



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
in Amministrazione, Finanza e Controllo  
Dipartimento di Management

Tesi di Laurea  
**Il sistema di gestione nel settore  
sanitario**  
**Italia e Regno Unito a confronto**

**Relatore**

Ch. Prof. Marco Vedovato

**Correlatore**

Ch. Prof. Maurizio Massaro

**Laureanda**

Alessia Da Lozzo  
Matricola 849028

**Anno Accademico**

2018 / 2019

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Capitolo 1. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano</b>	<b>pag. 6</b>
1.1 Breve excursus storico del Servizio Sanitario Nazionale	pag. 6
1.1.1 Prima del SSN: il sistema mutualistico	pag. 6
1.1.2 Legge n. 833 del 1978	pag. 8
1.1.3 Il riordino del SSN	pag. 11
1.1.4 I DRG	pag. 19
1.2 Il controllo di gestione nel SSN	pag. 21
1.2.1 Introduzione al sistema di controllo italiano	pag. 21
1.2.2 La gestione degli obiettivi a livello centrale	pag. 30
1.2.3 I LEA e il loro monitoraggio	pag. 34
1.3 Un esempio pratico: Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	pag. 46
<b>Capitolo 2. Il National Health Service nel Regno Unito</b>	<b>pag. 56</b>
2.1 La storia del National Health Service (NHS)	pag. 56
2.1.1 L'assistenza nel Regno Unito prima del 1948	pag. 56
2.1.2 La nascita del NHS: principi, struttura ed evoluzione	pag. 57
2.1.3 Le riforme del 1989	pag. 63
2.1.4 Verso il nuovo millennio: The "new" NHS	pag. 69
2.1.5 Research and Development (R&D)	pag. 75
2.1.6 Dal 1998 ad oggi	pag. 77
2.1.7 I 70 anni del NHS: numeri a confronto	pag. 80
2.2 Il controllo di gestione nel National Health Service UK	pag. 84
2.3 I sistemi premianti	pag. 98
2.3.1 Il Quality Premium (QP)	pag. 98
2.3.2 Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)	pag. 103

<b>Capitolo 3. Italia e Regno Unito a confronto</b>	<b>pag. 109</b>
3.1 I principali passaggi storici del SSN e del NHS	pag. 109
3.2 Il sistema di finanziamento	pag. 112
3.3 Il controllo di gestione	pag. 114
3.4 Dati a confronto	pag. 120
<b>Conclusione</b>	<b>pag. 124</b>
<b>Lista delle figure</b>	<b>pag. 126</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>pag. 128</b>
<b>Sitografia</b>	<b>pag. 130</b>

## INTRODUZIONE

Questo lavoro di tesi è volto a capire il funzionamento del sistema di gestione nel settore sanitario attraverso un confronto tra il modello italiano ed il modello inglese.

L'analisi inizia percorrendo la storia dei due sistemi sanitari: il Servizio Sanitario Nazionale italiano nasce nel 1978 mentre il National Health Service del Regno Unito arrivava addirittura quarant'anni prima.

Entrambi i servizi hanno subito molte riforme e innovazioni durante il loro percorso di vita ed entrambi sono sempre stati sotto i riflettori. La cosa importante da dire è che, nonostante le critiche, è difficile trovare sistemi sanitari con questo livello di qualità che garantiscano i propri servizi a titolo prevalentemente gratuito.

Successivamente sono stati descritti i sistemi gestionali ed i meccanismi che vengono utilizzati per effettuare il controllo di gestione, i quali si identificano nella verifica della qualità e nel monitoraggio delle prestazioni delle organizzazioni che compongono il sistema sanitario. Gli elementi più importanti che perseguono i due Paesi sono la massima efficienza e qualità, il primo è finalizzato alla sostenibilità finanziaria del modello mentre il secondo, in realtà strettamente collegato, anche alla salute e al benessere della popolazione che serve.

Un altro fattore che è stato considerato è la struttura organizzativa di tutto il sistema. A tal proposito i due servizi sono simili, entrambi infatti coprono il territorio capillarmente tramite istituzioni locali: il servizio italiano è organizzato in Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere mentre per il servizio inglese il territorio è suddiviso in Sustainability and Transformation Partnership o Integrated Care System.

Per quanto riguarda il controllo di gestione un focus particolare è stato fatto su tutto il processo di valutazione che avviene all'interno del settore sanitario sia italiano che inglese al fine di analizzare come questi sistemi, una volta fissati gli obiettivi che vogliono ottenere, verificano le performance delle proprie organizzazioni, dei Centri di Responsabilità, dei propri dirigenti e di tutto il personale impiegato ai vari livelli.

Essendo i due sistemi apparati della Pubblica Amministrazione per i quali vige quindi il principio della trasparenza, è stato possibile realizzare lo studio della suddetta valutazione attraverso i vari report elaborati e resi pubblici inerenti i controlli effettuati ed i risultati ottenuti.

Infine è stato fatto un confronto tra i due sistemi sanitari con l'intento di evidenziare eventuali differenze e similitudini in termini di efficienza e qualità, questo è stato possibile anche grazie all'ausilio di analisi e classifiche OCSE riguardanti il settore a livello globale.

## Capitolo I

# IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO

Sommario: 1.1 Breve excursus storico del Servizio Sanitario Nazionale. – 1.2 Il controllo di gestione nel SSN. – 1.3 Un esempio pratico: Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.

## 1.1 Breve excursus storico del Servizio Sanitario Nazionale

### 1.1.1 Prima del SSN: il sistema mutualistico

La tutela della salute dei cittadini in Italia, a livello centrale, inizia a svilupparsi con la Costituzione. Infatti l'articolo 32 della stessa detta:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”<sup>1</sup>

Prima dell'entrata in vigore del nostro testo costituzionale e fino al 1978 il sistema sanitario era di tipo mutualistico. Dagli anni '20 in poi cominciava infatti a svilupparsi una forma assistenziale basata su un'assicurazione privata obbligatoria secondo la quale i lavoratori potevano fare riferimento ad una cosiddetta “mutua” per i lavoratori appartenenti alla stessa categoria. Ad esempio, i dipendenti del settore privato e i componenti del proprio nucleo familiare avevano a disposizione le “casse mutue aziendali e di categoria” per i trattamenti sanitari. In caso di bisogno i cittadini che lavoravano e avevano una mutua per la loro categoria potevano recarsi dal proprio medico, mentre i più poveri potevano contattare il cosiddetto medico condotto.

In seguito, durante il periodo fascista, la Legge n° 138/1943 ha istituito l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie), il quale sostituiva le “Casse mutue

---

<sup>1</sup> Art. 32 Cost.

aziendali e di categoria". Questo istituto, come le casse mutue, trattava le questioni riguardanti le assicurazioni obbligatorie dei dipendenti del settore privato.

Tuttavia il sistema sanitario vigente non considerava un'intera classe lavorativa, rimanevano infatti esclusi i lavoratori autonomi. Solo dal 1953 iniziarono a nascere le casse mutue, dette "autogestite", per l'assistenza di artigiani, commercianti e agricoltori.

Il sistema mutualistico presentava perciò molte restrizioni, fra le quali il fatto che la copertura assistenziale era riservata solo ad alcune categorie di cittadini, come i dipendenti statali e degli enti locali, i lavoratori del credito e delle assicurazioni, i dipendenti privati e, solo da una certa data, i lavoratori autonomi. Inoltre i vari enti assistenziali avevano il potere di gestire in maniera autonoma e diversa tra loro le terapie, di conseguenza l'appartenenza ad una classe lavoratrice piuttosto che ad un'altra determinava la possibilità di una forma assistenziale differente. In aggiunta erano completamente assenti forme preventive o riabilitative, ed un eventuale intervento veniva preso in considerazione solo qualora ci fosse già in essere una situazione patologicamente rilevante.

Un passo molto importante per arrivare al sistema sanitario nazionale come lo conosciamo oggi è stata l'istituzione del Ministero della Sanità con la Legge n° 296 del 1958. Il Ministero della Sanità è stato introdotto con l'intenzione di dare attuazione al sopracitato art. 32 Cost., inizia così la trasformazione da un sistema sanitario privato ad un sistema pubblico. L'organizzazione sanitaria si troverà ad avere al vertice, appunto, il Ministero della Sanità insieme al Consiglio Superiore della Sanità e all'Istituto Superiore della Sanità avrà poi delle ramificazioni come l'Ufficio del medico provinciale, l'Ufficio del veterinario provinciale, gli uffici sanitari dei comuni e dei consorzi comunali e gli uffici sanitari speciali (sanità marittima, sanità aerea, etc...).

Nel 1970 con l'introduzione delle regioni, lo Stato ha iniziato trasferire a loro alcune funzioni, infatti il DPR n° 4/1972 individua le regioni stesse come gli enti che hanno il compito di seguire la prevenzione, la cura e la riabilitazione della persona.

Questo tipo di sanità era però molto poco chiara nei confronti di enti con competenze diverse, o specifiche, per singole malattie. Inoltre le "mutue" avevano accumulato una quantità davvero consistente di debito generando una crisi finanziaria. Perciò per

superare questo ostacolo all'assistenza nel 1974 lo Stato, attraverso un decreto legge, decise di accollarsi tutti questi debiti.

### **1.1.2 Legge n. 833 del 1978**

La crisi finanziaria creatasi con il sistema mutualistico è il motivo per il quale è risultata necessaria una completa riorganizzazione, oltre che per portare il sistema ad una forma più efficace ed efficiente. La vera riforma avviene nel 1978, quando viene istituito con la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, che permette di abbandonare il previgente sistema assistenziale mutualistico.

Il SSN è un insieme di strutture e servizi destinati ad offrire un accesso equo a tutti i cittadini e a perseguire il principio di uguaglianza delle prestazioni sanitarie. Gli obiettivi di questa ristrutturazione del sistema sanitario sono stati molteplici:

- > Formare i cittadini e le comunità ad una “moderna coscienza sanitaria”<sup>2</sup>
- > Prevenire malattie e infortuni
- > Effettuare diagnosi e cure delle patologie
- > Fare riabilitazione ad invalidi e inabili
- > Promuovere l'igiene degli ambienti di vita e lavoro
- > Igiene e controllo di alimenti e bevande, soprattutto per alimenti di origine animali, controllando anche gli allevamenti e la loro alimentazione
- > “Una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto”
- > Formare il personale del SSN in maniera adeguata

Riguardo quest'ultimo punto si è cercato infatti di ripensare il sistema sanitario come una struttura manageriale, sia attraverso la formazione e la responsabilizzazione del personale sanitario sia incrementando il fattore di competitività negli istituti erogatori dei vari servizi sanitari.

In sintesi, i principi che hanno ispirato questa riforma sono stati l'universalità di accesso ai trattamenti, l'uguaglianza e l'equità.

---

<sup>2</sup> L. n° 833/1978

Il concetto di universalità sottintende una diversa concezione della salute del cittadino: da bene individuale a bene collettivo. L'obiettivo è quello di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (detti LEA), ovvero le prestazioni e dei servizi sanitari che il SSN fornisce ai cittadini gratuitamente o a fronte del pagamento di una quota detta ticket. Il secondo principio riflette la non discriminazione sociale o economica nei confronti dei cittadini per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari. Il concetto di equità invece si riferisce alla condizione per la quale i cittadini che presentano la stessa situazione di salute devono avere la possibilità di accedere alla stessa qualità dei trattamenti necessari. Questo principio si persegue attraverso elementi quali la precisione e l'attenzione del servizio offerto, l'efficienza, l'equità, garantita anche attraverso la predisposizione dei LEA, la competitività degli offerenti grazie anche all'accreditamento (ad esempio degli istituti privati) e fornendo al paziente informazioni riguardanti la prestazione che siano corrette e adeguate. L'importante però è che questi elementi non si sovrappongano tra di loro altrimenti il sistema non funzionerebbe nel modo corretto.

Con la riforma sanitaria le prestazioni non sono più erogate in base ai contributi versati dal cittadino bensì in relazione ai bisogni del malato. Inoltre con la nuova riforma non c'è più un limite alle cure per le malattie di tipo cronico e queste sono fruibili da tutti e non solo da chi può sostenerle finanziariamente.

Accanto ai principi fondamentali che la riforma del '78 ha introdotto per la gestione della salute dei cittadini, ci sono anche dei principi di tipo organizzativo. Questi principi si riferiscono ad una serie di diritti per il cittadino, e di conseguenza doveri per il personale medico e operatori sanitari, come il diritto all'informazione sulla malattia e terapia con il diritto di accettare o rifiutare quest'ultima, il diritto alla riservatezza, ecc.

Inoltre si riferiscono alle responsabilità dello Stato e delle Regioni per la garanzia della salute attraverso una collaborazione adeguata, definendo i livelli essenziali di assistenza a livello nazionale e programmando i servizi a livello più capillare.

Infine si intende raggiungere gli obiettivi di questa riforma anche attraverso lo sviluppo e perfezionamento della professionalità di medici e infermieri.

