo regionale aggiuntivo, l'appropriatezza, la complessità, la qualità, l'organizzazione e processi lavorativi, la riduzione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI), la sicurezza, la informatizzazione, la formazione aziendale e l'inpatient/outpatient;

- efficacia clinica: il criterio relativo a tale obiettivo attiene alla considerazione della complessità ed appropriatezza dimostrata negli ultimi 3 anni;
- didattica e ricerca: il criterio relativo a tale obiettivo è lasciato alla libera discrezione dei DAs;
- efficienza: il criterio relativo a tale obiettivo è inteso in termini di contributo al risultato economico dell'Azienda.

I criteri previsti per la riallocazione delle risorse dovrebbero condurre alla riduzione dell'elevato indebitamento dell'Azienda e alla liberazione di risorse a favore di quei D.A.S. che risultino virtuosi.

### 15.2 La sperimentazione della logica budgetaria nell'A.O.U. "Federico II"

Il *budget* è uno "strumento di misurazione economico-finanziaria atto a rendere più razionale la gestione aziendale" (Bastia, 1989); esso "responsabilizza i CdR: sui risultati da conseguire e sulle risorse da impiegare, senza interferire nelle scelte di combinazione delle risorse e nello svolgimento dei processi tecnico-assistenziali che restano di esclusiva competenza dei CdR" (Rappini, 1998).

A partire da Ottobre 2007 l'A.O.U. "Federico II", andando incontro alle disposizioni della normativa nazionale, ha predisposto, in via sperimentale, un processo di *budget*, che ha visto la partecipazione coesa della Direzione Aziendale e di tutti i Dipartimenti Assistenziali identificati come Centri di Responsabilità.

Nella fase iniziale del processo di *budget* la Direzione Aziendale si è occupata della definizione degli obiettivi aziendali annuali; tali obiettivi, in linea con le richieste dettate dalle normative regionali e nazionali, sono stati raggruppati in 3 macro-leve:

- attività;
- uso risorse;
- organizzazione lavoro.

Ciascuna macro-leva racchiude al suo interno le leve su cui agire per il raggiungimento degli obiettivi stessi, per quanto riguarda le attività le leve individuate sono:

- appropriatezza del regime di erogazione assistenziale con riconversione dei posti letto di Ricovero Ordinario in posti letto di Day Hospital (DH);
- sviluppo *case-mix* assistenziale di interesse regionale a maggiore valorizzazione;
- complessità prestazioni;
- appropriatezza dell'ambito di cura.

In riferimento all'uso delle risorse, le leve agiscono sulla razionalizzazione del:

- costo del personale;
- costo farmaci;
- costo dispositivi medici;
- costo prestazioni intermedie.

Infine, in merito all'organizzazione del lavoro le leve individuate sono state:

- organizzazione e gestione dei percorsi assistenziali;
- liste di attesa;
- organizzazione e gestione delle sale operatorie;
- ore di straordinario;
- integrazione con altre aziende sul territorio;
- coordinamento con l'emergenza (es. integrazione 118);
- utilizzo apparecchiature;
- utilizzo ambulatori.

Per ciascuna leva, e quindi macro-leva, si sono proposte delle azioni e degli indicatori da utilizzare per il raggiungimento dell'obiettivo. In figura 39 si mostrano alcuni esempi indicativi, mentre in figura 40 è presentata una scheda di supporto al processo negoziale.

**Figura 39 - Scheda Negoziazione Aziendale (programmazione obiettivi dell'anno)**

Macro-level	Leve su cui agire	Azioni	Indicatori
Attività	Appropriatezza del regime di erogazione assistenziale con riconversione dei posti letto RO in posti letto DH	Variare mix posti letto (da RO a DH/DS)	Indicatori attinenti della scheda di budget (n° ricoveri 0/1gg, valore economico per P.L e per DRG, tasso di O.M., prestazioni intermedie, costo del personale etc.)
	Sviluppo case-mix assistenziale di interesse regionale a maggiore valorizzazione	Incremento attività assistenziale di maggiore interesse regionale	N° prestazioni sanitarie promosse dalla Regione
		Informazione ai MMG	N° ricoveri fuori regione
	Complessità prestazioni	Incremento attività ad alta complessità	Aumento del peso medio
		Miglioramento della codifica della SDO	Aumento della % dei casi CC
	Appropriatezza dell'ambito di cura	Raggiungere maggiore coerenza tra UO C e DRG C	Aumento della % dei casi chirurgici nelle unità operative chirurgiche
Monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso il PRUO		Diminuzione della % dei ricoveri inappropriati	
Uso Risorse	Costo del personale	Blocco turn-over personale	Diminuzione delle ore di straordinario
	Costo farmaci	Efficienza della spesa per consumi farmaceutici	Consumo/dimesso
	Costo dispositivi medici	Efficienza della spesa per dispositivi medici	Consumo/dimesso
	Costo prestazioni intermedie	Numerosità prestazioni per tipologia di caso trattato	Costo delle prest./dimesso
Organizzazione lavoro	Organizzazione e gestione dei percorsi assistenziali	Definizione percorsi	Attivazione di protocolli operativi per almeno i primi 10 DRG della casistica complessiva
	liste di attesa	Riduzione liste attesa SSN	Tempo di attesa medio
			Tempo di attesa massimo
	Organizzazione e gestione delle sale operatorie	Ridistribuzione degli interventi ottimizzando l'utilizzo delle sale operatorie	N° interventi/ n° ore di sala operatoria
	Ore di straordinario	Diminuire costo straordinario per DAS	
	Integrazione con altre aziende sul territorio		
	Coordinamento con l'emergenza (es. integrazione 118)		
	Utilizzo apparecchiature		
Utilizzo Ambulatori			

**Figura 40 - Scheda di supporto al processo negoziale**

Macro-leva	Leve su cui agire	OBIETTIVI PROPOSTI	SOTTOBIETTIVI	INDICATORI	
Attività	Composizione mix di attività (appropriatezza del regime assistenziale)				
	Complessità prestazioni				
	Appropriatezza dell'ambito di cura				
	SDO				
Uso Risorse	Costo del personale				
	Costo farmaci				
	Costo dispositivi medici				
	Costo prestazioni intermedie				
	Liste di attesa				
Organizzazione lavoro	PDTA				
	Gestione delle sale operatorie				
	Ore di straordinario				
	Coordinamento con l'emergenza (es. integrazione IIR)				
	Utilizzo ambulatori				
Direttore Generale		Direttore Das		Data	
_____		Dott./Prof. _____		____/____/____	

Sulla base degli obiettivi definiti, la Direzione Aziendale ha preparato una **scheda di *budget*** specifica per ciascun Centro di Responsabilità, inserendo al suo interno una serie di dati relativi a due anni.

La scheda di *budget* (figura 41) è stata strutturata in tre sezioni:

- dati generali, in cui sono riportati i dati strutturali (Posti Letto, ambulatori e spazi assegnati al Dipartimento), la dotazione organica e le attrezzature a carico del CdR, nonché alcune tipologie di indicatori;
- dati di attività, in cui confluiscono i dati e gli indicatori riguardanti le attività, i costi diretti sanitari, il processo, l'appropriatezza ed l'efficienza;
- conto economico, in cui vengono riportati i costi e i ricavi propri del dipartimento.

Le schede di *budget*, così strutturate, sono state, quindi, inviate ai CdR prima dell'incontro di negoziazione. In tal modo esse divengono lo strumento operativo attraverso il quale il CdR concorda/negozia i propri obiettivi per l'anno di *budget*.

Al fine di favorire la condivisione degli obiettivi e del processo stesso, è stato attivato uno sportello di *budget* presso il quale i Dipartimenti potevano ricevere delucidazioni sui dati fornitigli.

Sono stati effettuati circa 70 incontri negoziali con i 24 dipartimenti assistenziali e i 2 servizi e con il 90 % dei Dipartimenti si è arrivati a concordare degli obiettivi e a firmare congiuntamente una scheda di supporto al processo negoziale.

Figura 41 - Esempio di scheda di budget



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
FEDERICO II - NAPOLI**

**SCHEDA DI BUDGET  
STRUMENTO DI GUIDA PER LA  
GESTIONE**

**Centro di Responsabilità:  
Responsabile:**

**Indice:**

1. Scheda di negoziazione obiettivi dipartimentali.....	pag 1
2. Scheda di negoziazione aziendale.....	pag 3
3. Dati di attività.....	pag 4
4. Legenda dati di attività.....	pag 6
5. Grafici confronto DAS.....	pag 8
6. Conto economico.....	pag 18
7. Legenda conto economico.....	pag 20
8. Grafici confronto DAS.....	pag 21
Allegati: .....	pag 24
- Casistica	

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II**

*Report Sintetico del D.As*

Dati strutturali	Dotazione personale equiv. all'anno X n° (Medici ...; Infermieri ...; OTA ...; Laureati sanit. non medici ...; Tecnici Sanit. ...; Tecnici ...; Amm.vi ...)				
	Dotazione personale equiv. all'anno X+1n° ... (Medici ...; Infermieri ...; OTA ...; Laureati sanit. non medici ...; Tecnici Sanit. ...; Tecnici ...; Amm.vi ...)				
	Dotazione apparecchiature rilevanti per l'attività dipartimentale				
	N posti letto in dotazione RO	Anno X		Anno X+1	
	N posti letto in dotazione DH	Anno X		Anno X+1	
	N posti letto medi RO	Anno X		Anno X+1	
	N posti letto medi DH	Anno X		Anno X+1	
Numero ambulatori	Anno X		Anno X+1		

	Anno X	Anno X+1	
Attività	N dimessi RO		
	<i>di cui extra regione</i>		
	N. cicli chiusi DH (casi)		
	<i>di cui extra regione</i>		
	N accessi		
	N. prestazioni ambulatoriali per esterni*		
	N. consulenze interne		
	N. consulenze esterne		
	N. ricoveri LP intramoenia		
	N. prestazioni ambulatoriali LP intramoenia		
N. pubblicazioni inerenti all'attività assistenziale			
Costi diretti sanitari	Costo Farmaci (esclusi fascia H)		
	Costo Beni sanitari		
	N. prestazioni richieste ai servizi di diagnostica per immagine*		
	N. prestazioni richieste ai servizi di diagnostica di laboratorio		
Processo	Tempi d'attesa medi delle prestazioni ambulatoriali		
	% di dimissione registrata nell'arco di 24h in RO		
	% di cartelle chiuse entro 30 giorni in RO		
	Degenza media		
	N. accessi medio in DH		
	% casi complicati		
	% ricoveri chirurgici		
	Degenza preoperatoria media		
	Peso medio DRG (RO)		
	Media delle prestazioni ambulatoriali effettuate in un ora		

pagina 5

	Anno X	Anno X+1	
Appropriatezza	N. ricoveri <2 gg.		
	N. ricoveri oltre soglia		
	N. di ricoveri ripetuti entro 30 giorni		
	N. di decessi		
Efficienza	Occupazione media RO		
	Occupazione media DH		
	Costo per paziente		
	Costo per Euro prodotto		
	Totale punti DRG su totale medici (equiv.)		
	Totale punti DRG su totale infermieri (equiv.)		
	costo del personale / totale costi		
	costo del personale / totale costi diretti		
	Costo dello straordinario / Unità personale equivalente		
	costo prestazioni intermedie / totale costi diretti		
	costo delle prestazioni intermedie per paziente		
% Assenteismo			

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II**

Conto economico del dipartimento di ...

		Anno X	Anno X+1	Scostamento %
<b>Valore dei servizi erogati</b>				
	Valore ricoveri ordinari			
	Valore medio DRG RO			
	Valore economico per PL RO			
	Valore DH			
	Valore medio DRG DH ( per accesso)			
	Valore economico per PL DH			
	<i>di cui introiti libera professione</i>			
	Valore prestazioni ambulatoriali			
	Quota di incremento del 25% per attività svolte nei Centri regionali			
	Valore prestazioni per interni			
	<b>TOTALE RICAVI</b>			
<b>Costi della produzione</b>				
Fissi	Costo personale (escluso straordinario)			
	Collaboratori professionali			
	Ammortamento attrezzature sanitarie			
	Manutenz. apparecchi.elettromed. (SGAE)			
	Convenzioni esterne			
	<b>TOTALE COSTI FISSI</b>			
Variabili	Costo straordinario			
	Farmaci			
	<i>di cui Fascia H</i>			
	Beni sanitari			
	Valore prestazioni intermedie richieste ai serv.di Diagnostica Imm.			
	Valore prestazioni intermedie richieste ai serv.di Laboratorio			
	<b>TOTALE COSTI VARIABILI</b>			
	<b>TOTALE COSTI DIRETTI ATTRIBUITI</b>			
	<b>MARGINE DI CONTRIBUZIONE 1° LIVELLO</b>			
	Costi indiretti			
	<b>MARGINE DI CONTRIBUZIONE 2° LIVELLO</b>			

Al termine del primo trimestre di sperimentazione è stato prodotto un *report* (figura 42) finalizzato ad illustrare la percentuale di raggiungimento degli obiettivi definiti in fase di concertazione.

Figura 42 - Report trimestrale

<p style="text-align: center;"><b>DAS</b> ..... Direttore: prof. ....</p> <p style="text-align: center;"><b>MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET AL 1° TRIMESTRE 2007</b></p>								
LEVA AZIENDALE	OBIETTIVO	SOTTOBIETTIVO	INDICATORE	CONSUNTIVO 2005	OBIETTIVO 2007	OBIETTIVO DEL TRIMESTRE	VALORE	% RAGGIUNTA
Attività	Riconversione di quota parte dei casi di Ricovero ordinario in DH	Aumento almeno al 64 % dei casi trattati in DH per il DRG 284 (malattie minori della pelle senza cc) in DH sul totale, come previsto dalla Regione	% dei casi trattati in DH/totale dei casi	35%	64%	64%	62%	0%
	Riconversione di quota parte dei casi di Ricovero ordinario in DH	Aumento almeno al 70 % dei casi trattati in DS per il DRG 266 (trapianti pelle e/o sbrigliam. escl. per ulcere pelle o cellulite senza cc) in DS sul totale, come previsto dalla Regione	% dei casi trattati in DH/totale dei casi	56%	70%	70%	38%	0%
	Riconversione di quota parte dei casi di Ricovero ordinario in DH	Aumento almeno al 40 % dei casi trattati in DH per il DRG 261 (interventi mammella non per neoplasie maligne escl. Biopsia ed escissione locale) in DH sul totale, come previsto dalla Regione	% casi in DH su casi trattati	4%	40%	40%	0%	0%
	Attivazione del flusso informativo relativo all'attività di dialisi ai fini della valorizzazione		Si/No	No	Si	Si	No	0%
Uso Risorse	Consumo dei farmaci	Mantenimento dello stesso consumo di farmaci del 2005	Spesa Farmaceutica (€)	457.073	457.073	114.268	328.708	0%
	Consumo dei dispositivi	Diminuzione del 3% del consumo di dispositivi rispetto al 2005	Spesa Beni Sanitari (€)	1.650.454	1.600.940	400.235	274.431	100%
	Numero di prestazioni di diagnostica per immagine	Diminuzione del numero di prestazioni richieste del 3% rispetto al 2005	N° prestazioni	5.139	4.985	1.246	1.943	44%
	Numero di prestazioni di laboratorio	Diminuzione del numero di prestazioni richieste del 3% rispetto al 2005. (Sono comprensive delle prestazioni richieste dal Das me.lab. e al Das di patologia clinica)	N° prestazioni	453.762	440.178	110.045	136.677	76%
	Costo dello straordinario	Mantenimento costo dello straordinario del 2005	Costo dello straordinario					
Organizzazione lavoro	Attivazione del CUP	Predisposizione delle agende	Si/No	No	Si	Si	No	0%
	Definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per 3 DRG in RO e 3 in DH individuati dal Dipartimento		Si/No	Si	No	Si	No	0%
	Predisposizione di un documento teso ad una migliore organizzazione nell'utilizzo della sala operatoria		Si/No	Si	No	Si	in fase iniziale	25%
<b>MEDIA % RAGGIUNGIMENTO</b>								<b>35%</b>

Nel caso in cui, sulla base delle informazioni contenute nel *report*, si riscontrava il mancato raggiungimento della soglia minima di raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale predisponendo nuovi incontri con il CdR al fine di comprendere congiuntamente i motivi che avevano portato a tale *performance* negativa.

