



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

Corso di Laurea triennale in Economia e Commercio

**IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE  
SANITARIE: IL CASO INRCA**

**MANAGEMENT CONTROL IN HEALTHCARE  
COMPANIES: THE INRCA CASE**

Relatore:  
Prof.ssa Maria Serena Chiucchi

Rapporto Finale di:  
Chiara Latini

Anno Accademico 2021/2022



## **INDICE**

INTRODUZIONE	p. 2
1. IL CONTROLLO DI GESTIONE IN SANITÀ	p. 3
1.1. Nascita e diffusione del Controllo di Gestione in Sanità	p. 3
1.2. Il ruolo del Sistema informativo nel Controllo di Gestione	p. 6
1.3. Fasi del processo di Programmazione e Controllo	p. 10
1.3.1. Programmazione e Budgeting	p. 10
1.3.2. Misurazione dell'attività, Reporting e Valutazione	p. 13
1.3.2.1. Sistema di misurazione della Performance	p. 13
1.3.2.2. Reporting	p. 15
1.3.2.3. Valutazione della Performance e Sistema incentivante	p. 17
1.4. Il ruolo dei manager e del controller nell'attività di controllo di gestione	p. 21
2. IL CASO INRCA	p. 26
2.1. Identità dell'Istituto	p. 26
2.2. Processo di Budgeting	p. 28
2.3. Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	p. 31
CONCLUSIONI	p. 37
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	p. 40

## INTRODUZIONE

Il Controllo di Gestione è un processo volto a guidare la gestione verso il conseguimento degli obiettivi aziendali stabiliti in fase di pianificazione, verificare il grado di raggiungimento degli stessi tramite indicatori e, in caso di scostamenti, attuare azioni correttive.

Il sistema di Pianificazione, Programmazione e Controllo, negli anni, si è sviluppato ed è stato inizialmente adottato nelle imprese, per poi estendersi anche nelle Pubbliche Amministrazioni, tra cui le Aziende Sanitarie.

In quest'ultime e, più in generale, nel Servizio Sanitario Nazionale, l'attenzione si è spostata ai temi dell'efficacia ed efficienza, al ruolo e alle responsabilità degli operatori sanitari e all'importanza del cittadino/utente. L'applicazione del Controllo di Gestione nelle aziende sanitarie non è stata esente di criticità dovute, soprattutto, alla complessità organizzativa e alla carenza di una cultura di carattere economico-finanziaria.

Nel primo capitolo, dopo aver trattato la nascita del Controllo di Gestione in Sanità, se ne descrive il processo e il ruolo dei manager e del controller nelle Aziende Sanitarie, evidenziandone le caratteristiche e criticità.

Nel secondo capitolo si descrive il processo di Programmazione e Controllo con riferimento al caso specifico dell'Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per gli Anziani (INRCA).

## **1. IL CONTROLLO DI GESTIONE IN SANITÀ**

### **1.1. NASCITA E DIFFUSIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE IN SANITÀ**

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito con la legge n.833/1978 al fine di tutelare la salute del cittadino attraverso azioni di cura, prevenzione e riabilitazione. È composto da ‘enti ed organi di diverso livello istituzionale, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini’<sup>1</sup>.

Compongono il Piano Nazionale Integrato: il Ministero della Salute, Enti ed organi di livello nazionale (IIS e IZZSS) ed Enti ed organi territoriali (Regioni e Province autonome e Aziende Sanitarie Locali).

Nonostante le varie innovazioni che questa legge ha introdotto, con il tempo sono emersi anche aspetti negativi, come la scarsa programmazione, e ciò ha spinto il Governo a varare due decreti legislativi che hanno dato vita alla seconda riforma sanitaria: il D.lgs. 502/1992 e il D.lgs. 517/1993.

Il D.lgs. 502/1992 (o Riordino della disciplina in materia sanitaria) ha innovato gli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi del SSN, perseguendo la regionalizzazione e l’aziendalizzazione della sanità italiana.

---

<sup>1</sup><https://www.salute.gov.it/pianoNazionaleIntegrato2015/dettaglioPianoNazionaleIntegrato2015.jsp?cap=capitolo2&sez=pni-cap2-autoritacompetenti&id=1104>

Le organizzazioni sanitarie hanno acquisito personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Tale decreto ha posto l'attenzione sui temi della misurazione e della responsabilizzazione, introducendo la contabilità economica e la contabilità analitica per centri di costo. Il decreto ha inoltre previsto l'utilizzo del budget, al fine di responsabilizzare sia le direzioni aziendali sia i singoli dirigenti sull'allocazione delle risorse, rendendo possibile una valutazione più oggettiva della performance realizzata (Baraldi, 2020, p. 88).

Il D.lgs. 517/1993, apportando delle modifiche al precedente decreto, ha ridefinito le modalità di finanziamento delle organizzazioni sanitarie, assegnando un 'quota capitaria' alle Regioni e alle aziende sanitarie territoriali per introdurre un meccanismo tariffario per il finanziamento degli ospedali (DRG).

Successivamente il D.lgs. n.229/1999 ha modificato l'assetto ed i meccanismi di governo del SSN, portando significative novità come: la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), devoluzione di numerose competenze di governo del sistema alle Regioni ed il consolidamento del processo di aziendalizzazione<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Baraldi sottolinea che il consolidamento del processo di aziendalizzazione, riconfermando le organizzazioni sanitarie come aziende con personalità giuridica pubblica, ha rafforzato il ruolo del

La riforma Brunetta, attuata con la legge delega n.19/2009 e successivo D.lgs. n.150/2009, ha introdotto ulteriori strumenti per la valutazione e la misurazione della performance nella P.A., includendo anche le aziende sanitarie pubbliche. Viene così regolamentato il ciclo di gestione della performance.

Nel tempo, in sanità il focus si è quindi progressivamente spostato dalla gestione dei costi al *governo clinico*<sup>3</sup>, ossia alla ricerca di un equilibrio fondato su standard di qualità ed eccellenza che giustifichino i costi e i livelli di efficienza del sistema (Maran e Vagnoni, 2013, p. 14).

---

centro di responsabilità come fulcro dell'attività di programmazione e di rilevazione/rendicontazione. (Baraldi, 2020, p. 89)

<sup>3</sup> 'Per Governo clinico si intende un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari. Al fine di garantire la qualità e sicurezza delle cure vengono impiegate metodologie e strumenti come: linee guida ed i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi costruiti a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l' integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance.'

(<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=232&area=qualita&menu=vuoto>)

## **1.2. IL RUOLO DEL SISTEMA INFORMATIVO NEL CONTROLLO DI GESTIONE**

Il sistema informativo aziendale permette di raccogliere i dati, elaborarli e trasformarli in informazioni per lo svolgimento del controllo di gestione.