Dal punto di vista organizzativo, si è delineato l'organigramma del sistema sanitario separando le competenze dello Stato, delle Regioni e dei Comuni. Al primo spettavano le

funzioni di indirizzo delle regioni e l'individuazione dei LEA tramite il Ministero della Sanità oltre alla definizione dei profili lavorativi per gli addetti a lavorare all'interno della sanità. Le Regioni si occupavano di mettere in atto le deliberazioni dello Stato mentre ai Comuni e alle USL spettavano le funzioni amministrative non destinate in via esclusiva a Stato e Regioni. Le USL sono le Unità Sanitarie Locali e sono organizzate in Distretti Sanitari, sotto la gestione dei Comuni e amministrati dai Comitati di Gestione, sono inoltre quelle strutture che si occupano concretamente della tutela, prevenzione e riabilitazione della salute dei cittadini attraverso l'assistenza ambulatoriale e ospedaliera.

La riforma del Sistema Sanitario Nazionale non aveva però risolto nel modo migliore i problemi della sanità. Questo principalmente dal punto di vista finanziario. Infatti non vigeva un collegamento tra la responsabilità della spesa da parte delle USL e il finanziamento erogato a livello centrale, quindi gli enti territoriali non si preoccupavano di rispettare il budget a disposizione ma spendevano molto di più e lo Stato procedeva regolarmente a ripianare i disavanzi venutasi a creare portando ad un dissanguamento delle finanze dello Stato.

Altri problemi emersi nell'implementazione di questa riforma fanno riferimento all'assetto organizzativo e alle difficoltà di gestione da parte delle istituzioni. Innanzitutto c'è stato un problema di accentramento dei poteri in capo al Comitato di Gestione il quale si è fatto carico di compiti per i quali non aveva le competenze tecniche necessarie. Inoltre c'è stato un malfunzionamento dell'organo direzionale che aveva la funzione di collegare il Comitato di Gestione con tutto l'apparato più operativo del sistema. Infine anche gli altri membri dell'organizzazione hanno dimostrato limiti di operatività e non erano in grado di svolgere al meglio le proprie funzioni, tra le quali anche quella di coordinamento tra le parti che compongono il sistema sanitario nazionale.

Perciò, trovandosi anche in un periodo ricco di avvenimenti destabilizzanti come ad esempio Tangentopoli, e considerando le disposizioni del Trattato di Maastricht da rispettare a causa dell'incremento del debito pubblico italiano, si rese necessario un completamento della riforma e una riorganizzazione del sistema sanitario nazionale.

Tutto ciò è stato determinato dalla mancata implementazione di strumenti di controllo di gestione, da poco senso di responsabilità da parte del personale, da scarsa qualità

delle prestazioni e da un'inadeguata governance, i cui poteri erano attribuiti in modo distinto e autonomo tra lo Stato, finanziatore, e le Regioni, coloro che utilizzano le risorse.

### **1.1.3 Il riordino del SSN**

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale ha avuto luogo con il decreto legislativo n. 502 del 1992 (detto Decreto De Lorenzo) insieme al decreto legislativo n. 517 del 1993 (detto Decreto Garavaglia) e con la riforma-ter ossia il decreto legislativo n. 229 del 1999 (detto Decreto Bindi), cercando di portare ad una riorganizzazione, responsabilizzazione, competitività e orientamento ai risultati. La normativa composta da questi decreti e le loro successive modifiche hanno definito la nuova struttura istituzionale del SSN.

Prima di questo momento ci sono stati alcuni altri passaggi normativi che hanno modificato la struttura organizzativa, infatti con la L. 4/86, rispetto alla struttura definita con la L. 833/78, viene soppressa l'Assemblea generale e viene trasmesso ai Comuni il ruolo di indirizzo politico-amministrativo; viene inoltre diminuito il numero di componenti del Comitato di gestione. In seguito con la L. 111/91 le funzioni ora delegate ai Comuni erano assegnate ad un nuovo organo chiamato Comitato dei garanti, il Comitato di Gestione viene sostituito da un Amministratore Straordinario, mentre al posto dell'Ufficio di direzione viene nominato un Coordinatore amministrativo e sanitario. Infine arriviamo alla delineaazione attuata con i D. Lgs. 502/92 e 517/93 dove le competenze inizialmente assegnate all'Assemblea Generale passano alle Regioni e alla figura dell'Amministratore straordinario si sostituisce un Direttore generale e un Direttore sanitario/amministrativo valido anche per adempiere i compiti precedentemente a carico del Coordinatore amministrativo e sanitario.

In questo momento la configurazione organizzativa è la seguente:

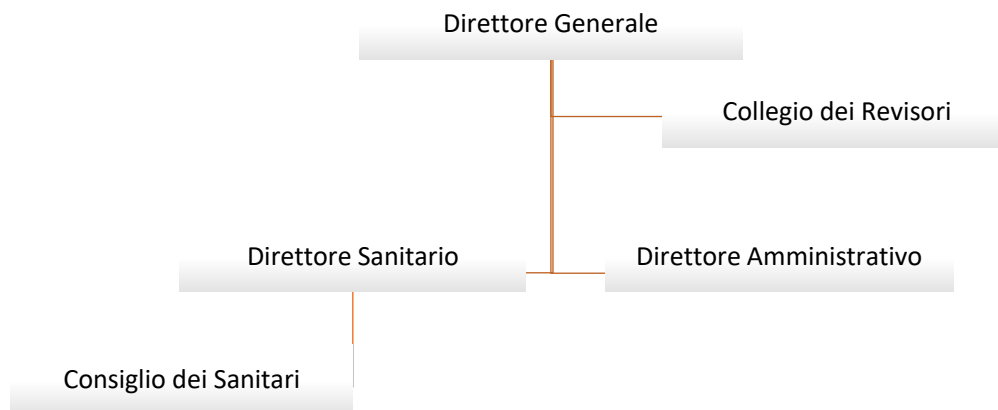


Figura 1-1: Struttura organizzativa SSN dopo il riordino

“Il direttore generale ed il Collegio dei revisori”<sup>3</sup> sono apparati delle aziende sanitarie ed il direttore generale è affiancato dai direttori amministrativo e sanitario e dal collegio dei sanitari. Il decreto in questione dispone che queste figure, designate dal direttore generale stesso, hanno l’obbligo di dare pareri. Il direttore sanitario si occupa della gestione dal punto di vista più pratico dei processi che riguardano i tratti igienico-sanitari ed è anche presidente del Consiglio dei sanitari il quale si occupa principalmente degli aspetti tecnici delle mansioni svolte per la cura dei pazienti. Il direttore amministrativo invece è adibito a sostenere il direttore generale per la parte più amministrativa fornendogli pareri inerenti. Il Collegio dei revisori invece è incaricato di effettuare controlli di tipo tecnico-contabile.

Per quanto riguarda invece la strategia nazionale, una delle disposizioni integrative della legge 833/1978 è stata la legge 595/85 che normava la programmazione sanitaria e il Piano Sanitario per il triennio dal 1986 al 1988 e, oltre a voler infatti promuovere la programmazione a livello nazionale e regionale, questa norma contiene anche le finalità dei Piani Sanitari Nazionali, il target di risultato che ci si aspetta dalle aziende sanitarie e la linea generale da seguire nella loro predisposizione.

---

<sup>3</sup> Art. 3 D. Lgs. 502/92

Con il D.Lgs. 502/92 si è passati da una politica sanitaria di “tutto a tutti”, dove l’assistenza sanitaria rispondeva esclusivamente ai bisogni dei pazienti, ad una politica assistenziale la cui spesa sia proporzionata alle entrate ricevute tramite tasse e tributi, con l’intenzione di migliorare gli indici di efficienza, economicità e qualità. Si è posta quindi una maggiore attenzione al metodo di finanziamento, realizzando un sistema computistico e informativo che utilizzi i centri di costo con relativo sistema di controllo, facendo attenzione alle risorse umane anche per quanto concerne la responsabilità, la formazione e l’aggiornamento continuo. Questo decreto definisce l’implementazione della programmazione sanitaria e introduce i livelli essenziali di assistenza. La definizione dei LEA innanzitutto fa riferimento all’assistenza sanitaria di base, dopo di che riguarda anche l’assistenza specialistica e ospedaliera.

I punti principali che caratterizzano la riforma-*bis* sono diversi. In primo luogo si parla di aziendalizzazione per la quale le Unità Sanitarie Locali acquisiscono personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. In secondo luogo viene data maggiore autonomia alle regioni in quanto le USL non fanno più capo ai Comuni ma alle Regioni stesse le quali sono responsabili del loro sostentamento economico senza potersi avvalere di aiuti extra da parte dello Stato. Infine viene introdotto il Piano Sanitario Nazionale (PSN), che ha durata triennale e viene elaborato dal Governo tenendo conto delle proposte di intervento delle Regioni, dopo però di aver delineato i livelli essenziali di assistenza.

Si tratta di una programmazione di tipo economico per l’erogazione di una quota capitaria alle Regioni. Con quota capitaria si intende una quotazione per ogni cittadino che lo stato concede alle Regioni con il fine di garantire i LEA a tutti in relazione sia alle informazioni raccolte riguardanti i bisogni dei pazienti e dei cittadini sia alle risorse recuperate tramite l’imposizione fiscale. Le Regioni possono inoltre disporre di ulteriori risorse economiche attraverso proprie imposte e tasse e attraverso il pagamento del ticket relativo alla prestazione sanitaria ricevuta dal cittadino e, a loro volta le Regioni erogano una quota alle varie ASL. Questo metodo però in alcuni casi risulta carente in quanto i cittadini, o perchè obbligati dall’assenza della prestazione di cui hanno bisogno o perchè condizionati da un fattore soggettivo, decidono di rivolgersi ad un’altra ASL, creando un disallineamento nella suddivisione della quota capitaria da distribuire.

Una volta entrato in vigore il piano nazionale, le regioni hanno l'obbligo di definire i propri piani sanitari regionali entro centocinquanta giorni. Di conseguenza lo Stato, dopo aver deciso i livelli essenziali di assistenza che devono essere forniti, concede le risorse economiche in modo che siano sufficienti per erogare questi servizi. Successivamente le Regioni possono decidere se ampliare l'offerta assistenziale e, ove i fondi ricevuti non coprano il plafond necessario, possono gestire autonomamente le entrate imponendo altri contributi ai cittadini.

Con il processo di aziendalizzazione le USL prendono il nome di Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) e alcuni tra i più importanti ospedali diventano Aziende Ospedaliere. In questo modo le aziende sanitarie assumono un modello con le caratteristiche tipiche di una gestione manageriale e acquistano autonomia sotto diversi punti di vista. Infatti oltre ad assumere la personalità giuridica, come anticipato in precedenza, diventano maggiormente autonome anche da altri lati. Dal punto di vista organizzativo diventa fondamentale la figura del direttore generale, il quale ha la facoltà di decidere quale struttura organizzativa implementare e come gestire il tutto operativamente; dal punto di vista gestionale il direttore generale può definire quelli che sono i risultati target e decidere come gestire il processo di approvvigionamento e utilizzo delle risorse effettuando anche eventuali controlli; dal lato contabile, inoltre, è richiesta la redazione di un bilancio d'esercizio il quale poi viene utilizzato in parallelo per la verifica degli obiettivi di gestione prefissati. Infine aumenta l'autonomia di tipo amministrativo e tecnico, rimuovendo le verifiche anticipate di tutti quelli che sono atti amministrativi, concedendo autorità e potere al direttore generale e lasciando spazio all'introduzione di possibili strategie nel modo di pianificare.

A completare il concetto di aziendalizzazione, c'è stato l'accreditamento di istituti privati. Questa innovazione nell'organizzazione sanitaria ha avuto lo scopo di fornire una scelta più ampia al paziente grazie anche alle maggiori strutture specializzate determinando, così, anche maggiore competitività tra le strutture. In questo modo è risultato un incremento di efficacia ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni in quanto i vari enti per attirare le persone presso loro stessi hanno dovuto puntare su una maggiore qualità dei servizi e dell'organizzazione, aiutandosi anche con la cura dell'immagine della struttura. Infatti i cittadini hanno piena e libera facoltà di scegliere il proprio medico e la possibilità di revocare il permesso di trattamento concesso in ogni

momento. Una nota di rilievo, però, la si può individuare nell'introduzione del controllo di gestione nella sanità. Già dagli anni Settanta ci furono le prime forme di pianificazione da parte di alcune regioni e successivamente, dopo l'introduzione della L. 833/78, Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna hanno predisposto dei piani triennali, di loro iniziativa.

Questa decisione ha permesso di instaurare nel personale sanitario una predisposizione al processo, infatti, di pianificazione del sistema.

Inoltre, con il decreto legislativo 502/92 viene introdotta e specificata l'assegnazione al direttore generale del compito di effettuare il controllo interno per "verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa."<sup>4</sup>

La svolta in questo ambito ha però avuto luogo con il Decreto Ministeriale del 26 luglio 1993 che ha introdotto i Diagnosis Related Groups DRG. Infatti in seguito alla riforma De Lorenzo c'è stata una graduale introduzione di elementi di controllo di gestione. Alcuni fattori in particolare hanno contribuito all'introduzione di pianificazione, management e controllo tra cui l'autonomia imprenditoriale data dal processo di aziendalizzazione in atto, l'attribuzione di responsabilità al Direttore Generale sia dal punto di vista della professione sanitaria sia dal punto di vista economico, la gestione delle risorse disponibili, la contabilità analitica, l'introduzione e potenziamento della parte informatica, il passaggio da un'erogazione della prestazione fine a se stessa ad una che punta a fornire il servizio incrementandone la qualità.

