

*IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE*

---

*note a margine del dibattito in corso sul futuro possibile del SSN*

*PROF. MARZIO SCHEGGI  
HEALTH MANAGEMENT – ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO*

*FIRENZE – settembre 2006*

*[www.health-management.it](http://www.health-management.it)*

## LO SCENARIO DI RIFERIMENTO

---

Sono trascorsi ormai 14 anni dall'approvazione della legge 421 del 23 ottobre 1992, con la quale il Parlamento delegava il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi con cui apportare modifiche strutturali a quattro settori cruciali della pubblica amministrazione: la sanità, il pubblico impiego, la previdenza e la finanza territoriale.

La profonda trasformazione della amministrazione pubblica di cui la legge delega 421 delineava le direttrici portanti rispondeva all'esigenza di riportare sotto controllo l'andamento di una spesa pubblica che agli inizi degli anni 90 risultava assolutamente incompatibile con gli impegni internazionali che l'Italia aveva assunto sottoscrivendo il trattato di Maastricht il 7 febbraio dell'anno 1992

Con il decreto legislativo 502 del 30 dicembre 1992 veniva successivamente delineato il quadro normativo di riferimento per il riordino del servizio sanitario nazionale che fu da alcuni definito riforma della riforma (rispetto alla legge 833 del 23 dicembre 1978, che più che legge di riforma del servizio sanitario nazionale è da ritenersi la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale), quadro normativo che facendo salvi i principi portanti della legge 833 (il diritto alla tutela della salute, l'unitarietà e la continuità dell'intervento sanitario, dalla prevenzione alla cura alla riabilitazione, l'universalità nell'accesso alle prestazioni sanitarie) ridisegnava il quadro complessivo delle funzioni e delle responsabilità dei diversi livelli istituzionali di governo del sistema sanitario e introduceva criteri e strumenti di gestione di carattere aziendale.

Il decreto legislativo 502, successivamente modificato dal decreto legislativo 517 del 23 dicembre 1993 e dal decreto legislativo 229 del 19 giugno 1999, segnava di fatto l'inesorabile processo di trasformazione del servizio sanitario nazionale, riduttivamente definito processo di aziendalizzazione, che assumeva a fondamento alcune direttrici portanti:

- la trasformazione delle unità sanitarie locali, che la legge 833 definiva quali enti strumentali dei comuni sostanzialmente privi di personalità giuridica propria, attribuendone la responsabilità della gestione ad un organo collegiale politico emanazione dei comuni dei quali l'unità sanitaria locale era espressione, in aziende pubbliche di servizi, dotate di personalità giuridica propria, di autonomia organizzativa, patrimoniale, amministrativa e tecnica, e la gestione delle quali era attribuita ad un organo monocratico dotato di adeguate e comprovate competenze tecniche

- lo scorporo dalle unità sanitarie locali degli ospedali di maggiori dimensioni e complessità e la trasformazione degli stessi in aziende strutturalmente analoghe alle aziende unità sanitarie locali
- la riduzione del numero delle unità sanitarie locali, le cui dimensioni dovevano tendenzialmente coincidere con quelle della provincia
- la modifica dei criteri e dei meccanismi di finanziamento del sistema, che doveva progressivamente sostituire il finanziamento basato sulla spesa storica con un finanziamento che per le aziende unità sanitarie locali doveva essere commisurato alla popolazione assistita, sulla base di una quota capitaria opportunamente pesata secondo indicatori demografici (struttura della popolazione per età e per sesso) ed epidemiologici (mortalità, incidenza e prevalenza di condizioni morbose potenzialmente rilevanti ai fini della domanda di prestazioni sanitarie), e per le aziende ospedaliere doveva essere commisurato alle prestazioni erogate (valorizzate secondo tariffe stabilite dalle Regioni adottando criteri e metodologie fissati a livello nazionale in modo da assicurare coerenza rispetto ai costi effettivi di produzione)
- la libertà di scelta del cittadino della struttura pubblica o privata alla quale rivolgersi per ottenere la prestazione sanitaria prescritta dal medico, purché in possesso di requisiti fissati dalla normativa nazionale e regionale in termini di standard organizzativi e tecnologici e accreditate ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale sulla base di ulteriori requisiti di carattere tecnico professionale anch'essi definiti sulla base di norme nazionali e regionali
- l'introduzione di meccanismi operativi e strumenti amministrativo contabili tipici delle aziende, quali in particolare la contabilità economico patrimoniale ed il bilancio di esercizio, tenuti secondo norme conformi con il codice civile e con i principi contabili, la contabilità analitica per centri di costo e il budget
- la perentorietà del vincolo del pareggio di bilancio, che una norma introdotta dalla legge 27 dicembre 1997 n. 449 (legge finanziaria 1998) precisava dovesse intendersi riferita non solo alle aziende sanitarie nel loro complesso ma anche ai presidi ospedalieri dalle stesse direttamente gestiti
- la responsabilizzazione delle Regioni sui livelli di spesa, precisando in modo perentorio che queste avrebbero dovuto far fronte con risorse proprie ad eventuali disavanzi di gestione dovuti all'erogazione di livelli assistenziali superiori ai livelli di assistenza fissati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale

- l'introduzione nel rapporto di lavoro del personale del servizio sanitario nazionale di istituti contrattuali di tipo privatistico, in particolare attraverso l'introduzione della temporaneità dell'incarico dirigenziale, subordinandone il rinnovo alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati.

Il processo di trasformazione avviato con l'emanazione del decreto legislativo 502 si è progressivamente realizzato sulla base di una serie di provvedimenti attuativi, integrativi e modificativi adottati a livello nazionale e regionale, attraverso i quali si sono introdotti strumenti e modalità coerenti con i principi fondanti il disegno normativo. Il concreto avvio del nuovo sistema sanitario può farsi coincidere con la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie costituite dalle diverse Regioni in attuazione della normativa nazionale, nomina che in quasi tutte le Regioni è avvenuta il primo gennaio 1995.

Se uno degli obiettivi del disegno di riordino del servizio sanitario nazionale fosse stato il contenimento della spesa sanitaria questo obiettivo non può certo dirsi raggiunto. Il grafico riprodotto in figura 1 (spesa sanitaria pubblica nel decennio 1996 – 2005) evidenzia in effetti che la spesa del servizio sanitario nazionale nel decennio 1996 – 2005 è quasi raddoppiata, passando da 52,2 miliardi di euro nel 1995 a 96,4 miliardi di euro nel 2004, con un incremento che in termini nominali è risultato pari all'85%.

Analizzando il dato in termini di valori attualizzati (ottenuti moltiplicando i valori correnti per i coefficienti di attualizzazione calcolati dall'ISTAT sulla base dell'incremento dei prezzi dei beni di consumo) si evince che nel periodo considerato le risorse impegnate nel settore della sanità pubblica sono passate da 62,9 miliardi di euro a 96,4 miliardi di euro, con un incremento che in termini reali risulta pari al 53%.

