

## Il sistema di programmazione per Budget.

G. Quintaliani, G. Antonini<sup>o</sup> ^R. Prosperi,

Controllo Gestione, °U.O Chirurgia, ^Staff amministrativo Azienda Ospedale - Perugia

### Introduzione

Il sistema di programmazione della attività sanitaria per budget è divenuto sempre più il sistema con il quale si cerca di governare i fenomeni della Sanità in Italia.

La comparsa sia della parola "budget" che della procedura di contrattazione che ne è alla base sono spesso ricorrenti nella legislazione.

Basterà ricordare solo alcuni articoli del contratto<sup>(Appendice)</sup> o della recente decreto legislativo "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" (decreto Bindi)<sup>(Appendice)</sup>.

Cercheremo in queste brevi note di chiarire il significato della parola budget ma soprattutto di tracciare alcune regole su come comportarci quando andremo a discuterlo sia a livello di Struttura complessa sia di Dipartimento che di Azienda.

Prima di tutto chiariamo che la parola budget non ha un significato esclusivamente finanziario; non significa infatti, come talvolta avviene nell'uso quotidiano, una certa quantità di denari a disposizione per fare qualche cosa (vacanze, acquisto di una macchina etc), ma significa propriamente **"CHI FA CHE COSA E CON QUALI RISORSE SIA MATERIALI CHE UMANE"**.

Questo concetto deve essere alla base dei nostri pensieri nel momento in cui la componente politica ha deciso di ridurre le spese sanitarie assegnando alle regioni una quota capitaria per ogni residente. Il risultato è che se la spesa sarà assorbita per una componente non ci saranno più risorse per altri. Si può utilizzare l'esempio della torta per descrivere meglio il fenomeno immaginando che ad ogni cittadino spetti una piccola fetta di torta, e' ovvio che se ci sarà qualcuno che ne mangerà una fetta più grossa o molto più grossa ad altri non spetterà niente. Questo concetto è fondamentale poiché è alla base del perché si ricorre alla procedura di budget: non è possibile dare tutto a tutti; è necessario quindi che si scelga seriamente a chi dare che cosa.

Se terremo conto di questo postulato molto di quanto andremo esponendo risulterà chiaro ed accettabile.

Un altro punto fondamentale che anticipiamo, ma che riprenderemo spesso durante la trattazione, è che il budget va contrattato; non è quindi un qualcosa calato dall'alto o dal basso, ma qualcosa che si costruisce gradualmente con riunioni, discussioni, negoziazione, verifiche e cambi di percorso.

### Il Budget

Analizzeremo ora brevemente quali sono i postulati del budget.

Il classico diagramma di **R.N. Anthony** così come viene delineato in figura 1 ci porta a considerare le varie fasi del processo di budgettizzazione

- a) fase politica o della programmazione è la fase del PSN; PSR; PAL,
- b) fase della programmazione locale
- c) fase della negoziazione
- d) fase del reporting
- e) fase della rivisitazione delle premesse, e nuovo riavvio della procedura.

Tutto il processo può essere visto come una spirale continua che porta con sé i semi del miglioramento continuo e della affinazione degli obiettivi e dei risultati ottenuti.

### Fase della programmazione

Questa è la fase fondamentale che DEVE precedere la procedura di budget. Senza programmazione non esiste budget né alcun tipo di risultato realmente oggettivabile.

La programmazione parte da lontano, in pratica dagli atti governativi che, con il Piano Sanitario Nazionale e le varie “finanziarie” dettano i principi ai quali gli enti Regione debbono attenersi.

Questa fase viene recepita dal Piano Sanitario regionale che cala nelle realtà regionali i principi e le indicazioni, ma fino a questo punto il processo è essenzialmente politico e pieno di roboanti. Successivamente, le parole dovrebbero concretizzarsi in obiettivi locali con il PAL (piano Attuativo Locale). Detto piano è stipulato dalle singole aziende sanitarie (Ospedale o territoriali) che dovrebbero tradurre in linee programmatiche quelli che sono stati i processi di budget a livello regionale e cioè attuare gli indirizzi degli assessorati alla sanità regionali e le varie contrattazioni tra i direttori generali delle aziende.

Il Piano Attuativo Locale dovrebbe essere la PRIMA fase del budget; il momento in cui la azienda sanitaria enuncia i suoi obiettivi (**fare che cosa**) e si assume la responsabilità del conseguimento degli stessi sia di fronte ai cittadini, che agli operatori della struttura sanitaria. Senza questo passaggio la procedura di budget nasce monca e priva di molti dei significati che assume come strumento di programmazione controllo.

