



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 08/2014



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Dr. Nicola Giorgione (Presidente)

Dr. Luciano Bernini (Vice-Presidente)

Dr. Francesco Arena

Dr. Massimo Desperati

Dr. Carlo Arfini

Dr. Ivo Casagrande

Dr. Gabriele Ferretti

Dr.ssa Lorella Gambarini

Dr. Francesco Musante

Dr. Claudio Pesce

Dr. Fernando Pesce

Dr. Salvatore Petrozzino

Dr. Giuseppe Spinoglio

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi

Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi

telefono: +39.0131.206818

email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.

telefono: +39.0131.206819

email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

review). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: La rilevanza degli indicatori e della dimensione della *performance* ai fini dell'*accountability*.

Autori: Foddis A.¹

Tipo: Articolo Originale

Keywords: Indicatori; *Performance*; Aziende sanitarie; *Accountability*

Abstract

Background: Il processo di aziendalizzazione volto a recuperare la funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la conseguente responsabilizzazione legata alla gestione delle risorse assegnate alle articolazioni che lo compongono, il riconoscimento della libertà di scelta all'accesso delle prestazioni sanitarie quale condizione di concorrenza tra erogatori al fine di contrastare l'implosione di modelli statici e incapaci di creare valore, hanno reso necessario un approccio multidimensionale di misurazione della *performance*, in coerenza con la nuova cornice normativa delineata dalle riforme sanitarie degli anni '90. Essa infatti è considerata leva determinante per l'*accountability*, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti. Misurare la *performance* significa fissare obiettivi quantificabili, definire i risultati attesi, associare agli obiettivi degli indicatori che possano adeguatamente misurare sia il percorso sia il grado di raggiungimento degli stessi, rilevare sistematicamente, ad intervalli di tempo definiti, il valore degli indicatori. La rilevanza della misurazione/valutazione

¹ S.S. Affari Generali e Relazioni col Pubblico
A.O. "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria
E-mail: afoddis@ospedale.al.it



delle prestazioni, e delle sue tecniche, è cresciuta di pari passo con l'espandersi sia di procedure di rendicontazione interne alle singole aziende sanitarie, sia di forme di rendicontazione pubblica aperta, o almeno accessibile, ai cittadini. In riferimento ai destinatari interni, l'impiego di un sistema di indicatori per la misurazione della *performance* è un valido supporto ai fini del controllo direzionale per indirizzare il *management* nei processi decisionali; in riferimento ai destinatari esterni, tale sistema costituisce il mezzo per poter dar loro conto dei risultati delle azioni intraprese. Insieme al concetto di responsabilità, il principio dell'*accountability* presuppone quello di trasparenza inteso come accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, fra cui gli indicatori gestionali e gli strumenti di comunicazione volti a rendere visibili decisioni, attività e risultati. Il presente lavoro si compone di una parte introduttiva dedicata a illustrare brevemente il concetto di produzione, di una riferita a delineare la rilevanza di un sistema di indicatori quale supporto imprescindibile nelle scelte decisionali volte al miglioramento continuo della *performance*, e di una conclusiva in cui si è inteso rimarcare l'importanza di progettare un sistema di controllo di gestione integrato con un sistema di gestione della qualità, quale strumento di controllo direzionale interno all'azienda sanitaria e di rendicontazione esterna del proprio operato, meglio conosciuta con il termine di "*accountability*".

Obiettivi: Tenuto conto che la misurazione della *performance*², mediante l'utilizzo di indicatori in grado di rendere misurabile e documentabile le modalità adottate per il conseguimento del proprio operato, diviene elemento centrale per il miglioramento continuo e per l'attuazione del principio fondante dell'*accountability*, questa breve relazione è intesa a sottolineare come la costruzione di un sistema di indicatori non deve essere fine a sé stessa, bensì deve essere vista come uno degli elementi di un disegno analitico globale al fine di misurare direttamente qualsiasi dimensione dell'attività aziendale, sia essa definita come efficienza, efficacia, economicità, risultato, impatto, rendimento, qualità.

² La "misura" rappresenta il dato in grado di fornire informazioni su un aspetto della performance. Le misure possono essere date da parametri, informazioni su un oggetto di rilevazione, ed indicatori che sono dati dal rapporto tra due parametri.



Metodologia: Ricerca per la quale l'approccio utilizzato si avvale di una delle definizioni reperibili in letteratura di "processo" quale insieme di attività interrelate svolte all'interno di un'organizzazione che creano valore, di "indicatore" inteso come informazione selezionata allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali³, nonché, delle caratteristiche di alcune tecniche gestionali innovative, da affiancare ai tradizionali strumenti di controllo direzionale, quali "Activity Based Costing", "Balanced Scorecard" e "Benchmarking".

Risultati: La diagnosi di *performance* delle aziende pubbliche, per la sua complessità, necessita di un sistema di valutazione articolato e pluridimensionale basato su una serie di indicatori sintetici tra cui indicatori finanziari, economici, patrimoniali, di efficienza, di efficacia e qualità gestionale. Un sistema di indicatori finalizzato a valutare l'efficienza dei processi organizzativi, gestionali e la qualità percepita dei servizi erogati, ricopre oggi un'importanza strategica per consentire al *management* di individuare le giuste aree di intervento, le azioni da intraprendere in un contesto di "pressione competitiva" in cui ponderare aspetti economici e qualitativi.

Conclusioni: Pur essendo organizzazioni "non profit", anche le aziende sanitarie pubbliche devono avere come obiettivo il perseguimento del successo individuabile da fattori determinanti come essere realmente utile ed efficace ed essere percepita come tale dal singolo e dalla comunità in cui è inserita, mantenere la coerenza con i mandati istituzionali (norme, regolamenti, indirizzi, obiettivi assegnati, ecc.), avere un riconoscimento positivo assicurandosi una buona immagine ed una soddisfazione degli *stakeholder* di riferimento. La misurazione della *performance* è quel processo che attraverso la definizione e rilevazione di misure, dati, parametri ed indicatori, cerca di acquisire informazioni rilevanti sui risultati ottenuti. Tale processo rappresenta uno strumento a disposizione dei decisori aziendali per poter avere informazioni sull'attività svolta al fine di poter verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione e programmazione. Gli anni successivi alle riforme di riordino del

³ Decreto del Ministero della Sanità 24/07/95



SSN⁴ hanno conosciuto un progressivo rafforzamento dei meccanismi e delle procedure mediante le quali le organizzazioni sanitarie sono chiamate a rendicontare pubblicamente del proprio operato. In sostanza si è ritenuto, implicitamente o esplicitamente, che le responsabilità di governo ed amministrazione dei sistemi sanitari, attraverso le aziende sanitarie pubbliche e le aziende ospedaliere, potessero ritrovare, in tal modo, una rinnovata legittimazione e una accresciuta credibilità nei confronti dei cittadini. In altri termini si è andata configurando una rinnovata concezione della responsabilità manageriale di dette aziende identificabile nel significato espresso dal termine anglosassone "*accountability*" e traducibile nella necessità che la gestione delle stesse debba essere giudicata sulla base della capacità di generare "valore" per la comunità di riferimento, misurando e rendendo riconoscibile tale valore⁵.

Premessa

Misurare la *performance* di un'azienda sanitaria pubblica è molto complesso in quanto, essendo un'organizzazione non *profit*, i risultati della gestione non possono essere valutati unicamente in termini economici- finanziari. La dimensione economico-finanziaria può essere di per sé sufficiente a valutare la qualità della gestione aziendale nelle imprese private, poichè la finalità ultima è quella di massimizzare i profitti. Nelle aziende sanitarie, invece, l'obiettivo di sostenibilità economica non può essere anteposto all'obiettivo della qualità, intesa come capacità di risposta ai bisogni di salute dei cittadini, altrimenti si rischierebbe di mettere in discussione la missione stessa del soggetto pubblico. Alcuni aspetti strategici importanti come la qualità e la *customer satisfaction*, non hanno impatto immediato sulle

⁴ Con il d.lgs n. 502/1992 e il d.lgs n. 517/1993 si diede una notevole spinta nella direzione dell'interpretazione in chiave aziendale dell'organizzazione sanitaria, attraverso l'attribuzione alle U.S.L., delle quali si ridefinisce anche la modalità economico-finanziaria (budget di esercizio, indicatori di qualità, verifica dei risultati), della natura di azienda pubblica e con una maggiore responsabilizzazione della dirigenza sanitaria sui risultati conseguiti.

⁵ Il decreto legislativo del 24 luglio 1995 relativo a "*Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità nel SSN*", il successivo decreto del 15 ottobre 1996 riguardante "*L'approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento dell'attività di prevenzione delle malattie*", il decreto del 12 dicembre 2001 sul "*Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*", hanno definito e progressivamente sviluppato l'insieme degli indicatori di efficienza e di efficacia che le aziende sanitarie devono adottare per consentire, da un lato, una proficua autovalutazione, e dall'altro, un monitoraggio della situazione della sanità da parte del Ministero della Salute.



rilevazioni contabili. Risulta dunque importante nelle aziende sanitarie sviluppare, accanto ai sistemi di rilevazione contabile, sistemi di rilevazione extra-contabili in grado di fornire dati per misurare le diverse dimensioni della *performance*. Anche se il fine delle aziende sanitarie non è la creazione di un utile, ma il soddisfacimento dei bisogni sanitari, queste devono ugualmente acquisire efficienza e creare valore attraverso uno degli strumenti principali dell'aziendalizzazione: l'organizzazione e gli strumenti di gestione. Il punto quindi è garantire la massima qualità con un ottimale consumo di risorse, senza sprechi ed inefficienze. A tal riguardo è rilevante che l'organizzazione sia dotata di un sistema di controllo interno e di strumenti adeguati che le permettano di rendicontare i risultati di utilità sociale raggiunti. Al fine di creare il giusto collegamento tra la responsabilità di gestione e le variabili critiche, che sta alla base del successo del sistema di controllo di gestione, lo stesso deve individuare i parametri, gli obiettivi e i relativi indicatori che scaturiscono dall'analisi della sequenza: fattori critici di successo-aree critiche di gestione-variabili chiave.

Dal punto di vista strettamente contabile, la valutazione dello stato di "salute" di un'azienda sanitaria, passa attraverso l'analisi degli indici di bilancio ed al loro andamento nel tempo. Ai fini della loro determinazione è necessaria una riclassificazione dello Stato Patrimoniale secondo criteri finanziari e del Conto Economico per parti della gestione, al fine di porre in evidenza il contributo delle diverse aree alla formazione dei risultati parziali e finali d'esercizio⁶. L'efficacia della gestione è invece misurabile con indicatori di esito delle cure e di *performance* che hanno una duplice dimensione e valenza informativa: non solo sono di supporto alla direzione nel guidare l'azienda verso la propria *mission*, ma acquistano una rilevanza strategica consentendo di svolgere in modo efficace l'attività di rendicontazione rivolta ai diversi "stakeholder". In estrema sintesi le principali finalità di un'azienda sanitaria, in coerenza con i mandati istituzionali, sono riconducibili alle seguenti:

- produrre un risultato "economico", cioè aggiungere valore alle risorse impiegate;
- produrre "utilità" attraverso trasformazioni fisico tecniche delle risorse;
- produrre "prodotti" per soddisfare la domanda di salute.