La ristrutturazione della Legge 833/1978 si conclude, infine, con il Decreto Bindi (D. Lgs. n. 229/1999), il quale amplifica i concetti di regionalizzazione e aziendalizzazione, introdotti con il precedente decreto. Infatti si comincia a parlare di autonomia imprenditoriale tale per cui le aziende sanitarie possono utilizzare strumenti tipici del settore privato per raggiungere i propri obiettivi e interessi. Inoltre, in questo senso, l'attività delle aziende deve essere diretta a mantenere principi di efficacia, efficienza e qualità pur rispettando il vincolo di bilancio.

---

<sup>4</sup> Art. 3 co. 6 D. Lgs. 502/92

Il processo di regionalizzazione si concretizza con l'accentramento dei poteri di programmazione e controllo nei comuni tramite la suddivisione delle aziende USL in base ai distretti sanitari, i cui territori di competenza sono individuati dalle regioni di riferimento. Un altro importante punto introdotto grazie a questa riforma è stato quello della formazione continua per i professionisti, che devono sostenere un aggiornamento di tipo professionale perpetuo.

Molti di questi aspetti determinano perciò quello che si può definire un passaggio da una gestione più politica del sistema sanitario ad una gestione di tipo tecnico, grazie all'introduzione di specifici processi e sistemi, anche informatici.

Infine con la riforma del titolo V della Legge Costituzionale n. 3/2001 è stata ampliata la serie di materie con potestà esclusiva e concorrente dello Stato. Infatti è di legislazione esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e di legislazione concorrente la tutela della salute. Di conseguenza le Regioni sono responsabili per la spesa e il finanziamento sia delle aziende sanitarie locali sia aziende ospedaliere, e si occupano del controllo di gestione delle ASL.

Le ASL hanno la funzione di capire quali sono i compiti necessari da svolgere nel territorio in relazione alle necessità a livello sanitario, garantendo la qualità dei servizi offerti, e salvaguardare i LEA, ossia dalla diagnosi alla riabilitazione. Inoltre le ASL, al loro interno, si suddividono in distretti sanitari, dipartimenti di prevenzione e presidi ospedalieri. I primi coprono la parte di territorio prima gestito dalle USL, è presente il direttore generale come una figura responsabile, e si occupano di prevenzione e cura di moltissime fattispecie di patologie e non. Sono prese in carico ad esempio, situazioni che riguardano donne e bambini, persone affette da dipendenze sia da droga sia da alcolici, coloro che sono affetti da AIDS o sono ammalati di tumore, oltre a coloro che hanno bisogno di assistenza come anziani e portatori di handicap. I secondi si occupano di prevenzione in termini più ampi e quindi sono volti alla riduzione dei fattori di rischio per le malattie che possono influenzare un gran numero di persone. Infine troviamo gli ospedali che sono dotati di poca autonomia e sono sotto la direzione delle ASL stesse.

Verso la fine degli anni Novanta si sono completati i processi di aziendalizzazione e di regionalizzazione, vennero quindi imposti a livello nazionale dei piani triennali di programmazione e controllo per Asl e Aziende Ospedaliere. Questo però ha portato ad

avere due diverse reazioni e due diversi risultati nel Paese, anche per il fatto che alcune regioni erano già pronte ad una situazione di questo tipo in quanto avevano già implementato un procedimento simile.

Per quanto riguarda il Ministero della Salute, in uniformità con le direttive dettate dall'UE e avvalendosi di ogni Regione con relative strutture, ha il compito di garantire quelli che sono i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, ossia qualità, equità ed efficienza e di definire possibili innovazioni al fine di cercare di migliorare sempre più il sistema. In relazione al D.P.C.M. n.59 del 11 Febbraio 2014, il Ministero è ripartito in dipartimenti e a loro volta i dipartimenti sono suddivisi in un Segretariato generale e in Direzioni generali quali:

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale della programmazione sanitaria
- Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale
- Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico
- Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità
- Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure
- Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari
- Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione
- Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica
- Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute
- Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali
- Direzione generale del personale, dell'organizzazione e del bilancio

Un altro importante apparato del Ministero della Salute è il Consiglio superiore di sanità, il quale si occupa principalmente di dare dei pareri per quanto concerne la programmazione sanitaria essendo esso un componente tecnico.

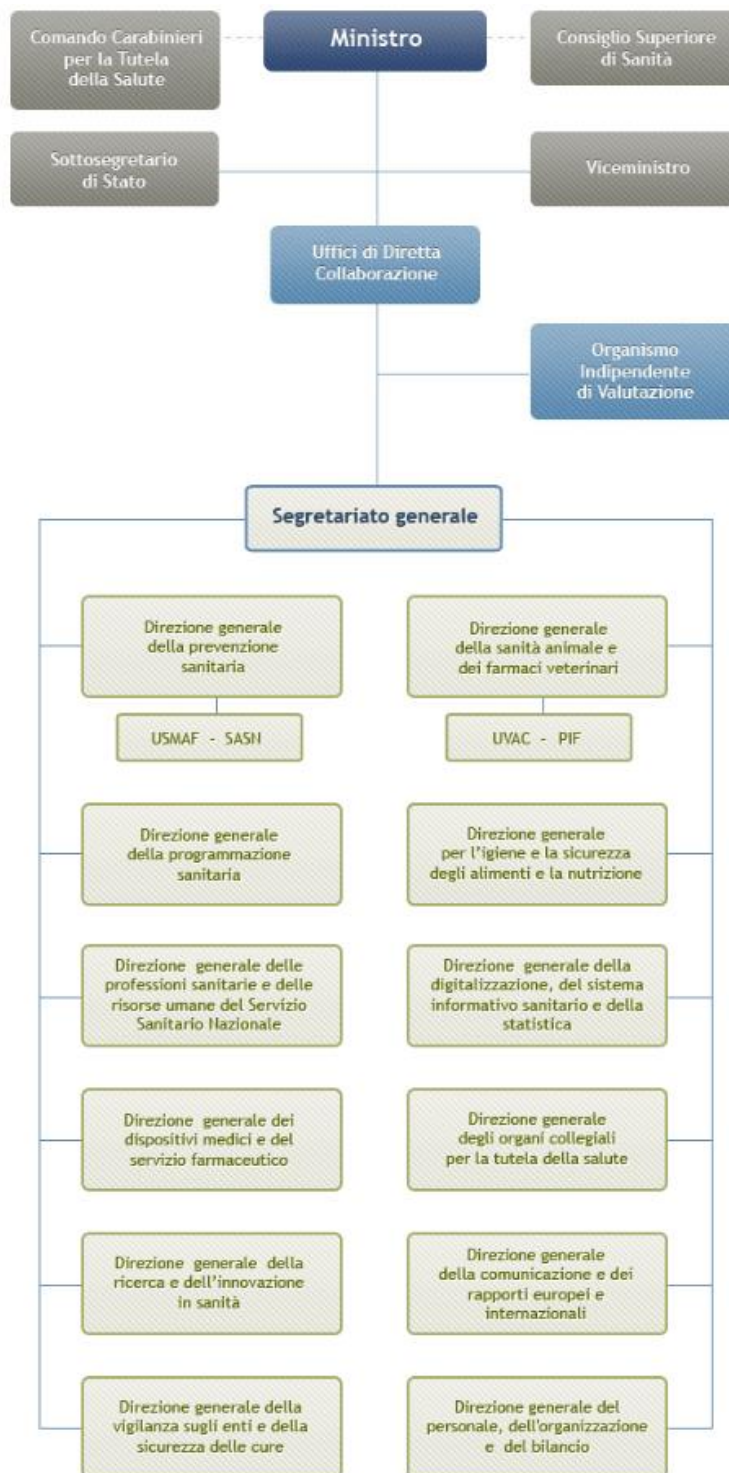


Figura 1-2: Organizzazione Ministero della Sanità  
 (Fonte: [http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_5\\_1.jsp?lingua=italiano&label=org&menu=organizzazione](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_5_1.jsp?lingua=italiano&label=org&menu=organizzazione))

#### **1.1.4 I DRG**

Con riferimento al controllo di gestione, è stata davvero innovativa l'introduzione dei sopracitati Dignosis Related Groups.

In particolare i Diagnosis Related Groups sono una classificazione uniforme di categorie di ricoveri che differiscono per la tipologia di cura e per i costi che implicano. Quindi, come anticipato, essendo il finanziamento alle Regioni dipendente dal sistema dei DRG, l'unità di misura su cui questo si basa è proprio il ricovero.

I DRG sono individuati in relazione ai costi relativi e incasellati basandosi sui mezzi necessari e sulla tipologia di problema e quindi la terapia da intraprendere, oltre che in base al numero e alla tipologia di prestazioni con la stessa clinicità.

Nella pratica si tratta di una quotazione in relazione alle diagnosi elencate nelle schede di dimissione dall'ospedale (SDO) (diagnosi, terapia, genere e età e motivo e tipologia di dimissione), di conseguenza corrisponde ad un prezzo medio dei ricoveri omogenei. Tra i costi che vengono considerati, troviamo quello relativo al personale infermieristico, il costo dei farmaci, della sala operatoria e dei medici, nonché dei servizi generali e di amministrazione e di laboratorio.

Per definire queste categorie di ricoveri è stata effettuata un'analisi statistica a partire dai gruppi di diagnosi di più grande rilievo che a loro volta vengono spartiti nell'ordinamento internazionale delle patologie, senza però considerare le emergenze e i trapianti in quanto l'andamento dell'erogazione della loro prestazione è imprevedibile.

Inoltre, essendo lo strumento che fa da punto di partenza per l'erogazione dei finanziamenti, i DRG assumono un ruolo centrale nella gestione del sistema sanitario dal punto di vista economico e finanziario. Con questo metodo si è riusciti inoltre a responsabilizzare la classe dirigente e soprattutto si cominciò a redigere "budget a costi e ricavi dei centri di responsabilità di prestazioni finali"<sup>5</sup>.

Con questa nuova organizzazione in cui il finanziamento viene concesso non in relazione ai capitali necessari, ma in relazione ai servizi effettuati nel concreto, si è giunti ad una maggiore efficienza ed efficacia in quanto per ricevere maggiori risorse le aziende sanitarie devono effettuare un maggior numero di prestazioni e questo anche attraverso la promozione di loro stesse ai cittadini.

---

<sup>5</sup> P. O. Achard, Economia e organizzazione delle imprese sanitarie, Franco Angeli, Milano, 1999

Questo metodo è stato introdotto in Italia nel 1994, prendendo spunto dal sistema utilizzato negli Stati Uniti dagli anni Settanta, e sviluppato dall'Università di Yale, per la cura delle persone anziane, portatori di handicap e per i poveri.

Sono state individuate 492 blocchi di prestazioni basate su ricoveri tradizionali oppure day surgery e ancora in relazione a DRG-medici o DRG-chirurgici.

Per comprendere questo modello, è importante spiegare il significato dei termini "soglia" e "complicanze" in questo contesto. Il primo individua il numero di giorni normale di degenza per un certo ricovero, quantità oltre la quale il guadagno si basa sul costo marginale per giorno, del quale si fa carico la struttura ospedaliera. Il secondo normalmente provoca un incremento di almeno una giornata di degenza per il 75% delle persone ricoverate. Successivamente, a tutti i pazienti, una volta dimessi, viene imputato un DRG in relazione alla diagnosi, alle operazioni subite e alle informazioni personali. Ogni Regione può però avere un proprio metodo di determinazione dei DRG, in base anche all'offerta di prestazioni che queste possono proporre.

Di conseguenza la remunerazione per le aziende sanitarie, posto che ad ogni DRG corrisponde un certo punteggio, si determina attraverso una moltiplicazione i cui fattori sono da un lato i punti assegnati al DRG e dall'altro lato il "costo per punto DRG" corrispondente, precedentemente individuato dal SSN. In Italia però questo sistema ha provocato, soprattutto inizialmente, un abuso e strumentalizzazione di questa cosa, ed in alcune zone del Paese si sono verificate problematiche nella corretta individuazione dei costi da attribuire al DRG, i quali sono necessari per implementare efficacemente il controllo di gestione. Per cercare di risolvere queste incongruenze si è pensato di introdurre un limite di DRG per tutta la struttura in generale, così da ridurre gli eccessi.

In conclusione i vantaggi di questo metodo sono la concessione di un rimborso equo, la spinta ad una maggiore efficienza, il fatto di permettere la verifica dell'efficienza di ogni centro di responsabilità della struttura e la determinazione di target per il controllo della qualità. Mentre gli svantaggi sono l'incentivazione indiretta alla diminuzione dei costi anche a discapito della cura dei pazienti e la ricerca di pazienti "redditizi".

## 1.2 Il controllo di gestione nel SSN

### 1.2.1 Introduzione al sistema di controllo italiano

Il sistema sanitario nazionale, dopo la riforma sanitaria degli anni '90 e il processo di aziendalizzazione, ha dovuto compiere un altro passo in avanti ed integrare il controllo di gestione, perciò già nel 1995 ci fu un decreto che introduceva una serie di indici per la valutazione delle performance delle aziende sanitarie e il SSN nel suo complesso.