### **Fase della negoziazione**

La fase del budget ha la peculiarità di riferirsi ad un intervallo temporale ben definito (di solito l'anno) tenendo però conto e non perdendo di vista il PSR e il PAL che, di solito, hanno un arco temporale più lungo (sovente triennale).

Questa fase definisce il “**chi fa che cosa e con quali mezzi**” e lo strumento individuato per la scelta finale delle decisioni è la “**negoziazione**” che diviene elemento fondamentale di programmazione.

L'approccio alla negoziazione promuove un duplice intervento:

- il primo passo lo fa chi chiede di fare (processo top-down);
- il primo passo lo fa chi si offre di fare (bottom-up).

In altre parole può nascere come una richiesta di cose da fare da parte della Direzione Generale (direttiva dall'alto al basso) oppure l'inesco è svolto dalle singole unità operative che, considerata la loro struttura e coscienti delle loro risorse, si offrono per svolgere compiti ben definiti (richiesta dal basso all'alto).

I “sacri testi” considerano quest'ultima modalità come la più corretta perchè solo il singolo professionista può avere ben chiaro l'iter operativo del piano assegnatogli sulla base dei principi generali espressi dal PAL.

Come in una famiglia si chiede ai figli di scegliere i regali di Natale o la facoltà da intraprendere supponendo che solo loro conoscano fino in fondo le loro aspirazioni e i loro desideri, così questo processo presuppone che dal basso si possano meglio individuare le opportunità e le possibilità che permetteranno di svolgere meglio il proprio lavoro.

Purtroppo accade spesso che “i figli” chiedano troppo senza dare quello che hanno promesso; è per questo che la fase della negoziazione tra il padre e i figli è fondamentale per evitare che ad uno si conceda la Mercedes con la quale andare a comperare le sigarette, mentre, a chi lavora fuori città, si dia in uso una malandata cinquecento.

Fuor di metafora capita spesso che la procedura bottom-up sia foriera solo di richieste spropositate al di sopra delle possibilità della singola azienda sanitaria che non può pertanto esaurirla.

A chi scrive è capitato di partecipare ad una procedura di budgettizzazione alla fine della quale le richieste dei singoli primari avrebbero portato ad un aumento del personale del 10-15% con aumento delle spese per attrezzature del 100%!

Questo è il motivo principale per il quale la procedura bottom up è particolarmente avversata dai Direttori Generali che vedono sempre più di buon occhio la procedura top-down; può sembrare infatti molto più semplice calare delle istruzioni dall'alto ed aspettare, poi, che queste vengano eseguite.

A questo scopo ci si avvale delle tavole di direzione o schede di reporting che illustrano le attività

del reparto, i costi, i ricavi e quant'altro la Direzione Generale voglia far pervenire ai singoli primari ("dirigenti di unità complesse" come è d'obbligo dire ora) in modo da innescare il processo. Va da se' che, da come sono costruite ed organizzate le tavole di direzione, si evince quali sono gli obiettivi che la DG intende perseguire. È anche possibile che la DG fornisca insieme alle tavole di direzione anche una prima stesura degli obiettivi che intende perseguire.

In teoria sarebbe opportuno che la scheda di budget che avvia la procedura contenga almeno:

- sintesi del programma aziendale e linee guida alla predisposizione delle proposte di budget a cura Direzione Generale;
- dati di attività, di risorse e di costo, storici e di previsione, a cura dell'Ufficio Controllo di Gestione;
- azioni prioritarie, obiettivi operativi ed esplicitazione delle risorse necessarie, nonché degli indicatori utili per la verifica del raggiungimento degli obiettivi a cura dei Responsabili dei Centri di Responsabilità.

Qualunque sia la procedura seguita (top-down o bottom-up) si arriva comunque al punto che deve iniziare la **negoziazione**. Questo passaggio è spesso completamente disatteso sia dalle Direzioni che dai primari e peggio ancora da tutti gli operatori della sanità. Infatti la negoziazione DEVE avvenire anche in seno al singolo reparto dove sia i paramedici che i medici sono chiamati (e devono esserlo) ad esprimere suggerimenti, consigli, giudizi e valutazioni sul da fare e sul come farlo. Questo non solo è un modo per assegnare le responsabilità sia di struttura che professionali ai singoli collaboratori come previsto anche dal nuovo **CCNL QUADRIENNIO 1998-2001**, delineando obiettivi e misuratori di risultato, ma anche per organizzare in maniera moderna e produttiva la singola struttura che al proprio interno dovrà ripercorrere, sebbene in misura limitata, la stessa procedura di budget.

