



CORTE DEI CONTI

Sezione di controllo per la Regione siciliana

RELAZIONE

L'ATTIVAZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE
NELLE AZIENDE UNITÀ SANITARIE LOCALI
DELLA REGIONE SICILIANA

- ANNO 2003 -

RELAZIONE APPROVATA CON DELIBERAZIONE N. 15 /2004
Depositata il 13 dicembre 2004

L'attivazione del controllo di gestione
nelle Aziende unità sanitarie locali della Regione siciliana
- anno 2003 -

1 - Modalità di svolgimento dell'indagine

Con la deliberazione n. 14 del 2003 la Sezione di controllo per la Regione siciliana ha approvato il programma di controllo sulla gestione per l'anno 2004, del quale fa parte la verifica del livello di attivazione del controllo di gestione presso le aziende unità sanitarie locali siciliane nel 2003.

L'indagine ha interessato le nove aziende unità sanitarie locali operanti in Sicilia:

- Azienda u.s.l. n.1. di Agrigento;
- Azienda u.s.l. n.2 di Caltanissetta;
- Azienda u.s.l. n.3 di Catania;
- Azienda u.s.l. n.4 di Enna;
- Azienda u.s.l. n.5 di Messina;
- Azienda u.s.l. n.6 di Palermo;
- Azienda u.s.l. n.7 di Ragusa;
- Azienda u.s.l. n.8 di Siracusa;
- Azienda u.s.l. n.9 di Trapani.

L'istruttoria è stata avviata nel mese di febbraio 2004, con l'invio di una richiesta di informazioni a tutte le aziende dell'Isola.

Successivamente, alla luce degli elementi acquisiti, si è ritenuto opportuno procedere ad un supplemento istruttorio chiedendo alle singole aziende di indicare il numero dei centri di responsabilità presenti e su quanti di essi sia stato effettuato il controllo di gestione, e in particolare di scegliere un centro di responsabilità che nel 2003 fosse

stato destinatario di budget, in modo da esaminare l'intero ciclo di programmazione - controllo.

Si deve sottolineare che tutte le aziende hanno fatto pervenire le risposte tempestivamente e che i responsabili dei servizi competenti di alcune di esse hanno fornito numerosi chiarimenti, attraverso frequenti colloqui, anche informali, mostrando un apprezzabile spirito collaborativo.

Una richiesta di informazioni è stata indirizzata anche all'Assessorato regionale della Sanità, che ha fatto pervenire un rapporto predisposto dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico.

2 – Oggetto dell'indagine

L'indagine ha lo scopo di verificare il livello di attivazione del controllo di gestione presso le aziende unità sanitarie locali siciliane nel corso del 2003, considerato che con la legge regionale n. 8 del 17 marzo 2000, e le successive modifiche, e con il Piano sanitario regionale 2000-2002 anche nella Regione se ne prevedevano i modi e i tempi di attuazione.

Alla base della scelta dell'oggetto dell'indagine è la considerazione che il controllo di gestione non è un adempimento formale che aggrava lo svolgimento dell'attività ordinaria da parte degli operatori, ma rappresenta il principale strumento a supporto delle diverse fasi del ciclo di pianificazione e controllo.

Il suo ruolo è di aiuto per il responsabile della struttura durante la fase di pianificazione, per verificare la coerenza tra gli obiettivi assegnati e i piani di azione in rapporto alle risorse disponibili; nello stadio della misurazione dei risultati serve per rilevare se gli obiettivi programmati siano stati raggiunti; infine, mediante l'analisi degli scostamenti, fornisce

gli elementi per mettere in relazione i risultati ottenuti con il contesto di riferimento, ai fini dell'adozione di strumenti di autocorrezione.

La rilevanza dell'argomento nell'ambito regionale è testimoniata dalla pubblicazione, nel mese di giugno 2004, da parte dell'Assessorato della Sanità – Dipartimento Osservatorio Epidemiologico - di un rapporto su "Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Siciliana". Tale studio, trasmesso dall'Amministrazione regionale alla Corte nel corso dell'istruttoria, contiene interessanti elementi di riflessione.

L'indagine che si conclude con la presente relazione, effettuata in un'ottica di controllo collaborativo, intende fornire valutazioni ulteriori, che partono dall'analisi del concreto svolgimento del controllo in questione, al fine di consentire all'Amministrazione regionale e alle singole aziende, attraverso il confronto con le altre esperienze, di correggere eventuali criticità ed ottimizzare il relativo processo.

L'istruttoria ha accertato ciò che è stato realizzato alla luce delle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, secondo cui, ai fini del controllo di gestione, ciascuna amministrazione pubblica deve definire:

- a)-l'unità o le unità responsabili della progettazione e della gestione del controllo di gestione;
- b)-le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
- c)-le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- d)-l'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- e)-le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;

f)-gli indicatori specifici per misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità della gestione;

g)-la frequenza di rilevazione delle informazioni.

Occorre sottolineare che, trattandosi della fase iniziale di attivazione del controllo in questione, non si è ritenuto opportuno operare alcuna valutazione in merito alla sua efficacia, che potrà eventualmente essere oggetto di una specifica indagine negli anni successivi.

La verifica è stata effettuata, infatti, unicamente al fine di accertare il concreto avvio e l'implementazione della funzione in esame, così da valutare la correttezza del sistema.

3 – Riferimenti normativi

Gli interventi normativi regionali si sono limitati a disciplinare gli aspetti fondamentali del controllo di gestione, così da lasciare opportunamente a ogni azienda ampi margini di autonomia circa l'effettiva implementazione di un sistema commisurato alla propria realtà operativa (si pensi alle differenze di bacino d'utenza, di struttura, di organico, di bilancio, ecc.).

Le disposizioni principali relative all'attivazione del controllo di gestione nelle aziende unità sanitarie locali siciliane sono contenute nell'articolo 31 della legge regionale 17 marzo 2000 n. 8, come modificato dall'articolo 52 della legge regionale 18 dicembre 2000 n. 26, e nel Piano sanitario regionale 2000 – 2002 emanato con decreto del Presidente della Regione dell'11 maggio 2000.

Nel primo è stabilito, tra l'altro, che "1. Le aziende unità sanitarie locali... adottano in via sperimentale, a decorrere dal 1° gennaio 2001, la contabilità economico-patrimoniale, la contabilità analitica per centri di

costo ed il controllo di gestione” e che “la contabilità di cui al comma 1 è introdotta definitivamente a decorrere dal 1° gennaio 2002.”

A tale norma è collegata la circolare assessoriale n. 1037 del 19 dicembre 2000, contenente le linee guida per l'avvio della contabilità economico-patrimoniale e il controllo di gestione nelle aziende sanitarie e ospedaliere, in base alla quale le aziende sanitarie devono adottare sistemi di gestione per budget per consentire l'adeguata programmazione dell'utilizzo delle risorse con riferimento agli obiettivi di gestione, mentre il budget generale d'azienda deve essere articolato per centri di responsabilità.

La suddetta circolare dispone inoltre che, per consentire il raggiungimento degli obiettivi di gestione, le aziende sanitarie istituiscano un ufficio per il controllo di gestione, il quale verifichi periodicamente e regolarmente il rispetto del budget da parte dei centri di responsabilità, con valutazioni comparative dei costi e dei risultati, al fine di poter tempestivamente riorientare l'attività in presenza di scostamenti rispetto agli obiettivi programmatici.

Il Piano sanitario regionale richiama le finalità del controllo di gestione, le modalità in cui deve esplicarsi e le condizioni per una sua efficace implementazione, individuando come strumenti minimi per la sua attuazione il budget e la contabilità analitica per centri di costo.

In relazione al primo, indicato come un valido strumento per il controllo della gestione aziendale, si prevede che debba essere inteso come un insieme di obiettivi da perseguire a fronte di determinate risorse e che alle risorse e agli obiettivi corrispondano responsabilità chiaramente assegnate; è stabilito inoltre che il relativo sistema si componga di un budget generale, articolato in economico, finanziario e patrimoniale, e di altri specifici per le strutture e i centri di responsabilità, e che esso sia sempre contrattato dal centro di responsabilità così da basarsi su elementi condivisi.

Il Piano sanitario ha altresì previsto che il controllo di gestione si avvalga di strumenti e tecniche che dovranno essere standardizzate con apposite linee guida a livello regionale, per consentire una uniformità di indirizzo.

Con riguardo all'attivazione della contabilità analitica per centri di costo in tutte le aziende, il Piano sanitario regionale, dopo aver ricordato che in ambito nazionale già con la legislazione del 1992 era stata introdotta tale contabilità per supportare, tra l'altro, il controllo di gestione, richiama il decreto n. 24469 del 28 gennaio 1998 con il quale erano state emanate apposite linee guida. Infatti con il decreto citato l'Assessore per la sanità aveva prescritto ai direttori generali delle aziende di "uniformare i criteri per la tenuta della contabilità economica per centri di costo alle direttive in materia di cui all'allegato 4", che contiene linee guida sulla contabilità analitica per centri di costo e, più in particolare, sulle caratteristiche generali del sistema di contabilità analitica, sui metodi per classificare e per rilevare i costi e sui principi generali per l'attività di reporting.

Si può notare che, molto realisticamente, il Piano sanitario regionale sottolinea che "l'adozione di un efficace sistema di controllo di gestione può effettuarsi a condizione che sia concretamente possibile rilevare e misurare economicamente le risorse che vengono utilizzate nel processo di produzione dei servizi erogati dalle aziende sanitarie".

Alla luce di quanto precede, deve rilevarsi che, pur con notevole ritardo rispetto ad altre Regioni, le aziende sanitarie siciliane si sono trovate nella possibilità di attivare sistemi di controllo di gestione adeguati.

4 – Contesto operativo

Al fine di valutare in concreto il livello di attivazione del controllo di gestione nelle aziende è opportuno esaminare brevemente la situazione in cui esse operano.

L'articolo 6, comma 2, della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 ha individuato gli ambiti territoriali delle Aziende facendoli coincidere con quelli provinciali.

Con il decreto del Presidente della Regione del 29 giugno 1995 è stata disposta l'attivazione delle Aziende unità sanitarie locali a partire dal successivo 10 luglio 1995.

Nei prospetti che seguono sono state riassunte alcune informazioni generali riguardanti la popolazione residente negli ambiti territoriali delle Aziende al 2002, il personale in servizio al 2003 distinto per ruolo ed i dati più significativi del conto economico 2003 di ogni Azienda.

Popolazione Residente negli Ambiti Territoriali delle Aziende u.s.l. al 2002		
AUSL n. 1	Agrigento	447.684
AUSL n. 2	Caltanissetta	273.597
AUSL n. 3	Catania	1.053.964
AUSL n. 4	Enna	176.959
AUSL n. 5	Messina	661.708
AUSL n. 6	Palermo	1.235.269
AUSL n. 7	Ragusa	295.246
AUSL n. 8	Siracusa	396.175
AUSL n. 9	Trapani	425.067
TOTALE		4.965.669

Tabella 1

Elaborazione a cura del Servizio per l'informatica della Sezione di controllo per la Regione siciliana
Fonte dati : Assessorato Regionale Sanità

Personale in servizio al 2003 (distinto per ruolo)									
		Sanitario medico	Sanitario laureato non medico	Tecnico sanitario ed infermieristico	Tecnico	Professionale	Amm.vo dirigente	Amm.vo non dirigente	Totale numero dipendenti
AUSL n. 1	Agrigento	466	56	912	436	3	18	348	2.239
AUSL n. 2	Caltanissetta	276	76	586	299	2	14	220	1.473
AUSL n. 3	Catania	853	223	1.703	799	13	36	618	4.245
AUSL n. 4	Enna	304	50	555	350	2	12	166	1.439
AUSL n. 5	Messina	1.085	141	2.023	925	7	24	624	4.829
AUSL n. 6	Palermo	1.338	258	2.240	1.404	23	48	734	6.045
AUSL n. 7	Ragusa	445	84	1.132	679	1	16	249	2.606
AUSL n. 8	Siracusa	408	93	896	468	6	17	306	2.194
AUSL n. 9	Trapani	519	92	1.006	616	0	16	407	2.656

Tabella 2

Elaborazione a cura del Servizio per l'informatica della Sezione di controllo per la Regione siciliana
Fonte dati : Assessorato Regionale Sanità

CONTO ECONOMICO Anno 2003 (in migliaia di euro)							
		Valore della produzione	Costi della produzione	Proventi e oneri finanziari	Proventi e oneri straordinari	Imposte e tasse	Utile o Perdita di esercizio
AUSL n. 1	Agrigento	368.994	386.391	-2.348	-2.557	8.003	-30.305
AUSL n. 2	Caltanissetta	200.744	204.250	-517	2.538	5.347	-6.832
AUSL n. 3	Catania	848.045	923.481	-4.968	-4.842	13.010	-98.256
AUSL n. 4	Enna	161.747	161.877	-312	5.572	5.310	-180
AUSL n. 5	Messina	629.157	660.122	-1.509	-2.502	16.450	-51.426
AUSL n. 6	Palermo	1.001.760	1.070.208	-12358	-2.083	26.046	-108.937
AUSL n. 7	Ragusa	274.950	284.069	-1.542	4	11	-10.668
AUSL n. 8	Siracusa	340.873	359.444	-1139	-2.681	8.337	-30.728
AUSL n. 9	Trapani	380.468	346.630	-3.333	-1.754	9.443	19.308

Tabella n.3

Elaborazione a cura del Servizio per l'informatica della Sezione di controllo per la Regione siciliana.
Fonte: Assessorato Regionale Sanità. Dati consuntivi prima dell'assestamento.

QUOTA FONDO SANITARIO E COSTI PER BENI, SERVIZI E PERSONALE ANNO 2003 (in migliaia di euro)								
		Quota F.S. regionale	Acquisti di beni	Acquisti di servizi	Costi per il personale del ruolo sanitario	Costi per il personale del ruolo professionale	Costi per il personale del ruolo tecnico	Costi per il personale del ruolo amministrativo
AUSL n. 1	Agrigento	365.854	14.091	257.156	80.879	194	12.201	12.037
AUSL n. 2	Caltanissetta	198.138	5.867	120.509	56.829	241	9.742	7.678
AUSL n. 3	Catania	839.281	26.598	694.601	147.465	1.017	22.147	19.245
AUSL n. 4	Enna	156.392	6.073	80.383	53.916	219	2.198	12.187
AUSL n. 5	Messina	620.107	41.001	395.658	170.484	739	23.365	18.548
AUSL n. 6	Palermo	975.960	43.638	657.482	235.274	1.551	45.023	27.755
AUSL n. 7	Ragusa	269.081	17.748	132.249	93.037	315	19.630	10.779
AUSL n. 8	Siracusa	335.478	23.208	226.075	78.723	854	12.283	9.784
AUSL n. 9	Trapani	372.159	20.979	196.108	93.080	73	17.883	13.120

Tabella n. 4

Elaborazione a cura del Servizio per l'informatica della Sezione di controllo per la Regione siciliana.

Fonte: Assessorato Regionale Sanità. Dati consuntivi prima dell'assestamento.

In relazione a tale contesto si pongono i dati relativi alla dotazione organica delle unità operative di programmazione e controllo di gestione delle aziende riportati di seguito.

PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO LE UNITA' OPERATIVE

DEL CONTROLLO DI GESTIONE

AGRIGENTO

- n.1 dirigente medico
- n.1 coadiutore amministrativo

CALTANISSETTA

- n.1 collaboratore amministrativo
- n.1 assistente amministrativo

CATANIA

- n.1 dirigente sociologo con funzioni di responsabile
- n.9 dirigenti (1 veterinario, 4 medici, 1 farmacista, 2 amministrativi, 1 sociologo)
- n.3 unità del comparto amministrativo

ENNA

- n.4 dirigenti (2 medici, 1 farmacista, 1 sociologo)
- n.1 collaboratore tecnico informatico

MESSINA

- n.1 dirigente medico responsabile
- n.1 dirigente amministrativo
- n.3 assistenti amministrativi
- n.1 coadiutore amministrativo

PALERMO

- n.1 dirigente amministrativo responsabile
- n.1 dirigente medico (per 2 giorni alla settimana)
- n.1 dirigente medico
- n.1 caposala
- n.1 infermiere professionale
- n.1 collaboratore amministrativo
- n.1 collaboratore amministrativo (per 2 giorni alla settimana)

RAGUSA

- n.1 collaboratore amministrativo
- n.1 assistente tecnico programmatore

SIRACUSA

- n.1 dirigente responsabile
- n.3 assistenti amministrativi

TRAPANI

- n.1 dirigente responsabile
- n.1 assistente tecnico
- n.1 collaboratore amministrativo

Come si può rilevare dall'esame delle tabelle, la situazione delle aziende è profondamente diversa, sia sotto il profilo delle dimensioni, che sotto quello economico.

Anche la dotazione organica degli uffici di controllo di gestione presenta notevoli disparità, con un numero di addetti non proporzionale all'ampiezza dell'azienda, mentre le figure incaricate del controllo di gestione hanno solo in minima parte la professionalità necessaria allo scopo, in quanto si tratta di personale dell'area medica o infermieristica.

L'utilizzo del personale in servizio, pur necessario sotto il profilo del contenimento della spesa, non può sopperire alla mancanza di economisti o di esperti di organizzazione aziendale all'interno degli uffici preposti.

5 – La situazione del controllo di gestione nell'anno 2003

Di seguito si esaminano sinteticamente le risposte fornite dalle aziende con riferimento agli aspetti che costituivano oggetto delle richieste indicate nei capitoli introduttivi, al fine di avere un quadro complessivo della situazione relativa all'attivazione del controllo di gestione.

Azienda u.s.l. n.1. di Agrigento

L'Azienda ha istituito una unità operativa "Controllo interno di gestione", composta da un dirigente medico e un coadiutore amministrativo, che effettua attività di progettazione e gestione dei dati disponibili per il controllo di gestione.

Detta unità controlla i piani operativi annuali delle macrostrutture aziendali, che nel 2003 sono state fatte coincidere con 21 centri di responsabilità.

L'unità operativa in esame predispone altresì, per il Nucleo di valutazione aziendale e per la Direzione generale, gli atti propedeutici per l'attribuzione della retribuzione di risultato al personale.

La programmazione e l'individuazione degli obiettivi e dei soggetti responsabili è stata effettuata dalla Direzione Aziendale, con la collaborazione degli uffici di staff, tra cui quello di controllo di gestione.

Il budget è stata negoziato con ciascuna macrostruttura successivamente all'assegnazione finanziaria da parte della Regione.

I report sono stati prodotti con periodicità trimestrale, hanno avuto ad oggetto l'attività svolta da ciascuna macrostruttura e sono stati trasmessi al Sistema Informativo Locale.

La contabilità analitica è stata avviata nel 2003 e la sua tenuta è demandata a una società di consulenza esterna, la quale effettua la rilevazione e la ripartizione dei costi, nonché la verifica degli eventuali scostamenti rispetto al budget assegnato a ogni macrostruttura.

Nel corso dell'istruttoria si è chiesto più volte all'Azienda di fornire informazioni circa i compiti della società di consulenza, ma solo in data 14 settembre 2004 è pervenuto il contratto di incarico; manca invece la relazione esplicativa dell'attività svolta, nonostante la nota di trasmissione la prevedesse.

Contestualmente alle deduzioni depositate per l'adunanza, l'Azienda ha trasmesso una relazione, priva di data, in cui si precisa che la Società di consulenza ha coadiuvato il Settore economico finanziario nell'attivazione e nella tenuta della contabilità analitica.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il Distretto di Bivona, di cui ha inviato il budget 2003 con la copia del verbale di contrattazione, i report trimestrali dei primi tre trimestri e la relazione finale sull'attività 2003.

Dall'esame degli atti relativi al Distretto si rileva che sono stati posti in essere tutti gli adempimenti necessari per il completamento del controllo di gestione.

Si deve però rilevare che i report trimestrali non sono collegati agli obiettivi assegnati, in quanto riguardano tutta l'attività svolta e non

indicano i costi, mentre tale collegamento è contenuto nella relazione finale.

Sono stati assegnati obiettivi semplici e facilmente raggiungibili e ciò ha consentito di conseguirli completamente; di conseguenza non si è reso necessario alcun intervento correttivo nel corso dell'anno.

Il totale raggiungimento degli obiettivi lascia intendere, peraltro, che il controllo di gestione, formalmente perfetto, sia stato considerato come una sovrastruttura priva di utilità per l'Azienda, dato che gli obiettivi sono stati assegnati in modo da essere raggiunti con certezza e che le rilevazioni trimestrali sono state trasmesse al Sistema Informativo Locale. Ad ulteriore conferma, si rileva che solo alla chiusura dell'anno si è proceduto al raffronto tra gli obiettivi e i risultati ed è emersa la loro totale coincidenza.

Azienda u.s.l. n.2 di Caltanissetta

La Direzione generale si è insediata nel mese di novembre 2002 e ha costituito la nuova unità operativa "Programmazione e controllo di gestione" il 1° aprile 2003, data a partire dalla quale è iniziata l'attività di riprogettazione delle modalità di effettuazione del controllo di gestione.

La struttura competente è posta alle dirette dipendenze del Direttore generale ed è costituita da due unità di personale: un collaboratore amministrativo e un assistente amministrativo. L'Azienda si è avvalsa inoltre di un consulente esterno per la fase di riprogettazione e di avvio della procedura.

Il Direttore generale ha fatto presente in adunanza che l'organico dell'unità operativa controllo di gestione è stato potenziato con l'inserimento di figure professionali esperte nella materia.

Deve essere segnalato che l'unità operativa in esame si è dotata di un proprio piano di lavoro e di propri obiettivi.

Relativamente alle unità organizzative a livello delle quali si è esercitato il controllo di gestione, in considerazione delle diverse tipologie di assistenza presenti all'interno dell'Azienda, è stata fatta una distinzione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.

Per la prima le valutazioni sono state effettuate a livello di singolo reparto e di singolo ospedale, mentre per le case di cura accreditate a livello di singola specialità accreditata; la frequenza delle rilevazioni è stata trimestrale.

Per la seconda, il controllo di gestione si è rivolto in particolare alla spesa per la farmaceutica e per la specialistica convenzionata esterna, mediante l'adozione del budget per singolo medico di medicina generale e pediatra di libera scelta; la frequenza delle rilevazioni è stata mensile.

Le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili sono partite dallo sviluppo delle strategie aziendali, poi declinate in obiettivi di I livello (generali) e di II livello (specifici) per terminare con l'assegnazione degli obiettivi alle macrostrutture aziendali.

In particolare, la Direzione generale ha affidato a ciascun centro di responsabilità di area sanitaria i macro-obiettivi di risultato 2003 e ha invitato i Direttori responsabili ad elaborare i progetti attuativi; successivamente per tutti i centri di responsabilità sono state sviluppate singole schede di budget contenenti gli obiettivi di I e II livello e il peso associato a ciascuno di questi ultimi.

Relativamente alla modalità di rilevazione e ripartizione dei costi, nelle more dello sviluppo del sistema di contabilità analitica per centri di costo, si è utilizzata la contabilità generale e tutti i costi e i ricavi sono stati ripartiti tra i vari centri di costo.

Al fine di rappresentare i costi complessivi delle attività finali, cioè di quelle rivolte all'utenza esterna, oltre ad attribuire i costi diretti a ciascun centro sono stati ribaltati i costi dei centri che svolgono attività di supporto su quelli che realizzano le attività finali. I parametri adottati per

tale operazione, diversi a seconda della natura del centro di costo, appaiono molto appropriati.

Anche gli indicatori utilizzati si sono differenziati per l'assistenza ospedaliera e per quella territoriale.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il Dipartimento di Prevenzione, e in particolare l'unità operativa complessa Laboratorio di igiene e profilassi, per la quale ha trasmesso i report trimestrali. La relazione sull'attività del 2003 dimostra il raggiungimento degli obiettivi che erano stati fissati per l'indennità di risultato.

Dall'esame degli atti trasmessi si è rilevato che, pur in presenza di un ritardo nell'attivazione, il controllo di gestione è stato effettuato in modo corretto. Occorrerà peraltro attendere la fine del 2004 per valutare l'intero processo, visto che i macro-obiettivi sono stati rimodulati su base biennale in considerazione dell'esiguità del tempo intercorrente tra la loro assegnazione e il 31 dicembre 2003.

Allo stato attuale emerge che il controllo di gestione è stato impostato nel pieno rispetto delle norme in materia.

Merita di essere evidenziato quanto prospettato dall'Azienda nella nota protocollo n. 766 del 7 aprile 2004: "le relazioni tra i Medici di Medicina Generale/Pediatri e questa Direzione Aziendale erano deboli, frammentate, infrequenti e caratterizzate da una logica non partecipativa pervasa da un approccio burocratico-amministrativo. I medici non erano considerati parte integrante dell'Azienda e la Direzione Generale veniva considerata un organo gerarchico e censore dei comportamenti prescrittivi." In presenza di una tale situazione l'Azienda ha dovuto reimpostare quelle relazioni. La lucidità dell'analisi riportata, che rappresenta una situazione generalizzata anche presso le altre Aziende, ma di cui non sempre emerge la consapevolezza, è la premessa indispensabile per un controllo di gestione che non sia un mero

adempimento burocratico, ma che riesca a convincere gli operatori, sanitari e non, della sua utilità per il miglioramento del lavoro all'interno dell'intera Azienda e del servizio offerto agli utenti.

Azienda u.s.l. n.3 di Catania

La funzione del controllo di gestione è demandata fin dal 1997 all'unità operativa "Programmazione e controllo di gestione", collocata in staff alla Direzione Generale. Tale unità svolge anche compiti di programmazione e supporta la Direzione nelle attività di controllo strategico. E' composta da tredici unità: un dirigente sociologo con funzioni di responsabile, nove dirigenti di cui un veterinario, quattro medici, un farmacista, due amministrativi e un sociologo, e tre unità del comparto amministrativo. Nella nota protocollo n. 15560 del 3 marzo 2004 il Direttore generale ha comunicato che "ciascuno dei dirigenti, in rapporto alla specifica professionalità di base e alla specifica ed elevata competenza acquisita anche attraverso iter formativi individualizzati, ha avuto assegnato all'interno dell'unità settori operativi del controllo di gestione dotati di ampi margini di autonomia e responsabilità". E' di tutta evidenza, peraltro, come la motivazione fornita per la scelta nella composizione non possa giustificare la presenza, nella stessa unità operativa, di dieci dirigenti, la maggior parte dei quali dell'area medica; anche la ripartizione delle competenze è di ostacolo allo svolgimento in modo organico del controllo. Ne è prova il fatto che, pur trattandosi di un ufficio costituito fin dal 1997, il controllo di gestione è ancora in fase di avviamento; come si vedrà di seguito, i report sono semestrali e il controllo è limitato alle macrostrutture. Le dimensioni eccessive dell'ufficio, soprattutto in riferimento alle professionalità che lo compongono, sembra avere condizionato negativamente lo sviluppo della funzione ed è indice della non esatta comprensione del ruolo del controllo

di gestione se si ritiene che per ogni categoria del personale esso debba essere svolto da un suo rappresentante.

Il Direttore generale ha fatto presente in adunanza che l'organico dell'unità operativa controllo di gestione è stato ridotto a dieci unità.

L'Azienda è articolata in 300 centri di costo, ma la misurazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità è stata effettuata su 21 macroaggregati: 11 distretti, un'area direzionale, un'area della prevenzione, una della salute mentale, una della neuropsichiatria infantile e sei presidi ospedalieri.

Nelle deduzioni depositate in adunanza il Direttore generale ha precisato che, anche se la valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti nonché sulla corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche avviene a livello delle macrostrutture, verso i centri di responsabilità si rileva una costante attenzione del controllo di gestione sulle attività e sui costi diretti.

Le procedure di determinazione degli obiettivi e dei soggetti responsabili hanno preso le mosse dal recepimento degli obiettivi assegnati all'Azienda dalla Regione e dalla loro trasformazione in obiettivi specifici. Successivamente sono stati determinati gli indicatori adatti, anche ai fini della retribuzione di risultato e della produttività collettiva.

La congruità tra obiettivi e indicatori è stata esaminata dal Nucleo di Valutazione Aziendale. Infine sono stati assegnati gli obiettivi specifici ai responsabili di tutte le unità operative.

Il sistema testé delineato, secondo la ricostruzione fatta dall'Azienda, non sembra prevedere una fase di contrattazione con i responsabili delle unità operative.

Nelle deduzioni suddette si fa presente che i centri di responsabilità rappresentano gli interlocutori della Direzione aziendale nel processo di programmazione e controllo ed i destinatari degli obiettivi di budget, e che mentre per le macrostrutture la negoziazione di budget riguarda

risorse finanziarie (budget economici), investimenti (budget degli investimenti) e obiettivi e risorse per il loro raggiungimento (budget operativi), per gli altri livelli dell'organizzazione il processo di negoziazione verte esclusivamente sui budget operativi.

I costi relativi al personale e ai beni che transitano nei magazzini ospedalieri e aziendali sono stati imputati ai singoli centri di costo, mentre quelli relativi ai servizi sono stati attribuiti alle 21 macrostrutture a livello delle quali si è effettuato il controllo di gestione.

Infine, per quanto riguarda la frequenza di rilevazione delle informazioni, quelle di tipo economico sono state elaborate in tempo reale alla registrazione in contabilità, mentre per quelle di attività vi sono state diverse periodicità: trimestrale per le ospedaliere e mensile per quelle legate all'attività territoriale.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il Presidio Ospedaliero di Biancavilla, del quale ha trasmesso la scheda budget, gli indicatori per la valutazione dell'attività ospedaliera, la verifica del 1° semestre, gli scostamenti del 1° semestre, il consuntivo 2003 e gli scostamenti finali. Tutti i documenti riportano unicamente valori economici e non di attività, mentre questi ultimi sono indicati per la retribuzione di risultato. Occorre rilevare, comunque, che la verifica costi-ricavi svolta è di grande utilità e dovrebbe essere effettuata anche dalle altre aziende.

La cadenza semestrale delle rilevazioni non risponde invece ai principi di un proficuo controllo di gestione, dato che la mancanza di tempestività non consente di apportare le correzioni necessarie in un tempo idoneo a superare le criticità riscontrate. Si deve ritenere infatti che la frequenza minima sia trimestrale, ma alcune aziende di altre regioni stanno operando opportunamente su base mensile.

La presenza di report semestrali induce a ritenere che quanto sopra riportato, circa la disponibilità dei dati economici in tempo reale e di

quelli relativi all'attività ospedaliera con cadenza trimestrale, non interessi il controllo di gestione, ma sia fatta esclusivamente ad altri fini, quali ad esempio l'attribuzione della retribuzione di risultato e la necessità di fornire i dati alla Regione.

Il Direttore generale ha comunicato in adunanza di avere affrontato nel 2004 il problema della periodicità e della tempestività dei report.

L'esame delle precisazioni fornite in adunanza consente di affermare che l'Azienda ha adottato idonee iniziative per superare le criticità emerse in sede di istruttoria, che avevano portato questa Corte a ritenere che il controllo di gestione fosse stato considerato un mero adempimento formale, svincolato dalle rilevazioni che realmente interessavano la vita dell'Azienda. Occorre peraltro ribadire che l'indagine riguardava la situazione del controllo di gestione nel 2003.

Azienda u.s.l. n.4 di Enna

In tale Azienda l'ufficio "Controllo di gestione" è una struttura semplice composta da quattro dirigenti, di cui due medici, un farmacista e un sociologo e da un collaboratore tecnico informatico.

Esso svolge i compiti e le prestazioni tecniche inerenti alla raccolta e all'elaborazione dei dati e degli elementi idonei per la valutazione del livello di utilizzazione delle risorse assegnate alle unità operative. Le funzioni attribuite all'ufficio sono molto precise e mostrano come il controllo di gestione incida su tutta l'attività, essendo presente con un ruolo di supporto nelle diverse fasi della programmazione e delle verifiche.

L'Azienda sottolinea che la programmazione delle attività sanitarie tiene conto delle esigenze del territorio e che l'iter seguito prevede la partecipazione degli Enti locali e delle Associazioni territoriali nella

individuazione degli obiettivi da assegnare ai centri di responsabilità, nella verifica dei risultati e nel monitoraggio del livello di soddisfazione.

Tale scelta è pienamente conforme a quanto stabilito dalla normativa, ma non sembra che quella modalità sia diffusa presso le altre Aziende.

Il processo di budget ha seguito lo schema della concertazione tra l'ufficio controllo di gestione, i referenti delle macrostrutture aziendali e i responsabili dei centri di negoziazione nelle diverse fasi della predisposizione delle schede di budget, della loro compilazione e della negoziazione.

Sono state soggette a rendicontazione analitica le macrostrutture aziendali, quali Presidi Ospedalieri, Distretti e Dipartimenti.

I centri di costo sono stati aggregati in 63 centri di responsabilità in funzione dell'assegnazione, in sede di budget, di obiettivi e risorse e alla individuazione degli scostamenti. Tutti i centri di responsabilità hanno negoziato il budget per il 2003.

Il sistema di rilevazioni ha consentito di informare periodicamente i responsabili, ai vari livelli della struttura organizzativa, degli scostamenti tra budget e consuntivo, così da consentire loro di intraprendere le iniziative idonee a correggere le criticità emerse.

Occorre sottolineare l'importanza della scelta di informare i responsabili, in quanto dimostra l'utilità del controllo di gestione nel momento in cui consente agli stessi operatori di conoscere la situazione e di intervenire tempestivamente con l'adozione degli interventi correttivi necessari.

Sono stati utilizzati indicatori di tipo economico e di attività.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il centro di responsabilità "Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero Ferro-Branciforti-Capra" del quale ha trasmesso la scheda budget con il verbale di negoziazione e l'indicazione dei costi e ricavi dei

due anni precedenti, i report trimestrali di attività e fatturato e quello conclusivo, comprensivo dei dati di attività e di ricavo.

Dalla documentazione trasmessa si rileva che l'Azienda n. 4 di Enna ha raggiunto un elevato grado di attivazione del controllo di gestione che va oltre la fase di implementazione, in ciò sicuramente avvantaggiata dalle sue dimensioni. L'esame dell'efficacia esula dalla presente indagine, ma si può ritenere che il sistema adottato sia di notevole utilità per la Direzione e per l'intera Azienda.

Azienda u.s.l. n.5 di Messina

L'unità operativa "Programmazione e controllo di gestione" è una struttura semplice alle dirette dipendenze della Direzione Generale; è stata costituita nel 1999 e nel 2003 ad essa risultavano assegnati un dirigente medico responsabile, un dirigente amministrativo, tre assistenti amministrativi e un coadiutore amministrativo.

L'Azienda si è avvalsa del supporto di una società di consulenza esterna, della cui attività ha fornito una relazione illustrativa.

Il controllo di gestione è stato effettuato a livello di macrostrutture, quali Presidi Ospedalieri, Distretti Sanitari, Dipartimenti Strutturali, Settori e Servizi e alcune unità operative dipendenti dallo staff dirigenziale.

A ciascuna delle 39 macrostrutture sono stati assegnati gli obiettivi e secondo lo stesso criterio è stata effettuata la ripartizione dei costi.

Il sistema di report è trimestrale e, in coerenza con l'assegnazione del budget, è a livello di macrostruttura.

La scelta di limitare il controllo di gestione alle macrostrutture è stata giustificata dal fatto che si trattava di applicare metodologie innovative relative all'utilizzo dello strumento del budget e della relativa negoziazione. Si rileva quindi che, nonostante l'Ufficio si sia insediato nel

1999, anche se con una dotazione organica insufficiente, il controllo di gestione sembra essere stato avviato solo nel 2003.

Sono stati adottati indicatori di tipo economico e tecnico.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il Presidio Ospedaliero di Patti, del quale ha trasmesso la scheda budget, il report direzionale trimestrale, il report trimestrale di scostamento, la scheda di obiettivi con indicazione degli scostamenti avvenuti rispetto agli obiettivi fissati e gli indicatori utilizzati e il conto economico.

Dall'esame della documentazione trasmessa per il Presidio scelto si può rilevare la corretta implementazione del processo di programmazione e controllo, considerata anche la presenza dei dati quantitativi accanto a quelli economici e il raffronto costante con l'anno precedente.

Merita particolare apprezzamento la presenza nella scheda di budget dell'indicazione da parte del responsabile dei punti di forza e di debolezza della struttura, come base per la successiva assegnazione di obiettivi e per la conseguente valutazione.

Complessivamente gli atti mostrano che nel corso del 2003 si è deciso di porre fine alla situazione di inerzia che aveva caratterizzato il periodo precedente; è però quanto mai opportuno passare ad un livello di maggiore dettaglio nell'individuazione delle strutture soggette al controllo di gestione.

Azienda u.s.l. n.6 di Palermo

L'unità operativa "Programmazione e Controllo di Gestione" è composta da un dirigente amministrativo responsabile, due dirigenti medici, una capo sala, una infermiera professionale e due collaboratori amministrativi; si deve segnalare che un dirigente medico e un collaboratore amministrativo sono assegnati all'unità unicamente per due

volte alla settimana. E' di immediata evidenza la presenza all'interno dell'unità di controllo di rappresentanti delle diverse professionalità operanti nell'Azienda, con un ruolo che appare di garanzia e tutela per le categorie interessate, ma non appropriato per quel tipo di controllo.

Nelle deduzioni depositate per l'adunanza il Direttore generale ha sottolineato che il ruolo svolto dai dipendenti in servizio nella detta unità operativa è di garanzia nei confronti dell'Azienda in quanto sono presenti delle professionalità che conoscono la realtà aziendale, e non piuttosto a tutela di interessi di categoria.

Considerata l'ampiezza dell'Azienda, la struttura appare sottodimensionata, non tanto per il numero dei componenti, quanto per le loro caratteristiche professionali, e ciò è dimostrato dal fatto che l'implementazione del sistema di controllo procede con eccessiva gradualità. A fronte di quattrocentoventisei macrostrutture/centri di responsabilità presenti nell'Azienda, nel 2002 sono state oggetto di monitoraggio quaranta unità operative, nel 2003 ottantacinque e nel 2004 dovrebbero essere centotredici. Per arrivare al controllo di tutti i centri di responsabilità occorreranno quindi ancora alcuni anni di sperimentazione.

Nelle suddette deduzioni si fa presente che la realtà aziendale consta, effettivamente, di circa centocinquanta macrostrutture/centri di responsabilità, come individuati nel documento di organizzazione collegato all'atto aziendale ancora in attesa dell'approvazione da parte dell'Assessorato regionale della Sanità, in mancanza della quale non è possibile procedere alla ridefinizione formale del piano.

Alle unità oggetto del processo di budgeting sono stati assegnati gli obiettivi per il 2003 attraverso un processo di negoziazione con i responsabili delle strutture interessate, ai quali sono stati poi comunicati i report trimestrali di monitoraggio effettuati dal controllo di gestione al fine di verificare gli scostamenti rispetto agli obiettivi. In alcuni casi i

responsabili hanno chiesto di modificare i valori attesi con una proposta di riformulazione dell'obiettivo che è perfettamente in linea con la finalità del controllo di gestione.

Per quanto riguarda la rilevazione dei costi, nella risposta fornita in sede di istruttoria il Direttore Generale ha comunicato che, nel periodo in esame, è stato possibile monitorare solo quelli relativi alla spesa farmaceutica diretta e alle prestazioni sanitarie intermedie rese tra le unità operative dei Presidi Ospedalieri Aziendali, mentre per gli altri costi è in fase d'implementazione la contabilità analitica.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il Presidio Ospedaliero Enrico Albanese – Unità Operativa Chirurgia Pediatrica e il distretto n.11 di Palermo. Per entrambe le strutture è stata trasmessa documentazione relativa alla negoziazione del budget, i report trimestrali e quello consuntivo. Le rilevazioni contengono sia i dati relativi all'attività che quelli economici, e nelle schede delle attività produttive sono presenti anche i costi.

Il report consuntivo è molto chiaro, anche se si deve evidenziare che gli obiettivi erano relativi solo all'attività.

Complessivamente si può affermare che il processo di programmazione e controllo sia stato attivato correttamente e mostri la sua utilità per l'Azienda; d'altra parte la sua limitatezza quantitativa, oltre alla non completa attivazione della contabilità analitica, fanno pensare che occorrerà un tempo ancora lungo per poterne valutare l'affidabilità e l'efficacia.

Azienda u.s.l. n.7 di Ragusa

Il Servizio "Controllo di gestione" effettua la progettazione e la gestione del controllo stesso, che ha ad oggetto i DRG (raggruppamenti

omogenei di diagnosi) e le prestazioni specialistiche erogate dagli ospedali.

I centri di responsabilità sono undici e corrispondono ai Dipartimenti, ai Distretti e ai Presidi.

La definizione degli obiettivi compete al Direttore generale su proposta dei Direttori dei centri di responsabilità, mentre la valutazione degli indicatori è affidata al Nucleo di Valutazione Aziendale.

La rilevazione dei costi è trimestrale e avviene a livello di centri di costo in base alla contabilità analitica; in particolare i costi del personale e di beni e servizi sono rilevati con cadenza mensile ed assegnati ad ogni centro di costo, mentre i costi indiretti e generali sono ribaltati ai centri di costo in proporzione ai costi diretti del personale. Tale criterio non appare idoneo, se utilizzato in modo esclusivo, in quanto è di immediata evidenza come una struttura sanitaria abbia prerogative peculiari, che prescindono dalla distribuzione del personale, di cui si deve tenere conto nella scelta dei criteri di ribaltamento.

Per tutti i centri di responsabilità sono state predisposte schede budget e report annuali.

Il Direttore generale nella nota protocollo n. 742 Dir. Gen. del 4 marzo 2004 fa presente che "Le relazioni di gestione trimestrali non sono state redatte in quanto i dati rilevati erano pienamente conformi alle previsioni programmatiche".

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo il Presidio Ospedaliero di Vittoria, del quale ha trasmesso la scheda budget consuntiva 2003 e copia del report annuale con indicazione dei dati 2002 e degli scostamenti rispetto all'obiettivo.

Dall'esame degli atti trasmessi, comprendenti anche la relazione illustrativa sui risultati dell'esercizio 2003 dell'intera Azienda, e dal tenore delle risposte fornite e sopra succintamente riportate, si può rilevare che

la situazione non corrisponde all'affermazione del Direttore generale secondo il quale il controllo di gestione viene regolarmente effettuato.

Il quadro delineato porta a ritenere che le rilevazioni siano effettuate ad altri fini, in particolare per l'attribuzione della retribuzione di risultato, come si ricava dalla scelta di affidare la valutazione degli indicatori al Nucleo di Valutazione Aziendale, oltre che per fornire i dati economici alla Regione.

La mancanza di report trimestrali, o comunque intermedi, evidenzia come non si veda l'utilità di quel tipo di riscontro, e la giustificazione fornita è difficilmente verificabile, oltre che poco attendibile, in quanto si sostiene che l'intera Azienda avrebbe rispettato perfettamente tutte le previsioni durante il corso dell'anno.

Ciò induce a ritenere che il controllo di gestione non sia stato visto, nel periodo in esame, come uno strumento di supporto per la stessa Direzione Generale, ma come un adempimento formale che appesantisce l'attività ordinaria, e pertanto da limitare all'essenziale.

Stupisce la certezza, non riscontrata nelle altre Aziende e che emerge dalle risposte fornite alle richieste istruttorie, che l'intero procedimento sia stato compiuto correttamente e che non si sia reso necessario alcun aggiustamento, neppure a fine anno. Nella relazione finale si afferma infatti che gli obiettivi generali e specifici sono stati raggiunti, fatta eccezione per quelli dell'assistenza farmaceutica convenzionata, e che il risultato conseguito rappresenta la concretizzazione ottimale del difficile accordo tra i bisogni dei cittadini e le risorse disponibili.

A prescindere dalla considerazione che il controllo di gestione è ancora ovunque in una fase iniziale che richiede un periodo di assestamento (solo al termine del quale potrà essere verificata la sua efficacia), la situazione prospettata dal Direttore Generale per diversi

aspetti non corrisponde al modello di controllo previsto dalla normativa e dagli studi più avanzati in materia.

A conferma delle considerazioni svolte vi è anche la scelta di limitare il controllo di gestione ai DRG e alle prestazioni specialistiche erogate dagli ospedali, focalizzando quindi l'attenzione sugli elementi che interessano il monitoraggio da parte della Regione, senza tenere conto degli altri ambiti di attività di un'azienda sanitaria su cui può essere opportuno intervenire per razionalizzare il servizio, mentre i dati sul raggiungimento degli obiettivi di efficienza di ogni centro di responsabilità contenuti nei report annuali sono in larga massima limitati ai costi, con un livello di aggregazione così ampio da non consentire valutazioni appropriate.

Azienda u.s.l. n.8 di Siracusa

L'unità operativa "Controllo di gestione" è stata istituita nel 1997 ed è composta da un dirigente e tre assistenti amministrativi. Ad essa fanno capo l'Ufficio contabilità direzionale, l'Ufficio Budget e l'Ufficio programmazione e sviluppo.

Tale unità operativa progetta e gestisce i sistemi di controllo, raccoglie e divulga le informazioni ai centri di responsabilità, valuta l'equilibrio tra risorse e prestazioni o servizi erogati, supporta la Direzione Aziendale nei processi decisionali.

Sono stati individuati 177 centri di costo, coincidenti con i centri di responsabilità. L'Azienda afferma di essere in grado di conoscere per ciascun centro di costo solo i costi diretti, relativi a personale, beni di consumo e alcuni acquisti di servizi, ma non i costi indiretti, quali utenze e acquisto di prestazioni interne, e i costi generali, in quanto non sono ancora stati definiti i criteri di ribaltamento per questi ultimi.

La programmazione degli obiettivi relativi alle prestazioni è affidata al responsabile di ciascuna unità operativa; segue poi l'esame da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale e l'approvazione della Direzione.

Il processo di assegnazione degli obiettivi non è però collegato al controllo di gestione, ma al sistema premiante aziendale, con particolare riferimento alla retribuzione di risultato. Anche le rilevazioni delle informazioni, effettuate con cadenza trimestrale, appaiono utilizzate agli stessi fini, così come l'utilizzo di indicatori differenziati per l'attività ospedaliera e per quella territoriale.

Tale situazione è confermata da quanto contenuto nella nota protocollo n. 3711/D.G. del 26 maggio 2004, in cui il Direttore generale comunica che è stata avviata la sperimentazione di un processo di negoziazione con un solo centro di responsabilità, per il quale è stata redatta la scheda di budget, contenente gli obiettivi e gli indicatori, ed è stato verificato il grado di raggiungimento degli obiettivi a fine esercizio.

La scelta di limitare la "sperimentazione" a un solo centro di responsabilità è giustificata dalla difficoltà di avvalersi di completi flussi informativi e dall'avvio della contabilità analitica, che ha richiesto la formazione del personale. Nel 2004 si prevede di estendere la sperimentazione a tutti i centri di responsabilità.

Di conseguenza per l'esame del ciclo programmazione - controllo è stata inviata la documentazione dell'unico centro per il quale è stato attivato (il Servizio di psicologia); la documentazione consiste unicamente nel preventivo e nel consuntivo 2003.

Dagli atti si rileva che gli obiettivi assegnati, relativi solo all'attività, sono molto semplici e chiari ed è agevole la loro misurazione, elementi questi che ne hanno consentito il completo conseguimento.

Deve essere sottolineato che l'unità operativa opera fin dal 1997, ma solo nel 2003 ha attivato la sperimentazione del processo di programmazione e controllo nei confronti di un unico centro di

responsabilità. Tra l'altro la semplicità della struttura del Servizio di psicologia ha consentito l'assegnazione di pochi obiettivi facilmente raggiungibili, ma le modalità del controllo sperimentate difficilmente potranno essere riprodotte per centri più complessi.

Azienda u.s.l. n.9 di Trapani

L'unità operativa "Programmazione e controllo di gestione", il cui responsabile è stato nominato nel marzo 2003, nel periodo in esame ha raccolto e organizzato i dati prodotti dalle diverse componenti del sistema aziendale, acquisendo le informazioni necessarie per orientare le strategie aziendali e lo stesso controllo di gestione.

L'attività di programmazione e controllo ha interessato tutte le unità organizzative dell'Azienda, sia a livello di macrostruttura, quali Presidi Ospedalieri, Distretti e Dipartimenti, sia a livello di singola unità operativa.

Le verifiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi hanno avuto periodicità trimestrale e i report di sintesi sull'andamento della gestione sono stati comunicati ai responsabili dei centri di responsabilità, al fine di apportare in tempo utile i correttivi necessari. Sono stati rilevati dati quantitativi ed economici. Gli indicatori adottati hanno tenuto conto della specificità del centro controllato.

La negoziazione del budget è avvenuta attraverso un processo che, nelle numerose fasi, ha visto il coinvolgimento di diversi livelli operativi e che è disciplinato minuziosamente nel "Regolamento Budget", nel quale è previsto il Comitato Budget.

Suscita qualche perplessità il ruolo del Comitato con riferimento alla sua composizione. Si tratta, infatti, di un gruppo di lavoro che assicura una funzione di supporto ai responsabili dei centri di responsabilità ai fini della predisposizione, della gestione e della

negoziazione del budget. Esso è presieduto dal Direttore generale ed è composto dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario, dal responsabile del controllo di gestione, da rappresentanti delle aree sanitaria e amministrativa.

Del Comitato fa quindi parte la Direzione aziendale che, in questo modo, sembra intervenire non solo in quelle fasi che dovrebbero essere peculiari dei centri di responsabilità, in particolare nella predisposizione (che avviene su indicazione degli obiettivi aziendali e delle risorse da parte della stessa Direzione) da parte di questi ultimi dei budget che poi sono oggetto di contrattazione con la Direzione, ma soprattutto nella gestione.

I chiarimenti ricevuti da parte del responsabile del controllo di gestione sul punto non hanno eliminato le perplessità perché, se da un lato è apprezzabile la volontà di concertare il più possibile i budget, così da non arrivare ad una contrapposizione tra la Direzione e i responsabili dei centri nella fase conclusiva della negoziazione, dall'altro si ha una inopportuna commistione di ruoli e di competenze. Lo stesso scopo si potrebbe raggiungere, modificando la composizione del Comitato nel senso di escludere da esso i rappresentanti della Direzione aziendale.

Mentre è importante che vi sia una struttura che supporti i responsabili nelle fasi della negoziazione e della gestione del budget, non è corretto che di essa faccia parte l'organo di vertice dell'Azienda.

Nel mese di gennaio 2003 l'Azienda ha approvato il piano dei centri di costo, distinguendo quelli di supporto, di prestazioni intermedie e di prestazioni finali. La loro individuazione ha permesso, attraverso le rilevazioni della contabilità analitica, di evidenziare, per ognuno di essi, e per ciascun centro di responsabilità in cui sono confluiti, le risorse consumate e i risultati delle attività conseguiti in un determinato periodo.

Tutti i 111 centri di responsabilità in cui è ripartita l'Azienda sono stati destinatari di schede di budget e soggetti alla raccolta, all'analisi ed all'elaborazione dei dati d'attività e di costo.

L'Azienda ha scelto per l'esame del ciclo programmazione - controllo tre Centri di responsabilità: l'Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Salemi, l'Unità Operativa Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Mazara del Vallo e l'Unità Operativa Laboratorio di Analisi del Presidio Ospedaliero San Biagio di Marsala. Per i primi due si deve segnalare la presenza nella scheda budget dell'indicazione dei punti di forza e di debolezza, la rilevazione di costi e ricavi e l'accurata descrizione delle modalità di effettuazione del piano di budget e degli interventi organizzativi da mettere in atto per conseguire gli obiettivi in relazione alle risorse disponibili. Per il terzo, sono molto opportune le indicazioni per ridurre il numero di analisi e le conseguenti spese.

La documentazione trasmessa, relativa al 2003 e al 2004, ha consentito di apprezzare l'elevato livello di attivazione del controllo di gestione, in quanto per tutti i centri scelti erano state individuate alcune criticità attraverso il confronto con strutture omologhe interne ed esterne alla medesima Azienda e, su impulso del controllo di gestione, la Direzione aziendale è intervenuta utilizzando gli obiettivi per l'anno successivo, con un'operazione che ha consentito di registrare nel 1° trimestre 2004 dati di attività positivi.

6 – Osservazioni conclusive

A conclusione dell'indagine effettuata si ritiene opportuno formulare alcune osservazioni che emergono dall'analisi della situazione del controllo di gestione nelle Aziende unità sanitarie locali della Regione, al fine di fornire un elemento di riflessione ulteriore rispetto a quanto

contenuto nel rapporto svolto dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Sanità.

Innanzitutto si è riscontrato che l'attivazione della contabilità analitica per centri di costo è ancora, nella maggior parte dei casi, in una fase iniziale e ciò comporta i conseguenti effetti negativi sul controllo di gestione del quale, come indicato nel Piano sanitario regionale, costituisce fondamentale strumento operativo.

Alcune aziende hanno ritenuto di fare ricorso ad apposite consulenze esterne per affrontare la complessa opera di progettazione e d'implementazione del sistema di controllo di gestione, non ritenendo che vi fossero sufficienti risorse umane e professionali presso le loro strutture, e la scelta si è rivelata di indubbia utilità in considerazione delle specifiche realtà di partenza. Occorre infatti considerare che l'impostazione delle attività in questione richiede professionalità specifiche raramente presenti nelle Aziende sanitarie.

E' necessario, però, che le risorse interne siano costantemente coinvolte sia nella fase di progettazione che in quella di gestione, in quanto tale forma di controllo, che richiede un'approfondita conoscenza della realtà in cui si opera, non può essere demandata totalmente a soggetti esterni.

Occorre raccomandare inoltre che sia posta particolare cura alla formazione del personale interno così da rendere in breve tempo non più necessaria l'assistenza dei consulenti, essendo opportuno, anche per ragioni economiche, che gli incarichi conferiti all'esterno siano limitati alla fase di avvio del sistema.

Altre aziende si sono avvalse, invece, unicamente del personale interno e ciò in alcuni casi si è rivelato positivo, mentre in qualche altro ha costituito un ostacolo ad una corretta attivazione del sistema.

L'analisi delle diverse esperienze illustrate nella presente relazione può costituire un ausilio per la modifica di quelle impostazioni che non appaiono idonee al conseguimento di un risultato utile.

Solo in poche aziende i dati di attività sono stati affiancati a quelli economici, mentre occorre sottolineare che la presenza di entrambe le rilevazioni consente di individuare e correggere le criticità che si presentano mediante un intervento sull'organizzazione interna e sulla successiva assegnazione degli obiettivi.

Con riferimento a questi ultimi, si è riscontrato che la loro scelta ha seguito un criterio di elevata raggiungibilità, così da costituire non un risultato ottimale cui tendere, ma la mera rappresentazione della realtà.

La Corte ritiene che, in generale, ciò sia dipeso dal fatto che al loro conseguimento sia stata legata l'attribuzione della retribuzione di risultato e che, di conseguenza, in sede di contrattazione sia stata rivolta l'attenzione prevalentemente alle rivendicazioni di categoria.

Questa considerazione è fondata, tra l'altro, sulla composizione delle unità di controllo di gestione, in cui sono presenti, nella quasi generalità dei casi esaminati, rappresentanti delle aree amministrativa, medica e infermieristica, quasi a volere garantire che le valutazioni svolte in sede di controllo di gestione avvengano senza ledere le posizioni dei diversi operatori.

La funzione del controllo in esame è invece di supporto, oltre che alla Direzione, anche a tutti gli operatori dell'azienda, perché dovrebbe essere interesse di tutte le categorie lavorare in modo efficiente, efficace ed economico e fornire un servizio che soddisfi i bisogni degli utenti.

Un ulteriore elemento di riflessione è costituito dall'importanza che il controllo di gestione sia tempestivo, avvenga cioè in tempi tali da consentire di apportare le eventuali correzioni prima che la situazione si sia nel frattempo modificata.

Come si è visto, non tutte le aziende hanno adottato un sistema di rilevazioni trimestrale, che attualmente è da considerare la soglia minima di rilevazione; occorre sottolineare che i riscontri semestrali o annuali hanno un'efficacia estremamente limitata e possono rivelarsi privi di utilità.

Deve poi essere ricordata l'importanza del confronto con le realtà locali per l'assegnazione degli obiettivi ai centri di responsabilità, in un'ottica di collaborazione che porti ad individuare, con un elevato grado di accuratezza, i bisogni delle comunità di riferimento e a verificarne il livello di soddisfazione.

Infine occorre sottolineare il ruolo di coordinamento che deve essere svolto dall'Amministrazione regionale al fine di ottenere dati comparabili e affidabili. L'importanza di questa funzione emerge dal fatto che, come si è visto, ogni azienda ha adottato un proprio criterio di ripartizione dei costi, in particolare in relazione al ribaltamento di quelli generali o indiretti, e ciò fa dubitare della possibilità di effettuare un confronto corretto tra le diverse realtà.

E' infine fondamentale che sia attivato in breve tempo il sistema informativo unico regionale, in quanto si tratta di uno strumento necessario per il coordinamento e il dialogo tra le strutture, la cui mancanza è uno dei motivi di rallentamento nello sviluppo del controllo di gestione.