

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

19 Il controllo economico sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: un caso applicativo e le prospettive di sviluppo

di Daniele Alesani, Franco Ancona e Massimo Paolo*

19.1 Premessa

L'introduzione del concetto di Livelli Uniformi ed Essenziali di Assistenza¹, avvenuta con il D.lgs. 502/1992, richiama l'esistenza di determinati livelli minimi di risposta al bisogno di salute della popolazione che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale da parte dei soggetti istituzionali preposti, al fine di realizzare la funzione pubblica di tutela della salute.

Più in generale, il concetto di LEA è correlato alla necessità di garantire la compatibilità, soprattutto sotto il profilo economico, tra l'affermazione del diritto alla salute e la possibilità concreta della comunità di garantirlo attraverso il finanziamento dell'erogazione di prestazioni e servizi. In questo senso, la fissazione dei LEA permette di identificare un punto di equilibrio nell'ambito della tutela della salute tra il livello di assistenza garantito dal Servizio Sanitario pubblico e quello lasciato alla responsabilità dei singoli e della società in se stessa (Borgonovi, 2005).

Nel presente capitolo si prenderanno in considerazione le logiche, le tecniche e le possibili problematiche connesse alla misurazione e al monitoraggio dei LEA, affrontando la tematica della progettazione di sistemi di controllo economico centrati rispetto a tale oggetto di osservazione.

Nel primo paragrafo si adotterà la prospettiva dell'*activity based costing* quale logica di misurazione dei valori economici della gestione coerente con il modello di controllo per LEA. Quest'ultimo ha quale oggetto principale di misurazione le «famiglie di prestazioni e servizi» prodotte e acquisite dall'azienda sanitaria locale; da ciò discende l'esigenza di rappresentare i costi degli *output* finali e conseguentemente di osservare i processi produttivi dell'azienda

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 19.1, 19.2, 19.3.1, 19.3.3 e 19.4.2 sono da attribuirsi a Daniele Alesani, i restanti paragrafi a Franco Ancona e Massimo Paolo.

¹ D'ora in avanti indicato indifferentemente come Livelli Essenziali di Assistenza o LEA.

sanitaria, le attività che li compongono, e il modo in cui essi partecipano alla produzione dei risultati finali.

Il secondo paragrafo analizza un'esperienza applicativa realizzata presso l'ASL di Terni, nella quale è stato disegnato e implementato un modello di controllo economico per LEA ispirato alla logica *activity based* e al contempo coerente con le indicazioni e i vincoli metodologici ministeriali. Si descriverà il processo che ha portato alla realizzazione del modello di controllo e si analizzerà l'architettura di quest'ultimo, evidenziando i punti di forza e gli aspetti di miglioramento dello stesso.

Sulla base delle analisi sviluppate, il paragrafo conclusivo identifica alcuni spunti di riflessione e prospettive evolutive per l'utilizzo «strategico» delle informazioni sui Livelli Essenziali di Assistenza.

19.2 Le tendenze evolutive dei modelli di programmazione e controllo e la diffusione dell'*activity based costing*

A oggi, la fase di sensibilizzazione e sperimentazione dei sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie può dirsi superata e può considerarsi raggiunto un primo stadio di diffusione e applicazione degli stessi. Va sottolineato inoltre che un'effettiva maturazione degli stessi sembra ancora da conseguire (per approfondimenti cfr. Del Vecchio, 2000; Anessi Pessina, 2002; Lecci e Longo, 2004; PricewaterhouseCoopers, 2005).

In particolare, gli elementi di maggiore eterogeneità e differenziazione riguardano:

1. l'«efficacia pragmatica» dei sistemi di programmazione e controllo (ovvero la capacità effettiva di essere strumento di coordinamento gestionale e di orientamento dei comportamenti dei professionisti e degli operatori);
2. la «struttura organizzativa» del controllo (il dibattito verte in particolare sul ruolo dei Dipartimenti e sull'estensione del sistema di controllo, tradizionalmente concentrato sulle strutture ospedaliere);
3. la significatività del sistema informativo di controllo economico e in particolare il rafforzamento della correlazione tra indicatori di risultato (di *output* e di *outcome*) e valori di costo, tradizionalmente riferiti invece a singole unità organizzative.

Da qui il frequente richiamo a focalizzare l'attenzione sui percorsi del paziente e a introdurre logiche di *activity-based costing*.

Ai fini del presente contributo è rilevante approfondire quest'ultimo punto. L'introduzione dei sistemi di contabilità analitica, nel corso della fase dell'aziendalizzazione, ha avuto la finalità principale di sviluppare strumenti di responsabilizzazione economica sull'utilizzo delle risorse.

L'architettura dei sistemi di contabilità analitica è stata conseguentemente plasmata in base agli assetti organizzativi delle aziende. L'articolazione «strutturale»² dei sistemi di contabilità analitica è oggi la soluzione pressoché universalmente adottata dalle aziende sanitarie pubbliche e ha avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo delle capacità di utilizzo delle informazioni di costo a fini gestionali³.

Negli ultimi anni, tuttavia, la letteratura (Anessi Pessina 2002, Vendramini 2004) propone con sempre più forza l'opportunità dell'evoluzione verso logiche di osservazione della gestione maggiormente rappresentative dell'assorbimento dei costi da parte delle attività che compongono i processi produttivi e che permettono di generare i risultati finali delle aziende. Anche il contesto di riferimento sembra in certa misura stimolare tale evoluzione: si pensi in particolare all'introduzione e al consolidamento di sistemi di pagamento degli erogatori a tariffa per prestazione e al meccanismo di regolazione della mobilità.

In questo senso, si fa riferimento all'evoluzione verso il modello dell'*activity-based costing*, teorizzato e applicato diffusamente a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, in particolare nelle aziende di produzione di matrice anglosassone (per un approfondimento sulle esperienze applicative cfr., per esempio, Cooper 1998, Innes e Mitchell, 1991, Rotch 1990).

Le esperienze realizzate in quest'ambito hanno permesso di evidenziare alcune dimensioni di utilità fondamentali della metodologia (in particolare il supporto alle decisioni sulla razionalizzazione delle politiche di produzione e sulla corretta fissazione dei prezzi di vendita) ma hanno peraltro messo in luce alcuni aspetti di criticità della stessa:

- di tipo «tecnico», relativi agli elevati costi di progettazione, implementazione e manutenzione del sistema di controllo, in quanto gli assetti di funzionamento interno dell'azienda evolvono in modo dinamico nel tempo a seguito di cambiamenti nell'organizzazione dei fattori produttivi, *outsourcing*, nuove linee di produzione, rifocalizzazioni del *core business* ecc.
- di tipo «culturale», che riguardano la difficoltà di interpretazione di informazioni di costo «evolutive» a fini decisionali.

Nell'ambito del settore sanitario, la metodologia di *activity-based costing* è stata

² Ovvero per «centri» di imputazione dei valori economici che rispecchiano le strutture organizzative di differente livello dell'azienda (CdC e CdR).

³ In questo senso, un elemento di attenzione è rappresentato dalla recente diffusione in molte aziende sanitarie pubbliche di configurazioni del sistema di contabilità analitica per centro di costo «a costo pieno» (*full costing*). Facendo riferimento alla letteratura in materia e rimandando alla stessa per gli aspetti di dettaglio (per esempio, Casati, 2000), è necessario sottolineare la scarsa utilità e la possibilità di distorsioni sul piano dei comportamenti indotti dell'adozione di un'impostazione a costo pieno, che tende a identificare «risultati economici» di unità organizzativa, attraverso operazioni di attribuzione dei costi generali secondo criteri quantitativi arbitrari.

oggetto di rilevante interesse da parte della letteratura internazionale, in particolare americana⁴, sui sistemi di controllo direzionale negli ospedali. Dall'esperienza applicativa è possibile affermare che tali forme di *activity based costing* in sanità risultano particolarmente adeguate nell'identificazione delle leve di miglioramento della qualità assistenziale e del livello di efficienza dei singoli processi erogativi. Esse di converso presentano dei limiti intrinseci qualora si intenda utilizzarli per la comprensione degli aspetti di miglioramento del complessivo sistema di offerta assistenziale, in particolare in realtà operanti su molteplici ambiti e tipologie di assistenza.