Coerentemente con quella che è una logica di collaborazione e di negoziazione, il processo di *budget* implementato dall'A.O.U. "Federico II" non è stato impostato come uno strumento di controllo, ma come un'occasione di lavoro corale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

I risvolti positivi prodotti dal processo di *budget* sono stati numerosi, essi verranno analizzati nel corso del quinto capitolo.

### 15.3 Il sistema di reporting dell'A.O.U. "Federico II"

Per svolgere in modo adeguato la funzione di supporto ai vari livelli dirigenziali, il sistema di Controllo di Gestione non deve limitarsi a produrre le informazioni per verificare le modalità di svolgimento dei processi aziendali (fase di *budgeting*), ma deve essere dotato di un efficiente sistema informativo, che sia in grado di comunicare ed analizzare i dati rilevati al fine della valutazione della gestione.

Si può, allora, definire sistema di *reporting* "l'attività di comunicazione, ad un soggetto responsabile dell'attribuzione o dell'impiego di determinate risorse, di informazioni sull'andamento della gestione, rilevanti per la sua attività decisionale" (Casati, G. 2000).

La fase di *reporting* aziendale nell'A.O.U. "Federico II" è stata preceduta da una partecipazione attiva, a partire dal 2008, al tavolo di *Benchmarking* indetto dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, che ha coinvolto 18 AA.OO.UU. a livello nazionale, avente ad oggetto l'organizzazione ospedaliera dipartimentale e l'integrazione con didattica e ricerca. Il fine ultimo di tale tavolo tecnico è quello di costruire degli indicatori che tengano conto delle 3 finalità delle A.O.U. (assistenza, didattica e ricerca).

Anche sulla base delle esperienze maturate grazie a quest'esperienza a partire dall'anno 2010 la Direzione strategica Aziendale ha pianificato un articolato sistema di *reporting* per condividere, con i vertici dei Dipartimenti Assistenziali e

dei Servizi centrali, informazioni relative all'andamento delle attività svolte e supportare in tal modo le decisioni strategiche aziendali. Tale condivisione comporta, al tempo stesso, l'avvio di un processo di responsabilizzazione degli operatori verso il raggiungimento efficiente degli obiettivi aziendali.

L'attività di reportistica è stata introdotta in un sistema che, fino alla sua immissione, non aveva mai visto concretizzarsi in un corpus unico i processi informativi-organizzativi esistenti. Per ovviare a tale carenza, l'implementazione del sistema di *reporting* è stata attribuita al Controllo interno di Gestione, il quale, in staff alla Direzione Generale Aziendale, svolge la funzione di coordinamento delle attività delle diverse unità organizzative deputate alla predisposizione dei *report* periodici ed, in particolare:

- elabora le informazioni provenienti dalla contabilità analitica e dalla contabilità generale, aggiungendo ad esse quelle provenienti dal “sistema informativo sanitario” relative alla produzione delle prestazioni;
- elabora prospetti di variabili elementari e sviluppa gli indicatori che evidenzino i livelli di raggiungimento degli obiettivi pianificati;
- elabora e fornisce trimestralmente i *report* programmati;
- raccoglie ed elabora le informazioni necessarie per la definizione dei costi di attività non finanziate a prestazione per il relativo rimborso regionale;
- predisporre all'occorrenza analisi di dettaglio non *routinarie* per interlocutori interni ed esterni.

Più in particolare, nel corso dell'anno è stata realizzata una reportistica relativa a ciascun Dipartimento e Servizio dell'A.O.U., rivolta non solo alla Direzione Aziendale, ma soprattutto ai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali.

In una prima fase, da gennaio a giugno 2010, la reportistica è stata realizzata sia mensilmente che trimestralmente mentre a partire da giugno quella mensile è stata soppressa in quanto si è ritenuto più utile fornire informazioni relative ad un arco temporale più ampio.

La reportistica (figura 43) prevede l'esposizione trimestrale dei dati consuntivi raccolti nel trimestre di riferimento, con contemporaneo confronto con il medesimo trimestre dell'anno precedente.

In aggiunta, il report - a partire da settembre 2010 - viene pubblicato sull'intranet aziendale, permettendo ai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali – forniti di una *user name* e di una *password* – di accedere dalla loro postazione alla visualizzazione del *report*. In tal senso, fornire tali strumenti ha costituito un importante passo avanti nel processo di partecipazione, in quanto ha favorito la promozione della cultura d'utilizzo dell'*intranet* aziendale.

**Figura 43 - Report trimestrale per singolo DAS**

DATI STRUTTURALI			
	I TRIMESTRE '10	I TRIMESTRE '11	Δ (variazione)
N. posti letto attivi RO			
N. posti letto medi RO			
N. posti letto attivi DH			
N. posti letto medi DH			
ATTIVITA'			
	I TRIMESTRE '10	I TRIMESTRE '11	Δ (variazione)
N. ammessi RO			
N. dimessi RO			
Pratiche mancanti RO			
N. ammessi DH			
N. dimessi DH			
Pratiche mancanti DH			
N. accessi DH			
N. prestazioni ambulatoriali conv. S.S.N. per esterni			
N. prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Patologia clinica			
N. prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Med. di LAB.			
N. prestazioni diagnostica per immagini richieste			
INDICATORI			
	I TRIMESTRE '10	I TRIMESTRE '11	Δ (variazione)
Occupazione media RO			
Occupazione media DH			
Degenza media			
N. accessi medi DH			
Peso medio			
N. ricoveri <2 gg.			
% ricoveri chirurgici			
Degenza preoperatoria media			
N. ricoveri ripetuti entro 30 gg.			
% casi complicati			
Numero prestazioni di Patologia Clinica/n° casi di ricovero ordinario			
Numero prestazioni di Medicina di Laboratorio/n° casi di ricovero ordinario			
Numero prestazioni di Diagnostica per immagini/n° casi di ricovero ordinario			
Numero prestazioni di Patologia Clinica/n° casi di day hospital			
Numero prestazioni di Medicina di Laboratorio/n° casi di day hospital			
Numero prestazioni di Diagnostica per immagini/n° casi di day hospital			

<b>RISORSE UMANE - PERSONALE UNIVERSITARIO</b>			
	<i>al 31.03.2010</i>	<i>al 31.03.2011</i>	$\Delta$ (variazione)
Unità di personale			
<i>di cui:</i>			
<i>Dirigenti Medici</i>			
<i>Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi</i>			
<i>Comparto</i>			
	<b>I TRIMESTRE '10</b>	<b>I TRIMESTRE '11</b>	$\Delta$ (variazione)
Ore straordinario			
Importo straordinario			
Ore reperibilità			
Importo ore reperibilità			
Turni reperibilità			
Importo turni reperibilità			
<b>RISORSE UMANE-PERSONALE A TOT. CARICO AZIENDALE</b>			
	<i>al 31.03.2010</i>	<i>al 31.03.2011</i>	$\Delta$ (variazione)
Unità di personale			
<i>di cui:</i>			
<i>Dirigenti Medici</i>			
<i>Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi</i>			
<i>Comparto</i>			
<i>Medici Specialisti ambulatoriali</i>			
<i>Contrattisti</i>			
	<b>I TRIMESTRE '10</b>	<b>I TRIMESTRE '11</b>	$\Delta$ (variazione)
Ore straordinario			
Importo straordinario			
Ore reperibilità			
Importo ore reperibilità			
Turni reperibilità			
Importo turni reperibilità			
<b>RISORSE UMANE - BLOCCO OPERATORIO</b>			
	<i>al 31.03.2010</i>	<i>al 31.03.2011</i>	$\Delta$ (variazione)
Unità di personale			
<i>di cui:</i>			
<i>Dirigenti Medici</i>			
<i>Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi</i>			
<i>Comparto</i>			
	<b>I TRIMESTRE '10</b>	<b>I TRIMESTRE '11</b>	$\Delta$ (variazione)
Ore straordinario			
Importo straordinario			
Ore reperibilità			
Importo ore reperibilità			
Turni reperibilità			
Importo turni reperibilità			

CONSUMI			
	I TRIMESTRE '10	I TRIMESTRE '11	Δ (variazione)
Consumo farmaci			
di cui Fascia H			
Consumo presidi			
Consumo beni economici			
Valore prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Patologia clinica			
Valore prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Med.LAB.			
Valore prestazioni Diagn. per immagini richieste			
Manutenzione apparecchi. Elettromedicali			

VALORE DELLA PRODUZIONE			
	I TRIMESTRE '10	I TRIMESTRE '11	Δ (variazione)
Valore economico RO			
Valore economico medio DRG RO			
Valore economico Posto Letto RO			
Valore economico DH			
Valore economico medio DRG DH			
Valore economico Posto Letto DH			
Valore prestazioni ambulatoriali			

Il *report* è costituito da 4 categorie di informazioni:

- dati strutturali (n° di posti letto in dotazione RO/DH, n° di posti letti medi RO/DH);
- attività (n° dimessi RO, n° cicli chiusi DH, n° accessi, n° prestazioni ambulatoriali erogate per e dall'interno);
- risorse umane (suddiviso per personale universitario, personale a totale carico aziendale, personale del blocco operatorio e per ciascuna categoria è indicato il numero di unità, il ruolo, i dati relativi al numero di ore e alla valorizzazione di straordinario, reperibilità e turni);
- consumi (Farmaci, dispositivi medici e beni economici).

Questi dati erano estratti ed elaborati, in una fase iniziale, attraverso alcuni *software*, di seguito brevemente descritti:

- *Oliamm: software* di rilevazione, gestione ed archiviazione di tutte le informazioni a livello amministrativo. Nell'attività dei *report* è stato utilizzato per la valorizzazione dei consumi;

- *Persweb*: *software* per la determinazione delle paghe dei dipendenti aziendali;
- *Iriswin*: *software* per la gestione delle risorse umane;
- *Cineca*: non è un vero e proprio *software* ma consente di avere delle informazioni circa il personale universitario e rispettive retribuzioni;
- *Diamante*: dispone di un DataBase in cui è possibile immagazzinare informazioni relative alle prestazioni di laboratorio erogate;
- *Quany*: applicativo che elabora le informazioni relative alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- *ADT*: *software* di gestione di RO, DH e Day Surgery (DS);
- *SGP*: *software* per la gestione delle prestazioni ambulatoriali ed intermedie, escluse le prestazioni di diagnostica di laboratorio;
- *Winsap*: *software* per la gestione delle prestazioni di anatomia patologica.

All'interno del *report* è inoltre presente un gruppo di indicatori atti a misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati.

Si tratta in tutto di un *set* di pochi indicatori, utili per comprendere le criticità e gli aspetti positivi della *governance* aziendale.

Gli indicatori utilizzati sono i seguenti:

- occupazione media RO: rappresenta la percentuale di posti letto di RO mediamente occupati nel periodo considerato in rapporto ai posti letto medi di quello stesso periodo. È il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime si ottengono moltiplicando il numero di Posti letto medi per i giorni dell'anno);
- occupazione media DH: rappresenta nella percentuale di posti letto di Day Hospital mediamente occupati nel periodo considerato in rapporto ai posti letto medi di quello stesso periodo. Essa corrisponde al rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime si ottengono moltiplicando il numero di Posti letto medi per i giorni dell'anno disponibili che per il Day Hospital sono 250x2 che sono il numero di pazienti che girano intorno allo stesso posto letto in un giorno);

- degenza media: indica il tempo medio di durata di un ricovero. Deriva dal rapporto tra il numero di giornate di degenza totali nel periodo considerato e il numero di ricoveri effettuati nel periodo;
- n° accessi medio in DH: indica il rapporto tra il numero di accessi totali e numero di casi di DH;
- peso medio: corrisponde alla sommatoria dei pesi di tutti i casi trattati (DRG) dalla struttura assistenziali diviso per il numero totale dei casi trattati. Per il SSN ogni DRG ha un suo peso specifico legato alla complessità del caso trattato e all'assorbimento di risorse;
- n° ricoveri < 2gg.: indica il numero di ricoveri effettuati con numero di giornate di degenza inferiore a 2;
- % ricoveri chirurgici: definito anche indice di operatività, indica la percentuale di pazienti operati sul totale dei pazienti ricoverati;
- degenza preoperatoria media: indica il numero medio di giorni che trascorre tra il giorno di ammissione del paziente e il suo intervento chirurgico;
- n° di ricoveri ripetuti entro 30 giorni: indica il numero di casi ricoverati più volte presso uno stesso reparto entro 30 giorni dalla prima dimissione per una stessa categoria diagnostica;
- % casi complicati: deriva dal rapporto percentuale tra il numero di casi con DRG con complicanze rispetto al numero di casi degli omologhi DRG senza complicanze;
- n° prestazioni di laboratorio di Patologia Clinica/n° casi di RO: indica il numero di prestazioni di laboratorio richieste per i pazienti in RO al Das di Patologia clinica sul totale del numero di dimessi in regime RO;
- n° prestazioni di laboratorio di Medicina di Laboratorio/n° casi di RO: indica il numero di prestazioni di laboratorio richieste per i pazienti in RO al Das di Medicina di Laboratorio sul totale del numero di dimessi in regime RO;
- n° prestazioni di Diagnostica per immagini /n° casi di RO: indica il numero di prestazioni di laboratorio richieste per i pazienti in RO al Das di Diagnostica per immagini sul totale del numero di dimessi in regime RO;
- n° prestazioni di laboratorio di Patologia Clinica/n° casi di DH: indica il numero di prestazioni di laboratorio richieste per i pazienti in DH al Das di Patologia clinica sul totale del numero di dimessi in regime DH;

- n° prestazioni di laboratorio di Medicina di Laboratorio/n° casi di DH: indica il numero di prestazioni di laboratorio richieste per i pazienti in DH al Das di Medicina di Laboratorio sul totale del numero di dimessi in regime DH;
- n° prestazioni di Diagnostica per immagini /n° casi di DH: indica il numero di prestazioni di laboratorio richieste per i pazienti in DH al Das di Diagnostica per immagini sul totale del numero di dimessi in regime DH.

A partire da gennaio 2011 i dati di ogni singolo applicativo confluiscono all'interno di un unico sistema, il *Data Warehouse*, il quale, quotidianamente, riceve le informazioni ed aggiorna il *DataBase* in esso contenuto.

A partire dal secondo trimestre 2011 il *report* trimestrale è generato in automatico dal *Data Warehouse*; ciò permette di fornire i *report* stessi in maniera più tempestiva e con una riduzione significativa degli eventuali errori di elaborazione. In aggiunta, il *Data Warehouse* ha consentito l'accesso non solo ai *report*, ma ha fornito la possibilità di accedere ad alcuni flussi (ad esempio i flussi relativi ai Magazzini) per interrogazioni di diverso tipo.

L'attività di reportistica ha previsto, soprattutto nella sua fase iniziale, una forte collaborazione intra-aziendale. Il Controllo interno di Gestione si è occupato della raccolta dei dati proveniente dai diversi uffici: nello specifico si sono venute a creare strette relazioni con la Direzione Sanitaria, l'Ufficio del Personale e il Servizio di Gestione Economico Finanziario; la collaborazione con tali uffici si è rivelato indispensabile soprattutto per una corretta predisposizione del *Data Warehouse* ed una sua efficace fruizione.

La predisposizione della reportistica ha previsto anche la partecipazione dei singoli Dipartimenti con i quali sono state indette delle riunioni volte a diffondere la conoscenza dei *report* e della piattaforma aziendale.

Inoltre, tali riunioni hanno rappresentato un'occasione per individuare dei referenti dipartimentali (ad oggi 46), sia medici che amministrativi, che siano da collegamento tra la Direzione Generale, nello specifico il Controllo di Gestione, ed i Dipartimenti assistenziali ed hanno permesso la possibilità di validare i dati presenti sulla piattaforma, confrontandoli con quelli in possesso del singolo DAs.

## 16. Analisi del contesto aziendale: i punti di forza e di debolezza del processo (Indice)

L'attivazione, nell'ambito di un'organizzazione aziendale, di un processo di programmazione e controllo di gestione, implica la necessità di interfacciarsi con molteplici criticità riconducibili all'impatto che esso genera sulle principali componenti del contesto cui si applica (sul sottosistema organizzativo, in termini di ruoli, responsabilità, meccanismi operativi; sul sottosistema informativo-informatico; sul processo decisionale), comportando necessarie e profonde modificazioni di tali componenti.