Si tratta di un incremento molto significativo, l'entità relativa del quale è evidenziata dal grafico riprodotto in figura 2 (rapporto tra spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo nel decennio 1996 – 2005) che mostra come la spesa sanitaria pubblica sia passata, nel periodo considerato, dal 5,2 al 6,8 per cento del prodotto interno lordo.

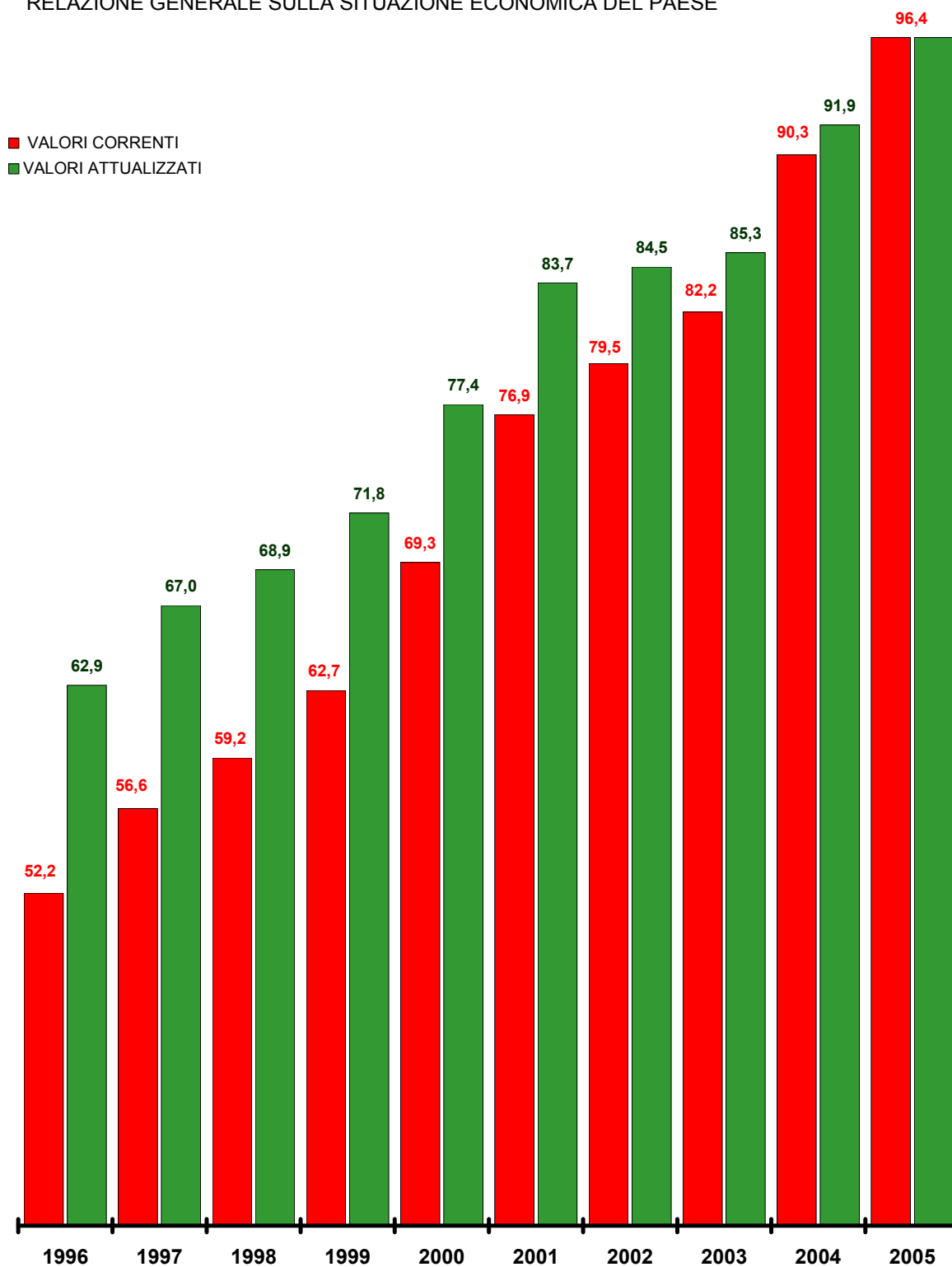
Il maggior impegno di risorse nel settore della sanità pubblica presenterebbe nel complesso elementi di inconfutabile positività, nella misura in cui si fosse tradotto in un incremento generalizzato e diffuso dei livelli di assistenza erogati alla popolazione, e fosse stato compatibile con le previsioni di spesa anno dopo anno formulate ai diversi livelli istituzionali di governo del sistema sanitario.

