



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

Working Paper of Public Health

Nr. 17/2013



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: Il Controllo di Gestione e la Spending Review

Autori: Foddis A.¹

Tipo: Articolo Originale

Keywords: Spending Review; Controllo di gestione;

Abstract

Obiettivi: In un'ottica di razionalizzazione dei costi, tenuto conto che la regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la sua articolazione in aziende sanitarie sono state concepite dalle riforme come strumento proprio per tentare di raggiungere un equilibrio tra le limitate risorse e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), obiettivo del presente lavoro è quello di delineare il ruolo fondamentale che il Controllo di Gestione (CdG), in quanto strumento in grado di verificare l'efficienza di gestione delle singole strutture in cui si articola il SSN, riveste in tale contesto.

Metodologia: Caso studio legato agli adempimenti compiuti dall'Azienda Ospedaliera di Alessandria in attuazione della DGR 2-4474 del 06.08.2012 "*Determinazione obiettivi economici-finanziari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2012*".

Dalla data di approvazione di tale provvedimento, la direzione aziendale si è impegnata in una serie di azioni volte a garantire l'equilibrio economico finanziario della gestione nel rispetto delle citate disposizioni della Regione

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



Piemonte in materia di Spending Review (SR), emanate a compimento di quelle decretate a livello nazionale (DL 95/12 "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*").

Tali obiettivi hanno di fatto stimolato l'esigenza di dare ulteriore impulso alle già avviate attività aziendali in ambito di Controllo di Gestione (CdG), con particolare riguardo al sistema di *budget*, quale strumento di responsabilizzazione dirigenziale sulle azioni intraprese e sui risultati raggiunti in riferimento a tali vincoli.

Risultati: Il sistema di CdG collegato a quello di valutazione della *performance* risulta essere confacente alle misure di SR, solo se inteso come strumento di valutazione di efficacia e di valutazione della capacità delle politiche pubbliche di produrre gli effetti desiderati. La valutazione di efficacia diventa rilevante per identificare spese che non contribuiscono a raggiungere gli obiettivi che sono stati affidati alle diverse strutture sanitarie o che li raggiungono solo in maniera inefficiente, a fronte di spese molto più alte del necessario; tale valutazione deve essere mirata a interventi volti a indurre un cambiamento in condizioni o comportamenti ritenuti problematici.

Conclusioni: La SR non dovrebbe assumere carattere di misure correttive straordinarie mirate ad assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio (come sembrano essere finalizzate, da ultime, quelle decretate dal Governo Monti), ma intrecciarsi all'interno dell'intero processo di budgeting e di performance management per farle divenire uno strumento sistematico attraverso il quale ricercare le modalità più efficienti ed efficaci di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale, in un contesto di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria. Concludendo, al fine di realizzare un sistematico programma di analisi e valutazione della stessa, e quindi di eludere in futuro la necessità di dover ricorrere ad ulteriori riduzioni per garantire l'equilibrio dei conti pubblici, diventa improrogabile l'esigenza di rafforzare le attività di programmazione strategica e di controllo sul sistema di gestione delle aziende sanitarie potenziando, nel contempo, le strutture e gli strumenti di controllo e monitoraggio all'interno delle medesime.



L'esigenza indiscutibile di controllare l'incremento della spesa sanitaria, compatibilmente con le istanze sociali tendenti ad ottenere servizi qualitativamente e quantitativamente adeguati, ha rimarcato l'esigenza di un recupero di efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il difficile compresso tra la crescente "domanda di salute" e le "limitate risorse", ha determinato, e determina, l'effettiva sostenibilità di un sistema sanitario universalistico come quello italiano; di conseguenza, il problema di come fare a conciliare il tasso di crescita del suo costo con gli interventi migliori per contenere tale tendenza resta un problema quanto mai attuale.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e lo sviluppo di tecnologie innovative strumentali e terapeutiche saranno, di fatto, responsabili di un aumento della spesa sanitaria che inciderà in misura progressivamente maggiore sul PIL nazionale.

Se l'aumento del fabbisogno non troverà copertura nell'incremento delle risorse disponibili, per recuperare equilibrio nel sistema sanitario si possono aprire quattro scenari:

- razionalizzazione della spesa, direzione già percorsa soprattutto in alcuni comparti (es. farmaceutico e ospedaliera accreditata, personale) e in alcune Regioni (quelle in piano di rientro);
- restrizione del perimetro dei LEA (razionamento); introduzione di nuove misure di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket);
- revisione in senso selettivo dei principi universalistici del sistema sanitario pubblico con la possibile introduzione di forme integrative di finanziamento privato.

La riduzione delle risorse, inizialmente previste dal Patto per la salute del 2009², per il biennio 2011-2012, è stata fronteggiata con la rimodulazione o l'introduzione di nuovi tetti di spesa, la parziale riorganizzazione della rete ospedaliera e un diverso sistema di acquisto e gestione dei beni e dei servizi in ambito sanitario. Le misure introdotte per il governo per il recupero dei disavanzi sanitari regionali e il monitoraggio delle politiche di risanamento, rappresentano un ulteriore settore di rilievo nel controllo della spesa sanitaria, collegato peraltro al processo di federalismo delineato dal d.lgs. 68/2011 per la determinazione dei costi e fabbisogni standard.