Se ad esempio la Direzione Generale di una azienda ospedale decide che la dialisi deve essere fatta prevalentemente dalla azienda territoriale che insiste nella stessa area e su questa base ha stretto degli accordi con la ASL stessa e con l'ente Regione non è pensabile di proporre l'incremento dei posti dialisi, ma sarebbe più saggio individuare quali pazienti potrebbero giovare dell'alta tecnologia tipica delle aziende sanitarie e/o quali attività non dialitiche si possano sviluppare e potenziare. Sarebbe infatti un errore strategico insistere sulla dialisi (pena il vedersi ridotte le risorse a disposizione) anche se tutta la nostra professionalità dovesse essere nell'ambito della dialisi. Se un accordo di politica sanitaria si è sviluppato prima della budgettizzazione vuol dire che siamo molto in ritardo sugli eventi e che è mancata la nostra vigilanza ed attenzione PRIMA del budget. La risoluzione non è quindi nel sabotare il budget ma nell'assecondarlo, riunendo tutto il reparto in fasi successive. La procedura corretta dovrebbe coinvolgere prima il responsabile di struttura complessa che si riunisce con i responsabili delle strutture semplici e poi questi ultimi con gli altri dirigenti medici e con tutto il resto del personale.

Diverso è il fatto di assecondare possibilità che in realtà non esistono. Tipica è la richiesta di trattare più pazienti con lo stesso personale. Senza entrare compiutamente nel merito sarà necessario che, per prima cosa, avvenga una negoziazione all'interno del reparto per esplorare tutte le alternative che possano soddisfare la richiesta, ma una volta stabilito che ciò non è possibile dobbiamo mantenere la posizione assunta anche in presenza di pesanti insistenze. Il fatto di averne discusso all'interno del reparto dà forza al diniego e si ricordi che la capacità di contrattazione è alla base della capacità dirigenziale sia da parte del primario che del DG.

Un punto fondamentale è che qualunque obiettivo avremo concordato sarà anche necessario concordare sia come lo misureremo sia quale sarà la differenza che determinerà la decisione di raggiungimento o non raggiungimento del risultato. In altri termini se avremo concordato con la DG un aumento della attività dialitica dovremo decidere come ne misureremo l'entità (numero di dialisi effettuate solo in attività ambulatoriale od anche DH e in regime di ricovero, ovvero escluso il ricovero etc, o più semplicemente misurando il numero di filtri o quant'altro) e quale sarà il cut-off del raggiungimento dell'obiettivo. Un esempio di ciò è che se avremo contrattato un aumento di dialisi da 5.000 a 10.000 l'arrivare a 9.800 sarà considerato un raggiungimento o meno

dell'obiettivo?

La conseguenza dell'aumento di attività, seppur concordata con la DG, ha delle pesanti ripercussioni su tutta l'attività dell'ospedale che si avvale di numerosi servizi come la lavanderia, la cucina, i trasporti interni (nei casi di ospedali a blocchi) etc. Ne deriva che se programmiamo un aumento della attività e lo andremo a contrattare con la DG, dovremo anche contattare gli altri reparti da cui "acquistiamo" servizi per sapere se ci potranno supportare nelle nostre scelte; ad esempio dovremo chiedere se la cardiologia, il laboratorio e la radiologia potranno sostenere il carico aggiuntivo che procureremo loro aumentando il numero delle dialisi. Sarà quindi necessario che nella reportistica sia stato inserito il numero di esami strumentali che noi normalmente richiediamo per fare una previsione attendibile perchè è molto frequente sentire poi le lamentele del clinico che non può dimettere perchè quei "vagabondi" dei diagnostici non eseguono gli esami richiesti ovvero le lamentele dei diagnostici contro quegli "accaparratori insaziabili" dei clinici che vogliono solo e sempre fare di più (e non parliamo dei chirurghi).

Durante la negoziazione ci occuperemo anche di chiedere adeguate risorse umane e materiali; dovremo quindi richiedere che ci vengano forniti gli elenchi di tutte le apparecchiature che abbiamo in carico per capire quali potrebbero essere gli investimenti nuovi o le necessità di sostituzione immediata o scaglionata nel tempo, (ricordiamo che per convenzione le apparecchiature per dialisi dovrebbero essere considerate obsolete se impiegate da più di 8 anni), e un report che ci dica quanto personale stiamo impiegando.