Infatti, un elemento fondamentale per orientare i processi decisionali, operativi e valutativi è l'attivazione e lo sviluppo dei sistemi informativi a supporto dell'attività manageriale.

Il ruolo del sistema informativo, ai fini del controllo, è quello di modificare i comportamenti opportunistici individuali attraverso la periodica messa a disposizione di specifiche informazioni che tengano alta l'attenzione verso gli obiettivi aziendali (Maran e Vagnoni, 2013, p. 28).

La struttura informativa si divide in (De Santis e Marchi, 2021):

- extra contabile: insieme delle informazioni di natura fisico tecnica e qualitativa che esprimono le cause della performance economico finanziaria
- tecnico contabile: insieme degli strumenti attraverso i quali sono raccolte, elaborate e presentate le informazioni aventi natura quantitativo monetaria.

Gli strumenti utilizzati nella struttura tecnico contabile sono: contabilità generale, contabilità analitica, sistemi di budget e standard, analisi degli scostamenti e reporting.

I sistemi di Controllo di Gestione sono influenzati dalle tecnologie informative in uso, le quali sono in grado di trasferire informazioni di diversa natura e tipologia,



come, ad esempio, i sistemi di: Information e Communication Technology (ICT) ed Enterprise Resource Planning (ERP). Tuttavia, nell'analisi condotta, Maran e Vagnoni (2013) evidenziano un prevalente ricorso nelle aziende sanitarie a tecnologie riconducibili al pacchetto Office (come Excel) piuttosto che a tecnologie più avanzate<sup>4</sup>. Nell'analisi sono state altresì indagate le componenti dei sistemi informativi e il loro grado di utilizzo: emerge un uso prevalente del sistema di rilevazione dei costi per Centro di Responsabilità e del sistema di contabilità analitica, entrambi resi obbligatori dal D.lgs. n.502/1992. Si evidenzia quindi che le tecnologie informative per il controllo trovano un maggiore utilizzo con riferimento a componenti che permettono il monitoraggio di aspetti direttamente ed esplicitamente vincolati dalle norme in materia.

Con riferimento alla contabilità analitica alcune ricerche mettono in evidenza un disallineamento tra adozione e utilizzo del sistema.

Del Bene e Sanna (2020), limitandosi alla sola considerazione dell'aspetto tecnico, ascrivono questa situazione di dissociazione tra adozione ed utilizzo della contabilità analitica alla prevalente connotazione 'amministrativa' nella

---

<sup>4</sup> Maran e Vagnoni, in tale analisi, prendono in considerazione i dati risultanti dalla compilazione di questionari da parte dei responsabili del servizio di Controllo di Gestione di Aziende Sanitarie territoriali, aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie e IRCCS pubblici (Maran e Vagnoni, 2013, p. 7)

progettazione e nella gestione dei sistemi informativi, distante dalle esigenze informative dei responsabili sanitari.

I due autori evidenziano l'importanza dell'introduzione della logica Activity Based Costing (ABC) nelle aziende sanitarie, rispetto ai metodi tradizionali come la logica dei Centri di Costo. L'ABC permetterebbe non solo di calcolare un costo maggiormente attendibile per gli oggetti individuati, ma anche di migliorare la gestione aziendale mediante l'eliminazione di quelle attività che non creano valore aggiunto, ricercando una semplificazione dei processi e dei prodotti/servizi. Tale logica consente un'integrazione della prospettiva interna della gestione con quella esterna, volta al soddisfacimento del cliente, evidenziando le attività che creano valore per il destinatario del servizio (Del Bene e Sanna, 2020, p. 107-108).

Gli obiettivi del sistema informativo nelle aziende sanitarie, individuati da Maran e Vagnoni (2013), sono:

- monitoraggio tipologia, numero e casistica pazienti;
- monitoraggio equilibrio economico, finanziario e patrimoniale aziendale;
- essere sempre al corrente dei vincoli e tetti spesa;
- individuazione delle strutture/prestazioni nelle quali si riscontrano maggiori inefficienze (definite nel rapporto costo-tariffa).

Il rapporto tra costo pieno della prestazione e tariffa deve essere oggetto di continuo monitoraggio in modo da poterne valutare l'efficienza rispetto al piano tariffario regionale e, in caso di eventuali gap da parte dell'azienda, poter intraprendere azioni

correttive. Vi è però difficoltà a strutturare l'informazione in modo tale da rendere agevole il rapporto costo-tariffa della prestazione. A tal proposito occorre introdurre nell'analisi il concetto di sistema tariffario dei Diagnosis Related Groups (DRG). Quest'ultimo prevede una classificazione delle patologie che raggruppa i pazienti secondo un'omogeneità clinica a cui viene associato un definito bisogno di risorse assorbite dalla cura, in relazione al case mix delle prestazioni (Bassani e Cattaneo, 2017, p. 16). Nell'articolo redatto da Bassani e Cattaneo viene indagata l'esistenza o meno del gap tra le tariffe remunerate e il costo interno, problema che è stato riscontrato dagli operatori. Dal loro studio emerge la coerenza tra impegno (e suo costo) rispetto al valore di rimborso del DRG dando rilievo a una casistica 'media' di assistenza coerente con la remunerazione regionale.

Il sistema informativo presenta tuttavia dei limiti come: l'inefficienza dal punto di vista della capacità di informare tempestivamente i professionisti su vincoli e opportunità che la regione o i livelli amministrativi sovraordinati presentano (i canali di finanziamento specifici, i tetti spesa, i tariffari regionali, i vincoli normativi sull'erogazione o produzione di prestazioni); l'inefficienza nell'individuazione dei processi e servizi in cui l'azienda presenta risultati migliori dal punto di vista del rapporto costo-qualità (limite che verrebbe minimizzato, come illustrato in precedenza, con l'introduzione della logica ABC).

### **1.3. FASI DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO**

#### **1.3.1. Programmazione e budgeting**

La programmazione è una fase particolarmente articolata del ciclo del controllo, soprattutto nelle Aziende Sanitarie. In quest'ultime, il Budget è ritenuto come fondamentale strumento di programmazione: in linea con il D.lgs. n.502/1992, le Regioni hanno disciplinato la programmazione attraverso l'utilizzo del budget nelle leggi regionali in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende Sanitarie (Maran e Vagnoni, 2020, p. 23).

Il budget costituisce uno strumento di gestione dell'organizzazione e si configura come “il documento e, al tempo stesso, il processo attraverso il quale vengono esplicitate le politiche aziendali che devono essere attuate nell'ambito delle scelte strategiche effettuate” (Del Bene e Gatti, 2021, p. 256).

Il processo di formulazione del budget consiste in un processo di previsione che definisce da una parte le attività e gli obiettivi che s'intendono perseguire durante l'anno e, dall'altra, le risorse umane, strutturali, tecnologiche e finanziarie a ciò necessarie. Il budget “rappresenta, per i manager, un utile strumento per monitorare al meglio il rapporto tra risorse e risultati e, di conseguenza, per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi ad essi assegnati” (Del Bene e Gatti, 2021, p. 257).