## figura 1 - la spesa sanitaria pubblica nel decennio 1996 - 2005

dati espressi in miliardi di euro

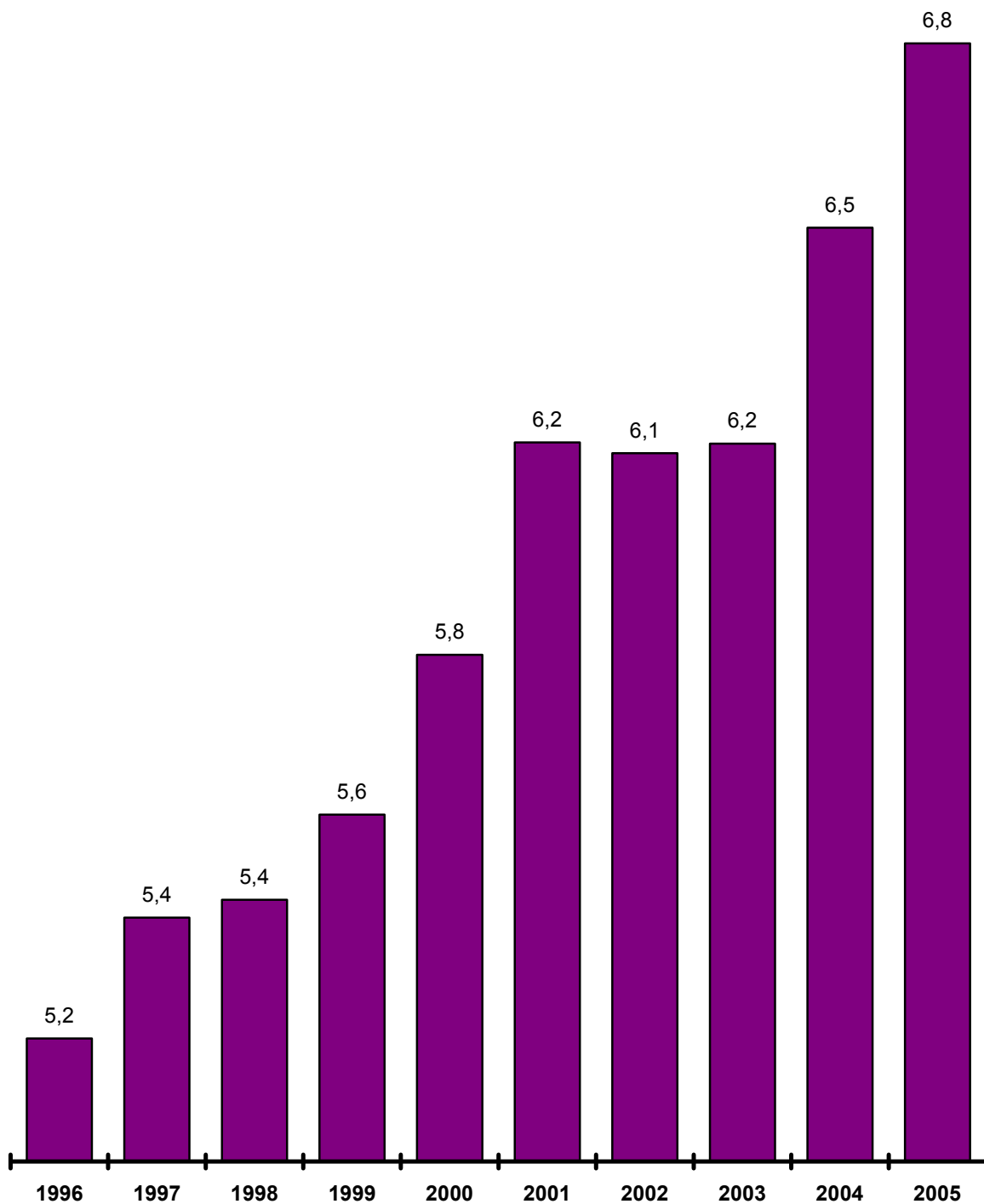
fonte: Ministero dell'Economica e delle Finanze

RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE



## figura 2 - rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo nel decennio 1996 - 2005

fonte: Ministero dell'Economica e delle Finanze  
RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE



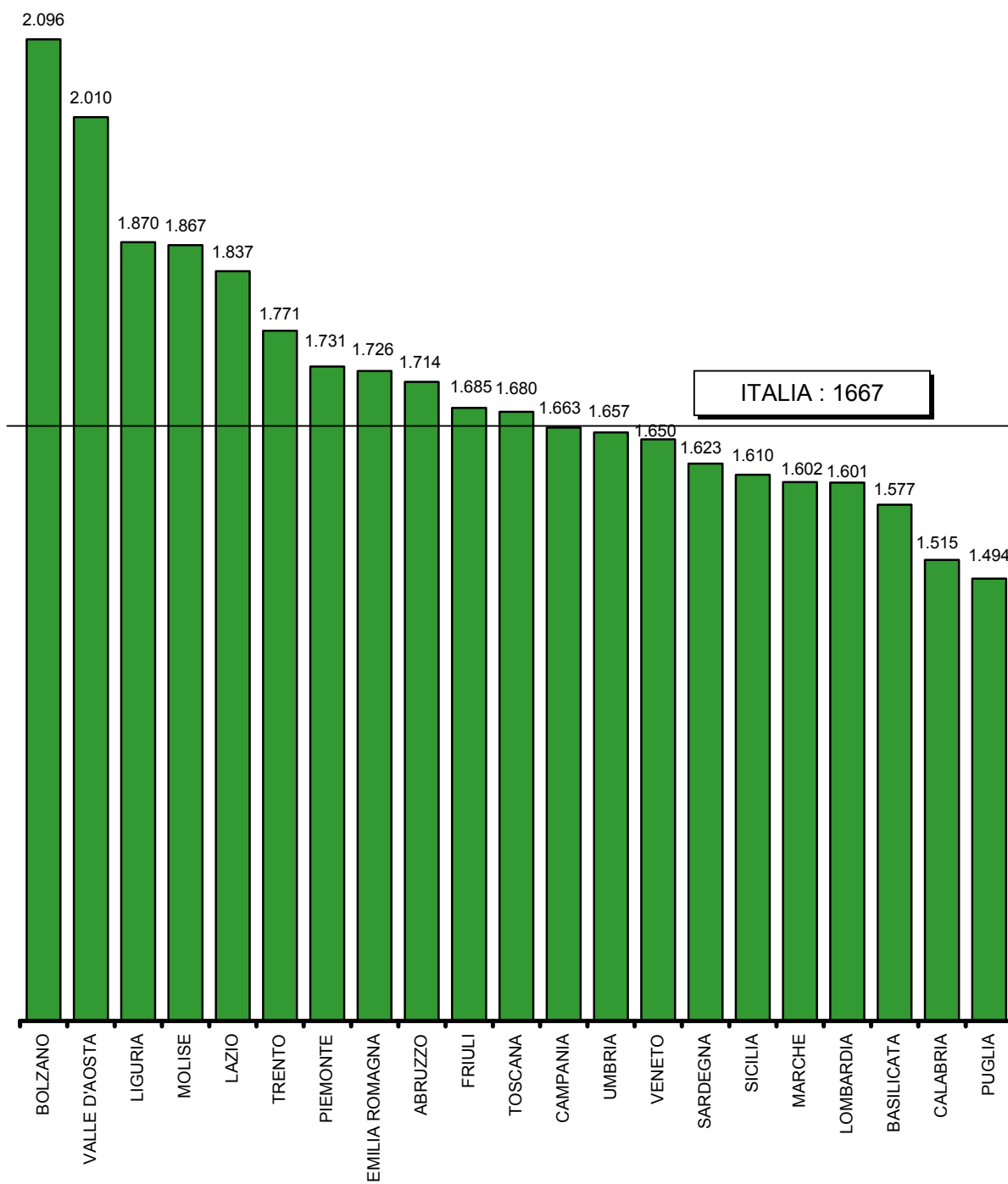
In ordine al primo aspetto il grafico riprodotto in figura 3 (spesa sanitaria pubblica per abitante per Regione – anno 2005) evidenzia differenze talmente elevate tra le diverse Regioni, da indurre a ritenere ancora molto lontano il raggiungimento di uno degli obiettivi centrali della stessa legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale: il superamento delle differenze che nel precedente assetto del sistema sanitario si registravano in termini di accesso alle prestazioni sanitarie da parte di strati della popolazione diversi per stato sociale, residenza.