Come si vede la costruzione di un budget è molto impegnativa e solo marginalmente impegna le valutazioni sui costi a meno che questi non siano il sistema di valutazione della attività. Accade spesso infatti che al reparto richiedente vengano imputati i costi delle prestazioni richieste. A nostro modo di vedere questo modo di fare è errato perchè il responsabile di struttura complessa non controlla il costo della prestazione, ma ne controlla invece, e molto da vicino, la quantità. In tabella II sono riportati dei report per prestazione richiesta ed effettuata senza la valorizzazione dei costi. Alla direzione generale perverranno invece più propriamente i costi raggruppati per unità erogante e richiedente in modo da poter prendere delle decisioni strategiche.

La descrizione precedente permette di cogliere un aspetto molto importante della procedura di budget e cioè che quest'ultima permette di procedere alla progressiva attribuzione di responsabilità di risultato all'interno della struttura, stabilendo per le singole unità organizzative obiettivi congruenti esplicitare un modello integrativo comune al quale ricondurre i processi di gestione delegati all'interno dell'Azienda.

Da un primo punto di vista, il sistema di budget rappresenta, quindi, una particolare modalità di assunzione delle decisioni tesa al raggiungimento di una maggiore razionalità di tutto il processo della sanità all'interno della singola azienda sanitaria.

Il riaffermarsi della cultura come governo dei processi attraverso i quali il paziente deve passare e la coscienza che i vari processi non interessano mai solo un'unica struttura complessa è alla base del processo di budgetizzazione che vede quindi esplicitare compiti, responsabilità e risultati attesi.

Nella negoziazione dovrà anche entrare la reportistica che comunque merita un capitolo a parte.

## **Reportistica**

La reportistica è una componente fondamentale di tutto il processo di budget al pari delle altre fasi anche se purtroppo è spesso considerata di minore importanza. Il classico esempio della importanza della reportistica è il cruscotto dell'automobile. Si potrebbe raggiungere Milano da Roma anche senza le informazioni che ci forniscono i vari indicatori posti sul cruscotto dell'auto, ma nessuno potrà negare che avere a disposizione l'indicatore del carburante, della velocità, dei giri del motore, della temperatura dell'acqua, l'orologio, e quant'altro possa essere segnalato riguardo l'auto rende più sicuro ed agevole il viaggio. Così deve essere per la reportistica.

Se il budget è la procedura che indica CHI deve fare CHE COSA e con quali RISORSE, la reportistica ci dice non solo se abbiamo raggiunto l'obiettivo ma cosa ancora più importante dove

siamo rispetto agli obiettivi prefissati e quali e quante risorse stiamo usando.

Da ciò si deduce che il report deve avere alcune caratteristiche fondamentali in mancanza delle quali tutta la procedura rischia di naufragare:

1. deve misurare quello che abbiamo deciso essere l'obiettivo (se l'obiettivo é il consumo di carburante é inutile che il cruscotto dell'auto ci indichi la temperatura esterna o le previsioni atmosferiche: é necessario l'indicatore del livello del carburante)
2. deve essere tempestivo nella informazione (se l'indicatore del livello del carburante ci segnala solo la riserva o addirittura si accende solo quando siamo a secco non serve a niente)
3. deve essere periodico con frequenze stabilite e non cambiare nel tempo in modo che ci si possa abituare alle informazioni contenute e trarne l'adeguato supporto)
4. deve essere preciso quando l'informazione lo richiede (l'orologio non deve avere ritardi od anticipi di ore), ma deve essere tempestivo quando la tempestività é più importante della precisione (non mi interessa quanto ml. di olio ho consumato, ma mi interessa sapere che ho così poco olio da non permettere la marcia).

Tutti questi aspetti sono spesso sottovalutati tranne poi a rimpiangere di non aver pensato in tempo ad indicatori e misuratori; ricordiamo solo per dovere di precisione, che la valutazione dei dirigenti sarà basata su questi aspetti e che la dizione "raggiungimento degli obiettivi" é una frase molto generica che nasconde molte insidie e percorsi perigliosi. Quando un responsabile di struttura complessa firma il contratto che comporta il raggiungimento degli obiettivi deve pretendere che il tutto sia inserito in una procedura di budget e che comunque alcune informazioni gli siano fornite tempestivamente e regolarmente.

Vediamo in dettaglio quali sono le schede che il controllo di gestione dovrebbe fornire per sostenere la procedura di budget.