Il primo passo è rappresentato dai DRG, ossia una codificazione che ha aiutato ad ottenere una più efficiente allocazione delle risorse disponibili stimolando l'efficacia e l'efficienza del sistema, spinto da un incremento della competitività, e responsabilizzando sia il personale sia il direttore generale.

Già negli anni '90 i controlli importanti per le aziende sanitarie si potevano scindere in quattro diverse forme:

- “Controllo strategico
- Controllo operativo
- Controllo organizzativo
- Controllo di gestione”<sup>6</sup>

Il controllo strategico è presente in due fasi, una prima fase di pianificazione in cui si fa un controllo di tipo previsionale andando ad utilizzare quelle che sono le variabili ambientali e le caratteristiche del business dell'azienda sanitaria, infatti era disposta l'elaborazione di un bilancio di previsione per gli esercizi successivi sulla base delle scelte strategiche effettuate inizialmente. Questo era uno come strumento chiave per un confronto dei risultati ottenuti con gli obiettivi prefissati. Successivamente si attua una verifica dell'ottenimento o meno dei risultati prefissati e della situazione e andamento delle variabili chiave, ossia quelle organizzative e gestionali.

Il primo passo per arrivare al bilancio previsionale è la stesura del piano strategico, che è una parte fondamentale del controllo strategico, infatti è la base in cui vengono individuati gli obiettivi a livello centrale e a livello periferico.

Il controllo operativo è una parte di controllo che si effettua sulle procedure, sull'impiego delle risorse e sulla loro gestione. Quello organizzativo, al contrario, guarda

---

<sup>6</sup> P. O. Achard, Economia e organizzazione delle imprese sanitarie, Franco Angeli, Milano, 1999

all'organizzazione nel senso più ampio e coglie al suo interno più aspetti, da quello delle risorse umane, alla cultura di tutta l'azienda, alla valutazione delle prestazioni.

Come noto, il controllo di gestione è un ambito della programmazione e controllo e può essere definito come uno strumento che viene utilizzato dalle aziende al fine di definire i propri obiettivi e successivamente poter anche valutare i risultati ottenuti nel corso e alla conclusione dell'esercizio a cui si fa riferimento.

L'utilità di questo sistema è inoltre quello di riuscire ad indirizzare i comportamenti delle persone anche attraverso una buona gestione delle risorse.

Normalmente gli stadi del controllo di gestione sono:

- Programmazione
- Formulazione del budget
- Svolgimento delle attività e loro misurazione
- Reporting e valutazione

Questo è un sistema introdotto nell'ambito sanitario del SSN proprio grazie al processo di aziendalizzazione con la finalità di fornire prestazioni ai cittadini che siano supportate dalle risorse a disposizione, e di gestire tutto questo con dei modelli manageriali. È stato infatti possibile spostare il controllo da un mero controllo burocratico sugli atti amministrativi ad un controllo sui risultati prodotti.

Nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale è uno strumento implementato con la finalità di ottimizzare le risorse e fornire la miglior prestazione al cittadino. Rimane, quindi, un processo che punta a migliorare il servizio e altri fattori, quali efficienza ed efficacia, senza perdere alcune caratteristiche imprescindibili come la qualità.

Con i vari decreti legislativi è stato introdotto, quindi, l'orientamento al risultato per il quale, però, si presenta un problema nella valutazione, non essendoci un preciso e unico prezzo di cessione delle prestazioni che rappresenti fedelmente il valore del servizio e che tenga anche conto del valore sociale.

Con l'art. 4 della legge n. 412/1991 viene introdotta l'espressione "sperimentazioni gestionali" ossia dei test per capire come rendere più efficiente la sanità e incrementarne la qualità, andando anche in deroga ad alcuni dettami senza però rompere i principi basilari. Un esempio di ciò è rappresentato dalla regione Emilia

Romagna che ha introdotto un controllo dei costi e degli esiti delle aziende sanitarie facenti parte attraverso una gestione incentrata sul direttore generale.

Il decreto legislativo 517/1993 introduce i sistemi di controllo di gestione in questo mondo, innanzitutto nella contabilità economica dove tutte le aziende sanitarie devono allinearsi per quanto concerne gli strumenti contabili utilizzati. Infatti il decreto introduce l'obbligo per le regioni di emanare regolamentazioni riguardanti il controllo di gestione e l'obbligo di predisporre un bilancio previsionale di più esercizi, di decidere per quello successivo la destinazione di un eventuale avanzo o come coprire un eventuale disavanzo e di tenere una contabilità analitica organizzata per centri di costo. Infine USL e A.O. hanno l'obbligo di elaborare e rendere pubblica un'analisi per centri di costo, appunto, dei risultati emersi attraverso un bilancio a consuntivo dell'anno evidenziando i componenti economici positivi e negativi. Quindi alle aziende sanitarie vengono affidati strumenti di contabilità e controllo che implicano un bilancio pluriennale che sia conforme agli obiettivi strategici del piano regionale e che sia approvato dal direttore generale insieme ai direttori amministrativo e sanitario; un bilancio previsionale che prenda in considerazione la spesa disponibile e sia coerente, ancora una volta, con il piano strategico regionale, e che comprenda un prospetto previsionale sulla liquidità necessaria.

Inoltre per le amministrazioni pubbliche è previsto un organo di controllo interno per garantire l'economicità di gestione delle stesse.

Infine sono stati introdotti una serie di indicatori da un lato per misurare l'efficienza della gestione delle risorse e dei processi e dall'altro per valutare in modo autonomo i risultati ottenuti nell'esercizio. Sono diretti alle valutazioni di costi, rendimenti e risultati ma non sono completi, pochè non in grado di valutare anche la strategia implementata.

In sanità possiamo inoltre definire i termini di efficacia ed efficienza come segue: efficacia in quanto se e quanto i bisogni sanitari dei pazienti sono assistiti sia dal punto di vista della numerosità sia dal punto di vista della tipologia dell'offerta di prestazioni; efficienza ossia quel meccanismo che ottimizza le risorse riducendo al minimo i costi per ottenere il miglior esito possibile.

L'operatore più indicato per l'analisi del primo fattore sono sicuramente i medici, gli infermieri e i tecnici che lavorano e praticano giorno dopo giorno i servizi da monitorare. Il problema, almeno inizialmente, era la difficoltà di applicare il controllo di gestione essendo un approccio economico che cerca di sintetizzare i valori ad un molteplici ventaglio di casistiche tutte diverse tra loro. Inoltre, negli anni '90, una volta dato inizio alla fase dell'introduzione del controllo di gestione, si era intuito la significatività di utilizzare degli indicatori per fare ciò, solamente che non c'era ancora la possibilità di effettuare paragoni al di fuori della singola struttura prendendo in esame un territorio più ampio.

Il problema principale per la difficoltà di implementazione del controllo di gestione in Italia è stato quello di non aver mai analizzato e tenuto monitorate tutte le risorse utilizzate per effettuare prestazioni omogenee tra loro. Inoltre il controllo di gestione presuppone alcuni fattori che richiedono lo snellimento del meccanismo decisionale del sistema, di sapere come vengono distribuite e usate le risorse e di controllare le variabili di costo e di spesa.

Questo perchè il controllo di gestione, affinché sia davvero utile ed esprima in maniera interessante l'andamento della gestione, ha bisogno di conoscere come si elaborano i risultati, ed in questo modo si può responsabilizzare il personale in modo più puntuale e programmare più correttamente tutte le attività.

Il controllo di gestione si sviluppa in più fasi, prima di tutto c'è un processo di pianificazione strategica che viene fatto a più livelli, nazionale, regionale e locale. Dopo di che si ha il controllo direzionale tramite il quale i dirigenti delle Aziende Ospedaliere decidono come gestire le risorse per l'ottenimento degli obiettivi prefissati. Questo processo inizia con l'individuazione degli obiettivi e tutte le manovre da eseguire per ottenerli, relativi a tutte le componenti della struttura organizzativa. Successivamente vi è la fase in cui vengono messe in atto le azioni definite in precedenza e in seguito vi è la misurazione dei risultati ottenuti dalle singole unità organizzative in modo tale da confrontarli con ciò che era stato scelto precedentemente. In caso di differenze, poi si analizzano i motivi che hanno portato a questi delta di prestazioni, per concludere con l'esecuzione delle misure necessarie a correggere la situazione e cercare di portarla il più vicino possibile a quella attesa. Infine si fa un controllo operativo il quale avviene a livello più capillare per deliberare sulle singole mansioni.

Perciò il controllo di gestione è quel processo che permette, attraverso una verifica continua, di limitare le inefficienze e, se possibile, reindirizzare l'andamento del sistema anche in itinere e non solo a consuntivo. Viene infatti attuato un controllo iniziale che si concretizza nella preparazione del budget nel quale si individuano gli indicatori ed il range obiettivo in modo tale da poter misurare gli obiettivi decisi inizialmente, si definiscono inoltre con precisione, per ogni obiettivo, le risorse necessarie e la relativa spesa. Infine ciascun obiettivo viene imputato al centro di responsabilità di riferimento.

Dopo di che inizia tutta una fase di report, sostanzialmente. Nel corso dell'esercizio vengono calcolati i vari indicatori ed i risultati elaborati vengono consegnati ai centri di responsabilità e riferiti alla dirigenza e, di conseguenza, questi collaboratori decideranno se e quali interventi attuare per avvicinarsi ai risultati attesi.

Infine viene messo in atto un controllo a posteriori dove avviene la misurazione conclusiva degli indicatori e, nuovamente, questi risultati vengono trasmessi ai centri di responsabilità a cui si riferiscono e alla dirigenza. Questo per far sì che tutti si possano preparare in modo adeguato alla futura gestione, capire cosa cercare di migliorare e poter valutare i responsabili dei centri di responsabilità.

Perciò nelle aziende sanitarie i focus principali, che danno risultati utili, sono l'individuazione di un piano per i centri di costo e di centri di responsabilità, l'allocazione analitica dei costi di gestione, la valutazione delle attività, l'individuazione degli indicatori che valutino efficacia ed efficienza e la determinazione di un budget.

Diventa necessario indicare dei prospetti che permettano di prevedere l'andamento dell'intero processo, un importante strumento per fare ciò è proprio il budget, il quale mette brevemente in luce le attività core e non del periodo, gli obiettivi e le risorse necessarie.

Il budget è uno strumento definito anche come bilancio preventivo dove risaltano, in termini economico-finanziari, i risultati che l'azienda (in questo caso l'azienda sanitaria) intende perseguire nell'anno di riferimento, con la specificazione delle risorse necessarie, sia in termini materiali che in termini temporali, dei metodi e meccanismi e delle persone preposte a farlo. In questo modo si innesca anche un processo di responsabilizzazione per l'ottenimento degli obiettivi.

Con questo documento si possono fare diverse analisi in relazione ai risultati attesi, ad esempio un'analisi che riguarda l'azienda nel complesso utilizzando le informazioni derivanti dalla contabilità generale, oppure un'analisi più specifica potendo utilizzare le informazioni estrapolate dalla contabilità analitica come metodo di paragone. I tratti distintivi del budget sono il fatto che interessa l'azienda in generale, che viene organizzato per centri di responsabilità (influenzando così l'azienda a tutti i livelli) e che viene costruito in modo da poter effettuare delle valutazioni periodiche durante la gestione. Inoltre un altro elemento importante è che le informazioni raccolte sono di tipo economico-finanziarie, perciò si restano ad una più facile valutazione.

Il budget ha, quindi, la funzione di dare una linea unica alle unità organizzative, di aiutare a programmare i Centri di responsabilità in anticipo rispetto all'anno di riferimento e di fare una misurazione e valutazione step by step oltre che solamente ex post.

È importante inoltre definire le tre componenti del budget stesso: il budget economico, il budget finanziario e il budget patrimoniale. Il primo identifica il risultato economico d'esercizio attraverso lo studio di costi e ricavi. Il secondo mette in luce la possibile riuscita o meno dal punto di vista finanziario, normalmente viene elaborato un budget delle fonti e degli impieghi e un budget di cassa. Il budget patrimoniale, il quale viene riclassificato per essere più immediato, fa emergere l'ammontare e la formazione del capitale netto.

Il processo di budgeting, quindi, dovrebbe essere strutturato per centro di responsabilità e ci sono tre categorie che hanno potere in tutto ciò. Il Direttore Generale traccia le linee guida per l'azienda nel suo complesso, le quali possono indirizzare anche il comportamento dei responsabili dei vari centri, e decide se promuovere o meno i singoli budget dei vari centri di responsabilità. I Dirigenti che prendono parte alla stesura del budget cui sono responsabili. Infine l'apparato del controllo di gestione il quale redige il budget e lo propone alla Direzione Generale, fornisce le caratteristiche economico-finanziarie ai responsabili, attua il processo di reporting e supporta i Dirigenti nell'interpretazione dei report e nelle decisioni da intraprendere. Perciò il controllo di gestione è un organo di staff della Direzione Generale.