La realizzazione del processo di budgeting, nella tipologia delle aziende in oggetto, spesso richiede l'articolazione di *schede di budget* riferite a ciascuna struttura che partecipa al processo nelle quali vengono esplicitati gli obiettivi che si intendono

perseguire. Nelle schede budget sono altresì indicati: i livelli quali/quantitativi di attività attesi, gli indicatori che misurano il raggiungimento degli obiettivi, le modalità organizzative tramite cui dovrebbero essere realizzati e i soggetti coinvolti e il loro livello di responsabilità. La scheda di budget costituisce l'interfaccia tra i professionisti investiti del ruolo manageriale e l'azienda (Maran e Vagnoni, 2013, p. 25). Nell'analisi di Maran e Vagnoni, emerge il ruolo centrale della scheda di budget nel chiarire gli obiettivi ai dirigenti delle strutture e viene evidenziato il fatto che questa è percepita come uno strumento di facile interpretazione, noto a tutte le strutture organizzative aziendali.

Il budget, infatti, è ritenuto un ottimo strumento di responsabilizzazione e di motivazione per i responsabili e gli operatori coinvolti che hanno il compito di monitorare lo sviluppo delle attività e le risorse ottenute per sostenerle.

Il budget, nel settore sanitario, ha un ruolo sia di programmazione sia di controllo dei risultati. Sotto questo aspetto però la scheda presenta ancora delle criticità nel monitorare i margini di contribuzione per prestazioni e Centri di Responsabilità (CdR)<sup>5</sup> e nel controllare l'allocazione delle risorse alle varie strutture, esigenze primarie dei professionisti investiti del ruolo manageriale.

---

<sup>5</sup> I CdR sono unità logiche di controllo caratterizzate da consumo di risorse e per le quali si prevede la presenza di un responsabile e la capacità di incidere sui risultati raggiunti.

L'analisi della natura degli obiettivi ha permesso di evidenziare che le strutture organizzative ricevono, prevalentemente, un budget articolato in obiettivi economico-finanziari, organizzativi e inerenti ai processi di assicurazione qualità e accreditamento.

Requisito fondamentale affinché il Controllo di Gestione sia efficace e persegua i propri obiettivi è la frequenza dell'attività di controllo, la quale deve essere commisurata ad una serie di fattori come il tempo necessario per osservare variazioni dei fenomeni esaminati e la significatività dell'oggetto di controllo. Nella maggior parte dei casi il controllo è effettuato con periodicità trimestrale mentre quasi un terzo delle aziende analizzate effettuano un controllo con cadenza molto ridotta (semestrale, annuale od occasionale) (Maran e Vagnoni, 2013, p. 26-27).

Il processo di budget può essere condotto con due approcci distinti (Del Bene e Gatti, 2021):

- top-down: le scelte relative agli obiettivi vengono prese dalla direzione strategica Aziendale;
- bottom-up: il Centro di Responsabilità ha un ruolo partecipativo nella definizione degli obiettivi.

Quest'ultimo approccio viene preferito data la complessità aziendale e la natura dei processi produttivi, caratterizzati da un elevato contenuto professionale.

Il processo di budgeting si articola in: definizione delle linee guida e degli obiettivi aziendali, invio delle schede di budget ai CdR, formulazione delle proposte di

budget da parte dei responsabili dei CdR, verifica della congruenza e della fattibilità degli obiettivi proposti, negoziazione delle proposte di budget e approvazione del budget da parte della Direzione Generale.

### 1.3.2. Misurazione dell'attività, Reporting e Valutazione

In seguito all'approvazione del budget vi è un periodico monitoraggio da parte del Controllo di Gestione, mediante l'invio di report trimestrali, della congruità dell'attività svolta e dei costi sostenuti rispetto a quanto negoziato. In caso di rilevanti scostamenti, dovuti a cause non prevedibili, si attua una rinegoziazione di quanto formulato. A seguito della misurazione dell'attività svolta, si procede alla valutazione della performance organizzativa e individuale.

#### 1.3.2.1. Sistema di misurazione della Performance

La misurazione delle performance è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dei servizi pubblici in quanto volto a:

- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- migliorare il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi.

La performance individuale è l'insieme dei risultati, competenze e comportamenti richiesti all'individuo per consentire all'organizzazione aziendale di perseguire i propri obiettivi (Baraldi, 2000, *Le performance manageriali, Sistemi di misurazione e valutazione*, McGraw Hill, Milano, citato in Maran e Vagnoni, 2013, p. 39).

Pertanto, si valuta e si misura la performance perché è funzionale al raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

La sanità è un settore dove il perseguimento delle finalità istituzionali dipende fortemente dalle competenze, motivazioni e coordinamento delle persone che vi lavorano: risulta quindi centrale e fondamentale la misurazione della performance. Questa fase è strettamente legata con il sistema di programmazione e controllo, sia in termini di informazioni in input per le decisioni, sia in termini di informazioni a feedback.

Il decreto n.150/2009, che regola il ciclo della gestione della performance, prevede (art.7) che le amministrazioni pubbliche adottino con apposito provvedimento il loro Sistema di misurazione e valutazione della performance, descrivendone la struttura, ossia “le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance”.

Ai fini del sistema di misurazione e valutazione, i risultati devono essere misurabili e quindi occorre adottare un set di indicatori con dei specifici requisiti come: validità, sensibilità, comparabilità, consistenza (Nutti, 2010).



### 1.3.2.2. Reporting

Il sistema di reporting è “l’insieme delle informazioni variamente rappresentate su supporti cartacei ed informatici, prodotte con periodicità e contenuto variabile, destinate alla comunicazione interna per il controllo di gestione, riferite a variabili chiavi di controllo<sup>6</sup>, su base comparativa e con l'evidenza dei valori rilevanti” (Marchi, 2021, p. 371).

È uno strumento operativo fondamentale che attiva effettivamente il processo di controllo di gestione attraverso l’analisi delle informazioni contenute.

I report, quindi, sono documenti di sintesi che riassumono le variabili rilevanti ai fini del controllo di gestione.