Nella realtà italiana, la metodologia in analisi è approdata in tempi più recenti ed è attualmente in fase di primo sviluppo⁵. Peraltro, a livello italiano l'interesse nei confronti della tematica in analisi è significativamente cresciuto nel corso dell'ultimo decennio, in concomitanza con la focalizzazione della gestione sul concetto di «processo assistenziale del paziente» (comunemente detto PDTA) o «percorso del paziente» (PDP) all'interno di una struttura di cura o rispetto a un determinato problema di salute (Lega 1997, 2001; Casati e Vichi, 2002).

Riprendendo quanto affermato nella premessa, il presente contributo considera l'adozione di una logica di *activity based costing* presupposto necessario per concretizzare il significato del modello di controllo per Livelli Essenziali di Assistenza. Al contempo è necessario chiarire che tale modello di controllo si differenzia dal modello prevalente di applicazione dell'*activity based costing* in sanità (modello PDTA) sotto la prospettiva del «merito» e del «metodo».

La Tab. 19.1 indica le principali dimensioni di differenziazione tra i due modelli di controllo.

Il primo modello (PDTA) concretizza una visione dell'azienda quale soggetto erogatore di servizi, la cui gestione deve tendere a ottimizzare la risposta ai bisogni di salute del paziente sia in termini clinico-assistenziali (continuità, appropriatezza delle prestazioni, efficacia clinica) sia in termini economici (massimizzazione dell'efficienza del processo di cura). La metodologia di *costing* prenderà dunque in considerazione i valori economici generati dal singolo processo assistenziale, al fine di ottimizzare le attività che lo compongono.

Il modello LEA prende invece in considerazione l'azienda sanitaria quale soggetto istituzionalmente deputato a garantire determinate tipologie di prestazioni finali ai propri residenti, attraverso processi di erogazione diretta e acquisizione di prestazioni dall'esterno. La metodologia di *costing* prende in considerazione l'in-

⁴ Cfr., per esempio, Brimson e Antos 1994; Hankins 2004; Hoyt *et al.* 1999; King *et al.*, 1994; Innes e Mitchell 1991; PricewaterhouseCoopers Advisory 2005.

⁵ La differente sensibilità nei confronti della metodologia si deve almeno in parte alla diversità di sistemi sanitari (contrapposizione tra sistemi assicurativi e sistemi mutualistici o sistemi a Servizio Sanitario Nazionale). La tradizionale mancanza in molti sistemi sanitari europei di meccanismi di mercato e del prezzo come strumento di regolazione degli scambi non ha svolto un ruolo di stimolo all'identificazione di configurazioni di costo per prestazione al fine di orientare le decisioni di gestione (Francesconi 1993).

Tabella 19.1 Il controllo dei LEA e dei PDTA: un confronto

Dimensioni di analisi	Oggetto di controllo	
	PDTA/PDP	LEA
Focalizzazione/ Orientamento informativo	Patient centered	Service centered
Esperienze applicative	Esperienze applicative a livello internazionale e italiano, spesso associate a progetti di innovazione nei modelli gestionali (e.g. profili di assistenza)	Introduzione del modello di controllo a livello nazionale
Ambiti di applicazione «privilegiati»	Assistenza ospedaliera e integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera	Approccio «bilanciato» alle differenti tipologie di prestazioni prodotte dall'azienda nel suo complesso
Oggetto di osservazione/ misurazione	Singoli processi di cura nell'ottica della risposta a bisogni di salute omogenei	Tipologie omogenee di prestazione/servizio («famiglie» di servizi) garantite alla popolazione
Finalità prioritarie	Ottimizzare dal punto di vista clinico ed economico la gestione dei singoli processi di cura Rendere maggiormente comprensibili le logiche di controllo direzionale ai soggetti che governano i processi assistenziali	Quantificare il costo delle categorie omogenee di prestazioni rientranti nei LEA; impostare confronti qualitativi / di composizione sulla spesa sanitaria a livello intertemporale, interaziendale e interregionale

sieme dei processi aziendali, e i valori economici generati dalle attività che li compongono, secondo la rispettiva modalità di partecipazione alla produzione o all'acquisizione delle varie tipologie di prestazioni finali. Si tratta di un modello di analisi potenzialmente molto coerente per la valutazione dell'efficienza delle forme di gestione dei servizi adottate in relazione alla garanzia dei livelli minimi di assistenza alla popolazione di riferimento.

19.3 Il controllo economico sui Livelli Essenziali di Assistenza: dalla normativa all'implementazione del sistema di rilevazione

19.3.1 L'articolazione e il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza nell'attuale contesto normativo

Per alcuni anni dalla sua introduzione, il concetto di LEA è di fatto rimasto un «elemento programmatico», per assumere concretezza nella fase di regionalizza-

zione del SSN⁶. In tale contesto, lo strumento dei LEA concretizza il profilo di responsabilità complessiva della Regione: a fronte della concessione di ampi spazi di autonomia nel determinare le regole di finanziamento, i meccanismi di funzionamento e gli assetti del proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR), le Regioni sono state responsabilizzate all'erogazione di determinati livelli di servizi e prestazioni «minimi», sotto il vincolo del mantenimento dell'equilibrio economico complessivo.

Come accennato in premessa, la suddivisione in LEA rispecchia l'identificazione di «famiglie» o gruppi di servizi e prestazioni che devono essere uniformemente «garantiti» (prodotti direttamente ovvero acquisiti da erogatori esterni) dalle aziende sanitarie locali. I Livelli Essenziali di Assistenza sono articolati in tre macro livelli:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

Questi livelli sono ulteriormente suddivisi in:

- 25 livelli (7 per il macrolivello prevenzione e 9 per il macrolivello territoriale e per il macrolivello ospedaliero);
- 26 ulteriori micro-livelli, a specificare ulteriormente le tipologie di servizio/prestazione comprese nei LEA (2 per il livello prevenzione, 24 per il livello territoriale).

In linea generale, i tre «macrolivelli» di assistenza corrispondono ai tre ambiti di intervento principali dell'azienda sanitaria; i «livelli» corrispondono a una classificazione per tipologia di servizio e i micro-livelli (eventuali) rappresentano un'ulteriore specificazione dei precedenti per tipologia di servizio e/o categoria di utenti beneficiari.

L'articolazione dei LEA è particolarmente dettagliata nel macrolivello «assistenza distrettuale», in ragione dell'estrema articolazione dei servizi lungo la matrice utenti/prestazioni.

In Tab. 19.2 se ne presenta di seguito un'esemplificazione; per semplicità si evidenziano esclusivamente i micro-livelli afferenti al livello «assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare».

Dalla Tab. 19.2 si può notare che ogni micro-livello potrebbe essere ulteriormente scomposto fino all'identificazione della singola tipologia di servizio: nell'esempio del micro-livello «assistenza programmata a domicilio» possono essere

⁶ Le tipologie di servizi e prestazioni ricomprese nei LEA sono state definite nella conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001 e successivamente riportate nel DPCM 29 novembre 2001.

Tabella 19.2 **L'articolazione dei LEA**

Macro-livello	
Livello	Micro-livello
<i>2</i>	<i>Assistenza distrettuale</i>
<i>A</i>	Assistenza sanitaria di base
<i>B</i>	Attività di emergenza sanitaria territoriale
<i>C</i>	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
<i>D</i>	Assistenza integrativa
<i>E</i>	Assistenza specialistica ambulatoriale
<i>F</i>	Assistenza protesica
<i>G</i>	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare <ul style="list-style-type: none"> • assistenza programmata a domicilio • attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie e alla tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza • attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie • attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale • attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool • attività sanitaria e sociosanitaria rivolta ai pazienti nella fase terminale • attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
<i>H</i>	Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
<i>I</i>	Assistenza termale

comprese le fattispecie dell'assistenza programmata, dell'assistenza riabilitativa, dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza integrata.

Evidentemente, l'identificazione dei livelli e dei sottolivelli rappresenta una scelta di politica sanitaria, variabile in relazione all'evoluzione delle modalità di assistenza, alle necessità informative di governo del Servizio Sanitario e più in generale alle tipologie di prestazioni e servizi che si intendono garantire in modo uniforme all'interno del SSN stesso.

L'attuale normativa nazionale prevede specifici strumenti e meccanismi di monitoraggio dei LEA. Lo strumento di misurazione principale consiste in apposite schede di rilevazione dei costi dei livelli assistenziali (cfr. allegato 2. a

del DPCM 22/11/2001) che devono essere compilate dalle aziende sanitarie locali e consolidate a livello regionale. La metodologia di classificazione dei costi per livello essenziale di assistenza è dettata da Linee Guida ministeriali, prodotte dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (l'ultima versione risale all'aprile 2004).