Solo una perfetta conoscenza dei fenomeni e dei processi aziendali può condurre ad un continuo miglioramento delle *performance* aziendali. È dunque importante che i sistemi di

⁶ Tali indici, richiedendo uno sviluppo a parte di analisi di bilancio, non verranno trattati nel presente lavoro; per un approfondimento sull'argomento si rimanda a: M. Martinelli, "La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie" Ed. Il sole 24 ore (2001).



misurazione delle *performance* siano costruiti, implementati ed utilizzati sulla base del processo aziendale e decisionale che intendono supportare. Per misurare la *performance* di un'azienda sanitaria o di una semplice unità operativa, nell'erogazione di un servizio, è necessario rilevare dati ed informazioni rispetto a tre oggetti di indagine: *input*, *output*, *outcome*. L'*input* è l'insieme dei fattori produttivi acquisiti dall'azienda ed impiegati nella produzione di un bene o erogazione di un servizio. I fattori produttivi possono essere risorse finanziarie, materiali, umane e strumentali a seconda della tipologia del bene o del servizio. Essi possono essere espressi in termini monetari, costo di acquisizione, o non monetari, quantità utilizzata (es. ore di lavoro). L'*output* è l'insieme dei risultati conseguiti dall'attività dell'unità operativa in termini di quantità, qualità, di beni prodotti e servizi erogati. L'*outcome* rappresenta l'impatto che gli *output* ed in generale tutta l'attività dell'unità operativa o dell'azienda ha avuto sui cittadini/utenti⁷. La combinazione dei dati relativi a queste tre categorie di rilevazione permette di costruire diverse tipologie di indicatori ed in conseguenza di misurare diverse dimensioni della *performance*. L'efficienza dipende principalmente dal modo in cui i fattori produttivi vengono impiegati nel processo produttivo, a parità di altre condizioni. In tal senso la definizione dei *budget* costituisce un processo delicato che richiede l'utilizzo di informazioni sugli *input*, *output* ed *outcome* al fine di assegnare ai vari Centri di Responsabilità (CdR) obiettivi coerenti con i piani ed i programmi aziendali e le risorse necessarie per raggiungerli. Eventuali utilizzi impropri di risorse, quali sprechi o non correttezza nell'uso dei fattori produttivi, sono infatti la principale causa di inefficienza.

In economia, la relazione secondo cui si combinano gli *input* per generare l'*output*, è detta "funzione di produzione"; anche per le aziende sanitarie, è pertanto possibile sviluppare una teoria del comportamento simile a quella delle imprese sui mercati concorrenziali in un contesto di scelta razionale finalizzata ad ottenere il massimo risultato con il minor costo. Un ulteriore modo di esprimere la funzione di produzione è formularla attraverso un'equazione matematica; ad esempio, nell'ipotesi di un processo produttivo che impiega due *input*, capitale (K) e lavoro (L) per la produzione di una certa quantità di *output* (Q), la relazione tra K, L e Q si può esprimere nel seguente modo $Q=f(K,L)$ dove f è una funzione matematica che sintetizza il processo rappresentato in Figura 1. Tale funzione indica quante unità di Q è possibile ottenere impiegando determinate quantità di K e di L; sintetizza, quindi, la relazione

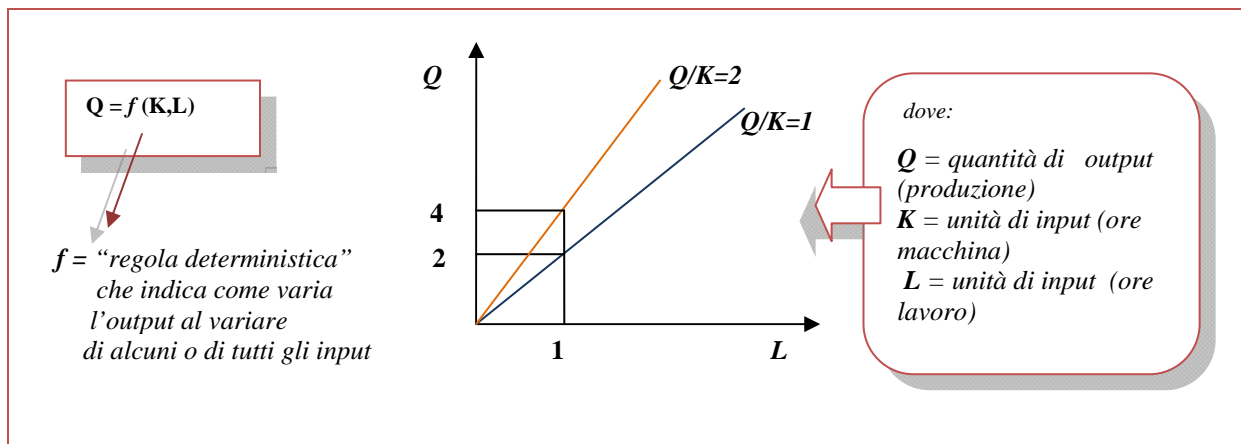
⁷ La rilevazione degli *outcome* nel settore pubblico è rilevante in quanto l'attività dell'azienda sanitaria pubblica è posta

tra gli *input* e gli *output*. Per maggior chiarezza, supponendo che la funzione di produzione sia data da $f(K,L)=2KL$, dove K è misurato in ore-macchina e L in ore-uomo, la relazione tra K , L e Q viene calcolata con l'equazione $Q=2KL$.

A titolo esemplificativo, si rappresenta graficamente il seguente caso: (fig. 1)

- dato $K=1$, se si impiega 1 unità di L si ottiene $Q=2 \times 1 \times 1=2$ unità di *output*
- dato $K=2$, se si impiegano 2 unità di L si ottiene $Q=2 \times 2 \times 1=4$ unità di *output*

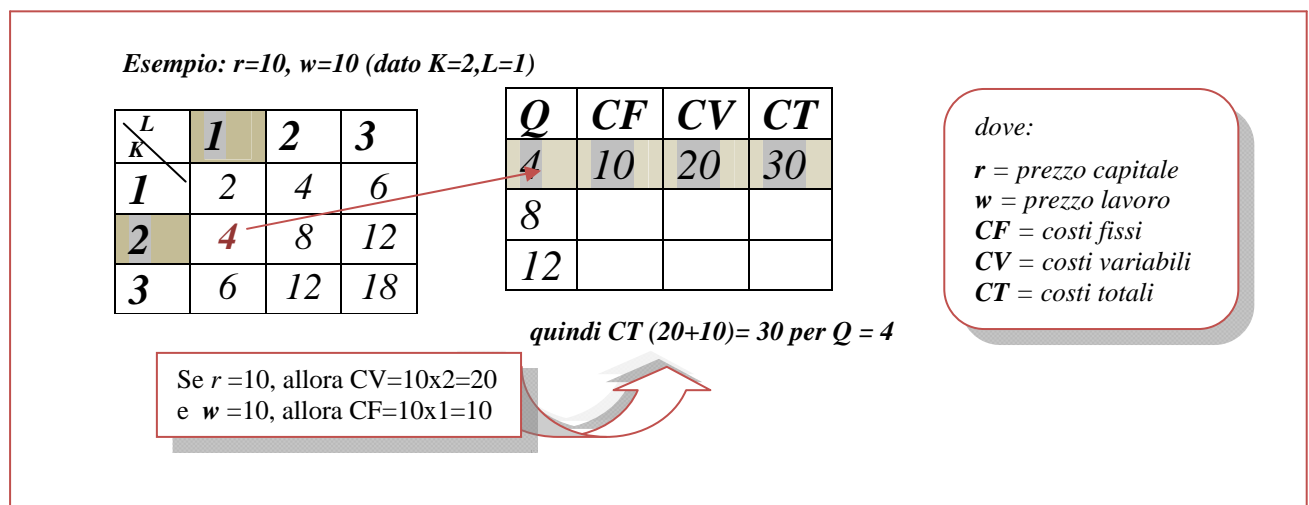
Figura 1 – funzione di produzione $Q=2KL$



Fonte: mia elaborazione su riferimento Frank R.H., (2010), "Microeconomia", McGraw-Hill (V Edizione)

Di conseguenza, tale funzione consente di identificare i costi legati all'ottenimento di un determinato *output* (fig. 2)

Figura 2 – costi di produzione (K,L)



Fonte: mia elaborazione su riferimento Frank R.H., (2010), "Microeconomia", McGraw-Hill (V Edizione)

in essere per soddisfare i bisogni della collettività e dunque è indispensabile sapere se questi bisogni vengono soddisfatti.



La rilevazione dei costi riferiti ai CdR, che devono essere monitorati in fase di controllo di gestione, è un momento decisivo per la determinazione dei costi dei servizi offerti. In generale, tenuto conto dei costi dei fattori produttivi (costo lavoro/n. addetti; costo farmaci/n. giornate di degenza, ecc) le scelte gestionali consistono nel decidere come allocare il proprio *budget* ponderando aspetti economici e qualitativi fra una pluralità di combinazioni alternative di *input* per produrre una data quantità di *output*, come, ad esempio, scegliere la migliore combinazione di medici/infermieri per produrre un certo numero di prestazioni sanitarie dato un certo obiettivo, oppure stimare la quantità di produzione che si otterrebbe dall'impiego di una unità addizionale di un infermiere a parità di posti-letto.