Tra i vari strumenti di controllo, il sistema di reporting è quello che ha conosciuto nel tempo le evoluzioni più significative, come evidenziato nell’articolo “Management Control Systems and Integrated Reporting: which relationships?” (Chiucchi, Gatti e Montemari, 2018). Sono state proposte nuove tipologie di reporting, a partire dal report economico e ciò ha portato le aziende ad aumentare la quantità di informazioni fornite agli stakeholder esterni e agli utenti interni, favorendo il passaggio verso una visione multidimensionale della performance aziendale. Ciò ha però aumentato il rischio di perdere una visione unitaria della

---

<sup>6</sup> Il termine “variabili chiave di controllo” identifica variabili rilevanti sia interne, cioè controllabili, sia esterne, non controllabili ma verificabili nel loro grado di accuratezza (Marchi, 2021, p. 371).

performance aziendale e, per ovviare a tale problematica, l'International Integrated Reporting Council (IIRC) ha emesso un framework per l'adozione e l'attuazione dell'"Integrated Report (IR)". Gli autori dell'articolo evidenziano come l'IR vada ad integrare diverse tipologie di informazioni all'interno dello stesso documento, concentrandosi su diversi aspetti della performance per fornire una visione integrata del modo in cui un'azienda crea valore nel tempo e fornendo una spiegazione chiara del modo in cui combina i suoi input per ottenere i suoi output e risultati.

Nell'articolo viene mostrato il caso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria 'Ospedali Riuniti' di Ancona, la quale ha intrapreso un processo di implementazione dell'IR e viene altresì evidenziato il ruolo fondamentale del controllo di gestione in tale processo. Il controllo di gestione, nell'implementazione di tale report, deve andare oltre la mera produzione di informazioni o il calcolo di indicatori: deve curare gli aspetti più strettamente connessi all'organizzazione del processo di progettazione, aumentare il livello di coinvolgimento e di motivazione dei soggetti coinvolti nel progetto ed intervenire per creare la migliore configurazione di IR che sia in grado di esprimere e rappresentare il modo in cui l'azienda crea valore.

Questa tipologia di report è particolarmente rilevante nel contesto delle Aziende Sanitarie data la loro necessità di essere responsabili di quanto fatto e di mostrare come possono contribuire a generare valore.

### 1.3.2.3. Valutazione della Performance e Sistema incentivante

Il sistema incentivante è collegato agli obiettivi di budget: gli incentivi vengono infatti erogati in relazione ai risultati effettivamente raggiunti dai Centri di Responsabilità. La valutazione è quindi uno strumento per controllare l'operato di chi gestisce con lo scopo di identificare disfunzioni, imporre sanzioni, spostare risorse e migliorare la performance. La valutazione ha anche la potenzialità di riuscire a condizionare positivamente i comportamenti individuali verso gli obiettivi dell'organizzazione, con la finalità di apprendimento per far sì che si possa tentare un miglioramento continuo.

Alla base del sistema di valutazione delle performance nelle Aziende Sanitarie vi sono i seguenti principi: il soggetto che procede alla valutazione del dirigente deve conoscere direttamente l'attività svolta da quest'ultimo, tali valutazioni sono soggette di verifica da parte di un valutatore di seconda istanza, la valutazione riguarda le prestazioni e i risultati, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse umane e organizzative (Maran e Vagnoni, 2013, p. 43).

Il processo di valutazione deve essere governato da precise metodologie ed opportuni strumenti per favorire un'omogeneità interpretativa. Si sviluppa in modo continuativo e la valutazione avviene con periodicità annuale (per consentire la determinazione della retribuzione di risultato), triennale (per la valutazione delle

attività professionali e dei risultati raggiunti), al termine del quinquennio di assunzione e alla scadenza dell'incarico.

Tre dimensioni fondamentali della performance nelle Aziende Sanitarie rilevano (Maran e Vagnoni, 2013, p. 45):

- la *valutazione delle prestazioni*, collegando i risultati conseguiti dal titolare di una determinata PO (posizione organizzativa) alle ricompense predisposte dall'organizzazione;
- la *valutazione delle posizioni*, correlando i contributi individuali degli operatori alle responsabilità assegnatagli;
- la *valutazione del potenziale*, evidenziando le attitudini e le possibilità di arricchire in futuro le competenze e capacità.

La valutazione delle prestazioni individuali è un processo attraverso cui, per ciascun membro dell'organizzazione, si confronta il contributo fornito con il contributo atteso in un certo periodo di tempo, normalmente un anno. I risultati individuali devono essere valutati sia in funzione della rispondenza agli obiettivi di budget che in relazione al loro contributo al raggiungimento degli obiettivi strategici triennali (Maran e Vagnoni, 2013, p. 50).

Gli obiettivi assegnati possono essere o sostanziati in termini di adempimenti o misurati mediante indicatori ai quali viene poi conferito un punteggio/peso al fine di ottenere un valore sintetico del grado di raggiungimento.

All'articolo 20 del D.lgs. 150/2009, sono elencati gli strumenti per premiare il merito e il miglioramento della performance individuale: bonus annuale delle eccellenze, premio annuale per l'innovazione, progressioni economiche, progressioni di carriera, attribuzione di incarichi e responsabilità e l'accesso a percorsi di alta formazione e di crescita professionale, in ambito nazionale e internazionale (nel SSN valgono specialmente gli ultimi quattro strumenti).

Nell'ambito delle Aziende Sanitarie si distinguono i contratti collettivi della dirigenza e del comparto (tutti i dipendenti della sanità, esclusi i dirigenti).

All'interno di ogni categoria vengono individuati i profili: ogni profilo è caratterizzato da mansioni e funzioni contraddistinte e da differenti gradi di complessità e contenuto. Gli incarichi di dirigenza si distinguono in incarichi di struttura e di natura professionali: i primi prevedono un rapporto di lavoro esclusivo con la struttura di riferimento mentre i secondi possono essere di varia natura e definibili in autonomia dalle singole Aziende. Per entrambe le tipologie di incarichi di dirigenza si impone una valutazione periodica svolta dal *Collegio Tecnico*, che interviene sulle attività professionali e sui risultati raggiunti da tutti i dirigenti con cadenza triennale, e dal *Nucleo di Valutazione* che valuta i risultati di gestione ottenuti a fronte degli obiettivi assegnati (Maran e Vagnoni, 2013, p. 47-49)

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche devono redigere

il Piano della Performance e la Relazione della Performance (art.10 del d.lgs. n.150/2009).

Il *Piano della Performance* è un documento programmatico triennale, adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, che definisce le risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori

(<https://performance.gov.it/performance/piani-performance>).

La *Relazione della Performance* è un documento, adottato entro il 30 giugno di ogni anno, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti

(<https://performance.gov.it/performance/relazioni-performance>).

Ogni amministrazione deve dotarsi di un Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della performance (art.14 del d.lgs. n.150/2009) che ha il compito di:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione;
- validare la Relazione della Performance;

- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione e dell'utilizzo dei premi;
- proporre, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi.

#### **1.4. IL RUOLO DEI MANAGER E DEL CONTROLLER NELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO DI GESTIONE**

Nella gestione delle Aziende Sanitarie un ruolo preminente è ricoperto dalla Direzione Generale, ovvero dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Il Direttore Generale ha la responsabilità della gestione complessiva dell'azienda, nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda e verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa.