- **Schede sulla mobilità:** per mobilità' si intende tutto il complesso delle prestazioni cliniche che vengono effettuate dalle singole strutture complesse che hanno in carico i pazienti (medicines, chirurgie, diagnostiche, laboratori etc). La mobilità' e' essenzialmente di tre tipi: a) regime di ricovero ordinario b) regime di ricovero in DH, c) prestazioni ambulatoriali. La reportistica che deve arrivare al responsabile di struttura complessa riguarda quindi queste tre aspetti. Di norma si usano gli indicatori tradizionali come la degenza media, l'intervallo di turn-over etc, ma l'avvento della classificazione per DRG ha reso obsoleti e non molto utili la maggior parte di questi indici. Molto più' utili (ed usati) sono quindi il case mix (con paragone con quello aziendale), l'attrazione fuori azienda o fuori regione, il tasso di utilizzazione, la degenza preoperatoria e il tasso di operativita' (nelle chirurgie), il punto medio DRG (che indica il peso e cioe' la complessita' della casistica) etc. Per quello che riguarda l'attivita' ambulatoriale si ricorre spesso alla valorizzazione economica della attivita' intesa come ricavi, ma sarebbe opportuno che si fornisse (e si richiedesse se non e' fornita) la specifica del raggruppamento tra le varie prestazioni eseguite. Dalla mobilità' derivano i ricavi della singola struttura complessa e di tutta l'Azienda Sanitaria. Questo argomento e' stato trattato in precedenza e non ci dilungheremo, tuttavia anche in questo caso e' necessario sottolineare che il report fornito al responsabile di struttura complessa deve servire per valutare cio' che si sta facendo e per correggere atteggiamenti anomali e quindi deve tener conto più' degli indicatori che della componente economica (ricavi). E' molto più' importante per un primario sapere che ha 6 giorni di degenza media preoperatoria che sapere di aver prodotto un ricavo di un miliardo; infatti può' sicuramente andare a fondo per capire le motivazioni della degenza preoperatoria e cercare di correggerla; molto meno puo' fare sulle tariffe ministeriali.

- **Schede sulle risorse strutturali:** le apparecchiature in carico alla Struttura Complessa con indicata la data di acquisto, il numero di interventi tecnici e la loro tipologia (in abbonamento, in service, su chiamata etc). Queste schede, pur non molto frequenti ed usate, forniscono informazioni importanti circa l'obsolescenza del parco tecnologico installato. Da una recente ricerca OCSE si evince, ad esempio, che il 63% del parco attrezzature radiologiche installato in Italia ha un'eta' superiore ai 10 anni; a paragone di Francia, Gran Bretagna e Germania con

percentuali di 56%; 45% e 40% rispettivamente. Poiché, attualmente,, il rinnovo del parco tecnologico è una delle componenti più costose che affliggono le aziende di tutti i tipi, la programmazione e lo studio di soluzioni alternative non possono più essere affrontati al momento del guasto o dell'evidente esaurimento della risorsa.

- **Schede sulle risorse umane:** Altra tabella molto importante riguarda il personale. Capita spesso di vedere tavole di Direzione con il costo del personale, magari suddiviso per ruolo senza altra spiegazione. Anche in questo caso questo tipo di report non serve per cambiare atteggiamento o strategia da parte del responsabile della struttura; sarà molto meglio chiedere tavole di direzione che indichino quanto personale è in carico; le ore di straordinario effettuato; i giorni di malattia totali, le ore di differenza tra orario minimo e quelle effettivamente effettuate. Queste informazioni serviranno in maniera fattiva al responsabile della struttura per negoziare gli obiettivi e i risultati. Sarà infatti completamente diverso aver raggiunto l'obiettivo delle 10.000 dialisi con molte ore di straordinario, con molte ore in più rispetto all'orario contrattuale e magari con due o tre infermiere assenti per gravidanza (senza sostituzione) o aver raggiunto gli stessi obiettivi senza nessun tipo di sovraccarico orario!!!

- **Schede sull'uso delle risorse materiali:** o dei costi diretti. Come viene spiegato più diffusamente in altra parte del libro, i costi diretti sono i costi che variano direttamente in relazione alla attività che viene svolta nella struttura complessa. A questa fascia appartengono i costi del materiale farmaceutico, economale etc. Anche in questi report sarebbe opportuno, in fase di negoziazione, che si decidesse di sostituire ai costi le quantità: per un clinico è molto più utile sapere di avere segnato 1000 pezzi di una ciclosporina di III<sup>a</sup> generazione e solo 10 pezzi di ampicillina piuttosto che sapere che ha speso, mettiamo, cinque milioni in antibiotici.

- **Schede su "l'uso" dell'ospedale** e cioè informazioni sulle prestazioni erogate o richieste ad altre strutture complesse dell'ospedale. In altri termini quante prestazioni e quali prestazioni sono richieste da ogni singola unità ad altre come ad esempio visite, consulenze, manovre strumentali etc. Anche in questo caso, come ricordato in precedenza, sarebbe auspicabile che non venissero forniti i costi o i ricavi, ma piuttosto le attività (per un clinico è molto più comprensibile il fatto di aver chiesto un ECG per ogni ricoverato piuttosto che aver chiesto dieci milioni in ECG).