Un altro strumento contabile è rappresentato dalla contabilità generale, la quale comprende tutte le registrazioni contabili necessarie per redigere il bilancio d'esercizio. Questi strumenti servono per raccogliere i risultati effettivi per poterli poi paragonare con quelli posti come obiettivo.

Uno degli strumenti utilizzati nel sistema sanitario è il reporting. Inizialmente questo consisteva nel confronto tra risultati attesi e risultati ottenuti, approccio che però non ha sempre funzionato nel modo corretto. Per questo motivo sono stati sviluppati altri meccanismi che possono intervenire sulle variabili chiave durante il corso dell'esercizio. È importante inoltre che l'applicazione del sistema di reporting abbia previsto l'indicazione delle persone direttamente interessate dello specifico budget per rendere più semplice effettuare una modifica in corso d'opera. Inoltre è necessario che le informazioni che ricevono i diversi collaboratori siano adatte, in modo tale che siano più comprensibili e d'immediata utilità.

L'intento di questo processo è quello di rendere le persone consapevoli degli effetti che producono le loro scelte e vedere con i propri occhi la performance delle loro azioni. Perciò, in questo senso, possono essere elaborati più report nel corso di un esercizio, in relazione alla particolare esigenza. Infatti chi legge i report, grazie alla sinteticità e personalizzazione che li caratterizza, dovrebbe essere in grado di evidenziare eventuali problemi e dovrebbero essere, inoltre, capaci di prendere decisioni rapidamente e pensare ad azioni correttive dettagliate in termini di metodi e tempistiche.

Per essere efficace, il programma di report va però attuato a tutti i livelli, sia orizzontalmente, sia con un processo top-down e sia con un processo bottom-up.

Nell'ambito sanitario il controllo di gestione articolato per centri di responsabilità, i quali possono essere centri di costo, centri di ricavo oppure centri di profitto, è più complesso. Infatti è difficile individuare il prodotto finale, si tende perciò ad imputare i costi e/o ricavi dell'output finale ad un centro di costo intermedio che ha determinato quel costo o ricavo. In sanità i centri di costo corrispondono, quindi, ai reparti ospedalieri e alle altre unità organizzative che hanno l'obiettivo di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Si cerca di trovare la relazione tra il costo dei fattori di produzione e l'output creando, appunto, il centro di costo. Per fare questo però le attività che confluiscono in un centro di costo devono essere tra loro omogenee e anche i relativi fattori produttivi. Inoltre il reparto o l'unità organizzativa di cui si vuole creare il centro di costo deve avere un impatto notevole e un impiego importante di risorse, altrimenti avrebbe poco senso. Infine deve trattarsi di un'unità piuttosto definita e autonoma in modo tale da poter individuare e separare le responsabilità.

Dopo aver individuato e definito il centro è indispensabile che venga redatto un Piano dei Centri di costo con tutte le informazioni qualitative. In aggiunta deve essere praticabile l'assegnazione puntuale dei costi dovuti all'impiego delle risorse al relativo centro.

Si possono definire molte categorie di centri di costo nella sanità:

- Centri di costo generali, i quali comprendono il lavoro del reparto amministrativo riguardante la struttura in generale e non sono attribuibili ad una specifica attività;
- Centri di costo finali, ossia tutti quei reparti/unità che forniscono direttamente una prestazione sanitaria al paziente, come ad esempio un ambulatorio specialistico, il pronto soccorso, e così via;
- Centri di costo ausiliari-sanitari, supportano i centri di costo finali e forniscono prestazioni su loro domanda, come ad esempio il laboratorio analisi, le sale operatorie, e così via;
- Centri di costo ausiliari-logistici, nei quali confluiscono quelle attività non proprie dell'ambito sanitario ma imprescindibili per il suo corretto andamento, come ad esempio la funzione della lavanderia, della cucina, eccetera. Queste funzioni possono anche essere date in appalto ad aziende esterne.
- Centri di costo transitori, dove troviamo tutti quei fattori che non è stato possibile imputare ad uno specifico centro di costo (hanno quindi una funzione strettamente contabile).

Questa classificazione non è però esaustiva per il campo sanitario, infatti molte attività possono essere incasellate in più di una tipologia e per questo motivo esistono anche dei centri di costo misti. Ad esempio il laboratorio analisi può sia essere funzionale ad altri reparti che evadono una richiesta, sia effettuare una prestazione per il cittadino singolarmente.

Il Piano dei Centri di costo è molto importante ed è necessario che ci sia un giusto grado di particolare con cui vengono individuati i centri, in quanto al crescere del dettaglio cresce anche la difficoltà di rilevazione ed interpretazione, di conseguenza questo Piano deve essere rappresentativo di tutta l'organizzazione. Una volta trovato il giusto grado di specificità si può redigere un documento che sarà davvero utile.

In secondo luogo bisogna imputare correttamente i costi al relativo centro di costo. Un esempio può essere il costo del personale, il quale è una delle voci più consistenti nella sanità, nonostante negli anni sia diminuita la sua percentuale rispetto ai costi totali in quanto è subentrato sempre più il fattore della strumentazione tecnica che ha e sta aiutando le strutture sanitarie in questo senso, oltre che ad avere una maggior precisione, accuratezza e tempestività delle diagnosi.

Per una corretta imputazione del costo della singola risorsa umana bisogna conoscere quali compiti svolge in modo da incasellarla nel giusto centro di costo. Qualora si riferisse a più di un centro di costo andrà praticata una suddivisione e questa viene fatta sulla base delle ore di lavoro effettuate per ogni centro di costo. Il procedimento corretto implica, perciò, un preciso e ponderato conteggio delle ore lavorate, delle ore di assenza e degli eventuali straordinari. Nel caso in cui, invece, una persona si occupi di un unico centro di costo tutte le ore saranno imputate a quel centro senza la necessità di alcuna ripartizione.

Inoltre essendo parte del personale sanitario soggetta ad essere cambiata di posizione più volte, come ad esempio gli infermieri, è importante che la valutazione del costo del personale avvenga periodo per periodo in maniera scadenzata, in modo da evidenziare eventuali differenze tra periodi successivi, scovarne i motivi e le possibili migliorie da applicare.

Per quanto concerne lo strumento della contabilità analitica, questo si fonda su una rilevazione per centri di costo in modo tale da poter arrivare ad elaborare conti economici strutturati per centri di costo, per centri di responsabilità, per presidi ospedalieri e per Aziende sanitarie. È inoltre il fondamento per poter analizzare e tenere sotto stretto controllo gli indicatori e per poter imputare correttamente i costi alle attività svolte.

Con il D. Lgs. numero 502 del 1992 e sue successive modificazioni la contabilità analitica deve considerare la contabilità generale, il meccanismo degli ordini di acquisto di materiali, la gestione del magazzino e dei beni soggetti ad ammortamento.

Perciò la contabilità analitica fa riferimento ai costi inseriti nella contabilità generale e li imputa ai relativi centri di costo, tenendo presente il periodo di competenza.

### 1.2.2 La gestione degli obiettivi a livello centrale

A livello centrale un documento importante è l'elaborazione del Piano della Performance. Questo ha durata triennale e al suo interno sono individuati gli obiettivi specifici che il Ministero della Salute intende ottenere per il triennio in considerazione. Gli obiettivi che individua questo documento sono espressi quantitativamente attraverso degli indicatori, il valore iniziale e i valori target da raggiungere.

Per il triennio 2019-2021 è stato inoltre deciso di attribuire specifici obiettivi ad un singolo Centro di Responsabilità, nella tabella di seguito ne troviamo un esempio.

<b>Obiettivo</b>	<b>Sviluppo di metodologie e strumenti a supporto della programmazione del SSN per garantire l'erogazione dei LEA mantenendo appropriatezza, efficacia e qualità</b>					
<b>Centro di Responsabilità</b>	Direzione generale della programmazione sanitaria					
<b>Indicatore</b>	Stato di avanzamento di metodologie e strumenti					
<b>Valori</b>	Baseline: 75%	Target 2019: 80%	Target 2020: 85%	Target 2021: 87%		

Viene inoltre definito il budget di spesa per raggiungere gli obiettivi prefissati, in questo caso la previsione di fondi stanziati in base al tipo di attività e per ogni anno è la seguente:

<b>Azione</b>	Spese per il personale		
<b>Risorse stanziare</b>	2019: 4.018.593 €	2020: 3.838.414 €	2021: 3.802.060 €
<b>Azione</b>	Programmazione, coordinamento e monitoraggio del SSN e verifica e monitoraggio dei LEA		
<b>Risorse stanziare</b>	2019: 123.877.956 €	2020: 119.322.960 €	2021: 109.322.960 €
<b>Azione</b>	Assistenza sanitaria in ambito europeo e internazionale		
<b>Risorse stanziare</b>	2019: 158.147.239 €	2020: 158.147.239 €	2021: 158.147.239 €

Un altro elemento che viene analizzato e valutato in questo documento è la performance dei dirigenti, cercando di distinguere quello che potrebbe essere l'effettiva responsabilità dei dirigenti e quella che potrebbe essere imputata all'istituto in cui operano.

Il metodo utilizzato è quello "top-down" secondo il quale tutti gli obiettivi definiti in precedenza vengono assegnati alle strutture indistintamente. Perciò un fattore importante è la diffusione di questi obiettivi a tutto il personale e non solo a quello dirigenziale o direttamente interessato.

Inoltre quando questi obiettivi vengono assegnati ai responsabili dei Centri di Responsabilità a cui si riferiscono, bisogna specificare il "contributo alla realizzazione degli obiettivi generali specifici/strategici connessi alla Direttiva di I livello e al presente Piano"<sup>7</sup> e il "contributo alla realizzazione degli obiettivi istituzionali connessi alla Direttiva di II livello". Il primo valore è espresso in termini % e rappresenta la quota raggiunta dell'obiettivo generale per quella struttura ed ha un peso pari a 40%. Il secondo valore rappresenta la media dei punteggi degli uffici dirigenziali non direttamente relativi al CdR in questione, anche questo ha un peso del 40%. L'ultimo 20% relativo a questa valutazione è rappresentato dalle competenze organizzative.

<sup>7</sup> Piano della Performance 2019-2021, Ministero della Salute

La valutazione complessiva della performance del sistema sanitario viene fatta analizzando il rendimento di ogni CdR guidato da dirigenti di primo livello. Gli ambiti oggetto di controllo sono: il grado di conseguimento dei vari obiettivi, annuali e triennali; il controllo della correlazione tra i target annuali e quelli complessivi di fine triennio, affinché quest'ultimi siano raggiunti con efficacia; vengono analizzati i risultati delle verifiche volte a comprendere la soddisfazione dei cittadini; infine vengono monitorati l'ambiente interno e l'ambiente esterno per poter aggiornare gli obiettivi con consapevolezza e utilità.

Un esempio di analisi dello stato di raggiungimento degli obiettivi per un Centro di Responsabilità, per il 2018, è quello che segue:

Centro di responsabilità	Obiettivo specifico triennale				Obiettivo annuale			
	Descrizione	Indicatori	Valore target 2018	Valore consunt. 2018	Descrizione	indicatori	valore target	valore consunt.
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROGS)	Sviluppo di metodologie e strumenti a supporto della programmazione del servizio sanitario nazionale per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di qualità, efficacia, efficienza e appropriatezza	Stato di avanzamento delle metodologie e degli strumenti sviluppati a supporto della programmazione del Servizio Sanitario Nazionale per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di qualità, efficacia, efficienza e appropriatezza	75%	75%	Revisione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per promuovere l'appropriatezza a nel Servizio sanitario Nazionale	Numero delle proposte di revisione e aggiornamento dei LEA esaminate/ Numero delle proposte, tra quelle pervenute, che risultano potenzialmente e in grado di migliorare l'efficacia delle cure erogate dal Servizio sanitario Nazionale	80%	80%
					Interventi funzionali alla operatività del Nuovo Sistema di Garanzia	Numero delle regioni per le quali è stata effettuata la simulazione della loro valutazione riguardo all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza attraverso l'applicazione del Nuovo sistema di garanzia/su numero delle Regioni	76%	76%

Figura 1-3: Performance organizzativa generale 2018

(Fonte: Relazione sulla Performance 2018, Ministero della salute)

La definizione degli obiettivi viene elaborata dai dirigenti dei CdR insieme all'Organismo Indipendente di Valutazione. Questi obiettivi vengono presentati al Governo insieme ad una serie di obiettivi operativi insieme agli indicatori più corretti per la valutazione.

Successivamente avviene la valutazione dei responsabili dei CdR cercando di tramutare i risultati ottenuti dalla valutazione dell'organizzazione in risultati afferenti individualmente ai dirigenti. Vediamo ora un esempio dell'analisi del contributo di un dirigente di prima fascia per un obiettivo specifico.