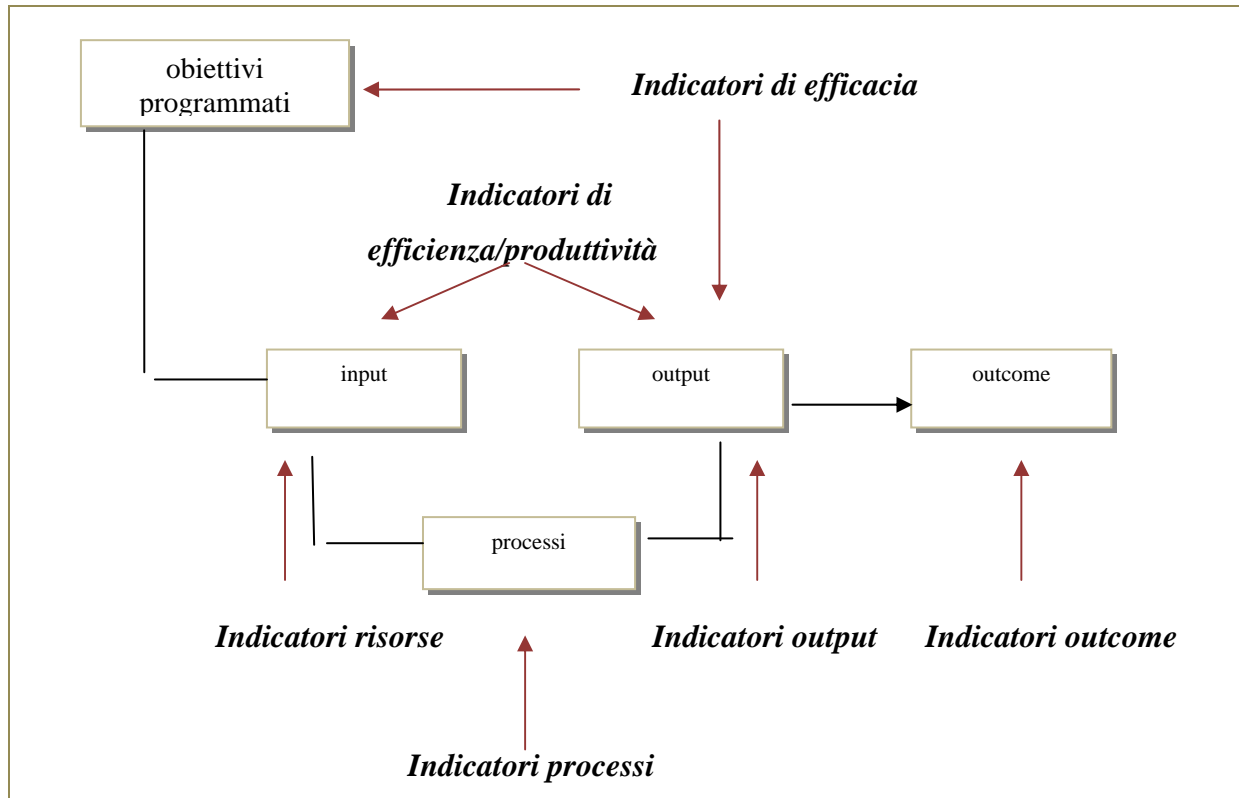
In breve, la valutazione costo/opportunità consente di individuare i benefici che si possono produrre con usi alternativi delle risorse disponibili. In fase di programmazione, i processi decisionali, finalizzati ad ottenere il massimo risultato con il minor costo, devono necessariamente fare riferimento, come avviene per le imprese, a due questioni rilevanti: la produzione (le alternative possibili) e il rapporto costi/benefici (le conseguenze) al fine di allocare le scarse risorse in modo efficiente (combinazione ottimale di K e di L per produrre Q). Per il miglioramento continuo della *performance* è necessario applicare criteri di controllo che consentano di ridurre il costo del servizio offerto, garantendo l'obiettivo di qualità. Nel caso particolare dei servizi ospedalieri, tuttavia, nuove tecnologie più costose e a più alta intensità di lavoro (spesso di elevata specializzazione), possono ragionevolmente essere introdotte per fornire ai pazienti trattamenti di cura maggiormente efficaci, non avendo quindi come ovvia conseguenza la riduzione dei costi ma molto più probabilmente l'incremento della qualità dei servizi erogati⁸.

In settori come quello sanitario, il costante riferimento alle esigenze dell'utente/cliente, richiede un approccio personalizzato e una logica operativa e organizzativa di "processo". Il momento di sintesi del controllo è rappresentato dal monitoraggio di tutte le variabili che caratterizzano il processo, attraverso la costruzione di un sistema di indicatori (fig. 3), meglio descritti nel paragrafo ad essi dedicato. La valutazione quanti-qualitativa di risorse e modalità di utilizzazione delle stesse e il calcolo di una serie di indicatori di economicità, di efficienza,

⁸ C. Canta, M. Piacenza, G. Turati, (2006), "Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte", *Politica Economica* n. 2, pag. 181.

di efficacia e di qualità consentono, attraverso valutazioni di sintesi, l'individuazione delle diseconomie e delle disfunzionalità più rilevanti.

Figura 3 – Tipologie di indicatori



L'ottimizzazione dell'intero processo richiede, pertanto, che l'ottenimento dei risultati desiderati avvenga a partire dall'utilizzo efficiente delle risorse destinate all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità, riguardo soprattutto al lato della domanda. Gli indicatori devono pertanto essere coerenti con le finalità conoscitive per le quali sono stati costruiti e direttamente correlati con gli obiettivi strategici e gestionali formulati in fase di pianificazione e programmazione.

La gestione per processi

L'azienda sanitaria può definirsi come una struttura composta da unità operative che interagiscono tra loro contribuendo al funzionamento globale della stessa, la cui integrazione è fortemente influenzata dalla interdipendenza dell'insieme dei centri di costo necessari a compiere uno o più stadi del processo. La necessità di focalizzare l'attenzione sul



miglioramento continuo, attraverso la creazione e l'accrescimento di valore inteso in termini di qualità strutturale e organizzativa, qualità del processo, qualità percepita, ha favorito la visione globale dell'organizzazione aziendale, rappresentandola attraverso un insieme di processi tra loro interconnessi (manageriali, clinici, infermieristici, amministrativi) in cui l'utente/cliente è coinvolto. Il processo (sanitario e/o amministrativo) è costituito da una serie di attività tra loro interrelate al fine di realizzare una prestazione che evidenzia "chi fa che cosa" (*flow-chart*)⁹. I vantaggi della gestione e organizzazione per processi sono una maggiore integrazione tra le unità operative e una maggior conoscenza dei generatori dei costi. Partendo, dunque, dall'assunto che sono i processi a creare valore, occorre garantire un'integrazione orizzontale e verticale tra tutte le funzioni che contribuiscono alla gestione degli stessi, privilegiando logiche di relazione e di integrazione tra le varie strutture, anche di carattere funzionale, nonché una gestione collegiale al fine di garantire una sistematica convergenza di analisi e decisioni di obiettivi comuni. Il responsabile del processo ha la responsabilità "organizzativo-gestionale" del risultato finale e del rispetto dei tempi o delle regole fissate o concordate. A questo fine, esercita il monitoraggio sullo svolgimento dell'intero processo interloquendo con i responsabili delle singole fasi, dotandosi di strumenti di controllo (*budget, report*) e sistemi analitici (indicatori) coerenti con gli obiettivi che deve presidiare. E' utile ricordare che le componenti dell'*output* sono sia la prestazione sanitaria (*core*) che le condizioni di cessione e di immagine in cui tale prestazione viene erogata (condizioni che sono in grado di influenzare la percezione dell'utente/cliente sulla bontà della prestazione stessa). Un *output* di processo presenta maggior valore se esso dimostra maggior utilità e miglior qualità di servizio (valutabile dal destinatario del processo) e se avviene con minori tempi e costi. Pertanto, le attività che non aggiungono valore (utilità) al prodotto vanno eliminate in quanto costituiscono sprechi di risorse. Nell'analisi dei processi è dunque fondamentale, per migliorare l'efficienza, partire dal processo/prodotto e non dalle funzioni, per evitare che le attività siano inutilmente duplicate, che tendano a diventare di "routine" e vengano svolte in modo meccanico, senza attenzione all'obiettivo finale. Le conseguenze possono tradursi in dispersione di risorse, duplicazioni di attività, necessità (a volte) di rifare il lavoro, insoddisfazione degli utenti intermedi e finali. Nella gestione per processi, un buon sistema di indicatori consente la rilevazione tempestiva di criticità che altrimenti, con i solo parametri di natura contabile, potrebbero essere rilevate troppo tardi.

⁹ Tradizionalmente le gestioni e i miglioramenti sono stati affrontati per funzioni, ma si genera valore attraverso i processi, e non mediante le funzioni (sono i processi a creare valore). L'approccio per processi in ambito sanitario è il concetto base per il sistema di gestione della qualità ed è uno degli elementi caratterizzanti le norme ISO 9000:2000.



Gli indicatori

Le aziende sanitarie nel perseguire i propri fini istituzionali di tutela della salute, garantendosi la sopravvivenza e lo sviluppo delle attività con un efficiente impiego delle risorse ed un equilibrio economico, necessitano di un *set* di indicatori che misuri tutte le dimensioni della *performance* aziendale, in quanto variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni. Dalle diverse definizioni di "indicatore" reperibili in letteratura¹⁰, quello che risulta evidente è che sono informazioni critiche, sintetiche, significative e prioritarie che permettono di misurare l'andamento aziendale nei suoi più svariati aspetti. Sono informazioni critiche, in quanto su di esse il *management* opera le proprie scelte; sono informazioni sintetiche, perché espresse da una variabile semplice o composta (es. tempo, fatturato, etc.); sono significative, in quanto rappresentano i fenomeni aziendali alle quali si riferiscono; sono prioritarie, per la loro natura irrinunciabile nei cicli di pianificazione e controllo a tutti i livelli aziendali (strategico, direzionale, operativo); permettono di misurare l'andamento aziendale in quanto sono rappresentati da variabili quantitative o qualitative (o un mix tra le due) comunque confrontabili. Nella successiva Figura 4 vengono riportate le caratteristiche di un buon indicatore:

- **Misurabile**: rilevabile in modo riproducibile e accurato;
- **Importante**: pertinente e relativo ad aspetti essenziali per l'utente e l'efficienza dell'organizzazione;
- **Semplice**: chiaro;
- **Utilizzabile**: che venga effettivamente utilizzato;
- **Risolvibile**: relativo ad un problema per cui si può fare qualcosa con le risorse disponibili;
- **Accettabile** da chi deve rilevarlo ed applicarlo.

¹⁰ Tra le quali si propongono le seguenti: "sono informazioni cruciali e selezionate che aiutano a misurare cambiamenti in relazione a bisogni prioritari e permettono di monitorare specifici aspetti di politica sanitaria o di fattori rilevanti alla determinazione di politiche sanitarie o correlate" (O.M.S., 1981); "rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, per orientare i processi decisionali (decreto 24.07.1995).

Figura 4- caratteristiche indicatore



Le aziende sanitarie utilizzano strumenti di valutazione sia di risultato sia di processo in quanto devono essere in grado, con diverse modalità, di misurare¹¹:

- l'economicità della gestione, intesa come capacità di soddisfare i bisogni riguardanti la salute pubblica, sfruttando un flusso di ricchezza considerato economicamente e socialmente sopportabile dalla comunità;
- l'efficacia dell'azione considerata come rispondenza tra qualità e quantità degli *output* dell'attività, e qualità e quantità dei bisogni degli utenti, il cui soddisfacimento costituisce il risultato finale;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, inteso come rapporto tra *input* e *output* intermedi, sempre in funzione delle loro dimensioni quali-quantitative.

A tal fine gli indicatori consentono di effettuare un'analisi sia sull'efficacia esterna, intesa come rapporto tra prodotti (*output*) e risultati (*outcome*) volta ad analizzare le conseguenze dei processi decisionali su un determinato oggetto di intervento, sia sull'efficacia interna intesa come rapporto tra prodotti (*output*) e obiettivi.