L'avvio del processo di programmazione e controllo risulta ancor più difficoltoso in un contesto qual è quello delle Aziende Ospedaliere Universitarie, nel quale, oltre alle difficoltà precedentemente accennate, si aggiungono quelle legate ad alcuni elementi che caratterizzano il contesto specifico: l'oggettiva complessità organizzativa, l'eterogeneità dei processi di produzione, l'elevata autonomia professionale dei dirigenti e degli operatori dei diversi centri di responsabilità, la carenza di una cultura e di una sensibilità diffusa di carattere economico-aziendale, la tendenza ad una esasperata settorializzazione, con difficoltà notevoli di comunicazione orizzontale (tra comparti diversi dell'Azienda) e verticale (tra differenti livelli di responsabilità), la carenza dei diversi sottosistemi informativi di supporto al processo decisionale (gestione dei farmaci, dei materiali sanitari e non sanitari, delle attrezzature).

Uno degli errori che più frequentemente viene commesso nelle Aziende Sanitarie è quello di relegare il Controllo di Gestione nell'area amministrativa, attribuendo ad esso funzioni di natura amministrativo-contabile piuttosto che funzioni di supporto alla Direzione Generale, rispetto alla quale il Controllo di Gestione si pone in naturale e per certi versi intrinseca posizione di *staff*.

All'interno dell'A.O.U. "Federico II" ha, invece, rappresentato un punto di forza nel raggiungimento degli obiettivi prefissati il ruolo centrale riconosciuto, e quindi attribuito, alle attività del Controllo di Gestione da parte della Direzione Generale.

Se da un lato, quindi, si evidenzia l'assenza di un problema spesso presente in realtà analoghe alla nostra, dall'altro non va nascosto che anche all'interno

dell'A.O.U. "Federico II" uno dei problemi critici che si è dovuto affrontare nella realizzazione del cambiamento, è stata la resistenza al cambiamento stesso da parte degli attori coinvolti.

Un'organizzazione in cui le risorse umane giocano un ruolo importante non può svilupparsi senza poter contare sulla partecipazione convinta e attiva delle persone interessate.

Nella fase iniziale del processo di cambiamento implementato le resistenze da parte degli attori coinvolti sono state significative; ciò è da ricondurre principalmente a quella che è spesso la mancanza di una vera e propria cultura aziendale in un contesto che solo in tempi più o meno recenti ha conosciuto tale realtà. La mancanza di una visione d'insieme non ha favorito l'introduzione di strumenti che hanno come fine ultimo il monitoraggio dell'attività svolta dai diversi attori. Le difficoltà riscontrate derivano dal fatto che sia la realizzazione del processo decisionale, che quella del sistema informativo di supporto al processo decisionale, comportano la partecipazione di molteplici soggetti e strutture aziendali, quali, ad esempio, la Direzione Amministrativa, la Direzione Sanitaria, i Servizi amministrativi centrali, quali in primis il Servizio di gestione delle risorse economico-finanziarie ed il Servizio informativo aziendale che devono, quindi, necessariamente interagire tra loro sia per rendere possibile l'acquisizione tempestiva, corretta e completa dei dati necessari a produrre le informazioni (*i report*), che supportano la Direzione Aziendale nelle valutazioni e nelle decisioni in cui si sostanzia il processo di programmazione e controllo, sia per rendere possibile quella integrazione e responsabilizzazione diffusa che costituiscono riferimenti imprescindibili del processo di *budgeting*.

Nello specifico, si tende a percepire il *reporting* come una minaccia per la propria attività e non come uno stimolo al perseguimento di una maggiore efficienza.

La resistenza al cambiamento e quindi al coinvolgimento in tale processo, è stata a volte riscontrata anche in coloro che forniscono i dati necessari alla realizzazione dei *report*, come se si fosse negli anni sviluppato una sorte di "diritto di proprietà" nel dato stesso.

## 17. Le fasi del processo raggiunte (Indice)

### 17.1 La sperimentazione del modello di allocazione dei costi e ricavi ai singoli CdR

L'avvio della sperimentazione della Contabilità Analitica ha costituito un momento cruciale per la valutazione di eventuali interventi di razionalizzazione da effettuare presso l'A.O.U. "Federico II".

Riuscire ad implementare una contabilità analitica ha come vantaggio diretto la conoscenza ed il supporto informativo di ogni risorsa ed attività sia per il responsabile del Dipartimento che per l'intero personale in modo da rendere sempre chiara la gestione di tutte le parti, con il fine ultimo di riuscire a sapere sempre in tempo reale dove e come effettuare eventuali interventi correttivi.

L'esperienza presso l'A.O.U. "Federico II" ha consentito di sperimentare un tentativo di quadratura tra la contabilità generale e la contabilità analitica per linea di attività: da un lato ha permesso un'allocazione in maniera diretta ai DAS di circa il 70% dei costi presenti in Bilancio, mentre per la parte residuale sono stati predisposti dei criteri di ribaltamento.

La determinazione delle risorse attualmente assorbite dai Dipartimenti Assistenziali ha rappresentato, dunque, il punto di partenza per una loro corretta riallocazione.

La prima e forse principale criticità emersa è la parziale integrazione dei vari sottosistemi informativi che non convergono perfettamente nel sistema centralizzato, necessario per una corretta gestione dei dati. Sarebbe corretto che la raccolta dati avvenisse *real-time* in modo da rendere le decisioni tempestive e maggiormente affidabili. Riuscire ad analizzare i dati in modo giusto e con tempi consoni è fondamentale in una gestione qualificata, ma ciò può rendersi fattibile solo se alla base di tutto ciò c'è una reperibilità di dati chiari e dettagliati.

Alcuni dati sono, inoltre, fortemente aggregati tra loro, la loro scindibilità è risultata poco fattibile, inoltre gran parte di quelli riportati nell'elaborato, è stato possibile estrapolarli solo consultando la documentazione cartacea.

Infine, bisognerebbe assicurare una maggiore integrazione tra tutte le competenze sanitarie e amministrative e una maggiore comunicazione integrata tra i vari organi competenti.

## 17.2 Stato dell'arte del processo di budget

Dal punto di vista gestionale il processo di *budget*, avviato in via sperimentale nell'anno 2007, ha di fatto aumentato la capacità da parte della Direzione Aziendale e soprattutto dei Direttori di Dipartimento, di gestire il proprio Dipartimento/Centro di Responsabilità sulla base di dati tempestivi ed affidabili, si è andato quindi accrescendo il ruolo del Direttore dipartimentale che ha una autonomia e una responsabilità oggettiva sull'andamento dell'attività nonché sull'allocazione delle risorse strutturali, umane, strumentali ed economiche.

Dal punto di vista organizzativo, il processo ha spinto verso una maggiore integrazione tra i reparti medico-chirurgici ed i servizi diagnostici anche con la creazione di protocolli diagnostici terapeutici. Inoltre si è reso necessario analizzare le varie fasi di alcuni processi per la reingegnerizzazione degli stessi al fine di una maggiore efficienza ed efficacia e quindi di una riduzione sprechi e più qualità delle prestazioni erogate.

Diversi obiettivi concordati in sede di *budget* soprattutto quelli riguardanti l'utilizzo delle risorse (farmaci, presidi richieste di analisi, ecc.) hanno indotto il personale, all'interno dei dipartimenti, ad avere una maggiore attenzione e sono state adottate pratiche virtuose.

Uno dei principali obiettivi concordati è stato la chiusura della Scheda di Dimissione Ospedaliera nei tempi previsti dalla normativa e soprattutto la corretta compilazione della stessa ai fini di una maggiore valorizzazione tariffaria della prestazione erogata; questo tipo di obiettivo ha avuto un forte impatto economico.

Una prima riflessione è che la fase applicativa di costruzione del sistema di Controllo di Gestione e quindi dell'avvio del *budget* ha avuto un esito positivo nel contesto dell'A.O.U. "Federico II", in quanto si sono verificate una serie di condizioni favorevoli:

- sono state coinvolte le componenti di vertice aziendali; il processo, promosso dalla Direzione Aziendale, ha da subito previsto il coinvolgimento di un attore importante quale la Facoltà di Medicina;
- c'è stata una forte volontà di cambiamento rispetto al passato da parte della Direzione Aziendale;
- la Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria hanno dimostrato grande integrazione e condivisione di obiettivi grazie anche alla stima reciproca dei tre direttori;
- i Direttori di dipartimento assistenziale desiderano avere una maggiore conoscenza oggettiva del dipartimento stesso.

Ai fini della buona riuscita del processo sono risultate fondamentali le modalità di introduzione di tale sistema, il quale richiede e induce un cambiamento culturale, organizzativo, gestionale e l'attivazione di un processo di comunicazione tra i diversi livelli di governo aziendale (nelle Aziende Sanitarie c'è forte scollamento/scarsa comunicazione/ bassa fiducia reciproca tra il vertice e la base).

Inoltre, già dai primi incontri di negoziazione con i vari Centri di Responsabilità, la Direzione Aziendale ha cercato di comunicare il concetto di *budget* nella forma più ampia e corretta, ossia inteso come sistema di obiettivi e di risorse correlate per raggiungerli, purtroppo il *budget* ad oggi viene legato unicamente a risorse economiche ed al concetto di tetto di spesa.

Altro concetto distorto è l'attuale associazione del Controllo di Gestione a controllo punitivo e quindi un'associazione negativa che non giova soprattutto in fase di avvio di tale processo; si è cercato di trasmettere e di dimostrare che il Controllo di Gestione va inteso come guida alla gestione, come supporto ai vari livelli di governo e non solo alla Direzione Aziendale, e quindi anche la valutazione dei risultati durante l'anno (attraverso l'uso dei report) è finalizzata alla comprensione delle problematiche che non hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi condivisi ad inizio anno.

Gli incontri di budget con i vari Dipartimenti assistenziali hanno prodotto risultati molto interessanti e messo in luce alcuni aspetti:

1. c'è grande interesse da parte dei Direttori di Dipartimento in quanto percepiscono l'esigenza di governare su una base di dati;

2. viene apprezzato il metodo della concertazione e condivisione degli obiettivi;
3. il processo avviato è soprattutto di comunicazione, di ascolto da entrambe le parti che si avvalgono di regole concordate e trasparenti;
4. il processo avviato sta contribuendo a rendere i flussi informativi interni (e quindi la contabilità analitica) più tempestivi, completi e precisi in quanto vi è la consapevolezza che sulla base dei dati generati vengono adottate politiche aziendali di breve e di lungo periodo;
5. l'introduzione del sistema di Controllo di Gestione ha determinato la riduzione sostanziale dei comportamenti non corretti preesistenti del sistema, in quanto tutto è maggiormente monitorato, analizzato e valutato.

A conclusione, un ulteriore aspetto importante è rappresentato dal fatto che il processo di budget ha imposto trasparenza nell'adozione delle decisioni a tutti i livelli e quindi queste ultime vengono prese su numeri e dati oggettivi piuttosto che su sensazioni/pressioni. Durante i circa 70 incontri di budget spesso è stato affermato: "è inutile incontrarsi e parlare di obiettivi in presenza di grave carenza di personale, attrezzature e risorse economiche". Vero è esattamente il contrario, cioè che in presenza di risorse scarse la programmazione ed il controllo di gestione risultano ancora più necessari. È indispensabile quindi, sulla base di dati oggettivi e disponibili a tutti i livelli di governo, programmare e distribuire le poche risorse disponibili nel modo più strategico e più corretto possibile.

### 17.3 Risultati raggiunti con il reporting

Le funzione del sistema di *reporting* è, da un lato, quella di trasmettere elementi conoscitivi inerenti alle dinamiche passate e all'andamento attuale della gestione e, dall'altro, quella di elaborare analisi particolareggiate volte a stimolare eventuali interventi sul sistema di programmazione di breve-medio periodo.

A partire dal mese di aprile 2010 è stato inviato ai Direttori di Dipartimento il *report routinario* trimestrale, mediante consegna cartacea. La successiva sfida del Controllo interno di Gestione si è diretta a rendere interattiva e dinamica la frui-

zione dei dati inseriti nei *reports*. Infatti dal mese di ottobre 2010 i *reports* trimestrali sono digitalizzati *on-line* sullo spazio *web* della rete *intranet* aziendale. In particolare, si è proceduto ad attivare una modalità di accesso dinamico-bidirezionale, mediante la rete *intranet* aziendale, con accesso riservato (*login-password*) per il caricamento e la lettura degli andamenti delle variabili economiche aziendali. Tale modalità di accesso ha ulteriormente aumentato la capacità, soprattutto dei direttori di dipartimento, di gestire il proprio dipartimento/centro di responsabilità sulla base di dati tempestivi ed affidabili, accrescendone conseguentemente l'autonomia, soprattutto nella prospettiva della negoziazione di budget, nelle scelte oltre che la responsabilità, rispetto ai risultati raggiunti ed al generale andamento dell'attività, in termini di allocazione delle risorse strutturali, umane, strumentali ed economiche.

L'implementazione del Sistema informativo aziendale permette, oggi, grazie alla fattiva collaborazione di tutti i Dipartimenti, di produrre informazioni attendibili e tempestive, rendendo possibile costruire un clima di confronto costruttivo all'interno dell'Azienda finalizzato anche a consentire, in ambito di negoziazione di *budget*, prospettive di sviluppo per ogni singolo Dipartimento nell'ambito dei livelli di compatibilità economica complessiva dell'Azienda.

La realizzazione del sistema di *reporting* a cura dell'Ufficio di Controllo Interno di Gestione ha consentito in una prima fase di verificare i risultati conseguiti e di identificare fenomeni e tendenze e, successivamente, di costituire un vero supporto per l'ottenimento di dati che hanno portato a delle decisioni da parte dei Direttori dell'A.O.U..

Infatti nella prima fase, il *report* è servito, attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi, a monitorare e validare i dati raccolti dal Controllo Interno di Gestione al fine di renderli conformi alle attività effettivamente svolte ed alle risorse realmente utilizzate dal singolo Dipartimento nel periodo oggetto di analisi.

Inoltre, ogni attività di reportistica intrapresa ha sempre previsto l'inserimento non solo del dato relativo ad un determinato periodo di interesse, ma altresì l'inserimento per la medesima voce del corrispondente dato pregresso, allo scopo di rilevare anche le dinamiche precedenti per un confronto con l'andamento attuale della gestione. Una volta identificate le ragioni degli scostamenti e dopo l'indivi-

duazione delle azioni correttive da intraprendere, si è proceduto ad intervenire sul processo di programmazione, ridefinendo gli obiettivi di breve e medio-lungo periodo e/o i piani gestionali adatti a perseguirli.

In questo senso, l'attività del Controllo di Gestione non si traduce in un'attività di mera vigilanza, bensì di una variabile organizzativa che può rinforzare o correggere atteggiamenti incoerenti con le esigenze di qualità e di orientamento del processo di produzione del Servizio Sanitario Aziendale.

Tutto questo è stato possibile ed ottenibile grazie alla sensibilità della Direzione Aziendale che ha accolto in pieno il senso della reportistica, facendola divenire strumento di base su cui orientare le proprie scelte.

Pare opportuno precisare che il sistema informativo direzionale, caratterizzato strutturalmente da una articolazione modulare, deve essere gestito dall'unità operativa Controllo di Gestione per quanto concerne:

- l'acquisizione dei dati elementari necessari,
- la verifica della rispondenza degli stessi a prefissati requisiti di congruità e completezza;
- la loro elaborazione per la produzione del sistema di reporting.

Le fasi a monte di questo processo tecnico di reporting (dalla scelta degli indicatori attraverso i quali monitorare i fenomeni osservati al layout dei report stessi) e quelle a valle (dall'individuazione delle determinanti che spiegano l'andamento della gestione alla progettazione di interventi di carattere tecnico organizzativo volti al miglioramento) chiamano in gioco altre competenze ed altre funzioni aziendali: per questo è stato indispensabile, come accennato nel corso del terzo capitolo, costituire un gruppo di lavoro permanente nel quale vi erano rappresentate le componenti chiave dell'articolazione organizzativa aziendale, sia sul fronte dei responsabili della gestione amministrativa e contabile delle risorse fisico tecniche e finanziarie, sia sul fronte dell'utilizzo delle stesse nell'ambito dei processi di produzione, nonché i principali servizi di staff della Direzione (in particolare l'area qualità e accreditamento e l'area deputata a gestire il sistema premiante, per le intrinseche connessioni che esso ha con il sistema di *budgeting*).

Nell'implementazione di tale sistema di *reporting* le fasi più rilevanti sono state quelle che hanno previsto il coinvolgimento diretto dei Dipartimenti. Il Controllo di gestione ha fino ad oggi incontrato 23 Dipartimenti e nel corso di tali incontri si è pervenuti alla nomina di 46 referenti tra medici e amministrativi. La finalità di tali riunioni è stata, oltre quella di diffondere la conoscenza della reportistica, anche quella di formare e spiegare gli indicatori utilizzati al fine di motivare ulteriormente i soggetti coinvolti.