Le linee guida richiamano esplicitamente il sistema di contabilità analitica delle aziende sanitarie quale fonte per la compilazione del modello e delineano una metodologia generale per la definizione del costo pieno dei servizi e delle prestazioni comprese nei LEA, basata sull'attribuzione dei costi diretti e l'effettuazione di una serie di ribaltamenti dei costi «indiretti» e dei costi di amministrazione generale aziendale.

Il modello ministeriale richiede di pervenire al costo di ogni macrolivello e livello di assistenza scomposto per principali aggregati economici: consumo di beni (suddiviso in beni sanitari e non sanitari), costo per acquisto di servizi (suddiviso in prestazioni sanitarie, servizi sanitari e servizi non sanitari), costo del personale (suddiviso per ruolo), altri costi.

Nell'ambito degli ampi spazi di manovra concessi dalle linee guida ministeriali, l'unico vincolo rilevante consiste nell'obbligo di attribuzione dei costi dell'amministrazione generale ai livelli di assistenza in proporzione al costo del personale imputabile agli stessi. Tale elemento, motivato indubbiamente da esigenze di comparabilità e omogeneità di calcolo, provoca peraltro una diminuzione della significatività dei dati di costo ricavabili dal modello.

Al controllo di tipo economico sui LEA si è poi affiancato anche un monitoraggio del livello quali-quantitativo delle prestazioni ricomprese nei LEA, introdotto con il D.M. 12 dicembre 2001 «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria». I parametri individuati sono espressivi di misure quali: attività socio-sanitaria erogata, indicatori strutturali e di dotazione, indicatori di efficienza, di appropriatezza e di efficacia «esterna»⁷.

I dati di natura contabile ed extracontabile sono raccolti e inviati da parte delle Regioni al Ministero della Salute e utilizzati nei lavori della Conferenza Stato-Regioni, all'interno del Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA.

Secondo le più recenti rilevazioni ufficiali degli organi di *staff* della conferenza Stato-Regioni⁸, lo stato dell'arte del controllo sui LEA a livello nazionale non può dirsi maturo. Dal punto di vista dei dati contabili, permangono rilevanti ambiti di miglioramento nell'omogeneizzazione, uniformazione e consolidamento delle metodologie di misurazione dei valori economici per processo assistenziale. La capacità di rilevazione e monitoraggio dei dati di origine extracontabile sconta livelli significativi di arretratezza, anche dovuti alla scelta di indi-

⁷ Per un'analisi critica sul punto si veda per esempio Donzelli (1999).

⁸ Cfr. *Relazione sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria*, 24 luglio 2003.

catori che spesso non rientrano nei tradizionali flussi informativi di controllo richiesti dalle Regioni alle proprie Aziende Sanitarie Locali.

19.3.2 Il contesto della sperimentazione: l'ASL di Terni

L'azienda sanitaria locale n. 4 di Terni è nata nel 1998 dalla fusione delle precedenti unità sanitarie locali di Terni e di Orvieto e dallo scorporo della struttura ospedaliera di Santa Maria di Terni, divenuta Azienda Ospedaliera autonoma. Il territorio afferente all'azienda è piuttosto vasto e il numero di residenti si attestava nel 2004 a 225.000 abitanti (contro una media nazionale di circa 290.000 abitanti per ASL).

Il modello di gestione dei servizi adottato dall'ASL di Terni risulta conforme a quello delineato dalla Regione Umbria nei piani sanitari e prevede il mantenimento di una primaria funzione di erogazione diretta da parte delle strutture pubbliche in tutti gli ambiti di assistenza. Dal punto di vista della mobilità passiva dei residenti, i principali poli di attrazione si trovano in Lazio (in particolare strutture ad alta specializzazione a Roma) e in Toscana.

L'azienda è articolata nelle seguenti «macrostrutture» principali: Dipartimento di Prevenzione, tre Distretti territoriali (Terni, Narni-Amelia, Orvieto) e due Presidi Ospedalieri (Narni-Amelia e Orvieto). Per quanto riguarda l'ambito di assistenza territoriale, negli anni l'azienda ha consolidato l'investimento sulla produzione diretta all'interno di strutture specializzate distribuite sul territorio⁹.

La realtà aziendale oggetto di analisi è particolarmente rilevante per l'ambito di studio preso in riferimento: l'ASL di Terni è stata la prima azienda sanitaria umbra a implementare il sistema di contabilità analitica, cogliendo l'opportunità del passaggio alla contabilità economico-patrimoniale per rinnovare complessivamente il proprio sistema informativo amministrativo e adottare strumenti di controllo direzionale.

Nel corso del 2003, l'ASL di Terni sceglieva di sfruttare in modo proattivo l'esigenza di soddisfare il debito informativo nei confronti della Regione e del Ministero della Salute sui costi dei Livelli Essenziali di Assistenza. In particolare, l'azienda decideva di non intendere lo stimolo proveniente dai livelli istituzionali superiori come mero adempimento da affrontare con la semplice rielaborazione dei dati di contabilità analitica. La Direzione aziendale intravedeva invece l'opportunità di creare un apposito modello di rilevazione che rispecchiasse fedelmente la reale allocazione delle risorse nei processi produttivi e acquisitivi aziendali. Un tale sistema aveva l'obiettivo di:

- strutturare in modo coerente e automatico il flusso informativo regionale/ministeriale sui LEA;

⁹ Per esempio, con la presenza di strutture di assistenza semiresidenziale e laboratori di analisi distrettuali a gestione diretta.

- arricchire e completare il sistema di *reporting* aziendale offrendo una prospettiva complementare dell'assorbimento delle risorse rispetto a quella per strutture organizzative aziendali («albero dei centri di costo»).

L'azienda decideva dunque di progettare, costruire e implementare uno strumento di rilevazione adeguato alle finalità identificate con il supporto di un consulente esterno (il sistema di rilevazione è stato progettato e realizzato da PriceWaterhouseCoopers Advisory srl).

La progettazione dello strumento di rilevazione si è ispirata alle logiche di *activity-based costing*. In particolare, rispetto a tale impostazione si è voluto utilizzare l'idea che sia lo svolgimento delle attività, all'interno dei processi, ad assorbire le risorse necessarie alla produzione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Peraltro, rispetto a un sistema di *activity based* «puro» sono stati introdotti degli elementi di semplificazione o differenziazione dovuti ai seguenti fattori:

- volontà di sfruttare le informazioni fornite dal sistema di contabilità direzionale recentemente implementato, introducendo una prospettiva di osservazione complementare a quella delle strutture organizzative;
- vincoli alla progettazione del sistema di *costing* dettate dalle indicazioni ministeriali per quanto riguarda l'allocazione dei valori economici ai livelli assistenziali.

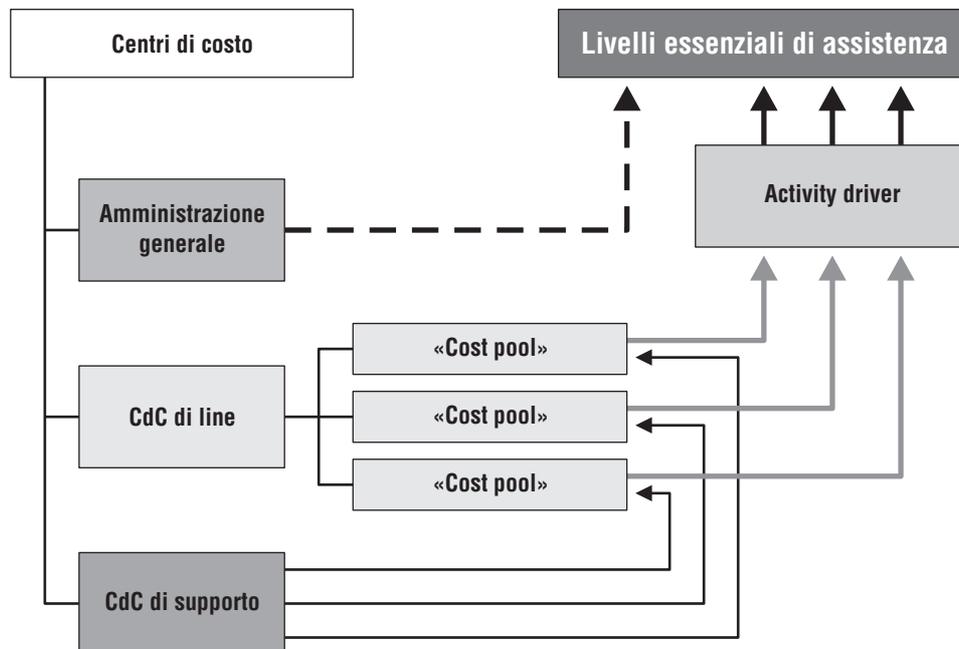
19.3.3 L'architettura del sistema di rilevazione dei costi per Livelli Essenziali di Assistenza

Entrando nel merito dell'architettura del sistema di rilevazione dei costi per LEA implementato nella realtà dell'ASL di Terni, il funzionamento generale dello strumento può essere rappresentato secondo la Fig. 19.1.