Gli indicatori che monitorano l'andamento di un processo (vedi fig. 3) sono identificabili in:

- indicatori di *input* quali categoria di informazioni sulle *performance* che riguarda l'ammontare delle risorse impiegate tipicamente espresse in termini economici-finanziari oppure in termini fisici, ad esempio: rapporto tra personale in organico e personale

¹¹ E. Borgonovi: "Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche" Ed. Egea (2002)



utilizzato/presente, rapporto tra personale in organico e personale dirigente, rapporto tra postazioni informatiche e personale, economicità nell'acquisizione dei fattori produttivi (l'obiettivo è valutare la capacità da parte del management di minimizzare il costo di acquisizione dei fattori produttivi);

- indicatori di processo riferiti ai tempi e attività svolte per il raggiungimento dell'*output* finale (queste informazioni servono a misurare la qualità dei sistemi e processi organizzativi e della gestione dei servizi o attività individuali, ad esempio: tempo di attesa per ricevere un determinato servizio, giorni di fruibilità del servizio nel corso della settimana; tempi di risposte e di attesa);
- indicatori di *output*, funzionali a fornire informazioni circa la *performance* dei risultati conseguiti (ad esempio numero di pazienti curati e dimessi);
- indicatori di *outcome* rappresentano gli impatti sulla società che è possibile generare attraverso l'azione svolta in termini di soddisfacimento dei bisogni espressi dai cittadini (le misure di *outcome*, a differenza di quelle di *output*, non rappresentano ciò che è stato fatto ma le conseguenze generate da quest');
- indicatori di efficacia (capacità di ottenere i risultati desiderati), quale principio di buona gestione pubblica che si realizza se, e nella misura in cui, i risultati conseguiti sono coerenti con gli obiettivi programmati, si misura con indicatori ottenuti dal rapporto "obiettivo di attività/risultato conseguito", ove numeratore e denominatore si riferiscono al medesimo periodo e oggetto di attività;
- indicatori di efficienza (capacità di ottenere i risultati clinici desiderati con il minimo impiego di risorse) riguarda, invece, il rapporto tra risorse impiegate (*input*) e prodotti (*output*), per cui la sua valutazione implica l'analisi del processo produttivo e della gestione dei fattori della produzione.

Peraltro, gli indicatori di efficienza possono essere considerati una base di informazione soltanto per la valutazione del funzionamento attuale di un'azienda sanitaria in quanto i criteri, secondo i quali definire gli obiettivi e giudicare i risultati delle scelte gestionali orientate alla efficienza possono essere modificati, sostituiti o diversamente combinati: ad esempio, coloro che dirigono di volta in volta le aziende sanitarie possono puntare ad essere più efficienti nell'uso di alcuni tipi di fattori piuttosto che di altri, oppure possono decidere di comparare il livello di efficienza raggiunto a quello registrato in altre organizzazioni simili. Dunque la misurazione di questo o quell'aspetto dell'attività presa in esame, non solo non è



scontata, dal punto di vista metodologico, ma è condizionata dal tipo di approccio adottato nella selezione delle variabili da misurare. In ogni caso, nel considerare le condizioni necessarie affinché un'azienda sanitaria possa creare valore per la propria utenza, è necessario tenere nella giusta considerazione i fattori "ambientali", sia esterni che interni all'amministrazione (evoluzione dei fenomeni economici e sociali, cambiamenti nel quadro normativo, preparazione e formazione del personale, livello di informatizzazione interna), che possono incidere sulla capacità dell'organizzazione stessa di raggiungere i risultati desiderati. Una sottovalutazione di tali fattori può portare l'organizzazione a porsi obiettivi troppo ambiziosi e al di fuori della sua portata, o, peggio, a fallire completamente nella scelta delle attività da realizzare. Infine, occorre porre l'accento sulla necessità di mettere in discussione e ripensare le attività tradizionalmente svolte dall'azienda sanitaria, chiedendosi il "se e perché" sia opportuno continuare a svolgere tali attività. L'invito è di sfuggire alla naturale tendenza "autoconservativa" di descrivere ciò che si sta facendo, o che si è abituati a fare, invece di prevedere in modo creativo nuove attività, più rispondenti ai bisogni dei clienti/utenti.

Altra dimensione rilevante ai fini della valutazione complessiva della *performance* dell'azienda sanitaria pubblica, è la qualità. Non esiste una qualità assoluta ma una qualità percepita che dipende dalle tipologie e dalle aspettative dell'utente e dalle caratteristiche finale del prodotto/servizio. La qualità di un servizio può essere definita come la globalità degli aspetti e delle caratteristiche di un servizio da cui dipendono le sue capacità di soddisfare completamente un dato bisogno; può essere analizzata e valutata secondo tre approcci:

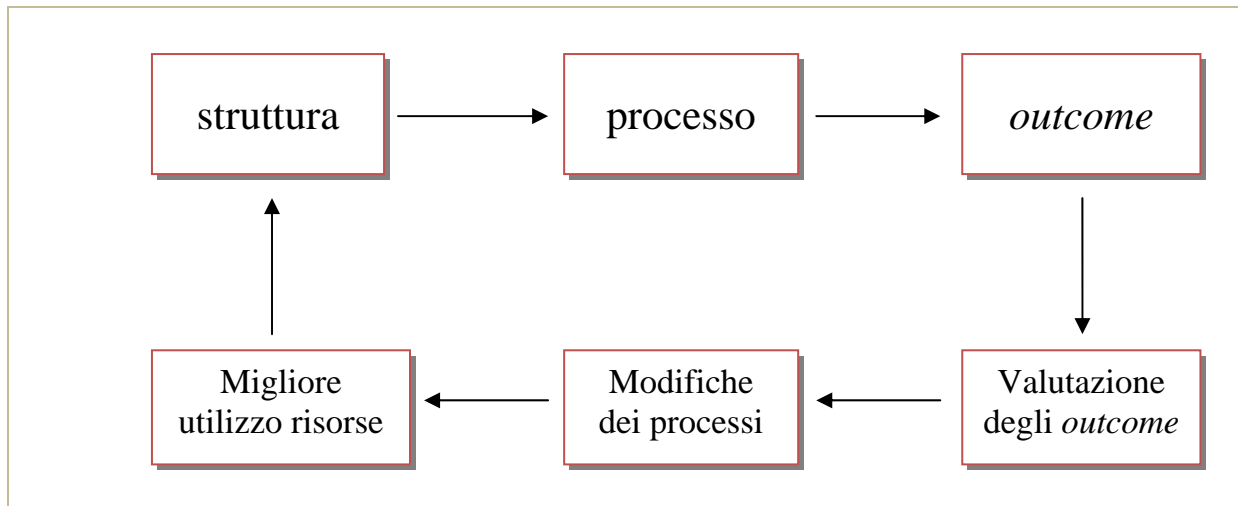
- qualità percepita e relazionale (risultato di una valutazione dell'utente rispetto al soddisfacimento del proprio bisogno);
- qualità tecnico-professionale (operatori sanitari e non);
- qualità organizzativa e gestionale (amministratori e *policy makers*)

La qualità erogata non è altro che il livello qualitativo fornito in sede di prestazione del servizio, le determinanti di tale qualità sono individuati nei processi interni, i quali vengono analizzati e monitorati per conoscere e successivamente presidiare le condizioni di erogazione del servizio sulla base degli *standard* precedentemente determinati. Pertanto il processo di miglioramento della qualità dovrebbe considerare congiuntamente le tre

dimensioni della qualità (struttura, procedure ed esiti finali) e interessare tutte e tre le prospettive rilevanti (tecnico professionale, gestionale, relazionale).

Al fine di esporre meglio tale assunto, si propone il seguente schema (fig. 5):

Figura 5 – processo di valutazione qualità



La classificazione degli indicatori può anche essere fatta per macro-aree omogenee di obiettivi di risultato, a loro volta strutturate in differenti classi di indicatori:

- area dell'efficacia/efficienza gestionale: indicatori di attività e valorizzazione della produzione; indicatori di governo dei costi fissi e dei costi variabili; indicatori di rapporto costi-produzione; indicatori di rapporto costi-ricavi;
- area della qualità/appropriatezza: indicatori di eccellenza dei processi (attrattività, liste di attesa) e indicatori in merito ad accreditamenti a sistemi di qualità (ISO 9001);
- area del miglioramento organizzativo: indicatori di clima organizzativo; indicatori relativi allo sviluppo di *know-how* del personale dipendente;
- area del governo della domanda e accessibilità: indicatori relativi ai tempi di attesa; indicatori relativi ai tassi di fuga/attrazione; indicatori relativi alla capacità di rispondere alle aspettative dell'utenza.

Gli indicatori di domanda riguardano la disponibilità di servizi e la dimensione della domanda espressa (n. posti letto/n. popolazione, tasso di ospedalizzazione, liste d'attesa); gli indicatori di risorse misurano l'intensità delle risorse impiegate nelle varie attività



(appropriatezza del ricovero, costo del personale medico e infermieristico, n. posti letto D.H/n. posti letto totale); gli indicatori di attività riguardano quantitativamente l'attività svolta (tasso utilizzo posti letto, degenza media, ore utilizzo apparecchiature, fatturato D.R.G. e prestazioni ambulatoriali); gli indicatori di risultato riguardano i risultati conseguiti (rapporto tra n. pazienti con più ricoveri/totale ricoveri, n. parti cesarei/n. dei parti, n. pazienti trasferiti/totale dimessi); gli indicatori di qualità riguardano i vari aspetti della qualità (accessibilità, personalizzazione, umanizzazione, *comfort* alberghiero).

La scelta dell'indicatore è importante, ma soprattutto lo è in funzione della sua capacità di "marcare" un processo, invitando alla revisione e miglioramento della qualità del processo stesso.

Di seguito vengono riportati alcuni esempi di possibili indicatori (tab. 1)

Tabella 1

ALCUNI ESEMPI DI INDICATORI	
Incidenza % dei costi operativi sui ricavi	Incidenza % dei casi di DO/DH
Incidenza % del costo del personale sui ricavi	Incidenza % dei casi medici/chirurgici
Incidenza % del costo del materiale sanitario sui ricavi	Parti cesarei / tot. parti•
Numero di medici su numero di infermieri•	Degenza media ordinaria
Incidenza % dei casi a rischio di inappropriatezza	n. ore di formazione erogate
Incidenza % dei ricoveri medici in reparti chirurgici	Incidenza % dei costi operativi sui ricavi ambulatoriali



Peso medio dei ricoveri	Costo medio per prestazione ambulatoriale e/o di supporto amm.vo
% utilizzo della sala operatoria	Numero di prestazioni per tecnico sanitario e amministrativo
% di assenteismo	ore straordinario/ore totali
Risposte audit utenti/clienti	n. non conformità riscontrate in sede di verifica
n. reclami utenti pervenuti	Obiettivi raggiunti / tot. Obiettivi proposti

Per aumentare la probabilità che un indicatore diventi un'informazione utile, cioè che possa contribuire ad indirizzare le decisioni del management, è opportuno che questo sia accompagnato da un valore soglia o "standard", ossia da un valore di riferimento tale da permettere di individuare eventuali scostamenti tra il dato osservato e quello atteso. Per ciascun indicatore occorre, quindi, stabilire il valore obiettivo che si intende conseguire, espresso tramite una valorizzazione quantitativa o un'informazione di stampo qualitativo sul risultato atteso in base all'indicatore selezionato (anche in termini di giudizio sintetico sul raggiungimento dell'obiettivo, ad esempio alto/medio/basso). L'informazione è utile solo nella misura in cui consente di fornire un "giudizio", per quanto sintetico e semplificato; pertanto in numero di indicatori non deve essere eccessivo ma limitato e mirato allo scopo desiderato. Per far emergere gli elementi per tale giudizio, i valori osservati dell'indicatore a un tempo dato possono, ad esempio, essere messi a confronto con il valore che ci si era auspicato di ottenere. Questo è il tipo di giudizio che si effettua per comprendere il grado di raggiungimento di un valore-obiettivo prefissato, ottenibile solo *ex-post*. Occorre, tuttavia, segnalare che anche nella fase *ex-ante* di definizione dei valori-obiettivo ovvero dei risultati attesi, gli indicatori di *performance* sono più informativi quando è disponibile un termine di paragone per il valore-obiettivo fissato. Alcuni esempi di termini di paragone che possono essere utilizzati per "qualificare" il valore-obiettivo sono:

- il valore dell'indicatore osservato per l'anno precedente o in media in un numero di anni precedenti (generalmente noto come *baseline*);

- un valore *standard* minimo, generalmente accettato o indicato dalla normativa di riferimento;
- il valore dell'indicatore raggiunto da altre amministrazioni o altri casi e interventi simili, con la stessa finalità (generalmente noto come *benchmark*).