Una raccomandazione da ripetere e da sottolineare è che nelle schede di reporting dovrebbero essere contenute **solo le informazioni che servono a prendere decisioni** o a modificare quelle assunte; a nostro parere, e non solo a nostro, non ha nessun senso inserire nelle schede il costo del personale amministrativo o il costo degli alimenti o il costo della impresa di pulizie e quant'altro (in gergo tecnico i costi ribaltati) poiché su tali costi il responsabile della struttura può influire solo marginalmente. Questi costi servono alla Direzione Aziendale per prendere altri tipi di decisioni ed è per questo che le schede di budget dovrebbero essere diverse se rivolte ai responsabili delle strutture complesse o se rivolte alla direzione (addirittura ancora diversi tra direzione amministrativa e sanitaria).

Alla fine della disamina delle varie schede di direzione dovrebbe emergere chiaramente che le **informazioni servono per prendere decisioni** e che quindi è molto più utile fornire informazioni piuttosto che dati. Per spiegare meglio questo concetto ci serviremo di un esempio: le previsioni meteorologiche. La fase fondamentale è la acquisizione del dato dai satelliti, palloni sonda, stazioni meteorologiche basate a terra e sparse sul territorio. Il sapere i valori dell'umidità al suolo o la velocità dei venti o la pressione atmosferica, (o peggio ancora quanto abbiamo speso per ottenere queste informazioni) non serve assolutamente a niente a chi deve decidere se andare o meno a passare il week-end al mare. È necessario che si passi dal **dato alla informazione**: l'esperto farà la sua **previsione** meteorologica utilizzando ed analizzando attentamente i **dati** forniti da altri (nel nostro caso dalla Aeronautica Militare) e fornendo la **informazione** e cioè prevedendo pioggia o bel tempo. Continuando nell'esempio sottolineo il fatto che nessuno si fiderebbe (né chi elabora il dato né chi lo utilizza) ad andare al mare se le previsioni fossero effettuate su dati vecchi di settimane o mesi. Quindi un concetto fondamentale,

e giova ancora ripeterlo, e' la velocita' delle informazioni. Nathan Myhrvold, vicepresidente della Microsoft, ha affermato: "Non importa quanto buono sia il tuo prodotto: sei solo a 18 mesi dal fallimento" intendendo che nessuno puo' dormire sugli allori del lavoro svolto e che la velocita' di cambiamento oramai si misura in mesi e quindi dobbiamo avere informazioni attendibili e tempestive. <sup>Myhrvold</sup>

### **Fase della rivisitazione**

Nella esposizione precedente abbiamo sottolineato a sufficienza che tutta la reportistica serve ad avere informazioni atte a modificare, se necessario, i comportamenti, i processi, gli obiettivi e il sistema di misurarli. E' quindi naturale che nel processo di budget deve essere prevista una fase in cui si ufficializzano le richieste, sia da parte della DG che della singola struttura complessa, di modifiche alla precedente contrattazione per innescarne una nuova. Come abbiamo detto il budget ha una valenza temporale che si esplica solitamente entro l'anno e che deve essere visto come una spirale molto simile a quella della VRQ. Sara' quindi indispensabile, al momento della contrattazione, stabilire i momenti in cui verranno le verifiche che non devono (o meglio non dovrebbero) essere viste come un momento di controllo, ma piuttosto come momento di nuovo confronto per migliorare e ridurre gli inconvenienti incontrati lungo la strada. Se vogliamo che la Azienda Sanita' sia simile ad una azienda vera dobbiamo fare in modo che le difficolta' riscontrare sia dalla Direzione che dalla singola struttura non siano viste come intralci o come qualcosa da governare solo con discussioni muro contro muro. Le nuove sfide della new economy ci insegnano che la professionalita' e la conoscenza sono il motore per qualunque impresa e che non possono essere possedute <sup>(The Economist)</sup> ma sono la base per investimenti continui che portano qualunque azienda a crescere. Il superamento degli intoppi burocratici e strutturali non devono pero' essere visti solo come un qualcosa che interessa solo la componente amministrativa; e' necessario che le componenti professionali e dirigenziali della azienda si incontrino e discutano per trovare le soluzioni migliori. Questa e' in sintesi la procedura di budget. Ai professionisti, cosi' spesso isolati nella loro giusta preoccupazione di essere sempre ai vertici della competizione scientifica, la raccomandazione di non astrarsi dalla realta' in cui loro stessi operano. E' necessario ricordare che in un momento in cui le risorse sono limitate il disaccordo tra i vari professionisti puo' portare ad inconvenienti assistenziali molto seri. Sara quindi molto utile, se non vitale, che si vada alla procedura di budget con idee molto chiare sulle proprie priorita', che si analizzino quanto piu' possibile necessita', risorse, possibilita' e capacita' perche' tutto il meccanismo della Azienda Sanita' (sia locale regionale che nazionale) funzioni al meglio. Il rinunciare a progetti faraonici per concentrarsi su problemi di fattivita' certa non ridurra' di certo ne' notorietà ne' fama, ma servira' a riaffermare la serietà della professionalita' che ognuno porta con se e che entra a far parte del patrimonio culturale di una societa'.