A seguito di tali riunioni sono stati predisposti dei verbali dove sono state riportate tutte le segnalazioni emerse in sede di incontro; essi sono stati inviati al Direttore del D.As. ed al suo referente per l'approvazione definitiva del testo.

Successivamente, a partire dal verbale, è stato effettuato un riscontro per ciascun punto e per ciascuna segnalazione individuata. In taluni casi, il riscontro ha permesso di intercettare effettive imprecisioni presenti nel *report* (che sono state corrette a livello del sistema informativo corrispondente), in altri casi, il *report* ha permesso di evidenziare ai Direttori e/o ai referenti alcune informazioni errate in loro possesso. Infatti, talvolta, è stato necessario re-incontrare il Direttore e/o il referente della Struttura Assistenziale.

In ogni caso, tali resoconti sono stati trasmessi per opportuna copia:

- agli Uffici competenti;
- al Direttore del D.As. ed al suo referente;
- al Direttore Generale, al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, al Direttore Medico di Presidio.

Il Controllo di Gestione si è impegnato ad assumere il ruolo di “sportello”, rappresentando cioè un canale di comunicazione strategico nel quale i Dipartimenti possono vedere un interlocutore che da un lato può accoglierne le richieste e comprenderne le esigenze e dall'altro possa permetterne l'interazione con gli uffici di specifica competenza.

Oltre ad aver affinato il sistema, favorendo l'implementazione di un processo di monitoraggio e di controllo finalizzato a guidare l'organizzazione verso il raggiungimento dei propri obiettivi, quest'attività ha permesso altresì di introdurre approcci manageriali all'interno di una realtà che trova non poche difficoltà sia culturali che strutturali, dovute soprattutto all'elevata complessità di tali strutture,

permettendo tra l'altro la diffusione della cultura orientata al miglioramento dei comportamenti e delle procedure.

## 18. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento

### 18.1 Lo sviluppo futuro della reportistica periodica e della logica budgetaria

Il gruppo di lavoro a supporto del processo di programmazione e controllo dovrà assicurare il supporto indispensabile per:

- validare il sistema di *reporting* aziendale specificandone i contenuti in modo progressivamente più aderente alla specificità dei Dipartimenti Assistenziali, inserendo *panel* di indicatori specifici delle attività svolte; alla luce di questo processo, il referente dipartimentale per la reportistica diverrà un “*controller* interno” della propria struttura.
- presidiare le necessarie interconnessioni funzionali tra sistema informativo a supporto del processo di programmazione e controllo (*data warehouse*) e sistema informativo aziendale (*software* specifici dei singoli flussi informativi), individuando e proponendo alla Direzione Aziendale soluzioni idonee a superare le problematiche che si presentano in questo ambito.

Soltanto una riflessione sistematica condivisa con tutti coloro che all'interno dell'azienda sono deputati a gestire i fattori produttivi utilizzati e a registrarne le implicazioni economico-patrimoniali può consentire che si realizzi un processo continuo di miglioramento della qualità del sistema di *reporting*, descritto precedentemente.

Un efficace processo di *budget* dipende, infatti, da quanto gli operatori sono consapevoli e coinvolti con tale sistema e informati delle finalità di tipo gestionali e non di tipo burocratico-amministrativo che appesantiscono il sistema.

Per il miglioramento della qualità di un sistema di *reporting* si prevede il superamento della logica della reportistica statica, anche se informatizzata, - limite di una

cultura della “carta” – sfruttando l’interattività permessa dalle tecnologie informatiche che consentono di ottenere un sistema di *reporting* completo, tempestivo ed attendibile.

L’implementazione di questo processo si ricollega a quella che sarà l’effettivo avvio del processo di *budget* che prevederà, tra l’altro, l’attribuzione al Controllo interno di Gestione della funzione di “sportello” per la strutturazione del *budget*.

Lo sviluppo dell’interattività della reportistica deve servire a coinvolgere tutti i soggetti dipartimentali e la Direzione Aziendale, tale coinvolgimento comporta l’implementazione di un forte processo di comunicazione; per coinvolgere, infatti, occorre diffondere costantemente informazioni e obiettivi all’interno dell’Azienda, utilizzando con i dipendenti il linguaggio dei valori, dell’ascolto, della motivazione.

Obiettivo futuro di tale attività è quello di formare e di promuovere una cultura gestionale tale da innescare - come effetto domino - tra i diversi attori dipartimentali coinvolti una competizione virtuosa, volta al miglioramento continuo in termini di efficienza, efficacia ed economicità. In aggiunta, tale aspetto è strettamente collegato al meccanismo di incentivazione e di premialità aggiuntiva, prevista dal Protocollo di Intesa in corso di approvazione.

Per quanto riguarda lo sviluppo futuro del processo di *budget* i [Decreti n. 14/2009](#) e [n. 60/2011](#) che, come visto, hanno ad oggetto l’implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale, prevede nello specifico un processo di supporto alle attività aziendali attraverso l’adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo *planning*, *budget* e *reporting*; tali modelli vedranno il coinvolgimento dell’ufficio di gestione economico-finanziario e del Controllo Interno di gestione.

Nello specifico il Controllo di Gestione si occuperà del ciclo relativo al *planning*, *budget* e *reporting*. L’implementazione di tale processo comporta la nomina di un Comitato di Budget che, coordinato dal responsabile della funzione Programmazione e Controllo, coadiuvato dal responsabile dell’area Economico Finanziaria, si occuperà di:

- supportare la Direzione Aziendale nella predisposizione del Piano Annuale;
- elaborare e coordinare l’elaborazione dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile del *budget*;

- monitorare il processo di formazione del *Budget* aziendale e verifica il rispetto delle compatibilità economiche generali;
- formulare gli obiettivi per singolo Centro di *Budget* e formalizzarli attraverso la predisposizione delle schede di budget;
- predisporre il calendario di negoziazione con i Centri di *Budget*.

## 18.2 Scenari futuri e attività ulteriori del Controllo Interno di Gestione dell'A.O.U. "Federico II"

Ogni azienda vive in un ambiente istituzionale economico e sociale soggetto a continui cambiamenti. Per un'azienda come la A.O.U. "Federico II" che deve coniugare assistenza con ricerca e didattica, l'esposizione al cambiamento è notevolmente più ampia di qualsiasi altra Azienda Sanitaria. Per poter vincere la sfida al cambiamento vi è un'unica possibilità: l'Azienda deve poter sostenere con i propri sistemi organizzativi e con i propri uomini un continuo processo di apprendimento. Gli strumenti proposti con la presente ricerca costituiscono il primo passo in questa nuova direzione. Ovviamente altri ne dovranno seguire.

Per il triennio 2011-2013 l'A.O.U. Federico II nell'ambito delle attività relative al C.d.G. si è prefissata degli obiettivi specifici:

- *La costruzione del cruscotto direzionale*: si tratta di uno strumento volto ad analizzare l'efficienza delle organizzazioni sanitarie e a correlarla alla capacità di risposta alla domanda di servizi.

L'implementazione di tale attività consentirà di:

- fornire uno strumento di guida per perseguire la realizzazione degli obiettivi attraverso l'utilizzo ottimale delle risorse;
- supportare il processo decisionale attraverso informazioni significative e caratterizzate da un livello adeguato di analiticità;
- introdurre un modello di gestione per risultati in contrapposizione a quello della gestione per adempimenti;

- misurare e valutare l'azione dei diversi centri di responsabilità con tempestività e con cadenza infrannuale;
- riutilizzare il patrimonio informativo esistente acquisendo i dati dai sistemi informatici esistenti ed integrandoli con dati propri;
- utilizzare tecniche moderne di rappresentazione dei dati anche in modo proattivo (adattativo) e multicanale.

*L'analisi dei macro processi aziendali e la reingegnerizzazione dei processi stessi:* si tratta di una diagnosi volta ad individuare le aree di criticità e di possibile miglioramento e a definire i valori obiettivo in termini di metriche di prestazione.

Sulla base di tale diagnosi sarà effettuata la vera e propria riprogettazione che interverrà su tutte le componenti dando origine a un insieme di interventi operativi tra loro correlati (ridefinizione dei flussi, redistribuzione delle responsabilità, realizzazione nuovi sistemi informativi e utilizzo di nuove tecnologie, formazione e incentivazione del personale).

L'assunzione della centralità dei processi e del loro cambiamento, spesso denominata "visione per processi" o "approccio per processi", dovrà portare quindi ad un ripensamento complessivo del ruolo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e delle modalità di progettazione e realizzazione dei sistemi.

Dall'approccio per processi derivano infatti:

- lo snellimento dell'organizzazione, anche con la creazione di gruppi di lavoro interfunzionali, responsabilizzati su obiettivi comuni e capaci di governare direttamente tutte le leve che determinano la prestazione;
- la ricomposizione del lavoro e la modifica delle professionalità richieste, superando la parcellizzazione di compiti e competenze;
- l'instaurazione di modalità formali di gestione dei processi con l'adozione di metriche e di sistemi di rilevazione delle prestazioni continuamente operanti ed integrati con il sistema di Controllo di Gestione;
- l'adozione di modalità di gestione della qualità e di miglioramento continuo, basate sull'osservazione dei risultati e sulla partecipazione *bottom-up* di tutti gli attori interessati.

*L'attività di valutazione economica delle tecnologie esistenti ed emergenti e delle innovazioni proposte:* tali finalità verranno raggiunte tramite la metodologia di *Health Technology Assessment (HTA)*, ampiamente riconosciute in contesti sanitari europei, con caratteristiche di complessità simili a quelle dell'A.O.U. "Federico II".

L'utilizzo della valutazione economica al livello delle politiche si riferisce principalmente alla definizione esplicita di priorità e, di conseguenza, alla decisione su cosa offrire ai cittadini, in quali circostanze e a che prezzo per l'individuo e per la società. La necessità di effettuare uno studio sull'efficacia e sull'efficienza dei servizi forniti in rapporto alla quantità di risorse consumate, origina dal fatto che le risorse disponibili, presso l'A.O.U. "Federico II", per garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie, siano esse umane, strumentali o economiche, sono scarse e comunque insufficienti rispetto alla crescente domanda di salute.

L'HTA è uno degli strumenti di valutazione adottato per identificare un qualsiasi processo di analisi e le conseguenti relazioni delle caratteristiche di una determinata innovazione, anche intesa in termini di processo organizzativo. Queste caratteristiche possono riguardare la sicurezza, l'efficacia, la flessibilità, le indicazioni di utilizzo, i costi, la relazione costo-beneficio, le conseguenze sociali, economiche e ambientali.

L'HTA potrebbe costituire, quindi, uno strumento in grado di favorire l'approccio in modo critico delle decisioni, prevenendo l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate o superflue, contenendo la spesa e migliorando la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria. Se usato in modo appropriato l'HTA è in grado di eliminare tecnologie non sicure, inefficaci e dannose.

In particolare, attraverso l'uso di tale strumento sarà possibile:

- classificare le tecnologie sanitarie e riconoscere le loro caratteristiche ed impatto;
- identificare i fattori che influenzano la diffusione delle tecnologie stesse;
- valutare criticamente gli HTA *report* e definire i criteri per l'adattamento locale.

*4. Implementazione ulteriore CO.AN. e quadratura con CO.GE.:* la quadratura tra CO.AN. e CO.GE. deve essere considerata uno strumento di verifica circa l'esistenza, la completezza e l'accuratezza delle informazioni in esse contenute.

Le attività che ci si propone di realizzare, ad implementare della CO.AN. ultimata, sono:

- confronto tra le voci di costo e di ricavo di Co.Ge. e Co.An., in quanto alcune voci di contabilità generale devono essere riclassificate ai fini del confronto con la contabilità analitica;
- analisi degli scostamenti ed identificazione delle cause;
- predisposizione del Conto Economico di contabilità analitica definitivo;
- recepimento in contabilità analitica degli eventuali scostamenti attribuibili a competenze economiche aventi rilevanza gestionale;
- giustificazione degli scostamenti non recepiti.
- predisposizione della quadratura del risultato di periodo di contabilità analitica e di contabilità generale.

## AREA 4 (Indice)

# IL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE NEL CONTESTO DELLA LEGGE BRUNETTA

**Team del progetto:** Adelaide Ippolito, Francesco Santoni, Roberto Ziccardi, Giuseppe Zollo

**Affiliazioni:**

Collegio Tecnico A.O.U. “Federico II”

## 19. La spinta al cambiamento (Indice)

L'innovazione dell'A.O.U. "Federico II" nella valutazione della *performance* organizzativa ed individuale nasce da esigenze diverse, ma tutte collegate all'urgenza di uscire dal clima di indeterminatezza che caratterizza le aziende sanitarie pubbliche campane. Le spinte al cambiamento hanno, in particolare, messo in luce l'esigenza di implementare in tempi brevi strumenti di programmazione strategica in grado di "guidare" il *management* nelle proprie azioni. Ma la scelta degli specifici strumenti da adottare doveva essere fatta con l'obiettivo di collegare la fase della programmazione vera e propria con quella della valutazione della *performance* individuale ed organizzativa. In modo particolare, occorreva far evolvere la valutazione del personale da mero adempimento burocratico a strumento di motivazione del personale e di supporto nel raggiungimento degli obiettivi strategici. Questa azione, mancando, tuttavia, nell'A.O.U. "Federico II" adeguate professionalità deputate alla pianificazione e programmazione strategica, che operassero a supporto della Direzione Strategica, è stata svolta dall'organismo di staff deputato alla valutazione del personale: il Collegio Tecnico, i cui compiti, dal punto di vista formale, risultavano tracciati dal precedente "Atto aziendale" nei seguenti:

- "attività di valutazione e monitoraggio, verificando l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli atti di programmazione; in particolare tale attività consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate, gli obiettivi prescelti, le scelte operative effettuate rispetto alle risorse assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità della mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi;
- attività di verifica dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;

- controllo delle attività svolte dalle strutture aziendali in termini documentati e sintetici, attraverso la valutazione degli indicatori ed il loro confronto con i parametri di riferimento”.

## 20. La situazione al momento di avvio del processo di innovazione e cambiamento (Indice)

Al momento di avvio del processo di innovazione nell’ambito della valutazione della *performance* organizzativa ed individuale, ma anche nella pianificazione strategica, le condizioni del contesto esterno ed interno all’A.O.U. “Federico II” si presentavano abbastanza complesse. In particolare, le azioni da sviluppare dovevano realizzarsi in coerenza con indicazioni normative nazionali e regionali ben precise, ma dovevano anche essere in sintonia con le condizioni di contesto interne all’Azienda. Soprattutto, la normativa regionale collegata al “commissariamento” del Sistema sanitario regionale contribuiva, e contribuisce ancora, a vincolare fortemente gli ambiti di azione dell’A.O.U. “Federico II”, ma anche di tutte le altre aziende sanitarie pubbliche operanti nel contesto regionale.

L’analisi del dettato normativo delinea, quindi, il sistema dei vincoli e delle opportunità che hanno caratterizzato tutto il processo di innovazione nell’ambito della pianificazione strategica, ma anche dei sistemi di valutazione della *performance* organizzativa ed individuale, per cui si rende necessario un suo esame che consenta di porre in evidenza i confini sia a livello nazionale sia a livello regionale che hanno delimitato le azioni sviluppate, ma anche le peculiarità proprie del contesto interno, che, occorre sempre tenere presente, sono collegate alla natura universitaria dell’Azienda.

### 20.1 La normativa nazionale: la valutazione del personale

L’analisi dell’influenza della normativa nazionale in tema di valutazione della performance si presenta molto interessante soprattutto per quanto attiene le recenti disposizioni in tema di produttività, efficienza e trasparenza delle amministrazioni

pubbliche, anche se, occorre sottolineare, l'adozione di sistemi basati sulla valutazione delle performance raggiunte non può essere considerata come la panacea in grado di risolvere le problematiche che hanno sempre caratterizzato il pubblico impiego. Infatti, la semplice applicazione di normative, pur se molto innovative, non può contribuire all'introduzione del cambiamento, ma occorre, soprattutto, modificare la cultura delle organizzazioni pubbliche, in modo che, per ciò che attiene la politica del personale, diventino delle organizzazioni orientate all'apprendimento in grado di favorire la motivazione e la soddisfazione delle risorse umane.