La riforma del 1992 ha introdotto il ruolo manageriale del Direttore Generale: quest'ultimo deve essere infatti dotato di esperienza manageriale comprovata da precedenti esperienze lavorative e deve dimostrare, entro i primi diciotto mesi dall'inizio dell'incarico, di fungere da guida per orientare il comportamento dei membri dell'organizzazione (Maran e Vagnoni, 2013, p. 68-70).

I Direttori di Dipartimento e di Distretto, che costituiscono il middle management, ricoprono un ruolo chiave nella gestione delle Aziende Sanitarie in quanto hanno un ampio grado di responsabilità sulle strutture complesse a cui sono preposti.

Il Direttore di Dipartimento ha responsabilità sia in ambito clinico-organizzativo che di tipo gestionale<sup>7</sup> e partecipa alla programmazione aziendale, negoziando il piano annuale delle attività e delle risorse con la direzione generale.

I Direttori di Distretto, invece, devono gestire le risorse assegnate al distretto in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Costituiscono l'interfaccia con il bacino territoriale di riferimento e le istituzioni che vi operano. I soggetti che vincolano maggiormente il distretto nell'attuazione della strategia a livello territoriale sono la regione<sup>8</sup> e gli enti locali, come evidenziato dall'analisi di Maran e Vagnoni (2013, p. 81). Tale analisi mostra anche l'utilità del budget, per i Direttori di Dipartimento, per l'allineamento rispetto agli obiettivi strategici dell'azienda e per valutare ex post il grado di raggiungimento dei risultati<sup>9</sup>. Il coinvolgimento dei

---

<sup>7</sup> Si fa riferimento alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti (Maran e Vagnoni 2013, p. 75)

<sup>8</sup> La Regione definisce il Piano sanitario regionale e detta le Linee guida per l'azienda, che vincolano quest'ultima nella sua azione.

<sup>9</sup> Analisi condotta con riferimento alle sole Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna, attraverso la somministrazione di due diversi questionari: uno rivolto alle Direzioni Generali



Direttori di Distretto nel processo di budget risulta superiore rispetto a quello dei Direttori di Dipartimento: ciò trova spiegazione nell'ampio coinvolgimento dei Direttori di Distretto nei diversi strumenti di programmazione territoriale.

Quindi la partecipazione del middle level management alla pianificazione strategica e all'intero processo di Controllo di gestione risulta diversificata.

L'articolazione del SSN poggia fortemente la propria gestione sui professionisti del sistema, i quali determinano il livello di qualità ed efficienza delle prestazioni e delle micro-organizzazioni: risulta fondamentale la figura del medico-manager. Le criticità di questo ruolo riguardano soprattutto il conflitto tra i valori professionali dei medici e le esigenze di efficienza, controllo dei costi, razionale allocazione delle risorse (Maran e Vagnoni, 2013, p. 83-84).

Il medico manager si trova così a dover mettere da parte il professionista medico per poter adempiere alle responsabilità manageriali assegnategli.

Il Controller (o responsabile del Controllo di Gestione) è colui che si occupa di fornire il necessario supporto informativo per la programmazione dell'attività aziendale, della sua interpretazione e valutazione, sia a favore della direzione aziendale che dei professionisti medici con responsabilità manageriali.

---

(Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario) e l'altro rivolto ai Direttori di Dipartimento e di Distretto.

Il Controller ha quindi il compito di mediare fra la sfera amministrativa e quella medico-sanitaria. Le quattro funzioni manageriali in capo al Controller sono (Maran e Vagnoni, 2013, p. 95):

- supportare la definizione e negoziazione degli obiettivi e pianificarne il raggiungimento;
- organizzare e coordinare;
- motivare e comunicare;
- valutare.

È altresì responsabile di tutte quelle attività specifiche che permettono di mantenere costante il monitoraggio della performance fornendo sia alla direzione aziendale che ai professionisti medici con responsabilità manageriali tutti gli elementi necessari per prendere decisioni su eventuali azioni correttive.

Tuttavia, il ruolo del Controller nelle Aziende Sanitarie è esposto a diverse criticità, in primis il possibile contrasto tra obiettivi di efficienza ed efficacia e obiettivi sanitari (Maran e Vagnoni, 2013). I medici con responsabilità manageriali infatti hanno una bassa sensibilità all'economicità di gestione e alle tematiche manageriali. Inoltre, gli output, intesi come le prestazioni di assistenza sanitaria e gli outcome, intesi come l'effetto delle prestazioni sulla salute del paziente, sono difficilmente valutabili in termini quali-quantitativi, soprattutto nel breve periodo. Nella tabella 1.4.1 vengono illustrati i principali punti di diversità tra cultura professionale e manageriale.

Nell'analisi di Maran e Vagnoni emerge che in prevalenza l'U.O. di Controllo di Gestione è configurata in staff alla Direzione Generale, indicandone il ruolo fondamentale di supporto alle decisioni del vertice strategico dell'azienda. Il posizionamento in staff alla Direzione Sanitaria è residuale ed è stato individuato in prevalenza per gli IRCCS, considerando il Controllo di Gestione come funzionale o di supporto al nucleo operativo (Maran e Vagnoni, 2013, p. 98-100).

**Figura 1.4.1.** –*Principali punti di diversità tra cultura professionale e manageriale*

<b>Professionista Sanitario</b>	<b>Controller</b>
Orientamento all'azione	Orientamento alla programmazione
Interazione One-to-One	Interazione di gruppo
Personalità reattiva	Personalità proattiva
Orientamento al risultato immediato	Orientamento al risultato programmato
Decisionista	Delegatario
Alto valore attribuito all'autonomia	Alto valore attribuito alla collaborazione
Orientamento al paziente	Orientamento all'organizzazione
Identificazione nella professione	Identificazione nell'azienda
Personalità indipendente	Personalità partecipativa

**Fonte** –Maran L. e Vagnoni E., 2013, p. 104.

## **2. IL CASO I.N.R.C.A.**

### **2.1. IDENTITÀ DELL'ISTITUTO**

L'Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per gli Anziani (INRCA) è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) con DM del 12.6.1968 e, periodicamente, vengono effettuate Site Visit per il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto.

Gli IRCCS sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari; il Ministero vigila su di essi per garantire che la ricerca da questi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato <sup>10</sup>.

La sede legale dell'Istituto è ad Ancona mentre l'attività clinico assistenziale e di ricerca viene svolta nei Presidi marchigiani di Ancona, Osimo, Fermo e Appignano/Treia, nei presidi lombardi di Casatenovo e Merate e nel presidio calabrese di Cosenza. Inoltre, vi è un Polo Scientifico e Tecnologico principalmente dedicato all'attività di ricerca con sede ad Ancona. Viene svolta attività di assistenza residenziale nella struttura Residenza Dorica e di assistenza diurna a favore di pazienti Alzheimer presso un Centro Diurno sito in Ancona.

---

<sup>10</sup>

([https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_2\\_4\\_2.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&abel=uffCentrali&id=18](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&abel=uffCentrali&id=18))

La mission dell'INRCA è di essere leader nell'assistenza agli anziani, fragili e non, con un approccio olistico ai problemi di salute, e nella ricerca biologica, domotica e molecolare in campo geriatrico e gerontologico. L'organizzazione è orientata alle persone e alla qualità.

Il processo evolutivo e di miglioramento avviato dall'IRCCS-INRCA nel corso degli ultimi anni ha portato all'implementazione di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) con l'obiettivo di mantenere e raggiungere un livello qualitativo dell'Istituto in grado di soddisfare le esigenze di tutti i portatori di interesse.

Tale modello adottato, basato su un approccio per processi e sul metodo del *plan-do-check-act* (pianificare-eseguire-verificare- agire), è stato certificato conforme alla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008 per le attività di progettazione ed erogazione di attività di ricerca sull'invecchiamento e servizi di assistenza nell'ambito della programmazione della normativa sanitaria e delle prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery, Punto di Primo Intervento, Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

## **2.2. PROCESSO DI BUDGETING**

A supporto del sistema budgetario è stato individuato il Comitato Budget, organo che svolge la funzione di impostare e supervisionare lo svolgimento del ciclo di budgeting ed è costituito da professionalità che partecipano attivamente, ciascuno per il proprio ruolo, al processo di budgeting.

Il Comitato Budget è composto da: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Scientifico e Dirigente Responsabile U.O. Controllo di Gestione.

La scheda di budget è una scheda riassuntiva degli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità con la pesatura di ciascun obiettivo (si veda figura 2.2.1.), sottoscritta dal Direttore del Dipartimento, dal Responsabile del CdR e dal Direttore Generale. Sintetizza gli obiettivi assegnati dalla Direzione al CdR, tradotti in termini di azioni ed indicatori. Viene poi attribuito il peso del comparto o della dirigenza nel raggiungimento dell'obiettivo.

Il collegamento tra il processo di pianificazione e quello di budgeting rappresenta un elemento fondamentale per il successo dell'azione di governo ai diversi livelli aziendali. Gli obiettivi strategici scaturiscono dal Piano Strategico Aziendale e dal Piano delle Performance, aggiornato annualmente in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente. Ai fini del processo di budgeting, vengono estrapolati gli obiettivi strategici e definiti, per ciascuno di essi, gli indicatori.

La scheda di budget è articolata in tre aree/prospettive: economico-finanziario, processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) e prospettiva dell'utenza e stakeholder.

La Direzione Generale elabora linee guida per la predisposizione delle proposte di budget con la definizione delle priorità, dei valori degli obiettivi ed indicatori, delle fasi, dei tempi e dei livelli di negoziazione.

I Responsabili dei CdR elaborano una proposta di Budget e il Comitato ne valuta la congruenza con gli obiettivi aziendali. Se la congruenza è valutata negativamente occorre riformulare la proposta di budget; se invece è valutata positivamente allora si passerà alla fase di negoziazione tra il Direttore Generale e i Responsabili dei CdR per poi passare all'approvazione. Se la proposta non viene approvata, i Responsabili dei CdR devono formulare una nuova proposta; se viene approvata, il budget per CdR viene formalizzato e si avvia la negoziazione interna. Infine, viene definita e adottata la determina del Bilancio di Previsione Aziendale in base al Budget Generale d'Istituto.

**Figura 2.2.1.** – Rappresentazione della Scheda di Budget

XXXXXXX - SOC XXXXXXXXXXXXXX		Responsabile : XXXXXXX Direttore Dipartimento: XXXXX		BUDGET ANNO XXXX					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE
Economico-finanziario									
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>									
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>									

**Fonte** – Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, [www.inrca.it](http://www.inrca.it)

La rilevazione dei risultati avviene in maniera sistematica mediante la tenuta del sistema di contabilità analitica e trimestralmente attraverso la rilevazione degli indicatori di attività e di risultato. L'attività di Reporting e Analisi degli Scostamenti ha cadenza trimestrale e si articola come raffigurato nella figura 2.2.2.

**Figura 2.2.2.** – Rappresentazione del Processo di Reporting e Analisi degli Scostamenti

	Attività di Reporting	Direzione Generale	Responsabile di CdR	Controllo di Gestione	Tempo
Start	Chiusura del trimestre				$T_0$
Fase 1	Predisposizione Report di CdR				$T_0 + 30gg$
Fase 3	Analisi degli scostamenti e individuazione azioni correttive				$T_0 + 8gg$
Fase 4	Azioni di rientro (eventuali)				$T_0 + 3gg$
Fase 5	Proposta di revisione del Budget aziendale				$T_0 + 1gg$

**Fonte** – Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, [www.inrca.it](http://www.inrca.it)

La quota di risorse dei fondi è destinata agli obiettivi di budget e ai Progetti Direzionali: progetti realizzati in orario aggiuntivo e che prevedono un compenso



orario di 25€ per il comparto e 60€ per la dirigenza. Vengono individuati dai diversi ambiti direzionali aree prioritarie di intervento all'interno delle quali poter realizzare progetti direzionali, i quali comportano un forte valore aggiunto e/o lavoro aggiuntivo.

### **2.3. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance INRCA si ispira ai principi di: imparzialità, puntualità, trasparenza dei criteri e dei risultati, diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto preponente (valutatore di I istanza), verifica e valutazione da parte dell'organo competente (valutatore di II istanza), diversità fra i soggetti che effettuano la I e la II istanza, adeguata informazione e partecipazione del valutato.

La Valutazione delle Prestazioni costituisce un'attività fondamentale della moderna gestione delle risorse umane e si caratterizza sempre più come uno strumento di valorizzazione delle persone appartenenti all'Istituto, oltre che di analisi e verifica delle performance. In presenza di scenari legati non solo ai livelli di produttività, ma anche alla qualità dell'attività, diviene determinante la capacità di stimolare lo specifico apporto del singolo. Da ciò nasce l'esigenza di valutare, incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali, intesi come fattori qualificanti la prestazione.

Il Sistema di Valutazione nella sua interezza (performance individuale ed organizzativa) è connesso con lo sviluppo delle potenzialità professionali, con il sistema di formazione e con il sistema incentivante per il riconoscimento dell'attività svolta in termini economici e di valorizzazione. Oggetto del percorso di valutazione è il raggiungimento dei risultati e degli obiettivi assegnati e negoziati con la scheda di budget e/o progetti direzionali. L'INRCA valuta annualmente la performance organizzativa ed individuale di tutti i dipendenti.

La *performance organizzativa* attiene all'Azienda nel suo complesso, alle unità organizzative in cui la stessa si articola (Scheda di Budget per UO), ai processi e ai progetti trasversali (Progetti Direzionali), con riferimento alle attività programmate, ai relativi indicatori e target di misurazione, ai risultati attesi e raggiunti.

Oggetto della valutazione della performance organizzativa è quindi la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Azienda nel suo complesso.

I range per stabilire il raggiungimento o meno degli obiettivi quantitativi delle prime tre aree/ prospettive sono i seguenti:

- Risultato < 60%: obiettivo non raggiunto;
- $60\% \leq \text{Risultato} < 95\%$ : obiettivi raggiunti da compensare economicamente in proporzione alla percentuale di raggiungimento degli stessi;
- Risultato  $\geq 95\%$ : obiettivi raggiunti da compensare economicamente al 100%.

La valutazione è effettuata su tre livelli: Responsabile del CdR, Valutatore di I istanza (Direttore di Dipartimento) e Valutatore di II istanza (Organismo Indipendente di Valutazione, OIV).

Il Responsabile del CdR deve, entro i termini prestabiliti, acquisire i dati necessari all'elaborazione della valutazione finale ed elaborare una relazione sintetica sul raggiungimento degli obiettivi da inviare al Direttore di Dipartimento (in mancanza del quale il valutatore di prima istanza è individuato nel Direttore Generale o suo delegato).

Il Valutatore di I istanza dovrà quindi valutare, controfirmare e, dopo il confronto con il Comitato di Budget, trasmettere le schede (e tutta la documentazione pervenuta che attesti l'espletamento degli obiettivi) al Valutatore II istanza, il quale a sua volta esprime la sua valutazione in base alla documentazione ricevuta.

Per tale attività si potrà avvalere del supporto e della collaborazione dell'U.O. Controllo di Gestione.

La *performance individuale* riguarda, invece, i singoli dipendenti dell'Istituto sia dell'area comparto che dell'area dirigenza. La valutazione è un processo ciclico e continuo: si svolge nell'arco di un anno ed è caratterizzato dalla costante interazione tra valutatore e valutato. È obbligatorio un colloquio iniziale tra i due soggetti durante il quale il valutatore comunicherà i criteri e gli indicatori relativi alla valutazione. A seguito del colloquio, il valutatore redigerà la scheda individuale che dovrà essere sottoscritta da entrambi.

Il Dirigente titolare dovrà poi procedere alla valutazione finale, tramite colloquio, e trasmettere la 'scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi' (una volta firmata dal valutato) all'U.O. Amministrazione Risorse Umane. Se il valutato non è d'accordo con la valutazione, egli potrà firmare per presa visione e indicare le proprie osservazioni nel riquadro apposito nella scheda, entro sette giorni dallo svolgimento del colloquio.

Il responsabile della valutazione individuale è chi ha in carico il personale per la parte prevalente dell'anno solare e, preferibilmente, corrisponde alla figura gerarchica di riferimento. I soggetti coinvolti nella valutazione e i relativi valutatori sono rappresentati nella figura 2.3.1.

Le percentuali di raggiungimento degli obiettivi della scheda di valutazione individuale sono i seguenti:

- Risultato < 60%: obiettivo non raggiunto;
- $60\% \leq \text{Risultato} < 90\%$ : obiettivi raggiunti da compensare economicamente in misura percentuale al loro raggiungimento;
- Risultato  $\geq 90\%$ : obiettivi raggiunti da compensare economicamente al 100%.

**Figura 2.3.1.** – *Struttura dei soggetti coinvolti per la scheda individuale dei processi produttivi, relazionali e organizzativi*

<b>VALUTATI</b>	<b>VALUTATORI</b>
Direzione Medica di Presidio	Direzione Sanitaria
Direzione Amministrativa di Presidio	Direzione Amministrativa
Direttori di Dipartimento	Direzione Sanitaria e/o Amministrativa
Dirigenti di Struttura Complessa e di struttura semplice a valenza dip.le	Direttore di Dip.to o in mancanza
Dirigenti di Struttura Semplice	Direzione Medica di Presidio
Responsabili Staff	Direttore di Strutt. Compl.
Dirigenti Professional	Coordinatore Centro Servizi Direzionali
Coordinatori ruolo sanitario	Dirigente di Struttura complessa
	Dirigenti delle Professioni Sanitarie di area o in mancanza
	Responsabile U.O. o Servizio
Operatori del Comparto	Titolare funzioni di Coordinamento o in mancanza
	Responsabile U.O. o Servizio

**Fonte** – Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, [www.inrca.it](http://www.inrca.it)

L'INRCA, per rafforzare tale sistema, dedica annualmente un incontro del Collegio di Direzione aziendale all'analisi dei risultati della valutazione individuale dell'anno precedente. Promuove, inoltre, due momenti annuali di formazione per i nuovi assunti, al fine di realizzare la condivisione e comprensione del modello di valutazione.

L'Istituto ha formulato delle nuove schede di valutazione dei processi produttivi, relazionali e organizzative, suddivise per aree contrattuali e/o incarichi organizzativi: vi sono tre schede per il comparto (comparto appartenente alle categorie A, B, BS e C, comparto cat. D e comparto con Posizioni Organizzative e Coordinatori) e due per la dirigenza (Dirigenti Responsabili unità operativa complessa/unità operativa semplice di dipartimento e tutti gli altri Dirigenti).

Per tutte le schede, ad eccezione di quelle riguardanti il Responsabile di U.O., è stato introdotto un item specifico di partecipazione agli obiettivi aziendali, ovvero

si attribuisce una percentuale al singolo operatore con riferimento agli obiettivi assegnati all' U.O. con la scheda di budget.

L'OIV ha un ruolo di supervisione anche nel processo valutativo della performance individuale e la sua valutazione viene comunicata sia al valutato che all'U.O. Amministrazione Risorse Umane.

La retribuzione di risultato/produttività collettiva è corrisposta a consuntivo in base al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e aziendali.

Il D.lgs. n.150/2009 ha inoltre introdotto la logica della rilevazione della soddisfazione dei cittadini/utenti ai fini del miglioramento delle performance.

Nelle aziende sanitarie ciò risulta molto utile in quanto permette di avere informazioni in merito alle prestazioni/servizi erogati ed eventualmente di porre in atto azioni migliorative. Per tale ragione sono stati assegnati ad alcune UU.OO. specifici obiettivi di budget.

Altro tema fondamentale, introdotto dalla normativa nelle pubbliche amministrazioni, è quello delle pari opportunità. Quest'ultimo si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione dell'Istituto e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo. L'INRCA ha pertanto istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

## CONCLUSIONI

Il settore sanitario, nel corso degli anni, è stato oggetto di molteplici riforme volte ad introdurre una cultura di tipo manageriale all'interno dello stesso.