## Bibliografia

1. Anselmi L. e Volpato O.: L'azienda salute ed Giuffr  , Milano
2. Bashshur RL J Med Syst 1995 Apr;19(2):81-91 Telemedicine effects: cost, quality, and access.
3. Borgonovi E. et al: Contabilit  Direzionale, l'esperienza della regione Emilia Romagna McGraw Hill, Milano
4. Borgonovi E. et al: La programmazione ed il controllo di gestione nelle strutture sanitarie. McGraw Hill, Milano
5. Borgonovi E.: Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale. Il controllo economico nelle aziende sanitarie EGEA 1990
6. Brita-Rossi P, Adduci D, Kaufman J, Lipson SJ, Totte C, Wasserman K Improving the process of care: the cost-quality value of interdisciplinary collaboration. J Nurs Care Qual 1996 Jan;10(2):10-16
7. Brusati L, Casati G.: Il sistema di reporting, il controllo budgettario e la valutazione da: Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi PA1506
8. Brusatti L: Il sistema di reporting nelle aziende sanitarie da: Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi PA1513
9. Buccoliero L.: I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP. Mecosan 28, 1998
10. Burton BA, Williams S ESRD delivery models. Balancing quality and cost: views from the provider, insurer, and the outpatient setting. Nephrol News Issues 1995 Jun;9(6):28
11. Casati G. Vallotti G. Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle aziende ospedaliere: una possibile metodologia Mecosan 17, 1996
12. Casati G. Zavattaro F Il sistema di contabilit  Direzionale da Manuale di contabilit  direzionale nelle aziende sanitarie CERGAS 1996
13. Casati G.: Il percorso del paziente Cergas 1999
14. Casati G.: Il sistema di budget Indagine sul processo di aziendalizzazione nel SSN RSS vol II,1998
15. Casati G.: Manuale di contabilit  direzionale nelle aziende sanitarie CERGAS 1996
16. Castelli P. al al: la costruzione del sistema informativo aziendale Mecosan 28, 1998
17. Del Vecchio M: Strategia e Pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: Una introduzione. Mecosan 14, 1995
18. Del Vecchio M.: Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche Mecosan 17
19. Dirindin Nerina, P. Venes: Elementi di economia sanitaria Il Mulino 1999
20. Gainnino M.M.: Il budget del medico ospedaliero Ed Medico Scientifiche 1998
21. Horton Richard - Lancet 1998 Vol 351 – Commentary
22. Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicita' della spesa nel SSN. Sperimentazione indicatori ospedalieri. Mediobanca 1993.
23. Lega F. Activity based costing & Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attivita' dei processi produttivi in Sanita' Mecosan 22 1997
24. Luce PJ High-quality care or cost-effectiveness? Br J Clin Pract 1995 Jan;49(1):5
25. Marchese E : La definizione del costo di prodotto nelle azienda sanitarie Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi PA1744



26. Mason RO, Swanson EB: Gli indici di valutazione per le decisioni aziendali da Problemi di gestione anno XL n° 10
27. Motta M, Zavattaro F.: Lo sviluppo di un sistema informativo per la direzione in una azienda sanitaria. Mecosan 18,1996
28. Myhrvold Nathan: "The digital economy promise ....." New York McGraw-Hill 1996,p 60
29. Newman R Commentary: balancing quality and cost in the health care market. Am J Med Qual 1995;10(3):155-156
30. Primicerio B., M.Tronci: Total quality management in sanita' Ed Luigi Pozzo 1998
31. Rappini V, Il processo decisionale e gli organi coinvolti nel sistema di budget "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia"
32. Rappini V., Zavattaro F,: Gli schemi informativo-contabili per la formulazione del budget. "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia"
33. Rappini V.. Lo schema di presentazione della proposta di budget "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia"
34. Rappini V.: L'articolazione tecnico contabile del budget di esercizio. da: "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia"
35. Rappini V.: Scheda di budget per la formulazione delle proposte di budget da parte del CdR "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia"
36. Scheggi M.: Il controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. Cidas, Roma 1997
- 37.** Stewart T.A.: Il capitale intellettuale Ponte Alle Grazie 1999
38. Vendramini E.: Il budget per i MMG e l'applicazione delle linee guida: una proposta operativa da Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi PA2128
39. Wagner EH The cost-quality relationship. Do we always get what we pay for? JAMA 1994 Dec 28;272(24):1951-1952
40. Who owns the knowledge economy? Editorial The Economist April 8 2000
41. Wilson JD, Cambell JB: Rapporti di gestione per la direzione d'Impresa. Controllership Wilery & Son 1981
42. Zanetti M. et al: Il medico e il management. Accademia Nazionale di Medicina. Genova 1996
43. Zavattaro F.: Il budget: una risposta alla crescita di complessita' del sistema sanitario Mecosan n5