Volendo procedere all'analisi cronologica della legislazione nazionale collegata alla valutazione delle performance, un primo punto da approfondire è la normativa in tema di valutazione del personale emanata nel corso degli anni attraverso i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro in sanità. Il [D.lgs 517/99](#), "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università", sancisce all'art. 5, comma 13 che gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonché quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico. I contratti che, in particolare, occorre maggiormente tenere in conto sono i CC.CC.NN.LL. [2002-2005](#) e [2006-2009](#) per la dirigenza medico-veterinaria e per la dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Le indicazioni contenute nei contratti collettivi disciplinano, tra gli altri, i diversi aspetti della valutazione del personale, poiché uno degli aspetti critici nella gestione delle risorse umane è la definizione di un efficace sistema di retribuzione e di incentivazione delle prestazioni rese dai lavoratori. L'incentivazione, in particolare, assume un ruolo di primaria importanza per favorire, nell'ottica degli obiettivi definiti, la promozione dei comportamenti attesi e il contrasto di quelli anomali.

Il processo di cambiamento che ha investito il settore sanitario negli ultimi venti anni ha posto in piena luce l'esigenza di sviluppare sistemi di valutazione ed incentivazione del personale coerenti con i sistemi di gestione del personale, che favoriscano la promozione delle professionalità in dotazione all'azienda sanitaria ed il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza definiti. Ciò ha dato

luogo ad un costante interesse per le metodologie sviluppate per la valutazione, gestione e promozione delle risorse umane, in contraddizione con le politiche di gestione del personale che hanno sempre connotato il settore pubblico in genere.

L'esigenza di sviluppare efficaci ed efficienti sistemi di valutazione delle amministrazioni pubbliche pone in evidenza la criticità della metodologia di valutazione adottata; infatti, se tale metodologia assume un ruolo articolato di incentivazione, valorizzazione e promozione della crescita professionale delle risorse umane la sua progettazione non può prescindere da un'accurata analisi della realtà in cui si va ad inserire e delle finalità che si vogliono raggiungere, anche se gli ultimi studi sviluppati in tale contesto pongono l'attenzione piuttosto che sugli strumenti di valutazione adottati sui processi cognitivi sviluppati dai soggetti che realizzano la valutazione.

L'adozione di un efficace sistema di valutazione, tuttavia, non è legato solamente all'esistenza, o meno, di distorsioni legate a meccanismi cognitivi, ma anche a problematiche proprie del settore pubblico, connesse soprattutto alla mancanza di una cultura della valutazione e della sua utilizzazione in una logica di gestione manageriale. La valutazione dei dipendenti pubblici, in generale, e nel settore sanitario, in particolare, è stata vista per molto tempo come un mero adempimento di natura contrattuale, cui si ottemperava senza prendere in considerazione gli effetti che tale valutazione poteva assumere ai fini dello sviluppo di processi di miglioramento organizzativi da implementare nel breve termine, ma soprattutto in coerenza con gli obiettivi strategici che l'amministrazione pubblica si proponeva di perseguire. I sistemi di valutazione del personale, infatti, oltre al fine loro peculiare di distribuire gli incentivi previsti per il personale, possono assumere la valenza di leve da utilizzare per assicurare nel tempo l'adozione dei comportamenti organizzativi voluti, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda sanitaria. Un utilizzo della valutazione del personale secondo un'ottica strategica, inoltre, può consentire la riqualificazione del personale in dotazione, favorendo lo sviluppo delle professionalità necessarie a scapito di quelle meno utili per le finalità perseguite.

Naturalmente, l'avvio dei processi di cambiamento precedentemente indicati non sono affatto in grado di garantire che l'implementazione del sistema di valutazione sia efficace, ossia consenta di soddisfare le esigenze innovative preceden-

temente indicate. Infatti, la realizzazione pratica di qualsiasi cambiamento in quelle che sono le prassi consolidate si scontra spesso, e questo è particolarmente valido nelle amministrazioni pubbliche che per lungo tempo hanno operato in una sorta di cristallizzazione organizzativa, con le resistenze sviluppate dalle organizzazioni, le quali o perché temono semplicemente ogni minimo cambiamento introdotto o perché hanno difficoltà ad adottare nuove procedure e/o nuove filosofie organizzative oppongono degli ostacoli.

## 20.2 La normativa nazionale: il D.Lgs n. 150/2009

Il [D.Lgs n. 150 del 27 ottobre 2009](#), “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, ha introdotto significative innovazioni in tema di valutazione della *performance*; tale normativa, nel particolare, si pone lo scopo di “avviare una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, intervenendo in particolare in materia di contrattazione collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, di valorizzazione del merito, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare” (art. 3, comma 3).

Il carattere innovativo di tale normativa risiede soprattutto negli strumenti previsti ai fini della valutazione della *performance* organizzativa ed individuale, che costituiscono un vero e proprio percorso che viene tracciato affinché l’amministrazione pubblica implementi in modo efficace il monitoraggio ed il miglioramento delle proprie *performance* e ciò non può che costituire uno stimolo per le amministrazioni, oltre che una sfida per le realtà che non hanno ancora pienamente implementato i processi di aziendalizzazione, come le strutture sanitarie del meridione. A tale riguardo, gli strumenti suddetti sono di seguito indicati:

- Ciclo di gestione della *performance*, che costituisce una previsione delle caratteristiche dei principali strumenti di programmazione e valutazione dell’amministrazione.

- Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, che pone come obiettivo la valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'amministrazione.
- Piano della *performance*, che si sostanzia in una programmazione triennale degli obiettivi strategici dell'amministrazione.
- Relazione sulla *performance*, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti.

### 20.3 La normativa nazionale: la Delibera n. 89/2010

La [delibera n. 89/2010](#), “Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* (articoli 13, comma 6, lett. d) e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)” della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, introduce il concetto di misurazione della *performance* a livello organizzativo suggerendo l'adozione di appositi strumenti tra cui:

- la *Balanced Scorecard*, strumento coerente di misurazione e controllo strategico caratterizzato da un forte legame sia tra risultati, processi e risorse, nonché tra obiettivi, indicatori ed azioni.
- Il *Performance Prism*, anch'esso è uno strumento di misurazione strategica la cui prospettiva è incentrata sugli *stakeholder*.
- Il *Common Assessment Framework*, è ispirato ai sistemi di qualità (EFQM, *European Foundation for Quality Management*), si fonda sull'autovalutazione e utilizza una larga gamma di indicatori.

### 20.4 La normativa regionale in tema di riduzione del disavanzo e le sue implicazioni

Il commissariamento del Sistema Sanitario della Regione Campania, dichiarato nel luglio 2009, ha contribuito a delimitare fortemente, rispetto al passato,

i margini di discrezionalità strategica attribuiti alle aziende sanitarie. Infatti, le disposizioni collegate al Piano di rientro della debitoria pongono dei rilevanti vincoli alla gestione delle aziende, sia ponendo dei limiti rigidi alle spese realizzabili sia imponendo degli obiettivi in termini di miglioramento dell'appropriatezza (si veda, ad esempio, il [D.G.R.C. n. 5 del 30/09/2009](#)), che influenzano non solo le condizioni di efficienza delle aziende sanitarie campane, ma anche le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni sanitarie. Tutto ciò si sviluppa in uno scenario dove molti dei compiti attribuiti allo Stato si sono ridotti. Infatti, l'avvio del processo di decentramento dei poteri e di devoluzione ha dato luogo alla Riforma del titolo V della Costituzione e l'Accordo tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001 ha previsto la potestà della legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e la potestà regolamentare delle Regioni in materia sanitaria.

La Regione, a sua volta, sviluppa con le aziende sanitarie un complesso di interazioni che influenzano, in misura più o meno determinante, i processi realizzati da queste ultime. In particolare, il sovra-sistema Regione definisce le linee della programmazione del settore sanitario attraverso il Piano Sanitario Regionale ed, inoltre, definisce, attraverso il mandato assegnato all'organo di governo aziendale, i macro-obiettivi che dovranno caratterizzare la strategia aziendale.

A tale riguardo, nel comma 13, art. 1, del [d.lgs 229/99](#) si definisce il Piano Sanitario Regionale come piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale, adottano o adeguano i Piani Sanitari Regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori pubblici e privati e delle strutture private accreditate del Servizio Sanitario Nazionale. Gli schemi o progetti di piani elaborati dalle Regioni e dalle Province autonome sono trasmessi al ministro della Salute che esprime il parere

di coerenza degli stessi con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale, entro trenta giorni dalla trasmissione dell'atto e sentito il parere dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Il processo di decentramento dei poteri e di devoluzione ha, quindi, ampliato la sfera dei poteri attribuiti alle Regioni, tuttavia, nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale (SSR) il ruolo che l'Ente Regione può decidere di assumere può esprimere un diverso grado di dirigismo. "Perché un SSR possa essere definito effettivamente come un sistema, e non come la semplice sommatoria di n componenti scollegate, occorre che la Regione sviluppi comunque un proprio ruolo di governo, che può assumere, a seconda dell'intensità dell'esercizio di prerogative di governo nei confronti delle aziende sanitarie controllate, quattro possibili configurazioni. Presentandole in ordine crescente rispetto al ruolo di governo esercitato dalla capogruppo esse risultano essere:

- di regolazione;
- di controllo;
- strategica;
- operativa" (Lega e Longo 2002, p. 13).

Naturalmente, la possibilità per l'ente Regione di assumere un ruolo nel Sistema Sanitario Regionale piuttosto che un altro dipende dal configurarsi di fattori tra cui Lega e Longo individuano soprattutto i seguenti:

- "lo stato di sviluppo manageriale della Regione e delle aziende;
- la dimensione della Regione e del suo SSR in termini di numerosità e complessità degli autori pubblici e privati;
- la pressione economica di partenza ed accumulata dal sistema;
- il grado di fiducia esistente tra organi di direzione regionali e direzioni generali aziendali" (Lega e Longo 2002, p. 14).

**Tabella 9 - Gli aspetti contingenti che influenzano il diverso ruolo della Regione nel Ssr  
(Lega e Longo 2002, p. 14)**

Ruolo Regione	Authority	Regolatore	Strategico	Operativo
Fattori contingenti				
Sviluppo competenze manageriali in Regione e nelle aziende	ALTO	MEDIO-BASSO	ALTO Regione MEDIO Aziende	ALTO Regione BASSO Aziende
Dimensioni Regione e complessità del Ssr in termini di numero e tipologia di attori in esso operanti	ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO-ALTO	BASSO
Situazione economica del sistema	POSITIVA	A RISCHIO	DIFFICILE	NEGATIVA
Rapporto di fiducia instaurato tra Regione ed aziende	ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO	INSTABILE

Il primo tipo di ruolo assunto è quello tipico dell'*authority*, in cui sono tracciati i principi di massima del sistema, le aziende sanitarie, nei limiti indicati da tali principi, sono libere di operare e di sviluppare la loro azione in piena discrezionalità, compreso il ruolo di esercizio tipico delle funzioni di controllo. Il secondo ruolo esercitabile dalla Regione è quello del regolatore, in cui sono sviluppati, oltre ai compiti tipici dell'*authority*, quelli di controllo sulle aziende sanitarie generalmente di competenza dell'ente Regione. Il terzo ruolo esercitabile è quello strate-

gico, in cui l'ente Regione sviluppa un ruolo molto più incisivo dei precedenti, "utilizzando la leva della pianificazione strategica come strumento di indirizzo e di coordinamento delle aziende" (Lega e Longo 2002, p. 13). L'ultimo ruolo considerato è quello operativo, in cui il ruolo dirigitista dell'ente Regione raggiunge il massimo livello di sviluppo, per cui il Sistema Sanitario Regionale "si configura come un gruppo strutturato secondo un modello divisionale, in cui ogni azienda rappresenta una divisione con autonomia contabile e specifiche responsabilità di risultato, ma con una limitata autonomia decisionale" (Lega e Longo 2002, p. 14).

Nell'attuale configurazione strategica la Regione sviluppa con le aziende sanitarie un complesso di interazioni che influenzano, in misura più o meno determinante, i processi realizzati da queste ultime, in particolare, il sovra-sistema Regione definisce le linee della programmazione del settore sanitario attraverso il Piano Sanitario Regionale ed, inoltre, definisce, attraverso il mandato assegnato all'organo di governo aziendale, i macro-obiettivi che dovranno caratterizzare la strategia aziendale.

Le diverse tipologie di ruoli di governo che l'ente Regione può assumere nel Sistema Sanitario Regionale non pongono in discussione il ruolo fondamentale assunto dalla strategia nelle aziende sanitarie pubbliche e, soprattutto, la discrezionalità strategica di cui esse godono. È pur vero che all'aumento del ruolo dirigitista esercitato dalla Regione l'autonomia delle aziende sanitarie pubbliche si riduce, tuttavia, ciò non annulla l'autonomia strategica esercitabile, infatti, tutto dipende dalla capacità di ogni azienda sanitaria pubblica di saper interpretare il proprio ruolo nell'ambito dei limiti definiti dall'ente Regione.

L'analisi degli spazi di autonomia strategica attribuibili alle aziende sanitarie pubbliche è spesso oggetto di ampi dibattiti tra gli studiosi del settore, anche se, occorre sottolineare, che tale problematica rientra nell'ambito delle valutazioni degli spazi di autonomia di cui sono dotati gli istituti pubblici in genere, ossia gli istituti che operano per definizione in un ambiente fortemente normato. L'esistenza di spazi strategici per gli istituti pubblici, in genere, ed, in particolare, per le aziende sanitarie pubbliche, come già affermato, non può essere negata, infatti, tutti gli istituti pubblici operano in contesti ambientali più o meno caratterizzati dalla dinamicità, acuita dai processi di deregolamentazione e devoluzione dei poteri, i quali rendono sempre più necessaria un'analisi dinamica della propria posizione sul mercato e del ruolo

che può essere assunto nella soddisfazione dei bisogni dei cittadini, quindi, l'adozione di un orientamento strategico e degli strumenti connessi assume un ruolo fondamentale per la capacità dell'azienda sanitaria pubblica di integrarsi nell'ambiente di riferimento e di dare risposte efficaci ai bisogni di salute della collettività.

Acclarata la discrezionalità strategica propria delle aziende sanitarie pubbliche, occorre definire come tale discrezionalità si possa conciliare con il ruolo di governo, più o meno dirigista, proprio dell'ente Regione; in altre parole, l'interrogativo che si pone è come può l'ente Regione "influenzare" i comportamenti strategici delle aziende sanitarie pubbliche, in modo da renderli consonanti con le proprie finalità strategiche, soprattutto se si è in una situazione di grave crisi finanziaria come quella attualmente vissuta dalla Regione Campania. L'interrogativo non si presenta molto semplice da analizzare, poiché il sistema sanitario regionale, considerato complessivamente, può essere fatto rientrare nel novero dei sistemi di pianificazione flessibili, ossia delle *umbrella strategies* (Mintzberg e Waters 1985), per i quali sono definiti, a livello di vertice, solo gli obiettivi di massima, mentre i livelli inferiori sono delegati ad adottare scelte strategiche consonanti con tali obiettivi. Ciò comporta che il *management* che opera al vertice strategico può soltanto fissare le linee generali delle azioni da realizzare. Questa impostazione è, in genere, adottata quando l'ambiente si presenta come complesso e pone in evidenza, da un lato, l'esistenza di una visione da parte del *top management* (la strategia è voluta e deliberata nelle sue linee generali ma non nei diversi dettagli), ma allo stesso tempo l'operare di una libertà di interpretazione che presuppone tuttavia anche un controllo costante per vedere se si agisce entro i binari prestabiliti.

La strategia ombrello potrebbe, quindi, non garantire una piena consonanza tra gli obiettivi strategici dell'Assessorato alla Sanità e le scelte strategiche operate dalle aziende sanitarie pubbliche, cosa che, come già evidenziato, potrebbe costituire un elemento di grave instabilità in una situazione di grave indebitamento del sistema sanitario regionale. Qualsiasi strumento adottato, però, da solo non può garantire che effettivamente tutti i comportamenti delle aziende sanitarie si realizzino in sintonia con gli obiettivi regionali, ma, occorre che si realizzi un ruolo di forte "regia" all'interno del sistema sanitario regionale, che sia in grado effettivamente di rendere consonanti i comportamenti strategici ed operativi delle aziende

sanitarie pubbliche con gli obiettivi prioritari dell'Assessorato alla Sanità. Nel governo di sistemi sociali in condizioni di crisi, infatti, risulta essere particolarmente necessaria una centralizzazione decisionale. In tali situazioni, infatti, la struttura amministrativa dovrà avvalersi di un sistema di guida dotato di notevoli capacità ordinamentali. Le diverse variabili "burocratiche" del sistema potranno essere collegate tra loro in relazione al grado di accentramento, proprio attraverso opportuni strumenti di pianificazione e controllo strategico.