Centro di responsabilità	Obiettivo specifico triennale	Contributo realizzazione performance strategica	Obiettivi Istituzionali Anno 2018	Contributo realizzazione performance Istituzionale
SEGRETIARIATO GENERALE				100
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROGS)	Sviluppo di metodologie e strumenti a supporto della programmazione del servizio sanitario nazionale per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di qualità, efficacia, efficienza e appropriatezza	100	Espletare attività istituzionali in materia di programmazione sanitaria, anche per assicurare un più coordinato adempimento delle funzioni di competenza, nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia degli interventi e delle relative procedure	100

Figura 1-4: Performance attività strategica 2018

(Fonte: Relazione sulla Performance 2018, Ministero della salute)

Nell'anno 2016 i premi conferiti al personale sanitario è stato pari a € 7.948.869,34 a fronte dei € 8.070.125,43 stanziati con il piano iniziale. In particolare il personale dirigente di prima fascia per il 69,24% ha raggiunto il massimo della performance e sono stati concessi € 286.155,51, il 15,38% ha performato tra il 99,01 e il 99,99 punti percentuali con € 62.765,56 mentre il 15,38% ha raggiunto una performance compresa tra 97,01 e 98,00 punti percentuali equivalenti a € 61.868,27. Infatti per questa categoria ad ogni punto percentuale corrisponde la stessa percentuale di premio (100% della performance corrisponde al 100% del premio).

Per quanto riguarda i dirigenti di seconda fascia i premi vengono concessi al 100% quando la performance raggiunta è compresa tra quella massima e il 94%, mentre viene diminuita del 5% se la performance è stata dal 93 al 85% e così via a scalare fino ad una riduzione pari a metà del premio definito in caso di una performance contenuta tra il 50 e il 59%. Per il 2016 il 45,22% del personale ha ottenuto la totalità del premio.

Infine per quanto riguarda il personale non dirigente il premio concesso in totale nel 2016 è stato pari a € 2.236.128.

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi	Quota compenso teorico
≥ 85%	100% del compenso teorico
tra 84% e 80%	80% del compenso teorico
tra 70% e 79%	70% del compenso teorico
tra 60% e 69%	60% del compenso teorico
tra 50% e 59%	50% del compenso teorico
< 50%	nessun compenso

Fasce importi compenso finalizzato ( lordo dipendente)	n. dipendenti	% di dipendenti	Totale liquidato compenso finalizzato (lordo dipendente)
0 - 600	40	3%	10.856
601 - 1200	71	5%	64.636
1201 - 1700	353	26%	556.847
1701 - 1800	645	47%	1.128.160
1801 - 1900	260	19%	475.629
<i>TOTALE</i>	<i>1369</i>	<i>100%</i>	<i>2.236.128</i>

Figura 1-5: Suddivisione e distribuzione premi personale non dirigente  
(Fonte: Ministero della Salute)

### 1.2.3 I LEA e il loro monitoraggio

Per quanto concerne i Livelli Essenziali di Assistenza, nel 2000 è stato introdotto un sistema di monitoraggio chiamato “Sistema di garanzia”. Grazie a questo meccanismo il Governo può verificare la qualità dei servizi prestati ai cittadini. Inizialmente il sistema contava circa un centinaio di indicatori, attraverso poi l’implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, capace di raccogliere informazioni di più tipi e maggior qualità, sono stati adeguati anche numero e tipologia di indicatori da utilizzare per il controllo delle performance.

Gli indicatori possono essere suddivisi in tre categorie quali assistenza in ambito lavorativo e domestico, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.

A partire dall’accordo stipulato nel 2005 tra Stato e Regioni, il controllo dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è assegnato al Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA stessi. Questo comitato, dopo essersi anche consultato con i

rappresentanti regionali, è incaricato di produrre una certificazione alle regioni grazie all'analisi di alcuni indicatori presi dalla "Griglia LEA"<sup>8</sup>.

Gli adempimenti che devono essere rispettati affinché la Regione possa ricevere il premio pari al 3% di quanto dovuto come fabbisogno finanziario (senza considerare i propri fondi sono i seguenti):

- a. Mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale;
- b. Adempiere alle disposizioni relative all'acquisto di beni e servizi;
- c. Rispettare gli obblighi informativi per il monitoraggio della spesa attraverso l'invio al Sistema Informativo Sanitario (SIS) del bilancio d'esercizio e degli indicatori e parametri individuati;
- d. Adeguarsi a quanto prescritto nel patto di stabilità interno;
- e. Mantenere l'erogazione delle prestazioni comprese nei L.E.A.
- f. Disporre di una media pari a cinque posti letto ogni mille abitanti di cui l'1‰ dedicato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie;
- g. Mettere in atto iniziative volte alla rimozione o diminuzione delle liste di attesa che non comportino un aggravio delle finanze dello Stato;
- h. Adottare i provvedimenti per la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie, ospedaliere oppure ospedaliere autonome;
- i. Implementare il controllo delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere;
- j. Adottare i provvedimenti affinché le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e, ove autorizzati dalle Regioni, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari che consegnano i ricettari ai medici del SSN in numero definito, secondo le loro necessità, comunichino immediatamente al ministero dell'economia e delle finanze in via telematica nome, cognome, codice fiscale, l'indirizzo dello studio dove operano, data della consegna, i numeri progressivi regionali delle ricette dei medici ai quali è effettuata la consegna;
- k. Ripianare il 40 % del proprio sfioramento del limite della spesa farmaceutica.

---

<sup>8</sup> Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuo V., Ministero della Salute, 2019.

Per quanto riguarda l'adempimento e), il monitoraggio viene svolto attraverso l'utilizzo dello strumento "Griglia LEA" ed attuato dal Comitato LEA.

In questo metodo di monitoraggio viene assegnato un peso ad ogni indicatore con il fine di poter individuare un punteggio per quella determinata Regione rispetto alla nazione nel complesso.

Inoltre annualmente questi indicatori vengono revisionati da esperti i quali ne valutano la significatività e la correttezza tenendo in considerazione le direttive nazionali di programmazione, gli indirizzi politici e i dati storici. Di conseguenza la Griglia LEA sarà sempre aggiornata ed espressiva del momento in cui ci troviamo.

La totalità dei dati delle regioni sono contenuti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario NSIS.

Gli indicatori individuati per l'analisi e valutazione dell'anno 2017 sono stati i seguenti:

N.	Livello di assistenza	Definizione	Significato
1	Prevenzione	<b>1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</b> <b>1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</b> <b>1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (&gt;= 65 anni)</b>	<i>Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione per le malattie infettive sulla popolazione. L'indicatore si distingue per le vaccinazioni per ciclo base (3 dosi), per una dose di vaccino (morbillo, parotite, rosolia, nell'infanzia) e per influenza nell'anziano</i>
2	Prevenzione	<b>2 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto</b>	<i>L'obiettivo dell'indicatore è di descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile. Si vuole fornire una valutazione complessiva del rispetto del LEA per tutti e tre i programmi di screening</i>
3	Prevenzione	<b>3.2 Indicatore composito sugli stili di vita</b>	<i>L'indicatore descrive i cambiamenti relativi, nel tempo, della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita, come proxy dell'outcome degli interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari messi in atto dalle Regioni.</i>
4	Prevenzione Tutela nei luoghi di lavoro	<b>4 Percentuale di unità controllate sul totale da controllare</b>	<i>Indicatore stabilito nel Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 17/12/2007) che riflette le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento della prevenzione delle ASL per la tutela della salute dei luoghi di lavoro.</i>
		<b>5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)</b>	

5	Prevenzione Sanità animale	5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLI o vicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)	Gli indicatori misurano alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini finalizzati al controllo diretto ed indiretto delle zoonosi e alla tracciabilità degli animali produttori di alimenti.
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana; percentuale di aziende oviceprine controllate per anagrafe oviceprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	
		6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale; percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	L'indicatore misura la percentuale di attuazione da parte delle Regioni del Piano Nazionale, finalizzato alla ricerca di Residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale - Decreto legislativo n.158/06
6	Prevenzione Sicurezza degli alimenti	6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: con l'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016 è stata approvata una linea guida sui controlli ufficiali che modifica la base normativa di riferimento dell'indicatore 6.2 della Griglia LEA	L'indicatore misura le percentuali di ispezione e di campionamenti effettuati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, rispetto a quelli previsti dagli articoli 5 e 6 DPR 14/07/95 (elementi desumibili mediante "modello" A del DM 08/10/98), finalizzato al controllo della corretta manipolazione e conservazione degli alimenti da parte dei suddetti operatori del settore alimentare.
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	L'indicatore misura la percentuale di attuazione del programma nazionale di controllo dei residui di prodotti fitosanitari (comunemente detti "pesticidi") negli alimenti vegetali - frutta, verdura, cereali, olio e vino - e la corretta copertura per ciascuna categoria.
7	Distrettuale	7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	Indicatori ospedalieri indiretti che valutano l'inefficacia dei servizi di prevenzione e specialistici dedicati alla cura di alcune patologie, rispettivamente in età pediatrica ed in età adulta.
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco	
8	Distrettuale anziani	8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	L'indicatore, calcolato sulla popolazione ultrasessantacinquenne residente, misura la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL. Tiene conto delle diverse modalità organizzative presenti nelle regioni italiane
9	Distrettuale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	Gli indicatori valutano sia la quantità di posti letto equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) che di posti letto (rete di offerta) disponibili nelle strutture della residenzialità territoriale rispetto alla popolazione anziana residente, e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	Gli indicatori valutano sia la quantità di posti letto equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) che di posti letto (rete di offerta) disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	
11	Distrettuale malati terminali	11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Indicatore di offerta per l'assistenza residenziale dei pazienti terminali. E' rapportato alla popolazione che prevalentemente necessita di tali cure
12	Distrettuale farmaceutica	12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD - Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	L'indicatore permette di misurare la diretta presa in carico di assistiti caratterizzati da criticità diagnostica e terapeutica e dalla esigenza di un periodico follow-up con la struttura specialistica e da accessi programmati e periodici, al fine di assicurare una maggiore appropriatezza nella dispensazione di questi medicinali.

13	Distrettuale specialistica	<b>13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti</b>	<i>Indicatore di attività specialistica basato sul numero di prestazioni di risonanza magnetica erogate rispetto alla popolazione. Tiene conto sia dell'eventuale mancanza di garanzia del livello di assistenza che dell'eventuale spreco di risorse dovuto ad inappropriatezza</i>
14	Distrettuale salute mentale	<b>14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti</b>	<i>Indicatore di attività dell'assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei centri di salute mentale</i>
15	Ospedaliera	<b>15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti</b>	<i>Indicatori di domanda ospedaliera e di appropriatezza dei ricoveri in day hospital</i>
		<b>15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti</b>	
		<b>15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti</b>	
17	Ospedaliera	<b>17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario</b>	<i>Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario di cui all'Intesa del 3 dicembre 2009</i>
18	Ospedaliera	<b>18.1.1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con &gt;=1000 parti</b>	<i>Indicatori sull'appropriata erogazione di parti cesarei primari in Italia e sull'accesso alla terapia intensiva per i neonati fortemente pre-termine, determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino.</i>
		<b>18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con &lt;1000 parti</b>	
		<b>18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN</b>	
19	Ospedaliera	<b>19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario</b>	<i>L'indicatore è inserito fra gli indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera selezionati dall'Ocse per i confronti. Valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore</i>
21	Emergenza	<b>21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)</b>	<i>Indicatore innovativo di funzionalità e rapidità dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale. Valuta in particolare la performance del sistema "118"</i>

Figura 1-6: Elenco indicatori LEA 2017

(Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuto V., Ministero della Salute, 2019)

Questi indicatori sono stati infatti ripartiti per Livelli di assistenza, le cui macro categorie sono Assistenza collettiva, Assistenza distrettuale ed Assistenza ospedaliera. A fronte di ciò, per ogni tipologia è stato assegnato un determinato peso che rispettivamente è 5, 10,89 e 9,11.

Ad esempio, l'indicatore 17 viene calcolato come:

$$\frac{\text{nr dimissioni in regime ordinario con DRG "inappropriato"}}{\text{nr dimissioni in regime ordinario con DRG non "inappropriato"}}$$

Una volta determinato il risultato, la valutazione ha come discriminante la mediana della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile per il valore normale, mentre il terzo quartile identifica lo scostamento.

Il peso attribuito a questo indicatore è 2,5. Il risultato si identifica come valore normale quando si discosta fino ad un massimo di 0,21, scostamento minimo se la differenza va da 0,22 e 0,24, scostamento rilevante ma in miglioramento se maggiore di 0,24 ma in diminuzione, scostamento non accettabile se maggiore di 0,24 ma non in calo.

Nel primo caso viene assegnato un punteggio pari a 9, nel secondo 6, nel terzo 3, qualora fosse non accettabile 0, nel caso in cui fosse messa in discussione la validità del dato il punteggio sarebbe -1.

Un secondo esempio è l'indicatore 1.3 il quale è determinato come segue:

$$\frac{\text{nr soggetti di età } \geq 65 \text{ anni vaccinati per influenza}}{\text{nr soggetti di età } \geq 65 \text{ anni residenti}}$$

Per questo indicatore il peso attribuito è pari a 0,2. Il valore normale è considerato per un risultato maggiore o uguale a 75%, si ha scostamento minimo tra 60% e 74,9%, lo scostamento rilevante si ha per valori inferiori al 60% con la distinzione se il risultato ottenuto è in aumento o in diminuzione.