In ordine al secondo aspetto il grafico riprodotto in figura 4 (spesa e finanziamento del servizio sanitario nazionale nel decennio 1996 – 2005) evidenzia come nel decennio considerato la spesa sia risultata sistematicamente più elevata delle risorse finanziarie disponibili, accumulando nel decennio considerato un disavanzo di 35,6 miliardi di euro, disavanzo che è stato in gran parte posto a carico del bilancio dello Stato, vanificando quella logica di responsabilizzazione che così perentoriamente era stata definita nel decreto legislativo 502.

La variabilità osservata per quanto concerne la spesa per abitante, si registra anche per quanto concerne il disavanzo per Regione, che in termini percentuali, come evidenziato nel grafico riprodotto in figura 5 (disavanzo del servizio sanitario nazionale per Regione – valori percentuali – anno 2005) varia dal 3,2% del Piemonte al 17,5% della Campania, Regione che in termini assoluti e percentuali registra il disavanzo maggiore di tutte le altre Regioni italiane. I dati analitici riportati nella relazione generale sulla situazione economica del paese mostrano peraltro che tre Regioni da sole (Campania, Lazio e Sicilia, con disavanzi pari, nell'ordine, a 1433, 1397 e 516 milioni di euro, sono responsabili, con 3346 milioni di euro, del 73,1% del disavanzo complessivo del Servizio Sanitario Nazionale, pari a 4577 milioni di euro.

### figura 3 - spesa sanitaria pubblica per abitante - anno 2005

fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze  
RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE

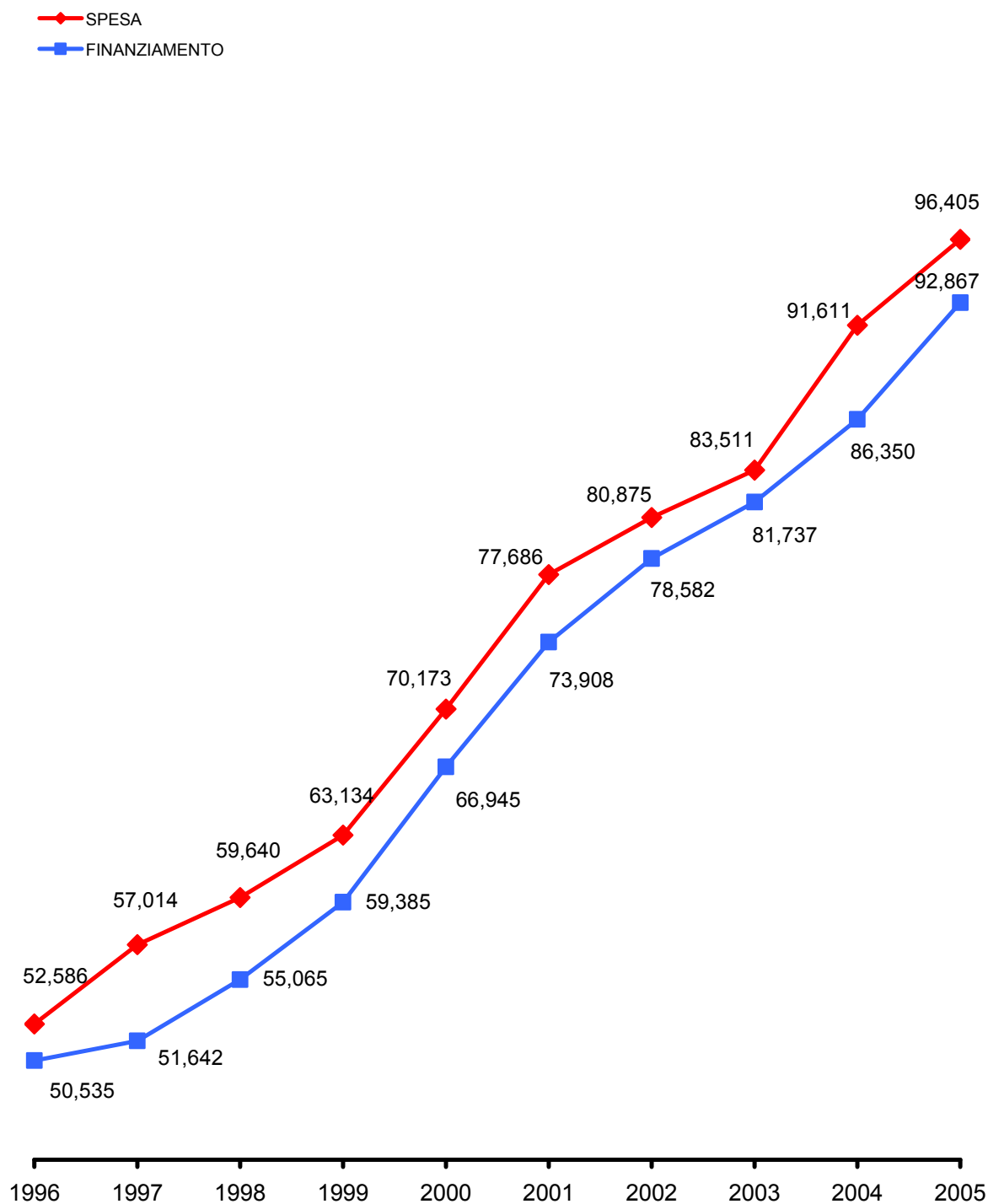


## figura 4 - spesa e finanziamento del servizio sanitario nazionale nel decennio 1996 - 2005

valori correnti - dati espressi in miliardi di euro

fonte: Ministero dell'Economica e delle Finanze

RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE

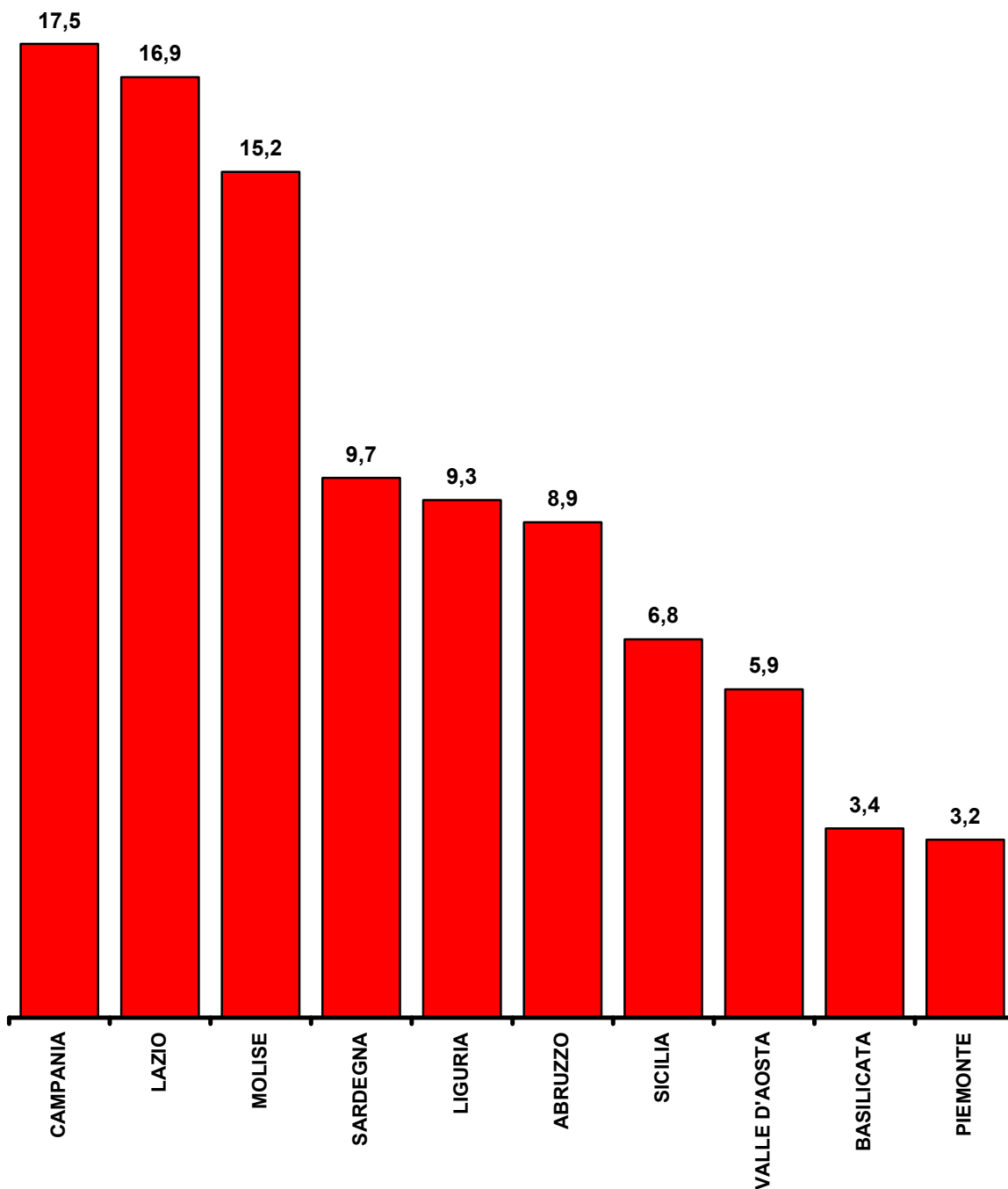


## figura 5 - disavanzo del servizio sanitario nazionale per Regione - anno 2005

valori percentuali - dati relativi alle Regioni  
che hanno registrato un disavanzo superiore al 3%

fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE



## VARIABILI DI STRUTTURA E VARIABILI DI PROCESSO

---

Le difficoltà crescenti del Servizio sanitario nazionale sopra richiamate hanno alimentato una tensione negativa nei confronti del modello aziendalistico, ritenuto da taluni inadeguato a gestire la complessità e la peculiarità dei processi di produzione in ambito sanitario.

A questa tensione negativa è stata autorevolmente contrapposta l'evidenza assiomatica che il modello aziendale è un mero strumento, potenzialmente molto efficace per conseguire l'obiettivo di assicurare il più razionale utilizzo possibile delle risorse disponibili per il raggiungimento dei fini che costituiscono la ragion d'essere (la mission) di una qualsiasi azienda, ma intrinsecamente neutro rispetto a quei fini. In altri termini i risultati conseguiti non dipendono dal modello in sé, ma dalle modalità di utilizzo del modello stesso, e in larga misura dalle capacità e dai valori delle persone alle quali, per il ruolo a queste attribuito, è affidata la gestione aziendale.

Nell'ormai lontano 1994 in un editoriale pubblicato sul numero 9 di Mecosan "Sul concetto di azienda sanitaria occorre fare chiarezza", il prof. Borgonovi affermava che *"in Italia si discute troppo di azienda sanitaria in astratto, quando invece il problema reale è capire che:*

- *possono esserci aziende gestite bene e aziende gestite male*
- *si possono avere aziende gestite bene solo se si sviluppano e diffondono conoscenze, competenze e comportamenti di management ai diversi livelli di responsabilità, da quelli di direzione generale, a quelli di direzione dei dipartimenti e di settori di attività, a quelli di direzione di unità operative, a quelli di quadri intermedi".*

In un articolo che scrissi nell'ormai lontano 1991, quando era in discussione alla camera il disegno di legge De Lorenzo di riordino del servizio sanitario nazionale (i contenuti del quale sono stati in larga misura trasferiti nel decreto legislativo 502 del 1992) esprimevo la mia convinzione che la ristrutturazione complessiva in esso prevista (trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende pubbliche di servizi, scorporo degli ospedali di maggiori dimensioni e complessità e trasformazione degli stessi in aziende, attribuzione del potere di gestione ad un organo monocratico tecnico - il direttore generale - anziché ad un organo collegiale politico, il comitato di gestione) non avrebbe di per sé consentito di risolvere i problemi del sistema sanitario, soprattutto per quanto attiene all'equilibrio finanziario, convinto già allora (e oggi, se possibile, lo sono ancora di più) che la qualità dei risultati dipende molto più

da variabili di processo (che attengono al “come” si realizzano i processi decisionali, in termini di allocazione e gestione delle risorse) che da variabili di struttura (che attengono al “chi” è deputato ad assumere decisioni in ordine alla allocazione e gestione delle risorse stesse).

Una interessante conferma di questo convincimento si trova in un articolo pubblicato nel 2003 (Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica – Mario Del Vecchio – CeRGAS Bocconi – Mecosan, 46) nel quale l'autore ripercorre le diverse fasi di trasformazione del sistema sanitario nazionale che si sono succedute dal 1978 (anno in cui come noto fu istituito il Servizio Sanitario Nazionale), al 1992 (in cui fu varata la riforma che modificava il sistema introducendo assetti e strumenti aziendalistici), al 1999 (in cui la normativa di riordino è stata organicamente rivisitata, dando particolare rilievo a concetti quali l'appropriatezza, i livelli essenziali di assistenza, la responsabilizzazione sui risultati), ai primi anni 2000 (in cui prendono forma e sostanza concrete prospettive di affidamento totale alle Regioni della gestione della Sanità).

L'autore rileva la tendenza, manifestatasi in questi ultimi anni in alcune Regioni, a ridisegnare gli assetti del sistema, rivedendo in maniera anche radicale l'articolazione territoriale delle aziende, i meccanismi di integrazione delle stesse all'interno dei diversi sistemi sanitari regionali.