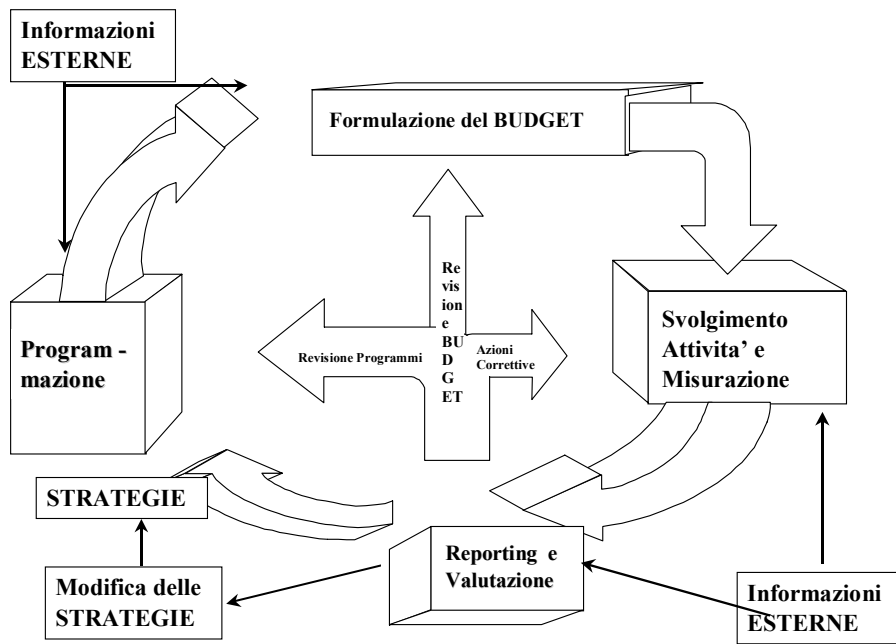


Fig. 1: Le fasi del controllo di Gestione di R.N. Anthony

Appendice:

## <sup>1</sup> IPOTESI DI CCNL QUADRIENNIO 1998-2001

### DELL'AREA RELATIVA ALLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

#### Parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999

##### art 16 orario di lavoro

L'orario di lavoro dei dirigenti di cui al comma 1 è confermato in 38 ore settimanali, al fine di assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca ed aggiornamento.

##### ART. 29 Affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa

4) ..... I criteri per il rinnovo previsti dall' art. 28, comma 6 sono integrati da elementi di valutazione che tengano conto delle capacità gestionali con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate.

##### art 32 valutazione dei dirigenti

1. La valutazione dei dirigenti - che è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa - è caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro dei dirigenti medesimi.

7 A titolo meramente indicativo la valutazione di cui al comma 6 per i dirigenti di struttura complessa o semplice - ove ne ricorrano le condizioni - deve riguardare la gestione del budget affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate nonché tutte le funzioni delegate ai sensi dell'atto aziendale nonché la valutazione dei modelli di organizzazione adottati per il raggiungimento degli obiettivi, mentre per gli altri dirigenti concerne l'osservanza degli obiettivi prestazionali affidati, l'impegno e la disponibilità correlati alla articolazione dell'orario di lavoro rispetto al raggiungimento degli obiettivi

## <sup>2</sup> decreto legislativo Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (decreto Bindi)

"Art. 15

(Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie) 6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione. 7. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.483. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, e secondo le modalità dallo stesso stabilite, salvo quanto previsto dall'articolo 15-ter, comma 2. Si applica quanto previsto dall'articolo 28, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 29 ottobre 1998, n. 387.

Art. 17-bis (Dipartimenti) 1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. 2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito

---

della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento .