



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
in  
Economia e Gestione delle Aziende

Tesi di Laurea

**Il Controllo di Gestione  
nell'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale"  
e la sua capacità di adattamento agli  
effetti dell'Emergenza Sanitaria Covid-19**

Il caso: Analisi della gestione dell'emergenza  
nelle strutture di Pronto Soccorso

**Relatore**

Ch. Prof. Marco Fasan

**Correlatore**

Ch. Prof. Giovanni Vaia

**Laureanda**

Marta Zanutto

Matricola 864413

**Anno Accademico**

2020 / 2021



## Indice

Introduzione.....	p. 1
-------------------	------

### **CAPITOLO 1 - L'Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, assetto normativo e attuale modello di governance dell'Azienda ULSS4 "Veneto Orientale"**

1.1. Contesto del Servizio Sanitario pubblico nazionale.....	p. 3
1.2. Normativa regionale del Veneto in materia di gestione delle Aziende Sanitarie....	p. 20
1.2.1. <i>Leggi Regionali n. 55/1994 e n. 56/1994 e le relative implicazioni.....</i>	<i>p. 22</i>
1.2.2. <i>Il D.M. 70/2015 e il riassetto strutturale della rete assistenziale.....</i>	<i>p. 26</i>
1.2.3. <i>L'istituzione di Azienda Zero e la riforma dell'assetto organizzativo aziendale.....</i>	<i>p. 27</i>
1.2.4. <i>Il Sistema di contabilità regionale.....</i>	<i>p. 35</i>
1.2.5. <i>Ultime direttive per la gestione dell'Emergenza Sanitaria da Covid-19.....</i>	<i>p. 37</i>
1.3. Attuale modello di governance dell'ULSS 4 "Veneto Orientale" .....	p. 42
1.3.1. <i>Atto Aziendale 2020.....</i>	<i>p. 43</i>
1.3.2. <i>Esigenze di pianificazione e controllo dell'Azienda ULSS 4.....</i>	<i>p. 51</i>
1.3.3. <i>Piano delle Performance 2018-2020.....</i>	<i>p. 55</i>

### **CAPITOLO 2 - L'attività di Controllo di Gestione nell'ULSS4 "Veneto Orientale" e la sua adattabilità al cambiamento imposto dalla situazione pandemica**

2.1. Definizione, contesto di riferimento e finalità del Controllo di Gestione.....	p. 63
2.2. Sistema di Contabilità Analitica.....	p. 78
2.2.1. <i>Piano di Centri di Costo / Responsabilità.....</i>	<i>p. 81</i>
2.2.2. <i>Piano dei Fattori Produttivi.....</i>	<i>p. 90</i>
2.3. Metodologia di attribuzione dei costi ai Centri di Costo.....	p. 92
2.3.1. <i>Modalità alternativa di contabilità basata sul sistema Activity Based Costing - la prestazione come oggetto di misurazione.....</i>	<i>p. 98</i>
2.4. Procedura di attivazione dei Centri di Costo e Fattori Produttivi.....	p. 102
2.4.1. <i>Effetti dell'Emergenza Sanitaria da Covid-19 sul sistema di rilevazione, controllo e rendicontazione delle spese. Creazione di Centri di Costo "dedicati".....</i>	<i>p. 109</i>
2.5. Gestione del Flusso Informativo di dati per attività di analisi, valutazione e monitoraggio del Controllo di Gestione.....	p. 114

### **CAPITOLO 3 - Analisi di un caso specifico: Valutazione di Flussi di dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso nell'anno 2020 durante l'Emergenza Sanitaria da Covid-19**

3.1.	Attività del Pronto Soccorso a livello operativo.....	p. 120
3.1.1.	<i>Recente riforma del Pronto Soccorso.....</i>	<i>p. 124</i>
3.2.	Predisposizione di un nuovo flusso informativo PS.....	p. 128
3.3.	Valutazione oggettiva sui dati estrapolati dal Flusso APS relativi all'anno 2020....	p. 132
3.3.1.	<i>Effetti della riforma e dell'Emergenza Sanitaria sulla gestione del Pronto Soccorso e dell'intera Azienda.....</i>	<i>p. 139</i>
3.3.2.	<i>Considerazioni generali sulla gestione dell'Emergenza.....</i>	<i>p. 143</i>
	Conclusione.....	p. 147
	Bibliografia, Fonti ulteriori e Sitografia.....	p. 149





## Introduzione

A seguito del vasto processo riformatorio di “aziendalizzazione” e “razionalizzazione” del Sistema Sanitario Nazionale avvenuto a partire dagli anni '90, che ha visto l'avvento del passaggio da una contabilità finanziaria ad una economico-patrimoniale, le strutture sanitarie si sono aperte a nuove logiche competitive e gestionali, con la conseguente necessità di rivedere gli strumenti di governo aziendale.

La particolarità del settore sanitario, con gli adempimenti e gli obblighi istituzionali da rispettare, richiedono l'assunzione di strumenti di programmazione e controllo indispensabili al top management per prendere le decisioni strategiche ed operative più idonee, volte a garantire efficienza, qualità assistenziale e tutela della salute dei cittadini, ottimizzando nel contempo le risorse a disposizione di ciascuna Regione e Azienda Sanitaria.

Il controllo di gestione ha assunto negli ultimi anni un ruolo fondamentale nell'indirizzare le scelte del management aziendale, nel promuovere il processo di innovazione organizzativa e gestionale e nel verificare il corretto andamento dell'azienda rispetto alla programmazione originaria. Il controllo di gestione è inteso come insieme coordinato di strumenti, processi e procedure volto all'acquisizione ed elaborazione di tutte le informazioni necessarie al controllo sistematico dei risultati e delle performance aziendali.

La recente pandemia da Covid-19 ha messo a dura prova tutto il Sistema Sanitario Nazionale spingendolo a reagire di fronte alla grave situazione di crisi, con l'adozione di misure urgenti finalizzate a gestire l'emergenza sanitaria non solo sotto il profilo assistenziale, ma anche in ambito economico - gestionale.

La presente trattazione si è posta lo scopo di studiare l'attività svolta dall'Unità Operativa Complessa “Controllo di Gestione” dell'Unità Locale Socio-Sanitaria n. 4 “Veneto Orientale” per comprendere le logiche, le funzionalità, le metodologie utilizzate nell'elaborazione dei dati, necessarie a predisporre precise analisi e report, quali strumenti di supporto alla Direzione Strategica, pur considerando le necessità che derivano da una realtà in continuo cambiamento.

Il presente elaborato di tesi è composto da una prima parte dove viene analizzata la normativa nazionale e regionale di riferimento, con un focus sui principali atti che hanno influenzato l'attività di contabilità direzionale e analitica dell'Azienda oggetto di studio e, infine, ne verrà inquadrata la struttura e il modello di governance.

Nella seconda parte si entrerà nello specifico del ruolo e dell'operato svolto dall'UOC Controllo di Gestione, presentando il sistema di contabilità analitica per centri di costo che sta alla base dell'attività di programmazione e controllo aziendale. Verranno descritti i principali strumenti contabili, le procedure base e il possibile contributo derivante da una modalità alternativa di contabilità basata sulle attività (Activity Based Costing), in continua espansione nelle Aziende Sanitarie rispetto alla contabilità tradizionale per centri di costo.

La particolarità del periodo storico attuale ha determinato la curiosità di esaminare, durante il periodo di stage svolto presso l'Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione dell'ULSS 4 "Veneto Orientale", l'influenza che ha avuto la situazione pandemica da Covid-19 sia in ambito contabile che operativo-gestionale, approfondendo quindi nell'ultima parte dell'elaborato, il modo in cui ha saputo rispondere e gestire l'emergenza un'importante struttura operativa come quella del Pronto Soccorso che si trova ad essere uno dei principali punti di riferimento sanitario dei cittadini e perciò da sempre fonte di molteplici problematiche gestionali per il management sanitario.

Considerato che l'UOC Controllo di Gestione è responsabile del processo di raccolta, trasmissione e gestione delle informazioni che alimentano la base di dati a livello regionale delle prestazioni erogate dai Pronto Soccorso (Flusso APS), è stato possibile elaborare delle considerazioni di tipo oggettivo sugli accessi a dette strutture nell'anno 2020 tese a verificare la capacità di resilienza del sistema sanitario nell'area del Veneto Orientale durante l'Emergenza Sanitaria.

Per la stesura di questo complesso e articolato elaborato è stata fondamentale e indispensabile la collaborazione prestata da diversi professionisti del settore, in particolare il Direttore e il Team amministrativo dell'UOC Controllo di Gestione e il Direttore del Dipartimento di Area Critica Pediatrica ed Adulta, nonché Direttore dell'UOC Anestesia e Rianimazione e Responsabile della Terapia Intensiva del Covid Hospital di Jesolo.

Verranno infine esposte le conclusioni, anticipate dall'intervista concessa dal Direttore del Dipartimento di Area Critica Pediatrica ed Adulta, su quanto analizzato in merito all'importanza del ruolo del Controllo di Gestione dell'ULSS 4 e la relativa capacità di adattamento durante il periodo di emergenza sanitaria da Covid-19.



# **CAPITOLO 1 - L'Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, assetto normativo e attuale modello di governance dell'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale".**

## **1.1. Contesto del Servizio Sanitario pubblico nazionale**

Il concetto di Sanità, come lo conosciamo noi oggi in Italia, ha subito delle continue modifiche nel corso degli ultimi cinquant'anni. In generale, possiamo definirlo come l'insieme delle regole e delle risorse umane strutturali e tecnologiche dedicate alla tutela della salute.

È facile intuire come nei Paesi più industrializzati come il nostro, il settore Sanità sia uno dei più complessi ed estesi, poiché coinvolge milioni di persone (tra operatori, pazienti e stakeholders), assorbe grandi quantità di capitali ed è influenzato da diversi fattori socio-culturali.

Chiaramente il concetto di **Sanità** e il concetto di **Salute** sono strettamente legati tra di loro, e forse anche per questo vengono molto spesso confusi l'uno con l'altro. La salute, così come viene definito dall'OMS nel suo atto costitutivo è *"lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di una malattia"*.

Mentre, la sanità è lo strumento: l'insieme dei mezzi e di sforzi organizzati dalla comunità per prolungare la vita promuovere uno stile di vita sano, prevenire e curare.

Di conseguenza, meglio funziona la Sanità, più alta sarà la qualità della Salute di una popolazione.

Negli ultimi anni, questa relazione è stata messa alla prova da diversi fattori strutturali, in particolare dalle ristrettezze di bilancio a livello di Stato centrale italiano e soprattutto dal graduale e costante invecchiamento della popolazione, che inevitabilmente estende il bacino di coloro che abbisognano di cure<sup>1</sup>.

A tal proposito è utile evidenziare le differenze tra altri due concetti: il **Sistema Sanitario** e il **Servizio Sanitario Nazionale**. Il primo è l'insieme degli elementi che costituiscono e caratterizzano l'organizzazione sanitaria di un Paese (indipendentemente dal modello adottato). Il secondo, invece, è un particolare modello sanitario in cui lo Stato si occupa (integralmente o in parte) di gestire e regolamentare gli aspetti della sanità. È il caso, per esempio, di Italia, Spagna e Regno Unito.

---

<sup>1</sup> Marino, Ludovico, 2014, L'azienda pubblica nel quasi-mercato: Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali, Giappichelli Editore, Capitolo III.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale è un modello assistenziale, gestito con un approccio denominato “welfare state”, tuttora imitato e copiato in molti Stati del mondo, proprio perché ha permesso, tra l’altro:

- una razionalizzazione della spesa sanitaria;
- il recupero dell’efficienza nei servizi;
- la diffusione di più efficaci strumenti di controllo economico-finanziari;
- l’interdipendenza fisiologica tra sanità pubblica e privata (poiché la spesa delle famiglie sia pubblica che privata, risponde sempre allo stesso bisogno di salute);
- il perseguimento di principi fondamentali quali: Universalità, Equità e Solidarietà.

È stato possibile arrivare a questa situazione grazie ad una robusta ristrutturazione del sistema sanitario pubblico, a partire dagli anni ‘70, che ha comportato una riconfigurazione organizzativa (la quale ha influenzato anche tutto il sistema della Pubblica Amministrazione) e un’ampia diffusione nelle aziende sanitarie di strumenti, funzioni e tecniche di derivazione manageriale.

Solo così, è stato finalmente creato lo strumento operativo di attuazione dell’articolo 32 della Costituzione, che può essere indubbiamente classificato come il principale provvedimento legislativo preparatorio della riforma della Sanità: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Il settore sanitario è unico nel suo genere e differisce dalle altre attività economiche per alcune caratteristiche come la presenza di caratteri di indivisibilità e di non escludibilità nell’utilizzo, di comportamenti monopolistici dal lato dell’offerta, di un’asimmetria nell’informazione caratterizzante il rapporto medico-paziente e infine di rendimenti crescenti all’aumentare della produzione/erogazione del servizio.

Inoltre il bene Salute viene facilmente identificato come “merit good”, il quale, nel rispetto delle condizioni di adeguatezza, equità ed efficienza nella realizzazione, deve essere collocato nei servizi di pubblico interesse.<sup>2</sup>

All’interno del settore sanitario è possibile individuare più **modelli di organizzazione delle risorse**, che differiscono fra di loro sulla base dei seguenti criteri:

- Grado di pervasività dell’intervento pubblico nella produzione del bene/servizio sotto l’aspetto finanziario;
- Grado di universalità dei servizi offerti;

---

<sup>2</sup> Marino, Ludovico, 2014, L’azienda pubblica nel quasi-mercato: Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali, Giappichelli Editore, Capitolo III.

- Grado di concorrenza tra le unità di erogazione.

Ciascun Paese ha scelto, in relazione alle condizioni di contesto, culturali e di disponibilità delle risorse una modalità organizzativa e di concezione del servizio sanitario differente. Ovviamente, maggiori sono le risorse che uno Stato detiene, maggiore sarà la qualità dell'offerta di benessere e maggiore sarà l'aspettativa di vita legata a quel determinato Paese.

Sono tre le possibili articolazioni dei sistemi sanitari:

1. La prima è identificata con il **modello pubblico**, caratterizzato da un elevato grado di controllo statale, da un finanziamento basato sulla fiscalità generale e da una produzione/erogazione pubblica. All'interno del seguente modello si identificano due differenti sistemi:
  - Stato sociale ("welfare state"): in esso, lo Stato è riconosciuto come titolare del servizio sanitario, il quale viene finanziato attraverso la fonte delle imposte. Il sistema è "universalistico" poiché l'idea fondamentale è la libertà di accessibilità al servizio, in considerazione del fatto che colui che paga le imposte, non è necessariamente colui che fruisce direttamente del servizio;
  - Sistema mutualistico ("modello Bismark"): la peculiarità di questo sistema è che il finanziamento si basa sulla contribuzione proporzionale al reddito di ciascun individuo. Ognuno contribuisce alimentando la propria cassa mutua di appartenenza (non il gettito nazionale) in relazione all'attività lavorativa svolta e al reddito percepito. In questo caso l'accessibilità al servizio è garantita solo a coloro che possiedono una copertura assicurativa e quindi non può essere considerato un sistema universalistico come quello precedente, bensì un modello di "welfare residuale", dove lo Stato si fa garante di servizi sociali essenziali solo per le fasce di popolazione maggiormente svantaggiate, mentre l'assistenza sanitaria generale è riconosciuta all'iniziativa di carattere privato.
2. La seconda è il **modello assicurativo privato**, secondo il quale il finanziamento avviene per intero mediante assicurazione, di conseguenza i cittadini contribuiscono esclusivamente per i servizi richiesti ed usufruiti. Solitamente questo modello prevede libertà di scelta per il cittadino, che può tutelarsi attraverso la stipulazione di un contratto volontario di assicurazione (di matrice privatistica).
3. Infine la terza aggregazione è identificata nel **modello misto**, caratterizzato dalla contemporanea presenza del soggetto pubblico e privato, il primo garante dell'assistenza di primo livello, il secondo garante delle prestazioni integrative.

Da questa articolazione, si deduce che nei modelli di welfare universalistico, il sistema pubblico è l'unico in grado di risolvere il "problema Salute", attraverso il coordinamento di una rete di soggetti (nel nostro caso riferiti al Sistema Sanitario Nazionale, SSN) finalizzata a

garantire, mediante la redistribuzione reddituale con il meccanismo del prelievo fiscale, l'assistenza sanitaria in modo omogeneo ed indistinto a tutti i cittadini.

Il governo dei sistemi sanitari pubblici presenta diversi nodi cruciali, quali:

- garanzia di qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie;
- allocazione e gestione della spesa pubblica per il settore Sanità;
- limitata capacità di previsione e di controllo dei flussi di domanda prospettica generale che rende più problematica l'attività di programmazione, con rilevanti effetti sulla corretta allocazione delle risorse.

L'intervento del legislatore è stato perciò determinante non solo nel campo dei processi di finanziamento, pianificazione e allocazione delle risorse, ma anche sul versante della produzione dei servizi.

È dai primi anni '90 che in Italia si può parlare di "quasi-mercato", un sistema settoriale che ha contribuito al miglioramento delle principali criticità sopraelencate e il raggiungimento di una situazione come quella attuale, incentrata sulla continua ricerca di efficienza e di qualità nella tutela della salute. Il settore sanitario rimane di carattere pubblico, ma permette di ricorrere a strutture d'erogazione private, previ accordi contrattuali e specifiche modalità di accreditamento.<sup>3</sup>

L'attuale sistema di "quasi-mercato", però, genera allo stesso tempo un problema di difformità di trattamento, poiché accentua le differenze fra coloro che hanno la possibilità economica di ricorrere a prestazioni alternative offerte a pagamento (o co-pagamento) e quelli che, al contrario, non dispongono di tale possibilità.

Per meglio comprendere il processo di ristrutturazione che ha coinvolto il Sistema Sanitario Nazionale negli ultimi cinquant'anni, verranno delineate di seguito le più importanti e famose tappe riformatrici, a partire dalla sua nascita fino ai giorni nostri.

### **Legge n. 132/1968** <sup>4</sup>

Nel secondo dopoguerra la spesa sanitaria era in continua crescita e le casse mutue assicuratrici di allora non erano in grado di rimborsare gli enti ospedalieri, con il conseguente accumulo di deficit gestionale e di peggioramento della qualità assistenziale. Oltre al problema finanziario, sull'intero territorio nazionale si registrava anche una continua crescita di disparità di trattamento sanitario.

È con la Legge n. 132/1968, (c.d. Legge Mariotti) che il diritto all'assistenza ospedaliera si estese a tutti i cittadini e lo Stato fu incaricato di finanziare il debito ospedaliero. Inoltre, una

---

<sup>3</sup> Marino, Ludovico, 2014, L'azienda pubblica nel quasi-mercato: Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali, Giappichelli Editore, Capitolo III.

<sup>4</sup> L. n. 132/1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera".

volta istituite, le Regioni avrebbero avuto il compito di curare la programmazione ospedaliera del territorio di riferimento.

L'effetto fu quello di uniformare e rendere più razionale la rete sanitaria: tutte le strutture furono sottoposte agli stessi obblighi e controlli e gli ospedali furono classificati in zionali, provinciali e regionali.

Nonostante questa riforma avesse degli obiettivi ben precisi e delle conseguenze importanti, non fu in grado di risanare l'instabilità finanziaria delle casse mutua, le quali vennero commissariate e definitivamente liquidate con una successiva Legge n. 386/1974.<sup>5</sup>

### **Legge n. 833/1978**<sup>6</sup>

Dieci anni dopo, con la Legge n. 833/1978, si avviò il successivo e definitivo cambiamento strutturale con l'istituzione di un sistema maggiormente tutelante, basato sul principio della copertura sanitaria universale, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il **SSN** viene definito, all'articolo 1 della suddetta Legge, quale *“complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”*.

Si supera così il precedente sistema a favore della realizzazione di quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, che vede la salute come un diritto fondamentale, unico, garantito indipendentemente dal reddito.

Inoltre, per come è stata definita precedentemente, la “Salute” è un concetto non riconducibile alla semplice assenza di malattia, perciò si rendeva necessaria una sanità in grado di garantire non solo diagnosi e cura, ma anche prevenzione e riabilitazione.

Già dai primi due articoli della suddetta Legge, si nota l'inversione di tendenza rispetto al passato: dalla disuguaglianza socio-assistenziale, si passa ad una definizione e promulgazione di Universalismo, Uguaglianza e Solidarietà, i principi basilari del SSN.

Con l'articolo 1 si tutela il diritto fondamentale alla salute e l'uguaglianza dei cittadini, assicurando pari opportunità di accesso ai servizi socio-sanitari.

Si promuove l'interesse della collettività (universalità) garantendo il diritto di ognuno a usufruire di tutti i servizi compresi nei livelli essenziali di assistenza stabiliti a livello nazionale, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, in rapporto ai loro bisogni e non alle capacità di remunerare (globalità). Al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale partecipano proporzionalmente al reddito percepito tutti i cittadini (Solidarietà).

---

<sup>5</sup> Capasso, Coppola, Russo, 2008, Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi, Società italiana di economia pubblica, Università di Pavia.

<sup>6</sup> L. n. 833/1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.

Con il secondo articolo si introducono gli obiettivi attraverso i quali raggiungere i sopra elencati principi (ad esempio: prevenzione malattie, educazione sanitaria prevenzione di infortuni in ogni ambito di vita e lavoro, la formazione professionale, la tutela della salute mentale, la sicurezza del lavoro, etc.).

Oltre a ciò, la Legge n. 833/1978, in attuazione del SSN, disegna un organigramma di decentramento dei poteri decisionali, sviluppato su tre livelli:

- **Nazionale:** attraverso l'articolo 5 della Legge, vengono attribuite allo Stato funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia economica-sanitaria. È composto da organi di indirizzo (Parlamento, Consiglio dei ministri, Ministero della Sanità, che poi nel 2001 divenne della Salute, Comitato interministeriale per la programmazione economica) e organi ausiliari tecnico-scientifici in grado di fornire consulenze e proposte (Consiglio Sanitario Nazionale, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e sicurezza sul lavoro);
- **Regionale:** con l'articolo 7, le Regioni sono delegate all'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e all'espletamento delle funzioni proprie o delegate;
- **Locale:** con l'articolo 13, gli Enti Locali di cui fanno parte i Comuni, le Associazioni dei Comuni, le Comunità Montane e i Distretti Sanitari di base, possono esercitare tutte le funzioni amministrative, in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, non espressamente riservate allo Stato e/o alle Regioni.

Questo consentirà al sistema salute di svolgere al meglio e in maniera più capillare le attività di prevenzione e di cura, al fine di rispondere alle esigenze di una popolazione sempre più in crescita e bisognosa di assistenza.

Essendo molti i fronti sui quali intervenire, complessi da realizzare e dispendiosi da un punto di vista economico, l'articolo 3 della suddetta Legge stabilisce che lo Stato (in compartecipazione delle Regioni) debba definire gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale (attraverso la definizione del Piano Sanitario Nazionale), fissando i livelli prestazionali da garantire a tutti i cittadini.

Già dagli anni '60 erano stati sviluppati i primi studi inerenti ai processi di pianificazione, programmazione e controllo economico-finanziario della gestione aziendale. Le imprese private iniziarono già ad adottare una gestione più "programmata" per essere vincenti sul mercato e ridurre la complessità legata al rischio d'impresa.

A partire da questa Legge, a fine anni '80 anche il sistema salute si stava dirigendo verso una maggior considerazione dell'attività di pianificazione e programmazione, per impedire il peggioramento di una situazione assistenziale ed economica già abbastanza critica.<sup>7</sup>

A riguardo, l'articolo 53 della Legge n. 833/1978 istituisce un **Piano Sanitario Nazionale** (della durata di tre anni), nel quale dovranno essere riportate le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN. Tale Piano viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, per poi essere approvato definitivamente dal Parlamento.

Con esso il Governo, tenute conto le proposte derivanti dalle Regioni, stabilisce le priorità del SSN, le traduce in obiettivi e individua le attività e le strategie strumentali di realizzazione; il tutto in ottemperanza ai vincoli della programmazione economica - finanziaria in materia di prevenzione, cura, assistenza sanitaria e riabilitazione. Successivamente, le Regioni sono incaricate di predisporre e approvare i propri Piani Sanitari Regionali, tenendo chiaramente conto del sopra indicato riferimento nazionale.

La Legge prevede l'istituzione di un **Fondo Sanitario Nazionale**, nel quale far convergere l'insieme delle risorse destinate alla copertura della spesa sanitaria, nonché le modalità di ripartizione fra le Regioni e da queste alle Unità Sanitarie Locali, in relazione alle indicazioni contenute nei documenti di programmazione nazionali e regionali e dei coefficienti parametrici definiti per la spesa in conto capitale e per quella di parte corrente.

La mancata emanazione del Piano Sanitario Nazionale fino al 1988 in realtà produsse effetti contrari a quelli sperati, in quanto prevalse un'allocazione delle risorse basata sulla spesa storica, e quindi sui livelli di offerta regionali esistenti, implicando una de-responsabilizzazione sul rispetto dei limiti di spesa e dell'efficienza nell'erogazione del servizio, sia da parte delle Regioni che delle singole USL.

Sempre grazie al presente riferimento legislativo, nascono due figure nazionali con funzioni differenti: il Consiglio Sanitario Nazionale, con funzioni di consulenza nella definizione delle linee generali di governo sanitario nazionale e nell'elaborazione e attuazione del PSN; e l'Istituto Superiore di Sanità che diventa organo tecnico-scientifico del SSN, fornendo anch'esso attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato.

Inoltre, a fronte della decentralizzazione dei poteri istituzionali, nascono le figure delle **Unità Sanitarie Locali (U.S.L.)**, per l'esercizio associato delle funzioni riservate ai Comuni.

Sono definite come *“complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni singoli o associati e delle comunità montane i quali in ambito territoriale determinato (dai 50.000 ai*

---

<sup>7</sup> Capasso, Coppola, Russo, 2008, Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi, Società italiana di economia pubblica, Università di Pavia.

200.000 abitanti), *assolvono ai compiti del SSN*” provvedendo ad erogare le prestazioni di prevenzione, educazione, assistenza, cura, riabilitazione e medicina legale<sup>8</sup>.

La nascita del Servizio Sanitario Nazionale produsse però anche complicanze negative, nonostante avesse permesso l'esaltazione e valorizzazione del concetto di Salute.

L'organizzazione fortemente basata sull'attribuzione legislativa di funzioni comportò dei contrasti tra Stato e Regioni e fra le forze politiche, una scarsa programmazione, il meccanismo di pagamento “a piè di lista” inadatto a gestire e contenere i costi e una mancata cultura “sanitaria” locale.

Appare chiaro come quello previsto dalla Legge n. 833/1978 si rivelò ancora insufficiente a controllare i costi e la qualità delle prestazioni. Inoltre dal punto di vista contabile, la contabilità finanziaria, ancora utilizzata dagli enti strumentali del SSN, non era in grado di collegare gli obiettivi e le responsabilità con le risorse e i risultati, comportando inefficienza economica e gestionale.<sup>9</sup>

La contabilità finanziaria rilevava le entrate e le spese di un determinato periodo, suddividendole in capitoli di bilancio, ripartizioni delle unità elementari del bilancio (risorse per la parte entrata e interventi per la parte spesa) fondati sull'oggetto della spesa (entrate e spese correnti: spese di ordinaria amministrazione e entrate e spese straordinarie: spese di straordinaria amministrazione).

Non essendo rilevate le variazioni economiche di costi e ricavi e dato che le spese sono collegate a capitoli di bilancio, non era possibile attribuire la spesa ad una specifica funzione o unità operativa. In questo modo risultava impossibile per le U.S.L. determinare, ad esempio, il costo delle prestazioni erogate, dei servizi attivati o dei programmi.

La crescita esponenziale della spesa sanitaria e l'insoddisfazione dei cittadini mettono in luce la necessità di rivedere l'organizzazione del SSN, indirizzando il sistema verso una conduzione di stampo manageriale, per limitarne l'eccessiva burocratizzazione e responsabilizzare gli attori coinvolti grazie ad una necessaria attività di monitoraggio costi.

Ecco che la fase di controllo e monitoraggio diventa importante, permettendo all'azienda di sfruttare al meglio le sue potenzialità per raggiungere gli obiettivi prefissati. Il sistema di pianificazione perciò deve essere connesso al sistema di controllo di gestione, che evidenziando gli scostamenti tra pianificato ed effettivo, guida l'organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi. Da ciò si giustifica l'assunzione, a livello pratico e teorico, del concetto di “Sistema di Pianificazione e Controllo”.

Pur restando valida dal punto di vista legislativo, la Legge n. 833/1978 fallisce decisamente nella sua fase attuativa, richiedendo un ulteriore intervento legislativo tra il 1992 e 1993.

---

<sup>8</sup> L. n. 833/1978, articolo 14.

<sup>9</sup> Capasso, Coppola, Russo, 2008, Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi, Società italiana di economia pubblica, Università di Pavia.



## **D. Lgs. n. 502/1992**

Con la Legge n. 421/1992 si avvia la seconda riforma del SSN, con la quale si delega il Governo all'emanazione di uno o più decreti legislativi riguardanti il completamento del processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario pubblico, sollecitato sostanzialmente da due principali considerazioni:

- il sistema aveva raggiunto livelli di spesa sanitaria elevati, con l'assenza di meccanismi di controllo di efficacia ed efficienza;
- i servizi offrivano complessivamente modesti livelli di qualità.

Fu così che si arrivò all'emanazione del D. Lgs n. 502/1992, che mirava a perseguire i sotto riportati obiettivi:

- permettere l'aumento dell'efficacia e razionalizzazione nella gestione delle risorse sanitarie;
- fornire un livello minimo di assistenza su tutto il territorio nazionale;
- distinguere i soggetti territoriali preposti alla risoluzione dei bisogni sanitari.

Per perseguire i suddetti obiettivi vengono introdotte le seguenti innovazioni organizzative:

- Istituzione LEA (livelli essenziali di assistenza)
- Regionalizzazione: distribuzione di responsabilità alle Regioni
- Aziendalizzazione
- Razionalizzazione
- Sistema concorrenziale
- Sistema di finanziamento

### **Istituzionalizzazione LEA**

Con l'articolo 1 del D. Lgs n. 502/1992, viene ribadita la fondamentale importanza del Piano Sanitario Nazionale quale principale strumento di programmazione sanitaria del Paese. Rappresenta il primo punto di riferimento, sia a livello nazionale che locale, per qualsiasi riforma o iniziativa in ambito sanitario.

In particolare, il Piano deve indicare per la durata del triennio: “

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;*
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;*
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;*
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;*

- e) *i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;*
- f) *le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;*
- g) *le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;*
- h) *le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;*
- i) *i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.* <sup>10</sup>

I LEA furono proposti per la prima volta, almeno in forma teorica proprio con il suddetto decreto, dove l'articolo 1 introdusse “[...] *in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della Legge n. 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse*”.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) vengono individuati per il periodo di validità del PSN, quindi di triennio in triennio, dal SSN contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economico-finanziaria.

Le prestazioni sanitarie che rientrano nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente (ticket).

La determinazione delle tariffe si sviluppa intorno al costo della singola prestazione erogata, e prevede tre tipologie di tariffe:

- tariffe nazionali, stabilite in concerto dal Ministero della Salute e dell'Economia;
- tariffe regionali, stabilite dalle singole Regioni;
- tariffe utilizzate per la “*compensazione della mobilità interregionale*” (TUC, Tariffa Unica Convenzionale). Queste tariffe si riferiscono esclusivamente ai ricoveri.

Le Regioni, singolarmente o attraverso strumenti di auto-coordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del PSN, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni

---

<sup>10</sup> D. Lgs. n. 502/1992, “Riordino disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 legge n. 421/1992” articolo 1.

del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le Regioni, vengono quindi considerate le colonne portanti del SSN dove tutti i cittadini-utenti potranno beneficiare di livelli assistenziali in forma omogenea e uniformata in tutto il territorio nazionale.

A ragione di ciò, l'articolo 1 precisa che tutti livelli di assistenza devono essere ricondotti ai tre macro-livelli individuati dal Piano Sanitario Nazionale e che risultano, in linea generale:

- I. Prevenzione collettiva e sanità pubblica: rientrano in questa categoria tutte le attività essenziali di prevenzione collettiva o individuale, in ambiente di vita o di lavoro, come la tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi legati agli infortuni sul luogo di lavoro, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce;
- II. Assistenza distrettuale: rientrano tutte le attività e servizi sanitari e socio-sanitari sparsi sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dalla assistenza domiciliare agli anziani e ai malati gravi, alle strutture semiresidenziali e residenziali.
- III. Assistenza ospedaliera: ci si riferisce all'assistenza sanitaria offerta in pronto soccorso, durante un ricovero ordinario, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

Non tutte le prestazioni sanitarie sono riconosciute come LEA, ma solo quelle che *“presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate”*<sup>11</sup>.

### **Regionalizzazione**

Con la Legge n. 421/1992 “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.”, viene conferita al Governo ampia autonomia nell'emanare normative, pur sempre nel rispetto delle seguenti direttive:

- Attribuzione alle Regioni e alle Province Autonome della competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria preservando allo Stato la fase di programmazione del sistema sanitario nazionale e la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria;
- Attribuzione alle Regioni e alle Province autonome di responsabilità finanziaria relativa agli eventuali livelli di assistenza che eccedono gli esistenti, in particolare per presidi e i posti letto che superano i livelli programmati e per gli eventuali disavanzi da tamponare senza aiuti Statali.

---

<sup>11</sup> D. Lgs. n. 502/1992, “Riordino disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 legge n. 421/1992” articolo 1.

Prende così avvio un decisivo processo di riassetto istituzionale del SSN, conferendo alle Regioni una maggior responsabilità.

In base al principio di sussidiarietà verticale, il D. Lgs. n. 502/1992 responsabilizza i governi regionali, potenziandone le competenze<sup>12</sup>:

- titolarità delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera;
- responsabilità della programmazione sanitaria regionale;
- determinazione dei criteri organizzativi (progettazione dell'assetto istituzionale, ridefinizione della rete delle aziende sanitarie, definizione della struttura organizzativa e degli schemi contabili), dei criteri di finanziamento regionale, indirizzo e controllo, coordinamento e monitoraggio delle attività sanitarie gestite dalle aziende USL.

La Regione, ha quindi tutto l'interesse nell'osservanza e nella cura dei conti economici del SSR, perché ora ne risponde politicamente.

### **Aziendalizzazione**

Accanto alla regionalizzazione si instaura il fondamentale concetto di aziendalizzazione, volto a modificare la natura giuridica delle Unità Sanitarie Locali e ad impostare nuove modalità gestionali.

Con il D. Lgs. 502/1992 l'USL da struttura operativa dei Comuni si trasforma in Azienda Sanitaria Locale (ASL) con personalità giuridica pubblica, autonomia patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed organizzativa e con finalità di produzione di beni e servizi tali da soddisfare bisogni dei cittadini: *“Le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato”*<sup>13</sup>.

Le **ASL**, ridotte di numero, diventano enti strumentali della Regione che le sostiene economicamente, attribuendogli funzioni proprie e totale responsabilità sulla governance aziendale, e per tal motivo, in risposta alla mancanza e al bisogno di una cultura manageriale che si avvicini maggiormente allo stampo privatistico, vengono istituiti degli organi direttivi e delle figure di diverso livello gerarchico, suddivise in dipartimenti per gestire al meglio le risorse.

Con l'avvio della riforma sanitaria si realizza pertanto una profonda innovazione nel ruolo della dirigenza pubblica che, con il D. Lgs. n. 29/1993, acquista autonomia gestionale ed operativa con la diretta responsabilità delle risorse gestite e dei risultati raggiunti.

---

<sup>12</sup> D. Lgs.n. 502/1992, articolo 2.

<sup>13</sup> D. Lgs. n. 502/1992, articolo 3.

## **Razionalizzazione**

In coerenza con la nuova natura giuridica delle Aziende Sanitarie e del nuovo modello di governance basato sulle attività di programmazione e di controllo di gestione, anche i metodi di tenuta della contabilità devono essere rivisti ed è con l'articolo 5 della D. Lgs. n. 502/92 che si avvia l'importante passaggio al modello di contabilità "più privatistica" basato sui principi del codice civile con l'avvio della contabilità economico-patrimoniale, della contabilità analitica per centri di costo e della gestione mediante budget di spesa.

L'applicazione della contabilità economico-patrimoniale ha richiesto l'introduzione dello schema di bilancio civilistico con la predisposizione, da parte dei Ministeri competenti, di:

- uno schema di bilancio economico/patrimoniale uniforme a livello nazionale con delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa;
- uno schema di piano dei conti;
- linee guida ministeriali per l'integrazione dei criteri di valutazione riportati nell'art. 2424 c.c.;
- un percorso metodologico per l'avvio della contabilità economico/patrimoniale.

Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale ha comportato un notevole sforzo per le Aziende Sanitarie a causa del radicale cambiamento delle conoscenze e competenze amministrative che da un criterio di cassa hanno dovuto evolversi verso un criterio di nuove competenze economiche che si sono rese indispensabili per il perseguimento del contenimento della spesa pubblica e di una migliore qualità dei servizi raggiungibili solo operando con criteri economico-aziendali.<sup>14</sup>

## **Sistema concorrenziale**

Un'altra delle innovazioni introdotte con la riforma sanitaria riguarda l'inserimento del sistema di concorrenzialità "regolata" nell'ottica di garantire al paziente-utente la libertà di scelta della struttura alla quale rivolgersi, riconoscendo ai soggetti privati, profit e non profit, in possesso di particolari requisiti professionali ed organizzativi la possibilità di essere erogatori di prestazioni mediante il sistema dell'accreditamento che li parifica pertanto con le strutture pubbliche, attraverso il rimborso a tariffa mediante fondi pubblici.

Con l'aziendalizzazione si verifica quindi un vero e proprio stravolgimento dei principi che hanno ispirato l'emanazione della Legge 833/78, istitutiva del SSN, in quanto viene avviato un "mercato" delle prestazioni sanitarie a cui il cittadino-paziente, divenuto cliente, può rivolgersi indistintamente sulla base delle proprie preferenze personali e anche in considerazione delle proprie possibilità economiche.

---

<sup>14</sup> Sorano, Ceruzzi, 2013, Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie ai tempi dell'armonizzazione contabile, IPSOA.

## **Sistema di finanziamento**

La legge istitutiva del S.S.N. n. 833/1978 ha rappresentato anche il primo tentativo di dare una strutturazione organica al sistema di finanziamento della sanità pubblica che in precedenza si fondava su scelte di politica economica statale prevedendo l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario pubblico in base agli stanziamenti erariali gravanti sulla fiscalità generale.

Le risorse per la sanità pubblica erano previste mediante il Fondo Sanitario Nazionale, approvato ogni anno con la manovra di bilancio dello Stato, in cui confluivano le varie entrate per il sostenimento della spesa sanitaria e dove l'importo complessivo veniva stanziato attraverso criteri demografici fondati sul numero e l'età della popolazione nazionale, per calcolare la "quota capitaria", dalla quale poi si ricavava il fabbisogno di spesa da assegnare a ciascuna Regione. Il finanziamento della sanità pubblica era pertanto caratterizzato da una forte centralizzazione delle scelte a livello statale con l'intento di garantire uniformità alla tutela del diritto alla salute.

Con il tempo tale sistema determinò uno scarso senso di responsabilità delle amministrazioni regionali e locali in quanto veniva sempre assicurata la "copertura" dei deficit sanitari mediante la manovra finanziaria statale<sup>15</sup>.

L'assegnazione delle risorse alle Regioni avveniva sulla base della "spesa storica", cioè con stanziamenti riferibili non tanto ai reali bisogni di assistenza e di cura, quanto alle esigenze di bilancio delle amministrazioni e questa modalità non responsabilizzava le Regioni a valutare in modo corretto le modalità d'impiego delle risorse assegnate.

In virtù di questo ebbe origine l'esigenza di razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica, manifestatasi soprattutto a partire dagli anni Novanta, quando quest'ultima raggiunse livelli sempre meno sostenibili e portò all'adozione dei diversi interventi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale dapprima con il D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e successivamente con il D. Lgs. n. 229/1999 che tentarono di rimodulare le modalità di finanziamento della sanità pubblica, ridimensionando il ruolo del Fondo Sanitario Nazionale.

Queste ultime riforme hanno avuto come principale obiettivo il contenimento della spesa sanitaria e l'adeguamento dei servizi offerti alle reali esigenze dei cittadini, attraverso un profondo ripensamento sulle modalità di finanziamento e sulle modalità di gestione delle strutture sanitarie di seguito riassunte:

- ridefinizione delle modalità di finanziamento da parte delle Regioni e fissazione di criteri/obiettivi chiari per ospedali e ASL;
- quantificazione di una "quota capitaria" uniforme sul territorio nazionale per finanziare poi le singole Regioni;

---

<sup>15</sup> Cilione, Diritto Sanitario, 2003, Maggioli Editore.

- introduzione del sistema di remunerazione mediante DRG (Disease Related Groups), per finanziare la reale attività degli ospedali;
- responsabilizzazione delle Regioni sui livelli di spesa e sui livelli minimi di assistenza da garantire;
- responsabilizzazione dei dirigenti della sanità pubblica la cui attività viene misurata dai risultati, istituendo la temporaneità dell'incarico per le posizioni apicali alla verifica degli obiettivi raggiunti.

Viene quindi introdotto un nuovo sistema di finanziamento non più basato sul criterio di spesa del costo storico, ripianato successivamente, ma lo Stato attraverso i livelli essenziali di assistenza (LEA), modulati in considerazione dei bisogni di salute dei cittadini e delle risorse disponibili ricavate dalla fiscalità generale, determina la programmazione economica nazionale che verrà distribuita alle Regioni applicando una quota capitaria pesata e queste ultime la distribuiranno poi alle singole aziende sanitarie di propria giurisdizione, avvalendosi se necessario anche di altre fonti di finanziamento quali l'uso di proprie risorse economiche, di contributi sanitari IRAP e delle entrate dirette derivanti dalle strutture (ticket).

Sempre in questi anni è stato introdotto il nuovo sistema di finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere basato sul loro valore che viene classificato in raggruppamenti omogenei di diagnosi (Diagnosis Related Groups, DRG) in considerazione del calcolato consumo di risorse, della durata di degenza e del profilo clinico della prestazione. La classificazione del DRG è rilevabile dalla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e questo sistema di finanziamento, basato su una tariffazione predeterminata per singolo DRG da parte di ogni Regione, viene calcolato sulla base della produttività media delle strutture operanti sul territorio ed è incentivante per il perseguimento dell'efficienza tecnica e gestionale che mira a ridurre i costi di produzione unitari e gli sprechi di risorse.

#### **D. Lgs. n. 229/1999**

Con il D. Lgs n. 229/1999 prende avvio l'ultima importante riforma del Servizio Sanitario Nazionale con una rivisitazione critica di quanto attuato con il D. Lgs. n. 502/1992 che viene pertanto modificato ed integrato per ampliare il concetto di aziendalizzazione della sanità pubblica *“nel convincimento che non ha senso garantire l'efficienza senza contestuale garanzia dell'efficacia dei servizi sanitari e della loro capacità di ottimizzare la risposta alla migliore soddisfazione del bisogno del paziente”*<sup>16</sup>, e da questo momento le aziende sanitarie vengono configurate come lo strumento con cui la Regione garantisce i livelli essenziali di assistenza previsti dalla programmazione regionale.

---

<sup>16</sup> Cilione, Diritto Sanitario, 2003, Maggioli Editore.

Con il suddetto decreto vengono introdotte anche importanti novità in merito alla contabilità analitica, che deve essere applicata dalle Aziende Sanitarie non solo per centri di costo ma anche per centri di responsabilità per consentire la valutazione economica dei servizi e delle attività attraverso il collegamento fra risorse umane, finanziarie e strumentali.

Uno degli aspetti più innovativi riguarda tuttavia il formale riconoscimento imprenditoriale delle Aziende Sanitarie e la riconduzione della loro organizzazione ad una dimensione più privatistica, con il perseguimento dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, ossia la capacità di perseguire le finalità istituzionali impiegando in maniera efficiente le proprie risorse per raggiungere in modo efficace i propri obiettivi, sottostando ai vincoli di bilancio.

L'acquisita autonomia imprenditoriale richiede quindi l'adozione di strumenti adeguati a *“verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati”* (controllo di gestione).<sup>17</sup>

### **D.Lgs n. 118/2011**

Con l'introduzione del D.Lgs. n. 118/2011 e del principio di armonizzazione il grande controllo accentrato viene restituito alle Regioni che diventano quindi responsabili dell'efficienza del loro modello organizzativo attraverso il processo di certificabilità, ossia la capacità di confermare a terzi la qualità dei propri dati aggregati.

Con questa novità il Governo ha voluto fissare per tutte le strutture sanitarie locali due grandi obiettivi comuni:

- Stabilire regole nazionali comuni, affinché tutte le Regioni possano avere un framework comune su cui muoversi e poter implementare i loro sistemi contabili;
- Certificare il dato con l'introduzione di *“percorsi di attuazione della certificabilità”* (PAC), per ottenere una certificazione di affidabilità dei dati amministrativo - contabili prodotti a livello regionale, attraverso l'applicazione delle nuove regole contabili emanate dal Ministero. Per assicurare ciò, oltre alla stipula di criteri comuni di rendicontazione, è necessario che i dati prodotti siano verificabili, attraverso l'implementazione di procedure organizzative sui sistemi informativo-contabili.

Il decreto dunque prevede la possibilità per le Regioni di individuare *“nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, denominato gestione sanitaria accentrata (GSA) presso la Regione, deputato all'implementazione e alla tenuta di una contabilità di tipo economico - patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola Regione e lo Stato, le altre*

---

<sup>17</sup> D. Lgs. n. 229/1999 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 leggen. 419/1998”*.



*Regioni, le Aziende Sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali” .<sup>18</sup>*

In conclusione, dalle norme illustrate in questo paragrafo è possibile individuare dei temi dominanti che permettono di capire quale sarà l'evoluzione del Sistema Sanitario italiano. Viene innanzitutto sottolineata la necessità di diffondere sistemi di governance capaci di garantire un certo equilibrio tra i LEA e il sistema dei finanziamenti e la fase di programmazione acquisisce sempre più importanza in relazione alla possibilità di migliorare l'assetto clinico e organizzativo delle aziende sanitarie.

Oltre a queste tematiche di carattere tecnico che si possono riassumere nel concetto di “sostenibilità economica”, traspare un importante elemento di innovazione: l'orientamento alla soddisfazione dei bisogni del singolo cittadino e infatti gli obiettivi e le modalità di erogazione dei LEA sono direttamente ed esplicitamente rivolte alla tutela della salute del paziente. I bisogni del paziente costituiscono infatti variabili di fortissima influenza per la riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera.

Ecco come il processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario si è indirizzato verso un sistema orientato anche a garantire qualità dei servizi al cittadino, lasciandosi alle spalle una visione fondata esclusivamente sul sostenimento della spesa sanitaria.

---

<sup>18</sup> D. Lgs. n. 118/2011, “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, enti locali e organismi a norma della legge n. 42/2009” articolo 22.

## 1.2. Normativa regionale del Veneto in materia di gestione delle Aziende Sanitarie

Com'è stato possibile comprendere finora, a seguito dei principali interventi legislativi riformatori delineati (Legge n. 833/1978, D. Lgs n. 502/1992 e D. Lgs n. 118/2011 e s.m.i), le Regioni hanno visto ampliare, nel corso degli anni, i propri poteri e competenze in ambito sanitario, assumendo un ruolo chiave nel perseguimento degli importanti obiettivi che il Governo centrale si era prefissato e continua a prefissarsi tutt'ora.

Il nuovo modello di governance si compone di tre livelli decisionali, caratterizzati da funzioni e responsabilità differenti:

- I. il livello governativo centrale, rappresentato dallo **Stato**, con funzioni di indirizzo generale e di coordinamento del sistema sanitario (attraverso la definizione del PSN e la distribuzione del FSN);
- II. il livello governativo intermedio, rappresentato dalle **Regioni**, con funzioni di organizzazione dei rispettivi territori, di programmazione e di indirizzo specifico;
- III. il livello **aziendale**, formato dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliere in quanto erogatori di servizi socio-sanitari e assistenziali.

Attraverso questo decentramento organizzativo-gestionale la spesa sanitaria viene governata in maniera più capillare e consente il concreto perseguimento degli obiettivi determinati a livello governativo:

- riconoscimento e perseguimento dei bisogni sanitari in continua evoluzione;
- conseguimento di maggiore efficienza a livello microeconomico e di razionalizzazione della spesa;
- organizzazione dell'offerta decentrata ma meno frammentata e più orientata al raggiungimento di economie di scala.

Conseguentemente, le Regioni (considerate "holding pubbliche" nei confronti delle ASL e AO), definiscono le politiche, assegnano le risorse e gli obiettivi, favorendo la "devolution" delle decisioni organizzative e gestionali e attribuendo responsabilità finanziarie ed economiche alle Aziende Sanitarie.

La regionalizzazione del sistema viene successivamente rafforzata dalla riforma costituzionale del Titolo V approvata nel 2001 con l'articolo 117, assegnando alle Regioni maggiori poteri, non solo in ambito sanitario, ma anche in ambito decisionale con l'implementazione dei tavoli di negoziazione Stato-Regioni<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Maino, F. e Neri, S. (2006), "La politica sanitaria ai tempi della „devolution“", Il Mulino.

Al fine di perseguire la tutela della salute con un contenimento delle spese e allo stesso tempo un aumento della qualità dei servizi offerti, ad ogni livello governativo fanno riferimento dei principali strumenti di programmazione qualificanti del Servizio Sanitario Nazionale:

- a livello nazionale viene identificato il **Piano Sanitario Nazionale** (PSN) di durata triennale, il quale definisce gli obiettivi e le priorità da realizzare con riferimento ai servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, coerentemente con le risorse finanziarie messe a disposizione dal sistema della finanza pubblica attraverso il Fondo Sanitario Nazionale;
- a livello regionale viene identificato il **Piano Sanitario Regionale** (PSR), anch'esso di durata triennale, il quale recepisce gli indirizzi nazionali di salute e funzionamento con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e ai livelli essenziali di assistenza individuati;
- a livello aziendale viene identificato il **Piano Attuativo Locale** (PAL) o il Piano Metropolitan per le aree metropolitane, che vuole uniformarsi esplicitamente al Piano Sanitario Regionale e a tutti gli ulteriori documenti della programmazione sanitaria regionale. La programmazione locale vede il coinvolgimento attivo dell'intera comunità, composta non solo dai soggetti istituzionali, ma anche dalle organizzazioni sociali espressive della comunità; questo per individuare risposte e selezionare delle priorità di intervento adeguate alle esigenze e peculiarità del territorio specifico.

È con il D. Lgs n. 229/1999, in modifica all'articolo 1 del D. Lgs. n. 502/92, che viene definito al comma 13 il **Piano Sanitario Regionale** come *“piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale, adottano o adeguano i Piani Sanitari Regionali”*.<sup>20</sup>

Le Regioni determinano il PSR con riferimento ai LEA, alla rete dei distretti, dei presidi e dei servizi, all'organizzazione formale interna delle Aziende, alla funzione di indirizzo tecnico, promozione e supporto e coordinamento nei confronti delle Aziende Sanitarie.<sup>21</sup>

Alla luce di questa “riforma sanitaria ter”, con la quale è stata data autonomia giuridica e imprenditoriale alle USL, si è voluta considerare maggiormente l'importanza della socialità e dell'**integrazione “socio-sanitaria”**. A tal fine *“i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria”*.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> D. Lgs n. 229/1999, articolo 1, comma 13

<sup>21</sup> D. Lgs. n. 229/1999

<sup>22</sup> Cilione, 2003, Diritto Sanitario, Maggioli Editore.

### 1.2.1 Leggi Regionali n. 55/1994 e n. 56/1994 e le relative implicazioni

Sin da subito, in Veneto, si è voluto seguire questo tipo di approccio finalizzato all'integrazione tra l'area sanitaria e quella sociale, consolidatosi con l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale a fine degli anni Settanta.

La concreta applicazione, poi, dei principi fondamentali di aziendalizzazione e regionalizzazione, ha condotto il Consiglio Regionale del Veneto all'emanazione di due fondamentali leggi regionali: la Legge Regionale n. 55/1994 e la n. 56/1994, che costituiranno i primi punti di riferimento per la sanità veneta del post-riforma.

Con la prima delle due fonti vengono definiti gli strumenti e le modalità della programmazione regionale, i meccanismi e le fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie, il loro assetto contabile, gestionale e di controllo. Con la seconda, invece, si riordina l'intero impianto organizzativo del SSR.

È da questo momento in poi che l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali si fortifica, tanto da nominare le Aziende non più solo come Unità Sanitarie Locali (USL), ma **Unità Locali Socio-Sanitarie (ULSS)**. La Regione del Veneto è stata una delle prime regioni italiane, se non la prima, ad aver fin da subito dato importanza al "sociale", inserendolo con leggi regionali in tutti i piani, denominazioni e strutture aziendali, in ottemperanza del riferimento legislativo nazionale D. Lgs n. 517/1993.

L'aumento del livello di salute dei cittadini è considerato per la Regione Veneto un notevole risultato sociale, il cui perseguimento richiede non solo una dettagliata e sempre aggiornata programmazione, ma anche la compartecipazione di diversi soggetti.

La mappa regionale comprende ventuno Aziende ULSS, ognuna costituita di configurazioni tecnico-funzionali denominate "Distretti", attraverso i quali *"l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione"*.<sup>23</sup>

I distretti vengono identificati dal Direttore Generale dell'ULSS (sentiti il Sindaco, o la Conferenza dei Sindaci e d'intesa con la Giunta Regionale) e ricollegati ad un'area comprendente almeno cinquantamila abitanti, corrispondente ai confini di uno o più Comuni, fatte salve le eccezioni espressamente previste dalla norma.

Attraverso la medesima norma, oltre alle ULSS sono infatti trasformati in Aziende Ospedaliere gli ospedali di Verona e Padova.

Il Veneto ha una struttura organizzativa che si discosta dagli altri modelli regionali, non solo a livello macro-strutturale, ma anche nel più ristretto ambito aziendale; infatti, in aggiunta alla denominazione aziendale del "Sociale" (ULSS), la Regione ha deciso di considerare all'interno

---

<sup>23</sup> L.R. n. 56/1994 "Norme e principi per il riordino del SSR in attuazione del D. Lgs. n. 502/92 così come modificato dal D. Lgs. n. 517/1993" articolo 22, comma 1.

dei vertice aziendali anche la figura di un **Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale**, riorganizzando e potenziando l'assistenza territoriale e le cure primarie a garanzia di un'adeguata e completa risposta ai bisogni del cittadino.

Un'altra importante peculiarità del SSR del Veneto è la prevalenza delle strutture di natura pubblica su quelle di natura privata, e della loro capacità di creare rapporti di collaborazione volti all'accrescimento della qualità assistenziale, mediante un approccio di sistema integrato orientato al miglioramento continuo. A tal proposito si richiama la Legge Regionale n. 22/2002 che disciplina le forme di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie, pubbliche e private, anche a carattere non lucrativo.<sup>24</sup>

Dal punto di vista strutturale quindi, è possibile affermare che la Regione del Veneto presenta un modello di governance di tipo accentrato, dotato di molte risorse, strumenti e capacità e fondato sui seguenti principi essenziali:

- un approccio di sistema integrato con una buona collaborazione pubblica-privata;
- una crescita “programmata e controllata”;
- la responsabilizzazione finanziaria e fiscale;
- la sussidiarietà verticale e orizzontale.

Il modello di welfare regionale è identificato come “welfare mix integrato e universalistico”, che offre un'ampia gamma di servizi su tutto il territorio grazie alla cooperazione pubblica-privata.

Per quanto riguarda la programmazione socio-sanitaria regionale, la competenza spetta al Consiglio Regionale del Veneto, che su proposta della Giunta Regionale approva il **Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR)** il quale<sup>25</sup>:

- definisce gli obiettivi e gli standard dell'accesso ai servizi e di trattamento a livello regionale;
- si articola in programmi di intervento settoriali non superiori al quinquennio.

In Veneto, esso è stato adottato, da ultimo, tramite la Legge Regionale n. 23/2012 “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”.

---

<sup>24</sup> L.R. n. 22/2002 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”.

<sup>25</sup> L.R. n.56/1994, articolo 6, comma 2.

Tra le novità del nuovo Piano, che sostituisce quello in vigore dal 1994, degne di nota sono state<sup>26</sup>:

- la previsione di riduzione delle ventuno Aziende Sanitarie, sulla base di un bacino di utenza compreso tra i duecento e i trecentomila abitanti (fatte salve le specificità territoriali di montagna, laguna e Polesine);
- la nomina del Direttore Generale della Sanità Veneta affidata al Consiglio Regionale (su proposta del presidente della Giunta Regionale);
- il potenziamento della figura del Direttore dei Servizi Sociali, che assume anche la funzione di coordinamento dei servizi sanitari territoriali;
- la durata triennale dell'incarico dei Direttori Generali delle ULSS e della relativa "terna di comando";
- la valutazione annuale del loro operato da parte della Giunta, del Consiglio e della Conferenza dei sindaci;
- l'obbligo della trasparenza di bilancio per le ULSS.

Oltre a questi aspetti, il nuovo PSSR ha previsto una diversa impostazione dei servizi di assistenza e di cura, riorganizzando la rete ospedaliera in diversi livelli di specializzazione e intensità di cura e razionalizzando il numero di ospedali e di posti letto. In questo contesto, si colloca la recente Legge Regionale n. 19/2016.

A questo punto, pare opportuno accennare al fenomeno del c.d. "federalismo fiscale" e alle sue ricadute in materia sanitaria regionale.

La Legge Delega n. 42/2009, rappresenta il primo passo verso una riforma fiscale territoriale, fornendo disposizioni in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.<sup>27</sup>

Il legislatore ha inteso abbandonare definitivamente la finanza da trasferimento e il principio della spesa storica, in favore del criterio della spesa standard, già elaborato con il D. Lgs. n. 56/2000, attuativo della Legge Delega n. 133/1999.

Il "criterio storico" si riferiva alla spesa già sostenuta per l'erogazione di un determinato servizio: l'ammontare riconosciuto alle Regioni dipendeva dalla spesa sostenuta nell'anno precedente.

Con il concetto di "costo standard", invece, ci si riferisce al costo erogato alle migliori condizioni di efficienza e di appropriatezza, a garanzia dei livelli essenziali di prestazione.

Il D. Lgs. n. 68/2011, ha disciplinato la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, sulla base dei parametri di tre Regioni "virtuose" prese come punto di riferimento (c.d. Regioni benchmark), scelte annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni (una del Nord, una del Centro e una del Sud e delle quali almeno una deve essere di piccole

---

<sup>26</sup> L.R. n. 23/2012 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

<sup>27</sup> Legge Delega n. 42/2009 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".

dimensioni geografiche), tra una rosa delle cinque migliori Regioni individuata dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Ministro per i Rapporti con le Regioni.<sup>28</sup> Le cinque saranno quelle che, sulla base di indicatori di qualità, appropriatezza ed efficienza, avranno garantito l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico.

A tal proposito, è importante precisare che il SSR del Veneto risulta da anni pienamente adempiente dal "Rapporto sulla verifica degli adempimenti LEA" annuale. Il Veneto evidenzia un elevato livello di performance rispetto alla griglia di indicatori di LEA definiti dal Ministero della Salute. È con questi presupposti che il Veneto negli ultimi anni si è sempre posizionato nel podio delle prime cinque Regioni benchmark per la definizione dei costi e dei fabbisogni utilizzati per la ripartizione su base standard del Fondo Sanitario Nazionale.

La manovra del federalismo fiscale ha, altresì, introdotto un sistema sanzionatorio e taluno premiale, tesi a responsabilizzare le realtà regionali, anche in un'ottica di osservanza del principio della trasparenza. Le Regioni più virtuose saranno premiate poiché gli eventuali risparmi effettuati dalle Regioni rimarranno nella disponibilità delle Regioni stesse.

Successivamente, la Regione allocherà le risorse finanziarie alle ULSS su base pro capite corretta e per macro-funzioni assistenziali (assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva). Alle Aziende Ospedaliere è invece assegnata una funzione di produzione di servizi (in regime di ricovero o ambulatoriali), per cui il meccanismo fondamentale di allocazione delle risorse è collegato alle prestazioni erogate valorizzate attraverso tariffe regionali, specifiche per caso trattato<sup>29</sup>.

Un altro documento che è importante introdurre a questo punto, è il "Patto per la Salute", un'intesa fra Stato e Regioni, con valenza triennale, che impegna quest'ultime ad assicurare un equilibrio finanziario e programmatico nella gestione del Sistema e che monitora l'attendibilità della spesa sanitaria.<sup>30</sup>

Nello specifico, ai fini della successiva trattazione è utile ricordare il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni<sup>31</sup>, il quale si inseriva in un contesto generale economico, politico e sociale caratterizzato da un'estrema complessità dovuta alla recessione dalla quale l'Italia stava uscendo. Povertà, crescita delle disuguaglianze, piani di rifinanziamento a lungo termine, decreti "Salva-Italia", crisi del debito pubblico hanno portato alla creazione di un governo tecnico che adottò misure "impopolari" per uscire dalla recessione, come il taglio della spesa pubblica, la revisione della stessa per la Pubblica

---

<sup>28</sup> D. Lgs. n. 68/2011, "Disposizioni in materia di autonomia delle regioni a statuto ordinario e delle province autonome, nonché determinazione costi e fabbisogni standard nel settore sanitario" artt. da 25 a 30.

<sup>29</sup> DGRV n. 333/2019

<sup>30</sup> Fuolega, 2012, *Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale*, a cura della Segreteria regionale per la Sanità – Direzione controlli e governo SSR.

<sup>31</sup> Intesa Stato-Regioni sul Patto per la Salute 2014-2016, 2014.

Amministrazione (cd. “programma di Spending Review”) e l’aumento della tassazione complessiva sui cittadini.

Da quel momento in poi si assistette ad una revisione degli assetti organizzativi dei Servizi Sanitari Regionali, individuando le dimensioni ottimali delle Aziende in un’ottica di complessiva razionalizzazione dei costi, anche in funzione del grado di centralizzazione delle attività dell’amministrazione generale.

### **1.2.2 Il D.M. 70/2015 e il riassetto strutturale della rete assistenziale**

Con il Decreto Ministeriale n. 70/2015, complesso documento tecnico di programmazione sanitaria, si avvia la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, che rappresenta, ormai da diversi anni, una fondamentale linea programmatica del SSN, a cui le Regioni e le strutture sanitarie dovettero adeguarsi entro il successivo anno 2016.<sup>32</sup>

In altri termini, il D.M. n. 70/2015 ha ridisegnato e riorganizzato l’intera rete ospedaliera italiana, per rispondere in maniera più idonea alle nuove esigenze epidemiologiche, sociali e demografiche, riducendo significativamente i costi, il tasso di occupazione dei posti letto, la degenza media, pur assicurando i LEA.

Il cambiamento strutturale e organizzativo basato sull’integrazione della rete ospedaliera con quella dei servizi territoriali, comporta una redistribuzione delle risorse che riequilibra i ruoli e garantisce un’adeguata attenzione alle cure graduate per livelli di qualità e assistenza.<sup>33</sup>

Le strutture ospedaliere sono state distinte in tre livelli dimensionali, in funzione del bacino di utenza, per evitare duplicazioni dispendiose di risorse, e allo stesso tempo attivare in zone particolarmente bisognose strutture e/o servizi di base.<sup>34</sup>

- ospedali di base con un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- ospedali di I livello con un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti;
- ospedali di II livello con un bacino di utenza compreso tra 3.000.000 e 1.200.000 abitanti.

Il SSR del Veneto presenta una rete ospedaliera-territoriale particolare, che dal 2015 ha subito delle ulteriori modifiche a seguito del sopracitato D.M. n. 70/2015, in coerenza con i nuovi modelli organizzativi e i cambiamenti socio-epidemiologici.

---

<sup>32</sup> D.M. n. 70/2015, “Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

<sup>33</sup> Allegato I, punto 1 del D.M. n. 70/2015.

<sup>34</sup> Allegato I, punto 2 del D.M. n. 70/2015.



In particolare la Regione ha ridisegnato le schede di dotazione territoriale dettagliate per singola Azienda ULSS, riprogrammando i Distretti socio-sanitari e le aggregazioni delle funzioni territoriali regionali e Aziendali, e ridefinendo i posti letto delle strutture di ricovero.

Successivamente, con DGR n. 1527/2015, la Regione Veneto ha organizzato i propri tre livelli della rete ospedaliera rispondendo con il **modello "Hub & Spoke"**, che garantisce l'autosufficienza della rete.<sup>35</sup>

Per comprendere le caratteristiche del modello, si deve partire dal presupposto che determinate patologie richiedono cure, prestazioni e risorse molto rilevanti in termini di costo e di competenza e non possono perciò essere offerti in ogni singola struttura operativa del territorio. In base al decreto i servizi ad alta specializzazione vengono concentrati in centri regionali di eccellenza chiamati "Hub", dove giungeranno i pazienti bisognosi dai servizi ospedalieri periferici denominati "Spoke".

Le strutture ospedaliere venete, in attuazione del D.M. n. 70/2015, si distinguono in<sup>36</sup>:

- Ospedali Hub a valenza provinciale e regionale, per le specialità attribuite dalla pianificazione a livello nazionale;
- IRCSS (Centro di supporto e coordinamento della rete oncologica) a livello regionale;
- Ospedali di rete periferici Spoke;
- Ospedali nodo di rete e strutture integrative della rete (private accreditate) – Nodi di rete.

### **1.2.3. L'istituzione di Azienda Zero e la riforma dell'assetto organizzativo aziendale**

La Regione Veneto rispose al processo di rinnovamento dei SSR richiesto, non solo puntando sull'efficienza gestionale e sulla governance regionale come sopra citato, ma anche attraverso un'aggiunta riorganizzazione territoriale.

In questo ulteriore processo di transizione, assume rilevanza la Legge Regionale n. 19/2016, con la quale non solo viene istituito un nuovo ente di governance della sanità veneta, ma si dispone una riorganizzazione dei contesti territoriali delle Aziende Sanitarie portando ad un accorpamento delle allora ventuno ULSS regionali.

Al Titolo I e II viene delineata l'istituzione di un nuovo ente del SSR, un'"Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero".<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> DGR n. 1527/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in attuazione al D.M. n. 70/2015.

<sup>36</sup> Allegato A, DGR n. 1527/2015

<sup>37</sup> L.R. n. 19/2016, Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.

**Azienda Zero** può essere considerata un'azienda sanitaria, ma non erogatrice di servizi sanitari in senso stretto. La volontà del governo regionale era quella di *“unificare e centralizzare in capo ad un solo soggetto le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di supporto al coordinamento e alla governance del SSR, riconducendo ad esso le attività di gestione tecnico-amministrativa.”*<sup>38</sup>

Come si evince dall'articolo 1 del riferimento normativo, è stata istituita al fine della *“razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale [...]. Persegue lo sviluppo del servizio sanitario regionale fondato su modalità partecipative basate su percorsi improntati alla massima trasparenza, alla condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse al fine di continuare a garantire l'equità di accesso ai servizi, nella salvaguardia delle specificità territoriali.”*<sup>39</sup>

A seguire, l'articolo 2 della suddetta legge definisce anche tutta una serie di funzioni proprie della nuova Azienda, certamente di natura non sanitaria, ma tecnico-amministrativa di importanza regionale: “

*a) le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;*

*b) la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 confluiti negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità; c) la tenuta delle scritture della GSA di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;*

*d) la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;*

*e) la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del servizio sanitario regionale e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;*

*f) gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale;*

*g) la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:*

- 1. gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l'Investimento in*

---

<sup>38</sup> Fuolega, 2012, Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale, a cura della Segreteria regionale per la Sanità – Direzione controlli e governo SSR.

<sup>39</sup> L.R. n. 19/2016, Titolo I, articolo 1.

*Tecnologia ed Edilizia (CRITE), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale;*

- 2. le procedure di selezione del personale del comparto sanità, secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;*
- 3. il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;*
- 4. le procedure di accreditamento ECM;*
- 5. il supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;*
- 6. le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;*
- 7. l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;*
- 8. la gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;*
- 9. la progressiva razionalizzazione del sistema logistico;*
- 10. i servizi tecnici per la valutazione della HTA;*
- 11. l'attivazione entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta; entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda Zero sentita la commissione consiliare competente, approva i decreti attuativi del fascicolo sanitario elettronico con particolare riferimento alla realizzazione di un'unica rete regionale per interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari; gli enti privati convenzionati del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico anche ai fini dell'accreditamento.*

*h) l'indirizzo e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio- sanitaria, presso le Aziende ULSS.*

”40

Com'è stato possibile leggere, l'elenco comprende moltissime attività e responsabilità per Azienda Zero, ma per agevolare la comprensione, potremmo riepilgarle in tre macro categorie:

- **Funzioni contabili:** oltre ad avere un proprio bilancio aziendale, l'ente deve comunque rispettare la disciplina in materia contabile a cui sono soggette le altre Aziende Sanitarie, gestendo la totalità dei flussi finanziari del SSR distribuendoli alle Aziende ULSS;
- **Funzioni proprie:** queste funzioni, che in precedenza erano attribuite alla Gestione Sanitaria Accentrata, dal 2017 vengono gestite direttamente e unicamente da Azienda

---

<sup>40</sup> L.R. n. 19/2016, Titolo I, articolo 2, comma 1.

Zero. Inoltre le spettano anche le operazioni di consolidamento previste dal D. Lgs. n. 118/2011;

- **Attività tecnico-specialistiche:** Azienda Zero è un'azienda erogatrice dei servizi alle Aziende ULSS, che sono riportati nella lettera (g) dell'articolo 2, riferite ad esempio alle attività di supporto tecnico, amministrativo e assicurativo, autorizzazioni all'esercizio per le aziende sanitarie, gestione dei contenziosi, all'attivazione e gestione di un Fascicolo sanitario elettronico che consentirà di collegare tutte le strutture sanitarie regionali, etc. Viene prevista altresì, la possibilità di individuarne di ulteriori.

Si può dunque affermare che Azienda Zero non è solo una erogatrice di servizi, ma ha anche funzioni di governance, tanto da poterla definire come una "holding". Le spetta ad esempio la gestione dell'infrastruttura dei sistemi informativi per l'omogeneizzazione e gestione dei flussi di dati, ma non solo, anche tutta l'attività di istruttoria e di monitoraggio del sistema degli obiettivi. Tutte queste attività non saranno più di competenza diretta dell'Area Sanità e Sociale, ma giungeranno ad Azienda Zero, che raccoglierà ed elaborerà tutte le informazioni per consentire poi all'Area SS di governare l'intero sistema più efficacemente.

L'erogazione di servizi di natura tecnico-amministrativa alle altre Aziende Sanitarie, ha portato inevitabilmente ad una modifica organizzativa dei rapporti tra Azienda Zero e le altre aziende sanitarie.

La grande criticità del sistema di GSA era basata sulla sovrapposizione di due sistemi contabili differenti: quello di contabilità pubblica finanziaria e quella civilistica/privatistica di natura economico-patrimoniale. La Regione Veneto, alla stregua delle previsioni del D. Lgs. n. 118/2011, punta a risolvere questa criticità definendo una chiara distinzione di utilizzo della contabilità: fino al livello regionale si utilizza quella finanziaria, dal livello sottostante di Azienda Zero si registra secondo lo schema di contabilità economico-patrimoniale.

Ad ogni modo, è importante precisare che Azienda Zero possiede due gestioni separate, una relativa alla contabilità dei trasferimenti/movimenti verso le Aziende ULSS, e un'altra relativa alla propria contabilità e gestione aziendale.

Al Titolo III della L.R. n. 19/2016, vengono definiti gli articoli di "Costituzione e organizzazione delle Aziende ULSS", in ragione della modifica profonda dell'assetto delle vecchie Aziende ULSS: da ventuno passano ora a nove, tramite un processo di **accorpamento** che porta ad ampliare i confini di competenza aziendali ad un'area paragonabile a quella provinciale (nella maggior parte dei casi), sorpassando la vecchia logica Azienda-Territorio-Distretto.

Con l'articolo 14 della suddetta legge, vengono elencati i principi fondamentali dei differenti accorpamenti aziendali: "

*a) garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, erogando le prestazioni in modo appropriato ed uniforme;*

- b) individuare le dimensioni ottimali delle Aziende ULSS al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi;*
- c) sviluppare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi, nonché la partecipazione dei cittadini;*
- d) garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale;*
- e) garantire la coerenza del rapporto tra volumi di prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione;*
- f) garantire il riconoscimento delle prerogative degli enti locali in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria;*
- g) tenere conto della presenza nei territori delle due Aziende ospedaliere di Padova e Verona, dello IOV e dell'Azienda Zero.*

” 41

L'intento del legislatore regionale è quello di riuscire a sfruttare maggiormente le economie di scala derivanti dalla configurazione di più ampi ma inferiori bacini di utenza, sempre nel rispetto dei principi cardine di equità, universalità, qualità assistenza e ottimizzazione dei costi.

L'organizzazione risultante vede allora la costituzione di nove nuove Aziende ULSS, composte in questo modo<sup>42</sup>:

1. Nuova “**Azienda ULSS n. 1 Dolomiti**” derivante dalla fusione di Azienda ULSS n. 1 Belluno e Azienda ULSS n. 2 Feltre (la circoscrizione coincide con il territorio della Provincia di Belluno);
2. Nuova “**Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana**” derivante dalla fusione di Azienda ULSS n. 9 di Treviso, n. 7 di Pieve di Soligo e n. 8 di Asolo (la circoscrizione insiste sul territorio della Provincia di Treviso);
3. Nuova “**Azienda ULSS n. 3 Serenissima**” derivante dalla fusione di Azienda ULSS n. 12 Veneziana, n. 13 di Mirano e n. 14 di Chioggia (la circoscrizione insiste sulla parte sud della provincia di Venezia);
4. Nuova “**Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale**”, unica Azienda che non ha preso parte ad accorpamenti. L'Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale ha modificato semplicemente la propria denominazione, in quanto gestisce un'area geograficamente e operativamente vasta (quasi tutto il litorale del Veneto, il più esteso a livello europeo). È stata pertanto riconosciuta la sua specificità;
5. Nuova “**Azienda ULSS n. 5 Polesana**” nata dall'accorpamento dell'Azienda ULSS n. 19 di Adria all'Azienda ULSS n. 18 di Rovigo (la circoscrizione corrisponde al territorio della Provincia di Rovigo);

---

<sup>41</sup> L.R. n. 19/2016, Titolo III, articolo 14, comma 1.

<sup>42</sup> L.R. n. 19/2016, Titolo III, articolo 14, comma 4.

6. Nuova “**Azienda ULSS n. 6 Euganea**” derivante dalla fusione di Azienda ULSS n. 16 Padova, n. 15 Alta Padovana e n. 17 Este (l'estensione territoriale corrisponde alla Provincia di Padova);
7. Nuova “**Azienda ULSS n. 7 Pedemontana**” derivante dall'incorporazione dell'Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino da parte dell'Azienda ULSS n. 3 Bassano del Grappa (la circoscrizione si sovrappone a parte del territorio della provincia vicentina);
8. La seconda e preponderante parte del vicentino diventa circoscrizione della nuova “**Azienda ULSS n. 8 Berica**”, creata dall'accorpamento della Azienda ULSS n. 6 Vicenza con l'Azienda ULSS n. 5 Ovest Vicentino;
9. Nuova “**Azienda ULSS n. 9 Scaligera**” derivante dalla fusione di Azienda ULSS n. 20 Verona, n. 21 Legnago e n. 22 Bussolengo (l'estensione insiste sul territorio della Provincia di Verona).

Tenendo quindi presente l'istituzione del nuovo ente di governance del SSR del Veneto, le nuove aziende accorpate dovranno inviare i propri flussi informativi al sistema di Azienda Zero e, corrispondentemente, usufruiranno dei servizi tecnico-amministrativi messi a disposizione da quest'ultima, in un'ottica di efficientamento e modernizzazione.

Parlando di gestione e management in sanità occorre tener presente anche che dall'accorpamento e dal conseguente riassetto amministrativo-gestionale, nascono alcuni elementi di complessità derivanti dal fenomeno della sovrapposizione tra le aree di responsabilità e le singole competenze nell'intero sistema di governance sanitaria regionale. Le sovrapposizioni riguardano in particolare la distinzione tra il ruolo tecnico-amministrativo degli operatori e il ruolo politico, creando delle zone “grigie” nelle quali risulta difficile capire le competenze.

Con la DGRV n. 2296/2016 e con l'istituzione della neo-azienda Azienda Zero, troviamo una possibile soluzione alla gestione di questa criticità: in capo alla parte politica spettano le scelte di programmazione degli obiettivi di lungo termine e di valutazione della performance di alto livello, parallelamente al livello intermedio spetta l'implementazione di tutte quelle attività di programmazione di breve periodo. Azienda Zero dovrebbe quindi agire come **ente di livello intermedio**, che essendo più vicino ai bisogni dell'utenza, è in grado di assorbirli, interpretarli, rielaborarli e metterli a disposizione del livello superiore politico per la programmazione futura. A questo scopo gli attori della governance hanno delineato alcuni principi chiave per specificare ruoli, responsabilità e attività per livelli di sistema.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> DGRV n. 2296/2016, Linee guida per la riorganizzazione dei processi e servizi tecnico - amministrativi secondo quanto previsto con LR 19/2016.

Inoltre viene riconfermato il ruolo di Azienda Zero di coordinatore e gestore dei processi tecnico-amministrativi da parte della Regione, in riferimento al D. Lgs. n. 118/2011, svolgendo anche una quota parte delle attività tecnico-amministrative di tutte le Aziende Sanitarie.

Visti gli obiettivi della riorganizzazione, come sopra descritti ed il ruolo di Azienda Zero, le è stato assegnato lo sviluppo del progetto operativo di **reingegnerizzazione dei processi tecnico - amministrativi**, governato dall'Area Sanità e Sociale e da un Comitato dei Direttori Generali. Il progetto rappresenta anche un'evidente occasione di ricerca nei campi organizzativi, manageriali, finanziari e contabili, applicati alla Sanità con un livello di innovazione unico in Italia. Dovrà pertanto essere supportato da un piano formativo di "Change management" e affiancato dai migliori professionisti del territorio, sui temi gestionali organizzativi e di ricerca, offrendo un sostegno metodologico necessario in questo momento di transizione e di innovazione.

Risulta fondamentale portare alla luce la collaborazione strutturata dell'Università Ca' Foscari di Venezia che permette uno scambio di professionalità e di competenze in materia sanitaria e amministrativa pubblica con la Regione, a supporto delle attività di governance da progettare.<sup>44</sup>

Un'importante punto da considerare ai fini della reingegnerizzazione dei processi tecnico-amministrativi, è l'implementazione di sistemi informativi che consentano di produrre informazioni utili al livello "politico" per prendere decisioni strategiche per il miglioramento del servizio sanitario regionale.

Alla vigilia della riforma del 2016, le Aziende Sanitarie autonome e indipendenti tra loro, presentavano un proprio sistema informativo amministrativo-contabile e un proprio ciclo di programmazione, il quale poi si collegava al livello regionale attraverso lo scambio di numerosi flussi informativi. Questi dati, predisposti in linguaggi diversi, spesso si sovrapponevano e necessitavano di trasformazioni per il loro confronto e/o consolidamento. La differenziazione di sistemi nasceva appunto dal fatto che le aziende adottavano sistemi informativi differenti, "customizzati" in relazione alle proprie necessità. Da ciò sorgeva la necessità di definire degli indirizzi chiari e precisi, a garanzia di una maggior omogeneità ed efficienza gestionale.

Azienda Zero, quale promotore del processo di omogeneizzazione del sistema di ICT e gestione del flusso informativo di dati, favorì il potenziamento e il miglioramento del Sistema Informativo socio-sanitario e del Fascicolo Sanitario Elettronico II (FSER). Quest'ultimo, implementato qualche anno prima nella prima versione (DGR n. 1671/2012), viene inteso come insieme di dati e documenti digitali, riguardanti la salute dei cittadini, derivanti da eventi sanitari o socio-sanitari quali ad esempio certificato vaccinale, risultati di esami e ricette

---

<sup>44</sup> DGRV n. 2296/2016.

farmaceutiche e specialistiche. È un istituto attivato da Azienda Zero, in collaborazione con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e l'Istituto Oncologico del Veneto.

Sempre in quell'anno, veniva richiamata espressamente anche dal documento del "Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" la necessità di sviluppare nuovi modelli organizzativi sia sul piano assistenziale che di governo, in grado di creare sinergie tra le diverse ULSS focalizzando l'attenzione sui processi e sulla loro trasversalità.<sup>45</sup>

È chiaro quindi che i crescenti e sempre più importanti obiettivi in ambito ICT, derivanti sia dagli atti e dalle azioni regionali che dalle norme nazionali, necessitano di essere affrontati con un raggio d'azione che non si circoscriva più soltanto a quello di ogni singola Azienda Sanitaria.

Con la DGR n. 1785/2016 la Regione definisce le linee di intervento volte a garantire l'elevato livello di coinvolgimento di tutte le Aziende Sanitarie e attuare in modo sistematico gli adeguamenti richiesti dalla continua innovazione tecnologica.

Infatti, risultava ancora una evidente frammentazione dei software aziendali, pertanto appariva necessario attuare interventi strutturali uniformatori garantendo idonei livelli di protezione dei dati, di sicurezza, resilienza dei sistemi.<sup>46</sup>

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, si ritiene che il FSEr possa costituire elemento di armonizzazione dei sistemi informativi aziendali e, in tal senso, risulta rilevante potenziare l'attuale rete di connessione tra le strutture sanitarie. Non solo, in vista della prossima riforma del SSR, si è reso necessario avviare uno specifico percorso di programmazione ed investimento anche sulle procedure amministrative, oltre che alla rivisitazione generale del contesto tecnologico.

Conseguentemente, con la DGRV n. 2296/2016 "Linee guida per la riorganizzazione dei processi e servizi tecnico - amministrativi secondo quanto previsto con LR 19/2016", si avviano così attività di analisi e progettazione delle procedure tecnologiche - amministrative.

È un processo di reingegnerizzazione estremamente complesso poiché viene influenzato da diversi aspetti quali ad esempio la dimensione dei processi, le ore lavorate dal personale tecnico-amministrativo-professionale, la numerosità delle attività e il valore degli output prodotti.

---

<sup>45</sup> L.R. n. 23/2012, Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.

<sup>46</sup> DGRV n. 1785/2016, Potenziamento e razionalizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario. Linee di intervento e progetto Fascicolo Sanitario Elettronico regionale fase II.



I risultati attesi da questo processo riguarderanno la semplificazione e standardizzazione delle procedure, l'attivazione di economie di specializzazione, la riduzione dei costi medi unitari, la riduzione di frammentazioni e duplicazioni, l'aumento della trasparenza nei confronti del cittadino, nonché il miglioramento della qualità dei servizi.

#### **1.2.4. Il Sistema di contabilità regionale**

Analizzando ora in ambito regionale il lato amministrativo-contabile, è importante fare riferimento alle L.R. 55 e 56/1994 che, come già evidenziato in precedenza, avviarono il percorso di riordino del SSR del Veneto con l'omogeneizzazione dei sistemi di contabilità analitica per arrivare ad avere una gestione di tipo economico-finanziario e patrimoniale delle Aziende ULSS, in esecuzione delle Leggi nazionali in materia già analizzate.

Ovviamente, in aggiunta a queste due Leggi Regionali cardine, sono numerosissimi gli ulteriori atti e disposizioni emanate dalla Regione con lo scopo di fornire linee guida uniformanti per la gestione delle aziende sanitarie, in particolare con l'adozione di Circolari o Delibere di Giunta Regionale (DGRV), che rendono possibile un adeguamento rapido delle disposizioni.

Ma è con la L.R. 23/2012 di recepimento delle indicazioni contenute nel PSSR 2012-2016, che si evince come l'implementazione di uno strumento regionale di raccolta e analisi dei dati di costo rappresenti un elemento indispensabile di supporto alla programmazione e monitoraggio del SSR nel suo complesso.

Successivamente con le DGRV n. 1529 e n. 2270/2013 viene avviato finalmente un **percorso di omogeneizzazione** dei principi e criteri di contabilità analitica aziendali e di sviluppo di un sistema di contabilità analitica regionale.<sup>47</sup>

Il sistema regionale di misurazione dei costi rappresenta uno strumento fondamentale per il management regionale, perché è in grado di fornire gli elementi utili a monitorare la gestione sia a livello aziendale che di sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Il processo di monitoraggio attivato dalla Regione, che si basa sulla definizione ed assegnazione di alcuni set di obiettivi a ciascuna Azienda ULSS (sia quantitativo-monetari che qualitativi, di efficienza così come di efficacia ed appropriatezza), ha una duplice finalità:

- elevare il livello di efficienza del SSR in ottica di contenimento della spesa sanitaria;
- far convergere tutte le aziende sanitarie della rete regionale verso i modelli organizzativi che rappresentano le "best practices regionali".<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Rif. DGR n. 2270/2013, Approvazione del documento di progetto di avvio del percorso per l'omogeneizzazione dei sistemi di contabilità analitica aziendali e di sviluppo di un sistema di contabilità analitica regionale ex DGR n. 1529 del 28 agosto 2013.

<sup>48</sup> DGRV n.2270/2013, Allegato A.

La strutturazione di un sistema di contabilità analitica regionale (ma anche aziendale) consente di fornire informazioni relative a specifici oggetti (ad esempio una struttura ospedaliera oppure un'attività clinica) al fine di:

- supportare e alimentare l'intero processo di programmazione e controllo;
- effettuare analisi lungo tutta la catena del valore determinando i costi delle attività a valore aggiunto e a non valore aggiunto, supportando così i calcoli di convenienza economica.

Questo strumento complesso e indispensabile, per poter funzionare e restituire dati capillari e affidabili, richiede di intervenire continuamente nelle metodiche di armonizzazione, integrazione, allocazione, rilevazione dei dati di costo.

Considerato l'oggetto della presente tesi, è opportuno precisare che ulteriori definizioni e ragionamenti di contabilità analitica verranno affrontati nel Capitolo 2.

Alla luce delle funzionalità appena richiamate, l'implementazione di un sistema regionale di analisi dei costi consente alla Regione di potenziare efficacemente e significativamente gli strumenti componenti il "cruscotto di governo" enunciato nel PSSR 2012-2016, monitorando l'attività e la spesa delle singole Aziende per garantire quindi il controllo della spesa sanitaria regionale.

Il sistema di contabilità analitica regionale si rivela uno strumento utile anche per svolgere attività di benchmarking, necessarie per l'allineamento continuo delle performance delle singole Aziende, con quelle dei "best performer" e per l'individuazione di costi standard fondamentali nella definizione del sistema di finanziamento.<sup>49</sup>

Senza la creazione di una base di dati fondata su regole condivise e uniformi e alimentata periodicamente dai flussi informativi di contabilità delle singole Aziende, la Regione non sarebbe in grado di raggiungere questi sopracitati e ulteriori risultati.

Appare ragionevole che, date le funzioni di intermediazione Regione-Aziende ULSS, l'implementazione dell'uniformità del sistema venga assegnata ad Azienda Zero, che fin da subito, dal 2017, ha avviato studi e progetti per individuare degli innovativi modelli tecnico-amministrativi di riferimento.<sup>50</sup>

Questi progetti, denominati "cantieri", sono supportati a livello metodologico e di project management dall'Università Ca' Foscari di Venezia. Tra le diverse priorità regionali, si citano quelle che assumono particolare importanza in questa sede: il Cantiere 3 "Mappa delle strutture organizzative per la rilevazione di costi e attività con l'obiettivo di individuare e sviluppare un sistema efficiente di gestione dei sistemi di reporting sulla contabilità analitica

---

<sup>49</sup> DGRV n.2270/2013, Allegato A.

<sup>50</sup> Relazione sulla gestione 2017 – Azienda Zero, Allegato F.

in merito allo sviluppo delle anagrafiche, dei centri di responsabilità e delle unità organizzative” e il Cantiere 4 “Reporting direzionale e gestionale con l’obiettivo di individuare e sviluppare un sistema efficiente di gestione dei sistemi di reporting sulla contabilità analitica in merito all’area personale, consumi e attività”.

Ad ogni modo, data la rinomata intraprendenza e volontà di migliorarsi e rimanere al passo con i tempi della Regione Veneto, alla contabilità analitica e al controllo di gestione è stata riconosciuta, nel corso degli ultimi anni, una certa importanza e considerazione in merito al monitoraggio della performance, tanto da considerarsi delle priorità d’intervento regionali da qui in avanti. Il processo di omogeneizzazione contabile è in continuo perfezionamento e questo comporterà un importante investimento in termini di tempo e di risorse in questo ambito.

#### **1.2.5. Ultime direttive per la gestione dell’Emergenza Sanitaria da Covid-19**

A seguito dell’Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2019, è stato discusso e approvato il nuovo Patto per la Salute 2019-2021, con il quale sono state introdotte numerose misure d’azione per la sanità pubblica, trattate in diciassette schede.<sup>51</sup>

Questo Patto rientra in un contesto economico-sociale-culturale particolare caratterizzato dall’Emergenza Sanitaria da Covid-19 che tutt’ora è ancora in atto.

Sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020 è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al “rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018, è stato formulato in continuità con la programmazione sanitaria definita a livello nazionale.<sup>52</sup>

Le linee di intervento tracciate sono influenzate da numerosi aspetti, tra i quali l’aumento della spesa pubblica, con conseguente ridimensionamento del FSN ripartito fra le Regioni; la natura e standardizzazione delle prestazioni assistenziali erogate; la ripetuta richiesta da parte del SSN di migliorare la qualità e l’efficienza nella gestione dei servizi, nel rispetto della razionalizzazione e del contenimento dei costi; l’autonomia regionale in materia di salute che ha consentito di mitigare la riduzione di finanziamento regionale, avendo a disposizione più risorse economiche spendibili; il progressivo invecchiamento della popolazione (nazionale e della nostra regione) e il conseguente aumento delle patologie croniche degenerative e dei

---

<sup>51</sup> Intesa Stato-Regioni, 2019, concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021.

<sup>52</sup> L.R. n. 48/2018 “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”.

bisogni assistenziali; il problema del ricambio generazionale e la carenza di personale medico e sanitario generale in grado di subentrare in attività.

Con il nuovo PSSR 2019-2023, il Veneto intende affrontare queste ed altre problematiche con numerose iniziative, incentivi o soluzioni organizzative-operative.

Come già ripetuto precedentemente, la Regione Veneto orienta la sua visione strategica al perseguimento continuo delle “best performance” sanitarie e alla soddisfazione del cittadino. Ad esempio, in merito all’aggiornamento annuale dei LEA (come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017) e alla relativa appropriatezza e standardizzazione delle prestazioni, si è posta la necessità di aggiornare le prestazioni condizionate dal contesto ambientale e storico e dal progresso scientifico e tecnologico che porta a rivedere l’offerta di assistenza essenziale. Infatti, nel paniere dei LEA sono entrate nuove prestazioni riguardanti il piano delle vaccinazioni, screening neonatali, procreazione medicalmente assistita, prestazioni di genetica, radioterapia stereotassica e ulteriori centodieci malattie rare.

La farmaceutica assume una maggior importanza all’interno del nuovo PSSR, comprendente non solo farmaci, ma anche le tecnologie applicate alla medicina (tra cui dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici), che sono strumenti indispensabili per un livello di efficienza ed efficacia ottimali.

Altro aspetto importante per la Regione Veneto è la gestione dell’assistenza territoriale: viene data perciò molta importanza alle organizzazioni distrettuali e alla medicina generale territoriale, adibiti all’analisi e alla misurazione dei bisogni sanitari di cura territoriale.

In una prospettiva di invecchiamento della popolazione e dell’insorgenza di pluri-patologie croniche degenerative, la strategia regionale punta ad incrementare il sistema della domiciliarità per aumentare la qualità e lo standard della vita ai cittadini veneti.

Le linee programmatiche di intervento prioritario sono caratterizzate da un rafforzamento dei processi di continuità ospedale-territorio, garantendo dimissioni ospedaliere appropriate e un maggior supporto alle famiglie e un aumento dell’importanza del ruolo dell’ospedale.

La struttura della rete ospedaliera veneta garantisce una copertura assistenziale totale, differenziando l’offerta con il modello Hub & Spoke, in base alle specificità tecnologiche, strutturali e di competenza.

Il PSSR 2019-2021 si contestualizza nel corso dell’Emergenza Sanitaria attraverso diversi DGRV attuativi di indirizzi nazionali connesse a quest’ultima.

Ovviamente la situazione ha “amplificato” le problematiche riscontrate nel corso della predisposizione del Piano, mettendone in luce di ulteriori. Nonostante ciò, la Regione ha cercato di portare avanti quanto previsto dal PSSR 2019-2021, che non prevedeva di certo in sede di programmazione un simile scenario epidemiologico, e allo stesso tempo adottare misure urgenti per fronteggiare l’emergenza pandemica.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale (decreti legge, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze del Ministero della Salute, ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile) che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l'emergenza COVID-19.

Con DGRV n. 552/2020 "Approvazione del Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici con contestuale potenziamento della disponibilità posti letto e definizione di indirizzi organizzativi", viene adottato un **Piano di emergenza** con linee guida organizzative a garanzia della disponibilità dei posti letto dedicati alla patologia dell'epidemia e agli altri servizi sanitari essenziali.

A tal proposito, è utile richiamare la DGRV n. 614/2019, attuativa di quanto stabilito dal PSSR 2019-2023, (approvato con L.R. n. 48/2018), la quale aveva approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Sanitarie regionali, prevedendo una dotazione complessiva di posti letto, negli ospedali pubblici e privati accreditati, pari a n. 17.955.<sup>53</sup> Successivamente la DGR n. 552/2020 ha disposto un aumento della disponibilità di posti letto definiti per ognuna delle discipline interessate dalla malattia respiratoria causata dal nuovo Coronavirus (Terapia intensiva +50%, malattie infettive +100%, pneumologia + 100%).<sup>54</sup>

Con DGR n. 782 del 16 giugno 2020 in attuazione del D.L. n. 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", vengono programmate le azioni regionali attuative delle misure sanitarie connesse all'emergenza da Covid-19 previste dal cosiddetto "Decreto Rilancio".<sup>55</sup>

Durante la prima fase epidemiologica, a livello regionale, è stato approvato il "Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"<sup>56</sup>, con l'obiettivo primario ed urgente di bloccare la trasmissione del virus attraverso un'importante riorganizzazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende ULSS in linea con le indicazioni ministeriali.

---

<sup>53</sup> DGRV n. 614/2019, Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati.

<sup>54</sup> DGRV n. 552/2020 Approvazione "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" con contestuale potenziamento della disponibilità posti letto e definizione di indirizzi organizzativi.

<sup>55</sup> DGRV n. 782/2020, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" in attuazione del D.L. n. 34/2020.

<sup>56</sup> DGRV n. 344/2020, Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia Covid-19: interventi urgenti di sanità pubblica".

Di seguito, si elencano sinteticamente le misure adottate dal **Piano Epidemia Covid-19** e da s.m.i.:

1. Incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive;
2. Rimodulazione dell'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati all'esclusiva gestione di pazienti COVID-19;
3. Rinforzo del ruolo dell'assistenza domiciliare (nello specifico delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)) per i casi che non necessitano di ricovero, al fine di non aggravare le strutture di pronto soccorso nella gestione delle emergenze ed urgenze;
4. Riconoscimento agli enti del SSR della possibilità di erogare di servizi di assistenza sanitaria a distanza in modalità di telemedicina;
5. Implementazione di azioni sui sistemi informativi al fine di soddisfare tempestivamente i bisogni conoscitivi che permettano di governare l'epidemia;
6. Incremento dotazioni del personale sanitario;
7. Riorganizzazione del sistema di prescrizione e distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere.

La seconda fase, contraddistinta da un progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, è stata orientata alla progressiva normalizzazione degli interventi e coincide con la ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata, rafforzando al contempo le strutture sanitarie operanti sul territorio e l'assistenza domiciliare.

In tal senso, è stato emanato il D. L. n. 34/2020, cd. "Decreto Rilancio", che si pone in linea di continuità con quanto fino a quel momento disposto a livello nazionale e regionale.

Di seguito, si elencano sinteticamente le principali misure previste dal "Decreto Rilancio"<sup>57</sup>:

1. Ulteriori disposizioni e piani di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale e domiciliare per il monitoraggio e la sorveglianza della circolazione del virus;
2. Disposizioni di riordino della rete ospedaliera ampliando il numero di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, riqualificando i posti letto di area semi-intensiva al fine di supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione;

---

<sup>57</sup> D.L n. 34/2020, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

3. Disciplina sugli incarichi individuali a tempo determinato da conferire al personale delle professioni sanitarie e degli operatori socio-sanitari, in base a quanto stabilito dal D.L. n. 18/2020;
4. Misure urgenti riguardanti il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
5. Accelerazione nella trasmissione dei dati al Sistema Tessera Sanitaria, riguardanti l'avviso di decesso, alla denuncia della causa di morte, all'attestazione di nascita, alla dichiarazione di nascita da parte delle strutture sanitarie, dei medici o altri sanitari delegati.

In attuazione a questo Decreto Legge, la Regione Veneto ha predisposto e continua tutt'ora a predisporre innumerevoli delibere e piani attuativi al fine di adeguarsi alle linee guida nazionali in ambito sanitario.

Alla luce delle considerazioni sinora svolte, appaiono indiscutibili i connotati dell'azione di governo della Regione Veneto in ambito sanitario: responsabilizzazione, perseguimento di qualità ed efficienza operative e gestionali, qualità dell'assistenza, ottimo grado di accessibilità alle cure, regime di appropriatezza dei ricoveri e delle cure, trasparenza, assistenza territoriale, reingegnerizzazione gestionale, orientamento allo sviluppo e all'implementazione delle tecnologie dell'avanguardia.

### 1.3. Attuale modello di governance dell'ULSS4 "Veneto Orientale"

Con le complesse e molteplici fasi di riforma del SSN (regionalizzazione, aziendalizzazione, razionalizzazione) gli enti dell'articolazione territoriale sono stati completamente trasformati, assumendo sempre più le sembianze di aziende private e con una propria **autonomia imprenditoriale**, demandando al manager dell'Azienda Sanitaria l'assunzione delle scelte strategiche ritenute più idonee al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici del territorio di rappresentanza.

Oltre all'autonomia imprenditoriale, anche l'organizzazione aziendale, i principi, la contabilità e le attività di programmazione e di controllo hanno subito delle importanti modifiche con l'introduzione di logiche di management e degli strumenti tipici dell'economia aziendale improntati all'economicità, all'efficacia e all'efficienza, in una logica di integrazione e trasparenza.

L'applicazione di queste logiche ha reso indispensabile una forte implementazione delle **attività di pianificazione e programmazione**, ricorrendo anche ad un sistema di controllo della gestione dell'azienda sempre più connesso alle precedenti fasi, per il raggiungimento degli obiettivi predeterminati di economicità.

Questa importante innovazione non è stata facile e indolore, perché si è reso necessario intraprendere un nuovo e complicato percorso di cambiamento in particolare sotto il profilo di mentalità e di comportamento amministrativo. *"Si è dovuta infatti affrontare l'imprescindibile esigenza di mettere da parte le tradizionali logiche burocratiche, per iniziare ad operare in maniera più dinamica, in modo da rispondere adeguatamente alle nuove esigenze di gestione aziendale"*.<sup>58</sup>

Come già presentato nel precedente paragrafo, con la L.R. n. 19/2016 sono stati ridefiniti i nuovi ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie e per quanto riguarda l'Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale", a decorrere dal 1° gennaio 2017 ha visto modificata la propria denominazione in Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale" con l'annessione al proprio territorio del Comune di Cavallino-Treporti, in precedenza facente parte del territorio dell'ULSS 12 "Veneziana", ora diventata ULSS N. 2 "Serenissima".

È importante evidenziare che la nuova Azienda ULSS 4 non è stata accorpata con altre ULSS, come invece avvenuto con la quasi totalità delle altre aziende sanitarie venete, in quanto gli è stata riconosciuta e confermata la sua **specificità territoriale** avendo in gestione la quasi totale estensione del litorale regionale, il più lungo d'Europa, dove per quasi sei mesi all'anno si registra una altissima concentrazione turistica che comporta per l'Azienda ULSS 4 una diversa programmazione della propria attività rispetto alle altre aziende e un elevato impegno

---

<sup>58</sup> Astolfi, 2001.



aggiuntivo nell'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria durante la stagione estiva, con l'attivazione di apposite strutture (Punti di Primo Intervento) e specifici servizi.

### **1.3.1. Atto Aziendale 2020**

Il D. Lgs n. 502/1992 ha stabilito che le Aziende Sanitarie disciplinino la propria organizzazione e il proprio funzionamento con l'adozione di un Atto Aziendale di diritto privato.

L'Atto Aziendale è dunque lo *“strumento strategico di auto-governo per la completa definizione dell'assetto organizzativo aziendale e descrive il modello che l'Azienda intende realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dell'assistenza”*.<sup>59</sup>

Con l'innovazione del SSR del Veneto (istituzione di Azienda Zero e riduzione e accorpamento delle Aziende Sanitarie)<sup>60</sup>, si è reso necessario da parte della Regione fornire nuovi e aggiornati indirizzi per l'adeguamento dei modelli organizzativi aziendali che si sono concretizzati con l'emanazione della L.R. n. 19/2016 e con l'adozione della DGRV n. 1306/2017 con le quali è stato approvato il nuovo schema di Atto Aziendale al quale tutte le Aziende devono attenersi.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1051/2020, è stato approvato l'ultimo aggiornamento all'Atto Aziendale dell'ULSS 4, in attuazione delle linee guida regionali di cui alla DGRV n. 1306/2017 e nel rispetto della programmazione regionale definita dall'ultimo PSSR 2019-2023. Il suddetto aggiornamento è stato predisposto in un contesto di eccezionale emergenza sanitaria globale e, pertanto, dalla sua lettura, emerge che è stata data particolare importanza all'organizzazione e al funzionamento dell'Azienda in un'ottica di continuità e resilienza.

Il documento è formato da sette parti (“Capitoli”) con l'aggiunta di otto allegati, che delineano l'intero modello organizzativo-funzionale, disciplinando i livelli di competenza, le rispettive responsabilità, i criteri generali organizzativi e le attività in capo alle differenti aree organizzative.

Nei primi articoli viene descritta l'Azienda quale ente dotato di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con sede legale in San Donà di Piave (VE), piazza A. De Gasperi, n. 5. Il territorio dell'ULSS n. 4 è situato nella parte orientale della provincia di Venezia e confina con la provincia di Treviso e la Regione Friuli-Venezia Giulia. Dal 2018 ha una superficie di 1.107 Km<sup>2</sup>, una popolazione di 229.036 abitanti, distribuiti in 21 Comuni (Annone Veneto,

---

<sup>59</sup> Atto Aziendale Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 1.

<sup>60</sup> L.R. n. 19/2016.

Caorle, Cavallino-Treporti, Ceggia, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Eraclea, Fossalta di Piave, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave, Portogruaro, Pramaggiore, San Donà di Piave, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza, Teglio Veneto e Torre di Mosto). La densità abitativa per Km<sup>2</sup> è di circa 207 abitanti. Il logo dell’Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. 4, identico nella grafica per tutte le Aziende del Veneto, è stato ideato dalla Regione con la seguente rappresentazione:

Figura 1. Logo Azienda ULSS 4 Veneto Orientale



Fonte: Atto Aziendale Azienda ULSS 4 Veneto Orientale (2020).

Il sito internet istituzionale dell’Azienda è all’indirizzo web “[www.aulss4.veneto.it](http://www.aulss4.veneto.it)”. Ai sensi dell’art. 32 della Legge n. 69/2009 e s.m.i., l’albo on line costituisce la modalità di pubblicazione degli atti amministrativi dell’Azienda, sia a titolo informativo che di trasparenza amministrativa.

Agli artt. 4-6 dell’Atto vengono descritti la missione, i valori e la visione dell’Azienda, nonché la filosofia dell’assistenza e i principi assistenziali e l’Azienda ULSS 4, quale ente strumentale della Regione, si prefigge il compito di rispondere ai bisogni di salute individuale e collettivo, attuando un modello organizzativo e gestionale improntato sulla **centralità del cittadino-utente**, sull’unicità dell’Azienda, sul buon andamento della sua amministrazione, sulla dimensione multi-professionale dell’intervento, sull’umanizzazione dell’assistenza, attraverso un’**organizzazione capillare e continua di servizi** di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, al fine di garantire equità nel trattamento e nell’accesso alle cure, avvalendosi dell’evoluzione delle tecniche, delle conoscenze e competenze, della professionalità e anche della riprogettazione delle modalità di offerta e di percorsi assistenziali innovativi.

Gli obiettivi aziendali, esposti nell’articolo 7 (introdotti nello specifico nel documento di pianificazione strategica aziendale che verrà analizzato nel paragrafo seguente), tengono in considerazione la specificità territoriale gestita dall’Azienda ULSS 4, caratterizzata da una forte attrattività turistica nazionale e internazionale che necessita dell’attivazione di particolari servizi sanitarie dedicati ai turisti nel periodo di maggior afflusso e inoltre anche la necessità di garantire costantemente la qualità dei propri servizi ai cittadini residenti durante tutto l’anno.

Nel Capitolo III (articolo 10 e ss.) sono definiti gli organi dell’Azienda e i loro compiti istituzionali:

1. **Direttore Generale:** è il legale rappresentante dell’Azienda, con responsabilità sulla gestione complessiva e con i poteri che ne derivano, in vista del perseguimento degli obiettivi socio-sanitari posti dalla Regione. Il Direttore ha il ruolo di nominare l’intera leadership aziendale e ha le funzioni di programmazione e controllo spettanti alla Direzione Generale. Le sue decisioni sono formalizzate in documenti, denominati “Deliberazioni”<sup>61</sup>;
2. **Collegio Sindacale:** è l’organo che controlla la regolarità amministrativa, l’osservanza della legge, accertando la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio. Ha il potere di effettuare verifiche periodiche di cassa ed ispezioni e ha l’obbligo di trasmettere fondati sospetti di irregolarità (con cadenza almeno trimestrale) alla Regione. Trasmette anche una relazione semestrale sull’andamento dell’attività dell’azienda alla Conferenza dei Sindaci<sup>62</sup>;
3. **Collegio di Direzione:** è l’organo dell’azienda, nominato dal Direttore Generale (ogni tre anni), che concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività supportando la Direzione Generale, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate a migliorare l’efficienza, l’efficacia, l’appropriatezza, l’equità e la qualità delle prestazioni sanitarie, anche attraverso attività di ricerca e di formazione. È composto da<sup>63</sup>:
  - il Direttore Generale, con funzioni di Presidente;
  - il Direttore Sanitario;
  - il Direttore Amministrativo;
  - il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari;
  - il Direttore della Funzione Territoriale;
  - il Direttore della Funzione Ospedaliera;
  - i Direttori e i coordinatori di tutti i Dipartimenti;
  - il Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie;
  - il Direttore/responsabile del Servizio Farmaceutico;
  - due rappresentanti dei medici convenzionati con il SSN, membri dell’ufficio dell’UCAD, uno indicato congiuntamente dai componenti della parte medica convenzionati per la Medicina Generale e la Pediatri di Libera Scelta e l’altro per la Specialistica Ambulatoriale Interna.

Possono essere individuati come componenti del Collegio di Direzione anche i coordinatori dei dipartimenti funzionali così come possono anche essere invitati a

---

<sup>61</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 11.

<sup>62</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 12.

<sup>63</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 13.

partecipare altri professionisti dell'azienda, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare.

Nel Capitolo IV, gli articoli 14-18, riguardano la definizione della **Direzione Aziendale**, dei suoi componenti (definiti anche "Direttori di Area") e i relativi ambiti di applicazione.

I Direttori di Area sono il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore dei Servizi Socio Sanitari, che oltre ad avere specifiche funzioni e responsabilità con il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza, compongono la **Direzione Strategica** unitamente al Direttore Generale.

Il **Direttore Sanitario** dirige e coordina i responsabili delle strutture operative di Ospedale e Dipartimento di Prevenzione, verifica la qualità, l'appropriatezza delle prestazioni e delle cure primarie, nonché controlla la farmaceutica e la medicina specialistica. Per le ulteriori e specifiche funzioni si rimanda all'articolo 15 del suddetto documento aziendale.

Il Direttore Sanitario presiede un altro organismo formato da tutte le componenti mediche professionali dell'azienda, il Consiglio dei Sanitari, che prende decisioni in materia di rete di cura e assistenza, ricerca e formazione del personale medico.

Il **Direttore Amministrativo** dirige e coordina tutti i servizi amministrativi aziendali. Risponde al Direttore Generale del risultato della sua attività, della realizzazione di programmi, della gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnategli. Per le ulteriori e specifiche funzioni si rimanda all'articolo 16 del suddetto documento aziendale.

Il **Direttore dei Servizi Socio Sanitari** dirige e coordina i responsabili delle strutture del Territorio, con riferimento all'organizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, garantendo un'interazione fra l'Azienda e i Comuni in materia sociale. Sono di competenza del Direttore dei Servizi Socio Sanitari ad esempio la salute mentale e le dipendenze, l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, la vigilanza delle RSA e delle IPAB, nonché la non autosufficienza e domiciliarietà.

La distinzione fra la Direzione Strategica e la Direzione Operativa si basa sul **principio base di separazione** delle funzioni di<sup>64</sup>:

- Governo, indirizzo e controllo svolte dalla Direzione Strategica attraverso i processi di pianificazione e di programmazione operativa, di controllo, garanzia e miglioramento continuo della qualità, di budgeting, di controllo di gestione e di valutazione;
- Attuazione (produzione) e gestione svolte dalla Direzione Operativa composta da tutte le strutture operative.

---

<sup>64</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 19.

Questo principio richiede l'adozione di un **sistema di deleghe** conferito dalla Direzione Generale ai Direttori delle strutture operative e strutture complesse, per l'attribuzione delle funzioni di realizzazione degli obiettivi programmati attraverso l'adozione appositi atti denominati "provvedimenti", di responsabilizzazione sui risultati attesi nei limiti delle risorse di budget assegnate dalla Direzione Strategica.<sup>65</sup>

La gestione operativa spetta alle Strutture Operative aziendali, dotate di autonomia gestionale e articolate in Dipartimenti e in Unità operative Complesse e Semplici.<sup>66</sup>

L'insieme delle diverse Strutture Operative dell'Azienda è deputato alla produzione ed erogazione di tutte le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal SSR. Nonostante siano strutture dotate di autonomia, sono inserite in un **sistema di offerta strutturato e coordinato** che garantisce continuità della cura e assistenza, grazie alla logica di integrazione orizzontale tra Ospedale e Territorio e di integrazione verticale tra ospedali deputati ad erogare prestazioni a complessità diversificata.<sup>67</sup>

Le Strutture Operative (o Strutture Tecnico-Funzionali o Macro-Strutture) si distinguono in:

1. **Ospedale:** Struttura tecnico-funzionale autonoma, deputata alla cura dell'acuzie, del ricovero post-acuzie, delle attività di riabilitazione, delle attività specialistiche ambulatoriali di secondo livello, delle prestazioni diagnostico-terapeutiche di particolare complessità. L'Ospedale, anche se articolato in diverse sedi e dipartimenti, rappresenta una struttura unica, diretta dal Direttore della Funzione Ospedaliera che, operando in staff al Direttore Sanitario, coordina l'intera attività ospedaliera aziendale. L'organizzazione della struttura Ospedale è schematizzata nell'allegato A dell'Atto Aziendale.<sup>68</sup>
2. **Distretto Socio-Sanitario:** è l'articolazione deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio per dare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione<sup>69</sup>. È diretto da un unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che deve perseguire gli obiettivi di risultato e di attività negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione Aziendale.  
L'assetto organizzativo distrettuale, come definito dalla L.R. n. 19/2016, prevede il seguente set minimo di Unità Operative Complesse:

- Cure primarie;
- Cure palliative;

---

<sup>65</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 20.

<sup>66</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 32.

<sup>67</sup> Riferimento al modello "HUB & SPOKE" introdotto nel paragrafo 1.2.

<sup>68</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 39.

<sup>69</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 41.

- Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori;
- Attività specialistica;
- Disabilità e Non Autosufficienza.

Una particolare specifica deve essere fatta per il Dipartimento di Salute Mentale, che è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa dipendente dal Direttore dei Servizi Socio Sanitari con afferenza funzionale al Direttore Sanitario, e che si interfaccia con la struttura Distretto<sup>70</sup>.

Il Distretto Socio Sanitario è quindi il polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, che assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale (nell'accezione di primary care), più appropriata ai bisogni della popolazione;

3. **Dipartimento di Prevenzione:** è la struttura preposta alla tutela della salute e alla rimozione di cause di nocività e malattia mediante iniziative coordinate con il Distretto e i diversi dipartimenti. Formula proposte d'intervento nelle materie di competenza e svolge funzioni specifiche nell'attuazione di indirizzi nazionali, in rete con altre strutture e/o enti, anche nei casi di emergenze sanitarie territoriali.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nei seguenti servizi:

- Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio di igiene e sanità pubblica;
- Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- Servizio di medicina legale;
- Servizio Salute ed Ambiente;
- Servizio di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, programmi di screening e promozione della salute;
- Servizio di epidemiologia;
- Servizio Attività motoria<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 42.

<sup>71</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 40.

Queste tre Macro Strutture sono organizzate in **Dipartimenti** intesi come Centri di Responsabilità dell'azienda. Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse.<sup>72</sup>

I dipartimenti possono essere:

1. Strutturali, costituiti da strutture omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative;
2. Funzionali, costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multi-professionale e multidisciplinare ovvero la revisione o l'introduzione di processi tecnico-amministrativi;
3. Interaziendali, che possono configurarsi come strutturali o funzionali e vengono costituiti previa autorizzazione della Giunta Regionale;
4. Transmurali, che possono configurarsi come strutturali o funzionali e sono costituiti da unità operative complesse che appartengono a strutture tecnico funzionali diverse, con lo scopo di assicurare la migliore presa in carico del paziente nei casi di percorsi assistenziali ad elevata complessità.

Alla base dell'articolazione organizzativa aziendale troviamo le **Unità Operative Complesse o Semplici** (cd. "UOC" o "UOS"), alle quali vengono attribuiti specifici obiettivi, responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie, per lo svolgimento delle proprie attività istituzionali. Sono individuate sulla base dell'omogeneità delle prestazioni, dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste, che vengono attribuite sulla base del livello di responsabilità prevista dalla programmazione regionale.<sup>73</sup>

Le unità operative incaricate a supportare la Direzione Strategica nei processi di pianificazione, programmazione e controllo e quelle incaricate dell'acquisizione, organizzazione e gestione delle risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali, sono collocate in staff alla Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria o Socio Sanitaria, ovvero assegnate a specifici dipartimenti strutturali afferenti ad una delle direzioni predette.<sup>74</sup>

---

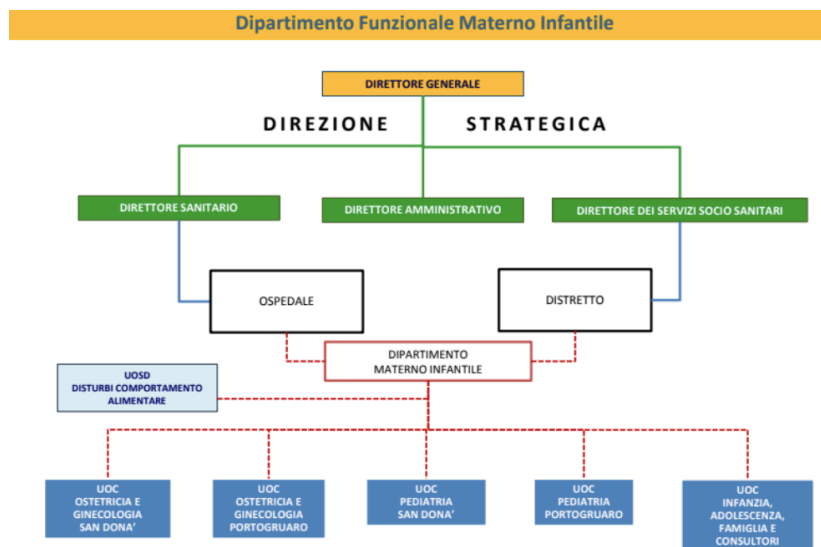
<sup>72</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 34.

<sup>73</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 35.

<sup>74</sup> Atto Aziendale ULSS 4 Veneto Orientale, 2020, art. 33.

Nella sottostante Figura (2) è riportato uno degli schemi organizzativi, inseriti nell'Allegato A dell'Atto Aziendale, dalla quale è possibile riepilogare i concetti sopraesposti.

Figura 2. Organigramma Dipartimento Materno Infantile



Fonte: Atto Aziendale ULSS 4, Allegato A (2020).

A titolo di esempio, è stato preso in considerazione il Dipartimento Funzionale Materno Infantile, il quale dipende dalle Macro Strutture di Ospedale e Distretto ed è organizzato in differenti Unità Operative Complesse e in una Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

Per quanto riguarda i processi gestionali di governance afferenti alla Direzione Strategica, l'ULSS n. 4 adotta il **sistema della programmazione e controllo** quale strumento ordinario di gestione e perseguimento degli obiettivi, articolato in quattro fasi fondamentali:

1. Programmazione;
2. Formulazione del budget;
3. Svolgimento e misurazione dell'attività;
4. Reporting e valutazione.

I responsabili delle strutture operative aziendali, dei dipartimenti e delle unità operative collaborano con la Direzione Strategica nella fase di programmazione sulla base dei diversi livelli di responsabilità.

La negoziazione del programma e del Budget relativo alle strutture operative e ai centri di responsabilità rappresenta il momento centrale e fondamentale nelle relazioni tra le funzioni di indirizzo e pianificazione (Direzione Strategica) e quelle di azione (Direzione Operativa).

Ma è con lo strumento della contabilità generale o economica-patrimoniale e della contabilità analitica che si realizza la fase della programmazione, rendendo possibile formulare le previsioni (con la metodica di budget) sui risultati da conseguire sulle attività da svolgere, sui



fattori produttivi da utilizzare o acquistare, sulle risorse finanziarie da impiegare e sugli investimenti da compiere, rendendo possibile misurare l'efficacia del processo produttivo/erogativo e il raggiungimento di quanto pianificato al vertice.

La struttura operativa, in staff alla Direzione Generale, che presidia l'intero sistema di programmazione e controllo, applicando la metodica di budget è la **UOC "Controllo di Gestione"**.<sup>75</sup>

### 1.3.2. Esigenze di pianificazione e controllo dell'Azienda ULSS 4

È con il D. Lgs. n. 299/1999 che l'Azienda assume autonomia imprenditoriale e personalità giuridica pubblica e questo ha permesso di gestire l'attività delineando un modello organizzativo di programmazione e controllo simile a quello del settore privato, formato da tre livelli caratterizzati da precise attività e adempimenti per il perseguimento del fine istituzionale:

1. **Pianificazione:** processo che delinea le decisioni strategiche, le azioni e gli strumenti necessari a conseguire gli obiettivi generali di lungo periodo. A questo livello troviamo il Piano Generale e il Bilancio Pluriennale di Previsione con le strategie di medio/lungo periodo, che contengono gli obiettivi prefissati, individuano le politiche più idonee alla loro realizzazione e stabiliscono le modalità di verifica dei risultati ottenuti;
2. **Programmazione:** Il contenuto dei piani pluriennali deve essere poi ricondotto a una coerente programmazione di breve periodo con programmi annuali che individuano gli obiettivi e le priorità strategiche da perseguire. A questo livello troviamo il bilancio di previsione annuale (cd. "BEP") e il budget di previsione annuale attraverso cui raggiungere gli obiettivi prefissati. Il budget definisce cosa dovrebbe accadere se si realizzassero tutte le condizioni ipotizzate (in termini standard) a livello operativo;
3. **Controllo:** per verificare il conseguimento degli obiettivi prefissati è necessario che gli stessi vengano disaggregati (in prestazioni attese) e riferiti a singole unità organizzative (cd. "Business Unit") o centri di responsabilità e che vengano definiti dei criteri di valutazione specifici. In questo modo si è in grado di consolidare i risultati ottenuti oppure impostare delle azioni correttive mirate.

Poiché il budget viene elaborato ad inizio dell'esercizio di riferimento, è possibile che nel corso dell'anno ci siano dei disallineamenti rispetto a quanto previsto e poiché il budget non può essere modificato durante l'esercizio per il venir meno della sua funzione di controllo ex-ante, diventa fondamentale lo strumento del "forecast". Il flusso di informazioni contenuto nel "forecast" è composto in parte da rilevazioni consuntive, quelle cioè realizzatesi fino alla data di redazione dello stesso, e in parte da

---

<sup>75</sup> Per definizione e approfondimento si rinvia al Capitolo 2 del suddetto elaborato.

rilevazioni previsionali traggurdate alla fine dell'esercizio. Ciò permette al management di riformulare talune previsioni rivelatasi errate.

A questo livello fanno riferimento documenti come il rapporto annuale di gestione, i budget (di controllo periodici - trimestrali), i report e infine il bilancio d'esercizio (consuntivo). Sono tappe intermedie che consentono di verificare la corretta allocazione delle risorse disponibili e di coordinare e controllare gli indirizzi stabiliti per le differenti "Business Unit", individuando attraverso un sistematico confronto tra gli obiettivi prefissati e i risultati conseguiti (attività di reporting) le cause da attribuire ad eventuali scostamenti e suggerire azioni correttive al raggiungimento di migliori risultati.

In riferimento agli standard della pianificazione previsionale, a consuntivo si misurerà la distanza (positiva o negativa) ai risultati previsti dal budget annuale di previsione, evidenziando miglioramenti o peggioramenti realizzati.

In questa fase assume centralità il ruolo del controllo di gestione e della contabilità analitica, che saranno affrontati con maggior precisione nel Capitolo 2 del presente elaborato.

Entriamo ora in dettaglio sui principali documenti di programmazione e monitoraggio sopra riportati.

L'Azienda imposta la propria linea strategica in conformità al PSSR e ai Piani di Zona (PAL) con l'adozione del Piano Generale dove vengono definite le finalità, gli indirizzi, gli obiettivi, le politiche di gestione e individuate le azioni programmatiche conseguenti e da attuare con l'adozione obbligatoria della **metodica di budget**.<sup>76</sup>

La metodica di budget è un processo di negoziazione con il quale la Direzione Generale formalizza l'assegnazione di risorse ed obiettivi a tutti i livelli organizzativi e, in particolare, a tutti i Centri di Responsabilità che si concretizza nel documento di Budget con il quale le parti si accordano e si impegnano a conseguire determinati risultati sulla base di determinate risorse.<sup>77</sup>

La metodica di budget si sviluppa con la seguente struttura che comprende:

- il Documento delle Direttive: che indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri da seguire per la formulazione del budget;<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> L.R. n. 55/1994, "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale di controllo delle ULSS e delle AO in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 così come modificato dal D. Lgs. n. 517/1993" art. 13.

<sup>77</sup> Per definizione e approfondimento si rinvia al Capitolo 2 del suddetto elaborato.

<sup>78</sup> L.R. n. 55/1994, art. 14.

- il Budget generale: programma globale, che definisce gli obiettivi aziendali nel breve periodo, espressi in termini di risultati da conseguire e di risorse disponibili, articolato in<sup>79</sup>:
  - Budget economico, che indica costi e ricavi;
  - Budget finanziario, che indica i flussi di entrata e di spesa;
  - Budget patrimoniale, che indica le fonti di finanziamento e gli impieghi, con separata evidenza tra gestione corrente e gestione degli investimenti;
- i Budget delle strutture: formulati in riferimento alle fondamentali strutture dell’Azienda Sanitaria, come indicate nel Piano Generale;
- i Budget dei Centri di Responsabilità: elaborati con riguardo alle unità organizzative aziendali (Centri di Responsabilità), strutturati in modo da rendere possibile l’attribuzione della responsabilità di gestione e di risultato mediante l’individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

Il Budget generale, i Budget delle strutture e dei singoli Centri di Responsabilità sono sottoposti, con cadenza mensile alla verifica dello stato di avanzamento con lo scopo di evidenziare gli eventuali scostamenti già intervenuti, rispetto ai dati di budget, e gli elementi che potrebbero determinare tali scostamenti nell’avanzamento della gestione.

Entro la fine del mese successivo alla scadenza di ciascun trimestre deve essere inviata alla Giunta Regionale una relazione sullo stato di avanzamento del Budget generale, che oltre a risaltare gli scostamenti, rappresenta la situazione finanziaria e il risultato economico finale previsionali secondo uno schema fornito dalla Giunta Regionale.

A seguito dei controlli periodici trimestrali, il Direttore Generale, qualora ne percepisca l’opportunità o a fronte di situazioni di avvertito squilibrio, prevede la revisione del Budget generale, e successivamente il Collegio dei Revisori, in caso di probabile squilibrio, comunica le proprie osservazioni alla Giunta Regionale entro la fine del mese successivo alla scadenza del periodo di riferimento.<sup>80</sup>

Inoltre per garantire continuità e coerenza fra i contenuti della programmazione e le condizioni esterne/interne, viene attuata una sistematica verifica dello stato di attuazione della programmazione, adottando i conseguenti aggiornamenti. A tale scopo, entro il 31 ottobre e con riferimento al 30 settembre dell’anno in corso deve essere redatto dal Direttore Generale un Rapporto annuale illustrativo dello stato di attuazione, necessario per il controllo regionale.<sup>81</sup>

Questo rapporto è utile anche alla Direzione Generale, in quanto consente all’Azienda di adeguarsi tempestivamente alle mutevoli esigenze interne ed esterne, conseguendo così la

---

<sup>79</sup> L.R. n. 55/1994, art. 15.

<sup>80</sup> L.R. n. 55/1994, art. 19.

<sup>81</sup> L.R. n.55/1994, art. 4.

tanto desiderata gestione “dinamica”. Il Piano Generale è aggiornato annualmente entro il 31 dicembre in correlazione anche alla verifica dello stato di attuazione della programmazione.<sup>82</sup>

Spostandoci nel versante strettamente contabile, deve essere redatto il Bilancio Pluriennale di Previsione, documento che traduce quanto prefissato mediante il Piano Generale e gli altri strumenti della programmazione in termini contabili (economici, finanziari e patrimoniali). Ha durata corrispondente a quella del Piano Generale e presenta anch’esso la medesima articolazione, per anno e per Macro Strutture. Viene aggiornato annualmente per scorrimento ed è corredato da una Relazione del Direttore Generale.<sup>83</sup>

Il bilancio pluriennale di previsione è articolato nelle seguenti parti:

- parte economica;
- parte finanziaria;
- parte patrimoniale.

Per il breve periodo, viene formulato un Bilancio Economico Preventivo (cd. “BEP”), il quale con maggior grado di analisi rispetto al bilancio pluriennale, dà dimostrazione del previsto risultato economico complessivo finale per l'anno considerato. Viene articolato anch’esso per Macro Strutture, sempre secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta Regionale e con separata evidenza dei servizi sociali. Anche quest’ultimo è corredato da una Relazione del Direttore Generale.<sup>84</sup>

Infine, ma non per ultimo d’importanza, a livello contabile, troviamo l’obbligo di predisposizione del Bilancio di esercizio, il quale deve rappresentare con chiarezza, in modo veritiero, corretto e prudente il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria dell’ULSS nell’anno considerato.<sup>85</sup> Anche questo documento rispetta l’articolazione strutturale dei precedenti documenti.

La norma di riferimento per la redazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie è il D. Lgs. n. 118/2011, che è intervenuto con lo scopo di garantire uniformità negli schemi di bilancio e nei sistemi contabili adottati nei diversi enti.

Il bilancio d’esercizio consuntivo è strutturato dai documenti di Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa e Rendiconto Finanziario. Il bilancio di esercizio è approvato dal Direttore Generale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento ed è trasmesso entro dieci giorni alla Giunta Regionale corredato dalla Relazione sulla Gestione del Direttore Generale e dalla Relazione del Collegio dei Revisori.

---

<sup>82</sup> L.R. n. 55/1994, art. 3.

<sup>83</sup> L.R. n. 55/1994, art. 10.

<sup>84</sup> L.R. n. 55/1994, art. 11.

<sup>85</sup> Allegato 1 del D. Lgs n. 118/2011 in riferimento all’elenco dettagliato dei principi contabili del Bilancio d’esercizio.

La Relazione del Direttore Generale è redatta allo scopo di:<sup>86</sup>

- sintetizzare i risultati gestionali, in termini di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centro di responsabilità;
- motivare gli scostamenti rispetto al BEP;
- evidenziare le cause di eventuali perdite di esercizio e indicando le modalità per il loro ripianamento.

Il Collegio dei Revisori, invece, espone le proprie valutazioni in merito all'andamento della gestione, dei risultati conseguiti, della corrispondenza tra scritture contabili e bilancio e del rispetto dei principi da seguire per la redazione del documento.

Il bilancio costituisce uno dei documenti attraverso il quale la Regione giudica l'operato della Direzione, oltre che svolgere l'indiscutibile funzione conoscitiva a consuntivo e di pubblicità dei risultati ottenuti (pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione – BUR)<sup>87</sup>.

### 1.3.3. Piano delle Performance 2018-2020

Per quanto riguarda il documento di pianificazione strategica (Piano Generale), assume rilevante importanza la DGRV n. 2205/2012, redatta in applicazione della L.R. n. 9/2011, che recepisce per il SSR del Veneto le disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 150/2009 (cd. "Riforma Brunetta"), introduttivo di novità in termini di efficienza e trasparenza, il quale rende effettiva la sostituzione del Piano Generale con la redazione di un nuovo piano denominato "Piano delle Performance".

Con la Riforma Brunetta l'implementazione di concetti quali efficienza e trasparenza nelle PA si concretizzò con l'introduzione del "**Ciclo di Gestione della Performance**", mirato a stabilire una valutazione delle amministrazioni, dei manager e dei dipendenti.

All'articolo 4, comma 2 del suddetto decreto, viene definito che cosa si intende per Ciclo di gestione della performance, distinguendolo nelle seguenti fasi: "

1. *definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;*
2. *collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;*
3. *monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;*
4. *misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;*
5. *utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;*

---

<sup>86</sup> L.R. n. 55/1994, art. 31.

<sup>87</sup> L.R. n. 55/1994, art. 33.

6. *rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.*

”88

Per quanto riguarda la performance, il D. Lgs. n. 150/2009 consente alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un’ottica di miglioramento continuo e di trasparenza dei risultati. Con il ciclo di gestione della performance si passa dalla logica dei mezzi (input) a quella dei risultati (output ed outcome).

Quindi ai fini di assicurare la qualità, la comprensibilità e l’attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, dando avvio al ciclo di gestione della performance, le amministrazioni (e di conseguenza le Aziende Sanitarie) redigono (entro il 31 gennaio) un Piano delle Performance triennale, in coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, nel quale vengono elencati gli obiettivi strategici ed operativi, nonché le azioni specifiche di miglioramento.<sup>89</sup>

Sempre nel rispetto del miglioramento concreto e continuo e della trasparenza dei risultati, gli obiettivi da fissare dovranno essere misurabili e sfidanti su varie dimensioni di performance.

Questo nuovo Piano verrà affiancato annualmente (entro il 30 giugno dell’anno successivo in riferimento dell’anno precedente) da una Relazione sulla performance (o “sui risultati”), che evidenzia a consuntivo gli obiettivi raggiunti e motiva eventuali scostamenti.

Tutta la documentazione dovrà essere pubblicata obbligatoriamente sul sito ufficiale dell’istituzione di riferimento nel rispetto del principio di trasparenza e di accessibilità totale da parte del cittadino e degli stakeholders.<sup>90</sup>

Sempre con questo decreto, il legislatore ha individuato nella “Valutazione” una tappa fondamentale del ciclo di gestione della performance, in considerazione della dipendenza tra performance organizzativa e performance umana.

È con questo presupposto che si prevede l’utilizzo di modelli di misurazione e di valutazione organizzativa e individuale, riconosciuti e validati da una Commissione istituita per la valutazione, la trasparenza e l’integrità delle PA, anche ai fini della premialità.

---

<sup>88</sup> D. Lgs. n. 150/2009, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, articolo 4.

<sup>89</sup> D. Lgs. n. 150/2009, articolo 10.

<sup>90</sup> D. Lgs. n. 150/2009, articolo 11

Definita la norma nazionale di riferimento (D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. da L. n. 125/2013 e D.Lgs. n. 74/2017), il recepimento in ambito regionale fornisce le indicazioni tecniche per la stesura di tale **Piano delle Performance** pluriennale (chiamato anche Piano Triennale di Valutazione degli Obiettivi) avente solamente valenza di pianificazione strategica.

È con l'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC - recepita con DGRV N. 140/2016 e s.m.i., che si dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance.

Il Piano della Performance si configura, pertanto, come primo documento di **orientamento aziendale** di medio/lungo periodo, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio.

Con esso vengono contestualizzati ed esplicitati gli indirizzi e obiettivi strategici ed operativi-aziendali (resi operativi attraverso la metodologia di budget), i relativi indicatori e target di riferimento per il monitoraggio e valutazione della performance, nonché i risultati attesi; il tutto rappresentato in maniera comprensibile, rendicontabile e trasparente.

Questo costituisce il punto di riferimento per la costituzione del "Documento delle Direttive" e sulla base del quale andrà ad attingere, per ogni anno di vigenza del piano stesso, gli elementi per la formulazione e contrattazione del Budget e delle Schede di budget specifiche per ogni livello organizzativo (Unità operative e Centri di Responsabilità).

In ragione della seguente trattazione, legata all'anno 2020, si prenderà in considerazione il Piano delle Performance dell'Azienda ULSS 4 relativo al triennio 2018-2020.

Nella definizione della programmazione per il suddetto triennio l'Azienda ha preso in considerazione non soltanto la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, ma anche l'esigenza di rinnovamento dei servizi territoriali-ospedalieri, per affrontare l'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

Il seguente documento è formato da:<sup>91</sup>

1. una prima parte di analisi di contesto formata dalla presentazione dell'Azienda (L'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale" in cifre) e da indicazioni normative di riferimento;
2. una seconda parte di identificazione delle linee programmatiche, strategie e obiettivi per il triennio, con declinazione specifica sulle aree strategiche considerate priorità aziendale;
3. una terza parte legata all'implementazione del ciclo di gestione della performance per il triennio con misurazione e valutazione della performance, la metodologia aziendale applicata e il timing del processo.

---

<sup>91</sup> Piano delle Performance 2018-2020, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale.

## 1. Analisi di contesto

In questa prima parte, viene ribadito il fine istituzionale (cd. mandato istituzionale), la mission, i valori, la vision dell'Azienda ULSS 4<sup>92</sup> e si introducono, per il triennio considerato, obiettivi quali:

- migliorare l'accesso alle cure e garantire un'adeguata risposta ai fabbisogni, progettando l'offerta secondo una logica di rete coordinata ed integrata;
- sviluppare la rete dell'assistenza territoriale, utilizzando un approccio multidisciplinare e interdisciplinare, a favore della continuità delle cure;
- perseguire politiche di miglioramento dell'appropriatezza, sul versante della domanda e dell'offerta e sotto il profilo prescrittivo ed economico;
- contribuire al potenziamento del sistema degli Osservatori e delle Strutture a supporto della programmazione e delle reti cliniche;
- promuovere la prevenzione collettiva secondo una logica di integrazione tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Medici di famiglia e tutti i soggetti e le strutture coinvolte a vario titolo nella tutela della salute pubblica;
- sostenere il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona, garantendo l'equità territoriale e favorendo lo sviluppo di un sistema di offerta (integrato tra i soggetti pubblici e privati) in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione nelle varie aree, quali: famiglia, infanzia, adolescenza, giovani, anziani, disabili, dipendenze, salute mentale, sanità penitenziaria;
- ricercare il miglioramento dell'accessibilità anche attraverso la riorganizzazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP), anche al fine di ridurre le liste d'attesa;
- implementare tutta una serie di strumenti a supporto del governo di sistema, quali ad esempio: sviluppo di una rete di processi gestionali coerenti e integrati, verifica e mantenimento dei requisiti previsti dall'accreditamento istituzionale, sperimentazione ed innovazione tecnologica e organizzativa, realizzazione del fascicolo sanitario elettronico e del sistema informativo integrato per la consultazione dei dati e valorizzazione delle risorse umane.

A seguito della definizione "in cifre" dell'intero contesto organizzativo aziendale viene definito il quadro normativo principale al quale l'intera attività aziendale fa riferimento. Sinteticamente si elencano i riferimenti normativi principali:

- PSSR 2012 - 2016 e la relativa L.R. n. 23/2012 di approvazione, il quale ai sensi dell'articolo 24 della L.R. n. 19/2016, è rimasto in vigore fino all'approvazione del nuovo PSSR 2019-2023 con L.R. n. 48/2018;

---

<sup>92</sup> Vedi paragrafo 1.3.1 del suddetto elaborato.



- Schede di dotazione ospedaliera e territoriali approvate con DGRV n. 2157/2015, che indicano per l'ULSS4 il numero e organizzazione dei presidi, le specialità, i reparti, i posti letto (ordinari e diurni), le strutture intermedie e i servizi ambulatoriali;
- Ultime Linee guida per la formulazione del Nuovo Atto Aziendale definite attraverso la DGRV n. 1306/2017, in attuazione della L.R. n. 19/2016;
- Determinazione degli obiettivi annuali di Salute e di Funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR, con l'indicazione anche dei relativi indicatori di performance approvata con DGRV (l'ultimo riferimento normativo disponibile è la DGRV n. 246/2017 riferito agli obiettivi per l'anno 2017, poiché al momento della redazione del Piano delle Performance 2018-2020, la Regione Veneto non aveva ancora emanato le linee programmatiche di salute per l'anno 2018).

## **2. Linee programmatiche, strategie e obiettivi**

Nella seconda parte del documento, l'Azienda definisce le linee di programmazione e le strategie da adottare per raggiungere gli obiettivi prefissati.

L'Azienda, anche per il triennio 2018-2020, ha inteso continuare nel cammino intrapreso di miglioramento nella promozione e tutela della salute della popolazione, nella valorizzazione del patrimonio professionale del personale e nella tenuta economica del sistema.

Le strategie seguono precise linee attuative, in armonia con la programmazione di cui al PSSR e agli obiettivi di Salute e Funzionamento definiti annualmente dalla Regione. Esse riguardano principalmente:

- osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e programmazione dell'organizzazione degli uffici;
- corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate;
- equilibrio economico finanziario e patrimoniale;
- obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi;
- obiettivi di efficacia e qualità delle prestazioni;
- obiettivi di qualità e sicurezza organizzativa ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico;
- liste d'attesa;
- rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Queste ultime, verranno condivise in Azienda, suddividendole per competenza in termini di responsabilità e di presidio e diverranno la base per la negoziazione del Budget del primo anno di riferimento del triennio (2018), in relazione alle aree strategiche ed operative coinvolte.

L' Azienda ULSS 4 ritiene necessario completare queste linee attuative con ulteriori obiettivi in grado di descrivere appieno le specificità (peculiarità) dell'organizzazione. Tali obiettivi riguardano, in particolare: “

- *sviluppo benessere organizzativo e sicurezza nei luoghi di lavoro;*
- *umanizzazione delle cure e dignità della persona;*
- *consolidamento dell'identità aziendale e della sua vocazione turistica ed internazionale, alla luce della recente annessione del Comune di Cavallino Treporti;*
- *sviluppo del modello integrato di assistenza (prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali, ospedaliere e riabilitative) favorendo la continuità delle cure anche con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;*
- *riorganizzazione dei processi assistenziali nell'ottica del perseguimento di una maggiore efficacia clinica, di una migliore efficienza nell'offerta e di un miglior utilizzo delle strutture;*
- *consolidamento della politica del farmaco e del governo della spesa farmaceutica;*
- *consolidamento della politica di razionalizzazione dell'impegno dei dispositivi medici e dei presidi chirurgici nell'ambito del processo della logistica aziendale;*
- *promozione di una efficace politica di prevenzione orientata al benessere umano, ambientale e animale;*
- *consolidamento e potenziamento degli strumenti per il governo dei fenomeni aziendali ad alta criticità o ad alto impatto economico;*
- *piena operatività delle nuove modalità per la programmazione, l'acquisizione, la gestione e la rendicontazione sull'utilizzo delle risorse aziendali.*

”<sup>93</sup>

Rimangono, ad ogni modo, di primaria importanza gli obiettivi relativi al tema della Trasparenza amministrativa e dell'Anticorruzione, al fine di rendere conto agli stakeholder le azioni messe in campo per la trasparenza, la prevenzione dei rischi e l'integrità. Sono da ritenersi, vista la loro valenza “trasversale” e “strutturale”, confermati anche gli obiettivi relativi ad appropriatezza, innovazione, continuità assistenziale, sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione, informatizzazione dei percorsi assistenziali, reingegnerizzazione dei processi organizzativi, umanizzazione delle cure e accreditamento.

Tutti questi obiettivi verranno declinati nelle Schede di Budget di tutte le Unità Operative aziendali e periodicamente monitorati per valutare la performance complessiva aziendale e individuale del personale dirigente e del comparto.

---

<sup>93</sup> Piano delle Performance 2018-2020, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, pag. 19.

### 3. Ciclo della performance

In riferimento al ciclo di gestione della performance definito dall'articolo 4 del D. Lgs. n. 150/2009, il sistema definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per la sua attuazione.

Ricordiamo le fasi del processo:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra obiettivi e risorse;
3. monitoraggio periodale e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dall'individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individuazione delle responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere in un preciso arco temporale, coerentemente con le sue responsabilità e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali. È necessario che l'obiettivo sia sfidante, realisticamente raggiungibile, quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori.

La Scheda di Budget e quella di valutazione individuale contengono gli indicatori di performance e l'esatta ripartizione dei "pesi" assegnati a ciascun obiettivo sulla valutazione complessiva.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

È responsabilità della **Unità di Controllo di Gestione** supervisionare l'intero sviluppo del ciclo di programmazione, controllo e valutazione delle performance organizzative, e della Unità Risorse Umane sovrintendere alla valutazione delle performance individuali.

Il processo di valutazione di tutto il personale dell'azienda, sia dirigente che non, è finalizzato sia alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati che della professionalità, completando in tal modo un ciclo di verifica della performance coerente con i principi contenuti nei D. Lgs. n. 150/2009 e n. 74/2017.

Viene così promosso un sistema premiante (retribuzione di risultato e incentivazione alla produttività), in grado di riconoscere e stimolare la crescita delle competenze professionali e il miglioramento della qualità dei servizi offerti. In questo contesto, l'Azienda ha aggiornato i propri sistemi di valutazione individuale, dotandosi di strumenti e procedure sempre più

capaci di individuare e misurare la qualità, oltre che quantità, dell'apporto dei singoli al perseguimento della performance generale, sia di struttura che dell'intero ente.

Le attività previste dall'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance seguiranno il seguente "Timing di processo":

Figura 3. Timing di processo di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda

<b>Fase/Attività (con riferimento all'anno di competenza)</b>	<b>scadenza</b>
Definizione Piano delle Performance (anno x)	gennaio
Predisposizione Documento Direttive (anno x)	febbraio
Negoziante Budget (anno x)	marzo
Deliberazione approvazione Schede di Budget (anno x)	aprile
Predisposizione schede di valutazione (anno x-1)	maggio
Valutazione obiettivi individuali (anno x-1)	giugno
Relazione sulla Performance (anno x-1)	giugno
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali (anno x)	luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno x-1)	luglio
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno x-1)	settembre

Fonte: Piano delle Performance 2018-2020, Azienda ULSS 4.

È pertanto attraverso il modello di governance analizzato nel presente paragrafo che l'Azienda ULSS 4 intende, da un lato dare piena attuazione alle direttive regionali, dall'altro essere all'altezza di rispondere all'evoluzione dei bisogni della popolazione e del territorio, compresa la capacità di gestire situazioni emergenziali, come quella ancora in atto da Covid-19, con gli strumenti più adatti ed appropriati ad assicurare continuità all'assistenza e all'accesso alle cure a tutta la popolazione e ai milioni di turisti che ogni anno frequentano il litorale veneto.

## **CAPITOLO 2 - L'attività di Controllo di Gestione nell'ULSS 4 "Veneto Orientale" e la sua adattabilità al cambiamento imposto dalla situazione pandemica**

### **2.1. Definizione, contesto di riferimento e finalità del Controllo di Gestione**

L'introduzione dei processi di pianificazione strategica e management sanitario, avvenuta a seguito del processo di "aziendalizzazione" delle strutture sanitarie locali, rispondeva alla necessità di una maggior responsabilità (anche economica) da parte dei singoli erogatori della Sanità, ai fini di governare la spesa e al contempo perseguire il miglioramento della qualità assistenziale. Questa "razionalizzazione" portò ad introdurre in tali Aziende Sanitarie strumenti e tecniche imprescindibili ed ormai irrinunciabili di controllo.

Un controllo che non viene inteso come ispezione o verifica formale, ma come guida/indirizzo, correzione ed orientamento (come si ravvisa nell'accezione anglosassone del termine "control") alla responsabilità di comportamento e risultato.

Il controllo ha, quindi, lo scopo di favorire l'autoregolazione del sistema aziendale in modo da consentirgli, attraverso modifiche ed aggiustamenti, il conseguimento degli obiettivi prefissati.

Si è reso necessario perciò prevedere un **controllo direzionale** strettamente collegato al processo gestionale di pianificazione strategica e a supporto del management nell'assunzione delle decisioni in modo consapevole, coerente e responsabile con gli obiettivi prefissati nei documenti di pianificazione.

Il **controllo di gestione** è il principale strumento con il quale la Direzione Strategica attua il controllo direzionale. Traduce gli obiettivi fondamentali in obiettivi di breve termine e specifici, verifica l'efficacia (grado di raggiungimento dell'obiettivo prefissati), l'efficienza (rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse impiegate) e l'economicità (realizza l'efficacia e l'efficienza minimizzando i costi e realizzando il massimo risultato con il coerente utilizzo delle risorse disponibili); le famose tre "E" dell'azione amministrativa, per orientare le decisioni della Dirigenza.<sup>94</sup>

Il controllo di gestione è stato uno degli strumenti innovativi introdotti con la complessa riforma del SSN e uno dei più significativi per l'effettivo sostegno all'implementazione di una corretta gestione strategica aziendale.

---

<sup>94</sup> Sorano, Ceruzzi, 2013, Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie ai tempi dell'armonizzazione contabile, IPSOA.

Introdotta in Veneto con la L.R. n. 55/1994 (in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.) divenne poi uno specifico obbligo normativo grazie all'art. 4 del D. Lgs n. 286/1999.

Possiamo quindi definire il controllo di gestione come:

*“Insieme coordinato ed integrato di **strutture, strumenti e procedure** finalizzato all'acquisizione, elaborazione, produzione e diffusione delle informazioni utili all'esercizio delle funzioni di programmazione da parte del management, attuazione e verifica della rispondenza dell'andamento della gestione rispetto agli obiettivi prefissati, in ottica di razionalizzazione dell'assetto organizzativo”<sup>95</sup>.*

Attraverso la metodica di budget punta a garantire l'efficacia e l'efficienza nei processi di acquisizione e impiego delle risorse, cercando di concretizzare il principio di responsabilità economica.<sup>96</sup>

La relazione che esiste tra **pianificazione strategica e controllo direzionale** implica, evidentemente, che detti processi siano tra loro coerenti; le strategie di lungo termine devono necessariamente fare i conti con le risorse a disposizione dell'azienda; allo stesso tempo, ogni azione da intraprendere nel concreto dovrebbe essere programmata avendo sempre presenti le dinamiche ambientali e i conseguenti obiettivi di lungo periodo.

Il controllo direzionale si svolge nelle seguenti fasi:

1. definizione degli obiettivi in cui, per ogni unità organizzativa della struttura, viene definito un insieme coerente di obiettivi da raggiungere e viene definito un piano per raggiungerli che, tenuto conto dei vincoli interni ed esterni all'organizzazione stessa, fissa una sequenza logica di azioni che dovrebbero condurre ai risultati voluti;
2. svolgimento delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi;
3. verifica dei risultati, in cui si misura se ciascuna unità organizzativa ha conseguito o meno gli obiettivi assegnati;
4. analisi degli scostamenti in cui si individuano le cause degli eventuali scostamenti tra obiettivi e risultati;
5. attuazione degli interventi correttivi per allineare i comportamenti delle unità rispetto agli obiettivi.

Il controllo di gestione (quale strumento del controllo direzionale) esercita il governo su ciascuna di queste fasi ed è, quindi, un'attività con la quale la Direzione aziendale si accerta che la gestione si stia svolgendo in modo tale da permettere il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

---

<sup>95</sup> Sorano, Ceruzzi, 2013, Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie ai tempi dell'armonizzazione contabile, IPSOA.

<sup>96</sup> L.R. n. 56/1994, articolo 20 e L.R. n. 55/1994 articolo 34.

Più nello specifico, gli obiettivi del controllo di gestione sono:<sup>97</sup>

- Predisporre analisi economiche dell'eventuale redditività dei processi produttivi e di singole iniziative favorendo il confronto, nel tempo e nello spazio, tra ricavi e costi ad essi imputabili;
- Predisporre valutazioni e controlli dei costi di produzione di singole entità aziendali o specifiche prestazioni sanitarie, socio sanitarie e di supporto; nonché controlli dei costi di iniziative non produttive, non solo in senso monetario ma, soprattutto, in termini di ritorno di benefici per la popolazione assistita, e controlli della rotazione delle scorte;
- Concorrere, con altre funzioni di supporto, alla valutazione dei risultati raggiunti e alla valutazione dell'ottimizzazione dell'erogazione di prodotti o servizi e della loro qualità e valutazione delle attività aziendali non strettamente vincolate a fenomeni economici;
- Svolgere analisi economiche sul grado di equità distributiva nel sistema di allocazione delle risorse tra popolazioni ed ambiti territoriali, sul rapporto tra livelli di finanziamento regionali e costi di produzione per livelli assistenziali;
- Coordinamento dello scambio di dati relativi al perseguimento di obiettivi di programmazione nazionale e regionale con il Ministero e la Regione (ad es. Modello LA e Modello CP);
- Controllo dei flussi finanziari in entrata e in uscita sulla base dei tetti di spesa assegnati derivanti dalla programmazione regionale.

Da questo elenco, si evince che il controllo di gestione non deve essere inteso come un momentaneo atto di verifica gestionale, bensì come un **processo direzionale**<sup>98</sup> di costante verifica (attraverso il meccanismo di feed-back e feed-forward) della coerenza tra le caratteristiche del bisogno da soddisfare e l'effettiva risposta durante tutto il processo, che si avvale di strumenti di natura contabile ed organizzativa utili ad esprimere (in termini quantitativi) obiettivi, programmi di gestione, risultati conseguiti e analisi di scostamento.

L'attività di controllo di gestione e la gestione dell'intero processo è affidata ad una specifica Unità Organizzativa preposta, che nel caso dell'ULSS 4 "Veneto Orientale" corrisponde all'Unità Operativa Complessa "Controllo di Gestione". È importante ricordare che, essendo di supporto al management, l'UOC "Controllo di Gestione" non è un'unità amministrativa, ma un'unità che **opera in staff** alla Direzione Generale.

---

<sup>97</sup> Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.

<sup>98</sup> L.R. n. 55/1994, articolo 37.

La struttura organizzativa del processo di controllo di gestione non è costituita solo dall'UOC incaricata allo svolgimento, ma anche dall'insieme dei Centri di Responsabilità aziendali.

*“I Centri di Responsabilità corrispondono ad Unità Operative alle quali sono assegnate, mediante la metodica di budget, determinate risorse per lo svolgimento di specifiche attività volte all'ottenimento di individuati risultati”.*<sup>99</sup>

Quindi, una Unità Operativa caratterizzata da:

- omogeneità delle attività svolte;
- significatività delle risorse impiegate;
- esistenza di uno specifico responsabile di gestione e di risultato.

può essere considerata un Centro di Responsabilità (CdR).

L'insieme dei Centri di Responsabilità costituisce il Piano dei Centri di Responsabilità.

Il processo di controllo di gestione si svolge secondo un ciclo periodico, normalmente annuale, articolato nelle seguenti fasi:<sup>100</sup>

1. controllo antecedente;
2. controllo concomitante;
3. controllo susseguente.

Il processo è attivato dal Direttore Generale che provvede, su proposta del Responsabile dell'UOC “Controllo di Gestione” e con appositi atti, a:

- individuare il Piano dei Centri di Responsabilità e il Responsabile di ciascun centro;
- definire la struttura degli strumenti per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni (cd. sistema informativo contabile);
- disciplinare le fasi del processo di controllo, individuando i soggetti che devono partecipare a ciascuna di esse.

### **Il controllo antecedente o “Budgeting”**

Si sostanzia nella predisposizione del Budget. Attraverso questo strumento, gli obiettivi aziendali definiti nel Piano delle Performance vengono resi misurabili, con la definizione di indicatori e di un target, ossia di un valore che l'indicatore deve assumere per poter dire che l'obiettivo è stato conseguito, e vengono corredati della previsione delle risorse necessarie al loro conseguimento, misurate in termini di costo.

Il Budget è la traduzione in termini analitici ed operativi del primo anno del Piano, dopo avere accertato la fattibilità di quest'ultimo.

---

<sup>99</sup> L.R. n. 55/1994, articolo 35.

<sup>100</sup> Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.



Secondo la metodica di budget, gli obiettivi operativi dal Piano delle Performance vengono inseriti nel Documento delle Direttive, che viene inviato a tutti i Responsabili delle strutture operative come strumento di supporto e contrattazione degli obiettivi di Budget.

La contrattazione fra i Direttori degli organi aziendali (cd. Centri di Responsabilità) e la Dirigenza ha come obiettivo la loro “**responsabilizzazione**”, ossia l’assegnazione degli obiettivi, unitamente alle risorse, per l’intero anno solare. Questi saranno appunto definiti e formalizzati (con sottoscrizione congiunta) in un apposito documento di Budget aziendale.

Le articolazioni aziendali coinvolte nel processo di contrattazione e assegnazione sono:

- i Direttori di Area che negoziano il budget delle Macro-Strutture, dei Dipartimenti e delle UOC/UOSD direttamente afferenti alla loro Direzione;
- i Responsabili delle Macro-Strutture (Ospedale, Distretto Socio Sanitario, Dipartimento di Prevenzione) che negoziano il budget dei Dipartimenti afferenti alla loro Struttura ed il budget delle UOC/UOSD della loro Struttura non ricomprese in alcun Dipartimento;
- i Direttori di Dipartimento che negoziano il budget delle UOC/UOSD afferenti al Dipartimento;
- i Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (UOC/UOSD) che propongono gli obiettivi da raggiungere e le risorse necessarie, in sede di negoziazione del loro Budget. Sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi loro assegnati, dell'analisi susseguente al monitoraggio nel corso dell'anno e dell'attivazione delle strategie necessarie per orientare l'attività verso gli obiettivi dati.

A tal proposito, l’UOC “Controllo di Gestione” coordina e supporta l’intero processo di formulazione e negoziazione degli obiettivi:

- fornendo adeguate analisi di fabbisogno ai Responsabili;
- supportando la formulazione degli obiettivi di salute e funzionamento affinché risultino obiettivi chiari, concreti, misurabili e riconducibili agli obiettivi regionali;
- elaborando operativamente le Schede di budget;
- provvedendo poi alla stesura e pubblicazione della deliberazione di Budget finale per l’approvazione del Direttore Generale.

Il processo di budgeting può essere considerato **iterativo**, in quanto per pervenire alla formulazione del Budget finale esecutivo è necessaria una serie di verifiche, ritorni di informazioni, aggiustamenti e rielaborazioni.

Il momento di incontro finale delle volontà e delle esigenze dei Responsabili dei CdR e della Regione, intervenuta nella contrattazione con la programmazione regionale, costituisce il **Budget aziendale**, il quale riguarda l'intera ULSS 4 e si caratterizza nell'insieme del budget economico, finanziario e patrimoniale.<sup>101</sup>

Il budget economico, in cui si analizzano insieme i costi e i ricavi programmati per il successivo esercizio e si determina il risultato economico di esercizio da ottenere. Assume la forma di Conto Economico preventivo.

Il budget finanziario verifica la fattibilità finanziaria dei programmi operativi, sia dal punto di vista degli impieghi di capitale e investimenti che l'azienda dovrà realizzare, sia dal punto di vista di tutti i finanziamenti o fonti sul quale potrà contare, e sia delle esigenze di liquidità (controllo entrate e uscite di cassa) durante l'anno collegata al limite del budget delle fonti e degli impieghi. Può essere inteso come un Rendiconto Finanziario preventivo.

Il budget patrimoniale, è lo Stato Patrimoniale preventivo alla data di chiusura del periodo di budget. Il budget patrimoniale pone in risalto l'entità e la composizione degli investimenti e delle fonti in essere al termine del periodo amministrativo futuro. A differenza del budget finanziario, che accoglie flussi finanziari programmati per il prossimo esercizio, il budget patrimoniale include valori riferiti al momento finale di tale periodo, mettendo in evidenza l'entità e la composizione del capitale netto ad una certa data.

Inoltre il Budget aziendale generale viene articolato per strutture e Centri di Responsabilità, in modo tale da identificare più nel dettaglio le risorse e le attività che ogni determinata area aziendale deve rispettare e di cui è responsabile. Il processo di assegnazione delle risorse e degli obiettivi deve considerare anche il budget delle strutture funzionali facenti parte della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) e la gestione di tutto il personale.

L'articolazione per Centri di Responsabilità comporta la sua scomposizione in tanti "budget settoriali" quanti sono i Centri di Responsabilità. I budget di settore corrispondono alle Schede di Budget, una per ciascun Centro di Responsabilità con riferimento annuale.

La Scheda di Budget è un documento di sintesi degli accordi stipulati in questa sede di budgeting e rappresenterà un importante supporto informativo ed operativo per l'intera organizzazione.<sup>102</sup>

In questo documento (uno per ogni Unità Operativa) si identificano gli obiettivi (economici e di salute e funzionamento) assegnati alle singole Unità o Strutture dell'ULSS 4, le risorse

---

<sup>101</sup> Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.

<sup>102</sup> Piano delle Performance 2018-2020 Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale".

finanziarie disponibili, le azioni da intraprendere, gli indicatori di verifica e i risultati attesi, nonché il peso degli obiettivi assegnati alle singole strutture operative.

La somma di tutte le Schede di Budget perciò, costituisce il Budget Aziendale.

Il Budget dell'ULSS 4 "Veneto Orientale", che ha come Centri di Responsabilità (individuati dal Direttore Generale attraverso il documento del Piano dei Centri di Responsabilità):

- n. 4 direzioni (Generale, Amministrativa, Sanitaria, Servizi Socio-Sanitari);
- n. 3 Macro-strutture operative (Ospedale, Distretto Socio-Sanitario e Dipartimento di Prevenzione);
- n. 8 dipartimenti (Prevenzione, Riabilitazione, Chirurgico, Medico, Area critica Pediatrica ed Adulta, Direzione Medica Ospedaliera, per le Dipendenze, di Salute mentale) ai quali afferiscono per tipologia di attività più di n. 100 fra UOC, UOS e UOSD aziendali;

è formato da altrettante Schede di Budget.

Gli obiettivi di tipo economico, inseriti in ciascuna Scheda di Budget, sono stati negoziati sulla base di:

- programmazione aziendale nel rispetto della programmazione regionale;
- costo storico del triennio precedente;
- analisi di variabili organizzative interne/esterne all'Unità Operativa;
- programmazione dei fabbisogni legata alla pianificazione dell'attività e degli obiettivi specifici dell'Unità (ad esempio introduzione nuovi interventi, nuove tecnologie, etc.).

Gli obiettivi di salute e funzionamento, invece, sono stati identificati secondo i seguenti criteri:

- raggiungimento degli obiettivi regionali;
- individuazione di obiettivi chiari, concreti e misurabili principalmente attraverso i flussi istituzionali e conseguente limitazione di obiettivi non misurabili e autoreferenziali nella valutazione;
- individuazione di obiettivi governabili da parte del Direttore/Responsabile di Unità;
- individuazione di un indicatore per singola Unità ai fini dell'erogazione degli acconti mensili della produttività al personale del comparto.

Nella Scheda di Budget è presente la scheda delle risorse, che riporta le risorse a disposizione in termini di:

- personale presente a inizio anno (escluse lunghe assenze);
- budget dei consumi di materiale sanitario ed economale;
- attrezzature sanitarie definite nel piano investimenti;
- eventuali risorse aggiuntive.

La Scheda di Budget è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ognuno di questi vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l'anno di riferimento e il peso relativo, anche ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato, distinti per la dirigenza e per il personale del comparto.

Un aspetto importante da considerare è che, questo strumento di previsione di obiettivi – attività – costi che l'Azienda può realisticamente raggiungere, punta a delineare il futuro sulla base della conoscenza del passato recente aziendale, al fine di evitare errori già commessi o disfunzioni e disservizi già avvenuti.

Inoltre, da parte dei Responsabili delle singole Unità o Strutture ci deve essere una piena e completa e incondizionata adesione e partecipazione alla scelta dei piani e delle azioni da mettere in atto. Il sistema sarà efficace se vi sarà una giusta integrazione degli obiettivi delle diverse unità organizzative della struttura.

### **Il controllo concomitante**

L'UOC "Controllo di Gestione" svolge questo tipo di controllo parallelo alla gestione, che consiste:

- nella misurazione periodica e sistematica dell'attività e degli obiettivi attraverso gli indicatori riferiti ai costi e ai risultati;
- nella trasmissione delle informazioni economiche-finanziarie così raccolte ai CdR e al vertice aziendale;
- nella modifica del sistema budgetario quando si rivela inefficace, sulla base delle decisioni dei Direttori di azioni correttive volte a colmare il gap tra risultati attesi e risultati effettivi;
- nell'attuazione di tali decisioni.

Il monitoraggio avviene trimestralmente (entro la fine del secondo mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento), attraverso la stesura di **Reports di monitoraggio** collegati alle Relazioni sugli stati di avanzamento del Budget Generale, dei Budget delle strutture e di quello dei Centri di Responsabilità o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di Budget.

Con la formulazione di obiettivi periodali, inferiori all'anno, si può intervenire più tempestivamente in caso di disfunzioni. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti dal confronto fra quanto effettivamente registrato dai risultati parziali e quanto atteso in sede di Budget, sarà cura della UOC "Controllo di Gestione" supportare i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura nella valutazione ed interpretazione dei Reports, in modo tale da trarne conseguenze operative di eventuale modifica del contesto interno ed esterno, valutando

l'occorrenza di una revisione degli accordi di budget ("ri-tarazione degli obiettivi") solo se le differenze tra costi effettivi e programmati sono giustificate e importanti<sup>103</sup>.

Al termine del processo di formazione del budget avviene l'approvazione finale da parte della Direzione Generale. Dopo questa approvazione il budget diventa esecutivo, impegnando i vari responsabili a rispettare obiettivi e programmi prestabiliti e assumendo la forma di bilancio preventivo, con il quale si quantificano gli obiettivi di budget in termini monetari.

Al fine di ottenere un idoneo sistema di controllo della gestione aziendale è necessario che i processi di determinazione quantitativa di natura preventiva e quelli di natura consuntiva siano effettuati con le stesse modalità.

### **Il controllo susseguente**

A consuntivo, l'attività dell'UOC "Controllo di Gestione" si sostanzia nella comunicazione ai Centri di Responsabilità e al vertice aziendale delle informazioni sulla misurazione finale degli indicatori, con lo scopo di supportare il successivo ciclo di budgeting e fornire elementi per la valutazione del dirigente preposto all'Unità - Centro di Responsabilità, essendo il sistema di valutazione del personale integrato con il sistema di controllo di gestione.

La valutazione finale sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore. Nel caso di indicatori Sì/No, viene attribuito in fase di verifica il peso assegnato all'indicatore con punteggio pieno se l'obiettivo è raggiunto, zero nel caso di obiettivo non raggiunto. In quest'ultimo caso sarà possibile procedere ad una valutazione intermedia tra 0 e 1 sulla base delle motivazioni presentate.

Nel caso di indicatori quantitativi, si applicano delle fasce specifiche derivanti dallo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto.

Tanto il controllo concomitante quanto quello susseguente si sostanziano nell'attività di reporting, ossia nella trasmissione ai CdR e al vertice aziendale di Reports, documenti che espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo (o dalle relazioni sugli stati di avanzamento) utili ad una valutazione degli scostamenti tra preventivo e consuntivo o nel tempo e/o nello spazio, e ad attuare meccanismi decisionali tempestivi per porre in essere interventi diretti.

Il sistema di reporting si riferisce perciò ad una logica feed-back di comparazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi desiderati (ex post), affiancata da un controllo feed-forward che tende ad individuare, analizzare e rettificare gli scostamenti rilevanti per il risultato finale già nel momento dello svolgimento dell'attività stessa. Un intervento solamente ex post può rilevare un rapporto costo/opportunità non soddisfacente senza nessuna possibilità di intervento immediato.

---

<sup>103</sup> Piano delle Performance 2018-2020 Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale".

Infine l'UOC redige il rapporto annuale finale di confronto fra i dati di budget e di consuntivo, in modo tale da porre in evidenza anche gli scostamenti nei costi, nei risultati e nei rendimenti a livello sia di Centri di Responsabilità, sia delle fondamentali strutture dell'Unità Locale Socio-Sanitaria, come indicate per il Piano generale delle Performance.

Il rapporto annuale finale dovrà essere trasmesso alla Giunta regionale unitamente al bilancio di esercizio consuntivo<sup>104</sup>.

Per poter svolgere questo intero processo di verifica e predisporre al management tutte le analisi e le valutazioni cui è preposta, l'Unità di "Controllo di Gestione" acquisisce tutti i dati e le informazioni di gestione utilizzando la **struttura tecnico-contabile** del controllo di gestione, le elabora in modo organico e sistematico, valuta attraverso indicatori atti a valutare la significatività degli scostamenti, l'efficienza nell'impiego delle risorse e la produttività dei fattori operativi impiegati e, infine, le predispone selettivamente redigendo periodicamente rapporti di gestione sullo stato di avanzamento del Budget.

È importante che ogni singola struttura aziendale sia dotata di uno strumento informativo in grado di veicolare le informazioni e mettere in atto il processo di gestione e controllo. Il sistema dovrebbe essere in grado di fornire informazioni in tempo reale e veritiero sull'andamento di tutta l'organizzazione per accertare la realtà del budget e quindi mettere in atto una corretta gestione del budget.

Il sistema informativo aziendale è costituito *"dall'insieme coordinato delle procedure e dei mezzi tecnici attraverso i quali vengono raccolti, memorizzati ed elaborati i dati al fine di produrre e distribuire informazioni ai soggetti interessati alla vita aziendale"* (soggetti interni quali la Direzione Aziendale e i Responsabili di Strutture e Unità, e soggetti esterni quali Regione, Ministero della Salute e Corte dei Conti).<sup>105</sup>

I principali strumenti sono:

- la contabilità generale ed il bilancio;
- la contabilità analitica dei costi;
- i budget e le rilevazioni analitiche degli scostamenti tra i dati di budget e i dati consuntivi;
- gli indicatori di efficacia, efficienza e rendimento;
- il sistema di reporting.

Per il funzionamento razionale ed efficace del processo di controllo di gestione è necessaria la loro applicazione congiunta e che risultino correlati fra di loro. Ad esempio la contabilità dei costi può essere la base per la determinazione degli indici, il budget include indici, standard di

---

<sup>104</sup> Piano delle Performance 2018-2020 Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale".

<sup>105</sup> L.R. n. 55/1994, articolo 36.

risultato (recepiti dalla contabilità dei costi) e costi e i sistemi di reporting sono il mezzo di diffusione di tutte queste informazioni ai vari livelli organizzativi aziendali.

Come abbiamo potuto riscontrare anche nel precedente Capitolo, in passato il settore sanitario si era caratterizzato di una gestione poco attenta al razionale impiego delle risorse, pregiudicando la capacità delle Aziende Sanitarie di garantire equità, qualità assistenziale e economicità dell'attività.

Uno dei criteri ispiratori della Riforma sanitaria<sup>106</sup> fu proprio il richiamo ad una maggior efficienza nell'impiego delle risorse ed efficacia nel raggiungimento degli obiettivi comportando la necessità di una **revisione** del sistema informativo aziendale, ponendo maggior attenzione alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Fu così che si avviò il progressivo abbandono della contabilità finanziaria a favore dell'introduzione della **contabilità economico - patrimoniale**, indispensabile ad orientare la gestione aziendale verso l'erogazione di prestazioni di qualità e la riduzione dello spreco di risorse. Era difficile governare e assumere decisioni facendo solamente riferimento al sistema di rilevazione degli effetti finanziari degli eventi di gestione (basandosi sul principio della competenza finanziaria) espressi dalle entrate e dalle uscite, e di conseguenza si determinò la necessità di affrontare il problema di quantificazione del risultato economico e del risultato in termini di attività svolte, il connesso patrimonio di funzionamento dell'ente e il livello di servizio garantito ed offerto (basandosi sul principio della competenza economica).

La contabilità finanziaria non rilevava i risultati di gestione, bensì l'utilizzo delle risorse finanziarie e la capacità dell'Azienda di far fronte ai fabbisogni finanziari. Consisteva nella rendicontazione delle diverse fasi di acquisizione dell'entrata e di erogazione della spesa e nella rappresentazione della situazione finanziaria.

Rispetto alla contabilità finanziaria, la contabilità economica – patrimoniale consente di rilevare le variazioni della consistenza patrimoniale dell'organizzazione, mira a determinare il risultato d'esercizio e il capitale di funzionamento alla data di chiusura del periodo, gli effetti sulla cassa delle operazioni di gestione e la rilevazione dei costi e dei ricavi.

La contabilità finanziaria non permette di dare giudizi sulla natura sostanziale delle operazioni e su qualunque interdipendenza dei processi. Se invece si passa dal concetto di spesa a quello di costo, si ha il pregio di quantificare le risorse assorbite dalle varie attività e dunque di conoscere la reale destinazione delle energie impiegate.

Con l'introduzione della contabilità economico – patrimoniale si è in grado di monitorare contemporaneamente i tre aspetti fondamentali della vita aziendale: equilibrio patrimoniale, economico e finanziario.

---

<sup>106</sup> D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i.

In una logica integrata, con un'unica rilevazione vengono rappresentate le informazioni di sintesi legate ai tre ambiti fondamentali. E inoltre rende possibile rilevazioni non solo a consuntivo, ma anche a preventivo. Al contrario la contabilità finanziaria si focalizza quasi esclusivamente sulla verifica dell'equilibrio finanziario, prettamente a consuntivo<sup>107</sup>.

Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale ha comportato un notevole sforzo per l'**adeguamento** dell'impianto contabile e per il radicale cambiamento della cultura amministrativa, che da un criterio di cassa è passata ad un criterio di competenza economica.

Infatti il Ministero della Sanità decise di adattare lo schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie, predisponendo:

- uno schema di bilancio economico/patrimoniale uniforme a livello nazionale con delega alle Regioni per la predisposizione e variazione della nota integrativa;
- un piano dei conti tipo;
- la possibilità di adattare l'impianto contabile previsto a livello nazionale alle specifiche esigenze regionali;
- linee guida ai fini dell'integrazione dei criteri di valutazione riportati nell'art. 2424 c.c.;
- un percorso metodologico ai fini dell'introduzione della contabilità economica e patrimoniale.

Inoltre, con l'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 si conferisce personalità giuridica e autonomia alle Unità Sanitarie Locali anche dal punto di vista contabile e patrimoniale, attribuendo importanti competenze alla Direzione Generale in materia di valutazione dei risultati, mediante l'effettuazione di analisi comparative di costi, rendimenti e risultati. Il processo decisionale, per generare i più efficaci risultati attesi, deve basarsi su un livello di razionalità dato dagli strumenti informativi di supporto, tra i quali la contabilità direzionale (o analitica) finalizzata a rilevare i costi e i ricavi legati ai processi gestionali dell'Azienda.

Il fulcro del sistema informativo è costituito dai documenti originari, compilati al momento dell'effettuazione delle operazioni di gestione, che comprovano i fatti interni/esterni di gestione (bolle di carico e scarico, contratti, fatture).

I dati presenti in tali documenti sono poi ripresi ed annotati in schede e registri dando vita alle rilevazioni aziendali. Il termine rilevazione è usato per indicare la determinazione qualitativa e quantitativa, la classificazione, l'elaborazione, la rappresentazione e l'interpretazione dei dati relativi all'azienda e ai mercati nei quali essa opera.

---

<sup>107</sup> Sorano, Ceruzzi, 2013, Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie ai tempi dell'armonizzazione contabile, IPSOA.



La contabilità aziendale è la modalità, appunto, con cui le rilevazioni contabili vengono “rilevate” e utilizzate dall’intera organizzazione. La contabilità aziendale comprende la Contabilità Generale e la Contabilità Direzionale (o Analitica).

La **Contabilità Generale** (Co.Ge.) è quella parte del sistema informativo che consiste nell’insieme delle rilevazioni quantitative dei **fatti esterni di gestione** e il cui scopo è la determinazione del risultato economico d’esercizio e dei movimenti monetari-finanziari della gestione. Essa si completa e si conclude con la determinazione del bilancio d’esercizio, che evidenzia il reddito d’esercizio e il capitale di funzionamento collegato. È obbligatoria e di conseguenza deve seguire necessariamente i principi contabili desunti dalla legge del codice civile. È destinata soprattutto ai soggetti esterni, stakeholder dell’Azienda.

Le rilevazioni effettuate con il metodo della partita doppia si basano su unità elementari di registrazione, i conti, che costituiscono un sistema ordinato di scritture raggruppato per oggetti (secondo natura) che hanno lo scopo di esaminare, sia nell’aspetto finanziario che economico, la misura del fatto di gestione in un preciso momento e l’andamento nel corso del tempo. L’insieme dei conti (numerari ed economici) costituisce il piano dei conti, formulato in conformità allo schema fornito dalla Regione.

Le scritture della contabilità generale si redigono sistematicamente sul libro mastro e sul libro giornale, la cui tenuta è obbligatoria. I dati esterni vengono rilevati al momento dell’accertamento del fatto di gestione, per questo si limitano a fornire informazioni sulla gestione passata.

Il grande vantaggio della Contabilità Generale, se raffrontato al precedente metodo di contabilità finanziaria, è che, pur non tralasciando l’aspetto finanziario, sottolinea l’aspetto economico della gestione, in quanto espressione della necessità del conseguimento dell’equilibrio economico. Rilevando, infatti, costi e ricavi imputabili alla competenza economica dell’esercizio, permette di valutare i risultati conseguiti in rapporto agli sforzi economici compiuti e di comprendere il grado di efficienza ed efficacia della gestione aziendale.

L’altra componente della contabilità economico-patrimoniale, la **Contabilità Analitica** (Co.An.), o direzionale, è un sistema di rilevazione dei costi e ricavi (secondo destinazione) che mira ad indagare le modalità di svolgimento del processo produttivo ed erogativo, allo scopo di orientare le decisioni correnti, controllare l’efficienza dei fattori produttivi e realizzare la programmazione aziendale.

La contabilità analitica rileva i **fatti interni di gestione** solo dal punto di vista economico e al momento dell’utilizzazione del fattore produttivo. Forniscono le informazioni sia sulla gestione passata che futura, basandosi su dati consuntivi e preventivi, quest’ultimi riconosciuti come costi standard.

La Co.An. risponde al principio di analisi, nel senso che deve fornire tutti gli elementi che hanno concorso alla sintesi di costo. Infine deve essere definita sulla base delle esigenze dei soggetti che utilizzeranno le sue informazioni.

Normalmente quest'ultime vengono utilizzate dai soggetti interni all'azienda (principalmente, la direzione strategica ed il management) e, diversamente dalla contabilità generale, la modalità di rilevazione del dato può essere diversa da azienda a azienda.

Vista la peculiarità e moltitudine delle Aziende Sanitarie venete, la Regione gioca un ruolo importante in quest'ambito, sia per quanto riguarda le modalità di implementazione della Co.An., sia per ciò che concerne la consultazione dei dati inviati da ogni Azienda (nel rispetto di precisi criteri di predisposizione e comunicazione) a supporto della programmazione del SSSR Veneto.

A tal proposito, è importante ricordare l'avvio di un progetto regionale volto ad uniformare i principi e i criteri contabili dei sistemi della Contabilità Analitica<sup>108</sup>.

Con esso la Regione si è proposta di definire un **sistema regionale di analisi e misurazione dei costi** che sia di supporto al "cruscotto di governo regionale" per l'attività di monitoraggio del SSR, sia a livello di singole Aziende ULSS sia a livello di sistema.

Il sistema di monitoraggio regionale si basa sulla definizione e assegnazione di alcuni set di obiettivi (quantitativi-monetari e qualitativi) di efficienza, efficacia e appropriatezza, volti a elevare il livello di efficienza del SSR in ottica di contenimento della spesa sanitaria e *"far convergere tutte le Aziende Sanitarie della rete regionale verso i modelli organizzativi che rappresentano le best practices regionali"*.

La strutturazione del sistema di rilevazione dei costi, fondato su principi e regole condivise e uniformi per tutte le aziende, può rivelarsi, inoltre, un utile strumento per rispondere a molte altre esigenze informative legate all'attività di programmazione e all'operatività della Regione. Esso può infatti consentire la creazione di una base dati, alimentata periodicamente dai flussi di dati di contabilità analitica aziendale, utile per:

- costruire i costi dei LEA e dei livelli aggiuntivi regionali di assistenza, i quali rappresentano l'informazione contenuta nel modello ministeriale "LA", la cui compilazione annua è adempimento ministeriale;
- costruire i costi di produzione per struttura erogativa, come il Presidio Ospedaliero. La rilevazione dei costi per presidio è un altro adempimento ministeriale, rappresentato dal modello "CP";
- costruire i costi delle prestazioni erogate dalle varie strutture sanitarie (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, etc.), supportando, ad esempio, l'attività di tariffazione

---

<sup>108</sup> DGRV n.1529/2013 e DGRV n.2270/2013

svolta dalla Regione (aggiornamento tariffe dei ricoveri oppure aggiornamento del nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale).

Come il controllo di gestione delle singole Aziende ULSS monitora la performance (sia in termini di qualità delle prestazioni che di economicità dei risultati economici) dell'Azienda supportando il management nell'assunzione di decisioni volte al raggiungimento degli obiettivi di programmazione, anche il controllo di gestione della Regione ha il compito di monitorare l'attività delle singole Aziende ULSS, coerentemente con gli indirizzi nazionali.<sup>109</sup>

Le fonti informative cui attinge il controllo di gestione per raggruppare, analizzare e interpretare i costi e i ricavi attraverso la Contabilità Analitica, non sono circoscritte alle scritture di Co.Ge., ma vanno ad includere le informazioni tratte da applicativi aziendali ulteriori, che registrano anche variazioni diverse da quelle economiche-patrimoniali (ad esempio, la contabilità di magazzino, che registra carichi e scarichi, e il gestionale dei ricoveri e delle prestazioni, che registra anche i volumi di attività).

Pensando all'analisi di alcuni costi sostenuti, la funzione del controllo di gestione non è quella di rilevarne il sostenimento, bensì quella di:

- classificarli, secondo le diverse dimensioni;
- aggregarli in vario modo;
- comunicarli ai responsabili delle diverse unità organizzative affinché, sulla base di dette informazioni, essi possano individuare, tra le possibili azioni alternative, quella maggiormente aderente agli obiettivi aziendali, tenendo conto anche (ma non necessariamente) delle condizioni di efficienza, ovvero, più in generale, dei riflessi economici che ne conseguono.

Questo significa che, il sistema di controllo deve essere progettato previa la verifica della natura e della tipologia dei costi tipici dell'azienda, in funzione della struttura organizzativa e quindi dei destinatari delle informazioni e, infine, delle possibili leve d'azione di cui questi ultimi dispongono.

Allo stesso tempo, i responsabili delle singole strutture devono essere in grado di saper cogliere, tra le tante, le informazioni di costo di volta in volta rilevanti, sulla base del principio secondo cui ciascuna tipologia di decisione richiede l'analisi di una configurazione di costo specifica.

Ciò richiede, nel caso specifico, che si conosca, per limitarci ai concetti fondamentali, almeno la distinzione tra:

- costi diretti e indiretti;
- costi fissi e variabili;
- costi controllabili e non controllabili;
- costi parametrici e discrezionali.

---

<sup>109</sup> DGRV n.2270/2013

L'importante è ricordare che, soprattutto nelle Aziende Sanitarie, tutto il sistema di controllo di gestione è destinato a funzionare solo se, in aggiunta a quanto sopra, in ogni fase del processo si mantiene, come "faro", il fine strategico dell'azienda.

Circoscritto il sistema di Contabilità Analitica, nel prossimo paragrafo si entrerà più nel dettaglio dello stesso e del suo utilizzo da parte dell'UOC "Controllo di Gestione".

## 2.2. Sistema di Contabilità Analitica

In questo paragrafo, viene analizzata l'attività dell'UOC "Controllo di Gestione" dell'ULSS 4 con particolare riferimento all'utilizzo dello strumento indispensabile di Contabilità Analitica.

Per Contabilità Analitica intendiamo un *"complesso di rilevazioni sistematiche, a periodicità infra-annuale, volte alla determinazione di costi, ricavi e risultati della produzione di breve periodo, in riferimento ad oggetti analitici di indagine"*.<sup>110</sup>

È perciò lo strumento in grado di elaborare informazioni (monetarie e non monetarie) relative a specifici oggetti di misurazione come processi, percorsi assistenziali, attività di reparto e strutture d'erogazione quali Dipartimenti o Unità Operative. Possono perciò costituire oggetto di indagine tutti gli elementi riferibili all'Azienda.

Gli ambiti del sistema aziendale che possono essere soggetti a misurazione sono moltissimi, in ragione delle molteplici decisioni che il management aziendale è costantemente chiamato ad assumere.

Attraverso la sua strutturazione ed implementazione l'UOC Controllo di Gestione riesce a:<sup>111</sup>

- determinare il consumo di risorse nello svolgimento di una certa attività in una certa area aziendale oppure per produrre l'oggetto di costo stesso;
- svolgere analisi relativamente all'efficienza e alla profittabilità di un'attività (a valore aggiunto o non) o della gestione aziendale;
- ricavare le informazioni utili per i calcoli di convenienza economica di breve periodo;
- supportare e alimentare l'intero processo di programmazione e controllo volto a migliorare l'attività assistenziale, la gestione dell'intero apparato prevedendo anche un possibile processo di reingegnerizzazione.

---

<sup>110</sup> Capodaglio, 2011

<sup>111</sup> DGRV n. 2270/2013 "Approvazione del documento di progetto di avvio del percorso per l'omogeneizzazione dei sistemi di contabilità analitica aziendali e di sviluppo di un sistema di contabilità analitica regionale ex DGR n. 1529 del 28 agosto 2013".

Basandosi su dati sia a consuntivo che a preventivo è in grado di dare supporto al management con la predisposizione di strumenti come il Budget e i Reports, visti nel paragrafo precedente. A tal proposito, è importante che il sistema di Contabilità Analitica produca informazioni tempestive, per consentire decisioni conseguenti altrettanto celeri.

Nelle Aziende Sanitarie la metodica di Contabilità Analitica è divenuta obbligatoria con il D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e si basa sulla configurazione di Centri di Costo e di Centri di Responsabilità.

In presenza di un'organizzazione complessa della produzione come quella di un'Azienda ULSS del Servizio Sanitario Nazionale e in ragione della difficoltà in ambito sanitario di identificare l'output del processo erogativo, vengono quindi create e definite delle specifiche aggregazioni di costi e ricavi posti in capo ai diversi Centri di Responsabilità, chiamate centri di costo e centri di ricavo che rappresentano una destinazione intermedia del processo di analisi rivolto a soddisfare le esigenze "governative" aziendali.

Riprendendo quanto già descritto nel paragrafo precedente, i **Centri di Responsabilità** corrispondono a *"...Unità Operative alle quali sono assegnate, mediante la metodica di budget, determinate risorse per lo svolgimento di specifiche attività volte all'ottenimento di individuati risultati"*<sup>112</sup>.

Un Centro di Responsabilità può coincidere con un Centro di Costo oppure raggrupparne più di uno.

I **Centri di Costo** quindi, sono *"gruppi di operazioni o di processi che configurano dei centri operativi, ai quali possono essere attribuiti particolari raggruppamenti di costi elementari"*<sup>113</sup>. In essi vengono registrati i costi che non risultano attribuibili direttamente, secondo criteri di specialità, al prodotto/prestazione, ottenendo così un costo totale di produzione dell'Unità.

I Centri di Costo favoriscono la determinazione ed imputazione "razionale" dei costi sostenuti dalle singole strutture aziendali, in base al "contributo" dato per l'ottenimento del prodotto/servizio, e si identificano in genere come entità contabili (intermedie) dei Centri di Responsabilità (es: reparti, ambulatori, sezioni, degenze, sale, centri attrezzati, etc.) che partecipano alla erogazione di uno specifico servizio.

Ad esempio, nell'ambito del Centro di Responsabilità UOC "Oculistica" vengono ricompresi differenti specifici Centri di Costo come Degenza, Sala Operatoria, Magazzino sala operatoria oculistica, day week surgery multidisciplinare – oculistica.

---

<sup>112</sup> L.R. n. 55/1994, articolo 35.

<sup>113</sup> Selleri, 1999.

È chiaro ora come la composizione del Centro di Responsabilità in diversi Centri di Costo consenta di individuare/imputare più facilmente i costi sostenuti dalle singole sotto-aree riferite allo stesso Centro di Responsabilità.

Ciascun Centro di Responsabilità aziendale utilizza delle risorse produttive che sono denominate **Fattori Produttivi** e l'obiettivo del modello di misurazione dei costi Co.An. consiste proprio nella corretta rappresentazione dell'impiego di questi da parte del Centro di Costo al quale vengono imputati.

Questo porta all'instaurazione di un collegamento diretto fra i Centri di Costo e i Fattori Produttivi, restituendo una rilevazione oggettiva ed analitica del consumo di risorse definita sia per natura che per destinazione.

È chiaro come questa configurazione punti a responsabilizzare i singoli Responsabili di Unità Organizzativa sull'impiego corretto, razionale ed efficiente delle risorse assegnate con la programmazione aziendale, facilitando quindi l'assunzione di decisioni mirate e tempestive sul governo dei costi da tutte le figure aziendali coinvolte nel processo.

Dopo aver introdotto gli elementi su cui si fonda la Co.An. passiamo a definire le diverse fasi che caratterizzano il sistema di Contabilità Analitica per Centri di Costo e che rendono possibile la determinazione del costo di produzione, lo svolgimento di analisi, i controlli di efficienza ed efficacia e le valutazioni dei risultati del management (cd. "responsability accounting") da parte dell'UOC "Controllo di Gestione".

Le principali fasi sono di seguito elencate:

1. Predisposizione del Piano dei Centri di Costo / Responsabilità, che rifletta la struttura organizzativa aziendale e ne rappresenti l'insieme dei Centri di Costo e Responsabilità;
2. Predisposizione del Piano contenente l'elenco dei Fattori Produttivi, da collegare al precedente Piano;
3. Individuazione delle logiche di attribuzione dei costi ai Centri di Costo e conseguente imputazione;
4. Allineamento della Contabilità Analitica con la Contabilità Generale;
5. Sistema di Reporting.

### 2.2.1 Piano dei Centri di Costo/Responsabilità

In questa prima fase viene predisposto il Piano dei Centri di Costo aziendale, per definire le entità contabili intermedie alle quali saranno attribuiti i costi dei Fattori Produttivi utilizzati durante il periodo di riferimento.

La sua realizzazione avviene in coerenza a quanto stabilito nell'Atto Aziendale, in merito ai principali processi tecnico-operativi di cura e assistenza e sulla loro distribuzione territoriale specifica per l'Azienda ULSS 4.

L'articolazione del Piano dei Centri di Costo ha lo scopo di sintetizzare la struttura organizzativa, ma allo stesso tempo deve permettere una capillare **disaggregazione** delle diverse Unità Operative in diversi centri di costo, affinché la raccolta delle informazioni e l'imputazione dei costi avvenga in maniera esaustiva.

Questo processo potrebbe risultare apparentemente negativo per l'appesantimento burocratico che comporta, ma l'individuazione di Centri di Costo con un adeguato grado di aggregazione permette la stesura di un documento programmatico sufficientemente analitico, tale da riflettere, al suo interno, tutte le condizioni operative che si ritrovano nel quotidiano.

Il rischio di queste forme di programmazione è proprio quello di stilare, specie nella fase iniziale del processo, documenti di per sé perfetti sotto il profilo teorico delle scienze economico-sanitarie, ma che poi trovano difficoltà nella loro fase attuativa. Quando il processo di programmazione giunge allo stadio di maturità, si ritrovano invece documenti maggiormente "originali". Questo significa che il processo è stato in grado di recepire quelli che erano i dati informali della struttura ed è riuscito a selezionarli, codificarli e a inserirli quali punti di forza nel processo programmatico.

Non si tratta dunque di un documento statico, bensì di un documento in grado di mutare a seconda delle esigenze gestionali o temporali. L'eventuale modificazione o aggiornamento sarà predisposta dall'UOC Controllo di Gestione, ogni volta si renda necessario rappresentare un'aggiornata configurazione aziendale o per specifiche e mutate esigenze informative aziendali.

Ricordiamo che l'elaborazione e articolazione del Piano deve seguire l'orientamento fornito dall' Anagrafica dei centri di costo regionale, che ha l'obiettivo di uniformare i sistemi di contabilità analitica di tutte le Aziende ULSS del Veneto per poter alimentare in modo univoco il sistema informativo regionale e per consentire un corretto confronto delle loro performance.<sup>114</sup>

---

<sup>114</sup> DGRV n. 2270/2013.

L'individuazione del Centro di Costo da inserire nel Piano deve avvenire con un elevato grado di analiticità per descrivere in modo adeguato i processi e nello specifico vengono applicati i seguenti **principi fondamentali**<sup>115</sup>:

- omogeneità delle operazioni compiute all'interno del Centro e delle dotazioni di Fattori Produttivi e dei relativi costi, consentendo l'individuazione di una comune "unità di output" su cui commisurare i risultati ottenuti. Questo comporta la possibilità di classificare i Centri di Costo in base all'oggetto dell'attività e al loro output finale (ad esempio le prestazioni);
- significatività in termini di importo delle spese da sostenere/volume di risorse da gestire/valore qualitativo dell'output finale dell'Unità Operativa, che consenta di raggiungere un effettivo vantaggio informativo-gestionale dalla sua definizione di Centro di Costo (il costo contabile necessario per sostenere un centro deve cioè essere controbilanciato da effettivi vantaggi);
- individuabilità di un Responsabile del Centro necessaria per formalizzare l'autonomia decisionale-gestionale dello stesso nell'impiego di risorse e nell'attuazione di attività specifiche.

I Centri di Costo possono essere classificati in diversi modi:

- secondo la natura dell'attività svolta: produttivi e ausiliari;
- secondo il livello gerarchico: intermedi e finali.

Risulta tuttavia necessario riprendere il concetto teorico di contabilità sull'esistenza in ogni processo produttivo di costi fissi e costi variabili.<sup>116</sup>

I costi fissi sono quelli che nel breve periodo non variano al variare del volume della produzione (essi variano nel tempo piuttosto che con la quantità). In sanità il peso dei costi fissi è elevato e quindi sarà importante riconoscerli e avere idea di quanto incidono sul costo di produzione dell'output finale dell'Unità Operativa.

Esempi di costi fissi in sanità sono: i contratti assicurativi, i contratti di fornitura per servizi esterni come lavanderia, pulizie, mensa, trasporti sanitari e la quota di ammortamento annuo del parco apparecchiature elettromedicali utilizzate dalle Unità Operative.

I costi variabili sono costi proporzionali alla quantità della produzione. Esempi di costi variabili in sanità sono: i materiali di consumo sanitari come farmaci e dispositivi medici, il costo del personale, il costo dei servizi di smaltimento dei rifiuti speciali ospedalieri.

---

<sup>115</sup> Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.

<sup>116</sup> Cinquini, 2017, Cost Management: Volume I, Giappichelli Editore, Capitolo 5.



La distinzione fra costi fissi e variabili permette valutazioni di convenienza economica, anche sulla opportunità di esternalizzare alcune attività e servizi e inoltre permette di capire su quali voci di costo è possibile agire nel breve periodo per perseguire una riduzione dei costi di produzione/erogazione, rispettando le risorse messe a disposizione dell'Unità Operativa.

La distinzione tra costi fissi e costi variabili ha un ulteriore riflesso diretto nell'incidenza di una tipologia di costo nella produzione di una prestazione o servizio erogato con conseguente classificazione dei centri di costo per **funzione**, ossia secondo la natura dell'attività svolta.

Analizziamo quindi in dettaglio la diversa classificazione dei Centri di Costo<sup>117</sup>:

- i centri di costo **operativi/produttivi** riguardano le unità operative che erogano direttamente il servizio istituzionale all'utenza. Ad esempio l'UOC "Medicina P.O. di Portogruaro" – cdc: sezione Maschile (all'interno del Dipartimento Medico) eroga prestazioni assistenziali ai soli pazienti uomini;
- i centri di costo **ausiliari** sono riferiti alle attività complementari e/o accessorie all'unità operativa principale svolgendo una loro specifica funzione di supporto e possono essere ulteriormente suddivisi in:
  - centri di costo **ausiliari-sanitari**: svolgono attività mirate e specifiche in supporto alle unità operative principali e le voci di costo ad essi imputate possono essere trasferite direttamente sulle unità operative richiedenti (es. cdc Sala operatoria all'interno dell'UOC "Chirurgia – P.O. Portogruaro", l'UOC "Laboratorio analisi di San Donà di Piave" – cdc: Emogasanalisi svolge un servizio accessorio a centri produttivi come Gastroenterologia SD o Diabetologia – Po-SD, cdc: Farmacia ospedaliera);
  - centri di costo **ausiliari-logistici**: svolgono attività economiche indispensabili al funzionamento dell'intera struttura sanitaria e i costi ad essi imputati vengono riversati sia sui centri operativi sia sui centri ausiliari sanitari in quanto entrambi usufruiscono del loro servizio (es. "Servizi tecnici centralizzati – P.o. San Donà di Piave" – cdc: Centrale termica in appalto e "Servizi tecnici centralizzati – P.o. San Donà di Piave" – cdc: Officina manutenzione);
  - centri di costo **generali**: svolgono attività amministrative per il funzionamento generale della struttura sanitaria e i costi ad essi imputati non possono essere trasferiti direttamente sui diversi centri di responsabilità in quanto non sono misurabili e quindi ripartibili in modo univoco trattandosi di attività riferibili solamente all'Azienda Sanitaria nel suo complesso e non a singole prestazioni o attività di UOC/UOSD (es. l'UOC Controllo di Gestione, l'UOC Provveditorato e Gestione della Logistica, l'UOC Risorse Umane, l'UOC Contabilità e Bilancio,

---

<sup>117</sup> Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.

l'UOC Affari Generali e Legali, l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e l'UOS Sistemi informativi);

- Centri di costo **transitori**: non erogano alcun tipo di prestazione (diretta, complementare), ma sono utilizzati solo a fini contabili. Servono a “ribaltare” i costi non attribuiti direttamente a specifici centri di costo (es. cdc: Centro Uffici Sede Amministrativa – costi comuni)<sup>118</sup>.

In base al criterio gerarchico i Centri di Costo si possono distinguere in<sup>119</sup>:

- centri di costo **finali**: quando ad essi vengono attribuiti direttamente i costi legati al servizio erogato (es. UOC “Chirurgia” – cdc: Ambulatorio, UOS “Terapia Intensiva – Po Portogruaro” riferito all'UOC “Anestesia e Rianimazione”);
- centri di costo **intermedi**: quando i costi ad essi imputati verranno successivamente attribuiti ad altri Centri di Costo (es. cdc: Gruppo Operatorio – costi comuni);
- Centri di costo **misti**: questa terza categoria si riferisce a centri produttori di beni/servizi sia per i centri finali che per l'utenza (es. cdc: Laboratorio analisi, Radiologia e Servizi di riabilitazione funzionale). I costi ad essi imputati dovranno essere ricollocati proporzionalmente sui centri utilizzatori.

Ai fini della comprensione dei suddetti principi e classificazioni viene di seguito riportato un estratto del Piano dei Centri di Costo dell'Azienda ULSS 4, riconducendo le definizioni alla realtà applicativa.<sup>120</sup>

---

<sup>118</sup> Piano dei Centri di Costo aziendale fornito dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'ULSS 4.

<sup>119</sup> Cinquini, 2017, Cost Management: Volume I, Giappichelli Editore, Capitolo 5.

<sup>120</sup> Piano dei Centri di Costo aziendale fornito dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'ULSS 4.

Figura 4: estratto Piano Centri di Costo sezione Dipartimento Chirurgico.

<b>CODICE CDC</b>	<b>DESCRIZIONE DEL CENTRO DI COSTO</b>
<b>40 70 01</b>	<b>DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>
41 19 00	GRUPPO OPERATORIO - costi comuni
41 19 50	PIASTRA AMBULATORIALE - costi comuni
41 02 00	SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE
41 99 70	day week surgery multidisciplinare - costi comuni
42 99 70	day week surgery multidisciplinare - costi comuni
41 05 00	<b>U.O.C. CHIRURGIA- P.O. di PORTOGRUARO</b>
41 05 01	degenza
41 05 03	sala operatoria
41 05 04	ambulatorio
41 05 05	magazzino sala operatoria chirurgia
41 05 70	day week surgery multidisciplinare - chirurgia
41 16 15	ambulatorio stomizzati area omogenea (Chirurgia, Urologia)
	<b>AREA OMOGENEA CHIRURGICA PO PG (UROL.-ORL-ORTOP.-CHIR. VASCOLARE)</b>
41 16 10	area omogenea chirurgica PO PG (Urologia - ORL - Ortopedia - Chirurgia Vascolare - Cardiologia)
41 16 15	ambulatorio stomizzati area omogenea (Chirurgia, Urologia)
41 06 00	<b>U.O.C. UROLOGIA - P.O. di PORTOGRUARO</b>
41 06 01	degenza
41 06 02	sala operatoria
41 06 03	ambulatorio
41 06 04	magazzino sala operatoria urologia
41 06 70	day week surgery multidisciplinare - urologia
41 16 10	area omogenea chirurgica PO PG (Urologia - ORL - Ortopedia - Chirurgia Vascolare - Cardiologia)
41 16 15	ambulatorio stomizzati area omogenea (Chirurgia, Urologia)
41 08 00	<b>U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. di PORTOGRUARO</b>
41 08 01	degenza
41 08 02	sala operatoria
41 08 03	U.O.S. DI OTORINOLARINGOIATRIA - ambulatorio di Portogruaro
41 08 70	day week surgery multidisciplinare - ORL
41 16 10	area omogenea chirurgica PO PG (Urologia - ORL - Ortopedia - Chirurgia Vascolare - Cardiologia)
42 09 02	sala operatoria ORL (SD)
42 09 03	ambulatorio ORL - San Donà di Piave
42 09 70	day week surgery multidisciplinare - ORL
43 90 11	ambulatorio di O.R.L. - P.O. di Jesolo
41 09 00	<b>U.O.C. DI ORTOPEDIA - P.O. di Portogruaro</b>
41 09 01	degenza
41 09 03	sala operatoria
41 09 04	sala gessi
41 09 05	ambulatori
41 09 06	magazzino sala operatoria ortopedia
41 09 07	day hospital ortopedia
41 09 70	day week surgery multidisciplinare - ortopedia
41 16 10	area omogenea chirurgica PO PG (Urologia - ORL - Ortopedia - Chirurgia Vascolare - Cardiologia)
	<b>U.O.C. DI CHIRURGIA VASCOLARE</b>
41 17 00	Chirurgia vascolare PG
41 17 05	Ambulatorio Chirurgia Vascolare
41 17 70	day week surgery multidisciplinare - chirurgia vascolare
42 04 10	Chirurgia vascolare SD
42 04 71	day week surgery multidisciplinare - chirurgia vascolare
41 16 10	area omogenea chirurgica PO PG (Urologia - ORL - Ortopedia - Chirurgia Vascolare - Cardiologia)
43 90 14	Ambulatorio Chirurgia Vascolare (Poliambulatorio di Jesolo)

	<b>AREA OMOGENEA CHIRURGICA PO SD (CHIRURGIA-ORTOPEDIA-OCULISTICA)</b>
42 16 10	area omogenea chirurgica PO SD (Chirurgia-Ortopedia-Oculistica)
42 16 00	<b>CHIRURGIA AMBULATORIALE - San Donà di Piave</b>
42 04 00	<b>U.O.C. DI CHIRURGIA di San Donà di Piave</b>
42 04 03	ambulatorio
42 04 05	degenza
42 04 70	day week surgery multidisciplinare - chirurgia
42 20 02	Gruppo operatorio - Attivita' di chirurgia generale
43 90 13	Ambulatorio di chirurgia - compreso doppler (Poliambulatorio di Jesolo)
42 16 10	area omogenea chirurgica PO SD (Chirurgia-Ortopedia-Oculistica)
42 14 00	<b>DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE - S. DONA'</b>
42 13 00	<b>SERVIZIO DI ENDOUROLOGIA - SAN DONA' DI P.</b>
42 13 05	sala operatoria di urologia - P.O. di San Donà di P.
42 30 70	day week surgery multidisciplinare - urologia
42 90 07	ambulatorio di urologia - P.O. di San Donà di P.
43 90 08	ambulatorio di urologia - P.O. di Jesolo
42 20 00	GRUPPO OPERATORIO - costi comuni
42 20 01	magazzino gruppo operatorio - costi comuni
42 11 00	<b>U.O.C. DI ORTOPEDIA - P.O. di San Donà di Piave</b>
42 11 01	degenza
42 11 02	sala gessi
42 11 03	ambulatorio
42 11 70	day week surgery multidisciplinare - ortopedia
42 20 04	Gruppo operatorio - Attivita' di ortopedia
43 05 02	sala gessi (JS)
42 16 10	area omogenea chirurgica PO SD (Chirurgia-Ortopedia-Oculistica)
43 90 40	Ambulatorio Ortopedico (poliambulatorio di Jesolo)
42 05 00	<b>U.O.C. DI OCULISTICA - San Donà di Piave</b>
42 05 01	degenza
42 05 02	sala operatoria
42 05 03	ambulatorio
42 05 04	magazzino sala operatoria oculistica
42 05 05	attivit� c/o Poliambulatorio "S. Biagio" di Fossalta di Portogruaro
42 05 06	ambulatorio di ortottica
42 05 70	day week surgery multidisciplinare - oculistica
41 90 31	ambulatorio di OCULISTICA - p.o. di Portogruaro
42 16 10	area omogenea chirurgica PO SD (Chirurgia-Ortopedia-Oculistica)
	<b>UOSD ODONTOSTOMATOLOGIA</b>
42 19 00	Attivit� di Odontostomatologia - San Donà di Piave
41 21 10	Attivit� di Odontoiatria - Portogruaro

Fonte: Piano Centri di Costo Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

Osservando il cdc: 42 04 05 Degenza all'interno dell'UOC Chirurgia di San Donà di Piave, è possibile notare come questo possa essere classificato come un Centro di Costo operativo (secondo la prima classificazione per natura dell'attività) e allo stesso tempo un Centro di Costo finale (secondo la seconda classificazione per gerarchia). La degenza è un'attività fondamentale e caratterizzante il Centro di Responsabilità di Chirurgia di San Donà di Piave. Con essa si eroga direttamente la prestazione di assistenza.

Mentre se analizziamo il cdc: 42 04 03 Ambulatorio, sempre all'interno dell'UOC Chirurgia di San Donà di Piave, è possibile constatare che questo viene classificato come Centro di Costo ausiliario-sanitario e allo stesso tempo finale. Questo perché la sua attività clinica è specifica dell'ambito delle competenze assegnate all'Unità Operativa di Chirurgia, ma tuttavia concorre ad alimentare i costi sostenuti dal Centro di Costo operativo-finale corrispondente al Centro di Responsabilità, rispetto ai Fattori Produttivi ad esso assegnati.

Analizzando infine il cdc: 41 19 00 Gruppo Operatorio – costi comuni, arriviamo a classificarlo come Centro di Costo ausiliario-sanitario, ma anche intermedio. Questo perché l'attività clinica di competenza viene svolta a favore di più Centri di Responsabilità finali che prevedono nella loro struttura interna i Centri di Costo "Sala operatoria", e pertanto i costi ad esso imputati dovranno essere successivamente ribaltati.

Un'altra constatazione che è possibile trarre dalla Figura (4) di cui sopra, il Piano dei Centri di Costo viene suddiviso per i seguenti **livelli gerarchici**:

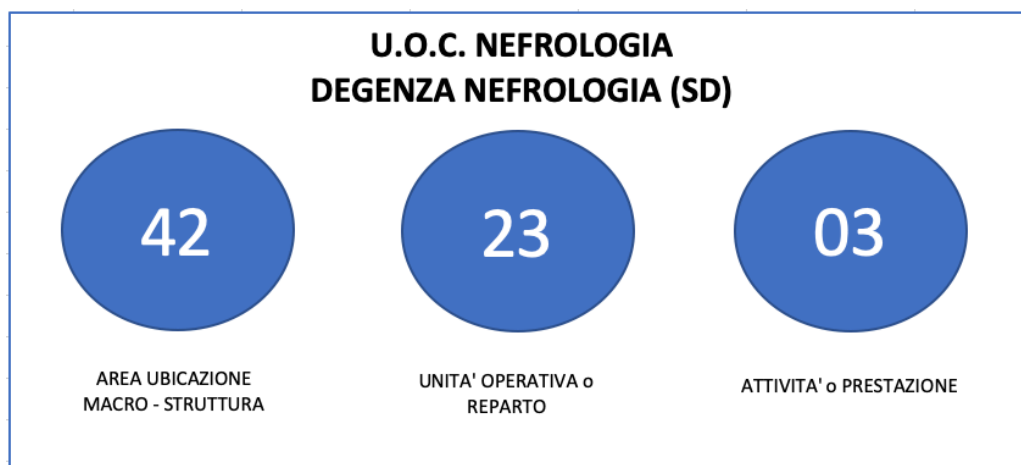
- I. Al primo livello è indicata la denominazione della Macro-Struttura (nella Figura, "Dipartimento Chirurgico");
- II. Al secondo livello sono indicate le UOC, le UOSD, i Servizi o Attività Specifiche e qualsiasi altra aggregazione funzionale che consente di identificare i Centri di Responsabilità aziendali. Nella Figura sono riportate ad esempio l'UOC Chirurgia, l'UOC Urologia, l'UOC Otorinolaringoiatria (ORL), l'UOSD Odontostomatologia, i Servizi e le Attività di Chirurgia Ambulatoriale, Area omogenea chirurgica e Day surgery multidisciplinare. Queste sono distinte per sedi Ospedaliere di riferimento (Portogruaro, Jesolo e San Donà di Piave) nei quali sono ubicati i Centri di Costo;
- III. Al terzo livello troviamo tutte le entità elementari (Centri di Costo) gerarchicamente dipendenti dai Centri di Responsabilità e nelle quali collocare i Fattori Produttivi (degenza, ambulatorio, sala gessi, sala operatoria).

Ciascun Centro di Costo è univocamente identificato dalla combinazione di sei elementi numerici che ne definiscono la **codifica**, raggruppati in tre coppie, ognuna identificativa di:

1. Area d'ubicazione delle Macro-Strutture o di alcuni particolari Servizi che vengono considerati Centri di Responsabilità per la loro rilevante e differenziante attività;
2. Unità Operativa o Reparto specifico, pur sempre differenziato per area territoriale;
3. Attività specifica o Prestazione svolta all'interno del Reparto o Unità Operativa.

Di seguito, nella Figura 5 si riporta uno schema semplificato della struttura del codice codifica del Centro di Costo.

Figura 5: Codifica del Centro di Costo Degenza Nefrologia (SD).



Fonte: Piano dei Centri di Costo Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

Ogni Centro di Responsabilità ha al suo interno uno o più Centri di Costo accomunati da uno stesso prefisso numerico che identifica il punto fisico e l'appartenenza ad una determinata Unità Operativa. Il codice viene identificato con una C all'interno dei programmi informativi aziendali di contabilità analitica e delle piattaforme di reportistica ed analisi.

Premesso che nell'Azienda ULSS 4 si riconoscono tre Macro Strutture principali (Ospedale, Dipartimento di Prevenzione e Distretto), che vengono identificate nella prima coppia numerica del Piano: l'ospedale ha i codici (41,42,43), il Distretto (70/71/72/73) e Dipartimento di Prevenzione (20). Ci sono tuttavia altre strutture aziendali di supporto contrassegnate da specifiche coppie numeriche come ad esempio il (33) che identifica l'assistenza e le case di cura convenzionate e i (10/11) che identifica i servizi amministrativi riferiti alla sede aziendale.

Figura 6: estratto del Piano Centri di Costo sezione UOC “Nefrologia”.

CODICE C.d.C.	DESCRIZIONE DEL CENTRO DI COSTO
<b>U.O.C. NEFROLOGIA</b>	
41 07 40	Centro dialisi - Portogruaro
41 07 41	Centro assistenza limitata di emodialisi - Bibione
42 23 00	Centro dialisi - San Dona' di Piave
42 23 03	Degenza Nefrologia (SD)
42 23 10	Pazienti dialisi dimigliare peritoneale
43 27 00	Centro assistenza limitata di emodialisi - Jesolo
43 27 10	Centro assistenza limitata di emodialisi per turisti- Jesolo

Fonte: Piano Centri di Costo Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

Analizzando la Figura 6 sopra riportata, riferita all'UOC Nefrologia all'interno del Dipartimento Medico, troviamo la prima coppia (41) che indica l'area di Portogruaro, (42) l'area di San Donà di Piave e (43) l'area di Jesolo, la seconda coppia (07) riferita al reparto di Nefrologia di

Portogruaro e Bibione (che è sotto l'area di Portogruaro), la coppia (23) riferita al reparto di Nefrologia di San Donà di Piave, mentre la coppia (27) riferita al reparto di Jesolo.

I numeri non seguono una rigida e lineare caratterizzazione, ma per la terza coppia vengono assegnati secondo il principio di esclusione fra le possibili combinazioni non ancora utilizzate dal sistema di codifica aziendale.

Le attività di Centro dialisi - Portogruaro e Centro assistenza limitata di emodialisi - Bibione, accomunate dalle coppie (41 07) si differenziano con (40) e (41) finali. Spostandoci nell'area di San Donà di Piave si nota come le attività Centro dialisi, Degenza Nefrologia e Pazienti dialisi domiciliare peritoneale, accomunate dalle coppie (42 23) si differenziano nella coppia finale con (00, 03, 10). Infine per quanto riguarda l'area di Jesolo le attività legate al Centro assistenza limitata di emodialisi e centro assistenza limitata di emodialisi per turisti hanno coppie finali (00, 10) anche se già state utilizzate in precedenza nell'area di San Donà di Piave.

Questo ci porta alla conclusione che viene data più importanza al rispetto del **principio di univocità** del codice di codifica finale a sei cifre, che alla linearità dell'elenco numerico e che il Piano assume carattere di dinamicità di fronte ai cambiamenti strutturali-organizzativi imposti dal contesto interno o esterno aziendale.

Questo modello di codifica è stato introdotto dall'UOC Controllo di Gestione all'inizio della messa in pratica del sistema di contabilità analitica per centri di costo e nel corso degli anni ha subito modifiche, aggiornamenti ed integrazioni derivanti da molteplici fattori<sup>121</sup>:

- cambiamenti direzionali con conseguente modifica della struttura di erogazione del servizio assistenziale;
- cambiamenti derivanti dal contesto esterno come la fortificazione del ruolo del Distretto o del Dipartimento di Prevenzione;
- cambiamenti derivanti dall'espletamento di obblighi istituzionali come l'attivazione di nuove Unità Operative aziendali nel rispetto delle Schede di dotazione ospedaliera e dell'aggiornamento dell'Atto Aziendale;
- cambiamenti derivanti dal contesto economico/sociale;
- cambiamenti derivanti da situazioni emergenziali come la recente e ancora attuale Emergenza Sanitaria da Covid-19 che ha comportato la creazione obbligatoria di nuovi centri di costo mirati a identificare e separare i costi derivanti dalla gestione dell'emergenza.

A tal proposito, nei prossimi paragrafi si entrerà più nel dettaglio della creazione di nuovi Centri di Costo, con particolare attenzione a quelli legati alla situazione pandemica da Covid-19.

---

<sup>121</sup> Intervista realizzata a cura dell'autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 4.

### **2.2.2. Piano Fattori Produttivi**

Il Piano dei Fattori Produttivi è l'elenco delle risorse produttive (organizzate per natura) che concorrono alla produzione delle prestazioni/servizi sanitari e socio sanitari e al Valore della produzione aziendale.

La sua struttura viene elaborata in coerenza con il Piano dei Conti della Contabilità Generale aziendale che segue la classificazione a livelli del bilancio civilistico (art. 2424 e ss c.c.), con lo scopo di quadrare i costi della Co.An. con quelli della Co.Ge. Dovrà tenere anche in considerazione il rispetto della coerenza con il Piano dei Conti del Conto Economico regionale.<sup>122</sup>

È strettamente collegato anche al Piano dei Centri di Costo insieme al quale costituisce la struttura del sistema di Contabilità Analitica aziendale. Il collegamento avviene con l'attribuzione per "destinazione" dei Fattori Produttivi ai Centri di costo. Il Piano "FP" è l'unico per tutta l'Azienda e deve essere raccordato a tutti i sottoinsiemi che compongono il sistema informativo amministrativo-contabile.

Il modello di riferimento che l'Azienda ULSS 4 adotta è costituito da una matrice input/output nella quale sono presenti due dimensioni: da una parte troviamo tutti i Centri di Costo e dall'altra i Fattori Produttivi. Dall'incrocio di queste due dimensioni si trova il contributo del fattore produttivo al Centro di Costo preso in considerazione al fine di determinare la composizione dei costi imputabili all'unità organizzativa.

Il collegamento del Piano FP con quello dei Centri di Costo permette di attribuire ad un centro ricavi per attività e servizi prestati all'esterno/interno dell'Azienda e costi direttamente e indirettamente sostenuti per la produzione di attività.

Nella sua predisposizione l'Azienda segue l'orientamento fornito dall'Anagrafica dei Fattori Produttivi regionale, aggiungendo poi un maggior grado di analiticità in grado di esprimere adeguatamente le dimensioni aziendali, la complessità organizzativa e le risorse utilizzate. L'aggiornamento del Piano prevede l'implementazione di modifiche sia da parte di soggetti esterni (come Regione e/o Ministero della Salute) che interni all'Azienda (come l'UOC Contabilità e bilancio o Servizi Tecnici Patrimoniali)<sup>123</sup>.

---

<sup>122</sup> DGRV n. 2270/2013.

<sup>123</sup> Intervista realizzata a cura dell'autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 4.



L'anagrafica del Piano si articola nelle seguenti Macro-classi contraddistinte da lettere maiuscole:

- A: Valore della Produzione;
- B: Costi della Produzione;
- C: Proventi e oneri finanziari;
- D: Rettifiche di valore di attività finanziarie;
- E: Proventi e oneri straordinari;
- Y: Imposte e tasse.

All'interno di ogni Macro-classe troviamo le classi e le sotto-classi contraddistinte da codici alfanumerici composti da un numero di caratteri che aumentano all'aumentare del grado di dettaglio del conto.

Ai fini della presente trattazione ci si focalizza, con la Figura 7 sottostante, sulla Macro-classe B "Costi della Produzione", derivante da un estratto del Piano dei Fattori Produttivi dell'Azienda ULSS 4.

Figura 7: estratto del Piano dei Fattori Produttivi dell'Azienda ULSS 4.

<b>B</b>	<b>Costi della produzione</b>
<b>ba.00.000000</b>	<b>Acquisti di beni</b>
<b>ba.01.000000</b>	<b>Acquisti di beni sanitari</b>
ba.01.010000	Prodotti farmaceutici ed emoderivati
ba.01.020000	Sangue ed emocomponenti
ba.01.030000	Dispositivi medici
<b>ba.02.000000</b>	<b>Acquisti di beni non sanitari</b>
ba.02.010000	Prodotti alimentari
ba.02.020000	Mat. di guardaroba di pulizia e convivenza in genere
ba.02.030000	Combustibili, carburanti e lubrificanti
ba.02.040000	Supporti informatici e cancelleria
ba.02.050000	Materiale per la manutenzione
ba.02.060000	Altri beni e prodotti non sanitari
ba.02.070000	Acq.di beni non sanitari da Asl-AO,...della Reg.
<b>bb.00.000000</b>	<b>Acquisti di servizi</b>
<b>bb.01.000000</b>	<b>Acquisti servizi sanitari</b>
bb.01.010000	Acquisti servizi sanitari per medicina di base
bb.01.020000	Acquisti servizi sanitari per farmaceutica
...	
bb.01.090000	Acq.prest.di distribuzione farmaci e File F
...	
<b>bc.00.000000</b>	<b>Manutenzione e riparazione (ord.externalizzata)</b>
...	
<b>bd.00.000000</b>	<b>Godimento di beni di terzi</b>
<b>be.00.000000</b>	<b>Personale del ruolo sanitario</b>
<b>bf.00.000000</b>	<b>Personale del ruolo professionale</b>
<b>bg.00.000000</b>	<b>Personale del ruolo Tecnico</b>
<b>bh.00.000000</b>	<b>Personale del ruolo amministrativo</b>
<b>bi.00.000000</b>	<b>Oneri diversi di gestione</b>
<b>bl.00.000000</b>	<b>Ammortamenti delle immob. immateriali</b>
<b>bm.00.000000</b>	<b>Ammortamenti delle immobilizz.materiali</b>
<b>bn.00.000000</b>	<b>Ammortamenti fabbricati</b>
<b>bo.00.000000</b>	<b>Ammort. delle altre immob. materiali</b>
<b>bp.00.000000</b>	<b>Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>
<b>BQ.00.000000</b>	<b>VARIAZIONE DELLE RIMANENZE</b>
<b>br.00.000000</b>	<b>Accantonamenti tipici dell'esercizio</b>

Fonte: Piano dei Fattori Produttivi Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

Per un'analisi approfondita circa l'impostazione del documento, si rimanda all'articolo 2425 c.c. che norma la struttura del Conto Economico civilistico (dal quale il Piano dei Fattori Produttivi si basa).

A ragione di quanto appena descritto, è importante che le regole di utilizzo dei suddetti strumenti-base di Contabilità Analitica (Centri di Costo e Fattori Produttivi), vengano "riconosciute" e applicate da tutti i soggetti aziendali coinvolti nell'attività di tenuta contabile, al fine di poter impostare, da parte del management, sistematici, tempestivi e corretti monitoraggi sulla economicità della gestione aziendale.

### **2.3. Metodologia di attribuzione dei costi ai Centri di Costo**

Dopo aver parlato delle prime due fasi caratterizzanti il sistema di Contabilità Analitica per Centri di Costo, di seguito vengono introdotte le successive fasi che consentono di arrivare alla produzione di Report dettagliati e di svolgere così analisi e valutazioni di efficacia ed efficienza.

Nella terza fase di attribuzione dei costi ai Centri di Costo, vengono presi in considerazione sia i costi delle risorse produttive utilizzate sia direttamente che indirettamente da Centri di Costo e Centri di Responsabilità.

È importante ricordare però che alcuni Fattori vengono utilizzati contemporaneamente da più Centri di Costo e quindi nasce il problema di come ripartire il costo del Fattore per i singoli Centri utilizzatori.

A tal scopo, è opportuno riprendere brevemente i concetti teorici di costo diretto e indiretto.

Il costo diretto è quel costo imputabile in maniera "certa ed univoca" ad un singolo Centro di Costo, che in questo caso corrisponde a un Centro di Costo finale (operativo o ausiliario). Sono quei costi che vengono immediatamente presi in considerazione per attribuire valore ad una attività o servizio svolto.

Ci saranno dei costi diretti che verranno imputati immediatamente al Centro di Costo finale-operativo (che corrisponde al Centro di Responsabilità) e ci saranno dei costi diretti che verranno imputati prima ai Centri di Costo finale-ausiliari e successivamente (per un'analisi complessiva della performance dell'area) concorreranno insieme ai precedenti alla quota di costo totale riferita al Centro di Responsabilità.

Il costo indiretto, invece, è il costo del Fattore Produttivo che viene utilizzato in più Centri di Costo / Responsabilità e per il quale non si riscontra una relazione diretta con l'oggetto della misurazione. Non sono collegabili ad una singola area o prestazione, ma essendo comunque

indispensabili per il funzionamento delle attività, dovranno esser ricollegati “equamente” ad esse attraverso dei sistemi di imputazione<sup>124</sup>.

Nella pratica avviene che l’UOC Controllo di Gestione procederà a “localizzare” i costi in due steps:

1. attribuendo prima i costi **diretti** ai Centri (intermedi e finali) che utilizzano in maniera diretta i Fattori Produttivi considerati;
2. attribuendo poi i costi **indiretti** attraverso un criterio di ripartizione il più possibile corrispondente al reale “contributo” offerto al servizio finale. In questo caso si distinguono i costi indiretti:
  - utilizzati da più Centri e ripartibili con una misurazione oggettiva sulla base del loro consumo del Fattore;
  - utilizzati da più Centri ma non ripartibili sulla base di criteri oggettivi e per i quali ci si servirà di ulteriori parametri di risoluzione.

Nel caso dell’imputazione di costi indiretti, sarà opportuno riunire i costi in un apposito centro “fittizio”, denominato anche **Centro di Costo “comuni”**, per indicare che la natura di questi costi dovranno subire un ribaltamento in altri centri di costo attraverso dei drivers. L’associazione di una voce di costo ad una categoria piuttosto che a un’altra è relativa perché dipende da quale oggetto di calcolo si sta considerando. Una stessa voce di costo infatti, può essere un costo diretto o indiretto a seconda dell’unità aziendale o prodotto usato come riferimento.

Di seguito, si riportano degli esempi pratici per far meglio comprendere il meccanismo di attribuzione dei costi ad opera dell’UOC Controllo di Gestione ed è importante premettere che non esistono dei criteri di ripartizione validi univocamente e indistintamente per tutte le Aziende Sanitarie poiché, sulla base delle loro peculiarità, numero di strutture afferenti, organizzazione e livello di cultura manageriale, ognuna fa propri dei criteri specifici sia rispetto al grado di approfondimento che richiedono alle loro analisi, sia rispetto alle proprie valutazioni e obiettivi aziendali<sup>125</sup>.

Partendo dai costi diretti, si riporta l’esempio del costo del “Personale Infermieristico Ostetrico”, che rappresenta appunto un costo diretto per l’UOC Ostetricia e Ginecologia e che sarà immediatamente imputato al Centro di Costo finale-operativo (Centro di Responsabilità) senza transitare per un Centro ausiliario come Sala parto o Day hospital-ostetricia e ginecologia. Questo perché il personale opera indistintamente in tutti gli ambiti dell’unità

---

<sup>124</sup> Cinquini, 2017, Cost Management: Volume I, Giappichelli Editore.

<sup>125</sup> Piano dei Centri di Costo dell’ULSS 4.

operativa e una distribuzione per Centri ausiliari risulterebbe fuorviante e difficile da applicare.

Il costo del prodotto farmaceutico “Antiemorragico” rappresenta sempre un costo diretto per l’UOC Ostetricia e Ginecologia ma, a differenza del precedente, sarà prima imputato al Centro di Costo ausiliario come Sala parto o Magazzino Sala Parto (perché direttamente collegabile ed imputabile agli specifici rami di attività) e solo successivamente concorrerà a determinare i costi del Centro di Costo finale-operativo di UOC Ostetricia e Ginecologia.

Un altro esempio può essere rappresentato dal Fattore Produttivo “Farmaci utilizzati nel diabete” imputato al Centro di Costo “UOSD Diabetologia e complicanze del diabete” afferente all’UOC Medicina sotto il Dipartimento Medico.

Il costo viene attribuito direttamente e in maniera univoca, al Centro di Costo ausiliario denominato “UOC Medicina” (sito in “Distribuzione diretta farmaci” al di sotto del Centro di Costo finale UOC “Cure Primarie” e afferente al Dipartimento della funzione territoriale) che è ausiliario all’UOSD “Diabetologia e complicanze del diabete” sulla base delle “richieste” fatte dall’UOC Medicina al magazzino farmaci e le relative movimentazioni di scarico, e successivamente sarà imputato all’Unità Operativa Semplice di Diabetologia.

Spostandoci sul fronte dei costi indiretti e riferendoci alla prima tipologia ripartibile con misurazione oggettiva, prendiamo ad esempio i costi per il servizio di pulizia o per la raccolta e smaltimento rifiuti speciali ospedalieri, i quali sono servizi esternalizzati con apposito appalto che viene aggiudicato a prezzi fissi per le prestazioni oggetto di contratto. Detti costi verranno imputati alle diverse Unità Operative interessate con drivers sufficientemente razionali ed oggettivi, come m<sup>2</sup> puliti e livello di pulizia richiesta<sup>126</sup> e numero di container di rifiuti riempiti in un dato periodo di osservazione da ciascun Reparto/servizio.

Un altro esempio sono i costi riferiti all’Accettazione e sportelli CUP. Dal momento che questi Uffici svolgono l’attività in favore di diversi Centri di Costo, i costi a loro afferenti vengono “in primis” inseriti nei Centri di costo generali di ogni Presidio Ospedaliero (San Donà di Piave, Portogruaro e Jesolo), in capo all’UOC Direzione Amministrativa di Ospedale a sua volta in capo alla Struttura Operativa Direzione della Funzione Ospedaliera e, successivamente, verranno ribaltati ai singoli reparti ospedalieri in relazione al numero di prestazioni (ricoveri, visite, esami specialistici) effettuate nel periodo preso in considerazione.

Anche per i costi del servizio di lavanolo, il controllo di gestione opera una ripartizione tramite drivers il più possibile razionali: il criterio scelto è il numero di giornate di degenza accumulate da ciascun reparto, in quanto la tipologia del servizio richiesto può essere riconducibile ai cambi giornalieri della biancheria. Potrebbero essere presi in considerazione anche altri

---

<sup>126</sup> Si presume un livello di intensità di pulizia maggiore per le zone cliniche che necessitano di un grado di decontaminazione elevato come le sale operatorie, sale parto e ambulatori.

parametri come il numero di posti letto o il personale addetto all'attività di lavaggio, ma questi vengono considerati non idonei a rappresentare un attendibile parametro di misurazione finale.

Riferendoci invece alla seconda tipologia di costi indiretti, prendiamo a titolo di esempio i costi legati ai servizi generali, come il servizio di vigilanza delle sedi ospedaliere, il cui costo non può essere razionalmente ripartito e attribuito poiché non è possibile misurare l'effettivo utilizzo da parte delle diverse unità operative dell'Azienda.

Altri costi che rientrano in questa tipologia sono quelli dell'erogazione dell'energia elettrica e della centrale termica, delle utenze telefoniche, di assistenza religiosa, di gruppo operatorio e di anestesia.

Per censire questi costi vengono appositamente creati dei Centri di Costo comuni suddivisi per Presidio Ospedaliero di riferimento e inseriti in capo al Dipartimento della Direzione Medica Ospedaliera al quale afferiscono per responsabilità tutti i servizi generali e funzionali. Questi costi verranno successivamente ribaltati nei Centri di Costo finali sulla base di indicatori che consentono di ripartirli in eque percentuali di utilizzo.

Per quanto riguarda i costi dell'energia elettrica e della centrale termica, viene creato un Centro di Costo comune all'interno del Centro di Costo finale UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali afferente alla Direzione Amministrativa e detti costi saranno poi ribaltati in altri Centri di Costo intermedi o finali sulla base del driver (il più possibile approssimativo) dei m<sup>2</sup>cubi consumati. In questo caso appare difficile identificare un parametro maggiormente oggettivo in quanto questa tipologia di costi generali viene calcolata sulla base del consumo totale per l'immobile di riferimento e di conseguenza non si è in grado di effettuare un'imputazione specifica ad ogni singolo reparto.

Anche i costi delle utenze telefoniche vengono ripartiti sulla base di un equo e proporzionale driver dato che non si riesce a quantificare con facilità l'esatto numero di scatti attivati da ciascuna utenza dipendente. Dalla creazione di un Centro di Costo comune suddiviso per Presidio Ospedaliero, all'interno del Dipartimento di Direzione Medica Ospedaliera, si procederà al ribaltamento del costo verso i Centri di Costo finali con riferimento al numero di linee telefoniche attive in ciascun reparto o servizio.

Pure l'assistenza religiosa è un costo fittizio perché non è possibile quantificare l'attività svolta dal personale religioso. Il Centro di Costo comune Assistenza religiosa sarà ripartito sulla base di una proporzione non causale.

Per esaminare il Centro di costo riferito al Gruppo operatorio si devono distinguere le sale operatorie dedicate ad una specifica attività clinica e quelle comuni utilizzate contemporaneamente da più reparti.

Nel primo caso se una unità operativa ha sala operatoria di cui è l'unica utilizzatrice, i costi totali sostenuti sono attribuiti solo ad essa. Nel nostro caso l'unica sala operatoria dedicata è quella di Oculistica, per la quale è stato creato un Centro di Costo dedicato e ausiliario sito all'interno di UOC Oculistica e nel quale entreranno tutti i costi sostenuti in maniera diretta e univoca.

Per le sale operatorie di uso comune si procede invece con la creazione di un Centro di Costo comune Gruppo Operatorio, suddiviso per Presidio Ospedaliero, e successivamente si procederà al ribaltamento dei costi sulle unità operative che si sono avvalse dell'utilizzo per la propria attività clinica istituzionale individuando un criterio il più possibile proporzionale al reale utilizzo di ciascuna (ad esempio sulla base del numero di interventi svolti, sulla base del numero di ore di intervento o sulla base del numero di personale impiegato per ciascun intervento).

Infine prendendo in esempio il personale medico con qualifica di Anestesista, afferente al Centro di Costo UOC Anestesia e Rianimazione, il quale svolge la propria attività anche in supporto al Gruppo Operatorio. I costi di attività di detto personale vengono attribuiti al Gruppo Operatorio e successivamente ribaltati alle unità operative che si sono avvalse della collaborazione con i parametri già espressi in precedenza.

Ricordiamo che questi sono tipici casi di costi dove risulta difficile misurarne l'attribuzione ai singoli Centri di Costo e quindi la creazione di un Centro di Costo comune ribaltato per una percentuale di utilizzo che non segue un principio causale, sembra essere la soluzione attualmente più corretta per l'Azienda per effettuare il controllo e la distribuzione di questi costi.

È importante constatare che se risulta possibile, è consigliabile tentare di ridurre il numero di centri di costo comuni ribaltabili ai vari reparti, dal momento che questi non possono assicurare un grado di coerenza massima nella fase di ribaltamento anche se va evidenziato che con l'aumento del livello di dettaglio alla struttura del Piano dei Centri di Costo, le rilevazioni e le attribuzioni dei costi comportano un maggior grado di difficoltà e un maggior "onere" di rilevamento.

Di conseguenza, un adeguato **grado di aggregazione** dei Centri di Costo permette la stesura di documenti programmatici e di monitoraggio sufficientemente analitici e riflettenti le condizioni operative del quotidiano, consentendo di assumere decisioni tempestive in ambito gestionale e organizzativo di ogni singola componente operativa aziendale.

A livello pratico, nella maggioranza dei casi, i costi sono subito ripartiti e attribuiti alle Unità Operative interessate dal personale dipendente addetto a tale attività, sulla base di criteri prestabiliti per contratto o decisi dalla Direzione Aziendale mentre, per quanto riguarda i costi indiretti ribaltabili, l'UOC Controllo di Gestione si occuperà di ridistribuirli sulla base di criteri

precedentemente stabiliti elaborando “**schede sintetiche di ripartizione**” dei costi, utili anche a predisporre i successivi Reports con i dati finali da sottoporre in esame alla Direzione Strategica.

Il sistema di Contabilità Analitica aziendale prevede una quarta **fase di allineamento** tra la Contabilità Analitica e la Contabilità Generale che rappresenta un momento imprescindibile di verifica della completezza e dell’attendibilità dei dati di Co.An.

Questi due sistemi di rilevazione contabile (introdotti nel paragrafo 2.1) autonomi nel loro funzionamento, rilevazioni e scopi finali, vengono predisposti parallelamente ma il loro collegamento diventa molto importante ai fini della riconciliazione del risultato derivante dal controllo dei costi e ricavi di gestione, con il risultato d’esercizio derivante dalla Contabilità Gestionale.

A supporto dell’allineamento fra la due contabilità vi è un **sistema di quadratura** formale che consente di verificare che tutti i dati inseriti nella Co.An siano corretti, senza omissioni o duplicazioni e che i risultati sintetici presenti in Co.Ge siano stati elaborati in modo corretto e completo rispetto ai dati derivanti dalla Contabilità Analitica (ad esempio la classificazione e corretta contabilizzazione dei costi di beni sanitari tra cui farmaci o dispositivi medici).

Con il meccanismo della quadratura, svolta dall’UOC Controllo di Gestione attraverso un apposito gestionale informativo-contabile, si è in grado di comparare tutte le voci di costo e di ricavo, rilevando il possibile scostamento tra le due Contabilità, che viene considerato rilevante se superiore al circa 10% in valore assoluto.

In questo caso si procederà con l’individuazione delle possibili cause di scostamento “rilevante”, procedendo se possibile alle rettifiche e ad una nuova riconciliazione fra le Contabilità, diversamente lo scostamento verrà giustificato mediante apposita relazione scritta contenente le azioni future da perseguire per eliminare lo scostamento.

Sia nel caso di corretta quadratura che in quella di uno scostamento, ulteriore passo da compiere per il controllo di gestione è quello di procedere con la predisposizione di Report di monitoraggio che consentano poi di restituire un documento formale di Budget periodico per singola Unità Operativa o Centro di Responsabilità nel quale ogni singolo Responsabile potrà constatare e monitorare la situazione economica-gestionale dell’area di cui è responsabile. Questo consentirà di individuare le anomalie di funzionamento, evidenziabili da valutazioni sugli scostamenti o da comparazioni dei dati, così da attuare tutte le decisioni correttive possibili.

Per l’attività propria l’Azienda ULSS 4 utilizza il gestionale di magazzino e di tenuta contabile denominato “NFS” della società Dedalus S.p.A. del quale si avvale per la propria attività anche l’UOC Controllo di Gestione, in associazione al programma di monitoraggio e reporting

denominato “Khalix”. Il trasferimento dei dati contabili dal gestionale di contabilità “NFS” a quello di reporting “Khalix” viene attuato mediante un’operazione di collegamento chiamata “Ponte”, che permette di rielaborare l’importante flusso di dati contabili, restituendo in maniera informatizzata schede di Report e di Budget affidabili.

L’obiettivo dell’intero sistema di Contabilità Analitica per Centri di Costo non è solo quello di portare ad una corretta contabilizzazione dei costi, ma anche di far prendere coscienza che se ben alimentato ed implementato, questo strumento è in grado di apportare a tutta l’Azienda vantaggi non solo economici, ma anche organizzativi e funzionali.

### **2.3.1. Modalità alternativa di contabilità basata sul sistema Activity Based Costing - la prestazione come oggetto di misurazione**

Abbiamo finora visto come il modello tradizionale di Contabilità Analitica per Centri di Costo sia in grado di soddisfare richieste conoscitive di determinazione dei costi dei vari reparti, servizi e Unità Operative, i quali analizzati in contrapposizione ai relativi ricavi consentono di ottenere oltre che analisi sulla qualità e l’efficienza dell’Unità, anche un Budget economico da cui desumere informazioni utili a valutare l’impiego razionale delle risorse e valutazioni quanti-qualitative sui Responsabili di area.

Constatato che la contabilità per Centri di Costo fornisce “naturalmente” gli elementi utili a determinare questo tipo di analisi, si è deciso di fare un ulteriore passo in avanti e analizzare il contributo che questo tipo di contabilità riesce a dare nella misurazione e analisi del costo del prodotto finale sanitario.

Le Aziende Sanitarie sono produttrici di servizi alla persona, di assistenza sanitaria e socio sanitaria ai cittadini nel rispetto del diritto alla tutela della salute costituzionalmente garantito. I prodotti finali di questo tipo di aziende vengono classificati con il sistema DRG (Raggruppamento omogeneo di diagnosi), che classifica le prestazioni sanitarie e la tipologia di pazienti dimessi in gruppi omogenei sulla base di caratteristiche cliniche e assistenziali e quindi sul livello di trattamento atteso da un determinato percorso o prestazione clinica. Questa classificazione permette di quantificare da un punto di vista economico l’assorbimento delle risorse impiegate in determinati percorsi assistenziali, supportando le attività di analisi e valutazioni qualitative di performance dei Presidi Ospedalieri e dei Responsabili.

Se consideriamo come oggetto di misurazione, non più i reparti, le Unità Operative o i servizi, ma i **ricoveri e le prestazioni assistenziali**, la maggior parte dei costi considerati diretti diventano indiretti rispetto a quest’ultimi.



Inoltre se consideriamo anche che ci sono delle criticità derivanti dalla contabilità per centri di costo come quella di non riuscire a dividere in maniera oggettiva tutti i costi comuni indiretti, si rischia di creare inefficienze e non dare come risultato una visione chiara e concreta dell'utilizzo delle risorse da parte di ciascuna Unità.

Quindi si percepisce la necessità di utilizzare un diverso modello di contabilità dei costi, che miri a dare informazioni dettagliate sul costo dei ricoveri/prestazioni.

Attualmente, questo non deve essere in alcun modo inteso come una incapacità o inadeguatezza del sistema per centri di costo, tale da escluderlo o eliminarlo dalla prassi contabile, bensì come il modello principale (ancora obbligatorio per legge) per il controllo di gestione aziendale, al quale può essere **affiancato** un differente modello rispondente a finalità conoscitive differenti (analisi di performance di Unità o reparti contro analisi legate al prodotto assistenziale finale offerto all'utenza).

Non è possibile giudicare un sistema migliore di un altro, semplicemente assolvono a scopi conoscitivi differenti.

Negli ultimi anni è cresciuta l'esigenza da parte delle Aziende Sanitarie di conoscere ed individuare il costo di singole prestazioni, anche a seguito della trasformazione del sistema di finanziamento (che si basa sul rimborso in relazione alle prestazioni effettivamente erogate) e conseguente razionamento della spesa da parte delle Regioni prima e delle Aziende dopo; e poi a seguito della sempre maggior autonomia giuridica ed economica dei singoli enti a servizio della SSN.

Per poter contenere il più possibile i costi delle prestazioni finali, le Aziende devono essere in grado di poter monitorare i dati relativi alla prestazione e di conseguenza devono essere in grado di quantificare realisticamente il costo della stessa.

L'applicazione del sistema di remunerazione aziendale basati sui DRG presuppone analisi più approfondite sul prodotto, ovvero sul percorso che il paziente svolge da quanto entra a quando esce dall'ospedale. In aggiunta si è passati a dare molta importanza alla figura dell'utente-paziente e a considerarlo come il vero e proprio cliente finale.

Da tutto ciò deriva la diffusione nel settore sanitario di ideologie concorrenziali tipiche del settore privato che portano alla considerazione di ulteriori valutazioni di convenienza economica e attrazione della clientela a discapito della concorrenza in ottica di aumentare le remunerazioni e offrendo "prodotti" di qualità e riuscire a rientrare nel limite di finanziamento regionale.

Data la crescente importanza della determinazione di questo tipo di costo in ottica di contenimento della spesa nei limiti del finanziamento pubblico, l'Azienda ULSS 4 ha preso in considerazione negli ultimi anni la possibilità di affiancare il sistema di **contabilità basata sulle attività (Activity Based Costing)**<sup>127</sup>.

Questa innovativa metodologia di controllo di gestione, nata negli USA nella seconda metà degli anni Ottanta collega il costo di produzione della prestazione finale al costo di realizzazione dell'insieme di tutte le attività che hanno concorso ad erogarla.

Questo metodo di "ABC" si configura, come un metodo a costo pieno (come lo è quello per centri di costo) che considera sia i costi diretti che indiretti, è che si basa sul concetto **Attività** piuttosto che di volume dell'utilizzo del Fattore Produttivo. Il focus dell'oggetto di misurazione si sposta dalle performance delle Unità Operative (o reparti) alle singole attività e prestazioni finali.

I costi non vengono più collegati ai Centri di Costo / Responsabilità, bensì a tutte le attività poste in essere per realizzare il percorso assistenziale.

A tal scopo il modello presuppone l'identificazione puntuale e capillare di tutti i processi e sotto-processi coinvolti nella produzione dell'output finale.

L'Azienda dovrebbe identificare preventivamente quali sono le attività cliniche e assistenziali svolte, i processi e i sotto-processi che le generano, al fine di determinare il modo in cui essa impiega le risorse per produrre la prestazione finale. Analizzando ogni singolo processo e scomponendo lo stesso in **attività elementari** si potranno poi individuare le sequenze di processi e tutti i collegamenti tra le attività, e anche far emergere facilmente i fattori di successo e di criticità in ogni singolo percorso assistenziale. Questo fornisce al management dati utili per monitorare costantemente il livello di efficienza, efficacia ed economicità di ogni singola attività e quindi permettere di determinare le priorità di cambiamento e di formulare piani di breve o di lungo periodo per migliorare la qualità della cura e assistenza.

Grazie alla scomposizione di attività si procede con l'individuazione di costi e ricavi generali in ogni singolo steps del percorso di cura, determinando il valore economico delle singole attività.

L'assegnazione corretta dei costi alle attività avviene prendendo in considerazione dei parametri particolari che si basano su indicatori specifici di frequenza, durata o intensità dei costi. Successivamente si imputeranno i costi delle attività alle prestazioni oggetto di

---

<sup>127</sup> Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.

misurazione sulla base del contributo di quella attività specifica nell'erogazione dell'output finale.

È solo grazie a questo modello le aziende riuscirebbero ad evidenziare in maniera più oggettiva e mirata quali prestazioni, percorsi assistenziali costituiscono la maggior fonte di redditività perché giudicate qualitativamente e tempestivamente migliori. E inoltre, solo scomponendo i servizi in processi e attività elementari si è in grado di identificare quali sono i punti della catena che consentono di creare valore per l'Azienda (e per il cliente) e quali sono i punti della catena per i quali è importante elaborare strategie di sviluppo.

Nonostante i molteplici vantaggi che deriverebbero dall'implementazione di questo innovativo modello, si riscontra una rilevante complessità dovuta alla capacità di ottenere le informazioni dettagliate per eseguire questo tipo di analisi sui costi<sup>128</sup>.

Solo un software gestionale avanzato e sviluppato può riuscire a fornire informazioni utili per implementare l'ABC. Una soluzione molto diffusa è quella di utilizzare un data-warehousing che raggruppa informazioni e dati da diverse sorgenti e le localizza in un'unica location centrale, che può essere utilizzata a seconda della finalità che si prefiggono.

Il metodo ABC, ad oggi, risulta difficile da implementare come metodologia di base per l'analisi e valutazione gestionale dell'Azienda ULSS 4, anche se rimane comunque il migliore strumento per compiere analisi precise accurate e specifiche.<sup>129</sup>

L'applicazione del metodo comporterebbe uno stravolgimento della logica strutturale dell'attività dei Presidi Ospedalieri e dei Dipartimenti, dovendo ragionare in un'ottica di sistema integrato dove le attività sono il fulcro del servizio svolto dall'Azienda. Si dovrebbe attribuire responsabilità alle attività e non più ai Centri di Responsabilità.

Entrando nel merito della struttura aziendale oggetto di studio, sarà utile secondo i casi e le finalità da raggiungere, scegliere quale sistema adottare. Se l'oggetto di analisi sono le unità operative nel complesso allora è indiscutibilmente preferibile il metodo tradizionale, se l'oggetto di analisi sono invece le prestazioni fra diverse unità allora il metodo da prendere in considerazione dovrebbe essere quello dell'ABC.

Questa duplice scelta sarà possibile solo grazie un sistema informativo adatto a contenere ed elaborare la massa di dati che ogni giorno si producono. Il sistema informatico attualmente in uso nell'Azienda, non riesce a contenere tutte le informazioni dettagliate sui percorsi dei pazienti, perciò l'applicazione massiva di questo modello appare ancora complessa. Al

---

<sup>128</sup> Intervista realizzata a cura dell'autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 4.

<sup>129</sup> Intervista realizzata a cura dell'autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 4.

momento, quindi, la sua implementazione potrebbe limitarsi all'analisi di alcuni brevi percorsi assistenziali.

In conclusione, prima di poter assistere ad una sua maggior diffusione, si dovrebbe migliorare l'apparato informatico e il sistema informativo attuale.

## **2.4. Procedura di attivazione dei Centri di Costo e Fattori Produttivi**

In ragione dell'importanza dei Piani dei Centri di Costo e dei Fattori Produttivi esposta nei paragrafi precedenti, si pone ora attenzione alla procedura operativa che consente, nel corso del tempo, di mantenere il Piano funzionale e adeguatamente aggiornato sugli accadimenti della vita aziendale, in quanto è molto importante che questi documenti vengano predisposti con un criterio di uniformità e coerenza e che vengano mantenuti rispettando questo criterio.

Risulta quindi fondamentale la diffusione di **buone pratiche di rendicontazione** e tenuta contabile tra gli operatori dell'UOC Controllo di Gestione ai fini della corretta allocazione dei costi e dei ricavi aziendali e di seguito vengono quindi illustrate le procedure di riferimento per la gestione del Piano dei Centri di Costo, con particolare riferimento alle modalità di apertura, chiusura e modifica della tipologia del CdC/CdR e, successivamente, verrà poi riportata anche la procedura di attivazione di un Fattore Produttivo.

Queste due procedure non devono intendersi strettamente collegate poiché la creazione di un Centro di Costo non implica necessariamente la concomitante creazione di un Fattore Produttivo e viceversa.

L'aggiornamento del Piano dei CdC deve rispondere a criteri di significatività qualitativa e quantitativa, evitando una sua frammentazione eccessiva che ne complicherebbe la gestione operativa e tuttavia va ricordato che pur essendo strettamente legato all'organigramma aziendale e alle sue peculiarità organizzative e territoriali, mantiene nel tempo una certa stabilità e coerenza rispetto alle periodiche varianti a cui l'organigramma è sottoposto.

Il Controllo di Gestione provvede alla gestione operativa del piano, al suo aggiornamento e alle sue periodiche revisioni, effettuando anche il monitoraggio sul suo effettivo utilizzo in termini di allocazione delle risorse e di rilevazione di costi ed attività per cui, in caso di mancato utilizzo di alcuni centri di rilevazione, ne propone l'eventuale soppressione o modifica alla Direzione Aziendale<sup>130</sup>.

---

<sup>130</sup> Intervista realizzata a cura dell'autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell'UOC Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 4.

## Procedura per l'apertura di un nuovo Centro di Responsabilità

Tutte le operazioni riguardanti l'implementazione, la modifica, la soppressione, il trasferimento, l'accorpamento o la separazione di strutture aziendali vengono decise dalla Direzione Aziendale sulla base delle rispettive sfere di competenza e quindi comunicate per i relativi adempimenti all'UOC Controllo di Gestione, così avviene anche per la creazione di un nuovo Centro di Responsabilità che si concretizza con l'individuazione del suo Responsabile e con l'assegnazione delle risorse necessarie al suo funzionamento.

I principali criteri che vengono presi in considerazione per l'apertura di un Centro di Responsabilità sono:

- la presenza di un responsabile e delle risorse umane e strumentali che concorrono alla creazione di valore all'interno del CdR (omogeneità);
- i consumi di risorse particolarmente rilevanti strettamente riconducibili e rilevabili con riferimento all'attività svolta (significatività delle risorse);
- le indicazioni specifiche provenienti dalla Direzione Generale rispetto alla strategicità della Struttura e alla eventuale necessità di prevederne una gestione "budgetaria" autonoma.

Una volta definita la struttura del Centro di Responsabilità, il Controllo di Gestione provvede all'aggiornamento del Piano dei Centri di Costo/Responsabilità attribuendone i relativi codici completi di descrizione e successivamente procede alla comunicazione dell'avvenuto aggiornamento ai responsabili ed utilizzatori dei gestionali informatici aziendali e a tutte le Unità Operative interessate alla modifica e, in nome del principio di trasparenza, alla pubblicazione del Piano aggiornato sul sito aziendale.

Nel caso in cui si renda necessario procedere all'accorpamento o alla scissione di strutture complesse si procederà invece con le operazioni di chiusura di un Centro di Responsabilità seguendo l'iter precedentemente indicato.

Figura 8. Estratto del Piano dei C.d.C relativo alla creazione del Centro di Responsabilità "Distretto".

CODICE C.d.C.	DESCRIZIONE DEL CENTRO DI COSTO	HSP	STS	Disciplina / Specialità
70 00 00	<b>DIREZIONE DELLA FUNZIONE DISTRETTUALE</b>			
70 00 05	UOS DIREZIONE DELLA FUNZIONE AMMINISTRATIVA			
70 00 20	Cordinamento Sportello integrato - Piano locale della domiciliarità			
12 21 20	U.O.C. MEDICINA TERRITORIALE			
	<b>DIRETTORE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE</b>			
	<b>DISTRETTO</b>			
Area SD	( Ceggia - Eraclea - Fossalta di Piave - Jesolo - Meolo - Musile di Piave - Noventa di Piave - S. Donà di Piave - Torre di Mosto )			
Area PG	( Annone Veneto - Caorle - Cinto Caomaggiore - Concordia Sagittaria - Fossalta di P.ro - Gruaro - Portogruaro - Pramaggiore - S. Stino di Liv. - San Michele al T.to - Teglio Veneto)			
	<b>U.O.C. DISTRETTO</b>			

cdc scaduto il 31/12/2015 con il nuovo atto aziendale - DM 70/2015	cdc creato il 17/12/08 da R.T. su richiesta di E. B. - sociale
cdc scaduto il 31/12/2015 con il nuovo atto aziendale - a seguito del DM 70/2015	cdc scaduto il 31/12/2015 con il nuovo atto aziendale - a seguito del DM 70/2015

Fonte: Piano dei Centri di Costo Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

Come si può notare dalla Figura di cui sopra, nel Piano dei Centri di Costo è stata creata la nuova Macro-struttura "Distretto" in risposta al DM n.70/2015 che ha comportato una riorganizzazione funzionale rispetto alla precedente suddivisione con l'intento di migliorare la qualità e la continuità dell'assistenza sanitaria e delle cure in ambito territoriale. Contestualmente alla creazione del Centro di Responsabilità "Distretto" si rileva la chiusura del precedente "Direzione della Funzione Distrettuale" con gli annessi Centri di Costo come riportato dal Controllo di Gestione nelle specifiche note di riferimento (data e persona richiedente) necessarie a garantire la trasparenza e conoscenza delle operazioni effettuate da parte di tutti coloro che utilizzano il Piano nell'ambito dell'attività istituzionale.

### **Procedura per l'apertura di un nuovo Centro di Costo**

Per quanto riguarda l'apertura di uno o più Centri di Costo, la procedura viene avviata direttamente dall'UOC Controllo di Gestione o a seguito di espressa richiesta formulata da un Responsabile di Unità Operativa Complessa o dal Responsabile del Dipartimento interessato nella quale deve essere illustrata la specificità e la consistenza della linea di attività per la quale si richiede il riconoscimento di un codice codifica, nonché indicare le risorse umane e monetarie da assegnare a quell'unità elementare.

L'apertura di un nuovo Centro di Costo avviene quindi per riconoscere l'importanza e l'operatività di un'area o di un particolare servizio offerto da una Unità Operativa, ravvisando inoltre la sussistenza dei seguenti principi fondamentali che sono alla base della individuazione di un Centro di Costo<sup>131</sup>:

- significatività dell'attività e dell'output finale offerto;
- omogeneità delle operazioni elementari e dei Fattori Produttivi impiegati dal Centro;
- autonomia gestionale e capacità di definizione delle responsabilità interne del Centro.

Il Controllo di Gestione, entro dieci giorni lavorativi dal suo ricevimento, verificherà la legittimità e la congruità della richiesta avanzata e con comunicazione scritta ne confermerà l'accoglimento procedendo poi con l'avvio dell'iter tecnico, mentre, nel caso in cui sussistano motivazioni per un suo respingimento le motiverà in forma scritta al Responsabile della Struttura richiedente.

Definito il codice codifica e la descrizione del Centro di Costo, verrà aggiornato il Piano dei Centri di Costo / Responsabilità, e verrà data comunicazione contestuale al Responsabile richiedente e alle unità organizzative utilizzatrici degli applicativi informatici contabili e interessate alla creazione. Successivamente verrà reso pubblico il Piano aggiornato con espressa indicazione della data di apertura del nuovo Centro di Costo.

---

<sup>131</sup> Vedi paragrafo 2.2 del presente elaborato.

Figura 9. Estratto del Piano dei Centri di Costo relativo ad attivazione di Centri di Costo.

CODICE C.d.C.	DESCRIZIONE DEL CENTRO DI COSTO	HSP	STS	Disciplin a / Specialit
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>				
11 01 00	DIRETTORE AMMINISTRATIVO			
11 01 10	INTERNAL AUDITING			
10 11 00	<b>U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE</b>			
11 21 00	<b>U.O.C. RISORSE UMANE</b>			
11 21 10	Stato Giuridico del Personale			
11 11 00	<b>U.O.C. AFFARI GENERALI</b>			
11 11 10	Segreteria di direzione			
01 10 01	Servizio di Portineria e Centralino			
11 23 00	<b>U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO</b>			
11 24 00	<b>U.O.C. PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA</b>			
11 24 05	Magazzino Logistica			
11 24 10	Farmaci scaduti			
11 24 15	Farmaci deteriorati			
11 22 50	<b>ATTIVITA' CONSORZIO ARSENAL</b>			
11 22 55	Progetto Escape			
11 22 56	Progetto fascicolo sanitario elettronico regionale (FSEr)			
11 25 00	<b>U.O.C. SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI</b>			

Da nuovo atto 2018 va nella Dir. Generale

cdc attivato il 30/12/2019 da R. T. su richiesta Farmacia-Provveditorato

cdc attivato da R.T. il 30/12/2019 su richiesta di G. D. - Provveditorato

cdc attivato il 30/12/2019 da R. T. su richiesta Farmacia-Provveditorato

Fonte: Piano dei Centri di Costo Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

Dalla Figura di cui sopra, è possibile notare come nel Piano dei Centri di Costo siano stati creati più Centri di Costo all'interno del Centro di Responsabilità UOC "Provveditorato Economato e Gestione della Logistica". Trattasi dei CdC Magazzino Logistica, Farmaci scaduti e Farmaci deteriorati, con annessi codici codifica univoci, accomunati dal prefisso (11 24) che identifica l'area territoriale della Sede amministrativa e la Struttura afferente.

Si illustra di seguito, dal punto di vista operativo come viene attivato un Centro di Costo negli applicativi informatici di contabilità e reportistica ("NFS" e "Khalix").

Quando il Controllo di Gestione deve codificare un Centro di Costo, definisce prioritariamente la sua identità numerica che dovrà essere conforme all'area territoriale e alla struttura di riferimento e successivamente inserirà il codice scelto nel gestionale di tenuta della contabilità denominato "NFS" di Dedalus S.p.A., che lo confermerà oppure darà segnalazione qualora lo trovi già presente, per procedere così ad una nuova identificazione.

Verranno quindi inserite tutte le informazioni riguardanti il nuovo Centro di Costo compresa la data di attivazione e il nominativo della persona che ha effettuato l'operazione e a questo punto NFS permetterà agli utilizzatori di accedere al nuovo codice per le imputazioni dei costi dei Fattori Produttivi.

La stessa procedura dovrà essere eseguita nell'applicativo di reporting "Khalix" che consentirà poi di svolgere correttamente tutte le analisi e i controlli sul nuovo Centro di Costo. In carenza di detto aggiornamento si creerebbero delle inefficienze nella distribuzione dei costi di competenza che genererebbero in sede di Report e Budgeting degli scostamenti e delle non corrette imputazioni di costi diretti ma soprattutto indiretti.

In “Khalix” si dovrà inserire il codice codifica con annessa descrizione del Centro di Costo, seguendo le “gerarchie” di cui l’applicativo si compone (fra le quali ad esempio: “COGE12”, “Budget2019”, “Mod.Reg.LA”, “Operations”) che costituiscono dei modelli predefiniti di Budgeting e di Reporting che consentono di agevolare e di velocizzare la creazione di questi documenti importanti.

Solo con il completo collegamento ed aggiornamento dei dati viene rispettato il principio di uniformità e di trasparenza contabile<sup>132</sup>.

### **Procedura per la chiusura di un Centro di Costo**

È prevista la chiusura di un Centro di Costo per le seguenti cause:

- Necessità di accorpamento di linee di attività o di risorse precedentemente distinte;
- Inconsistenza qualitativa e/o quantitativa delle informazioni rilevabili dal centro di costo in esame;
- Esaurimento, cessazione o trasferimento ad altri soggetti di particolari linee di attività elementari.

Anche nel caso di chiusura di un Centro di Costo, la procedura può essere attivata sia su iniziativa del Controllo di Gestione, condivisa con il Responsabile del Centro di Responsabilità, o su espressa richiesta di quest’ultimo, ed è analoga a quella di apertura vista precedentemente, suddividendosi nelle seguenti fasi:

1. Verifica da parte del Controllo di Gestione dell’effettiva opportunità o necessità entro dieci giorni dalla richiesta;
2. Comunicazione dell’esito della verifica;
3. Modifica del Piano dei CdC e CdR;
4. Comunicazione dell’avvenuta chiusura agli interessati.

---

<sup>132</sup> Intervista realizzata a cura dell’autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell’UOC Controllo di Gestione dell’Azienda ULSS 4.



Figura 10. Estratto del Piano dei Centri di Costo relativo alla chiusura di un Centro di Costo.

<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>				
11 01 00	DIRETTORE AMMINISTRATIVO			
11 01 10	INTERNAL AUDITING			
10 11 00	<b>U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE</b>			
11 21 00	<b>U.O.C. RISORSE UMANE</b>			
11 21 10	Stato Giuridico del Personale			
11 21 20	Convenzioni			
11 11 00	<b>U.O.C. AFFARI GENERALI</b>			
11 11 10	Segreteria di direzione			
01 10 01	Servizio di Portineria e Centralino			
11 23 00	<b>U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO</b>			
11 24 00	<b>U.O.C. PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA</b>			
11 24 05	Magazzino Logistica			
11 24 10	Farmaci scaduti			
11 24 15	Farmaci deteriorati			
11 25 00	<b>U.O.C. SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI</b>			
	<u>SERVIZI TECNICI CENTRALIZZATI - P.O. DI PORTOGRUARO</u>			
41 80 01	magazzino tecnico			
41 81 01	officina ( operatori manutenzione )			
41 82 01	parco macchine			
41 83 03	ascensori			
	<u>SERVIZI TECNICI CENTRALIZZATI - EX SILO</u>			
01 01 21	EX SILO - Impianto condizionamento			

modifica descrizione da delibera n. 220 del 19/03/2018

cdc scaduto il 31/12/2012. il 04/07/2017 è stato verificato l'inutilizzo dal 31/12/12

Fonte: Piano dei Centri di Costo Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

Come si rileva dalla Figura soprastante, nell'ambito dell'UOC "Servizi tecnici e patrimoniali" è stato chiuso il Centro di Costo Parco macchine afferente al Presidio Ospedaliero di Portogruaro in quanto è stato verificato il suo inutilizzo per un periodo continuativo, motivato dalla riorganizzazione interna aziendale che ne ha accentrato i costi nell'omonimo Centro di Costo a San Donà di Piave.

### Procedura attivazione di un Fattore Produttivo

Anche l'attivazione di un nuovo Fattore Produttivo deve essere inserita negli applicativi informatici contabili in precedenza citati per permettere le seguenti attività:

- il collegamento con il Piano dei Conti in ottica di predisposizione corretta del Bilancio d'esercizio e di tenuta della Contabilità Generale aziendale;
- il collegamento con il Piano dei Centri di Costo ai fini della corretta imputazione dei costi dei Fattori Produttivi ai Centri di Costo utilizzatori;
- il collegamento con qualsiasi altra procedura applicativa aziendale.

Il nuovo Fattore Produttivo sarà identificato con un codice univoco alfanumerico e verrà collegato a:

- una posta di Conto Economico (procedura chiamata di “conciliazione”);
- uno o più Centri di Costo utilizzatori;
- una specifica classe merceologica che dovrà a sua volta essere collegata al codice di posta di bilancio;
- uno specifico codice articolo utilizzato nella predisposizione degli ordini di fornitura e nelle operazioni di carico e scarico delle bolle di consegna della merce.

A titolo d’esempio si riporta di seguito, un riepilogo di tutti i collegamenti per il Fattore Produttivo Noleggio attrezzature tecnico/sanitarie.

Figura 11: estratto del Piano dei Fattori Produttivi classe bd “Godimento di beni di terzi”.

<b>bd.00.000000 Godimento di beni di terzi</b>			
<b>bd.01.000000 Affitti passivi</b>			
<b>bd.01.010000 Affitti passivi - area sanitaria</b>			
	Z265	Z040304	Fitti reali (locazioni beni immobili)
	Z266	Z041050	Oneri accessori su locazioni
<b>bd.01.020000 Affitti passivi - area non sanitaria</b>			
	Z267	Z040309	Affitti - area non sanitaria (aule, palestre, piscina ....)
	Z358	Z040311	Fitti reali (locazioni beni immobili) - area non sanitaria
	Z386	Z040312	Oneri accessori su locazioni - area non sanitaria
<b>bd.02.000000 Canoni di noleggio</b>			
<b>bd.02.010000 Canoni di noleggio area sanitaria</b>			
<b>bd.02.010100 Canoni di noleggio - area sanitaria</b>			
	Z054	Z040501	Noleggio attrezzature tecnico/sanitarie
	Z393	Z040561	Altri noleggi sanitario
<b>bd.02.010200 Canoni di noleggio licenze software - area sanitaria</b>			
	Z300	Z040607	Canoni per licenza d'uso software sanitari
<b>bd.02.020000 Canoni di noleggio area non sanitaria</b>			
<b>bd.02.020100 Canoni di noleggio - area non sanitaria</b>			
		Z040602	Canoni per centri elettrocontabili
	Z059	Z040603	Canoni per fotocopiatrici
	Z053	Z040500	Noleggio automezzi
	Z057	Z040562	altri noleggi non sanitario
<b>bd.02.020200 Canoni di noleggio licenze software - area non sanitaria</b>			

Fonte: Piano dei Fattori Produttivi Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

- Fattore Produttivo: Z040501;
- Conto di contabilità: bd.02.010100 Canoni di Noleggio – area sanitaria;
- Centro di Costo abilitato all’utilizzo: 11 24 00 (UOC Provveditorato economato gestione della logistica);
- Classe merceologica: Z054;
- Codice articolo: BSE 040501<sup>133</sup>.

<sup>133</sup> Il presente codice è restituito dal gestionale NFS a seguito di apposita ricerca e selezionato in fase di ordine.

#### **2.4.1. Effetti dell’Emergenza Sanitaria da Covid-19 sul sistema di rilevazione, controllo e rendicontazione delle spese. Creazione di Centri di Costo “dedicati”.**

A causa dell’emergenza sanitaria da Covid-19 e dello stress improvviso e continuato sull’intero sistema economico, sociale e sanitario italiano, tutte le Aziende Sanitarie si sono trovate ad affrontare la situazione adottando le possibili innovazioni organizzative e assistenziali sia ospedaliere che territoriali necessarie a garantire l’assistenza sanitaria a tutti i cittadini di ogni fascia di età.

In risposta a queste esigenze, si sono susseguite a livello nazionale molteplici e periodiche disposizioni normative che hanno individuato strumenti, azioni e risorse straordinarie per il sostegno al sistema sanitario, recepite poi anche a livello regionale attraverso l’emanazione di apposite linee guida e ordinanze in materia.

Durante tutto il periodo di gestione della pandemia il controllo di gestione ha rivestito un ruolo fondamentale nell’attività di programmazione e di controllo nel medio/lungo termine, per assicurare la tenuta dell’Azienda, in considerazione dei nuovi aspetti emersi proprio con l’emergenza sanitaria:

- improvvisa riduzione dei ricoveri ordinari con la chiusura dei reparti ospedalieri;
- incremento del fabbisogno di personale medico e infermieristico;
- crescenti e aumentati fabbisogni di presidi medico-chirurgici, farmaci e apparecchiature elettromedicali;
- crescenti e aumentati fabbisogni di servizi generali (pulizie, trasporti ospedalieri, ecc.);
- degenze prolungate per la cura dei pazienti Covid;
- attivazione di nuovi posti letto nelle Terapie Intensive mediante l’individuazione di apposite aree intensive e sub-intensive ospedaliere
- attività di rendicontazione delle spese legate al rischio sanitario (*cd. risk management*).

Per consentire il governo e il monitoraggio sia in termini di attività che di rendicontazione delle spese legate alla gestione emergenziale le aziende sono state costrette a rivedere le procedure di controllo interno in quanto, con l’entrata in vigore del D.L. n. 18/2020 (*cd. Decreto “Cura Italia”*), sono state emanate regole in merito al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, al relativo impiego delle risorse e alla corretta, appropriata e trasparente gestione contabile.

L’articolo 18 del suddetto decreto cita: *“Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, è incrementato di 1.410 milioni di euro per l’anno 2020. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono, sulla contabilità dell’anno 2020, all’apertura di un Centro di Costo dedicato contrassegnato dal codice univoco “COV 20”, garantendo pertanto una tenuta*

*distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza che in ogni caso confluiscono nei modelli economici di cui al decreto ministeriale 24 maggio 2019...*"<sup>134</sup>

Inoltre è stato chiesto a ciascuna Regione di redigere un "Programma operativo di gestione dell'emergenza Covid-19", da sottoporre all'approvazione e al successivo monitoraggio del Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze.

La Regione del Veneto ha approvato il proprio programma operativo emergenziale con la Delibera di Giunta Regionale n. 552/2020 ad oggetto: "Approvazione del Piano Emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici con contestuale potenziamento della disponibilità posti letto e definizione di indirizzi organizzativi", puntando ad incrementare i posti letto di terapia intensiva e a potenziare la capacità degli ospedali regionali di far fronte ai bisogni emergenti, rimodulando l'offerta ospedaliera con l'attivazione di ospedali dedicati esclusivamente alla cura dei pazienti Covid.

Successivamente, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 782/2020 sono state programmate le azioni regionali attuative del Decreto Legge n. 34/2020 (denominato "Decreto Rilancio") con il quale sono state dettate specifiche disposizioni in merito alle competenze della Regione e degli enti del SSN per la gestione della pandemia.

La Corte dei Conti, con Deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR del 2020 ad oggetto "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da covid-19" si è espressa in merito all'attività degli organi di controllo interno e soprattutto per quanto attiene la verifica degli atti di spesa adottati "*in deroga alle ordinarie procedure amministrativo-contabili*" con particolare riferimento agli acquisti di beni e servizi, disponendo la comunicazione trimestrale alla Regione sui risultati delle verifiche di cassa e la trasmissione periodica (almeno semestrale) della relazione sull'andamento dell'attività aziendale.

È il Collegio Sindacale, l'organo di controllo che all'interno di ogni Azienda sanitaria è preposto alla verifica periodica della corretta individuazione e imputazione dei costi sostenuti per l'emergenza nei Centri di Costo specifici appositamente creati e ricollegabili anche ai fini della futura rendicontazione.<sup>135</sup>

Sempre con la Deliberazione n. 18/2020 la Corte dei Conti si è espressa in merito all'attività del Controllo di Gestione e ai controlli sulla valutazione dell'impatto pandemico sulla gestione aziendale, sugli equilibri di bilancio, sull'efficacia delle misure adottate e degli effetti sull'intera organizzazione.

---

<sup>134</sup> D. L n. 18/2020, articolo 18, comma 1.

<sup>135</sup> Deliberazione della Corte dei Conti N. 18/SEZAUT/2020/INPR, Linee di indirizzo della Corte dei Conti per i controlli interni.

I controlli sulle principali aree (personale e acquisto di beni e servizi) devono essere orientati a rendere disponibili in via sistematica informazioni relative alle eventuali criticità dovute alla possibile inefficienza nella organizzazione dei servizi amministrativi e sanitari, incrementando percorsi di autocontrollo finalizzati a razionalizzare la spesa dei principali Fattori Produttivi, anche mediante il supporto di un sistema di “cruscotti” per il governo aziendale, predisposto di concerto con la Regione.

Da un punto di vista operativo, ogni Azienda Sanitaria, in applicazione di quanto disposto dal D.L. n. 18/2020, ha istituito appositi **Centri di Costo dedicati “Covid”**, aggiornando ed integrando il proprio Piano dei Centri di Costo, al fine di garantire una corretta, veritiera e trasparente rappresentazione dei dati contabili riferiti ai costi che ogni Azienda ha sostenuto, a vario titolo, per gestire l'emergenza sanitaria.

Con le Figure 12 e 13 sotto riportate, si è voluto dare una rappresentazione di come l'Azienda oggetto di analisi si è attivata nella creazione di Centri di Costo “Covid”.

Figura 12: Creazione di Centri di Costo specifici “Covid”.

CODICE C.d.C.	DESCRIZIONE DEL CENTRO DI COSTO
	<b>U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. di Portogruaro</b>
41 21 00	U.O.S. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. di Portogruaro
41 21 20	U.O.S. TERAPIA INTENSIVA - P.O. di Portogruaro
41 21 30	Ambulatorio di Anestesia e Rianimazione
41 21 40	stock farmaci di emergenza rianimazione
42 22 00	U.O.S. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. di San Donà di Piave
42 22 01	ambulatorio
42 22 20	SERVIZIO DI TERAPIA INTENSIVA
42 22 40	stock farmaci di emergenza rianimazione
43 24 30	Malattie Infettive Covid-19
43 49 30	Terapia intensiva Covid-19
43 49 40	Pneumologia semi - intensiva - COVID
	<b>U.O.C. PRONTO SOCCORSO E ASTANTERIA - P.O. di Portogruaro (per uff. personale assegnazione personale dirigente)</b>
41 20 00	pronto soccorso presidio ospedaliero (per uff. personale assegnazione personale comparto)
41 20 01	servizio ambulanze
41 20 02	servizio ambulanze p.s. estivi
41 20 03	
41 20 91	CENTRO AZ. FORM. SULL'URGENZA-EMERG.- attività per esterni

cdc attivato il 06/03/2020 da R. T. su richiesta S. Bizzotto

cdc attivato il 06/03/2020 da R. T. su richiesta S. Bizzotto;

cdc attivato il 09/11/2020 da R. T. su richiesta S. Bizzotto

Fonte: Piano dei Centri di Costo Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

Figura 13: tabella riepilogativa dei Centri di Costo dedicati "Covid".

CDC	Descrizione
122410	ATTIVITÀ TERRITORIALE TAMPONI COVID 19
412417	COSTI PER LA DIAGNOSTICA - COVID (PG)
422617	COSTI PER LA DIAGNOSTICA COVID (SD)
432430	MALATTIE INFETTIVE COVID-19
434930	TERAPIA INTENSIVA COVID-19
434940	PNEUMOLOGIA SEMI INTENSIVA PO JESOLO COVID-19
705062	DAT - CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA - COVID 19
721078	CSR STELLA MARINA JESOLO COVID 19
731070	CSR SERENI ORIZZONTI CINTOCAOMAGGIORE CENTRO POST COVID 19
731073	CSR FRANCESCON - COVID 19
CDC	Descrizione
701004	USCA - COSTI COMUNI
701005	USCA - SAN DONA'
701006	USCA - CAORLE
701007	USCA - JESOLO
701008	USCA - PORTOGRUARO

Fonte: Materiale fornito dall'UOC Controllo di Gestione ULSS 4 (2020).

Essendo strumenti di controllo strettamente collegati fra loro, anche il Piano dei Fattori Produttivi ha dovuto aggiornarsi in tal senso, prevedendo l'inserimento di nuove e specifiche poste identificate "Covid" (come da Figura sotto riportata), non rientranti in categorie già codificate dall'Azienda, sempre nell'ottica di consentire l'immediata tracciabilità, la gestione separata e l'imputazione dei costi.

Figura 14: estratto del Piano dei Fattori Produttivi relativo alla classe ba. "Dispositivi medici".

ba.01.091101 Medicinali con aic, ad eccezione di vaccini ed amod. da a.s.p. regione			B.1.A.9.1	BA0301
Z520	Z030711	poste R (COVID) - medicinali con aic ad eccezione di vaccini ed emod. da a.s.p. regione - COVID		
Z545	Z030751	poste R - medicinali con aic ad eccezione di vaccini ed emoderivati da asp reg. - DPC		
ba.01.091102 Medicinali senza aic da a.s.p. regione			B.1.A.9.1	BA0301
Z521	Z030712	poste R (COVID) - medicinali senza aic da a.s.p. regione - COVID		
ba.01.091103 Emoderivati da produzione reg. da a.s.p. regione			B.1.A.9.1	BA0301
Z522	Z030713	poste R (COVID) - emoderivati di produzione reg. da a.s.p. regione - COVID		
ba.01.091301 Dispositivi protesici impiantabili da a.s.p. regione			B.1.A.9.3	BA0303
Z530	Z030714	poste R (COVID) - dispositivi protesici impiantabili da a.s.p. - COVID		
ba.01.091302 Dispositivi medici altro da a.s.p. regione			R B.1.A.9.3	BA0303
Z517	Z030715	poste R (COVID) - dispositivi medici - COVID		
Z546	Z030755	poste R - dispositivi medici altro - DPC		
ba.01.091303 Dispositivi medici impiantabili attivi da a.s.p. regione			B.1.A.9.3	BA0303
Z531	Z030716	poste R (COVID) - dispositivi medici impiantabili attivi da a.s.p. regione - COVID		
ba.01.091500 materiali per la profilassi (vaccini) da a.s.p. regione			B.1.A.9.5	BA0305
Z532	Z030719	poste R (COVID) - materiali per la profilassi (vaccini) da a.s.p. regione - COVID		
ba.01.091600 Prodotti chimici da a.s.p. regione			R B.1.A.9.6	BA0306
Z518	Z030720	poste R (COVID) - prodotti chimici - COVID		
ba.01.091800 altri beni e prodotti sanitari da a.s.p. regione			R B.1.A.9.8	BA0308
Z519	Z030725	poste R (COVID) - dispositivi di protezione individuale (DPI) - COVID		

Fonte: Piano dei Fattori Produttivi Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

A completamento ed integrazione della obbligatoria tracciabilità e rendicontazione separata dei costi “Covid”, anche l’UOC Contabilità e Bilancio, ha dovuto provvedere all’attivazione di appositi conti Co.Ge. dedicati, in affiancamento a quelli già esistenti e utilizzati per la gestione ordinaria.

Inoltre, l’UOC Contabilità e Bilancio, in ottemperanza all’ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 1832 del 17/11/2020, ha l’obbligo di rendicontare le spese relative all’attuazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, soggette a contributo statale<sup>136</sup>.

Le spese ammissibili sono riconducibili a tre categorie di interventi:

1. spese sostenute per l’esecuzione di lavori e per l’acquisto di attrezzature, dispositivi e servizi connessi per l’allestimento di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva;
2. spese sostenute per l’esecuzione di lavori e per l’acquisto di attrezzature, dispositivi e servizi connessi per la riorganizzazione dei Pronto Soccorso;
3. spese sostenute per l’acquisto di ambulanze e automediche.

Va inoltre evidenziato che le aziende hanno dovuto rivedere anche le proprie regole di approvvigionamento di beni e servizi e cespiti prevedendo, dal momento della richiesta di fabbisogno e successivamente negli ordinativi di fornitura, nei CIG (Codici Identificativi Gara) rilasciati dall’Autorità Anticorruzione (ANAC), e nella fattura emessa dagli operatori economici, l’identificazione “Covid” al fine di tracciare e rilevare i costi legati all’emergenza.

Tutto questo vuole dimostrare che il forte impegno richiesto alle Aziende Sanitarie per fronteggiare l’improvvisa emergenza, ha coinvolto non solo il personale medico e di comparto sanitario, ma anche tutte le componenti aziendali deputate alla gestione amministrativa dell’Azienda.

---

<sup>136</sup> D.L. n. 34/2020, “Disciplinare sui flussi finanziari e sulla rendicontazione delle spese relativo all’attuazione dei piani di riorganizzazione della rete ospedaliera, articolo 2.

## **2.5. Gestione del Flusso Informativo di dati per attività di analisi, valutazione e monitoraggio del Controllo di Gestione**

Come ben noto, l'UOC Controllo di Gestione opera in staff alla Direzione Strategica, supportandola nell'attività di formulazione degli obiettivi programmatici, presidiando il processo di programmazione, monitoraggio, rendicontazione e valutazione del conseguimento dei risultati prestabiliti.

Per poter svolgere tali funzioni, è indispensabile che alla base del processo ci siano gli strumenti e le procedure operative trattate in questo Capitolo come il sistema di budgeting e la Contabilità Analitica. Allo stesso tempo, però, questi strumenti non potrebbero funzionare senza una base di dati completa e aggiornata riferita ad ogni area e attività aziendale.

Il settore sanitario, a differenza di altri, si trova a produrre e gestire ogni giorno un vastissimo volume di dati (anche sensibili), che necessitano di essere trattati anche garantendo il rispetto della privacy e conservati a lungo per poter sviluppare oltre che studi epidemiologici anche controlli interni sull'attività e gestione. Nell'attuale periodo storico, è cresciuta l'importanza dell'implementazione di sistemi in grado di elaborare tutti i flussi informativi di dati aziendali, cioè aggregazioni strutturate ed organizzate di dati su tracciati definiti, e di riformulare il loro processo di acquisizione superando logiche ormai non più al passo con le attuali esigenze.

L'Azienda Sanitaria è tenuta a trasmettere alla Regione, ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Sanità e ad ogni altra Organizzazione/Ente interessato i flussi informativi di dati inerenti alla propria attività, finalizzati alla predisposizione di statistiche, rilevazioni, analisi di valutazione delle potenzialità di ogni singola Azienda e operazioni di "benchmarking" fra le diverse Aziende Sanitarie e le diverse Regioni.

Le rilevazioni effettuate con l'analisi dei flussi informativi permettono di acquisire anche informazioni più specifiche legate alle prestazioni per area, reparto, ricovero o per tipologia di diagnosi (ad esempio passaggi al pronto soccorso, attività di prevenzione, assistenze domiciliari di carattere socio-sanitario, etc.). L'acquisizione di questo tipo di informazioni si basa sulla qualità e congruità dei dati contenuti nell'importante strumento denominato Schede di Dimissione Ospedaliera (cd. "SDO"), che sono specifici documenti che devono obbligatoriamente essere compilati dal personale di reparto, partendo dal momento dell'accettazione del paziente (con i dati anagrafici e di contesto e le prime ipotesi di diagnosi) e fino al momento della sua dimissione (con tutti i dati inerenti alla diagnosi di dimissione, segnalazione di eventuale trasferimento, l'ora di dimissione, interventi chirurgici e procedure terapeutiche, etc.).

I dati aziendali raccolti attraverso questo documento costituiscono un indispensabile strumento di conoscenza, valutazione e programmazione delle attività di ricovero, sia sotto il profilo clinico (diagnosi, interventi, modalità di dimissione, etc.) che organizzativo (Unità



Operativa di ammissione e di dimissione, trasferimento, soggetto che sostiene i costi del ticket) e il loro flusso informativo permette di alimentare il **Sistema Informativo Socio-Sanitario**, una piattaforma di raccolta dati nazionale che mira a supportare i decisori politici nell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in tutto il territorio nazionale, a bilanciare la qualità e i costi sanitari, a supportare le Regioni nella gestione dei rispettivi SSR, rendendo disponibili informazioni complete, consistenti e tempestive.

Una seconda importante finalità dell'utilizzo di questo flusso di dati è legata alla verifica interna aziendale di congruità delle risorse finanziarie, economiche e umane destinate al perseguimento degli obiettivi di salute e funzionamento stabiliti a livello nazionale. In questo senso, si tratta di rielaborare i dati provenienti dai diversi flussi aziendali per analizzare e verificare la quota di risorse utilizzata rispetto a quella prestabilita anche in rapporto fra risorse impiegate e benefici ottenuti o in rapporto tra le risorse impiegate e il bacino di utenza.

Per predisporre questo tipo di analisi ci si serve dell'attività di reporting del controllo di gestione in grado di rilevare le influenze sui costi ma per ottimizzare lo scambio interno di informazioni e la rielaborazione e produzione di reportistica che soddisfi il bisogno informativo della direzione aziendale, tutti le componenti aziendale coinvolte devono alimentare correttamente e costantemente i dati richiesti mediante gli appositi strumenti e gestionali informatici messi a disposizione.

A livello regionale, con la DGRV n. 2860/2008, è stato previsto l'inserimento di uno specifico obiettivo fra quelli annualmente previsti per la valutazione della performance delle Aziende ULSS, in risposta della sempre maggior rilevanza assunta dalla tempestiva trasmissione dei flussi informativi e dalla qualità e completezza dei dati trasmessi. Successivamente, con DGRV n. 230/2018, la Regione ha stabilito che la correttezza e la tempestività di trasmissione dei flussi informativi quale prerequisito per l'accesso alla valutazione aziendale, comportando pertanto una rielaborazione dell'attività di produzione dei flussi informativi da parte delle Aziende Sanitarie mediante anche un aggiornamento ripetuto delle procedure e dei sistemi informatici a supporto del processo di produzione di dati.

L'UOC Controllo di Gestione è stata identificata come **referente aziendale** dell'intero processo di raccolta delle informazioni, di governo e gestione del patrimonio di dati e dell'attività di trasmissione e scambio dei flussi informativi all'esterno dell'Azienda.

I flussi informativi aziendali che il controllo di gestione supervisiona sono moltissimi e sono rappresentati nella seguente Figura anche se resta sempre aperta la possibilità di attivare ulteriori flussi informativi di dati che si rendessero necessarie per alimentare la banca dati aziendale<sup>137</sup>.

---

<sup>137</sup> Intervista realizzata a cura dell'autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell'UOC "Controllo di Gestione" dell'Azienda ULSS 4.

Di seguito si riporta l'elenco di tutti i flussi informativi attualmente attivi presso l'Azienda ULSS 4.

Tabella 1: Riepilogo dei flussi informativi attivi in Azienda ULSS 4.

Flusso SDO – Schede di Dimissione Ospedaliera
Flusso SDO Sintesi – Sintesi dimissioni amministrative (collegato al flusso SDO)
Flusso SPS – Specialistica ambulatoriale
Flusso SPS-SOGEI – Ricette di Specialistica comma 5, ex art. 50
Flusso Semplificazione Fiscale Invio a Sogei dati CUP per dichiarazione dei Redditi Precompilata
Flusso APS – Pronto Soccorso
Flusso DDF3 – Consumi di beni sanitari FASE 3 Prescrizioni e Farmaci
Flusso DM-IVD – Consumi di beni sanitari Dispositivi medici, contratti e consumi
Flusso FAROSP – Consumi di beni sanitari Farmaceutica ospedaliera
Flussi MOB – Mobilità sanitaria attiva
Flussi ministeriali – NSIS
Flussi IVG - ABS
Flusso URT – ODC – Unità Riabilitative Territoriali – Ospedali di Comunità
Flusso HSP – Hospice
Flusso ADI – Assistenza Domiciliare Integrata
Flusso STH – Prestazioni termali con oneri a carico del SSN
Flusso ex art.26 – Riabilitazione in età evolutiva ed adulta in presidi ex art.26 L. n. 833/1978
Flusso TAPS – Monitoraggio Tempi di Attesa
Flusso AP – Flusso assistenza protesica
Cruscotto AP – Monitoraggio regionale assistenza protesica
Flusso ALPI – Monitoraggio tempi di attesa – attività libero professionale intramuraria
Flusso CEDAP – Certificato di assistenza al parto
Flusso PST – Psichiatria Territoriale
Flusso SIND – Sistema informativo nazionale sulle Dipendenze
Flusso FAD – Area Disabili semi-residenzialità e residenzialità extra ospedaliera
Flusso FAR – Non autosufficienti semi-residenzialità e residenzialità extra ospedaliera
Flusso Tabella A – rilevazione dei dati di sintesi sul controllo ufficiale degli alimenti e bevande: attività ispettiva e tipologia di infrazioni del Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione
Flusso Monitoraggio Vaccinale – Monitoraggio Sospensione Obbligo Vaccinale
Flusso Mortalità
Flusso Attività Veterinari – Rilevazione dei dati di sintesi dell'attività di controllo ufficiale svolta dai servizi veterinari di area
Flusso ANAPT – Anatomia Patologica
Flusso ALDER - SIMES GRCS – Assicurazioni (sinistri)
Sistema ACG – Adjusted Clinical Groups

Fonte: Procedura Gestione flusso informativo 2020 Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

È importante evidenziare che nel corso dell'anno 2020 sono state apportate delle modifiche che hanno interessato il sistema di trasmissione dei flussi informativi e la definizione di alcuni di essi, anche alla luce dell'adozione di una nuova piattaforma di gestione dei flussi informativi sanitari “GeFis” specifica per la trasmissione dei flussi importanti tra cui SDO, SPS, Consumi sanitari e APS, da parte della Regione Veneto.

Nello specifico, le fasi richieste per completare un flusso informativo di dati sono sette e sono caratterizzate da specifiche responsabilità e tempistiche che possono essere condotte da soggetti diversi o ricondotte ad un unico soggetto responsabile. Di seguito elencate le suddette fasi con riferimento alla applicazione pratica della trasmissione del flusso informativo di dati APS – Pronto Soccorso.

Tabella 2: Procedura di raccolta e trasmissione dati relativa al flusso informativo dell'attività di Pronto Soccorso (APS).

<i>Riferimenti normativi</i>	<i>Nota regionale prot. n. 520378 del 28/12/2016</i> <i>Nota Azienda Zero prot. n. 14060 del 23/06/2020</i>
<b>FASE 1</b>	<b>Rilevazione dei dati</b>
	Quotidianamente, durante l'attività dei Pronto Soccorso
<b>FASE 2</b>	<b>Registrazione delle informazioni in una apposita procedura informatica</b>
	Gli operatori dei Pronto Soccorso provvedono a caricare nell'apposita procedura i verbali dell'attività erogata. La registrazione avviene in tempo reale con la firma elettronica del verbale di Pronto Soccorso.
<b>FASE 3</b>	<b>Produzione dei file secondo tracciato record richiesto per l'invio</b>
	L'UOC CdG, entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento, provvede all'estrazione dei file dalla procedura del Pronto Soccorso.
<b>FASE 4</b>	<b>Validazione delle informazioni attraverso procedure codificate</b>
	L'UOC CdG importa i file nell'applicativo "Easycat" e lancia i controlli. Al fine di verificare la qualità e la coerenza dei dati con gli standard regionali e prima del deposito finale del flusso, le Unità Operative di Pronto Soccorso, attraverso "Easycat" provvedono ad una verifica ed eventuale correzione dei dati.
<b>FASE 5</b>	<b>Invio all'ente richiedente</b>
	L'UOC CdG, entro le scadenze stabilite, provvede all'estrazione dei file da Easycat ed al caricamento degli stessi nel portale regionale GeFis.
<b>FASE 6</b>	<b>Trasmissione degli esiti del flusso depositato al responsabile del contenuto</b>
	La Regione rende disponibili le segnalazioni sui dati inviati. L'UOC CdG notifica tali anomalie alle Unità Operative di Pronto Soccorso per l'esame delle non conformità e gli eventuali interventi conseguenti.
<b>FASE 7</b>	<b>Richiesta di nuova trasmissione dei flussi a seguito delle correzioni</b>
	Il flusso APS non è cumulativo e pertanto, per recepire eventuali correzioni, è necessario ripetere l'invio di ciascun periodo interessato. A tal fine, l'UOC CdG, a fronte di richiesta delle strutture competenti, procederà ad elaborare una nuova estrazione dei dati e, eventualmente, a richiedere alla Regione una apertura straordinaria del portale per la trasmissione.

Fonte: Procedura Gestione flusso informativo 2020 Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

In considerazione del sempre più urgente e importante rispetto dell'adempimento informativo sia a livello regionale che nazionale e della sempre maggior complessità di governo delle informazioni, l'Azienda ha iniziato negli ultimi anni un percorso di aggiornamento delle attuali procedure informatiche e degli applicativi software ad essa dedicati per consentire un up-grade dell'informatizzazione aziendale mediante l'adozione di un nuovo data-warehouse aziendale (magazzino di dati) progettato per supportare le attività di Business Intelligence e l'area operativa di governo del nuovo sistema è sempre l'UOC Controllo di Gestione.

Attualmente l'Azienda ULSS 4 è ancora in fase di transizione dal sistema di reportistica attuale "Khalix" di Dedalus S.p.A. a quello innovativo denominato "BI4H" sempre dell'azienda Dedalus S.p.A. Questo sistema di "data management" centralizza una grande quantità di dati provenienti da una vastissima gamma di origini, genera i "metadati" sovra-strutturando il dato con informazioni di contesto e significato e li elabora per eseguire analisi, report e query complesse e in grado di riferirsi a grandi quantità di dati storici. Ovviamente, questo presuppone la necessità di incentivare e promuovere in tutta l'Azienda la rilevazione puntuale dei dati dettagliati riferiti ai livelli di consumo di ogni singola risorsa e a ogni attività dei singoli centri di costo al fine di creare una base di dati affidabile.

Il nuovo data warehouse consentirà di migliorare le informazioni alla base del processo decisionale e allo stesso tempo consentirà di creare un "archivio" storico prezioso per svolgere analisi statistiche passate e reports più approfonditi. I vantaggi che derivano dalla sua implementazione quindi sono:

- Analisi più capillari di un'attività o una prestazione (è maggiormente orientato all'attività) e capacità di andare dal generale al particolare velocemente;
- Interfaccia con più origini di flussi di dati e relativa elaborazione coerente;
- Creazione di una base di dati stabile e protetta nel tempo;
- Analisi con orizzonte temporale superiore rispetto ai sistemi di base;
- Tempestività del risultato richiesto;
- Opportunità di maggior tracciabilità e ottimizzazione degli accessi da parte degli utenti di sistema.

Sarà fondamentale creare delle interfacce "user friendly" per aiutare l'utilizzatore a ricavare con facilità le informazioni di cui necessita. Se ad esempio l'utente autorizzato volesse ricavare informazioni mirate su un singolo DRG, su una singola attività di reparto, con questo strumento innovativo potrebbe con facilità inserire i parametri oggetto di indagine e ottenere approfondimenti con un semplice click dal generale al particolare: su uno specifico anno, su base mensile, scegliendo un gruppo di degenza, sul reparto di dimissione, sulla Regione di residenza del paziente, sulla tipologia di DRG fino ad arrivare ad informazioni sul singolo

evento assistenziale, ovvero diagnosi, codice di accesso al Pronto Soccorso, ULSS di appartenenza, etc.

Questa rappresentazione multidimensionale con un dettaglio crescente di analisi e con un'interfaccia user friendly consente di modificare in qualsiasi momento la schermata di dati per far emergere il grado di dettaglio informativo desiderato. Condizione necessaria per la funzionalità dello strumento di immagazzinamento dati è garantire l'uniformità e l'eshaustività nella compilazione e codifica delle informazioni.

Questo consentirà, anche alla stregua dell'emergenza sanitaria da Covid-19, in un futuro prossimo quando l'applicativo sarà completamente in funzione, di svolgere specifiche analisi temporali epidemiologiche che attualmente non si è in grado di svolgere con dettaglio e tempestività e soprattutto di contenere tutte le informazioni in vista di previsioni per il futuro.

## **CAPITOLO 3 - Analisi di un caso specifico: Valutazione di Flussi di dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso nell'anno 2020 durante l'Emergenza Sanitaria da Covid-19.**

La trattazione oggetto del presente paragrafo è il risultato dell'esperienza di tirocinio svolta in presenza, nel corso della attuale emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Sars-Cov2, presso l'UOC Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" e, mediante l'analisi dei dati estrapolati dal flusso informativo del Pronto Soccorso (APS), verranno messi evidenza gli effetti della pandemia sull'intero apparato sanitario con particolare riferimento sull'attività nelle strutture di Pronto Soccorso.

Come già trattato nel paragrafo precedente, il Controllo di Gestione è l'unità operativa responsabile della raccolta, gestione e del governo dei diversi flussi informativi aziendali, per svolgere analisi a livello aziendale per le proprie necessità di governance e per trasmetterli alla Regione e allo Stato per analisi di benchmark, valutazioni di performance o di finanziamento.

L'analisi che segue ha lo scopo di fornire una visione generale di tipo gestionale e operativo dell'attività svolta dai servizi di Pronto Soccorso, evidenziando le soluzioni adottate e confrontando le valutazioni qualitative con un'analisi quantitativa basata sui dati estrapolati.

È quindi importante inquadrare preliminarmente il contesto in cui opera e le competenze affidate alle strutture di Pronto Soccorso premettendo che *"I Pronto Soccorso rispondono ad una elevata richiesta di assistenza e prestazioni sanitarie, di qualsiasi tipo ed in qualsiasi momento, pertanto gestiscono richieste estremamente variabili e l'erogazione delle relative prestazioni 24/7 comportano una variabilità di processo che rende particolarmente complesso ed interessante questo ambito gestionale, su cui si è sviluppata nel tempo una robusta letteratura manageriale."*<sup>138</sup>

### **3.1. Attività del Pronto Soccorso a livello operativo**

Il Pronto Soccorso (PS) è la struttura ospedaliera dedicata al trattamento delle emergenze e delle urgenze sanitarie ed è considerata una delle principali porte d'ingresso ai servizi sanitari e nodo di smistamento per i ricoveri ospedalieri negli opportuni reparti.

Le mission del Pronto Soccorso, che forniscono un'elevata e tempestiva qualità di cure attraverso i migliori percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali sono tre:

1. Stabilizzazione del paziente instabile e critico;
2. Stratificazione del rischio, filtro ai ricoveri e controllo sull'appropriatezza degli stessi;

---

<sup>138</sup> Rapporto OASI, Mazzocato et al. 2012, Chan et al. 2014, Mercer et al. 2019, CERGAS.

3. Assistenza a tutti coloro che si presentano nella struttura, compresi i pazienti con urgenze differibili o non urgenti<sup>139</sup>.

Alla struttura di Pronto Soccorso spetta anche l'attività di Osservazione Breve Intensiva, ovvero la gestione in tempi brevi (entro le 48 ore circa) di patologie acute prevedibilmente risolubili in questo lasso di tempo, attraverso la stesura e l'applicazione di specifici protocolli. Questa attività ha il duplice scopo di ridurre i ricoveri inappropriati e al tempo stesso di ridurre le dimissioni incaute, aumentando sia l'appropriatezza (uno dei più ambiti indicatori di performance) che la sicurezza delle cure, entrambe dimensioni essenziali della qualità.

Nel corso degli anni, si è assistito ad un rimodellamento operativo e gestionale del percorso dei pazienti nelle strutture ospedaliere e, con il D.M. n. 70/2015, è stata ribadita a livello nazionale l'importanza strategica della Rete di emergenza-urgenza e delle singole strutture coinvolte di seguito indicate:

- Centrali Operative SUEM 118 per la prima risposta di emergenza extra-ospedaliera;
- Rete Territoriale di Soccorso per la gestione dell'emergenza-urgenza e il trasporto presso l'ospedale più vicino e più adatto;
- Rete Ospedaliera per la cura e l'assistenza sanitaria.

All'interno di questo frame organizzativo i Pronto Soccorso rappresentano gli "snodi funzionali" di tutte le strutture della Rete, costituite dagli altri PS e dalle strutture ospedaliere di diversa complessità assistenziale, competenze specialistiche e livello di operatività.

Tutte le Unità Operative di Pronto Soccorso si relazionano secondo il modello "Hub & Spoke", il quale opera su quattro differenti livelli operativi per rispondere alle situazioni di emergenza-urgenza in modo completo su tutto il territorio:

1. Ospedale DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) di secondo livello – Hub;
2. Ospedale DEA di primo livello – Spoke;
3. Ospedale sede di Pronto Soccorso;
4. Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate.

Considerato che non tutte le strutture ospedaliere, sulla base del loro grado di importanza sul territorio, dispongono delle competenze e delle apparecchiature necessarie a gestire i casi più gravi e patologie più rare, la Rete di Emergenza-Urgenza prevede che l'assistenza per questi casi venga fornita dai centri Hub di eccellenza regionale, mentre le patologie minori verranno prese in carico dalle strutture Spoke di prossimità e maggiormente diffuse sul territorio.

Nella Rete di Emergenza-Urgenza rientra anche un'altra sotto categoria di strutture, ricollegabile ad una "trasformazione del 118 in postazione medicalizzata". Si tratta dei Punti

---

<sup>139</sup> M. Marsilio, A. Prenestini, 2020, Il management delle aziende sanitarie in tempo di crisi. Sfide e soluzioni gestionali e operative all'emergenza Covid-19, Mc Graw Hill.

di Primo Intervento (PPI), che hanno la funzione principale di trattare le urgenze minori e di dare una prima stabilizzazione del paziente ad alto rischio clinico, per consentire il trasporto in sicurezza verso la struttura di Pronto Soccorso più vicina.

Compiti e dotazioni dei PPI sono stati definiti principalmente con l'Intesa Stato-Regioni n. 98/2014 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Gran parte delle Regioni, sulla base dei loro territori, ne ha promosso l'istituzione, anche se la loro organizzazione è molto variabile sul territorio nazionale in quanto ci sono due diverse tipologie di Punti di Primo Intervento, quelli situati all'interno di Presidi Ospedalieri e quelli temporanei (fissi o mobili) che rispondono alle esigenze di assistenza stagionali o occasionali. In queste strutture non è prevista l'Osservazione Breve Intensiva e nemmeno i ricoveri.

In Veneto i Punti di Primo Intervento sono molto diffusi, specialmente quelli di tipo temporaneo per far fronte all'assistenza sanitaria stagionale/occasionale nelle zone balneari e in generale in tutte le zone ad alta vocazione turistica.

Nel corso di questi ultimi anni le prestazioni fornite dalle strutture di Pronto Soccorso hanno subito l'influenza di diversi fenomeni socio-sanitari, quali:

- l'incremento dell'età media della popolazione;
- il conseguente aumento della percentuale di malati fragili, complessi e pluripatologici;
- l'incremento degli accessi in PS dovuti all'aumento dei rischi e dei cambiamenti sociali;
- il maggior bisogno/aspettativa del cittadino di ottenere una risposta pronta da parte del servizio sanitario;
- il notevole sviluppo del sistema integrato di emergenza non controbilanciato da un'adeguata consapevolezza da parte del cittadino dei ruoli e funzionalità affidati ad ogni struttura di rete.

Il Pronto Soccorso è sempre stato per i cittadini il "punto di riferimento" anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi/strutture e questo ricorso improprio ha comportato<sup>140</sup>:

- un sovraffollamento delle strutture;
- l'aumento dei tempi di attesa con il conseguente incremento del carico di lavoro per gli operatori sanitari di PS, che devono assicurare in ogni caso la gestione dell'attività e la risposta appropriata a ciascun paziente-utente;
- difficoltà effettiva di svolgimento di attività specifiche su pazienti critici;
- incremento dei costi generali.

---

<sup>140</sup> Rapporto OASI, Mazzocato et al. 2012, Chan et al. 2014, Mercer et al. 2019, CERGAS.



La crescita esponenziale della domanda di assistenza in PS è stata affrontata in questi anni attraverso l'introduzione di ulteriori strumenti organizzativi da parte delle Aziende in attuazione delle direttive nazionali e regionali.

Per quanto riguarda la Regione Veneto, sono stati numerosi i provvedimenti d'azione e di seguito si riportano quelli principali e rilevanti:

- Con la DGRV n. 1511/2003, è stato istituito il Centro Regionale di Coordinamento di Emergenza/Urgenza (CREU) e successivamente, con le DGRV n. 733/2017 e n. 2024/2017 (in ottemperanza alla L.R. n. 19/2016) le sue funzioni sono state trasferite ad Azienda Zero;
- Con la DGRV n. 4419/2005 è stata attivata l'Osservazione Breve Intensiva – OBI che è un'unità funzionale al PS che attraverso un'osservazione clinica e una terapia di breve periodo per patologie con complessità moderata, consente di ottenere una riduzione del numero totale di ricoveri, diminuendo quelli impropri e non necessari;
- Con la DGRV n. 74/2014 furono approvate le “Linee guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali relativi alla gestione delle attese in Pronto Soccorso” prevedendo l'adozione di interventi correttivi sul flusso gestionale dei pazienti al fine di contribuire alla riduzione dell'affollamento;
- Con la DGRV n. 1513/2014 sono stati poi definiti degli ulteriori indirizzi operativi per la gestione dell'attività in PS e il relativo monitoraggio attraverso indicatori di attività e performance e sono stati ribaditi e aggiornati i criteri di attribuzione di un codice di accesso di priorità per migliorare il livello di assistenza identificando le differenti criticità nell'ottica del miglioramento continuo del servizio;
- Con la DGRV n. 1075/2017, sono state istituite le Centrali Operative Territoriali (COT) che coordinano i trasferimenti protetti dei pazienti intra ed extra Azienda, coinvolgendo tutte le strutture della filiera assistenziale, ivi compresi i Dipartimenti di Emergenza.

### **3.1.1. Recente Riforma del Pronto Soccorso**

Un aspetto fondamentale e caratterizzante l'attività del Pronto Soccorso è costituito dal processo di Triage, senza il quale sarebbe impossibile un adeguato svolgimento delle missioni del Pronto Soccorso.

Negli anni l'afflusso dei pazienti ai servizi di emergenza è progressivamente aumentato, in particolare è sempre maggiore la richiesta di prestazioni da parte della popolazione per problematiche croniche o minori/non urgenti. Questo è dovuto a fattori demografici (invecchiamento della popolazione, aumento della comorbidità), socioculturali (il mutare del concetto di salute, con il bisogno di eliminare qualsiasi sintomatologia o addirittura il sospetto

di malattia) ed organizzativi (facile accessibilità, basso costo per gli utenti e spesso mancata/inadeguata risposta da parte di servizi territoriali).

Come conseguenza, i servizi di emergenza sono quasi sempre sovraffollati e nella maggior parte dei casi il sistema non riesce a garantire una risposta in tempi brevi a tutti coloro che si presentano. Se questo rappresenta solo un disagio in caso di problemi non realmente urgenti, si traduce invece in un grave rischio di morte o di invalidità nel caso di pazienti effettivamente critici.

Per minimizzare tali rischi si rende necessario identificare fra i tanti pazienti quelli il cui accesso alle cure non può essere differito. Questo avviene attraverso il processo di triage.

La funzione del triage si svolge attraverso un percorso “step by step” che comprende le seguenti fasi:

1. Valutazione immediata: consiste nell’identificazione del paziente che presenta alterazione in atto delle funzioni vitali;
2. Individuazione del problema principale e dei correlati eventuali discriminatori di rischio;
3. Decisione: assegnazione di un codice d’accesso (codice colore/numerico) che comporta una specifica assistenza medica o percorso diagnostico/terapeutico;
4. Rivalutazione: possibile modifica o conferma del codice assegnato durante l’attesa.

I codici d’accesso vengono identificati con una scala di colori sulla base del livello di urgenza e gravità<sup>141</sup>:

- Bianco: accesso senza priorità di rischio o di sofferenza;
- Verde: accesso senza priorità di rischio ma con priorità di sofferenza;
- Giallo: paziente a rischio di compromissione a breve delle funzioni vitali o di danno d’organo;
- Rosso: accesso immediato, paziente in pericolo di vita.

Il triage non svolge solo il compito (pur importantissimo) di definire la priorità di accesso alle cure, ma anche il compito, altrettanto importante, di prendere in carico l’utente fin dal momento dell’accesso e di indirizzarlo verso percorsi assistenziali predefiniti strutturati in modo da rispondere alle diverse necessità.

Ricorrendo a questa funzione si è in grado di razionalizzare ed ottimizzare l’intervento medico, disponendo di un sistema maggiormente flessibile e capace di selezionare adeguatamente i pazienti sulla base di priorità di accesso all’assistenza. Questo perché non è possibile erogare immediatamente le cure a tutti i pazienti che si presentano in Pronto Soccorso<sup>142</sup>.

---

<sup>141</sup> D.M. 15 maggio 1992 “Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza”.

<sup>142</sup> Rapporto OASI, Mazzocato et al. 2012, Chan et al. 2014, Mercer et al. 2019, CERGAS.

Il primo riferimento normativo in materia, risale alle Linee guida contenute nell'atto di Intesa Stato-Regioni del maggio '96, in materia di requisiti organizzativi e funzionali del sistema emergenza-urgenza, nel quale si introduce per la prima volta in Italia l'attività del triage nelle strutture di Pronto Soccorso.

Successivi approfondimenti normativi sono stati effettuati con la DGRV n. 1513/2014 "Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso. Criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso", con la quale è stato identificato il triage quale strumento di miglioramento del flusso di pazienti.<sup>143</sup>

Successivamente, con la DGRV n. 1035/2019 è stato disposto l'ultimo aggiornamento organizzativo del Pronto Soccorso, che prevede anche un'azione di governo del personale, in linea con quanto stabilito nel PSSR 2019-2023.

L'aggiornamento più rilevante è l'introduzione di un quinto codice di colore arancione nel sistema dei codici di accesso al Pronto Soccorso. Questa introduzione consente di stratificare ancor di più il rischio del paziente potenzialmente critico, individuando (o direttamente al triage di accesso o nei casi previsti, attraverso la Presa in Carico Infermieristica e la funzione di Triage Infermieristico Avanzato), un sottogruppo di pazienti con bassa probabilità di rischio evolutivo (codice giallo) con priorità minore rispetto ai codici colore arancione. Questo consente di differenziare il percorso di assistenza appropriato in base alla priorità di cure, facilitando così i flussi e la gestione dei pazienti, riducendo i tempi di accesso alle cure e i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

Le motivazioni principali che hanno condotto a considerare l'introduzione di un ulteriore codice di accessibilità (arancione) derivano dalle analisi dei dati pervenuti al sistema informatico regionale: negli ultimi quattro anni l'incremento degli accessi al Pronto Soccorso è attribuibile quasi esclusivamente all'aumento dei pazienti con codice colore rosso o giallo, (pazienti critici o potenzialmente tali) con un incremento del 13,6%, mentre è rimasto essenzialmente invariato il numero degli accessi per i codici verdi e bianchi (pazienti non critici).

Nonostante l'incremento degli accessi "critici", non si è rilevato un correlato incremento della percentuale dei ricoveri che invece è rimasta stabile a conferma dell'impegno costante da parte di tutti i PS di riservare i posti letto per le patologie realmente acute e dell'appropriatezza dei ricoveri<sup>144</sup>.

---

<sup>143</sup> DGRV n. 1513/2014, "Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso", Allegato A.

<sup>144</sup> DGRV n. 1035/2019 "Approvazione delle disposizioni operative per l'efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso ed individuazione delle azioni per il governo del personale di Pronto Soccorso. PSSR 2019-2023", Allegato A.

Il sistema di valutazione presenta ancora oggi una forte disomogeneità di impiego nelle singole regioni italiane, dovuta alle differenze di contesto strutturale e territoriale, di criteri decisionali e di risorse da allocare.

Per consentire la gestione e il monitoraggio dell'attività del Pronto Soccorso e dei servizi emergenza-urgenza è stata stabilita l'attivazione di un sistema di rilevamento di indicatori di performance, in modo da monitorare le prestazioni erogate e di raccogliere dati il più possibile confrontabili per le analisi di benchmarking intra ed extra regionali (ad esempio l'analisi del volume delle prestazioni e le valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento, allo scopo di supportare la verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei LEA)<sup>145</sup>.

È stato pertanto predisposto il flusso informativo APS - EMUR degli accessi di Pronto Soccorso in applicazione del D.M. 17/12/2008, che deve essere trasmesso alla Regione con cadenza mensile.<sup>146</sup>

Con questo modello organizzativo, basato sull'istituzione della rete Hub & Spoke e per quanto riguarda le performance di Pronto Soccorso basato sulla DGRV n. 1513/2014 e perfezionato dalla DGRV n. 1035/2019, la Regione si è trovata ad affrontare l'emergenza sanitaria a inizio 2020, che ha costretto la Rete di emergenza-urgenza ad adattarsi molto rapidamente alla nuova realtà.

Nelle due Figure sottostanti (15, 15.1), viene sintetizzata l'ultima classificazione dei codici di triage d'accesso, con annessa descrizione e relativi tempi di attesa.

Figura 15: Attribuzione codici triage d'accesso e tempi di attesa in PS.

Attribuzione Codice di priorità	Definizione	Tempi di attesa
1	Interruzione o compromissione delle funzioni vitali in atto	Accesso immediato
2	Condizione stabile con alto rischio evolutivo ( <i>definito con i discriminatori</i> )	PIC entro 10 minuti visita medica entro 15 minuti dalla PIC
3	Condizione stabile con basso rischio evolutivo ( <i>definito con i discriminatori</i> ) o con possibile danno d'organo	PIC entro 15 minuti visita medica entro 45 minuti dalla PIC
4	Condizione stabile senza rischio evolutivo con alto grado di sofferenza	PIC e gestione del dolore entro 30 minuti visita medica entro 60 minuti dalla PIC
5	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	PIC entro 30 minuti visita medica entro 60 minuti dalla PIC

Fonte: DGRV n. 1035/2019 Allegato A (2019).

<sup>145</sup> Rapporto OASI, Mazzocato et al. 2012, Chan et al. 2014, Mercer et al. 2019, CER GAS.

<sup>146</sup> D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Figura 15.1: continuazione attribuzione codici triage d'accesso in PS relativo a tempo di presa in cura e all'intensità di cure.

Codice di priorità Risposta operativa	Tempo di presa in cura infermieristica* Triage avanzato	Tempo di presa in cura medica dalla presa in cura infermieristica	Intensità di cure	Area di permanenza
1	0 minuti	0 minuti	Alta	ROSSA
2	10 minuti	15 minuti	Alta	ROSSA
3	15 minuti	45 minuti	Intermedia	GIALLA
4	30 minuti con attivazione protocollo di gestione del dolore ( <i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i> )	60 minuti	Intermedia/ bassa	VERDE ( <i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i> )
5	30 minuti ( <i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i> )	60 minuti	Bassa	VERDE ( <i>candidabili percorsi veloci e percorsi brevi</i> )

Fonte: DGRV n. 1035/2019 Allegato A (2019).

Alla luce di quanto emerso si è resa necessaria una riclassificazione degli indicatori di performance previsti dalla DGRV n. 1513/2014 con l'integrazione di nuovi indici di valutazione che tengano in considerazione tutti gli aggiornamenti disposti con la DGRV n. 1035/2019.

Di seguito si riporta la Figura 16 riferita all'elenco degli indicatori della performance dell'attività di PS predisposti da parte della Regione.

Figura 16: Elenco indicatori per la valutazione della performance del PS regionale.

**Indicatori per la valutazione dell'attività e della performance del Pronto Soccorso**

- numero accessi di residenti per 1000 abitanti per fasce d'età
- numero accessi per:
  - o codice triage
  - o modalità di presentazione (spontanea, inviata dal MMG, dal medico di CA, da strutture territoriali)
  - o codice di appropriatezza
  - o età e sesso
  - o sintomo principale
- percentuale di accessi per ciascun codice esitati in:
  - o ricovero
  - o OBI (per fasce d'età)
  - o ricovero da OBI
  - o trasferimento al MMG
  - o abbandono prima di accedere all'area di trattamento
  - o abbandono durante il trattamento
  - o presi in carico con fast-track
  - o relativi a prestazioni non mediche gestite dall'infermiere
- rapporto prestazioni erogate/pazienti visti
- numero per medico per turno di:
  - o accessi presi in carico per ciascun codice
  - o accessi chiusi per ciascun codice
  - o numero di prestazioni emergenti/urgenti
- tempo di
  - o presa in carico infermieristica
  - o presa in carico medica
  - o decisione
  - o durata complessiva dell'accesso
  - o attesa per il ricovero dopo la chiusura dell'accesso
  - o refertazione esami radiologi
- numero rientri in PS entro 10 giorni

Fonte: rielaborazione DGRV n. 1513/2014 e 1035/2019.

### **3.2. Predisposizione del Flusso Informativo APS**

Con Circolare Regionale prot. n. 328027 dell'8 giugno 2007, la Regione Veneto ha trasmesso alle Aziende Sanitarie tutte le indicazioni tecnico-operative ritenute indispensabili a predisporre il nuovo flusso informativo delle prestazioni erogate dalle Unità Operative di Pronto Soccorso.

Il nuovo flusso avrà come obiettivo la costituzione di una base dati regionale delle prestazioni erogate, con finalità conoscitive di tipo epidemiologico-programmatorio dirette a valutare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni e per l'attività di controllo di gestione.

L'emanazione delle suddette disposizioni obbligatorie arrivano a conclusione di un percorso propedeutico svolto da un apposito gruppo tecnico, costituito dai rappresentanti delle Direzioni Regionali competenti in materia e delle Aziende Sanitarie, che ha analizzato e valutato le specifiche funzionali ed organizzative necessarie ad attivare questo importante

flusso, che è stato per certi versi rivoluzionario e che ha impattato in modo significativo sull'organizzazione dei Pronto Soccorso di tutte le Aziende Sanitarie.<sup>147</sup>

Il flusso informativo APS prevede l'acquisizione, da parte della Regione, di dati con un massimo livello di disaggregazione, per permettere elaborazioni statistiche complesse e dettagliate indispensabili per lo svolgimento delle proprie funzioni di governo, attraverso la formulazione di standard semantici che assicurino regole condivise per ottenere informazioni omogenee e comparabili.

Il flusso dovrà soddisfare almeno i seguenti requisiti minimi:

- Analiticità dei dati con indicazione delle modalità di accesso, dettaglio anagrafico dell'utente e della prestazione;
- Omogeneità del sistema di codifica delle prestazioni;
- Raccolta centralizzata delle informazioni e procedure di controllo comuni;
- Raccolta di ulteriori informazioni utili, come ad esempio tipologia di attività effettuata dai singoli PS, volumi di attività, spesa generata, tipologia delle prestazioni richieste.

I principali obiettivi conoscitivi perseguibili mediante il flusso informativo APS sono di acquisire:

- Informazioni sulle caratteristiche degli utenti di PS per pianificare l'offerta e/o il governo della domanda sanitaria;
- Informazioni per il monitoraggio della spesa (attraverso l'analisi della codifica delle prestazioni e delle modalità di accesso – triage);
- Informazioni sui tempi e le modalità di servizio;
- Informazioni sui dati del personale;
- Informazioni per il finanziamento dell'attività (riparto del Fondo Sanitario Regionale).

È importante precisare che l'applicativo deve integrarsi almeno con il sistema di anagrafe, i sistemi di accettazione ospedaliera per il trasferimento di dati in caso di ricovero e con i servizi diagnostici di laboratorio analisi e radiologia.

Deve inoltre essere garantito il collegamento informatico ed operativo anche con il sistema informatico del 118, utilizzato dagli operatori sulle ambulanze durante la fase di intervento sul luogo dell'evento, al fine di allertare le strutture di emergenza con tutte le informazioni necessarie a orientare, una volta giunto in PS, il percorso in rapporto alla gravità del paziente e alla disponibilità delle risorse.

---

<sup>147</sup> Nota regionale 2007 "Costituzione di una base di dati regionale delle prestazioni erogate dal pronto soccorso: predisposizione nuovo flusso informativo".

La Regione ha richiesto a ciascuna struttura di rilevare ed inserire nel flusso informativo un set minimo di dati, il quale viene ricondotto a tre specifici tracciati record che, sulla base delle sotto riportate chiavi identificative, raggruppano dati riferiti alle diverse fasi dell'attività di PS:

1. Tracciato dati anagrafici;
2. Tracciato dati d'accesso;
3. Tracciato delle prestazioni.

Per meglio comprendere la quantità e complessità dei dati che alimentano il flusso APS, vengono di seguito riportate le tabelle "minime" regionali.

Tabella 3: Tracciato dati anagrafici

Azienda ULSS /AO invitante
Identificativo d'accesso
Identificativo utente
Sesso
Data di nascita
Comune/Stato estero di residenza
Azienda sanitaria di residenza / numero identificazione Istituzione Pagatrice (TEAM)
Cittadinanza

Fonte: Sito ufficiale Regione Veneto.

Tabella 4: Tracciato dati d'accesso

Azienda ULSS /AO invitante
Identificativo d'accesso
Struttura erogatrice
Data e ora entrata
Modalità arrivo
Codice del mezzo di trasporto
ID chiamata CO 118
Inviato da
Istituto di provenienza
Motivo di accesso
Causa evento
Triage
OBI
Data e ora presa in carico del medico
Codice diagnosi
Livello appropriatezza valutato dal medico
Esito
Codice specialità reparto
N° SDO
Motivo trasferimento
Istituto di trasferimento
Data e ora di uscita
Referto

Fonte: Sito ufficiale Regione Veneto.



Tabella 5: Tracciato delle prestazioni

Azienda ULSS /AO invitante
Identificativo d'accesso
Codice branca specialistica
Posizione utente
Progressivo riga
Consulenza
Codice prestazione
Quantità
Codice esenzione
Ticket
Importo

Fonte: Sito ufficiale Regione Veneto.

Si precisa che questo modello base di flusso, è stato nel corso degli anni aggiornato, modificato e integrato sulla base delle esigenze legate all'evoluzione dell'attività istituzionale attribuita ai PS per permettere un'analisi dei dati sempre più attuale e performante.

Infatti, le Aziende Sanitarie provvedono alla modifica ripetitiva dell'applicativo gestionale in uso al Pronto Soccorso al fine di rilevare in tempo reale tutti i dati necessari per la predisposizione del flusso.