*In merito a questa tendenza l'autore osserva che questa “potrebbe essere facilmente classificata in una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento, e a quelli finanziari in particolare. Così di fronte ad un aumento delle difficoltà e delle pressioni derivanti da una parte dalla crescita dei bisogni e della domanda, e dall'altra dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici, molte Regioni tendono a rispondere con interventi sempre più frequenti sui propri assetti istituzionali. Le ragioni che portano i sistemi pubblici a considerare il ridisegno delle proprie configurazioni di fondo come una soluzione buona per tutti i problemi sono varie, e molte di esse sono caratterizzate da una notevole carica di inerzia. Tra queste spicca certamente una concezione diffusa che vede negli assetti istituzionali la determinante prima, se non esclusiva, dei risultati prodotti dai sistemi pubblici, dimenticando l'influenza su di essi esercitata dal sistema politico, ma soprattutto dalla qualità dei meccanismi di gestione che le aziende pubbliche sono in grado di assicurare*

*Una seconda ragione, che vale la pena di richiamare, è la coerenza che esiste tra interventi di riforma e modalità di costruzione del consenso nell'arena politico istituzionale. Rispetto alla modificazione delle condizioni di funzionamento delle aziende, la ridefinizione delle strutture e delle regole di funzionamento del sistema è intervento che molto meglio si presta alla comunicazione, non solo mostrando alla collettività che i problemi vengono affrontati, ma anche veicolando l'idea che la formalizzazione della decisione di cambiare (approvazione della legge o del piano) coincide con la soluzione del problema stesso (effetto annuncio).”*

In sostanza i risultati gestionali, e nel caso di aziende sanitarie anche quelli che attengono alla qualità, in tutte le dimensioni in cui la qualità stessa si esprime, (qualità tecnica e appropriatezza, efficacia terapeutica e qualità percepita delle prestazioni erogate) dipendono non tanto dall'articolazione territoriale o interna delle aziende sanitarie, quanto dai meccanismi operativi di gestione delle stesse, e tra questi un ruolo assolutamente centrale riveste proprio il controllo di gestione.

## IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

---

Il controllo di gestione è sicuramente, tra gli strumenti innovativi introdotti dalla normativa di riordino del servizio sanitario nazionale, quello più diffuso nelle aziende sanitarie italiane, anche perché la sua introduzione costituisce uno specifico obbligo normativo sancito dall'articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche).

Ciò nonostante le molteplici indagini condotte sulla concreta implementazione di questo strumento hanno dimostrato che *“sebbene i sistemi di controllo di gestione vadano sempre più diffondendosi, sembra mancare una reale e generalizzata consapevolezza sulla loro natura”* 2000, Mario Del Vecchio *Contabilità e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, Mecosan, 36.*

Tra le tante definizioni possibili di controllo di gestione, nel libro che pubblicai nel 1997 sul tema “Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie” ne adottai una forse non particolarmente semplice, ma a mio avviso rispondente all'esigenza di esplicitare i molteplici contenuti che attengono a questo strumento. Il controllo di gestione è definito come *“insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti, procedure finalizzati ad attivare un processo iterativo di programmazione degli obiettivi da conseguire e di verifica della rispondenza dell'andamento gestionale rispetto agli obiettivi prefissati, finalizzato a consentire ad una organizzazione di conseguire i propri obiettivi con la massima efficacia e con la massima efficienza possibili”*. La definizione adottata sottolinea la dimensione di processo del controllo di gestione, dizione che è in effetti una forma breve, correntemente utilizzata per indicare il processo di programmazione e controllo di gestione. Il controllo di gestione non è un fatto contabile, ma un processo decisionale, uno strumento di guida dell'organizzazione. Su questo aspetto Mario Del Vecchio, nell'articolo citato, afferma che *“in troppe realtà ancora l'introduzione e l'applicazione dei sistemi di controllo di gestione viene malintesa nei suoi presupposti e nelle sue finalità. Si pensa cioè ai reports, alle informazioni, anziché concentrare l'attenzione sui meccanismi in grado di produrre su base regolare i reports stessi, su come gestire il processo che produce un'azione coerente sulla base delle informazioni prodotte. In quanto meccanismi operativi i sistemi di controllo di gestione sono strutture complesse dotate di una specifica funzione, che è quella di guida dei comportamenti aziendali.”*

La definizione adottata è complessa, ma coerente con la natura del controllo di gestione, che è di fatto un sistema intrinsecamente complesso, da un lato in quanto coinvolge una pluralità di soggetti (tutti coloro che all'interno dell'azienda ricoprono posizioni di responsabilità), dall'altro è un sistema multidimensionale (in esso si integrano la dimensione di processo, intesa come sequenza di valutazioni e di scelte, e la dimensione di struttura organizzativa e di sistema informativo di supporto al processo).

Questa complessità rende indispensabile che la progettazione e l'implementazione del sistema di programmazione e controllo siano effettuate non solo sulla base di solidi presupposti di carattere teorico – metodologico, ma anche sulla base di una attenta, approfondita analisi della realtà aziendale, che consenta di coglierne le specificità, e soprattutto sulla base di un coinvolgimento sistematico della direzione aziendale, a tutti i livelli in cui essa si articola, sin dalla fase di progettazione del sistema, che deve essere non solo accettato, ma condiviso da tutta la direzione aziendale.

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.

L'importanza di un coinvolgimento attivo della direzione generale è stato efficacemente sottolineato da due tra i più autorevoli esperti di controllo direzionale, il prof. David Young ed il prof. Robert Anthony, che nel loro ormai storico libro "Management Control in Non profit Organizations", affermano: "Siamo convinti che il primo presupposto per l'implementazione di un sistema di controllo sia il sostegno ed il coinvolgimento attivo della direzione generale. L'ideale sarebbe che tale sostegno provenisse direttamente dal direttore generale in persona. Se questi è occupato principalmente nella formulazione delle strategie aziendali, e nelle relazioni con l'esterno, il necessario sostegno potrebbe venire dal suo vice, al quale di fatto sarebbero affidate le responsabilità di gestione interna. Senza il sostegno di una di queste due figure di spicco è probabile che lo sforzo non dia alcun esito.

"Sostegno non significa semplicemente accettazione. Sebbene il suo tempo sia prezioso, la direzione generale deve essere disposta a dedicarne una parte significativa allo sviluppo del sistema."

"Se durante l'implementazione sorgono degli ostacoli, la direzione generale deve essere pronta ad ascoltare i punti di vista in conflitto e quindi ad assumere decisioni che rimuovano gli ostacoli stessi."

Uno dei problemi critici che si pongono nell'attivazione di sistemi di controllo direzionale è quello dell'organizzazione interna del sistema, proprio perché sia nella dimensione di processo decisionale che in quella di sistema informativo di supporto al processo decisionale molteplici soggetti e strutture aziendali (la direzione amministrativa, la direzione sanitaria, i servizi amministrativi centrali, in primis l'unità operativa deputata alla gestione amministrativa delle risorse economico finanziarie, il servizio informativo aziendale) devono necessariamente interagire sia per rendere possibile l'acquisizione tempestiva, corretta e completa dei dati necessari a produrre le informazioni (i reports) 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.