L'ASL di Terni ha adottato un sistema di contabilità analitica a costi diretti evolutivo, che prevede l'imputazione ai CdC dei soli costi specifici, fissi o variabili. Considerata la volontà dell'azienda di mantenere il proprio sistema informativo-contabile, i centri di costo sono stati necessariamente utilizzati come punto di riferimento per il monitoraggio sui LEA, essendo l'oggetto di rilevazione dei valori economici per destinazione di massimo dettaglio all'interno del sistema di contabilità direzionale dell'azienda.

Ai fini della progettazione dello strumento è stata operata una suddivisione preliminare dei centri di costo in tre categorie, a seconda del «ruolo» svolto nell'erogazione e acquisizione dei processi socio-sanitari («linee di produzione»):

- centri di costo di *line*, che corrispondono ai centri erogatori di prestazioni finali verso l'utente esterno (che può coincidere con il singolo paziente nel caso di un reparto ospedaliero responsabile della dimissione o con l'intera comunità di riferimento nel caso del Dipartimento di prevenzione) e ai centri che erogano

Figura 19.1 L'architettura del sistema di *costing* per LEA implementato all'ASL di Terni

sia prestazioni finali che servizi a favore di prestazioni più complesse (cosiddetti centri «intermedi», per esempio, la radiologia e il laboratorio analisi);

- centri di costo «di supporto», identificati come le strutture organizzative che svolgono attività a supporto dei centri di *line* e la cui attività può considerarsi direttamente correlabile all'attività sanitaria¹⁰;
- centri di costo di amministrazione generale; in questa categoria sono stati fatti rientrare tutti i centri di costo afferenti al dipartimento amministrativo nonché alla direzione aziendale e ai relativi uffici di staff.

Il percorso seguito al fine di determinare l'entità di risorse assorbite per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza prevede quattro principali *step* logici:

- *allocazione dei costi relativi ai centri di costo di supporto ai centri di line*; tale procedimento è stato affrontato in ottica contingente, a seconda della tipologia di relazione che collega i centri di supporto ai centri erogatori;

¹⁰ I centri di costo di supporto svolgono attività di coordinamento e gestione di strutture di erogazione finali e intermedie; rientrano in questa categoria per esempio, i CdC contenenti i costi comuni delle macrostrutture aziendali (presidi ospedalieri e distretti territoriali), i costi comuni dei Dipartimenti Ospedalieri, i costi di funzionamento del Dipartimento di Assistenza Farmaceutica.

- *definizione del costo di produzione dei LEA*. L'attribuzione del costo di tutti i centri di supporto ai CdC erogatori ha permesso di identificare un aggregato di costi (il cosiddetto *cost pool*) che è stato imputato ai servizi e alle prestazioni erogate. Nel caso in cui il centro di *line* di riferimento producesse prestazioni o servizi afferenti a più Livelli Essenziali di Assistenza, l'operazione di imputazione dei costi a ogni LEA è stata guidata dall'identificazione di *activity driver* rappresentativi del consumo di risorse di ogni famiglia di servizi;
- passaggio dal costo relativo alla produzione aziendale delle prestazioni/servizi ricompresi nei LEA al costo sostenuto per garantire i LEA alla popolazione di riferimento. A tale risultato si è pervenuto:
 - aggiungendo al costo di produzione per LEA i costi di acquisto di prestazioni afferenti a ogni livello di assistenza (mobilità passiva)¹¹;
 - epurando dai costi di produzione i valori relativi alle prestazioni e ai servizi svolti per i non residenti¹²;
- definizione di una configurazione di costo totale o «pieno» dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti ai residenti, mediante allocazione dei costi relativi all'amministrazione generale ai LEA.

Il processo ora delineato ha permesso di disporre di una reportistica aziendale relativa al costo totale di produzione diretta e/o di acquisizione dei livelli di assistenza, suddiviso per tipologia dei fattori produttivi, nonché di alimentare in automatico i modelli di rilevazione richiesti dal livello regionale e ministeriale¹³.

19.3.4 Il processo di implementazione del sistema di rilevazione: elementi metodologici e progettuali

Le principali fasi che hanno guidato l'implementazione del sistema di *costing* per LEA nella realtà in analisi sono state le seguenti:

1. analisi preliminare delle caratteristiche del sistema di contabilità analitica;

¹¹ I costi per la mobilità passiva solitamente non vengono recepiti dai sistemi informativi transazionali ma vengono contabilizzati in sede di chiusura del bilancio di esercizio. I costi relativi alla mobilità passiva sono attribuibili direttamente ai Livelli Essenziali di Assistenza (mobilità passiva per ricoveri, per specialistica ambulatoriale ecc.).

¹² Secondo la più recente versione ministeriale del modello LA non deve essere effettuato lo scorporo dei valori economici imputabili alla mobilità attiva per motivi di quadratura del totale costi con il modello CE.

¹³ Al tempo dell'implementazione del modello di controllo per LEA veniva richiesta la produzione di due forme di reporting per LEA: modello LEA dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e modello LA del Ministero della Salute. I due modelli differivano in relazione all'articolazione dei micro-livelli assistenziali all'interno dell'ambito di assistenza distrettuale. A partire dal 2003 la dicotomia evidenziata è stata superata a favore di un unico modello (modello LA 2004 del Ministero della Salute).

2. studio della correlazione tra processi socio-sanitari e struttura organizzativa aziendale;
3. definizione organica delle logiche di attribuzione dei costi di produzione sanitaria ai LEA;
4. costruzione del supporto elettronico al modello di rilevazione del costo di ciascun Livello Essenziale di Assistenza, sulla base delle specifiche funzionali individuate dall'azienda.

La conduzione di tale processo ha richiesto la formazione di un gruppo di lavoro ristretto, formato dal consulente esterno, dal Servizio Controllo di Gestione e da un gruppo di referenti delle macrostrutture aziendali: i Direttori dei due presidi ospedalieri, il Direttore del principale distretto dell'azienda e il Direttore del Dipartimento di Prevenzione. Tale organo ha avuto il compito di guidare a livello organizzativo e metodologico le diverse fasi di lavoro. Con particolare riferimento alla seconda e alla terza fase sopra richiamate, si è reso necessario un coinvolgimento più pervasivo della struttura, realizzato mediante una serie di incontri con i responsabili dei Centri di Costo che ha visto maggiormente interessate l'area territoriale e della prevenzione. L'intero processo ha visto il coinvolgimento di circa 50 referenti aziendali e ha richiesto 3 mesi circa per il suo completamento.

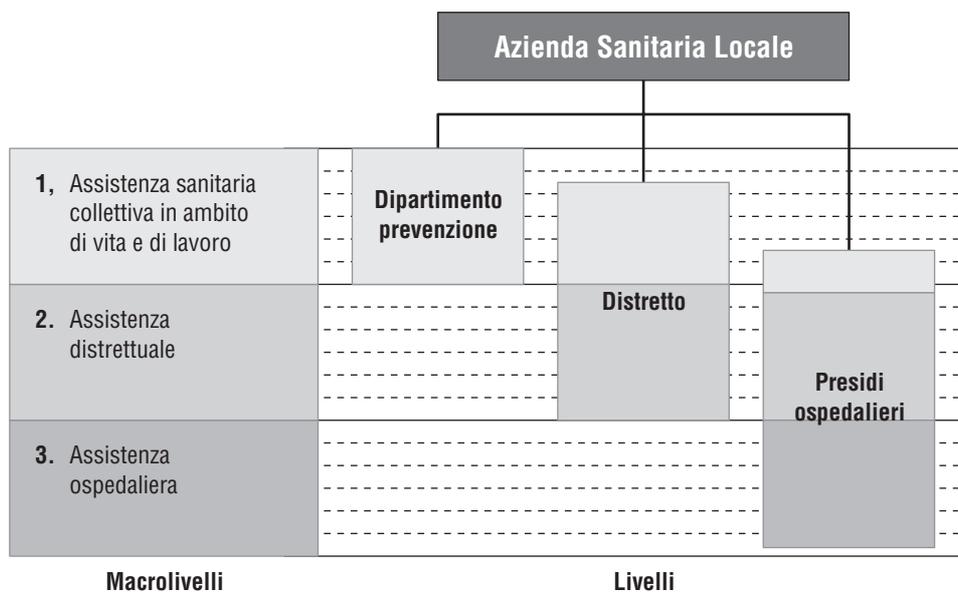
Passando ad approfondire le singole fasi del processo, l'analisi preliminare ha avuto la finalità principale di allineare le specifiche tecniche della contabilità analitica (imputazione dei valori economici ai centri di costo) alle indicazioni delle linee guida ministeriali per la compilazione del *reporting* ministeriale per LEA.

La seconda fase progettuale si è resa necessaria in considerazione della mancanza di una correlazione univoca tra le macrostrutture organizzative aziendali (presidi ospedalieri, distretti, dipartimento di prevenzione) e i Livelli Essenziali di Assistenza (cfr. Fig. 19.2). Per esempio:

- le prestazioni erogate all'interno dei presidi ospedalieri afferiscono non soltanto al macrolivello ospedaliero (ricoveri ordinari, day surgery) ma anche a quello territoriale (prestazioni specialistiche ambulatoriali) e a quello di prevenzione (attività di screening);
- le prestazioni erogate all'interno dei distretti appartengono di norma al macrolivello di assistenza territoriale (prestazioni ambulatoriali, assistenza semiresidenziale e residenziale) ma in alcuni casi anche al macrolivello prevenzione (prestazioni vaccinali, attività di educazione alimentare ecc.).

È sorta di conseguenza la necessità di scomporre le macrostrutture al minimo livello di dettaglio, svolgendo un'analisi approfondita finalizzata a comprendere la correlazione tra i singoli centri di costo di *line* e i livelli di assistenza cui afferiscono le prestazioni e i servizi da essi prodotti. A tale scopo, per ciascun centro di costo sono state effettuate delle interviste con i responsabili, i professionisti e funzionari delle singole unità operative.

Figura 19.2 **La correlazione tra macrostrutture aziendali e Livelli Essenziali di Assistenza**



Solo in rari casi è stato possibile effettuare un'imputazione diretta dei valori economici dei CdC a singoli LEA, mentre particolare attenzione è stata necessaria nell'analisi dell'ambito di assistenza territoriale, dato il particolare grado di dettaglio riservato a esso nella classificazione del modello LEA e la molteplicità di strutture di erogazione diretta dell'azienda sul territorio¹⁴. L'output della presente fase è consistito nella realizzazione di una matrice di correlazione tra centri di costo di *line* e i LEA¹⁵.

La fase centrale della progettazione del modello di controllo è consistita nella definizione organica delle logiche di attribuzione dei costi di produzione ai LEA.

In questa sede si argomentano gli spunti metodologici ritenuti più significativi rispetto all'architettura presentata più sopra nei suoi caratteri principali.

¹⁴ Per esempio, lo stesso tipo di assistenza (per esempio, semiresidenziale) fornito a differenti categorie di utenti afferisce a diversi LEA, così come tre modalità di assistenza (domiciliare, semi-residenziale, residenziale) a favore della medesima categoria di soggetti.

¹⁵ Sono stati considerati i 54 Livelli Essenziali di Assistenza (3 macrolivelli, 25 livelli, 26 micro-livelli) complessivamente previsti dal DPCM 29 novembre 2001. La scelta di prendere come riferimento il minimo livello di dettaglio LEA possibile è stata dettata da esigenze di flessibilità dello strumento di rilevazione da implementare rispetto a eventuali modificazioni della modulistica ministeriale. Alla luce della successiva evoluzione e riconfigurazione del modello LA la scelta adottata si è rivelata opportuna.

L'allocazione dei costi dei centri di supporto ai centri di *line* è stata effettuata in ottica contingente, a seconda delle specifiche relazioni produttive esistenti, secondo la logica del ribaltamento «a cascata», procedendo dai centri di supporto collegati in modo più «mediato» alla produzione di prestazioni e servizi verso i centri finali.

Prendendo in riferimento per esempio, il costo relativo al centro di costo «Direzione ospedaliera» del presidio di Orvieto, esso è stato in un primo tempo ribaltato sui dipartimenti ospedalieri in proporzione alla rispettiva entità di organico e da questi allocato ai centri di costo finali, quali per esempio, la struttura complessa pediatria, secondo lo stesso criterio (cfr. Fig. 19.3).

I costi afferenti ai CdC del Dipartimento sono stati dunque suddivisi in due distinti aggregati. Il primo aggregato è stato ribaltato sui tre centri di costo distret-

Figura 19.3 **La correlazione tra macrostrutture aziendali e Livelli Essenziali di Assistenza**

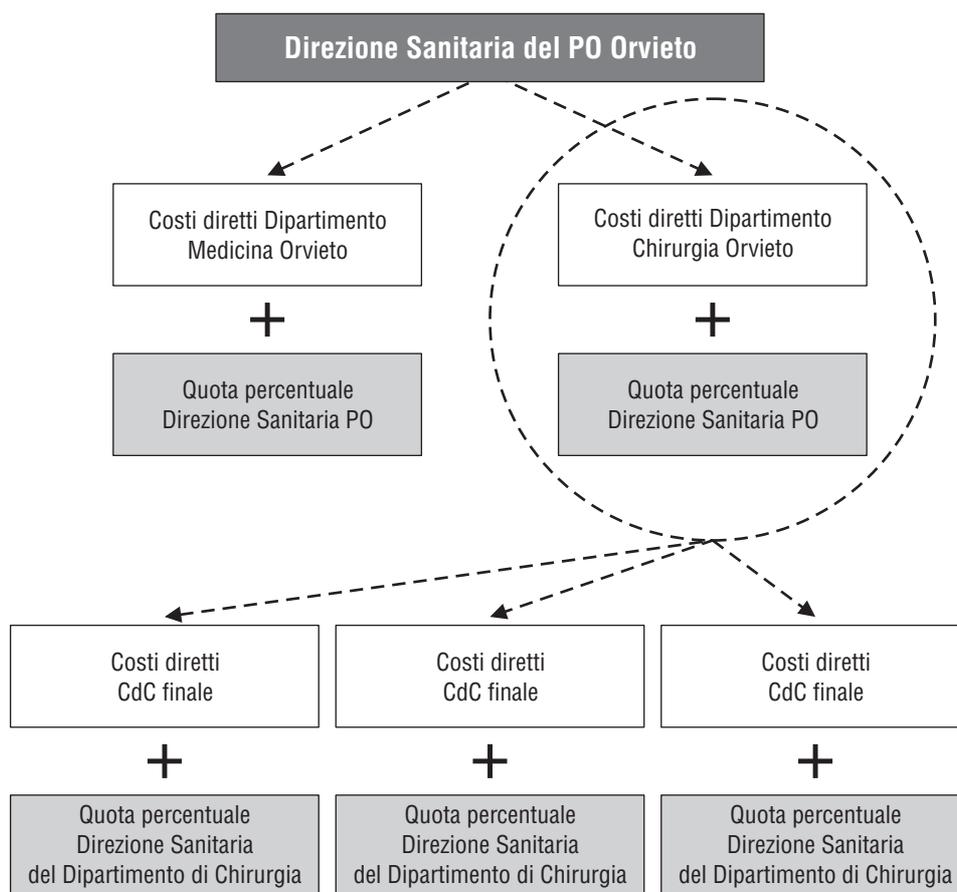
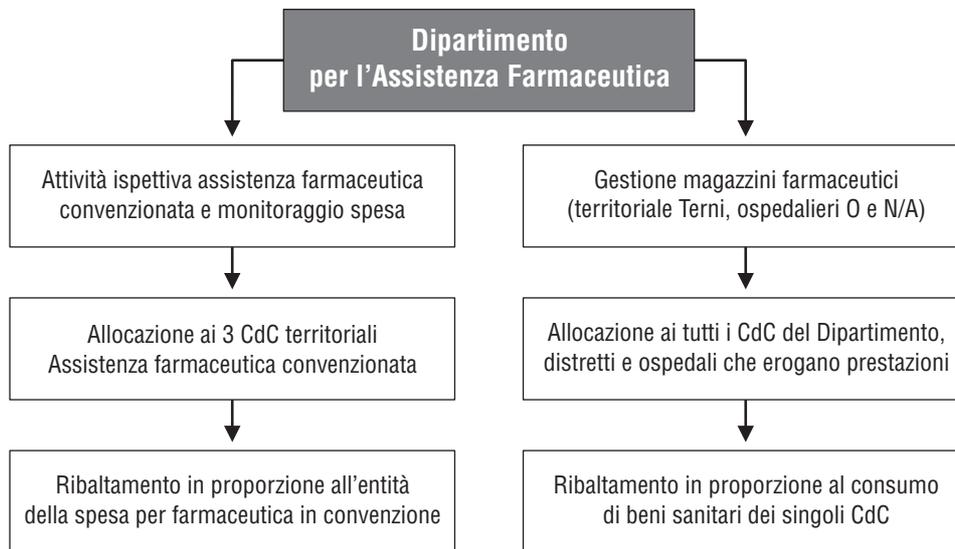