Il flusso EMUR è di fondamentale importanza per assicurare la base dati informativa per monitorare e programmare il sistema di emergenza. Solamente attraverso una corretta compilazione del flusso, si è in grado di reperire informazioni complete riguardanti tutto il processo di gestione dell'Accesso in PS. Tuttavia, tale flusso presenta ancora dal punto di vista della qualità dei dati, diverse criticità.

Nel paragrafo che segue verrà esaminato il flusso dei dati APS relativo all'anno 2020 riguardante l'ULSS 4 "Veneto Orientale", con il fine di rilevare in maniera più diretta le conseguenze dell'Emergenza Sanitaria.

### **3.3. Valutazione oggettiva sui dati estrapolati dal Flusso APS relativi all'anno 2020**

Nell'esperienza di tirocinio presso l'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" è stato richiesto all'autore lo svolgimento di un Report che contenesse una rielaborazione del flusso di dati relativi all'attività di Pronto Soccorso nell'anno 2020, finalizzato a portare alla luce le prime evidenze empiriche dell'impatto "pandemico" sugli accessi in PS.

È stato possibile effettuare questa valutazione quantitativa-oggettiva grazie all'estrapolazione di dati dal flusso informativo APS, del quale l'UOC Controllo di Gestione è responsabile.

Accostando la seguente valutazione quantitativa ad una di carattere qualitativo, legata alle scelte gestionali/operative assunte nel periodo di contrasto della pandemia, si è stato in grado di giungere ad una riflessione più approfondita degli effetti dell'emergenza sanitaria sull'attività dei Pronto Soccorso e dell'Azienda ULSS che ha messo in evidenza la capacità dell'Azienda di gestire e affrontare la situazione emergenziale, con resilienza e capacità di adattamento.

Scopo principale di questo elaborato è quello di contribuire alla messa in opera di ulteriori approfondimenti a fine pandemia, che comprendano anche dati più di carattere economico per completare il quadro d'analisi e dare così giustificazione a quanto appreso fin qui a livello teorico-gestionale.

Attraverso la predisposizione di analisi incrociate, spunti di riflessione e proposte per il futuro, si è tentato più di stimolare una ricerca per le finalità conoscitive epidemiologiche e di programmazione del controllo di gestione e management aziendale, piuttosto che fornire soluzioni precostituite.

Ai fini di una maggior comprensione dei dati, si forniscono alcune informazioni chiave relative al sistema dei Pronto Soccorso dell'Azienda ULSS 4.

Al suo interno si identificano due Unità Operative Complesse di Pronto Soccorso ubicate nei Presidi Ospedalieri (PO) di San Donà di Piave e Portogruaro, oltre ad una Unità Operativa ubicata presso l'ospedale di Jesolo che, essendo stato convertito in ospedale COVID durante le fasi di espansione della pandemia, ha assunto la funzione di un PPI avanzato. Essi costituiscono specifici Centri di Responsabilità, tutti afferenti al Dipartimento di Area Critica Pediatrica ed Adulta.

In aggiunta, sono attualmente istituiti n. 3 Punti di Primo Intervento: Caorle, Bibione e Cavallino-Treporti (all'interno del territorio in gestione all'ULSS 4 dal 1° gennaio 2018) con l'aggiunta di un quarto, il cui servizio rientra nelle competenze del PS di Jesolo.<sup>148</sup>

Questi, dislocati lungo tutto il litorale, erano considerati PPI temporanei fino all'anno 2018 con un'attività di pieno regime solo durante la stagione turistica (maggio-settembre).

A partire dal 1° gennaio 2019, tutti i PPI dell'ULSS 4 rimangono attivi per tutta la durata dell'anno, poiché sono contraddistinti da una rilevante operatività extra-stagionale, e poiché sono situati in località con alto tasso residenziale annuo.

Questo modello organizzativo consente di dare una valida e rapida assistenza anche ai turisti, che in caso di necessità, saranno trasferiti nelle sedi dei Presidi Ospedalieri di Portogruaro, Jesolo o San Donà di Piave, dove vengono garantiti ricoveri ordinari, day surgery o prestazioni ambulatoriali generiche.

Inoltre si ricorda che dal 1° agosto 2019, la gerarchia di codici colore triage per l'accesso in PS comprende anche un quinto colore arancione (condizione stabile ma con alto rischio evolutivo), posizionato tra il codice rosso (interruzione o compromissione delle funzioni vitali) e giallo (condizione stabile con basso rischio evolutivo o con possibile danno d'organo).

L'aggiornamento della codifica d'accesso è stato immediatamente recepito dagli infermieri e medici responsabili della tenuta informatizzata dei dati e inserito nelle chiavi di identificazione dati del flusso informativo. Solo così è stato possibile effettuare questo lavoro di analisi supportato da dati affidabili e comprovanti la realtà.

Da questo, è possibile affermare che la recente riforma nella gestione Pronto Soccorso ha comportato degli importanti effetti in primis sull'impiego degli altri codici colore e dei relativi tempi di attesa, in secundis sulla gestione degli accessi in situazione di Emergenza Sanitaria da Covid-19.

Questo punto verrà confermato dalle analisi sviluppate nelle pagine seguenti, osservando l'andamento degli accessi durante i mesi caratterizzati dall'Emergenza nel 2020 e rispetto allo stesso andamento nel biennio precedente.

Dall'analisi emergono tre principali elementi utili a descrivere il contesto:

1. Drastica riduzione degli accessi;
2. Riduzione relativa del peso dei codici d'accesso giallo a fronte dell'introduzione del codice triage arancione intermedio;
3. Significativo aumento dei tassi di ospedalizzazione dei PS.

---

<sup>148</sup> DGR n. 614/2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss [...]. L.R. n. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023"". Allegato E.

La generale e rilevante flessione del numero di accessi in PS si riscontra già dai primi mesi dell'anno 2020 (febbraio – marzo), quando il timore della pandemia ha indotto la popolazione a rimanere in casa e a non accedere al Pronto Soccorso né ai servizi di Emergenza territoriale per cause percepite dalla popolazione stessa come non urgenti.

A causa della chiusura di molte attività e della diffusione del lavoro “smart working” sono inoltre diminuiti molto traumi stradali e infortuni sul lavoro, frequenti motivi di accesso al PS. Di contro un certo numero di utenti con patologie tempo-dipendenti (IMA stroke etc), per timore della pandemia non si sono rivolti alle strutture di emergenza riportando danni alla salute che possiamo considerare come danni “indiretti” della diffusione del Sars-Cov2.

Dalla fine del periodo di Lockdown totale in aprile, il prevedibile aumento dei volumi dei pazienti riversatisi in PS (sospetti o effettivamente affetti da Covid-19) ha messo a dura prova i sistemi di risposta sanitaria.

È importante precisare che la pandemia ha comunque avuto effetti differenziati in base alla forza con cui ha colpito i diversi territori. Infatti, l'Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale” è stata colpita più tardi rispetto ad altri territori del Veneto come Padova e Vicenza (primi territori nel Veneto a riscontrare una numerosità di contagi da Covid-19) che subivano l'influenza della vicinanza al territorio lombardo.

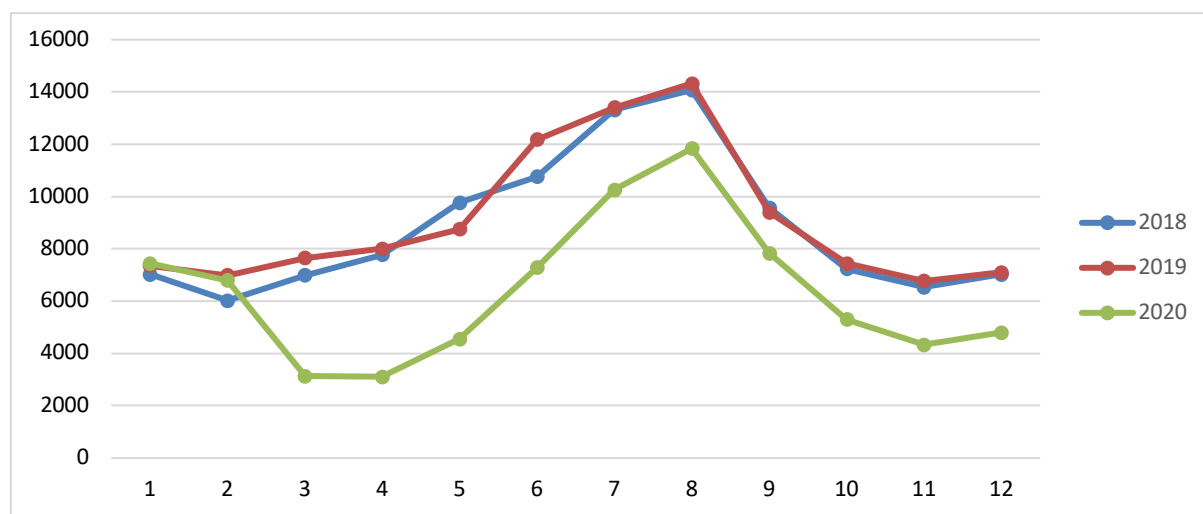
La diversa gravità dell'emergenza è ancora più evidente nella rapidità con cui le Aziende Sanitarie hanno recuperato una “normale” ricettività degli accessi: da giugno, quando la fase acuta dell'emergenza era giudicata da molti come terminata, l'ULSS 4 ha iniziato a registrare valori comparabili al 2019.

Grazie ad un'analisi generale di tipo mensile, riferita all'arco triennale (2018-2019-2020), si nota proprio come dal mese di febbraio 2020 gli accessi in PS sono diminuiti drasticamente rispetto al biennio 2018/2019<sup>149</sup>, arrivando ai minimi livelli nel periodo di chiusura totale delle attività (marzo - aprile) con ben 3.131 accessi totali, a fronte dei 7.651 nel 2019 e 6.994 nel 2018.

---

<sup>149</sup> Si è preso in considerazione anche l'anno 2018 per mostrare ancor di più la variabilità dell'anno 2020 rispetto al “normale” andamento pre-pandemia.

Grafico 1: analisi triennale su base mensile accessi in PS Azienda ULSS 4.



Fonte: flusso informativo APS ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

In linea di massima in tutto il triennio considerato, dal mese di aprile l’andamento degli accessi è di tipo crescente, arrivando sempre ad un picco di accessi nel mese di agosto, mese fulcro della stagione turistica e del sovraffollamento.

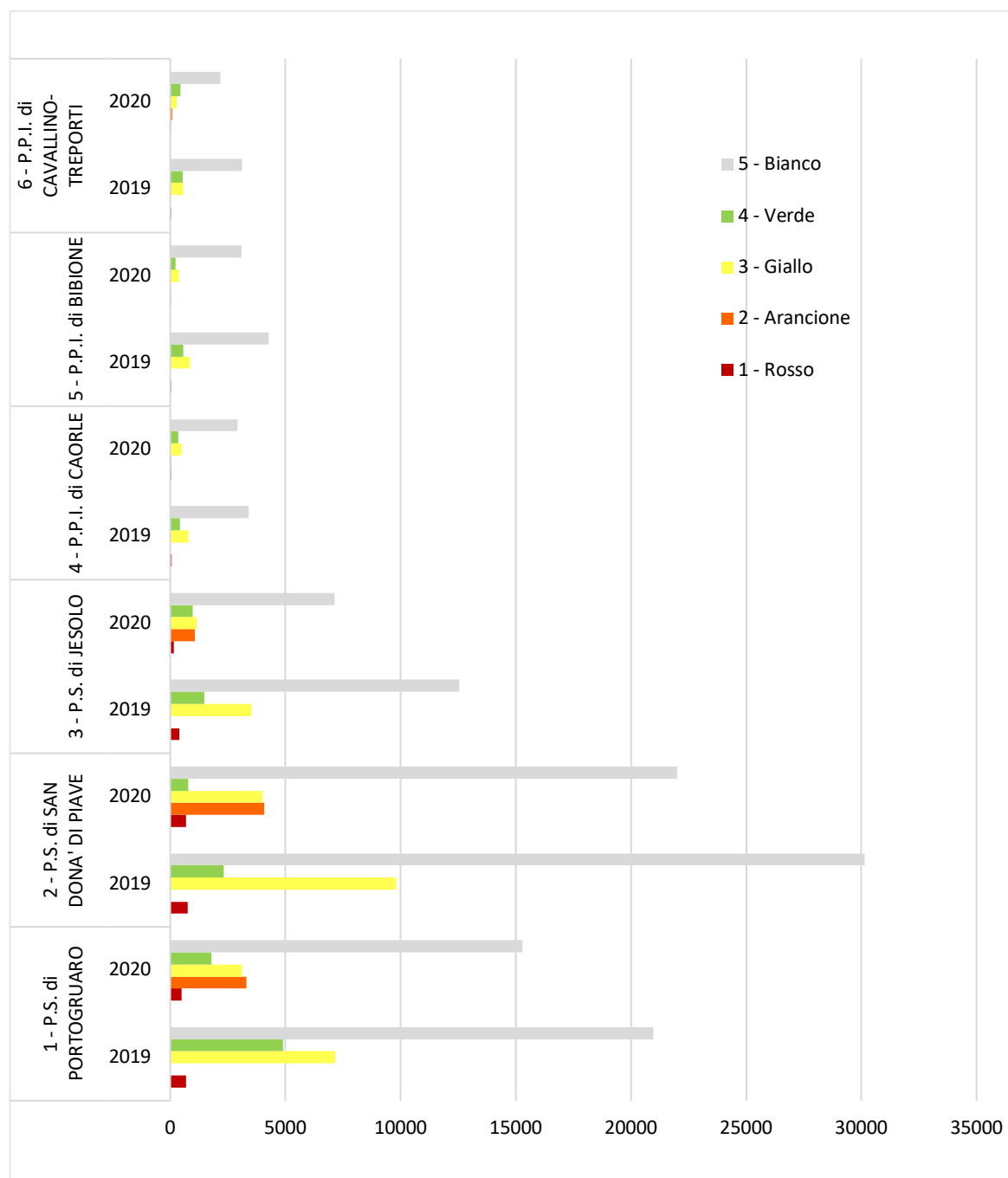
Nell’agosto 2020 sono stati registrati 11.837 accessi totali, a fronte di 14.327 nel 2019 e 14.078 nel 2018.

La considerevole riduzione degli accessi totali nell’anno 2020 per l’Azienda ULSS 4 è di circa il 30% (da un totale di 109.377 accessi in PS nel 2019, si è passati ad un totale di 76.663 accessi nel 2020).

Ad ogni modo, al crollo degli accessi si affianca una maggior concentrazione degli accessi per le casistiche più urgenti. L’utilizzo del nuovo codice priorità arancione ha comportato una maggior distribuzione dei casi urgenti, infatti gli accessi con codice giallo sono stati molto ridotti a fronte di un incremento dell’arancione e del rosso.

Per analizzare nel dettaglio questo fenomeno, il Grafico (2) sottostante mostra l’evoluzione dell’utilizzo dei codici colore triage suddivisi rispettivamente per ogni singola struttura facente parte del territorio dell’ULSS 4 nel biennio 2019-2020.

Grafico 2: Distribuzione biennale dei codici colore triage fra le strutture dell'ULSS 4



Fonte: flusso informativo APS ULSS 4 "Veneto Orientale" (2020).

La riduzione degli accessi con codice bianco, verde e giallo è sicuramente molto impattante sulla riduzione totale. Questa aggregazione evidenzia proprio come a seguito della riforma del PS (2019), ci sia stato uno "spostamento" della valenza degli accessi verso le casistiche più urgenti.

La “selezione naturale” che l’emergenza sanitaria ha provocato sugli accessi, dimostra come fino al 2019, il problema del sovraffollamento fosse causato da tutta una serie di cause (rinvio paragrafo precedente) che con la pandemia sono state “eliminate”. Tale situazione la si può rintracciare in tutte le strutture del territorio.

Quindi, il numero di accessi con codice arancione è incrementato per due ragioni sintetizzabili in:

- Istituzione verso fine anno 2019 e quindi la sua valenza viene percepita a partire dall’anno 2020;
- Concentrazione degli accessi durante la pandemia sulle fasce maggiormente critiche.

Per quanto riguarda il terzo elemento caratterizzante il contesto, il tasso di ospedalizzazione da PS, esso viene calcolato come percentuale di accessi in PS che hanno avuto come esito un ricovero ordinario.

Grazie alla rielaborazione dei dati estrapolati è stato possibile ricavare in tabelle gli accessi in PS con esito trattamento: Ricovero in reparto degenza, al fine di calcolare il tasso di ospedalizzazione da PS.

Un’ulteriore precisazione è che l’andamento del tasso di ospedalizzazione confrontato con altre realtà strutturali, è dovuto verosimilmente, oltre che alle dinamiche interne nei rapporti tra PS e reparti, anche alle imprevedibili condizioni cliniche di arrivo dei pazienti in PS.

Nella seguente Tabella (6) si sono riassunti i totali degli accessi in PS del biennio 2019-2020, suddivisi per codice colore triage e per singola struttura erogatrice.

Tabella 6: Raggruppamento numerico degli accessi suddivisi per struttura.

Totale Accessi	anno						Totale complessivo
PS	0 - Non attivato	1 - Rosso	2 - Arancione	3 - Giallo	4 - Verde	5 - Bianco	
<b>2019</b>							
1 - P.S. di PORTOGRUARO	10	694		7161	4892	20970	33727
2 - P.S. di SAN DONA' DI PIAVE	3	763		9797	2330	30126	43019
3 - P.S. di JESOLO	8	400		3531	1468	12546	17953
4 - P.P.I. di CAORLE	7	65		781	411	3392	4656
5 - P.P.I. di BIBIONE		40		860	565	4274	5739
6 - P.P.I. di CAVALLINO-TREPORTI	2	43		568	546	3124	4283
	<b>30</b>	<b>2005</b>		<b>22698</b>	<b>10212</b>	<b>74432</b>	<b>109377</b>
<b>2020</b>							
1 - P.S. di PORTOGRUARO	32	481	3296	3109	1795	15290	24003
2 - P.S. di SAN DONA' DI PIAVE	2	676	4083	4002	792	22012	31567
3 - P.S. di JESOLO	4	155	1067	1147	984	7127	10484
4 - P.P.I. di CAORLE	4	29	44	493	340	2924	3834
5 - P.P.I. di BIBIONE	8	10	14	368	222	3095	3717
6 - P.P.I. di CAVALLINO-TREPORTI	53	13	91	277	443	2181	3058
	<b>103</b>	<b>1364</b>	<b>8595</b>	<b>9396</b>	<b>4576</b>	<b>52629</b>	<b>76663</b>

Fonte: flusso informativo APS ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).

Nella seguente Tabella (7) invece, sono stati raggruppati tutti gli accessi in PS con esito trattamento: Ricovero in degenza, (suddivisi per Presidio) su base mensile, con riferimento nella prima parte della tabella all’anno 2020 e nella seconda sottostante all’anno 2019.

Tabella 7: accessi in PS terminati con ricovero in degenza, anno 2020 e 2019.

Conteggio di ID_Accesso		Etichette di colonna												Etichette di riga
Etichette di riga		01 Gen	02 Feb	03 Mar	04 Apr	05 Mag	06 Giu	07 Lug	08 Ago	09 Set	10 Ott	11 Nov	12 Dic	Totale complessivo
1 - P.S. di PORTOGRUARO		331	293	346	356	299	319	262	262	218	202	173	155	3216
2 - P.S. di SAN DONA' DI PIAVE		350	292	240	239	271	284	263	245	268	260	272	214	3198
3 - P.S. di JESOLO		66	69	47	6	6	50	45	52	38	20	30	40	469
<b>Totale complessivo</b>	<b>2020</b>	<b>747</b>	<b>654</b>	<b>633</b>	<b>601</b>	<b>576</b>	<b>653</b>	<b>570</b>	<b>559</b>	<b>524</b>	<b>482</b>	<b>475</b>	<b>409</b>	<b>6883</b>
		02 Feb	03 Mar	04 Apr	05 Mag	06 Giu	07 Lug	08 Ago	09 Set	10 Ott	11 Nov	12 Dic	Totale complessivo	
		320	287	326	349	316	335	349	332	323	319	314	310	3880
		330	276	311	301	284	323	340	367	287	289	281	251	3640
		54	52	56	42	57	65	67	72	53	59	53	63	693
	<b>2019</b>	<b>704</b>	<b>615</b>	<b>693</b>	<b>692</b>	<b>657</b>	<b>723</b>	<b>756</b>	<b>771</b>	<b>663</b>	<b>667</b>	<b>648</b>	<b>624</b>	<b>8213</b>

Fonte: flusso informativo APS ULSS 4 “Veneto Orientale” (2020).



Sulla base di queste due rielaborazioni è stato possibile calcolare il tasso di ospedalizzazione da PS per l'ULSS 4 nell'anno 2020 come segue:

$$\text{TASSO OSPEDALIZZAZIONE (\%)} = \frac{\text{Ricoveri}}{\text{Tot. accessi in PS}}$$

ANNO 2020 → 6883/76663 = 8,98%

ANNO 2019 → 8213/109377 = 7,50%

È evidente un considerevole **aumento del tasso di ospedalizzazione** da PS, risultato di una riduzione dei ricoveri (-16,20%) meno che proporzionale rispetto alla riduzione degli accessi (-30%).

### 3.3.1. Effetti della riforma e dell'Emergenza Sanitaria sulla gestione del Pronto Soccorso e dell'intera Azienda

Com'è stato possibile capire finora, la gestione dell'assistenza sanitaria in PS e in generale in tutta l'Azienda nel 2020 è stata rivoluzionata rispetto agli anni precedenti.

La Riforma del PS prima e l'Emergenza Sanitaria da Covid-19 poi, hanno influenzato il paradigma organizzativo del PS e la sua attività per assicurare pronta risposta a questo inaspettato virus.

Con la DGRV n. 614/2019, in riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia di programmazione sanitaria, si era prevista una dotazione complessiva di posti letto negli ospedali pubblici e privati accreditati pari a n. 17.955 relativamente al quinquennio 2019-2023. La dotazione complessiva pre-pandemia è rappresentata dalla Figura seguente.

Figura 17: numero posti letto totali per Regione Veneto pre - Emergenza Sanitaria.

	TERAPIA INTENSIVA		PNEUMOLOGIA		MALATTIE INFETTIVE	
	Numero di posti letto		Numero di posti letto		Numero di posti letto	
		Di cui privati accreditati		Di cui privati accreditati		Di cui privati accreditati
Dgr 614/2019 Schede Ospedaliere	559*	44*	147	17	261	8

*\*Ai quali si aggiungono 2 posti letto per pazienti extraregione*

Fonte: DGRV n. 552/2020 (2020).

A seguito della Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 fu dichiarato per sei mesi lo stato di emergenza relativo al rischio connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

La Fase 1, legata alla gestione dell'emergenza e del probabile evolversi del rischio epidemiologico, ha visto l'adozione di misure di potenziamento del SSN a livello ospedaliero, territoriale, con riguardo alle risorse umane, garantendo ai SSN un reclutamento straordinario di professionalità mediche e sanitarie, indispensabili per garantire i LEA e la redistribuzione e incremento numerico di posti letto per ognuna delle discipline interessate dalla malattia respiratoria causata dal nuovo Covid-19 (Terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia).

Infatti con la Circolare del Ministero della Salute prot. 2619 del 29/02/2020 "Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19" prima e la prot. 2627 del 01/03/2020 "Incremento della disponibilità posti letto del Servizio sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19" si era prevista la predisposizione di un piano di emergenza regionale per la gestione dei pazienti critici affetti da COVID-19, che predisponesse un numero adeguato di posti letto in terapia intensiva e opportune soluzioni organizzative per gestire l'emergenza e la soddisfazione del potenziale incremento di ricovero per questa patologia.

Si dispose poi a livello regionale l'attivazione, nel minor tempo possibile, di un incremento delle disponibilità di posti letto come segue:

- un aumento del 50% del numero di posti letto in terapia intensiva;
- un aumento del 100% dei posti letto in unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio (inclusa la respirazione assistita) e con la possibilità di attuare quanto previsto nel piano di emergenza regionale.

In recepimento delle indicazioni ministeriali e della persistenza dell'emergenza, il 15 marzo 2020, il Presidente della Regione del Veneto con decreto n. 23/2020 istituì l'Unità di crisi e il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19, per affrontare la situazione con l'ipotesi della maggior pressione possibile.

Inoltre con DGRV n. 344/2020 del 17 marzo, è stato approvato il "Piano Epidemia Covid-19: interventi urgenti di sanità pubblica" con l'obiettivo primario di interrompere la catena di trasmissione del virus mediante la riorganizzazione di tutte le attività di prevenzione delle Aziende ULSS al fine di intensificare la ricerca di casi confermati e intervenire con disposizioni di isolamento domiciliare (in linea con le indicazioni nazionali) per ridurre i contagi.

Da questo momento si rese quindi necessario:

- incrementare l'offerta di posti letto aggiuntivi;
- potenziare la capacità degli ospedali Hub;

- attrezzare ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive;
- riorganizzazione dell'offerta ospedaliera predisponendo ospedali interamente dedicati a pazienti COVID-19. Tale programma ha reso necessario il trasferimento e la ricollocazione dei pazienti da detti ospedali ad altri ospedali del Servizio Sanitario Regionale.

Tale Piano di Emergenza ha permesso di disporre del seguente numero di posti letto:

Figura 18: numero posti letto totali per Regione Veneto per l’Emergenza Sanitaria.

	<b>TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>PNEUMOLOGIA</b>	<b>MALATTIE INFETTIVE</b>
Posti letto attivi a febbraio 2020 (flussi ministeriali)	494	85 (presso hub)	165
Posti letto emergenziali	331	298	1.612
<b>Totale posti letto da dedicare a emergenza</b>	<b>825</b>	<b>383</b>	<b>1.777</b>

Fonte: DGRV n. 552/2020 (2020).

Per quanto riguarda l’Azienda ULSS 4, fin dalla prima fase, l’Ospedale di Jesolo fu riconvertito a ospedale interamente Covid, in modo da circoscrivere in una singola sede tutti i pazienti contagiati, rendendo gli ospedali di Portogruaro e San Donà di Piave interamente “Covid-free”, ad eccezione dei Pronto Soccorsi, dove, in anticipo sulle indicazioni regionali pervenute successivamente, fin dall’inizio dell’epidemia sono state organizzate delle Unità Operative di OBI-COVID per tenere separato il flusso di pazienti non contagiati (esiguo ma comunque presente e costituito spesso da codici “maggiori”) da quello dei pazienti positivi al Sars-Cov2 o sospetti tali.

Inizialmente la separazione dei percorsi fu attuata istituendo all’esterno del Pronto Soccorso delle postazioni temporanee di pre-triage (tende) fornite dalla Regione; queste postazioni esterne ai Pronto Soccorso consentivano di identificare all’esterno dell’ospedale i pazienti sospetti e di eseguire fuori dell’ospedale il tampone molecolare, riducendo così il rischio di contaminazione. I pazienti COVID positivi accertati o i fortemente sospetti in attesa di tampone venivano ricoverati nelle succitate OBI-COVID.

All’ospedale di Jesolo fu attivato un servizio di terapia intensiva e sub-intensiva per n. 14 posti letto, nonché un reparto di malattie infettive/pneumologia per n. 90 posti letto complessivi.<sup>150</sup>

<sup>150</sup> DGRV n. 552/2020, Allegato A.

Gli ospedali di San Donà di Piave e Portogruaro invece, hanno visto confermare la loro dotazione di n. 8 posti letto ciascuno già previsti nelle schede di dotazione ospedaliera riferite alla DGRV n. 614/2019.

Nel mese di maggio 2020, ebbe inizio la seconda fase dell’Emergenza Sanitaria, che con la DGRV n. 552/2020 ha visto l’approvazione del “Piano Emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta a eventi epidemici con contestuale potenziamento della disponibilità dei posti letto e con la definizione di indirizzi organizzativi”, e con la successiva DGRV n. 782/2020 l’approvazione del “Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19”, in attuazione del D.L. n. 34/2020 “Decreto Rilancio”.

In esecuzione a tali disposizioni regionali, è stata ulteriormente potenziata la disponibilità di posti letto così ripartiti:

- n. 559 posti letto programmati dalle SDO;
- n. 191 posti letto aggiuntivi;
- n. 90 posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza;
- n. 663 posti letto di pneumologia semi intensiva, di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline.

Inoltre, è stato previsto che in tutti i Pronto Soccorso dovessero essere previsti specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi, per il successivo indirizzo verso i percorsi dedicati e per evitare al massimo ogni tipo di contaminazione nella struttura.

Come detto, i Pronto Soccorso del PO di San Donà e di Portogruaro (come peraltro moltissimi dei Pronto Soccorso italiani) erano dotati fin da marzo di postazioni di pre - triage e di percorsi dedicati sporco/pulito.

In questa fase, nell’ULSS 4, furono aumentati di n. 18 posti letto complessivi in terapia intensiva, semi-intensiva e in malattie infettive nel Covid Hospital di Jesolo.

Per quanto concerne la riorganizzazione dei tre Pronto Soccorso, sono state predisposte distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi, prevedendo:

- aree di pre-triage distinte;
- area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
- percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;

- accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- diagnostica radiologica dedicata.

Inoltre, è stata implementata anche la rete di emergenza territoriale, potenziando il sistema del soccorso in emergenza-urgenza (servizio del SUEM) e identificando gli interventi per il potenziamento del trasporto intra-ospedaliero<sup>151</sup>.

Questi accorgimenti hanno permesso da un lato un'efficace operatività del PS Covid, nel quale non si sono mai verificati livelli di sovraffollamento e tempi di attesa lunghi, dall'altro che i PS ordinari Covid-free di Portogruaro e San Donà di Piave non andassero in sofferenza.

Il Covid-19 ha imposto per i PS una separazione dei percorsi (anche fisica) in relazione della segmentazione tra Covid e non-Covid. Questa specializzazione ha portato a diversi vantaggi quali riduzione della variabilità clinica e operativa, mentre gli svantaggi sono collegabili ad una maggior complessità gestionale e operativa, al rischio di una minor efficienza.

### **3.3.2. Considerazioni generali sulla gestione dell'Emergenza**

A seguito dell'accostamento di una valutazione quantitativa derivante dalla rielaborazione del flusso di dati APS e una valutazione qualitativa sulla gestione del PS e della capacità di adattamento dell'Azienda nel periodo "pandemico", viene di seguito riportato un ulteriore e prezioso contributo che rappresenta la realtà vissuta e che completa la riflessione oggettiva sopra riportata.

Grazie alla collaborazione e disponibilità concessa dal Dr. Fabio Toffoletto, Medico Anestesista e Rianimatore, responsabile del Covid Hospital di Jesolo nonché responsabile del Centro di Responsabilità UOC Anestesia e Rianimazione e Direttore del Dipartimento di Area Critica Pediatrica ed Adulta, è stato possibile effettuare un'intervista per avere di ritorno una visione più focalizzata sulla realtà.

Si ribadisce che lo scopo non è quello di fornire delle soluzioni precostituite e fisse, bensì quello di stimolare possibili successive ricerche e modifiche migliorative all'attuale contesto organizzativo, sempre nell'ottica del perseguimento delle tre fondamentali E (efficienza, efficacia ed economicità).

---

<sup>151</sup> D.L. n. 34/2020, articolo 2.

Di seguito le domande e le relative risposte dell'intervista.

### **PRIMA DOMANDA**

Dr. Toffoletto, nell'ULSS 4 lei è stato uno dei protagonisti principali nella lotta alla pandemia da Covid-19, coinvolto sia da un punto di vista clinico, in qualità di anestesista-rianimatore e di responsabile del Covid Hospital di Jesolo, sia da un punto di vista di governo delle risorse e dei fattori produttivi a lei affidati in quanto Direttore dell'UOC Anestesia e Rianimazione e Direttore del Dipartimento di Area Critica Pediatrica ed Adulta al quale afferiscono le Unità Operative di Pronto Soccorso.

Durante questo periodo emergenziale, gli strumenti gestionali e di programmazione dell'attività messi a disposizione dall'Azienda, nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali, le hanno consentito di governare la spesa e le risorse a lei affidate in modo corretto ed efficace?

*“L'evento che si è presentato era assolutamente nuovo, imprevisto, con modalità di presentazione ad ondate e di cui si sapeva molto poco dal punto di vista epidemiologico, diagnostico e terapeutico. L'Azienda si è mossa in modo molto pragmatico individuando i responsabili delle varie Unità Operative e dandogli pieni poteri gestionali, riservandosi un ruolo di collegamento tra le stesse. Lo stesso collegamento con il Centro Regionale Emergenza Urgenza (CREU), responsabile di tutte le Terapie Intensive, era svincolato da intermediazioni aziendali locali.*

*Il sistema è stato quindi molto agile e flessibile, senza punti di indecisione. Non vi sono stati problemi relativi alle risorse economiche, semmai il problema, almeno inizialmente, era l'approvvigionamento di fattori produttivi quali dispositivi medici e apparecchiature. Per quest'ultima la nostra Azienda non ha praticamente avuto alcun problema avendo agito d'anticipo sull'esplosione della pandemia, prima della corsa all'acquisizione a livello regionale e nazionale, disponendo di una struttura informatica già organizzata e collegata su più presidi ospedalieri”.*

### **SECONDA DOMANDA**

Alla luce della sua lunga esperienza professionale nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza e dopo aver vissuto in prima persona la lotta contro la pandemia, quali sono stati i punti di forza e di debolezza che hanno contraddistinto l'ULSS 4, sotto il profilo organizzativo e gestionale?

*“Punti di debolezza:*

- 1) Rigidità nella gestione del personale infermieristico e delle risorse del Comparto che, soprattutto nell'ambito dell'Emergenza è deleteria;*
- 2) L'attivazione e l'organizzazione del Covid Hospital di Jesolo ha comportato un enorme problema sia logistico che di attività per il personale coinvolto nell'attività assistenziale;*
- 3) Adattamento degli strumenti di controllo di gestione esistenti, alle nuove mutate esigenze che a partire da un livello nazionale e successivamente anche regionale, hanno*

*imposto alle Aziende Sanitarie una separata e specifica tracciabilità e gestione delle risorse, rispetto alla gestione ordinaria. La parte operativa sanitaria ha dovuto attendere che a livello organizzativo e amministrativo centrale venisse strutturata questa nuova impostazione e di ricevere direttive mirate alla gestione dei costi e dei fattori produttivi.*

*Punti di forza:*

- 1) Senso di squadra e di appartenenza tra operatori sanitari e la Direzione Aziendale. Il collegamento e le comunicazioni erano 24 ore su 24. Tale sinergia ha avuto un enorme impatto positivo sulla gestione, permettendo un approccio organico, integrato e senza incertezze su qualsiasi criticità;*
- 2) Linee di comando semplici con condivisione dei criteri diagnostici, terapeutici e di ricovero dal territorio alla terapia intensiva, con i direttori delle varie Unità Operative che in prima persona decidevano l'iter di ciascun paziente. Ciascun responsabile aveva individuato un suo sostituto se per malattia fosse stato non in grado di gestire il relativo ambito;*
- 3) Gestione informatizzata totale delle tre Terapie intensive aziendali;*
- 4) Collegamento diretto con il Dipartimento di Prevenzione per conoscere il puntuale andamento della pandemia nel territorio in quanto i dati che venivano rilevati nel territorio si riverberavano poi direttamente nella previsione anticipata dei ricoveri.”*

### **TERZA DOMANDA**

Ritiene che l'attività del Controllo di Gestione dell'ULSS 4 durante il periodo emergenziale sia stata in grado di aggiornarsi, di adattarsi e di agevolare l'autocontrollo interno della spesa e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, nonché di rendere disponibili le informazioni relative alle eventuali criticità dovute ad una non efficiente riorganizzazione dei servizi sanitari e amministrativi?

*“Sì, l'attività del Controllo di Gestione ha permesso, ovviamente non da subito, di analizzare i dati dei processi assistenziali nel suo complesso e di ridefinire le priorità su cui agire dal punto di vista sanitario. Ha permesso inoltre al clinico di avere un quadro generale dei processi consentendo di individuare le criticità su un ambito più esteso ed integrato.”*

Alla luce del contenuto delle risposte del Dr. Toffoletto, si rileva che l'emergenza sanitaria da Covid-19, che ha messo a dura prova tutte le Aziende Sanitarie, è stata gestita da parte dell'ULSS 4 "Veneto Orientale" in modo complessivamente soddisfacente.

Nonostante ci siano state delle limitazioni ed inefficienze dettate dall'imprevedibilità della complessità assistenziale, del volume e degli effetti del virus sulla popolazione, l'Azienda è stata in grado di dimostrare una buona capacità di adattamento e di resilienza alla situazione emergenziale con un'efficace organizzazione operativa e delle risorse e, grazie all'aiuto di linee guida nazionali, regionali e aziendali e appositi strumenti di controllo, è stato possibile individuare le diverse criticità e decidere le possibili soluzioni in tempi brevi.

Inoltre la non vasta estensione territoriale dell'ULSS 4, la tipologia dell'offerta di servizio assistenziale del Veneto Orientale (gestione straordinaria solo nel periodo estivo e non presenza di strutture Hub) ha consentito di incentrare tutte le energie e le risorse in modo tempestivo sulla gestione dell'Emergenza.

Altro fattore importante che ha influenzato la capacità di resilienza dell'Azienda è stato il periodo di esplosione della pandemia da Covid-19, avvenuta a febbraio e quindi in periodo invernale quando l'Azienda era in gestione ordinaria e non ha quindi subito la pressione della gestione assistenziale propria della stagione turistica.

L'Azienda ha agito d'anticipo anche grazie alla struttura informatica organizzata e integrata di cui è in possesso anche se tuttavia l'UOC Controllo di Gestione, che funge da intermediario fra le decisioni strategiche di pianificazione e programmazione e l'attività operativa, ha dovuto adattarsi velocemente alla necessità di "cambiamento" e flessibilità richiesta dal nuovo contesto adottando i necessari adeguamenti gestionali.



## Conclusioni

A conclusione del presente elaborato, è possibile affermare che la Regione Veneto si conferma quale amministrazione che punta a garantire una qualità assistenziale di alto livello a tutti i suoi cittadini attraverso la rete delle sue Aziende Sanitarie mettendo a loro disposizione tutto il supporto e gli strumenti necessari, sempre tuttavia in ottemperanza alle direttive che vengono emanate a livello nazionale. L'efficienza della sanità veneta si è confermata nella gestione della pandemia da Covid-19, che ha richiesto tempestività, cooperazione, flessibilità e resilienza.

Nel caso specifico dell'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale", il cambiamento imposto dalla pandemia dovrà portare a riconoscere maggiormente il ruolo del controllo di gestione in quanto in questo nuovo scenario assume ancora più importanza l'attività di pianificazione, programmazione e controllo, confermandosi come parte fondamentale dell'intera gestione strategica aziendale.

Sarà quindi necessario puntare sull'aggiornamento delle procedure e sull'acquisizione di nuovi gestionali per dare più tempestività all'attività aziendale riducendo su tutti i fronti i tempi di attesa e di conseguenza promuovere una nuova mentalità e una cultura organizzativa orientata all'utilizzo efficiente dell'infrastruttura tecnologica aziendale.

Il ruolo dell'informatizzazione nella gestione aziendale ha assunto particolare rilievo durante il periodo emergenziale dove il distanziamento ha comportato la necessità di un collegamento costante fra le persone, per gestire le proprie attività istituzionali e per poter disporre delle informazioni in tempo reale.

Si dovrà quindi puntare sempre di più sull'aggiornamento e ampliamento dell'infrastruttura di rete e di banche dati in grado di supportare e gestire la notevole mole di dati che caratterizza questo settore dove l'informatizzazione deve essere intesa come alleato nelle proprie attività per favorire la crescita e il miglioramento continuo della qualità.

Questo processo abbisogna di tempo per essere assimilato da coloro che utilizzeranno in via diretta la gestione informatizzata dell'attività e perciò quando l'emergenza sanitaria sarà definitivamente alle spalle, si dovrà agire tempestivamente in questa direzione puntando molto sulla formazione e sull'informazione dei dipendenti al fine di dare importanza alla reale funzione dell'innovazione gestionale.

Guardando infine al futuro, la nuova sfida a cui è chiamata l'Italia, le Regioni e la stessa Azienda ULSS 4 sarà l'applicazione e la gestione del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR), che ha allocato notevoli risorse economiche europee per supportare la crescita economica e il rilancio della nazione, il cui tracciamento dovrà avvenire in forma separata ma

complementare rispetto alle risorse nazionali ancora a disposizione delle Aziende Sanitarie per la gestione dell'Emergenza.

Nel suddetto Piano nazionale, la mission in materia sanitaria è incentrata, tra l'altro, sul rafforzamento della rete territoriale e sull'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche, promuovendo l'acquisto di nuove strumentazioni e tecnologie all'avanguardia. Importanza viene data alla digitalizzazione, al rinnovamento dei Pronto Soccorso e all'incremento del numero di mezzi di trasporto sanitari secondari ma anche a rafforzare l'intera infrastruttura tecnologica e gli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi capillare dei dati.

Da qui assumerà ulteriore importanza la progettazione esecutiva di ogni misura, la pianificazione regionale e aziendale, il controllo di gestione e tutti i relativi strumenti di gestione dei flussi informativi e della contabilità dei costi.

Si prospetta quindi una indispensabile e nuova riforma sanitaria, incentrata sull'organizzazione delle aziende per consentire la risoluzione delle emerse criticità gestionali e, allo stesso tempo, proiettata sul concreto utilizzo dei fondi europei del PNRR, con la messa a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale degli strumenti e delle risorse necessarie alla sua ripresa e al suo conseguente rinnovamento.

## Bibliografia

- Capasso, Coppola, Russo, 2008, Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi, Società italiana di economia pubblica, Università di Pavia.
- Cinquini, 2017, Cost Management: Volume I, Giappichelli Editore.
- Cilione, 2003, Diritto Sanitario, Maggioli Editore.
- Fuolega, 2012, Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale, a cura della Segreteria regionale per la Sanità – Direzione controlli e governo SSR.
- Maino, F. e Neri, S., 2006, “La politica sanitaria ai tempi della „devolution””, Il Mulino.
- Marsilio, Prenestini, 2020, Il management delle aziende sanitarie in tempo di crisi. Sfide e soluzioni gestionali e operative all’emergenza Covid-19, Mc Graw Hill.
- Marino, Ludovico, 2014, L’azienda pubblica nel quasi mercato: Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali, Giappichelli Editore.
- Puddu, Secinaro, Rainero, Büchi, Biancone et. Al, 2017, Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale, Publiedit.
- Sorano, Ceruzzi, 2013, Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie ai tempi dell'armonizzazione contabile, IPSOA.
- Normativa nazionale:
  - L. n. 132/1968;
  - L. n. 833/1978;
  - D. Lgs. n. 502/1992;
  - D. Lgs. n. 517/1993;
  - D. Lgs. n. 229/1999;
  - Legge Delega n. 42/2009;
  - D. Lgs. n. 150/2009;
  - D. Lgs. n. 68/2011;
  - D. Lgs. n. 118/2011;
  - Intesa Stato-Regioni sul Patto per la Salute 2014-2016, 2014;
  - D. M. n. 70/2015;
  - Intesa Stato-Regioni sul Patto per la Salute 2019-2021, 2019;
  - L. n. 18/2020;
  - Deliberazione della Corte dei Conti N. 18/SEZAUT/2020/INPR, Linee di indirizzo della Corte dei Conti per i controlli interni;
  - D. L. n. 34/2020.
- Normativa Regione Veneto:
  - L. R. n. 55/1994;
  - L. R. n. 56/1994;
  - L. R. n. 22/2002;
  - L. R. n. 23/2012;
  - DGRV n. 2270/2013;
  - DGRV n. 1513/2014;

- DGRV n. 1527/2015;
  - L. R. n. 19/2016;
  - DGRV n. 1785/2016;
  - DGRV n. 2296/2016;
  - DGRV n. 1306/2017;
  - Relazione sulla gestione 2017 – Azienda Zero;
  - Intesa Stato-Regioni 2019, Patto per la Salute per gli anni 2019-2021;
  - L.R. n. 48/2018;
  - DGRV n. 333/2019;
  - DGRV n. 614/2019;
  - DGRV n. 1035/2019;
  - DGRV n. 344/2020;
  - DGRV n. 552/2020;
  - DGRV n. 782/2020;
  - Nota regionale 328027/2007 “Costituzione di una base di dati regionale delle prestazioni erogate dal pronto soccorso: predisposizione nuovo flusso informativo”.
- Normativa Aziendale:
    - Deliberazione D.G. n. 1051/2020;
    - Deliberazione D.G. n. 1255/2020;
    - Deliberazione D.G. n. 1260/2020;
    - Deliberazione D.G. n. 1264/2020.
  - Rapporto OASI 2020 “Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano”, CER GAS.
  - Report sistemi di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali 2019, Università Sant’Anna di Pisa.

## Fonti ulteriori

- Intervista realizzata a cura dell’autore al referente amministrativo individuato dal responsabile dell’UOC “Controllo di Gestione” dell’Azienda ULSS 4.
- Intervista realizzata a cura dell’autore al Direttore del Dipartimento di Area critica pediatrica e adulta dell’Azienda ULSS 4 Veneto Orientale.
- Flusso Informativo – APS, Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale”.
- Materiale fornito dall’UOC Controllo di Gestione, Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale”.

## Sitografia

- Azienda ULSS 4 “Veneto Orientale”: <https://site.aulss4.veneto.it/>
- Gazzetta ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/>
- Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/>
- <https://www.agenas.gov.it/>
- Portale della Legge vigente: <https://www.normattiva.it/>
- Regione Veneto: <https://www.regione.veneto.it/>