In tal modo, la variabile associata ad ogni indicatore consente, quindi, non solo di misurare i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio, ma anche di pianificare e programmare le attività aziendali (definendo obiettivi misurabili nel breve e medio periodo), misurare gli scostamenti tra obiettivi attesi e risultati ottenuti, e intraprendere le azioni necessarie per correggere tali *gap*, ovvero consente al *management* di gestire con metodo l'azienda.



L'osservazione vale sia ai fini della misurazione di *performance* interna all'amministrazione, sia ai fini di una comprensione all'esterno di quanto il valore-obiettivo rappresenti un miglioramento (o non peggioramento) rispetto alla situazione corrente (*accountability*).

L'individuazione degli indicatori è un aspetto estremamente complesso poiché questi non sempre potrebbero essere sufficientemente rappresentativi ed esaustivi della complessità della struttura organizzativa. A monte e a valle di questo momento occorre dedicare molta attenzione ad aspetti altrettanto importanti come la definizione dei bisogni informativi che gli indicatori devono soddisfare, i possibili modi per consentirne un reale utilizzo all'interno del processo decisionale, i pericoli di distorsioni dei comportamenti che l'impiego di indicatori può indurre all'interno delle organizzazioni, all'individuazione di adeguati *standard* e termini di confronto. Pertanto, il percorso con cui si arriva alla definizione dell'indicatore (e alla sua etichettatura) è sicuramente più importante dell'indicatore stesso in quanto l'analisi metodologica attivata permetterà di individuare i fattori che aiuteranno l'azienda sanitaria a migliorare e crescere.

Di seguito viene proposta una scheda esemplificativa di sviluppo di un indicatore (tab.2).



Tabella 2 – Scheda sviluppo di un indicatore

Nome dell'indicatore	Titolo dell'Indicatore
Descrizione dell'indicatore	<i>Per evitare ambiguità nell'interpretazione, come si può descrivere più dettagliatamente l'indicatore?</i>
Razionale	<i>Perché vogliamo misurare questo aspetto?</i>
Programma / Obiettivo (di outcome)	<i>A quale programma o obiettivo si riferisce questo indicatore?</i>
Legami con altri indicatori	<i>Quali sono i collegamenti tra questo indicatore e gli altri?</i>
Data di approvazione dell'indicatore	<i>Quando abbiamo iniziato a utilizzarlo?</i>
Tipo di calcolo / Formula / Formato	<i>Se quantitativo, come è calcolato? Qual è la formula? Quale l'unità di misura?</i>
Fonte/i dei dati	<i>Da dove possiamo ottenere i dati necessari?</i>
Qualità dei dati	<i>Quali sono i problemi nella raccolta e analisi dei dati che pensiamo emergeranno?</i>
Frequenza di rilevazione	<i>Quanto spesso è rilevato questo indicatore? Quanto ci costa la sua rilevazione?</i>
Target (valore desiderato)	<i>A che livello di performance puntiamo?</i>
Processo di sviluppo	<i>Su quali basi e da chi è stato concordato questo target?</i>
Responsabile dell'indicatore e del target se diverso	<i>Chi ha l'incarico di controllare e rivedere la performance (rispetto al target) e di raccogliere i dati?</i>
Responsabile delle performance legate all'indicatore	<i>Chi è accountable e responsabile per le performance rilevate tramite questo indicatore?</i>
Che cosa sarà fatto?	<i>Quale azione/comportamento vuol stimolare questo target/indicatore?</i>
Reportistica	<i>Dove vengono comunicate/pubblicate le informazioni?</i>

Fonte : Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche – "Sistemi di misurazione delle performance" www.sspa.it/wp-content/uploads/2010/07/Micheli.pdf



Gli indicatori, oltre ad essere opportunamente definiti (in base all'oggetto, espressione di calcolo, valore *standard*, fonte dati, responsabilità di raccolta e tempistiche di monitoraggio), devono rispondere ad alcuni requisiti essenziali che ne connotano la validità (a partire dagli strumenti che ne hanno consentito la rilevazione):

- validità, in quanto devono misurare effettivamente ciò che si intende misurare;
- controllabilità, nel senso che devono riguardare aspetti che sono sotto l'effettivo controllo di un'attività;
- comprensibilità per coloro che devono utilizzarli;
- unicità, ossia ogni indicatore deve rilevare un aspetto che nessun altro indicatore rileva;
- tempestività, poiché le informazioni necessarie devono essere disponibili in tempo utile;
- comparabilità in quanto deve essere possibile una comparazione nel tempo e nello spazio;
- economicità, ovvero i benefici derivanti dall'indicatore devono essere superiori al costo della rilevazione.

Decidere di quali indicatori avvalersi, vale a dire scegliere cosa misurare, come e perché, rappresenta un aspetto critico al fine di conseguire il miglioramento auspicato e un esplicito giudizio sulla *performance* aziendale. La misurazione delle *performance* delle aziende sanitarie può essere, infatti, diretta a svolgere diverse funzioni, schematicamente individuabili come segue:

- funzione allocativa: consentire in fase di decisione un'allocazione delle risorse più orientata ai risultati da raggiungere;
- funzione programmatica: migliorare la programmazione degli interventi identificando il legame esistente tra le finalità da perseguire e le azioni da mettere in campo per realizzarle;
- funzione gestionale: dotare i CdR di strumenti adatti a monitorare gli interventi e a ridirigere, in corso di attuazione, azioni e risorse;
- funzione di trasparenza e *accountability*: garantire una descrizione affidabile delle priorità di intervento e rendere conto alla Regione ("verso l'alto") e ai cittadini ("verso il basso") delle scelte effettuate, dei risultati effettivamente ottenuti (nonché dei responsabili delle scelte e dei risultati stessi);
- funzione di apprendimento: raccogliere informazioni per capire se e come gli interventi funzionano o perché non hanno funzionato.



Come già accennato in premessa, il concetto di *performance* ha assunto nel tempo connotazioni distinte passando da un approccio tipicamente tradizionale, che privilegia gli aspetti economico-finanziari, ad approcci maggiormente innovativi che rileggono i risultati gestionali in un'ottica multidimensionale; tale prospettiva ha contribuito all'adozione, anche in ambito sanitario, di altre tipologie di indicatori generati da tecniche gestionali innovative quali: *Activity Based Costing* - *Balanced Scorecard* - *Benchmarking* a supporto dei tradizionali strumenti di controllo di gestione (*budget*, contabilità analitica per centri di costo).

Activity-Based Costing

Per quanto concerne l'analisi dei costi, un sistema di controllo soddisfacente, benché non privo di critiche, per garantire al *management* una visione di medio-lungo periodo è dato dall'*Activity-Based Costing* (ABC), metodo di analisi che fornisce dati sull'effettiva incidenza dei costi, diretti e indiretti, associati a ciascun prodotto (*full costing*). Il modello di calcolo si basa sulla definizione di tutte le strutture individuabili nel processo (catena del valore), indicativa del legame esistente tra l'obiettivo di produzione e le varie attività aziendali. Attraverso l'analisi trasversale dei processi (ricerca dei generatori di costo), è possibile ottenere una valutazione più corretta del costo complessivo del servizio offerto.

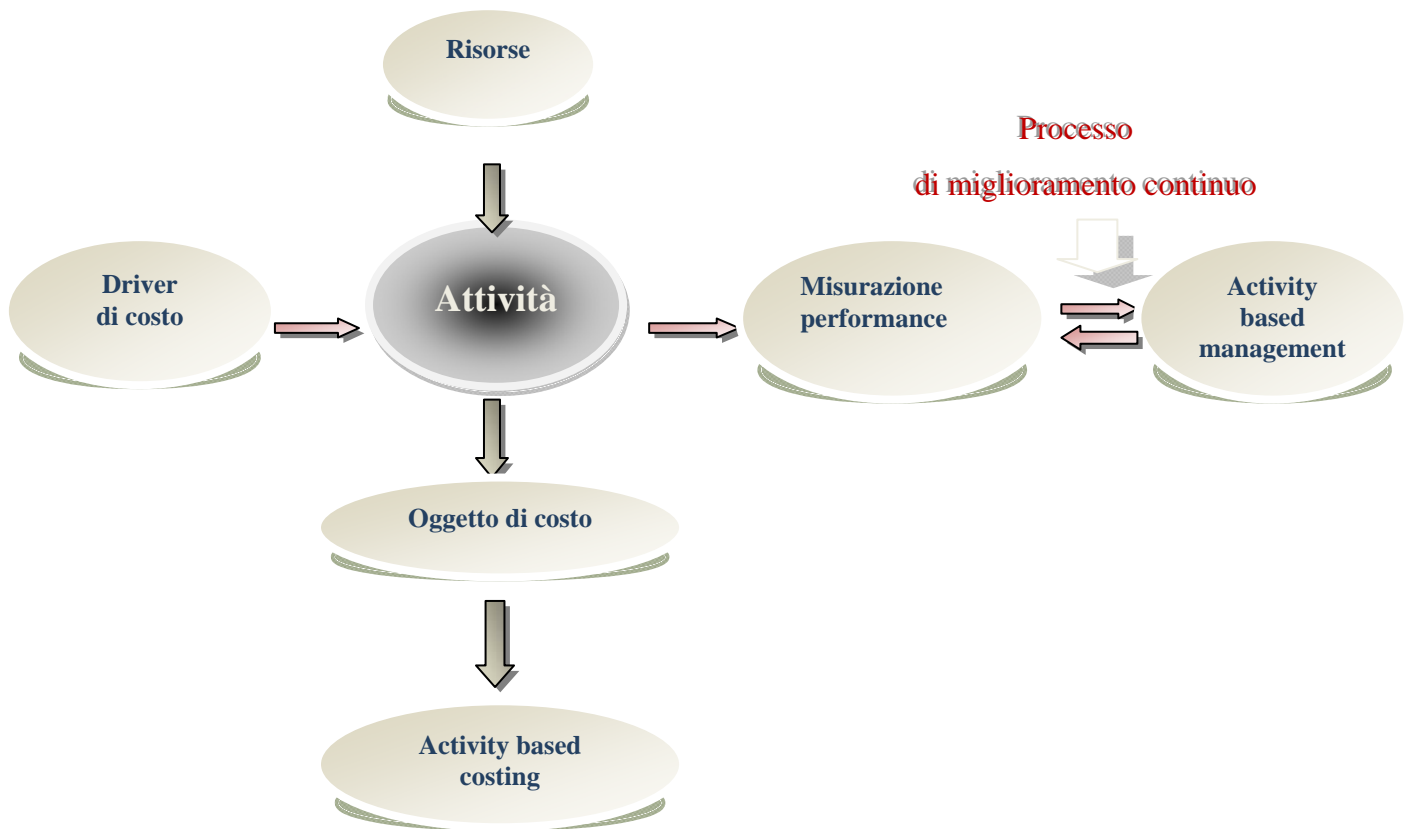
L'ABC (o contabilità dei costi basata sulle attività)¹², si fonda su indicatori significativi di attività, i *cost driver* (fattori che causano lo svolgimento di un'attività e consumano risorse). Secondo tale metodo, i prodotti incorrono in questi costi per effetto delle attività di cui necessitano per essere realizzati. Tale approccio (fig. 6) sposta l'attenzione della direzione aziendale su:

- *Activity Based Information*, insieme di misurazioni monetarie e non monetarie riferite a dette attività;
- *Activity Accounting*, informazioni monetarie relative alla determinazione dei costi delle singole attività;
- *Activity Based Costing*, informazioni di costi di prodotto su fondamenti diversi dalla logica dei centri di costo;

¹² L'*Activity Based Costing*, sviluppata nei Paesi di cultura anglosassone, rappresenta una metodologia basata sulla constatazione che i costi non sono generati dai prodotti, bensì dalle attività (selezione dei fornitori,

- *Activity Based Management*, passaggio dalla logica di prodotto al controllo delle attività.

Figura 6 – modello ABC

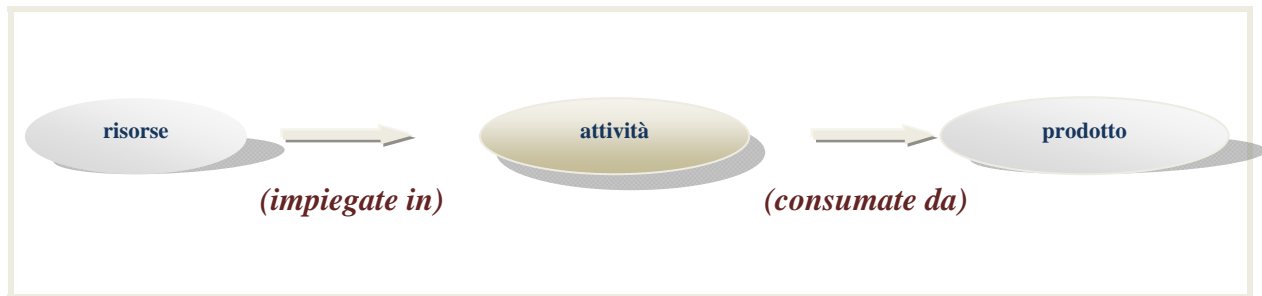


Fonte: Umberto Bocchino, *Manuale di controllo di gestione*, Il sole 24ore, 2000

La logica di tale modello (fig. 7), consente di fornire un costo specifico per ogni prestazione attraverso l'analisi di ciascuna attività necessaria alla sua produzione, individuando tutte le fasi del processo, dirette e indirette, ed allocando i costi associati a tali attività in modo più preciso di quanto non avviene con la tradizionale contabilità analitica per centri di costo.

preparazione del processo di produzione) sia dirette che indirette, che consumano risorse (materiali, umane, tecnologiche, strutturali, ecc.).

Figura 7 – logica ABC



Fonte: Paolo Roffia, *Il controllo di gestione activity based*, Giappichelli, 2002

Balanced Scorecard

Un ulteriore strumento di supporto nella gestione dell'azienda sanitaria, che permette di tradurre la *mission* e la strategia in un insieme coerente di misure di *performance* facilitandone la misurabilità, è la *Balanced Scorecard* (BSC), una tra le più conosciute tecniche di programmazione e di valutazione delle prestazioni che utilizzano dati monetari e non monetari. Tale tecnica si basa su un sistema di indicatori-chiave (*Key Performance Indicator o KPI*) correlati alle attività operative e coerenti con gli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria che non misurano solo la dimensione economico-finanziaria, ma anche le *performance* aziendali con riferimento a variabili qualitative rilevanti per la creazione di valore.

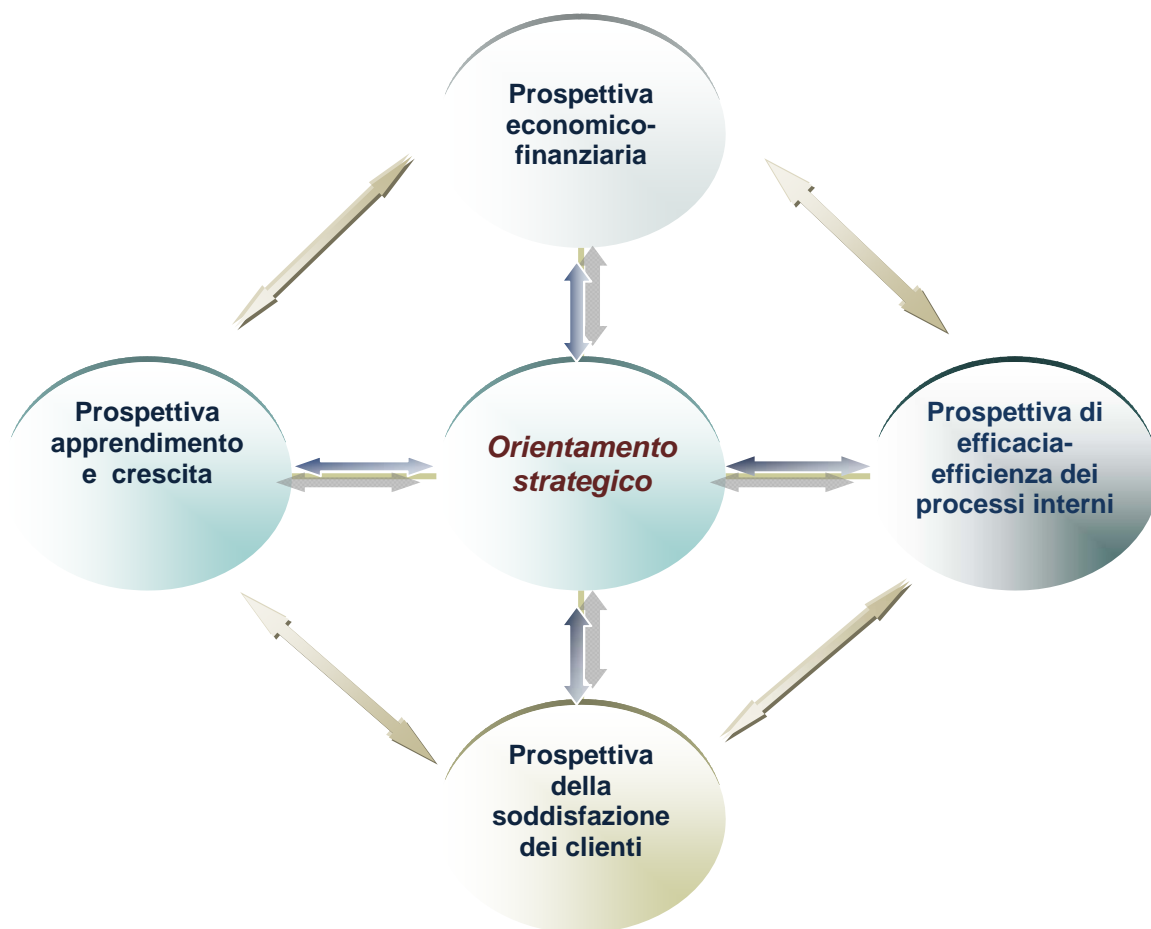
L'approccio innovativo della BSC, sviluppato da Robert Kaplan e David Norton in un articolo del 1992 (*"The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance"*, *Harvard Business Review*)¹³, in cui gli autori proposero un approccio olistico alla misurazione delle *performance* aziendali che permettesse il superamento dei limiti della contabilità economico-finanziaria tradizionale, ha l'obiettivo di integrare e "bilanciare" gli indicatori definendo le connessioni logiche, esistenti tra di essi, in modo da conoscere in anticipo quali riflessi, una determinata azione, avrà sull'intera gestione aziendale. Il progetto di implementazione del modello BSC richiede un'analisi dei processi di gestione così scandita: identificazione dei processi aziendali; definizione della loro sequenza e delle loro interazioni; definizione dei

¹³ Per approfondimenti si rimanda al testo originale dell'articolo pubblicato dai due Autori Kaplan R., Norton D., *The balanced scorecard measures that drive performance*, Harvard Business Review, 1992. La traduzione in

criteri e dei metodi necessari per assicurarne l'efficace funzionamento e controllo; individuazione delle risorse necessarie al loro funzionamento.

Tale metodo parte dal presupposto che, per avere una visione esauriente dell'intera situazione aziendale, nessun indicatore di *performance* deve essere preso singolarmente, ma occorre costruire un insieme organizzato di indicatori che collegati tra loro consentano una valutazione globale dei risultati aziendali (fig. 8)

Figura 8- Le quattro dimensioni rilevate dalla BSC



In tal modo si favorisce una visione completa della *performance* aziendale in quanto l'insieme delle quattro dimensioni¹⁴ rappresenta l'espressione completa dell'organizzazione aziendale:

lingua italiana dell'articolo è consultabile sulla rivista Sistemi & Impresa, traduzione di Santambrogio E., *Il "Balanced scorecard". Indicatori per migliorare la performance*, 1994, pagg. 33-42.

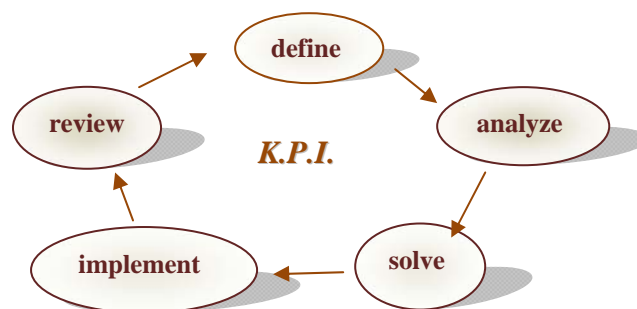
¹⁴ Le quattro prospettive della BSC, da www.balancedscorecardreview.it



- la prospettiva della performance economico-finanziaria che pone in relazione i risultati ottenuti dall'azienda con la strategia in termini economico-finanziari. In ambito sanitario la prospettiva si traduce nell'obiettivo del pareggio di bilancio, ovvero del rispetto del *budget* assegnato dalla Regione; il raggiungimento ed il mantenimento di questo *standard* diviene la condizione per dimostrare la capacità di fornire prestazioni efficaci a costi accessibili (obiettivi economico-finanziari).
- la prospettiva del cliente che fa riferimento alla necessità di orientare l'attività svolta alla soddisfazione delle esigenze da questo manifestate; l'obiettivo è il miglioramento dell'offerta e del servizio per l'utente/cliente, nella consapevolezza che nel contesto di competitività in cui le aziende sanitarie si trovano ad operare, si deve porre sempre maggiore attenzione al concetto di qualità del prodotto/servizio erogato. I cittadini che si rivolgono ai servizi offerti da un sistema sanitario chiedono prima di tutto una risposta ai loro problemi di salute, ma chiedono anche che vengano esaudite aspettative diverse, come la cortesia nelle relazioni, la tempestività nel fornire un servizio, il *comfort* nelle strutture del sistema (obiettivi di *customer satisfaction*);
- la prospettiva della gestione dei processi diretta all'individuazione delle iniziative operative di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi (di efficacia ed efficienza nella gestione) ai vari livelli aziendali. L'obiettivo è definire i processi "critici" che sono in grado di attrarre e mantenere i clienti e nei quali, quindi, l'azienda deve eccellere; questo determina l'esigenza di miglioramenti continui e impone un ripensamento/revisione dei processi interni (obiettivo miglioramento dei processi);
- la prospettiva di sviluppo futuro strettamente connessa all'innovazione di processo e all'apprendimento in termini di capacità e competenze del personale, motivazione, responsabilizzazione e coinvolgimento del personale, sistema informativo. La formazione e il continuo apprendimento sono elementi chiave che consentono uno sviluppo globale dell'organizzazione in termini di capacità e competenze, motivazione, responsabilizzazione e coinvolgimento. Le organizzazioni eccellenti gestiscono, sviluppano e liberano il pieno potenziale del proprio personale a livello individuale, di gruppo e di organizzazione; promuovono la trasparenza e l'equità, coinvolgono e responsabilizzano il personale; curano la comunicazione, il sistema di premi e di riconoscimenti in modo tale che il personale si senta motivato a impiegare le proprie conoscenze e competenze professionali a beneficio dell'organizzazione. (obiettivi di apprendimento e miglioramento).

Per ognuna delle quattro prospettive il metodo richiede di definire degli obiettivi e, per ciascuno di questi, fattori critici di successo che in un secondo momento si tradurranno in KPI che permettono di verificare se la gestione sta raggiungendo gli obiettivi prefissati e/o quali sono le future azioni da intraprendere a correzione o integrazione dell'andamento attuale. Lo *step* successivo è la fase di raccolta e analisi dei dati che vengono confrontati con i valori-*target* precedentemente determinati nella fase di formulazione della strategia. Per ciascuna prospettiva risultano così individuati: gli obiettivi, ovvero ciò che deve raggiungersi ed è critico per il successo; le misure, ossia gli strumenti che verranno utilizzati per quantificare il raggiungimento di ciascun obiettivo; le iniziative che verranno attuate al fine del raggiungimento degli obiettivi. Il fulcro applicativo di questa tecnica manageriale di pianificazione, allineamento degli obiettivi e valutazione delle prestazioni, è la scomposizione degli obiettivi strategici in sotto-obiettivi tra loro collegati da ipotesi di relazioni causa-effetto. Occorre, pertanto, analizzare le interrelazioni possibili tra le diverse prospettive e i relativi obiettivi: ad esempio, un miglioramento del processo di accoglienza, inevitabilmente migliora il servizio al cliente (prospettiva del consumatore) aumentando anche l'immagine aziendale. In sintesi, nella scheda di valutazione bilanciata, partendo dalla definizione di una strategia misurata da una serie di indicatori, vengono definite una serie di azioni migliorative dei processi (fig. 9).

Figura 9 – azioni migliorative dei processi

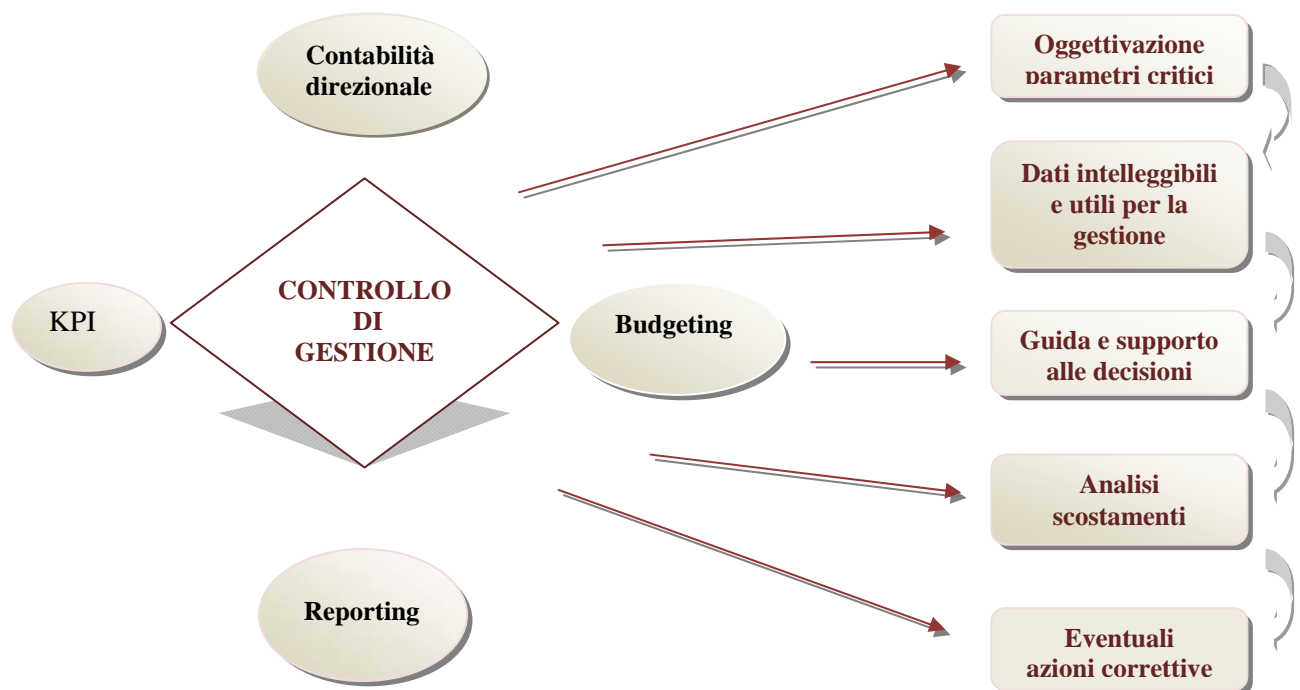


Si crea così un processo correttivo di tipo ricorsivo che genera valore aziendale.

Da un punto di vista organizzativo-gestionale, tale approccio è fondamentale per coinvolgere il personale sanitario, ottimizzare le risorse, imparare a lavorare in gruppo ed operare in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale. La BSC consente di correlare la strategia con i percorsi da seguire e sintetizzare i fondamentali aspetti su cui focalizzare l'attenzione del

management, affiancando ai parametri di valutazione economico-finanziaria, la misurazione delle *performance* relative ai processi interni. Nella fase di scelta e progettazione delle misure sarà necessario mettere a punto specifiche metriche di confronto e di verifica relativa alla produttività aziendale, ed individuare indicatori delle *performance* per ogni singolo CdR, processo ed attività. Agendo in tal senso è possibile identificare, per ogni obiettivo aziendale, i risultati da raggiungere a cui verranno associati sistemi ed indicatori di misura basati su *target* condivisi (fig. 10).

Figura 10- controllo di gestione



Ai fini della progettazione di un sistema di controllo di gestione, integrato con un sistema di gestione della qualità, l'approccio per processi consente alla direzione aziendale di:

- evidenziare il percorso di creazione del valore individuando gli obiettivi che il processo deve raggiungere e con quali modalità;
- controllare i costi delle singole attività che fanno parte del processo;
- ricercare tutte le attività che non aggiungono valore al prodotto e ad eliminarle (sprechi di risorse).



Tale analisi, oltre ad essere determinante dal punto di vista dell'*accountability*, consente al *management* di prendere le giuste decisioni in fase di allocazione delle risorse alle varie attività, arrivando a determinare quelle sulle quali investire, quelle da reingegnerizzare o da dare in *outsourcing*, ecc.

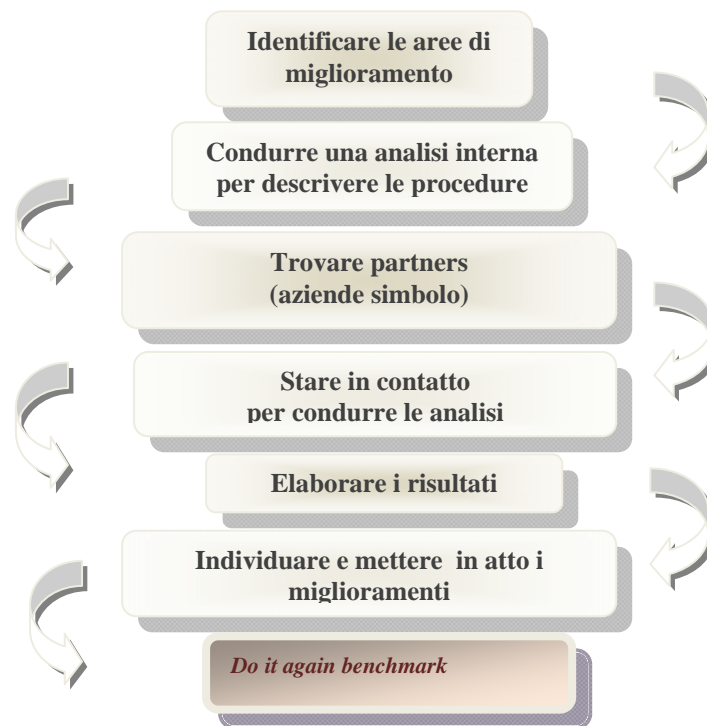
Benchmarking

Infine, da un punto di vista metodologico, un importante contributo alle aziende sanitarie, per il miglioramento continuo, può essere fornito dall'adozione di pratiche di *benchmark*. Se da una parte, segnatamente in economia aziendale, il *benchmarking* è il processo di analisi degli indicatori di successo da utilizzare per ottenere la crescita dell'azienda e il miglioramento della qualità dei prodotti, dall'altra, più propriamente in ambito sanitario, il *benchmarking* rappresenta la visione critica delle pratiche adottate che consente di determinare quale siano quelle preferibili e i "*best in class*" a cui riferirsi. Il duplice beneficio di tale processo di analisi consiste nell'evitare l'autoreferenzialità¹⁵ e nell'individuare le prassi (*best practices*) che portano ad una prestazione superiore ed integrarla, dopo gli opportuni adattamenti, alla propria organizzazione; pertanto è necessario procedere per fasi e individuare il *partner* in funzione del processo che si intende sottoporre a *benchmark*, dopo avere verificato che tale partner è il "*best in class*" per "quel processo" e non in senso generale. Oggetto della valutazione e confronto sono i processi aziendali sia di tipo assistenziale che gestionale (fig. 11).

Considerando che le pratiche di *benchmarking* sono spesso un riferimento importante per misurare e valutare i risultati conseguiti dalla gestione dalle aziende sanitarie da parte delle istituzioni, rispetto agli obiettivi di politica sanitaria nazionale e regionale, è possibile considerare le stesse come uno stimolo all'efficienza.

¹⁵ L'autoreferenzialità blocca l'innovazione e i processi di miglioramento perché l'istituzione tende inesorabilmente a convincersi di non poter fare di meglio e di aver già provato tutte le possibili soluzioni. Diventa allora essenziale adottare il confronto con l'esterno quale metodo di lavoro permanente.