Figura 19.4 Il ribaltamento dei costi afferenti ai CdC di supporto: un'esemplificazione



tuali che accolgono la spesa per farmaceutica convenzionata del relativo territorio, in base all'entità rispettiva della spesa farmaceutica sostenuta. Il secondo aggregato è stato ribaltato su tutti i centri di costo di *line*¹⁶ in base al consumo effettivo di beni sanitari generato da ognuno di essi (cfr. Fig. 19.4). La suddivisione dei costi comuni del Dipartimento è stata effettuata in base al numero delle risorse umane da coordinare collegabili alle due aree di attività.

Una volta identificato l'insieme dei costi collegabili direttamente e mediante ribaltamenti ai centri di costo di *line* (aggregato precedentemente denominato *cost pool*), la metodologia di rilevazione prevede l'attribuzione degli stessi ai diversi livelli di assistenza mediante l'utilizzo di *activity driver*.

Elemento metodologico fondamentale per l'identificazione degli *activity driver* è la comprensione dell'entità di risorse assorbite dalle differenti «linee di prestazioni» (ovvero insiemi di prestazioni e servizi afferenti a singoli livelli assistenziali) prodotte e acquisite dall'azienda. A tal fine, per ciascuna struttura di *line* la cui attività è collegabile a più livelli assistenziali è stata effettuata un'analisi tesa a identificare i *driver* più idonei, in relazione ai dati e alle informazioni rilevabili.

In tutti i casi in cui si sia reso possibile, sono state privilegiate le misure espresse dell'*output* prodotto dalle strutture aziendali¹⁷.

¹⁶ Sia dell'area di prevenzione, che di quella territoriale e ospedaliera.

¹⁷ La scelta degli output come *activity driver* privilegiato discende dall'assunto, tipico dei sistemi *activity based*, che siano le attività che compongono i processi produttivi a «trainare» i costi aziendali (Cooper, 1988).

Per quanto riguarda i centri di costo finali delle strutture ospedaliere, la ripartizione dei costi tra:

- attività di degenza ordinaria (macrolivello assistenza ospedaliera);
- attività di day hospital/day surgery (macrolivello assistenza ospedaliera);
- prestazioni ambulatoriali specialistiche (macrolivello assistenza distrettuale),

è stata effettuata sulla base della valorizzazione economica delle diverse tipologie di prestazioni: entità del finanziamento per DRG nel caso dei ricoveri ordinari e in day hospital, tariffa del nomenclatore regionale per le prestazioni specialistiche. Il parametro è stato selezionato sulla base dell'ipotesi che la valorizzazione economica delle prestazioni rispecchi il livello di complessità gestionale e di consumo di risorse associato alle stesse¹⁸.

Anche per i centri ospedalieri erogatori «intermedi» è stata seguita la stessa metodologia, riconducibile al *transfert cost*¹⁹. Prendendo in riferimento la radiologia, il costo complessivo del centro è stato ripartito tra l'assistenza specialistica ambulatoriale (afferente al macrolivello distrettuale), il pronto soccorso, la degenza ordinaria e il day hospital/day surgery (macrolivello ospedaliero) in funzione all'entità e alla tariffa delle prestazioni realizzate per ogni linea di servizio. In particolare, il valore delle tariffe è variabile per ogni tipologia di prestazione a seconda della modalità di assistenza (prestazione per pazienti «esterni» o ricoverati, assistenza in regime di terapia intensiva, ricovero ordinario o regime di day hospital/day surgery).

Per quanto riguarda i CdC non ospedalieri, non poteva essere utilizzato lo stesso parametro scelto nel caso precedente, a causa della mancanza di una classificazione formale delle prestazioni socio-sanitarie erogate e di una valorizzazione economica delle stesse, espressiva del consumo di risorse nelle diverse «linee» di

¹⁸ La congruenza della metodologia legata all'identificazione dell'*activity driver* con il valore economico delle prestazioni si regge su una generale ipotesi di isoconsumo di risorse correlata alla valorizzazione economica dei DRG (anche se ogni azienda ha una propria differente struttura di costo e nella valorizzazione economica delle prestazioni sono compresi dei correttivi che penalizzano le prestazioni a rischio di inappropriatazza).

¹⁹ Le metodologie di allocazione dei costi dei centri di erogazione «intermedi» a oggetti di osservazione finali (in questo caso i LEA) si possono dividere in due categorie principali: il *transfert price* (prezzo di trasferimento) e il *transfert cost* (costo di trasferimento). Nel primo metodo, ogni tipologia di prestazione realizzata dal centro intermedio è valorizzata mediante un prezzo *standard* (corrispondente all'entità di risorse che devono essere impiegate per la produzione della stessa in condizioni normali di efficienza); l'ammontare complessivo trasferito corrisponde alla sommatoria delle prestazioni delle differenti tipologie valorizzate al prezzo standard. Nel secondo metodo, il valore delle prestazioni trasferite agli «oggetti di costo finali» viene calcolato sulla base dei costi effettivi di produzione sostenuti dal centro intermedio. Il primo metodo è particolarmente congruente con l'obiettivo di responsabilizzazione economica dei centri intermedi sui livelli di efficienza e capacità produttiva; il secondo metodo, qui utilizzato, è funzionale all'identificazione dell'entità di risorse effettivamente assorbite dalle strutture aziendali per la produzione delle prestazioni finali (per ulteriori approfondimenti cfr. Casati 2000).

produzione. In questo caso si sono ricercati caso per caso altri indicatori idonei rispetto alle esigenze del modello di controllo. Con riferimento per esempio, a una struttura territoriale, il Servizio Salute Mentale Infanzia, i servizi erogati, omogenei per tipologia di assistenza offerta, afferiscono a due LEA differenti, in ragione della categoria di utenti (portatori di disabilità fisica, psichica e/o sensoriale e pazienti con problematiche psichiatriche). In questo caso, il *driver* di attività è stato identificato nel numero degli utenti seguiti nel corso del periodo di riferimento afferente alle due categorie²⁰.

Nel caso di centri erogatori di servizi e prestazioni non valorizzabili economicamente né paragonabili sotto il profilo fisico-tecnico, per l'identificazione dei *driver* sono state utilizzate misure di *input*. Prendendo per esempio, il SERT, le prestazioni garantite dalla struttura sono di natura eterogenea (prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali) e afferiscono a differenti LEA²¹. Nella fattispecie, il driver è stato individuato nel costo ponderato del personale in termini di *full time equivalent*. Conseguentemente, il valore economico attribuito a ogni linea di prestazione è stato proporzionale al tempo dedicato alla stessa dal personale del CdC. Attraverso una serie di interviste con i singoli professionisti e la condivisione dei risultati dell'analisi con la direzione delle unità organizzative si è giunti a determinare la ripartizione del tempo lavorato dall'insieme dei professionisti tra i tre sottolivelli LEA cui afferisce l'attività del SERT e quindi la percentuale del costo di detta struttura da attribuire a ognuno di essi²².

La Tab. 19.3 riporta alcune ulteriori esemplificazioni che si ritengono significative per la comprensione della logica di identificazione degli *activity driver*.

L'attribuzione ai LEA dell'insieme dei costi (diretti e allocati) dei CdC finali, consente di identificare il costo per la *produzione* dei LEA da parte dell'azienda per fattori produttivi omogenei²³. Tale valore, epurato dei valori economici relativi alla mobilità attiva e passiva permette di ottenere il costo per la *garanzia*

²⁰ La scelta di questo parametro implica l'assunto semplificatorio di uguale impiego di risorse (per esempio, *full time equivalent* del personale dipendente) per il trattamento di diversi pazienti seguiti.