La valutazione complessiva è data dalla somma dei punteggi attribuiti ad ogni indicatore moltiplicati per il relativo peso. Nel caso in cui la Regione ottenga un valore maggiore o uguale a 160 oppure un punteggio compreso tra 140 e 160 che non abbia alcun indicatore critico con un punteggio inferiore a 3, questa sarà definita adempiente. Nel caso, invece, abbia conseguito un punteggio inferiore a 140 oppure comunque compreso tra 140 e 160 ma con almeno un indicatore critico, allora sarà definita inadempiente.

A livello nazionale, per il periodo 2015-2017, la maggior parte di questi indicatori ha avuto un'evoluzione positiva. Non tutte le regioni sono state però adempienti, infatti Calabria e Campania dovranno accedere al Piano di Rientro. Questa analisi però non teneva conto delle regioni a statuto speciale, tra le quali anche Valle d'Aosta, Sardegna e la Provincia autonoma di Bolzano sono state inadempienti.

Regione	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Piemonte	221	207	205	200	201	186
Veneto	218	209	202	189	190	193
Emilia R.	218	205	205	204	204	210
Toscana	216	208	212	217	214	193
Lombardia	212	198	196	193	187	184
Umbria	208	199	189	190	179	171
Abruzzo	202	189	182	163	152	145
Marche	201	192	190	192	191	165
Liguria	195	196	194	194	187	176
Friuli Venezia Giulia*	193					
Basilicata	189	173	170	177	146	169
P.A. Trento*	185					
Lazio	180	179	176	168	152	167
Puglia	179	169	155	162	134	140
Molise	167	164	156	159	140	146
Sicilia	160	163	153	170	165	157
Campania	153	124	106	139	136	117
Valle d'Aosta*	149					
Sardegna*	140					
Calabria	136	144	147	137	136	133
P.A. Bolzano*	120					

*Legenda:*

Intervalli di valutazione periodo 2012-2014	Intervalli di valutazione periodo 2015-2017
Adempiente (≥ 160)	Adempiente ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)
Adempiente con impegno (≥ 130 e < 160)	Inadempiente < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)
Critica (< 130)	

Figura 1-7: Situazione Regioni adempienti e non

(Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuto V., Ministero della Salute, 2019)

Di seguito la misurazione e le risultanze per l'indicatore di copertura vaccinale contro l'influenza negli over 65:

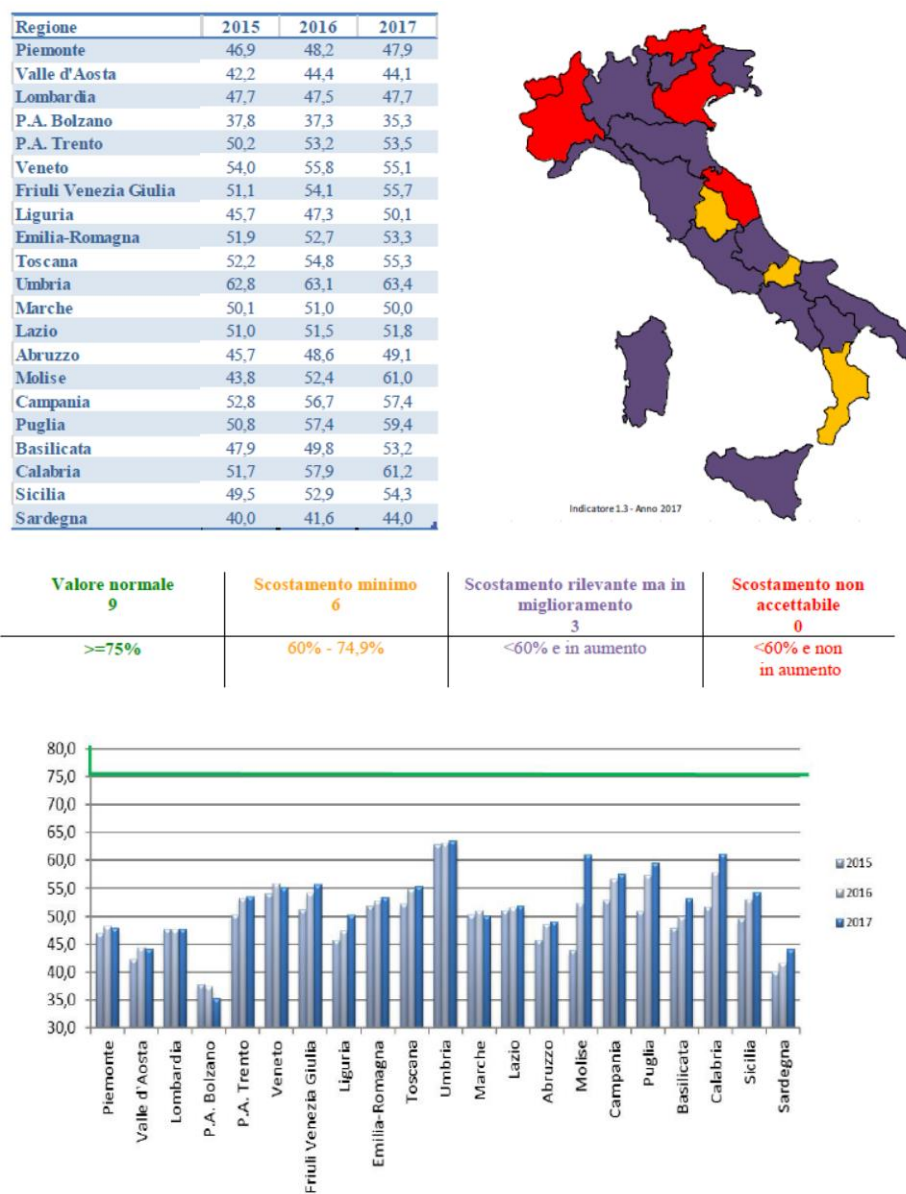


Figura 1-8: Adempienza indicatore copertura vaccinale over 65 contro l'influenza  
 (Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuto V., Ministero della Salute, 2019)

Di seguito la misurazione e le risultanze per l'indicatore del rapporto tra i ricoveri allocati a DRG ad alto rischi di inappropriatezza e non:

Regione	2015	2016	2017
Piemonte	0,20	0,19	0,17
Valle d'Aosta	0,16	0,15	0,14
Lombardia	0,23	0,22	0,21
P.A. Bolzano	0,20	0,19	0,18
P.A. Trento	0,16	0,17	0,15
Veneto	0,16	0,17	0,18
Friuli Venezia Giulia	0,22	0,21	0,22
Liguria	0,14	0,13	0,16
Emilia Romagna	0,23	0,23	0,21
Toscana	0,15	0,15	0,14
Umbria	0,22	0,19	0,18
Marche	0,19	0,18	0,16
Lazio	0,17	0,17	0,15
Abruzzo	0,14	0,14	0,13
Molise	0,21	0,20	0,18
Campania	0,27	0,26	0,24
Puglia	0,22	0,20	0,18
Basilicata	0,18	0,18	0,16
Calabria	0,15	0,14	0,14
Sicilia	0,12	0,12	0,12
Sardegna	0,23	0,22	0,21



Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0
<= 0,21	0,22 – 0,24	> 0,24 e in diminuzione	> 0,24 e non in diminuzione

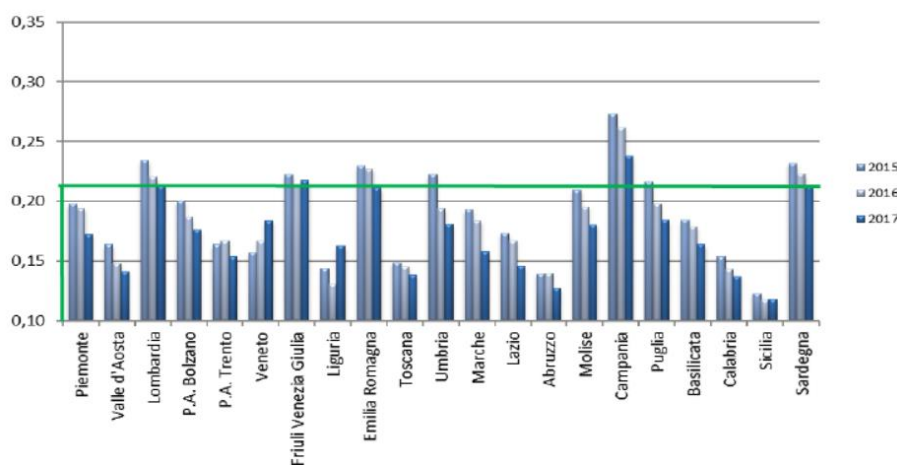


Figura 1-9: Adempienza indicatore rapporto tra ricoveri allocati a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e non<sup>9</sup>

(Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuto V., Ministero della Salute, 2019)

<sup>9</sup> Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuto V., Ministero della Salute, 2019

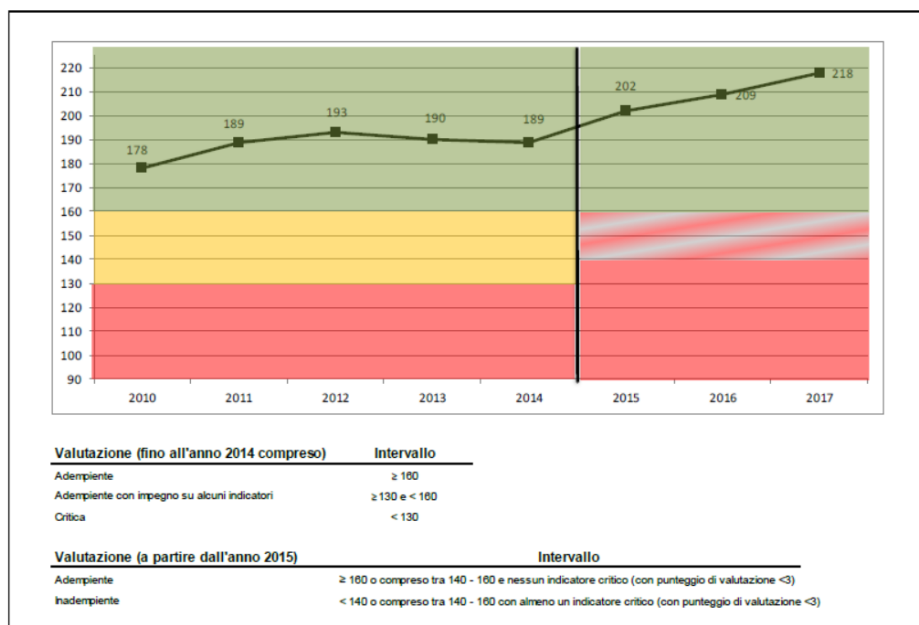


Figura 1-10: Valutazione LEA Regione Veneto 2017

(Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuo V., Ministero della Salute, 2019)

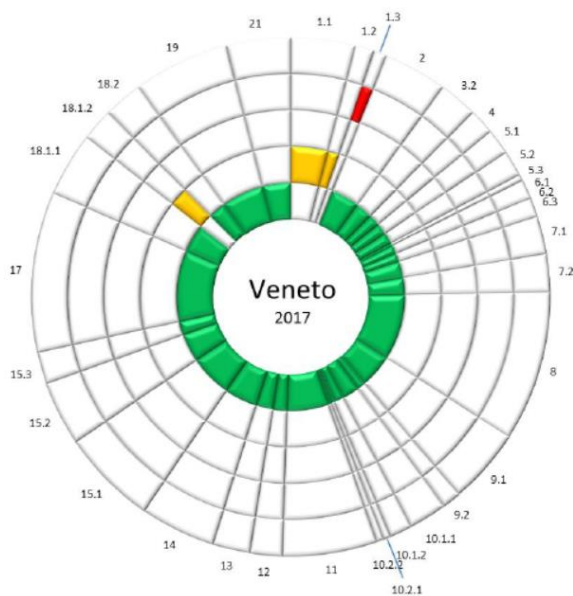


Figura 1-11: Rosone LEA 2017<sup>10</sup>

(Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuo V., Ministero della Salute, 2019)

<sup>10</sup> Il Rosone LEA è formato da dei settori circolari e ognuno di questi rappresenta un indicatore. I valori evidenziati di verde sono adempienti, quelli evidenziati di giallo sono critici mentre quelli evidenziati di rosso sono inadempienti.

Tuttavia dal 2020 ci sarà il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il quale sono stati definiti 88 indicatori e i punti fondamentali sono:

- lo scopo, che è la valutazione e il monitoraggio del servizio sanitario nelle Regioni;
- il fatto di essere uno degli adempimenti per avere diritto al sistema premiante;
- ogni indicatore è pensato ed analizzato tenendo in considerazione diversi elementi quali efficienza, efficacia e sicurezza dei LEA.