² Il Piano di Rientro è lo strumento adottato d'intesa tra la Regione interessata ed i Ministeri della Salute e dell'Economia al fine di definire le azioni di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in modo da ricoprire i deficit pregressi e riformare il servizio, per superare le inefficienze e le disorganizzazioni strutturali e strategiche del sistema sanitario.



Al fine di contemperare la piena attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, nel corso della XV legislatura sono proseguiti gli interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria con l'emanazione, da ultime, delle disposizioni adottate con decretazione d'urgenza nell'estate 2012 (D.L. 95/12 convertito con legge n. 135/12). Il citato decreto ha reso necessaria e indifferibile, per le Regioni e per le aziende sanitarie, l'adozione dei provvedimenti di adeguamento ai precetti di cui all'art. 15, in materia di razionalizzazione e riduzione della spesa con riferimento, in particolare, a farmaci e dispositivi medici, beni e servizi, posti letto, personale dipendente e convenzionato. Una profonda riforma della spesa sanitaria è indubbiamente necessaria al fine di riqualificarla, sfrondandola innanzi tutto da persistenti sprechi.

Tuttavia, in ragione della sua peculiare destinazione di garantire il costituzionale "diritto alla salute", non dovrebbe essere semplicemente e indiscriminatamente ridotta ma dovrebbe essere intesa come identificazione delle priorità d'azione e selezione dei programmi migliori per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

Partendo da tale assunto, le misure di Spending Review (SR) non dovrebbero essere soltanto uno strumento per tenere a posto i conti pubblici nel breve termine (come sembrano essere finalizzate quelle contenute nel recente DL n. 95/12), ma un mezzo per individuare i bisogni dei cittadini e progettare, nel medio-lungo termine, il modo più economico ed efficace di soddisfarli.

In tale prospettiva, l'analisi della spesa può favorire quella connessione tra il livello di indirizzo politico da parte dell'organo legislativo e il livello gestionale di esecuzione del bilancio da parte delle amministrazioni di spesa, che è oggetto delle riforme degli anni novanta ed è rintracciabile anche nell'impostazione della recente riforma della legge di contabilità e finanza pubblica (Legge n. 196/2009).

Va ricordato che con il termine "*Spending Review*", nella sua accezione originale, si fa genericamente riferimento a un processo attraverso il quale vengono analizzate le varie voci di spesa alla ricerca di sprechi e processi da ottimizzare (ad essere valutato, più che l'ammontare dei costi, è la causa che li ha originati).

Sulla base di tale funzione appare evidente come il complemento offerto dalla SR, in termini di analisi, sia pertanto essenziale a patto che riesca realmente a coniugarsi e interagire con i sistemi di *budgeting* collegati a quelli di *performance management* al fine delle decisioni di



policy di allocazione delle risorse da destinare alle articolazioni del SSN, in un quadro di rinnovata priorità d'azione.

Qualunque iniziativa di razionalizzazione dei costi deve partire necessariamente dalla conoscenza di quanto, ma soprattutto di come si sta spendendo; solo a valle di questa consapevolezza è possibile identificare ed attuare interventi correttivi in un'ottica di controllo e razionalizzazione dei costi.

Al fine di garantire uniformemente il principio di economicità nell'erogazione dei LEA, su tutto il territorio nazionale, è pertanto necessario rafforzare il sistema di *governance* multilivello (regionale ed aziendale), inteso come modalità attraverso le quali si svolgono i massimi processi di decisione e di governo³.

In tal senso, il ruolo che il sistema di Controllo di Gestione (CdG) svolge nell'ambito della gestione delle strutture sanitarie è importantissimo tenuto conto che, in tale sistema, si individua la sede di verifica della capacità dell'organo esecutivo di determinare, attraverso la programmazione degli obiettivi gestionali, l'individuazione delle modalità di allocazione delle risorse, l'individuazione dei criteri valutativi specifici per l'attività gestionale e di auto-correggere la propria azione attraverso il c.d. *feedback*, o informazione di ritorno, sull'andamento della gestione in corso d'opera.

L'incremento della spesa sanitaria ha, tuttavia, alimentato una tensione negativa nei confronti del modello aziendalistico voluto dalla riforma del '92, ritenuto da taluni inadeguato a gestire la complessità e la peculiarità dei processi di produzione in ambito sanitario. A questa tensione negativa va contrapposta l'evidenza assiomatica che tale modello gestionale 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 (*mission*) di una qualsiasi Azienda, ma intrinsecamente neutro rispetto a quei fini.

Concetto sul quale faceva chiarezza Borgonovi nell'editoriale pubblicato nel numero di gennaio-marzo di Mecosan, del quale un passaggio in particolare merita una riflessione: "*non si ha azienda solo perchè si costituisce una entità denominata tale, ma si ha azienda solo se i risultati operativi (livelli quali-quantitativi dei servizi erogati) ed economici (equilibrio economico) dipendono in misura rilevante da fattori controllabili da scelte attuate dai suoi organi. Diversamente non si ha azienda ma solo una "struttura operativa"*".