Figura 11 – fasi benchmarking



Conclusioni

A termine di quanto fin qui esposto, è possibile asserire che l'utilizzo di indicatori quantitativi e qualitativi sottintende la centralità dell'attività di raccolta dei dati, di cui ogni organizzazione dovrebbe munirsi per avere a disposizione le informazioni rilevanti. I dati informativi dovranno essere continuamente aggiornati al fine di monitorare i risultati degli indicatori e l'attendibilità dei valori ad essi attribuiti. La costruzione di un sistema di indicatori, oltre a costituire un valido supporto per i processi decisionali, è anche finalizzato a rendere disponibili informazioni (rendicontare) sui risultati raggiunti con le seguenti finalità:

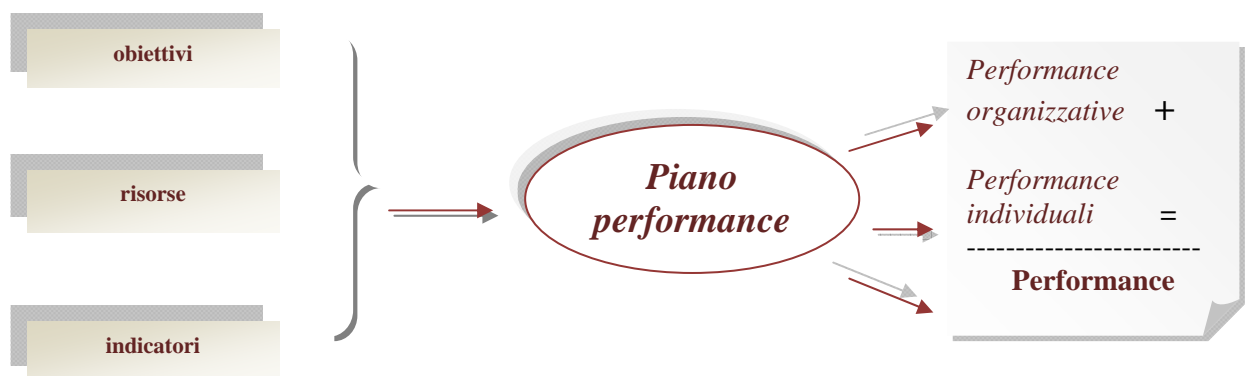
- valutazioni finalizzate ad informare coloro che rivestono specifiche responsabilità nel governo e nella amministrazione dei servizi sanitari;
- valutazioni che sono preliminari all'avvio di iniziative di miglioramento della qualità nel contesto di una organizzazione sanitaria (creazione valore);

- valutazioni finalizzate ad informare i cittadini e gli utenti dei servizi, affinché possano orientare le proprie scelte;

tutte rilevanti nello sforzo di migliorare l'*accountability*.

Come osservato, un sistema di indicatori volto alla misurazione della *performance* (fig. 12) costituisce ormai uno strumento sia di controllo direzionale interno all'azienda sanitaria, che uno strumento per rendere conto all'esterno dei risultati ottenuti: nel primo caso le misurazioni effettuate devono servire a segnalare, a chi sta al vertice, se l'organizzazione o parti importanti di essa si muovono nella direzione desiderata (in termini di costi, di qualità delle prestazioni, di soddisfazione della domanda di servizi) in modo da poter intervenire con misure correttive appropriate; nel secondo caso le misurazioni effettuate servono invece a comunicare a soggetti esterni all'organizzazione informazioni relative alle stesse dimensioni.

Figura 12 – misurazione performance



Laddove la finalità della valutazione (tab. 3) è la formale rendicontazione interna, le implicazioni potranno essere forme di ricompensa o sanzione; qualora lo scopo della valutazione sia di stimolo al miglioramento continuo, le azioni conseguenti avranno la connotazione di indirizzo e supporto al cambiamento necessario ai fini dell'*accountability*.¹⁶

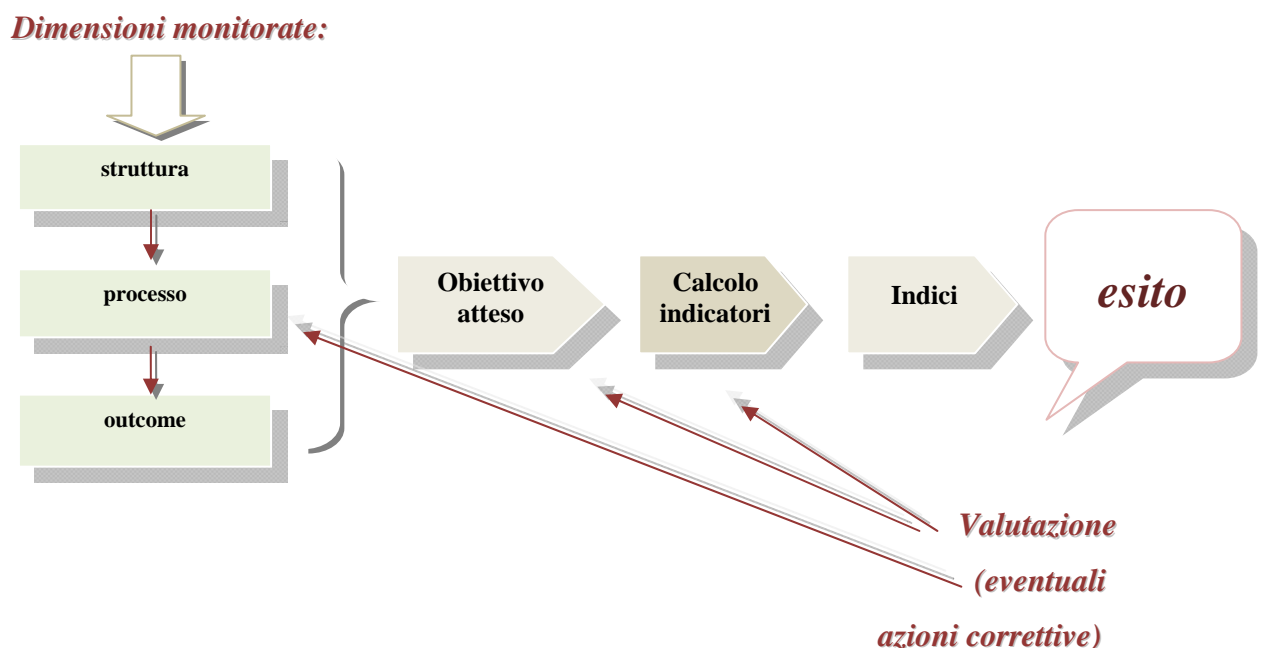
¹⁶ Al tema sono dedicati gli artt. 2 e 3 del d lgs 27 ottobre 2009, n. 150: il primo descrittivo dell'oggetto e finalità del sistema di valutazione, il secondo illustrativo dei principi generali ispiratori a cui lo strumento deve rifarsi. Per attuare i principi a cui si deve ispirare il sistema di valutazione della *performance*, nell'articolo 4 del decreto viene definito il ciclo della gestione. Il decreto affronta il tema degli obiettivi e dei relativi indicatori di misurazione nell'articoli 5 e 8.

Tab. 3 - Tassonomia dei diversi possibili modelli di valutazione

DESTINATARI DELLE INFORMAZIONI	TIPO DI AZIONI	
	SUPPORTO E FORMAZIONE	RICOMPENSA/SANZIONE
INTERNI	MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ	VALUTAZIONE INTERNA DELLE STRUTTURE OPERATIVE
ESTERNI	ACCREDITAMENTO	RENDICONTAZIONE

La valutazione deve riferirsi ad aspetti misurabili/quantificabili e quindi traducibili in indicatori che rappresentano la misura quali-quantitativa del grado di adesione ad un certo parametro, a loro volta distinti in indici di struttura, processo ed esito (fig. 13).

Figura 13 – finalità della valutazione



La prima fase del monitoraggio è rappresentata, quindi, dall'individuazione di criteri di valutazione che devono rappresentare la misura di riferimento: criteri di struttura, riferiti alla disponibilità di risorse tecniche, organizzative, strutturali; criteri di processo, riferiti alle azioni o alle decisioni adottate; criteri di esito, riferiti tipicamente alla risposta ottenuta a



seguito di un processo decisionale (intervento). Sono in particolare i criteri di processo e di esito ad avere rilevanza nella valutazione delle *performance*, potendo fare riferimento, a loro volta, a diverse dimensioni della qualità. In altri termini, il processo di programmazione e controllo dovrebbe essere strutturato per perseguire simultaneamente l'efficacia istituzionale (con misuratori diversi dagli ordinari strumenti contabili), l'efficienza e la produttività (indicatori contabili classici).

Riassumendo, in un contesto che vede da una parte il problema delle scarse risorse e dall'altra l'aumentare delle aspettative dell'utenza, da soddisfare ponderando aspetti economici e qualitativi, la costruzione di un sistema di indicatori volto alla misurazione della *performance* ai fini dell'attuazione del principio dell'*accountability*, quale componente intrinseca alle relazioni che si instaurano nelle aziende sanitarie e tra quest'ultime ed il contesto in cui operano, costituisce uno strumento di fondamentale importanza per ogni azienda sanitaria e per chi la dirige, affinché possa essere conseguito un miglioramento continuo e globale circa lo svolgimento delle attività che vengono poste in essere.



Bibliografia

- Baraldi S., (2005), *"La Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie"*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Barresi G., (2004) *La misurazione della performance nelle aziende ospedaliere*, Giappichelli, Torino.
- Bergamaschi M., (2008), *"La misurazione della performance nei processi di programmazione e controllo in sanità. L'aziendalizzazione della sanità in Italia"*, Rapporto OASI 2008, Egea, Milano.
- Bezzi C. (2003), *"Il disegno della ricerca valutativa"*, Milano, Franco Angeli.
- Bocchino U., (2000), *"Manuale di controllo di gestione"*, Il sole 24ore.
- Borgonovi E., (2000), *"Gli indicatori di efficacia ed efficienza nella sanità"*, Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione.
- Borgonovi E. (2002), *"Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche"*, Egea, Milano.
- C. Canta, M. Piacenza, G. Turati, (2006), *"Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte"*, Politica Economica n. 2, pag. 181.
- Casati G., (2001), *"La gestione per processi nelle aziende sanitarie"*, Economia & Management, N. 2, marzo – aprile 2001
- Frank R.H., (2010), *"Microeconomia"*, McGraw-Hill, Milano
- Iannelli G., (1997), *"Activity Based Costing e Cost management"*, in Farneti G., Silvi R. (a cura di), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende*, Giappichelli, Torino.
- Martinelli M., (2001), *"La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie"*, Il sole 24 ore .
- Martini A., Sisti M., *"Indicatori o analisi di performance? Implicazioni dell'esperienza statunitense di performance measurement"*
http://www.uniurb.it/nucleovalutazione/NdV/ReR/Performance_Measurement.pdf
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, Servizio Studi Dipartimentale (2009), *"Performance budgeting, spesa pubblica e contesto istituzionale: l'esperienza italiana"*, 2° workshop internazionale sulla spesa pubblica 20, 21 Aprile 2009.



Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III,
"Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche",
dicembre 2012

Roffia P., (2002), "Il controllo di gestione activity based", Giappichelli, Torino.

Vignati E., Bruno P., (2004), "Balanced scorecard in sanità. Un nuovo sistema di
management per tradurre la strategia in azione", Franco Angeli, Milano.

Zangrandi A., (1999), "Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di
gestione, organizzazione e misurazioni economiche" Ed. Giuffrè, Roma.