²¹ Le prestazioni realizzate dal SERT afferiscono ai LEA «assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare» e «assistenza residenziale e semiresidenziale»; quest'ultimo è ulteriormente scomponibile in base all'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a persone dipendenti da soste stupefacenti e a persone affette da HIV.

²² La quantificazione del «costo ponderato» del personale in termini di *full time equivalent* ha richiesto il seguente processo:

- identificazione dei profili professionali afferenti a ogni centro di costo e delle unità di personale presenti per ogni profilo;
- pesatura del rispettivo costo del lavoro in termini di *full time equivalent*;
- comprensione del tempo dedicato dalle varie unità delle componenti professionali alla produzione delle linee di servizio afferenti ai diversi LEA;
- calcolo ponderato del costo del lavoro per ogni linea di servizio.

²³ Per una maggiore leggibilità del modello di analisi, ai fini dell'attribuzione del costo dei fattori produttivi ai LEA si è scelto di aggregare la classificazione dei fattori produttivi presente nel sistema di contabilità analitica in cinque gruppi di fattori coerenti con il modello CE e LA.

Tabella 19.3 L'identificazione degli activity driver: alcune esemplificazioni

Tipologia di activity driver	Esempi di Centri di Costo afferenti
Valorizzazione economica dell'attività svolta (valore DRG, tariffa per prestazione)	<ul style="list-style-type: none"> • Centri finali ospedalieri • Centri intermedi ospedalieri (radiologia, laboratorio analisi)
Misure fisiche di output	<ul style="list-style-type: none"> • SIM (Salute Mentale Infanzia) • Strutture territoriali socio-assistenziali
Misure di input	<ul style="list-style-type: none"> • SERT (Servizio Tossicodipendenze) • Igiene e Sanità Pubblica • Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di vita e lavoro

dei LEA ai residenti. Tale configurazione di costo sembra essere particolarmente significativa ai fini del modello di controllo, in quanto attribuisce ai LEA tutti i costi che sono a essi riconducibili entro un accettabile grado di discrezionalità.

Il processo di rilevazione progettato prevede, in ultimo, l'allocazione dei costi dell'amministrazione generale sui LEA. In coerenza con le disposizioni contenute nelle Linee Guida ministeriali, è stata considerata come base di ripartizione unica per l'attribuzione dei costi dell'amministrazione generale ai Livelli Essenziali di Assistenza, il costo del personale.

Questo passaggio è stato esplicitamente lasciato come ultima fase del processo di rilevazione, in quanto metodologicamente esogeno al resto del modello, ma in ogni caso necessario per giungere a una configurazione di costo pieno di LEA come richiesto dall'attuale modello ministeriale.

Un ulteriore aspetto metodologico che si ritiene rilevante citare è la scelta dello strumento informatico di supporto alla rilevazione dei costi per LEA. La soluzione identificata è consistita nell'utilizzo dei dati relativi al sistema di contabilità analitica aziendale e nell'elaborazione degli stessi all'interno di un ambiente informatico esterno le cui licenze erano già disponibili in azienda (foglio elettronico).

Nel caso in analisi, tale orientamento è così motivabile:

- necessità di dotarsi di uno strumento facilmente utilizzabile dal più vasto numero di operatori aziendali, al fine di gestire più agevolmente gli *input* del modello di rilevazione nel tempo, quali per esempio, la matrice di alimentazione della contabilità analitica o gli *activity driver*, variabili in relazione a molteplici e mutevoli fattori (evoluzione degli assetti organizzativi, delle modalità di erogazione dei servizi ecc.);
- esigenza di contenimento dei tempi per la predisposizione dello strumento;
- limitata disponibilità di risorse supplementari da destinare all'investimento,

alla gestione e alla manutenzione di sistemi informativi da parte dell'azienda sanitaria in oggetto.

19.4 Quale contributo del modello di controllo per Livelli Essenziali di Assistenza al governo delle aziende e del Servizio Sanitario?

Il presente contributo ha preso in considerazione il modello di controllo economico per Livelli Essenziali di Assistenza, inquadrando in un primo tempo le finalità, le caratteristiche e lo stato dell'arte dell'utilizzo del modello a livello di SSN, per poi mettere in evidenza una metodologia di rilevazione specificamente progettata e realmente implementata nella realtà dell'ASL di Terni.

A partire dai contenuti dell'analisi di tale esperienza applicativa, il presente paragrafo intende offrire spunti di riflessione ed elementi progettuali in riferimento alle prospettive di sviluppo del controllo sui livelli di assistenza che vengono enunciate di seguito:

- l'affinamento e consolidamento delle metodologie di misurazione dei valori economici attribuibili ai vari LEA;
- l'utilizzo del modello di controllo in chiave gestionale (a livello aziendale), di governo del gruppo pubblico (a livello regionale), di monitoraggio sul funzionamento e l'efficienza del Servizio Sanitario (a livello nazionale).

19.4.1 Punti di forza e aspetti di criticità dell'esperienza in analisi

Analizzando l'implementazione del controllo economico per LEA nella realtà dell'ASL di Terni è possibile identificare un punto di forza principale: la coerenza e la significatività dei dati di costo per livello di assistenza ricavati.

Tale caratteristica è legata all'adozione di una metodologia di *costing* specifica e a un'analisi approfondita delle caratteristiche contingenti dell'azienda sanitaria.

La significatività dei dati rilevati rappresenta inoltre precondizione fondamentale per l'effettivo sfruttamento delle informazioni del sistema di rilevazione da parte dell'azienda sanitaria, nei seguenti ambiti:

- osservazione del posizionamento dell'azienda in relazione alle indicazioni strategiche regionali concernenti l'allocazione delle risorse disponibili sui Livelli Essenziali di Assistenza;
- monitoraggio periodico delle modalità di allocazione delle risorse dell'azienda nei differenti ambiti di assistenza e analisi dell'entità di risorse impiegate rispettivamente nei processi di produzione diretta e di acquisto di prestazioni;
- comprensione degli impatti di scelte gestionali e organizzative in relazione

all'entità e alla composizione dei costi per l'erogazione dei livelli di assistenza. Azioni quali la riconversione di strutture di offerta (per esempio, da presidio ospedaliero a struttura di lungodegenza/riabilitazione) o l'esternalizzazione della gestione di servizi impattano sulle determinanti del modello di rilevazione e conseguentemente permettono di registrare le variazioni nell'utilizzo dei fattori produttivi rispetto ai singoli LEA.

Nell'esperienza di utilizzo del modello di controllo in oggetto, la gestione e l'aggiornamento nel tempo dello strumento hanno rappresentato un aspetto critico. In questo senso, gli elementi di attenzione possono essere riassunti nei seguenti termini:

- difficoltà nel monitorare con sufficiente frequenza i valori relativi agli *input* informativi del modello, con particolare riferimento ai valori espressivi degli *activity driver*. L'alimentazione del sistema di rilevazione richiede infatti la strutturazione di flussi informativi periodici specifici che possono risultare onerosi per la struttura operativa;
- difficoltà – tipica dei sistemi di controllo *activity-based* – nel tenere aggiornata l'impostazione del modello di controllo, in ragione dell'evoluzione degli assetti organizzativi. Cambiamenti nelle modalità di partecipazione delle varie componenti dell'azienda ai processi produttivi, nel mix di fattori produttivi utilizzati o nel ricorso all'esternalizzazione incidono sulle determinanti del modello²⁴ e richiedono conseguentemente una sua revisione.

Infine, dall'esperienza in esame possono essere individuati i seguenti ambiti di miglioramento e di sviluppo:

- completamento del sistema informativo centrato sui Livelli Essenziali di Assistenza con la sistematica rilevazione di dati di prestazione e indicatori di tipo extracontabile (con riferimento per esempio, ai parametri indicati nel D.M. 12 dicembre 2001);
- opportunità di disporre di un supporto tecnologico più solido per gestire il modello di rilevazione. In questo senso, si ritiene adeguato un sistema di *business intelligence* fondato su un *datawarehouse*²⁵. Esso permetterebbe di trattare in modo unitario flussi informativi provenienti da fonti eterogenee e di garantire la tracciabilità e la confrontabilità nel tempo dei valori relativi agli *input* del modello e ai costi dei livelli di assistenza. Un tale sistema permetterebbe di gestire in modo unitario anche i dati e gli indicatori di monitoraggio dei LEA di natura extra-economica.

²⁴ Quali per esempio, la selezione degli *activity driver* più appropriati.

²⁵ Per approfondimenti sull'utilizzo della tecnica del *datawarehousing* nei sistemi informativi delle aziende sanitarie cfr. Buccoliero, Caccia, Nasi 2000 e 2005.

19.4.2 Il controllo dei LEA in ottica strategica: spunti e prospettive

Lo strumento dei LEA è stato fino a ora interpretato prevalentemente nelle sue valenze «programmatiche», legate alla fissazione della tipologia di prestazioni e servizi «minimi» comuni al Servizio Sanitario Nazionale a fronte del livello di spesa pubblica sanitaria programmato a livello nazionale.

A oggi non sembra invece essersi ancora affermato l'approccio all'utilizzo dei LEA quale strumento di monitoraggio sull'efficienza e il livello quali-quantitativo di assistenza effettivamente garantita sul territorio nazionale, forse anche in relazione all'ancora recente introduzione dello strumento:

- la generalità delle aziende sanitarie pare interpretare tale fattispecie di controllo come un ulteriore adempimento da soddisfare mediante predefinite rielaborazioni dei dati della contabilità analitica, invece che come nuova prospettiva di osservazione della gestione;
- a livello di confronto interistituzionale Stato – Regioni, lo strumento dei livelli assistenziali è stato utilizzato prevalentemente per il controllo sul livello di spesa complessivo regionale in relazione all'entità delle risorse trasferite dal livello di governo nazionale.

È peraltro oggi necessario puntare fortemente sul concetto di «livelli effettivi di assistenza controllati» ovvero spostare l'attenzione sul fronte del controllo dei risultati effettivi delle politiche e della gestione (Borgonovi, 2005). Tale attenzione può essere centrale sia nella prospettiva della singola azienda sanitaria sia nella prospettiva del controllo di gruppo pubblico, a livello regionale e, in seconda battuta, nazionale.

Sotto la prospettiva aziendale, l'adozione di una metodologia di rilevazione coerente e specifica rispetto all'oggetto di osservazione LEA può essere uno strumento efficace per diffondere e sistematizzare la consapevolezza sulle modalità e i costi di erogazione dei LEA per la popolazione di riferimento. In questo senso, un effettivo controllo sui LEA (di tipo economico e sui livelli di prestazioni garantiti) può supportare confronti intertemporali e sostenere analisi «strategiche» e scelte gestionali citate nel paragrafo precedente.

Sotto la prospettiva del governo del servizio sanitario regionale, il monitoraggio sul costo effettivo della garanzia dei LEA da parte delle aziende sanitarie può rappresentare un importante elemento del controllo di gruppo da parte delle Regioni, in quanto:

- arricchisce i dati relativi al consumo di fattori produttivi contenuti nel prospetto CE, in quanto permette di confrontare le aziende in base alla modalità di allocazione delle risorse nei vari ambiti di assistenza;
- in combinazione con gli indicatori sul livello quali-quantitativo di prestazioni assistenziali offerte, fornisce elementi informativi utili al monitoraggio di

obiettivi di programmazione sanitaria e all'espressione di valutazioni sui livelli di efficienza delle aziende.

Sotto la prima prospettiva, si pensi alla possibilità di monitorare compiutamente e a differenti livelli di analisi²⁶ lo stato di avanzamento di interventi, oggi diffusi nel sistema, per la «deospedalizzazione» del trattamento di alcuni bisogni di cura a vantaggio di forme di assistenza territoriali più appropriate (profilo clinico) e più efficienti (profilo economico).

Sotto la seconda prospettiva, si pensi alla possibilità di comparare l'efficienza e l'efficacia di aziende sanitarie che utilizzano forme di gestione differenti dei servizi (ricorso al privato-gestione diretta, configurazioni organizzative differenti dell'assistenza territoriale) in relazione alla garanzia di determinate tipologie di assistenza ai propri residenti.

Infine, nella prospettiva del Servizio Sanitario italiano, i LEA possono essere intesi quale strumento di regolazione e verifica del funzionamento dei nuovi assetti istituzionali. Nell'attuale fase di regionalizzazione lo Stato deve rifocalizzare il proprio ruolo verso una funzione di controllo sull'erogazione dei servizi assistenziali minimi uniformi sul territorio nazionale sotto il vincolo di sostenibilità della spesa pubblica²⁷. In questo senso, il sistema di monitoraggio sui costi effettivi dei LEA e sui livelli quali-quantitativi di prestazioni e servizi erogati può rappresentare:

- uno strumento informativo sulla base del quale impostare il nuovo rapporto «negoziale» tra Regioni e Stato, in coerenza con il nuovo ruolo degli organi ministeriali;
- un elemento di comparazione tra i diversi sistemi sanitari regionali, che trascende gli specifici assetti organizzativi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria nei diversi territori e si focalizza sulle prestazioni finali omogenee comuni al Servizio Sanitario Nazionale.

Nel prossimo futuro, l'investimento nelle logiche e nei meccanismi di monitoraggio dei LEA erogati sarà tanto più importante quanto più questi ultimi diventeranno un linguaggio comune nel governo del Servizio Sanitario italiano e una prospettiva per l'osservazione della gestione delle aziende sanitarie. Presupposto primo e indispensabile per il raggiungimento di tale obiettivo è che le azien-

²⁶ Il livello di monitoraggio più elevato si ottiene comparando i costi del macrolivello ospedaliero con quelli del macrolivello distrettuale; a un livello più approfondito si possono porre in relazione i costi sostenuti per il ricovero ordinario (e in particolare il peso relativo di determinati DRG considerati potenzialmente inappropriati, per esempio, l'Influenza con complicazioni) con i costi sostenuti per l'assistenza domiciliare o per altre tipologie di assistenza territoriale considerate più adeguate.

²⁷ Per un approfondimento dal punto di vista della riconfigurazione delle relazioni di sistema pubblico si veda Muraro (2000).

de sanitarie locali si dotino di coerenti e specifici strumenti di osservazione e controllo dei LEA.

Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2002) «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte»; in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Borgonovi E. (2005) «Dai livelli essenziali ai livelli effettivi di assistenza», *Mecosan*, n. 1
- Brimson A., Antos J. (1994) *Activity-Based Management for Service Industries, Government Entities, and Non Profit Organizations*, The Chartered Institute of Management Accountants, London, CIMA Publishing.
- Buccoliero L., Caccia C., Nasi G. (2000) *Il sistema informativo automatizzato delle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill.
- Buccoliero L., Caccia C., Nasi G. (2005) *E-Health*, Milano, McGraw Hill.
- Casati G. (2000) *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill.
- Casati G., Vichi M.C. (2002) *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Milano, McGraw Hill
- Cooper R. (1988) «The Rise of Activity-Based Costing. Part two: When do Need an Activity-Based Cost System», *Journal of Cost management*, Autumn.
- Del Vecchio M. (2000) «Contabilità e controllo di gestione delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere», *Mecosan*, n. 36.
- Donzelli A. (1999) «Quali indicatori per verificare i livelli di assistenza assicurati in ciascuna Regione e provincia autonoma?», *Agenzia Sanitaria Italiana*, n. 8, p. 21-31.
- Francesconi A. (1993) «L'activity based costing nei servizi sanitari», *Economia e Management*, n. 1.
- Hankins R. (2004) *Management Accounting for Health Care Organizations: Tools and Techniques for Decision Support*, Jones and Bartlett.
- Hoyt R., Colin M. (1999) «Linking Cost Control Measures to Health Care Services by Using Activity-Based Information» *Health Services Management Research* (8), 4, pp. 221-233;
- King M., Lapsley I., Mitchell F., Mayers J. (1994) *Activity Based Costing and its Application in the NHS*, The Chartered Institute of Management Accounting, Londra, CIMA Publishing.
- Innes J., Mitchell F. (1990) «Activity Based Costing Research», *Management Accounting*, May.

- Lecci F., Longo F. (2004) «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Lega F (1997) «Activity based costing and management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari», *Mecosan*, n. 22.
- Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Milano, McGraw Hill
- Muraro G. (2000) *Sanità e federalismo fiscale*, in Politiche Sanitarie, n. 1
- PricewaterhouseCoopers (2002), *Healthcast Tactics*.
- PricewaterhouseCoopers Advisory (2005) *Report on Hospital Costing, Reimbursement Sophistication*
- Rotch W. (1990) «Activity-Based Costing in Service industries», in Barry *et al.* (a cura di), *Emerging practices in cost management*, Warren Gorham Lamont.
- Vendramini E. (2004), «L'activity based costing», in AA.VV., *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGraw Hill.