### 20.5 Le condizioni di contesto interno dell'A.O.U. "Federico II"

Al momento dell'insediamento dell'attuale vertice strategico dell'Azienda, ossia a gennaio del 2008, l'A.O.U. "Federico II" presentava una situazione di notevoli criticità, nonostante le precedenti amministrazioni avessero profuso notevoli sforzi per eliminare o ridurre tali aspetti critici.

Molte delle criticità presenti erano da collegare alle caratteristiche che connotavano, e connotano tuttora, le aziende sanitarie della Regione Campania, in modo particolare l'esiguità dei fondi a disposizione del sistema sanitario regionale. Tale problematica può essere considerata come la causa generatrice di ulteriori fattori di crisi, come l'inadeguato ammodernamento delle tecnologie sanitarie, la mancanza di alcuni profili professionali nella pianta organica delle aziende sanitarie e l'aumento dell'età media del personale sia sanitario che amministrativo.

Altre criticità erano, e sono ancora, invece, da collegare alle caratteristiche proprie dell'azienda ospedaliera universitaria, infatti, la presenza di tre finalità specifiche, quali l'assistenza, la ricerca e la didattica, tra loro profondamente legate da un rapporto di mutualismo ma anche di idiosincrasia, fa sì che le problematiche organizzative tipiche delle strutture sanitarie pubbliche risultino amplificate nell'ambito di un contesto di *university (o teaching) hospital*. Si fa riferimento, in particolare, alle peculiarità dei sistemi organizzativi a connessione debole (*loosely coupled systems*). L'articolazione delle organizzazioni sanitarie in dipartimenti/divisioni semi-autonomi focalizzati su una specifica offerta di prestazioni dà luogo, infatti, ad una serie di fattori critici, in primo luogo, costituiti dalla difficoltà di cir-

colazione delle informazioni. Non si deve, inoltre, dimenticare che le organizzazioni sanitarie ruotano attorno alla figura del professionista medico, che si connota per l'elevata autonomia clinica, poiché egli opera senza un diretto controllo di ordine manageriale all'interno dell'organizzazione, in una sostanziale indipendenza, con una responsabilità diretta, nei limiti delle risorse a disposizione, nella determinazione della qualità e quantità dei mezzi necessari per l'erogazione delle prestazioni. L'organizzazione diviene in un certo senso strumentale alla erogazione della prestazione decisa dal professionista, se poi il professionista medico oltre all'esigenza di dover realizzare l'attività di assistenza deve anche soddisfare obiettivi collegati alla didattica ed alla ricerca, risulta palese come gli ambiti di discrezionalità dell'operato risultano essere amplificati.

L'istituto aziendale, infatti, sia esso privato o pubblico, è un sistema unitario organico che rappresenta e definisce l'interezza della entità anche sociale con la quale interagisce e nella quale opera. La natura sistemica dell'istituto aziendale quale sistema di parti interdipendenti tra loro interrelate in considerazione della realizzazione di un unico fine è confermata dalla presenza di parti rappresentate dai soggetti, dai mezzi e dalle strutture, dalle relazioni biunivoche tra tali parti e dalla presenza del fine unico per il quale si opera (Orton e Weick 1990).

Si possono considerare differenti aspetti in relazione alle diverse componenti dei sistemi. Se ci si concentra sulle parti componenti ed, in particolare sui soggetti, si possono distinguere per loro diverse qualificazioni (ad esempio numerosità, eterogeneità le quali possono dare indicazioni circa le dimensioni, la varietà etc.). È utile, nell'analisi dei sistemi pubblici, qualificare le parti rispetto alla loro distinguibilità e rispetto alla reattività la cui combinazione esprime delle dimensioni e specificità dei sistemi. Si tratta, infatti, di elementi qualitativi delle relazioni che intercorrono tra le parti interessate in grado di evidenziare e spiegare il tipo di connessione che esiste tra le parti e il grado di connessione del sistema nel suo complesso.

La distinguibilità delle parti del sistema è riferita al grado di riconoscibilità delle parti all'interno del sistema. L'esistenza, o meno, di distinguibilità e di reattività definisce quattro tipologie concettuali che riproducono aspetti della realtà degli organismi pubblici e degli istituti economici da essi racchiusi.

Se esse si "amalgamano" completamente nel sistema, tanto da non poter rile-

varle nella loro identità ed unicità all'interno del sistema, non saranno più distinguibili, mentre vi sono sistemi in cui le parti pur agendo per il fine sistemico unitario conservano una forte autonomia di identità e rimangono distinguibili in tale identità soggettiva. La reattività, letteralmente, è l'attitudine a reagire a stimoli posti dall'esterno (macrosistemi o altri sistemi componenti il sistema ambientale) delle parti nell'insieme considerate (come sistema).

Secondo l'assenza o presenza di reattività e della assenza o presenza distinguibilità si individuano quattro differenti sistemi: sistemi sconnessi (assenza di reattività e di distinguibilità); sistemi strettamente connessi (presenza di reattività e assenza di distinguibilità); sistemi sconnessi (assenza di reattività ed assenza di distinguibilità); sistemi debolmente connessi (presenza di reattività e presenza di distinguibilità).

I sistemi a connessione debole sono reattivi ed anche distinguibili. La prima caratteristica ne garantisce l'azione e la reazione agli stimoli ed alle pressioni sia interne, sia esterne; la seconda caratteristica – la distinguibilità delle parti – conferisce al sistema una particolare qualità, in quanto le parti mantengono la loro distinguibilità, perciò le proprie "individualità" non si annullano completamente nel sistema di cui sono componenti e possono, perciò, attivarsi autonomamente al fine di trovare nuovi stati e nuove combinazioni dinamiche all'interno e verso l'esterno. Ciò significa che mantengono un'autonomia all'azione quando il sistema nel suo complesso si trovi in uno stato caotico e che sono, inoltre, centri nevralgici e connettori informativi anche in termini decisionali con forti caratteristiche di auto propulsione per il sistema stesso. Ciò vuol dire che l'indeterminatezza provocata anche da stimoli ambientali esterni può trovare soluzione nell'attivarsi di una delle parti che contribuisce a riconfigurare la visione e la reazione dell'intero sistema. In tal modo, l'impulso può venire da una parte o dal contributo combinato delle diverse parti ciascuna delle quali è capace di offrire un'analisi ed una soluzione relativa ad uno specifico punto di osservazione rilevante per ciascuno, ma tutti significativi per l'intero sistema.

Il sistema a connessione debole, perciò, più che causa di indeterminatezza è causato da indeterminatezza (March e Olsen, 1992) e la sua specificità permette contemporaneamente il *making sense* (Weick, 1993), ossia la creazione di significato, in presenza di un'elevata diversità (White e Adams, 1994) e consente la caratteristica di adattamento e di rapida risposta al caos esterno ed interno (Weick, 1976).

Il sistema della pubblica amministrazione si presenta come un sistema di tal tipo per il fatto di essere composto di unità locali e territoriali di un sistema diretto (centro-periferia) ed indiretto (enti locali e intervento nel sistema produttivo). Tale sistema agisce e reagisce sia attraverso i legami istituzionali del sistema pubblico, ma anche attraverso legami collaborativi che si instaurano per fronteggiare situazioni complesse o complicate per indisponibilità di mezzi materiali ed immateriali (anche rispetto alle dimensioni singole) per un'unica unità aziendale pubblica locale.

Tali caratteristiche sono alla base di approcci di analisi ambientale e di modalità di definizione delle decisioni di tipo strategico e competitivo, inteso come confronto sostenibile con il contesto e la propria sopravvivenza in esso. L'altro punto da affrontare è l'approccio strategico da adottare, ovvero la formazione e la tipologia di strategia da adottare. In presenza di eterogeneità e connettività debole, a salvaguardia di reattività e diversità, si rende idoneo un approccio di "strategia ombrello".

## 21. Le azioni realizzate per avviare il processo di innovazione e cambiamento (Indice)

L'avvio del processo di innovazione nella valutazione della *performance* dell'A.O.U. "Federico II" si presentava molto difficile, anche se allo stesso modo era molto stimolante, soprattutto perché, per la prima volta, sarebbero stati definiti in modo strutturato ed organico degli strumenti che avrebbero dovuto avere un ruolo di guida e di supporto alla gestione dell'Azienda e non costituire solo un mero adempimento burocratico. In particolare, l'adozione degli strumenti di valutazione della *performance* organizzativa, così come previsti dal D.Lgs 150/2009, danno implicitamente la spinta allo sviluppo di un processo di pianificazione e programmazione strategica che, in modo articolato, non era mai stato realizzato in Azienda, anche se l'esigenza era avvertita già da tempo, per cui molti erano gli ostacoli da affrontare, ma anche i dubbi sulle azioni da compiere.

Le prime azioni sviluppate hanno interessato la definizione della metodologia da utilizzare ai fini della valutazione della dirigenza; questa fase, occorre tuttavia precisare, non ha richiesto notevoli sforzi, anche perché nella precedente gestione era già stata messa a punto una bozza di metodologia da parte dell'organismo di

valutazione di cui due componenti sono parte integrante dell'attuale Collegio Tecnico. Sono state, quindi, realizzate diverse riunioni nei primi mesi del 2010 tra la Direzione Strategica ed il Collegio Tecnico per definire la coerenza della bozza di metodologia precedentemente sviluppata con le indicazioni proposte dal D.Lgs 150/2009 e, soprattutto, con gli obiettivi e le finalità che la Direzione Strategica collegava all'adozione del sistema di valutazione del personale. La precedente bozza di metodologia di valutazione della dirigenza è stata, quindi, sottoposta a diverse modifiche che l'hanno resa maggiormente coerente con le nuove indicazioni normative e di politica aziendale, nello specifico, la parte connessa alla valutazione delle competenze e dei comportamenti dei dirigenti è stata adeguata alle indicazioni suggerite dal Fornez e sorte nell'ambito di diverse sperimentazioni realizzate con gruppi pilota di aziende sanitarie di tutta Italia.

La seconda fase delle azioni realizzate nel processo di innovazione è stata la definizione di un processo di pianificazione e programmazione strategica e la determinazione degli strumenti per la realizzazione della valutazione della *performance* organizzativa, che sono andate avanti di pari passo, in considerazione del fatto che gli strumenti di valutazione della *performance* organizzativa previsti dal D.Lgs 150/2009 (si fa riferimento in modo particolare al Ciclo di gestione della *performance* ed al Piano della *performance*), come già affermato in precedenza, presuppongono che l'amministrazione pubblica che li adotti abbia definito un processo di pianificazione e programmazione strategica, visto che, nello specifico, si fa riferimento ad obiettivi triennali, infatti, all'art. 5, comma 1, del già citato decreto si afferma che "gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative". L'estrema criticità di questa fase ha richiesto la costituzione di un vero e proprio gruppo di lavoro del Collegio Tecnico con la Direzione Strategica, che ha coinvolto, di volta in volta, i diversi dirigenti dell'area amministrativa e della Direzione Sanitaria.

Le riunioni realizzate dal gruppo di lavoro hanno avuto soprattutto la finalità di definire, considerata la missione ed i valori aziendali, gli obiettivi che l'A.O.U. "Federico II" poteva programmare fino al 2013 entro i limiti indicati dai decreti del sub-commissario ad acta per la riduzione del disavanzo della Regione Campa-

nia. Quest'ultima è stata la parte che ha richiesto maggiori riflessioni, infatti, l'estrema rigidità della normativa menzionata, soprattutto per quanto attiene gli obiettivi di appropriatezza definiti dal D.G.R.C. n. 5 del 30/09/2009, non lasciavano un grande discrezionalità nella definizione degli obiettivi, poiché la convinzione generale emersa dai colloqui con molti dei dirigenti delle unità organizzative era quella di non appesantire troppo l'attività di gestione con un numero eccessivo di obiettivi, soprattutto in una fase di partenza del processo di pianificazione e programmazione strategica, quindi, considerato il numero non esiguo delle indicazioni cogenti previste dal piano di rientro del disavanzo regionale, gli obiettivi collegati alle peculiarità dell'Azienda dovevano essere limitati in numero allo stretto necessario. Si è proceduto, quindi, alla individuazione degli obiettivi collegati alle criticità aziendali, i quali, tuttavia, erano comunque abbastanza chiari, poiché negli anni precedenti erano stati individuati una serie di obiettivi, cui era stata legata l'incentivazione della valutazione della dirigenza, connessi agli aspetti aziendali che necessitavano un intervento di modifica dell'andamento dei risultati, come, ad esempio, il ritardo che avevano alcuni dipartimenti nell'ottemperare alla tempistica dei flussi informativi collegati alle schede di dimissione ospedaliera.

Una ulteriore fase del processo ha interessato le azioni sviluppate per la definizione di alcuni aspetti importanti del Ciclo di gestione della *performance* come, ad esempio, il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse e la scelta dello strumento da utilizzare per favorire l'implementazione ed il controllo del processo strategico; per quest'ultimo aspetto la scelta è ricaduta sulla *Balanced Scorecard*.

La *Balanced Scorecard* è stata sviluppata per la prima volta nel 1992 dagli studiosi Robert Kaplan e David Norton. Con la *Balanced Scorecard* si introduce un approccio olistico per la misurazione delle *performance* aziendali superando così i limiti dell'approccio basato sulla contabilità economico finanziaria tradizionale: la misurazione di tipo finanziaria focalizza, infatti, l'attenzione quasi esclusivamente sul comportamento a breve termine, sulla *performance* immediata e sacrifica la creazione di valore a lungo termine. Il modello sviluppato dalla *Balanced Scorecard*, partendo dal presupposto che affidarsi unicamente a misure di tipo economico-finanziario può indurre le organizzazioni in errore, in quanto si tratta di indicatori ex post che forniscono informazioni relative ad azioni che sono state già

realizzate, va oltre e affianca agli indicatori ex post indicatori di *performance* futura.

Nel 1996 la *Balanced Scorecard* subisce un'evoluzione, si passa da una *Balanced Scorecard* intesa come scheda di misurazione delle *performance* aziendali ad una *Balanced Scorecard* intesa come processo di *management* strategico. La *Balanced Scorecard* rappresenta, quindi, una metodologia di controllo strategico utilizzata per descrivere, attuare e gestire la strategia di tutta l'organizzazione, allo scopo di tradurre missioni e strategie in una serie completa di misure della *performance*. In tal modo viene a delinearsi un nuovo sistema di *management* in cui la *Balanced Scorecard* ha il merito di collegare gli obiettivi operativi a breve termine con gli obiettivi strategici a lungo termine, ponendo a confronto misure finanziarie e non, indicatori ritardati e indicatori di tendenza, prospettive di *performance* interne ed esterne. È necessario avere una visione esauriente dell'intera situazione aziendale, per cui nessun indicatore di *performance* può essere preso singolarmente, ma occorre costruire un insieme organizzato di indicatori che collegati tra loro consentano una valutazione globale dei risultati aziendali. Per tale motivo la *Balanced Scorecard* analizza i risultati dall'azienda sulla base di quattro dimensioni rilevanti:

- la prospettiva della *performance* economica finanziaria, che pone in relazione i risultati ottenuti dall'azienda con le aspettative di equilibrio economico finanziario;
- la prospettiva del cliente, che fa riferimento alla necessità di orientare l'attività svolta alla soddisfazione delle esigenze da questo manifestate allo scopo di differenziarsi dalla concorrenza;
- la prospettiva della gestione dei processi, diretta all'individuazione dei fattori critici di successo per la soddisfazione dei clienti, per il raggiungimento degli obiettivi ai vari livelli aziendali;
- la prospettiva di sviluppo futuro, strettamente connessa alla innovazione di processo e all'apprendimento che consentono uno sviluppo globale dell'organizzazione in termini di: capacità e competenze del personale, motivazione, responsabilizzazione e coinvolgimento del personale, sistema informativo.

La *Balanced Scorecard*, quindi, si distingue dagli altri strumenti di valutazione, proprio perché considera, in un unico documento sintetico, una molteplicità d'indicatori, scelti in funzione delle finalità e strategie dell'impresa e

raggruppati in schede allo scopo di fornire diverse prospettive, favorendo, in tal modo, una visione più completa della *performance* dell'impresa e offrendo la possibilità di approfondimenti, essendo collegato al sistema informativo. Questo importante strumento si caratterizza, infatti, per il suo orientamento alla gestione futura, senza peraltro tralasciare l'analisi delle *performance* passate, con il fine di monitorare continuamente gli obiettivi strategici dell'azienda, in modo da creare un sistema unico, interrelato, in cui convergono strategie, *reporting* direzionale e *performance* manageriali.

La *Balanced Scorecard* è strettamente connessa alle scelte strategiche dell'azienda ed è basata sull'individuazione dei relativi fattori critici di successo, essa può essere utilizzata efficacemente sia in aziende private, sia in aziende pubbliche con la differenza che, mentre nel settore privato la massima priorità viene data al profitto, nelle aziende pubbliche l'elemento principale è rappresentato dal servizio al cittadino, da ciò deriva l'impossibilità di definire una struttura generica che possa essere utilizzata da qualsiasi azienda sulla base di parametri generici.

La scelta della *Balanced Scorecard* come strumento di pianificazione strategica da parte dell'A.O.U. "Federico II" deriva, quindi, dalla consapevolezza delle potenzialità dello stesso sia nella descrizione della strategia in termini semplici, sia nella implementazione della stessa a tutti i livelli aziendali e, d'altronde, la sua riconosciuta efficacia come strumento strategico ha dato luogo ad un'ampia adozione sia nel settore privato che pubblico. La scelta della *Balanced Scorecard* deriva, inoltre, anche dalla considerazione degli strumenti di misurazione delle *performance* suggeriti dalla delibera n. 89/2010 "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance*". Tale delibera, in particolare, suggerisce tre tipologie di strumenti di misurazione: la *Balanced Scorecard*, il *Performance Prism* ed il *Common Assessment Framework*. Sia la *Balanced Scorecard* che il *Performance Prism* sono strumenti di misurazione strategica, tuttavia, la prima si fonda su un paradigma basato sulle risorse, mentre il secondo parte da una concezione basata sugli *stakeholder* dell'organizzazione. Ora, pur essendo la valutazione degli *stakeholder* importante per l'Azienda, in questa prima fase si è ritenuto opportuno applicare la *Balanced Scorecard* salvo, poi, inserire nella stessa anche la visione degli *stakeholder*.

## 22. I punti di forza e di debolezza del processo inseriti nel contesto ambientale (Indice)

L'analisi dei punti di forza e di debolezza del processo di innovazione introdotto nella valutazione della *performance* organizzativa ed individuale dell'A.O.U. "Federico II" necessitano una loro analisi distinta, poiché alcuni sono da collegare alla natura stessa di azienda ospedaliera universitaria ed altri, invece, alle specificità ed alla storia dell'Azienda.

### 22.1 I punti di debolezza del processo innovativo

I punti di debolezza del sistema di valutazione della *performance* organizzativa ed individuale sviluppato risultano essere collegati:

- al processo di valutazione vero e proprio della dirigenza;
- al processo di valutazione della *performance* organizzativa ed, in generale, alla pianificazione e programmazione strategica.

Il sistema di valutazione del personale ideato presenta come punti deboli una discreta farraginosità dovuta alla numerosità delle schede previste per l'iter di valutazione vero e proprio (5 schede inclusa quella per l'attribuzione degli obiettivi), che potrebbe creare non pochi problemi di confusione nella loro compilazione o smarrimento di alcune schede nell'iter di trasmissione al Collegio Tecnico. Questo elemento di debolezza è già all'analisi del Collegio Tecnico e dovrebbe condurre in tempi brevi ad una revisione della procedura di valutazione, magari adottando lo stesso sistema utilizzato dal Foromez nelle sue sperimentazioni sulla valutazione del personale, che utilizza una scheda costituita da due facciate su cui sono ricompresi tutti gli elementi utili per il processo di valutazione.

Un ulteriore aspetto di debolezza del sistema di valutazione del personale è l'applicazione al solo personale dirigente, mentre una sua applicazione anche al personale di comparto avrebbe reso compiuto nei suoi aspetti tutto il processo di valutazione del personale. Per questo aspetto, si porrà rimedio nel prossimo anno,

sullo base dei *feed-back* derivanti dalla sperimentazione del processo di valutazione sul personale di comparto in corso di realizzazione con il supporto del Fornez.

Per quanto attiene, invece, i punti di debolezza del sistema di valutazione della *performance* organizzativa ed, in generale, del processo di pianificazione e programmazione strategica sviluppati, questi sono da porre in relazione, soprattutto, alla mancanza di una maturità nell'implementazione di tali strumenti che li rende fragili in contesti in cui il processo di aziendalizzazione è stato avviato solo in parte, o, meglio ancora, avviato solo per gli strumenti della gestione corrente.

## 22.2 I punti di forza del processo innovativo

I punti di forza del processo di innovazione avviato nella valutazione della *performance* organizzativa ed individuale sono sostanzialmente due:

- la sinergia positiva sviluppata tra la Direzione Strategica ed il Collegio Tecnico;
- gli stimoli generati dalla presenza di un “laboratorio di idee” presente in Azienda.

Per quanto riguarda la sinergia sviluppatasi tra la Direzione Strategica ed il Collegio Tecnico, questa ha reso possibile la creazione di una effettiva cooperazione tra i due organismi animata da una visione comune sul ruolo critico che gli strumenti di valutazione della *performance* assumono nelle aziende sanitarie per lo sviluppo di processi virtuosi di cambiamento e sull'esigenza che l'implementazione di tali strumenti non possa essere considerato un punto di arrivo della gestione aziendale, bensì un punto di partenza per la promozione del miglioramento e controllo delle *performance* aziendali.

Un ulteriore punto di forza del processo di innovazione avviato è stata la possibilità di poter sfruttare gli stimoli derivanti dal “laboratorio di idee” presente in Azienda collegato alla presenza dei *team* trasversali di lavoro costituiti per la realizzazione dei progetti promossi dalla Direzione Strategica subito dopo il suo l'insediamento in Azienda. La presenza dei gruppi trasversali di lavoro ha consentito, in particolare, di avere utili confronti sulle problematiche di definizione e succes-

siva implementazione degli strumenti di valutazione della *performance* e, soprattutto, di avere sui singoli aspetti posti ad analisi visioni differenti che hanno contribuito in modo positivo alla poliedricità del processo di innovazione avviato.

### 23. Le fasi del processo raggiunte (Indice)

L'implementazione degli strumenti di valutazione della *performance*, con particolare riferimento a quelli della valutazione delle *performance* individuale, può essere considerata realizzata per la maggioranza delle fasi previste dalla Direzione Strategica. Di seguito sono indicati, per ciascuno degli strumenti della valutazione della *performance* previsti, lo stato di attuazione. Occorre, tuttavia, sottolineare che la realizzazione nel concreto di tali strumenti ha impegnato in modo costante la Direzione Strategica e il Collegio Tecnico per circa un anno (da aprile 2010 a marzo 2011) e che la maggioranza degli sforzi profusi hanno riguardato la pianificazione degli obiettivi da raggiungere dal 2011 al 2013 e dei relativi livelli quantitativi, con notevoli difficoltà, a causa della mancanza della firma del "Protocollo d'intesa" tra Regione Campania ed Università degli Studi di Napoli "Federico II".

#### 23.1 Il Ciclo di gestione della performance

Nei primi mesi del 2011, l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" ha elaborato il proprio Ciclo di gestione delle *performance* facendo proprie le indicazioni della delibera n. 89 del 2010, "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance*", ove si afferma che "i sistemi di misurazione della *performance* sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e *performance* organizzative", con l'obiettivo di promuovere e valorizzare il ruolo delle "persone" che operano nell'ambito del-

l’Azienda nella realizzazione di servizi sempre più efficaci, efficienti e di qualità a favore di altre “persone”, i cittadini.

L’articolo 4, comma 2, del decreto 150/2009 sancisce, in particolare, che il Ciclo di gestione della *performance* è articolato nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Pur rappresentando le direttive della normativa citata (D. lgs. 150/2009) delle linee guida per il Settore Sanitario Nazionale, per cui non assumono un carattere prescrittivo, l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” ha inteso uniformarsi a tali indicazioni, in modo da promuovere il miglioramento dei servizi erogati al cittadino ed allineare i propri comportamenti, attitudini e *performance* alle migliori prassi organizzative, così come auspicato dalla normativa stessa, nella consapevolezza che le aziende sanitarie pubbliche per molto tempo si sono caratterizzate, ed in molti casi lo sono ancora, per l’esistenza di una cultura che privilegiava una visione autoreferenziale delle stesse e di tutte le problematiche ad esse attinenti.

L’elaborazione del Ciclo di gestione della *performance* ha tenuto conto non solo delle esigenze di carattere puramente aziendale, ma anche della necessaria integrazione con l’attività di didattica e di ricerca; in particolare, di ciò è stato tenuto conto nei criteri definiti per l’allocazione delle risorse, poiché, pur essendo tali criteri improntati ad una riallocazione delle risorse genericamente basata su un loro utilizzo più efficiente, nei primi anni di adozione del nuovo “Protocollo di intesa” si è adottato un criterio di allocazione delle maggiori risorse previste per il finanziamento delle attività sulla base di specifici criteri quali:

- il raggiungimento degli obiettivi strategici,
- l'efficacia in termini assistenziali dimostrata negli ultimi tre anni,
- l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca,
- l'efficienza dimostrata negli ultimi tre anni.

### 23.2 Il Piano della performance

Nei primi mesi del 2011, l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" ha elaborato, contestualmente al Ciclo di Gestione della *performance*, il Piano della *performance*, sulla base delle indicazioni dell'articolo 10, comma 1, lettera a, del decreto legislativo n. 150 del 2009, dove è stabilito che: "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della *performance*, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente, entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della *performance* da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori". Sulla base del disposto normativo richiamato, l'Azienda ha predisposto il proprio Piano della *performance*, nel quale sono sintetizzati gli obiettivi programmati a medio termine (triennio) e che sono ampiamente dettagliati nello strumento strategico scelto dall'Azienda per la loro definizione e analisi: la *Balanced Scorecard*.

Per quanto attiene la definizione vera e propria degli obiettivi, l'Azienda ha definito, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi strategici:

- obiettivi a medio termine, che coprono l'arco di riferimento dei tre anni, in collegamento con la durata e le indicazioni contenute nella bozza del Protocollo di intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" di Napoli per disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali;

- obiettivi di breve termine, che coprono l'arco di riferimento di un anno e che costituiscono l'articolazione a breve termine di quelli a medio termine, in modo da creare un collegamento tra la gestione a breve periodo e gli obiettivi strategici di medio periodo definiti dall'Azienda.

La *ratio* che ha guidato la Direzione Strategica nella individuazione degli obiettivi strategici è stata l'esigenza di avviare un miglioramento ed una razionalizzazione dei processi aziendali sviluppati, in modo da ridurre il deficit e promuovere una maggiore attenzione al paziente.

I singoli obiettivi individuati sono stati articolati in specifiche categorie individuate dall'Azienda sulla base delle dimensioni ritenute critiche ai fini della valutazione del processo di cambiamento che si intende avviare ed in particolare:

- comunicazione;
- efficienza;
- contributo regionale aggiuntivo;
- appropriatezza;
- complessità;
- qualità;
- organizzazione e processi lavorativi;
- riduzione unità operative complesse (Dipartimenti Assistenziali Integrati);
- sicurezza;
- informatizzazione;
- formazione;
- *inpatient/outpatient*.

Gli obiettivi collegati alle specifiche categorie indicate, inoltre, sono stati definiti in modo da coprire l'intera articolazione organizzativa dell'Azienda, in modo da responsabilizzare tutti i soggetti cui è attribuita la gestione di risorse. Infatti, per ogni obiettivo è indicata la struttura aziendale responsabile del suo conseguimento, l'indicatore di misurazione ed il valore obiettivo (*target*) per gli anni 2011, 2012 e 2013. Al termine del triennio considerato, i risultati connessi agli obiettivi individuati dovrebbe consentire all'Azienda di valutare se è stato raggiunto il cambia-

mento ipotizzato, ossia se il processo di pianificazione strategica implementato attraverso la *Balanced Scorecard* abbia consentito effettivamente di condurre l'Azienda al raggiungimento delle condizioni di scenario futuro che rispecchiano gli ideali, i valori e le aspirazioni indicate dal *management* nella *vision*.

La definizione degli obiettivi specifici, ovviamente, è stata fatta tenendo in conto le peculiarità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, in modo da produrre effetti positivi con l'attività di didattica e di ricerca; inoltre, la pianificazione nel dettaglio degli obiettivi da realizzare potrà consentire ai docenti e ricercatori dell'Azienda di sviluppare delle preziose sinergie con l'attività di didattica e, soprattutto, con la programmazione delle attività di ricerca da realizzare.

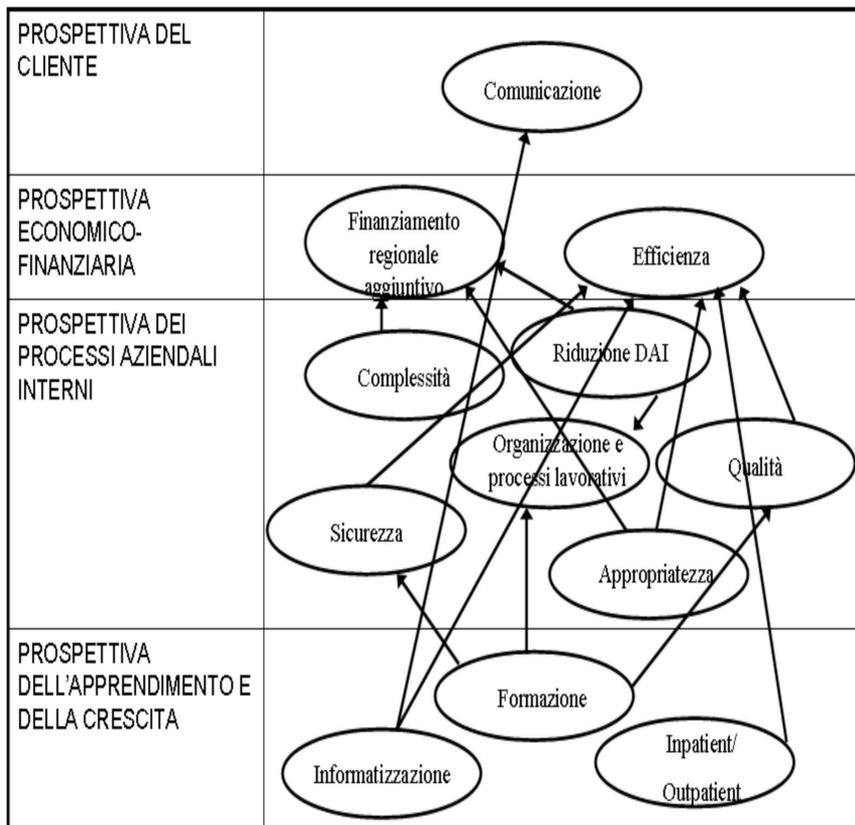
### 23.3 La *Balanced Scorecard*

La *Balanced Scorecard* è stata sviluppata immediatamente dopo la definizione degli obiettivi del Piano della *performance*, di cui costituisce un allegato. La sua adozione non è collegata tanto alla sua previsione come strumento di misurazione della *performance* da parte della delibera n. 89 del 2010 "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* (articoli 13, comma 6, lett. d) e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)", poiché esso rappresenta piuttosto uno strumento di controllo strategico, ma alla volontà già stabilita da tempo della Direzione Strategica di adottare tale strumento, soprattutto per il ruolo che assume ai fini della conoscenza e delega degli obiettivi strategici anche a livello di *middle management*.

La realizzazione pratica della *Balanced Scorecard* ha visto, primo luogo, la definizione della mappa strategica (figura 44), in cui sono state articolate, sulla base delle quattro prospettive proprie della *Balanced Scorecard*, le categorie ricomprenditive degli obiettivi indicati nel Piano della *performance*, ponendo in evidenza, però, le relazioni che esistono tra le diverse categorie di obiettivi. In seguito, sono state sviluppate le schede bilanciate vere e proprie. Rispetto allo schema teorico previsto dalla teoria (Kapland e Norton 1996; Kapland e Norton 2003), lo schema effettivamente adottato prevede la prospettiva del cliente al primo posto rispetto a quella

economico-finanziaria (tabella 10), ciò in considerazione del fatto che in un'azienda sanitaria la focalizzazione sul cliente è prioritaria rispetto alle altre prospettive considerate nelle schede bilanciate (Impagliazzo, Ippolito e Zoccoli 2009).