La soluzione di questo tipo di problemi è possibile solo realizzando meccanismi forti di integrazione, che consentano di superare la tendenza ad operare per linee verticali, tra l'altro scarsamente comunicanti, così diffusa nelle amministrazioni pubbliche.

Il processo di programmazione e controllo di gestione è come noto connotato da intrinseci elementi di complessità; è indispensabile, per questo, regolamentare il sistema di interazioni tra le diverse articolazioni operative aziendali che in tale processo sono chiamate ad interagire, ed in particolare definire funzioni e compiti dell'unità operativa controllo di gestione, come peraltro esplicitamente previsto dall' articolo 4 del citato decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999.

L'obiettivo centrale dell'unità operativa controllo di gestione deve essere quello di supportare la direzione aziendale, nella gestione dell'intero processo di programmazione e controllo, nelle diverse fasi in cui esso si articola:

- ✓ predisposizione del piano strategico triennale
- ✓ predisposizione del documento di direttive che costituisce il raccordo tra pianificazione triennale e programmazione annuale e l'input per la formulazione delle proposte di *budget* che devono essere presentate alla direzione generale
- ✓ 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 (per componenti di costo e ricavo e per articolazioni organizzative aziendali)
- ✓ 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;
- ✓ progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;

Nel contesto di una puntuale regolamentazione organizzativa che definisca funzioni e compiti dell'unità operativa controllo di gestione e interrelazioni funzionali con le altre unità operative che con essa sono chiamate ad interagire appare fondamentale precisare che la gestione tecnica del sistema informativo a supporto del processo di programmazione e controllo, è prerogativa e compito esclusivo dell'unità operativa controllo di gestione, che deve costituire unico riferimento all'interno dell'azienda per la progettazione, lo sviluppo e la gestione del sistema informativo direzionale, riferimento e supporto del processo di programmazione e controllo, con il coinvolgimento sistematico dei responsabili delle diverse articolazioni organizzative aziendali.

La richiamata unicità dell'unità operativa controllo di gestione come esclusivo riferimento del sistema informativo direzionale sottende una scelta strategica, rivolta in particolare a garantire l'integrità del sistema informativo (evitando situazioni purtroppo ricorrenti in cui settori diversi forniscono risposte diverse alla stessa richiesta di informazioni).

Pare opportuno a questo riguardo 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.

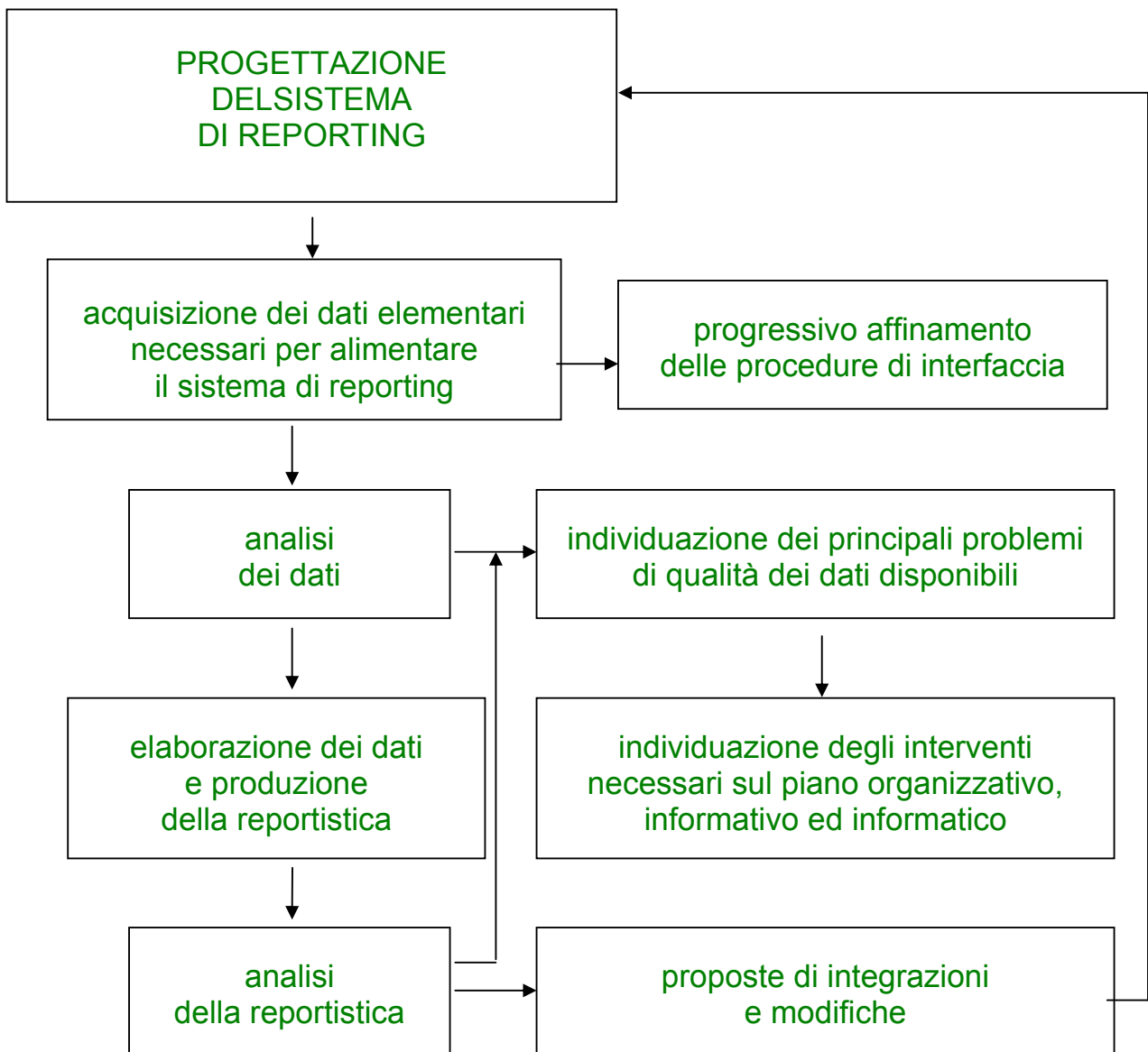
Le fasi a monte di questo processo tecnico (dalla scelta degli indicatori attraverso i quali monitorare i fenomeni osservati, alla puntuale definizione dei contenuti informativi dei vari report, alla definizione del layout degli stessi) e le fasi a valle (l'analisi delle elaborazioni numeriche e grafiche effettuate, l'individuazione delle determinanti che spiegano l'andamento della gestione, e la conseguente progettazione di interventi di carattere tecnico organizzativo volti a riallineare i risultati della gestione rispetto agli obiettivi, ed in generale a consentire un miglioramento dell'economicità, dell'efficienza e dell'efficacia) chiamano in gioco altre competenze ed altre funzioni aziendali: per questo appare indispensabile costituire un gruppo di lavoro permanente nel quale siano 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).

L'unità operativa controllo di gestione deve svolgere un ruolo di servizio nei confronti della direzione aziendale ai vari livelli in cui essa si articola, ponendosi quale snodo centrale di una serie di coinvolgimenti finalizzati a far tesoro di tutti gli apporti possibili sin dalla fase di progettazione del sistema di reporting, che solo arricchendosi di sempre nuovi e più specifici contenuti può risultare così patrimonio condiviso.

Il gruppo di lavoro a supporto del processo di programmazione e controllo dovrà riunirsi con frequenza adeguata (di norma ogni quindici giorni) al fine di assicurare, soprattutto in una prima fase di impianto del sistema, il supporto indispensabile per:

- ✓ validare il sistema di reporting aziendale specificandone i contenuti in modo progressivamente più aderente alla specificità delle diverse aree di intervento (per evidenti considerazioni diversi saranno i dati di struttura e di attività, gli indicatori di risorse e di risultato del presidio ospedaliero rispetto a quelli relativi al dipartimento di prevenzione, al dipartimento di salute mentale, all'assistenza distrettuale)
- ✓ presidiare le necessarie interconnessioni funzionali tra sistema informativo a supporto del processo di programmazione e controllo e sistema informativo aziendale, 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 che a tale gestione sono connesse può consentire che si realizzi un processo continuo di miglioramento della qualità del sistema di reporting quale quello riprodotto in figura, indispensabile se si vuole che il sistema di reporting non sia inutile sovrastruttura informativa ma strumento condiviso sia nella sua progettazione di quel monitoraggio continuo dell'andamento economico in cui si sostanzia il controllo di gestione.



L'impostazione prefigurata nella definizione delle funzioni che devono essere attribuite all'unità operativa controllo di gestione e delle modalità di relazione di questa con le altre unità operative assume a fondamento alcune idee forza:

- il superamento di una concezione del controllo di gestione quale strumento di valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, verso una concezione di ben più ampio respiro, che attribuisce all'unità operativa controllo di gestione funzioni di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale, ai vari livelli in cui essa si articola nella gestione del processo di programmazione e controllo;
- la chiara distinzione tra dimensione di processo decisionale, intrinseca nel processo di programmazione e controllo (la responsabilità del quale è prerogativa della direzione aziendale), e la dimensione tecnico organizzativa e informativo informatica di supporto a tale processo decisionale (dimensione in cui si sostanzia la funzione specifica dell'unità operativa controllo di gestione);
- la trasversalità del processo di programmazione e controllo di gestione, che necessariamente coinvolge diverse competenze dell'organizzazione aziendale, prefigurando una soluzione dipartimentale che integri funzionalmente le unità operative più direttamente interessate. Questa integrazione è finalizzata ad assicurare al processo di programmazione e controllo la necessaria organicità, non potendo essere la programmazione sorretta unicamente da criteri e valutazioni di efficienza ed economicità ma dovendo essere ispirata in primo luogo da considerazioni di qualità e appropriatezza delle prestazioni ed attenta alle implicazioni che i processi di programmazione e controllo hanno sui sistemi di valutazione e sviluppo delle risorse umane.

In ordine a questo terzo aspetto una riflessione particolare merita l'esigenza secondo me centrale che vi sia una forte interconnessione tra sistema premiante e processo di budgeting, superando la logica dei cosiddetti progetti obiettivo (retaggio di una normativa contrattuale del pubblico impiego ormai da tempo superata) per ricondurre ad un unico quadro di riferimento programmatico (il budget) la fissazione degli obiettivi e degli incentivi economici (o di altra natura) connessi al conseguimento degli stessi. Questo in sintonia con una accezione del budget non inteso in senso riduttivo come mero tetto di spesa da non superare, ma come insieme di azioni che devono essere intraprese per migliorare i livelli di efficienza, efficacia, economicità della gestione nonché della qualità delle prestazioni erogate.

In molte aziende il sistema premiante ed il processo di budgeting sono temporalmente asincroni e funzionalmente disconnessi, presidiati da unità operative diverse e oltretutto tra loro non comunicanti.

E ciò nonostante l'articolo 5 del citato decreto 286 (che disciplina gli strumenti di monitoraggio dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle amministrazioni pubbliche) e l'articolo 32 del contratto nazionale della dirigenza indichino esplicitamente la stretta connessione tra processo di budgeting e valutazione dei dirigenti, e che conseguentemente l'unità operativa controllo di gestione venga ad essere interlocutore di riferimento del nucleo di valutazione (organo al quale la normativa vigente affida il compito della valutazione dei dirigenti per quanto concerne il raggiungimento degli obiettivi di budget e l'erogazione della retribuzione di risultato).

Troppo spesso si identifica il controllo di gestione con l'unità operativa omonima, dimenticando che per controllo di gestione non si deve intendere un servizio deputato a fornire dati ed analisi a supporto delle decisioni, ma un processo, nel quale si integrano le differenti articolazioni aziendali deputate a gestire le risorse sia sotto il profilo operativo sia sotto il profilo amministrativo contabile, a tutti i livelli di responsabilità, dalla direzione generale, ai dirigenti dei servizi centrali e dei dipartimenti aziendali, sino ai responsabili delle unità operative comunque chiamate a rispondere del budget ad esse attribuito.

E lo strumento indispensabile a gestire questo processo è il più volte citato gruppo permanente di lavoro a supporto del processo di programmazione e controllo, definito anche comitato di budget o gruppo di coordinamento, nel quale si integrino tra l'altro la componente amministrativa e la componente operativa, rappresentata in particolare dalla dirigenza medica, troppo spesso divise da diverse sensibilità e culture e dall'attribuzione di ruoli artatamente contrapposti, quando dovrebbero essere invece complementari e sinergici se si vuole davvero raggiungere quei risultati, intermini di efficienza, efficacia ed economicità resi ancor più ineludibili dalla difficile congiuntura economica.

L'impianto complessivo del sistema di controllo di gestione deve essere caratterizzato da una scelta di fondo: realizzare una effettiva integrazione delle diverse componenti che operano all'interno dell'azienda sanitaria, superando la tendenza, purtroppo così diffusa nelle amministrazioni pubbliche, alla verticalizzazione dei processi, alla compartimentalizzazione degli interventi. Questa integrazione appare preconditione affinché il sistema di controllo direzionale espliciti tutte le potenzialità in esso insite, valorizzando in modo ottimale tutte le competenze, le intuizioni, le sensibilità di cui l'azienda al suo interno dispone.