Tale cambiamento è stato possibile grazie al processo di aziendalizzazione della sanità italiana che ha portato alla diffusione di strumenti privatistici nella gestione, come la contabilità economica, e ad una maggiore autonomia delle organizzazioni.

La conseguente introduzione del Budget ha permesso di responsabilizzare i dirigenti e gli operatori coinvolti nella gestione sull'allocazione delle risorse, contribuendo alla riduzione dei costi e apportando maggiore efficacia ed efficienza nella gestione economica delle aziende sanitarie.

Per completare tale processo sono stati introdotti anche strumenti per la Misurazione e Valutazione della performance in modo da verificare il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di scostamenti, intervenire per correggerli.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance è diventato uno strumento fondamentale per le aziende sanitarie in quanto permette di controllare, valutare, incoraggiare e valorizzare le prestazioni sia a livello individuale che organizzativo.

Con il tempo quindi l'attenzione si è spostata dalla gestione dei costi al governo clinico, ponendo al centro della programmazione e gestione dei servizi i bisogni dei cittadini e valorizzando il ruolo e le responsabilità degli operatori sanitari.

Nonostante i progressi, sono ancora molte le criticità presenti nella gestione delle Aziende Sanitarie come:

- il sistema informativo non è in grado di informare tempestivamente i professionisti sui vincoli e opportunità che la regione o i livelli amministrativi sovraordinati presentano e ha difficoltà ad individuare quei processi e servizi in cui l'azienda presenta risultati migliori dal punto di vista rapporto costo-qualità;
- la scheda di Budget presenta problematicità nel monitorare i margini e le risorse consumate (i costi) dalle varie strutture;
- il Controller deve spesso confrontarsi con la resistenza dei professionisti sanitari, i quali sono meno sensibili alle tematiche manageriali e deve attenuare il contrasto tra gli obiettivi di efficacia ed efficienza e obiettivi sanitari.

Le singole aziende sanitarie hanno dovuto adattarsi ai vari cambiamenti e, nel farlo, hanno attuato proprie strategie.

L'INRCA ha istituito un apposito Comitato di Budget, a supporto del sistema budgetario, che svolge la funzione di impostare e supervisionare lo svolgimento del ciclo di budgeting. Gli obiettivi strategici sono individuati nel Piano Strategico Aziendale e, successivamente, vengono tradotti in linee guida per la formulazione delle proposte di budget. Gli obiettivi assegnati ai CdR sono poi riassunti nella scheda di budget.

L'INRCA valuta annualmente la performance organizzativa ed individuale di tutti i dipendenti al fine di analizzare e verificare le performance e valorizzare le persone



appartenenti all'Istituto. La valutazione è effettuata in primo luogo dal responsabile del CDR, poi dal Direttore di Dipartimento (Valutatore di I istanza) e, infine, dall'Organismo Indipendente di Valutazione (Valutatore di II istanza).

Per rafforzare il sistema di valutazione, L'INRCA effettua annualmente un incontro del Collegio di Direzione aziendale al fine di analizzare i risultati ottenuti dalla valutazione individuale dell'anno precedente ed ha predisposto nuove schede di valutazione dei processi produttivi, relazionali e organizzative.

La retribuzione di risultato è corrisposta a consuntivo in base al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e aziendali.

Il caso dell'IRCCS INRCA ci permette quindi di avere un'idea più chiara sull'articolazione del processo di Budgeting e sulla Misurazione e Valutazione della Performance e di quanto il Controllo di Gestione sia fondamentale nel governare un'Azienda Sanitaria.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2019), Innovare nei metodi di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche: quali variabili di successo?, in "Azienda Pubblica" Vol.32, No.3, 2019.
- AA.VV. (2020), Le prestazioni assistenziali del SSN nell'era post-Covid-19: analisi di impatto sul budget del Servizio Sanitario Nazionale nel 2020, in "Sanità pubblica e privata", No.3,2020.
- AURELI S. e TRAVAGLINI C. (2017), Controllo della performance nelle aziende dei servizi: contributi e tendenze, in 'Management Control', No.2, 2017.
- BARALDI S. (2020), Il ruolo del controller nelle aziende sanitarie, Evoluzione e tendenze, Mc Graw Hill, Milano.
- BASSANI G., CATTANEO C. (2017a), Rilevazione del gap tra DRG price e internal cost: implicazioni di case-mix accounting, in 'Management Control', No.2, 2017.
- BASSANI G., CATTANEO C. (2017b), Pratiche di controllo di gestione nel contesto sanitario italiano: i cambiamenti in atto nel Sistema sociosanitario lombardo, in 'Management Control', No.3, 2017.
- BONOMI SAVIGNON A., COSTUMATO L. e SCALABRINI F. (2021), Ideal-tipi di performance management nella pianificazione delle Aziende Sanitarie. Una prima rilevazione empirica a livello nazionale, in 'Mecosan', No.117, 2021.
- CEPIKU D., ISETT K. e MACINATI S. M. (2021), Special issue, Verso la performance governance in sanità: modelli teorici e casi studio, in 'Mecosan', No.117, 2021.
- CHIUCCHI M.S., IACOVIELLO G. e PAOLINI A. (2021), Controllo di gestione, Strutture, processi, misurazioni, G. Giappichelli editore, Torino.
- CHIUCCHI M.S., GATTI M. e MONTEMARI M. (2018), Management Control Systems and Integrated Reporting: Which Relationships? The Case of the Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, in "International Journal of Business and Management", Vol. 13, No. 9, 2018.
- DE SANTIS F. e MARCHI L. (2021), Il processo e la struttura tecnico-informativa del controllo, in CHIUCCHI M.S., IACOVIELLO G. e PAOLINI A. (2021), Controllo di gestione, Strutture, processi, misurazioni, G. Giappichelli editore, Torino.
- DEL BENE L. e GATTI M. (2021), Il sistema di budgeting: finalità, logiche e implicazioni organizzative, in CHIUCCHI M.S., IACOVIELLO G. e PAOLINI A. (2021), Controllo di gestione, Strutture, processi, misurazioni, G. Giappichelli editore, Torino.

- DEL BENE L. e SANNA G.A. (2020), Metodologia e Criticità della Co.An. nelle Aziende Sanitarie, in 'Management Control', No.2, 2020.
- MARAN L. e VAGNONI E. (2013), Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).
- MARCHI L. (2021), I contenuti del reporting, in CHIUCCHI M.S., IACOVIELLO G. e PAOLINI A. (2021), Controllo di gestione, Strutture, processi, misurazioni, G. Giappichelli editore, Torino.
- NUTI S. (2010), Misurazione e valutazione della performance: principi, struttura e metodi, in 'Piano industriale della pubblica amministrazione. Il nuovo testo unico sul pubblico impiego' (Il Sole 24 Ore).

## SITOGRAFIA

[www.inrca.it](http://www.inrca.it)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[www.performance.gov.it](http://www.performance.gov.it)