**Figura 44 - La mappa corporate della *Balanced Scorecard***



**Tabella 10 - Lo schema teorico della *Balanced Scorecard* applicato**

MAPPA STRATEGICA		BALANCED SCORECARD		PIANO DI AZIONE	
PROCESSI	OBIETTIVI	MISURAZIONE	TARGETS	INIZIATIVE	BUDGET
<i>Prospettiva del cliente</i>					
<i>Prospettiva economico-finanziaria</i>					
<i>Prospettiva dei processi aziendali interni</i>					
<i>Prospettiva dell'apprendimento e della crescita</i>					

Gli obiettivi considerati nella *Balanced Scorecard* soffrono, tuttavia, un limite, collegato al fatto che sono relativi all'Azienda in generale e, quindi, considerano solo il livello *corporate* e non anche quello periferico dei dipartimenti. Questa scelta è stata obbligata, visto che la mancata firma del "Protocollo d'intesa" tra Regione ed Università degli Studi di Napoli "Federico II" non ha consentito, al momento della stesura dello strumento, di sviluppare le schede bilanciate a livello di singolo dipartimento. La elaborazione della *Balanced Scorecard* nelle organizza-

zioni complesse, quali quelle di un'azienda ospedaliera universitaria, comporta, infatti, la individuazione di obiettivi validi per tutte le strutture, nello specifico riferiti al livello *corporate*, ma tali obiettivi devono, poi, essere fatti propri dalle strutture periferiche, che non solo devono conoscere e condividere gli obiettivi definiti dal *top management*, ma devono “modularli” sulla propria realtà specifica. La mancata adozione di schede bilanciate a livello di singolo dipartimento rappresenta un limite per quanto riguarda il valore aggiunto che tale strumento può realizzare per gli aspetti della didattica e della ricerca, anche se, occorre sottolineare, la futura adozione di schede al livello periferico porrà rimedio a tale limite.

#### 23.4 Il sistema di valutazione della dirigenza

Il sistema di valutazione sviluppato per la dirigenza sanitaria ed amministrativa prevede la definizione di una metodologia improntata al rispetto dei principi definiti dalla contrattazione collettiva che sancisce:

- la trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- l'informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- la diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale, poi, l'organismo di verifica di seconda istanza è chiamato a pronunciarsi.

La procedura di misurazione e valutazione delle performance, inoltre, è improntata ai criteri di imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione immediata delle relative componenti retributive, inerenti la retribuzione di risultato (art. 10 comma 1 CC.CC.NN.LL: 2006-2009).

Per quanto riguarda la diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale, poi,

l'organismo di verifica di seconda istanza è chiamato a pronunciarsi, la metodologia prevede un sistema composito di valutazioni di prima istanza oggetto di verifica da parte del valutatore di seconda istanza (tabella 11).

**Tabella 11 - I ruoli di valutatore di I° Istanza e di II° istanza previsti dalla metodologia di valutazione**

Valutato	Valutazione (Valutatore di I istanza)	Verifica (Valutatore di II istanza)
Dirigenti senza attribuzione di risorse	Responsabile Area Funzionale	Collegio Tecnico
Responsabile Area Funzionale	Responsabile DAS	Collegio Tecnico
Responsabile DAS	Direttore Sanitario	Collegio Tecnico
Servizi Amministrativi	Direttore Amministrativo	Collegio Tecnico
Responsabile Farmacia	Direttore Sanitario	Collegio Tecnico
Responsabile Servizio Medicina dello Sport	Direttore Sanitario	Collegio Tecnico
Servizio Amministrativo c/o Direzione sanitaria	Direttore Sanitario	Collegio Tecnico
Servizi Staff Direzione Generale	Direttore Amministrativo	Collegio Tecnico

La metodologia prevista per la valutazione della performance individuale dei dirigenti prevede tre diverse procedure, anche se simili, per i tre soggetti passivi del processo di valutazione:

- i direttori di dipartimento;
- i responsabili di area funzionale;
- i dirigenti senza attribuzione di risorse.

Per i direttori di dipartimento ed i responsabili di area funzionale la metodologia prevede la stima di due parametri. Il peso relativo dei valori dei due parametri è definito annualmente dalla Direzione Generale e la loro somma è pari a 100%. Il primo di tali parametri è il raggiungimento, o meno, degli obiettivi fissati per l'anno

in corso; il secondo parametro previsto è la valutazione del grado di espressione delle dimensioni in cui si esprime l'area delle competenze e dei comportamenti, elaborato sulla base dei criteri sviluppati dal Formez nell'ambito delle sue sperimentazioni e delle criticità di una struttura universitaria (si fa riferimento, in particolare, alla capacità di integrazione con l'attività di ricerca ed alla capacità di integrazione con l'attività di didattica).

Per i dirigenti senza attribuzione di risorse è previsto un solo parametro di valutazione: il grado di espressione delle dimensioni in cui si esprime l'area delle competenze e dei comportamenti, elaborato sulla base dei criteri Formez e delle criticità di una struttura universitaria (si fa riferimento, anche in questo caso, alla capacità di integrazione con l'attività di ricerca ed alla capacità di integrazione con l'attività di didattica).

La metodologia di valutazione prevede, inoltre, una serie di schede da compilare a cura del valutatore di I° istanza, del soggetto sottoposto a valutazione e del Collegio Tecnico che opera come valutatore di II° istanza:

- la scheda (A 1) anagrafica del valutato (compilata dal valutatore di I istanza);
- la scheda (A 2) di verifica degli obiettivi e degli aspetti organizzativi gestionali (compilata dal valutatore di I istanza e controfirmata per conoscenza dal valutato);
- la scheda (A 3) di valutazione delle competenze e dei comportamenti (compilata dal valutatore di I istanza), elaborata con il sistema dei punteggi della *Fuzzy Theory*, ossia, una metodica di calcolo del punteggio che permette di ovviare alle situazioni in cui il valutatore non è in grado di esprimere esattamente una misura di valutazione, consentendo di barrare caselle di punteggi contigue, quando desidera esprimere un giudizio che tenga conto di una varietà di elementi diversi, non necessariamente convergenti, nella manifestazione delle competenze del soggetto;
- la scheda (A 4) relativa alla verbalizzazione dell'incontro tra valutato e valutatore di I istanza;
- la scheda di attribuzione degli obiettivi e verifica della loro percentuale di raggiungimento (compilata dal valutatore di I istanza e controfirmata per conoscenza dal valutato).

Il risultato del processo di valutazione è inserito nel fascicolo personale del dirigente valutato, tuttavia, mentre l'esito positivo della valutazione annuale comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato, la valutazione negativa oltre alla mancata corresponsione dell'indennità di risultato comporta gli effetti previsti all'art. 30 dei CC.CC.NN.LL. 2002-2005.

Occorre, però, sottolineare che in adeguamento all'art. 19 comma 2 del D.Lgs n. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" è prevista la compilazione di una graduatoria delle valutazioni individuali dei dirigenti in modo che:

- il 25% è collocato nella fascia di merito alta, alla quale corrisponde l'attribuzione del cinquanta per cento delle risorse destinate al trattamento accessorio collegato alla performance individuale;
- il 50% è collocato nella fascia di merito intermedia, alla quale corrisponde l'attribuzione del cinquanta per cento delle risorse destinate al trattamento accessorio collegato alla performance individuale;
- il restante 25% è collocato nella fascia di merito bassa, alla quale non corrisponde l'attribuzione di alcun trattamento accessorio collegato alla performance individuale.

La Direzione Strategica dell'A.O.U. "Federico II" è, tuttavia, ben consapevole che la semplice applicazione di una metodologia di valutazione, pur se innovativa, non può contribuire all'introduzione del cambiamento, ma occorre, soprattutto, modificare la cultura dell'organizzazione, in modo che, per ciò che attiene la politica del personale, diventi un'organizzazione orientata all'apprendimento, in grado di favorire la motivazione e la soddisfazione delle risorse umane. Ciò nonostante, il sistema di valutazione della dirigenza, così definito, ha il pregio di non essere focalizzato solo sugli obiettivi ritenuti critici dal punto di vista dell'assistenza, ma di considerare anche gli aspetti collegati alla necessaria integrazione con l'attività di didattica e di ricerca, poiché non potrebbe essere altrimenti in un'organizzazione dove gli aspetti dell'assistenza, della didattica e della ricerca sono strettamente correlati.

## 24. I possibili obiettivi futuri del processo di innovazione e cambiamento [\(Indice\)](#)

Nonostante molto sia stato fatto in materia di valutazione della performance individuale ed organizzativa, il traguardo della piena implementazione di tali strumenti resta ancora lontano, in primo luogo, l'A.O.U. "Federico II" ha l'esigenza di procedere in tempi brevi alla definizione ed implementazione di un processo di valutazione per il personale di comparto, che, seguendo lo stesso schema di quello adottato per la dirigenza, consenta di valorizzare e motivare adeguatamente le attività e le competenze presenti in Azienda. In secondo luogo, la *Balanced Scorecard* elaborata come strumento di controllo strategico nell'ambito del Piano della performance fa riferimento all'ambito *corporate* dell'Azienda, per cui necessita di una sua estensione a livello dei singoli dipartimenti in cui l'Azienda stessa si articola. Naturalmente, questa estensione a livello periferico non potrà essere realizzata senza tenere conto delle peculiarità delle singole strutture, di conseguenza, l'ambito *corporate* dovrà costituire solo una traccia entro cui dovranno muoversi i dipartimenti, definendo i confini delle responsabilità. Di conseguenza, i dipartimenti potranno integrare gli obiettivi *corporate* con propri obiettivi, in modo che il sistema degli obiettivi sia in grado di riflettere le capacità e le potenzialità di ogni singola struttura. In considerazione dell'esigenza che il sistema degli obiettivi della *Balanced Scorecard* sia pienamente concordato con le strutture periferiche, la costruzione delle schede bilanciate a livello periferico andrà realizzata in fase di negoziazione degli obiettivi. Non a caso, alla definizione della *Balanced Scorecard corporate* non ha fatto immediato seguito la elaborazione delle schede a livello di dipartimento per le difficoltà connesse all'implementazione del processo di negoziazione di budget, stante la mancata adozione del protocollo d'intesa tra la Regione Campania e L'università degli Studi di Napoli "Federico II", anche se la *Balanced Scorecard* a livello *corporate* teneva già conto degli obiettivi incentivanti della bozza di protocollo.

In terzo luogo, lo sforzo futuro dell'Azienda dovrebbe essere rivolto all'implementazione a pieno regime degli strumenti di misurazione della performance organizzativa ed individuale definiti, altrimenti si resta nell'ambito dell'ado-

zione “burocratica” degli strumenti di management, realizzata solo per un mero obbligo normativo e/o compiacimento dei vertici aziendali che li esibiscono solo come “trofei”, ma che alla fine produce solo demotivazione, oltre che la perdita di una preziosa opportunità.



## BIBLIOGRAFIA

- Ansoff, H. I. (1965), *Corporate Strategy*, New York: McGraw Hill.
- Anthony e Young (1992), *Management control in non profit organizations*, 3 ed., Homewood, Irwin.
- Ascione, A. (2007), *La rete dei sistemi informatici aziendali come supporto all'implementazione del Controllo Interno di Gestione*.
- Bastia P. (1989), *Il budget d'impresa. Criteri di formazione e di impiego*, CLUEB, Bologna.
- Borgonovi, E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- Bourguignon, A., Malleret, V. e Nørreklit, H. (2004), "The American Balanced Scorecard versus the Brusati, L. (1997), *Il sistema di reporting nelle aziende pubbliche di servizi sanitari*
- Campania, R. (2011), *Decreto n.22 del 22 Marzo 2011: Piano Sanitario Regionale 2011-2013*.
- Campania, R. (2002), *Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004*.
- Casati, G. (2000), *Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie*, McGraw-Hill, Milano
- French Tableau de Bord: the Ideological Dimension", *Management Accounting Research*, Vol. 15 (2), pp. 107-134.
- Cascioli S. (2000), *La gestione manageriale della sanità. Gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, Franco Angeli Edizioni.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'art. 1 della legge 23 Ottobre 1992, n. 421. G.U. n. 305 del 30-12-1992, suppl. ordinario.
- Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286, *Riordino e potenziamento dei meccani-*

*smi 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.

- Decreto Legislativo 7 Dicembre 1993, n. 517, Modificazioni al Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 recante il riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 Ottobre 1992, n. 421. G.U. n. 293 del 15-12-1993, suppl. ordinario.
- Decreto Legislativo n. 77/1995, art. 39, comma 2.
- Drucker, P. (1954), *The Practice of Management*, New York: Harper & Row.
- Drucker, P. (1964), *Managing for Results: Economic Tasks and Risk-Taking Decisions*, New York: Harper & Row.
- Epstein, M. J. e Manzoni, J. F. (1997), "The balanced scorecard and tableau de bord: translating strategy into action", *Management Accounting (US)*, Vol. 79 (2), pp. 28-36.
- Epstein, M. e Manzoni, J. F. (1998), "Implementing Corporate Strategy: from Tableaux de Bord to Balanced Scorecards", *European Management Journal*, Vol. 16 (2), pp. 190-203.
- Fassari, C. (2010), *Piani di rientro: i conti Regione per Regione*, Quotidiano Sanità, Roma.
- Frigo, D. *Il DataWarehouse come strumento di gestione dell'azienda*.
- Impagliazzo, C., Ippolito, A. e Zoccoli, P. (2009), "The Balanced Scorecard as a Strategic Management Tool: Its Application in the Regional Public Health System in Campania", *The Health Care Manager*, Vol. 28 (1), pp. 44-54.
- Ippolito, A. (2000), *Le politiche e gli strumenti dell'empowerment dei fruitori nelle aziende sanitarie*, Padova: CEDAM.
- Ippolito, A. (2003), *La valutazione del personale negli enti locali e nelle aziende sanitarie*, Padova: CEDAM.
- Kaplan, R. S. e Norton, D. P. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. e Norton, D. P. (2003), *Strategy Maps. Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Boston: Harvard Business School Press.
- Kimball, R. M. *The Data Warehouse Toolkit*.
- Lega, F. e Longo, F. (2002), "Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della Regione e delle aziende a confronto", *Mecosan*, Vol. 41 (1), pp. 9-21.
- Lega, F. (2001), *Strategie di rete per i sistemi multispedalieri: analisi e valutazione*, Economia & Management.

- Legge Regionale 24 dicembre 2003, n. 28, *Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale* Regione Campania.
- *Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR*, Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania, p. 130.
- March, J. C., e Olsen J. P. (1989), *Rediscovering Institutions. The organizational basis of politics*, New York: Free Press.
- Masini, C. (1986), *Lavoro e risparmio*, UTET, Torino.
- Mintzberg, H. e Waters J.A. (1985), “Of Strategies, Deliberate and Emergent”, *Strategic Management Journal*, Vol. 6 (July – September), pp. 257-272.
- Mussari R. (a cura di) (2001), *Manuale operativo per il controllo di gestione, Analisi e strumenti per l'innovazione*, I manuali, Rubettino Editore.
- Naranjo-Gil, D. (2009), “Strategic Performance in Hospitals: The Use of the Balanced Scorecard by Nurse Managers”, *Health Care Management Review*, Vol. 34 (2), pp. 161-170.
- Niven, P. (2003), *Balanced Scorecard Step-by-Step for Government and Non-Profit Agencies*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Orton, D. J. e Weick, K. E. (1990), “Loosely coupled systems: a reconceptualization”, *Academy of Management Review*, Vol. 15 (2), pp. 203-223.
- Salute, M. d. *Mattoni SSN – Mattone 1 – Classificazione delle strutture*.
- *Sito Ufficiale del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/>*.
- Vendramini, E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw-Hill, Milano.
- Weick, K.E. (1976), “Educational Organizations as Loosely Coupled Systems”, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 21 (March), pp. 1-19.
- Weick, K. E. (1993), *Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi*, Torino: Isedi.
- White, J. D. e Adams, G. B. (1994), “Making sense with diversity: the context of research, theory, and knowledge development in public administration”, in White, J. D. e Adams, G. B., *Research in Public Administration*, London: Sage Publications.
- Zavattaro, F. (1993), *Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*, Meconsan, n.5.

Finito di stampare  
nel mese di novembre 2011  
dalla Poligrafica F.lli Ariello - Editori s.a.s.  
Napoli

Questo prodotto è stato realizzato nel rispetto delle regole stabilite dal sistema di gestione qualità conforme ai requisiti ISO 9001:2008 valutato da Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 209065