³ Ministero della Salute- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013



In altri termini, i risultati conseguiti non dipendono dal modello in sé, ma dalle modalità di utilizzo dello stesso e, in larga misura, dalle capacità e dai valori delle persone alle quali, per il ruolo a queste attribuito, è affidata la gestione del sistema sanitario⁴.

I risultati gestionali e quelli che attengono alla qualità in tutte le dimensioni in cui la stessa si esprime (qualità tecnica e appropriatezza, efficacia terapeutica e qualità percepita delle prestazioni erogate), dipendono non tanto dalla loro articolazione territoriale o interna, quanto dai meccanismi operativi di gestione e, tra questi, per le sue caratteristiche, un ruolo assolutamente centrale riveste il sistema di CdG. In tal senso il Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, "*Disposizioni in ordine al riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59*" appare essenziale per conseguire un miglioramento e una razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse da destinare al sistema sanitario pubblico⁵.

Modello quanto mai attuale considerato che, nella recente esperienza italiana di SR, le disposizioni previste a livello centrale, hanno di fatto rimandato alle amministrazioni locali il compito di cercare al proprio interno le azioni necessarie per il conseguimento di tali vincoli. Ciò nonostante, le molteplici indagini condotte sulla concreta implementazione di tale 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*"⁶.

Infine, non va dimenticato che la necessità di focalizzare l'attenzione sulla *performance* delle aziende sanitarie è stata correlata al consolidarsi delle logiche di gestione privatistiche introdotte nel settore della sanità pubblica a partire dal d.lgs.502/92, e rinforzatesi con il d. lgs n. 29/1993, per porre fine alla cultura dilagante della "deresponsabilizzazione" dei vertici dirigenziali. Ovviamente l'attenzione è focalizzata sulla figura del "dirigente" e sulla sua capacità di far propri certi principi e valori e di trasferirli alle persone da lui dirette.

Per una maggiore responsabilizzazione dell'utilizzo delle risorse da destinare al SSN, diventa pertanto indispensabile, da parte delle istituzioni, diffondere e rafforzare una "cultura manageriale" tale da attuare, anche nel pubblico, la stessa attenzione che il privato pone nel controllo della spesa.

⁴ Marzio Scheggi, Responsabile scientifico dell'Istituto Health Management, *Il Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie*, settembre 2006

⁵ Per uno studio recente delle problematiche inerenti la valutazione dell'efficacia delle politiche pubbliche si rimanda a Martini e Trivellato, 2011

⁶ Mario Del Vecchio, *Contabilità e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mecosan, 36, 2000



La scelta di analizzare i temi oggetto del presente lavoro è da ricondursi all'esperienza lavorativa presso l'Azienda Ospedaliera di Alessandria in occasione delle disposizioni regionali in tema di SR emanate a complemento di quelle decretate a livello nazionale.

Tali disposizioni hanno di fatto sollecitato l'esigenza di dare ulteriore impulso alle già avviate attività di CdG, con particolare riguardo al sistema di *budgeting* quale strumento di responsabilizzazione sui risultati riferiti a tali vincoli.

Ai fini della SR, obiettivo del lavoro presentato è stato quello di delineare l'importanza di un modello gestionale capace di integrare, in modo strutturale ed organico, il processo di pianificazione, programmazione e CdG con il sistema di misurazione della *performance* sui risultati raggiunti.

Bibliografia

Atagni M., *La definizione del Sistema Sanitario Nazionale dalla legge di riforma n° 833 del 1978 al decreto legislativo n° 229 del 1999*, Messina, A. Lippolis, 2001;

Arduini R., Parisi A., *Controllo di gestione nelle aziende ospedaliere e sanitarie locali*, Roma, Asi, 2000;

Barresi G., *La misurazione della performance nelle aziende ospedaliere*, Torino, Giappichelli, 2004;

Borgonovi E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2002;

Casati G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, Mc Graw-Hill, 2000;

De Giorgi M., *La spending review e i costi della pubblica amministrazione*, Convegno 26 novembre 2012;

Del Vecchio M., *Contabilità e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mecosan, 36, 2000

Gori E., *La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende ospedaliere pubbliche*, Milano, Franco Angeli, 2004;

Martini A., Trivellato U., *Sono soldi ben spesi? Perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*, Marsilio – Consiglio Italiano per le Scienze Sociali, Venezia,

Pavan A., Olla G., *Il management nell'azienda sanitaria*, Milano, Giuffrè, 2000;



Scheggi M., Responsabile scientifico dell'Istituto Health Management, *Il Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie*, settembre 2006;

Triassi M., Mele R., *Management e gestione delle aziende sanitarie*, Padova, Cedam, 2008;

Vendramini E., *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Mc Graw-Hill, 2004;

Zangrandi A., *Il Controllo di gestione nelle U.S.L.*, Milano, Giuffrè, 1985;

Zoppi G., *Strumenti per il controllo di gestione in sanità*, Milano, Giuffrè, 1998.