Questo nuovo sistema di valutazione è stato testato per l'anno 2016 ed i risultati che sono emersi sono stati i seguenti:

	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	76,30	86,19	78,82
Lombardia	80,92	69,12	69,12
P.A. di Trento	69,41	88,49	92,40
Veneto	63,63	84,41	82,71
Liguria	65,34	86,39	74,50
Emilia Romagna	70,27	83,14	84,83
Toscana	70,73	80,50	89,13
Umbria	73,90	65,56	77,86
Marche	61,74	71,39	64,81

Figura 1-12: Risultati del monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia –  
Le regioni adempienti 2016

(Fonte: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>)

	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96
Lazio	65,24	56,32	66,16
Abruzzo	65,29	57,12	59,75
Puglia	55,68	58,75	59,27
Basilicata	68,71	41,41	68,40
Calabria	51,39	48,71	53,35
Sicilia	48,48	73,08	72,39
Valle d'Aosta	59,16	39,07	60,21
P.A. di Bolzano	49,57	36,24	70,37
Molise	68,08	46,00	33,38
Campania	50,21	29,05	25,41
Sardegna	65,51	35,48	55,75

Figura 1-13: Risultati del monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia –  
Le regioni non adempienti 2016

(Fonte: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>)

A fronte di questo nuovo sistema sono stati individuati alcuni indicatori (precisamente 22), detti “Core”, e questi sostituiranno la precedente Griglia LEA. Per ogni indicatore è stata inoltre elaborata una *funzione di valorizzazione* tale per cui ognuno dia come risultato un valore compreso tra zero e cento, rendendoli così confrontabili. Di conseguenza, il risultato totale per ogni Regione è dato dalla media ponderata di questi indicatori *core*, considerando anche premi e penalità relativi. Inoltre il minimo da raggiungere affinché siano sufficientemente adeguati è 60, perciò una Regione sarà adempiente solo se raggiungerà un punteggio finale maggiore o uguale a sessanta. Una riflessione importante riguarda la possibilità di effettuare la valutazione anche tenendo separate le tre aree principali.

### 1.3 Un esempio pratico: Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

Il controllo di gestione rappresenta un processo di staff del Direttore Generale ed è un'Unità Operativa Complessa che svolge le seguenti funzioni:

- Si occupa di programmare e pianificare la gestione
- Analizza i costi
- Si occupa della contabilità analitica anche nel rispetto dei fondamenti e caratteristiche disposte dalla Regione
- Pone l'attenzione sul funzionamento del sistema informativo
- Fornisce feedback riguardanti le performance periodicamente alla Direzione e gestisce gli investimenti in relazione alle necessità
- Fornisce assistenza all'OIV ed al Collegio Sindacale.

Il procedimento gestionale inizia con l'elaborazione del Piano Sanitario Regionale, il quale fornisce le linee guida. Successivamente l'AULSS redige il "Piano delle Performance" relativo al triennio (in questo caso 2018-2020) e il "Documento Direttive" per l'esercizio 2018.

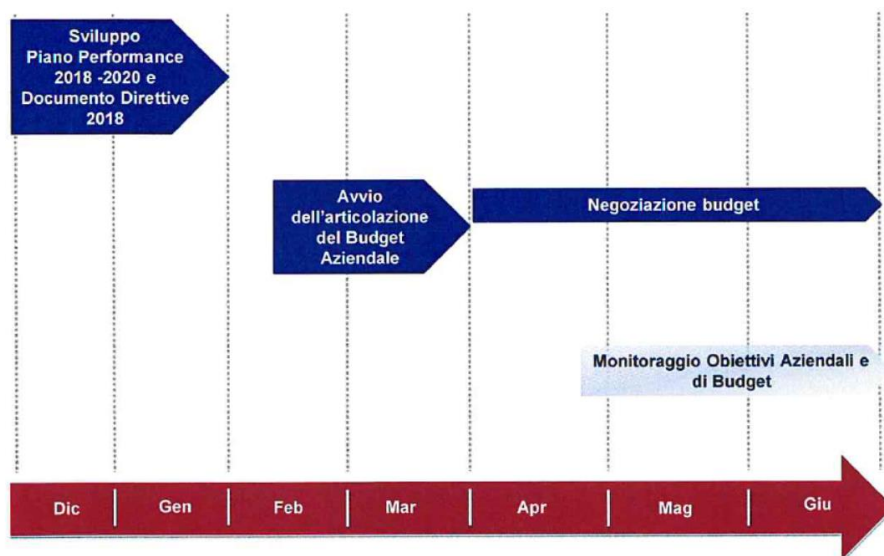


Figura 1-14: Il ciclo di gestione della performance organizzativa

(Fonte: Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità - Anno 2018 - Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana)

Il “Piano delle Performance” è un documento con una validità pari a tre anni in cui sono specificati quelli che sono gli obiettivi, gli indicatori e i risultati che ci si aspetta, fermi restando i fattori produttivi a disposizione, le norme di bilancio e il programma sanitario elaborato dalla Regione. La sua stipula segna l’inizio dell’analisi delle performance. Tutto ciò viene reso pubblico sul sito web per garantire massima trasparenza, trattandosi di un ente pubblico, inoltre queste esplicitazioni consentono di realizzare un maggior grado di responsabilizzazione e di ricerca di una crescita in termini di qualità ed efficienza.

Nel Piano delle Performance per ogni obiettivo sia strategico che operativo vengono individuati i relativi indicatori e i destinatari a cui si riferiscono. Dopo di che, in base a queste indicazioni, ogni unità organizzativa individua gli obiettivi (detti specifici) del loro Centro di Responsabilità nella redazione del proprio budget, quest’ultimo dovrà poi essere accettato dal Direttore Generale.

La pianificazione con obiettivi strategici e operativi è descritta nel documento “Direttiva Generale”, il quale dal 2018 ha avuto un’innovazione dal punto di vista della rappresentazione. Inoltre, oltre ad esplicitare i vari obiettivi indotti dalla pianificazione strategica, sono individuate anche le azioni per raggiungerli in modo tale da far emergere chiaramente a cosa corrisponde la quantità di soldi stanziati.

La realizzazione degli obiettivi viene definita attraverso la rilevazione del numero dei relativi obiettivi operativi.

Per l’Azienda ULSS 2 gli obiettivi strategici e i relativi obiettivi operativi individuati per il 2018-2020 sono:

#### **A. Attuazione programmazione regionale**

- *Adempiere agli obiettivi regionali (ex DGR n. 2072/2015)*

Vediamo quindi alcuni indicatori e valori soglia l’obiettivo sopracitato.

Nell’ambito dell’efficienza dei servizi sanitari abbiamo:

- Variazione annuale del costo della produzione (+ imposte e tasse) con un valore soglia per il quale la variazione del costo della produzione deve essere minore o uguale a zero
- Indicatore di tempestività dei pagamenti il cui valore soglia è definito e specifico per ogni Azienda

Un altro argomento riguarda i Livelli Essenziali di Assistenza e sono presenti una serie di indicatori per la situazione di vaccini, screening e altre tipologie preventive per i quali, in relazione allo specifico ambito, il valore soglia va da maggiore o uguale a 60% per un adeguato screening citologico fino a maggiore o uguale a 95% per vaccinazioni nei bambini.

- *Attuare le strutture di ricovero intermedio come da DGRV 1714/2017.*

Per questo obiettivo un indicatore concerne la disciplina delle strutture di ricovero intermedie attuato per il 2018. Un secondo indicatore si rifà alla percentuale di posti letto a disposizione in confronto al totale prefissato, in questo caso il valore soglia previsto per il 2019 è di 45% mentre per il 2020 è di 90%.

- *Migliorare la performance degli indicatori del Progetto Bersaglio*

Prendendo come riferimento gli indicatori che nel 2016 presentavano criticità, l'indicatore individuato è la percentuale di indicatori per cui si registra una performance migliore. I valori soglia individuati sono 80% per il 2018, 90% per il 2019 e costante pari a 90% per il 2020.

- *Sviluppare i piani della Prevenzione*

Gli indicatori in questo caso riguardano l'utilizzo del Piano Unico della Prevenzione dell'Azienda Ulss 2 per il 2018 e la percentuale di sviluppo di questo piano per il 95% sia nel 2018, sia nel 2019 che nel 2020.

- *Sviluppare il profilo di salute per la programmazione dei servizi*

In questo caso l'indicatore fa riferimento al numero di settori per i quali è stato stilato il profilo di salute.

## **B. Sviluppo dell'azienda provinciale, in un'ottica di uniformità di conduzione delle ex ULSS nella nuova Azienda ULSS 2**

- *Riorganizzare tutto il processo in relazione alla nuova conformazione dell'azienda*

- *Ridefinire le specialità cliniche dei vari ospedali*

In questo caso è stato prefissato di revisionare 4 reti cliniche per il 2018, 5 per il 2019 e 2020 rispetto a quelle di primaria importanza.

- *Potenziare la day surgery di Vittorio Veneto per arrivare ad avere una migliore mobilità sui ricoveri*

L'indicatore per questo obiettivo è dato dalla percentuale di pazienti operati in day surgery a Vittorio Veneto ponendo come valori soglia 40% per il 2018, 45% per il 2019 e 50% per il 2020.

- *Estendere il modello assistenziale di gestione ostetrica della gravidanza a basso rischio attivandone, già nel 2018, il processo di organizzazione sul territorio del Distretto dell'AULSS 2.*
- *Un altro obiettivo operativo è quello di omogeneizzare le procedure amministrative cercando di creare sempre più processi unici e non separati per i distretti appartenenti all'AULSS 2 e di omogeneizzare il metodo di accesso ai servizi.*
- *Creare delle sinergie tra l'Azienda sanitaria e strutture esterne, come ad esempio centri convenzionati, in modo tale da poter far fronte a culture differenti e sempre maggiori complessità.*
- *Cercare di centralizzare in una sola unità organizzativa la parte amministrativa essenziale per avere una gestione più efficiente.*

In questo caso l'indicatore che rileva il raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla percentuale (almeno 80%) degli obiettivi di budget raggiunti con la suddetta riorganizzazione.

- *Adoperarsi per superare i problemi emersi dall'analisi sul clima organizzativo, essendo questo parte integrante e determinante della performance dell'Azienda in generale.*  
È stato perciò verificato il grado di percezione della formazione, comunicazione e altri fattori.

### **C. Sviluppo della rete infrastrutturale ospedaliera**

- *A questo proposito sono stati individuati tre obiettivi operativi che comprendono lo sviluppo della "Cittadella sanitaria di Treviso" in modo tale da avere una sola area tutta dedicata a strutture sanitarie, la sistemazione e messa a norma dell'Ospedale di Conegliano (cercando di renderlo anche più funzionale, in linea con lo sviluppo e*

*indirizzo organizzativo dell'AULSS 2) e infine gli interventi necessari al progresso del progetto relativo all'Istituto Oncologico Veneto.*

**D. Umanizzazione dei servizi per il cittadino, nel senso di non considerare la persona come affetta da una certa malattia bensì come persona in sofferenza con le proprie difficoltà fisiche ed emotive.**

- *Un obiettivo operativo concerne l'attenzione per i pazienti adolescenti compresi tra i quattordici e i ventuno anni essendo questa un'età particolarmente critica dal punto di vista di disturbi mentali e quindi disordini alimentari o utilizzo di sostanze stupefacenti.*
- *Un altro obiettivo è quello di cercare di fornire un'assistenza mirata per quei pazienti più fragili, intervenendo anche con una assistenza post dimissioni per contribuire il più possibile a rendere migliore la riabilitazione.*
- *Un'innovazione introdotta con l'obiettivo di implementarla nel polo ospedaliero di Treviso per il 2018 e nel polo ospedaliero di Conegliano per il 2019 è la creazione di un'unità di degenza gestita solamente da personale infermieristico e con didattica integrata, con lo scopo quindi di formare per gli studenti del relativo corso di Laurea.*
- *Creare uno sportello unico di prenotazione per accedere ai servizi assistenziali.*
- *Definizione di un processo destinato all'assistenza e sostegno di persone portatrici di disabilità e delle loro famiglie.*

Per quanto concerne il ciclo di gestione della performance<sup>11</sup>, questo è strutturato nelle seguenti fasi: come prima cosa vengono individuati gli obiettivi ed imputati al centro di responsabilità di riferimento, vengono individuati i valori che ci si impone di raggiungere e gli indicatori per la loro valutazione; dopo di che viene individuata la relazione che lega obiettivi e risorse necessarie a raggiungerli. Una fase importante è quella del monitoraggio lungo tutta la durata dell'esercizio in maniera tale da poter intervenire e proporre soluzioni il più velocemente possibile; a conclusione del periodo avviene il rilevamento dei dati per poter poi emettere un giudizio sulla performance;

---

<sup>11</sup> Previsto dall'art. 4 D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, modificato dal D. Lgs. 74 del 25 maggio 2017

infine è necessario redigere una relazione conclusiva che riporti i risultati ottenuti e va trasmessa agli organi dirigenziali e alle persone interessate.

Gli organi interessati nel ciclo della performance sono l'organo di indirizzo politico, i dirigenti, il personale specificamente coinvolto e l'organismo indipendente di valutazione (in alcuni casi affiancato dalla struttura tecnica permanente).

Inoltre ci sono alcuni termini da rispettare per quanto riguarda la progettazione della gestione. Sul piano strategico entro il 31 dicembre 2017 devono essere concluse la pianificazione triennale ed annuale, che si concretizzano nei documenti "Piano delle Performance 2018-2020" e "Documento direttive 2018"; entro il 30 giugno 2018 deve essere redatta la relazione conclusiva relativa all'anno precedente ed entro il 31 luglio 2018 l'OIV deve approvare la relazione di cui prima. Sul piano operativo invece entro marzo o aprile devono essere elaborate le schede di budget e vanno tenute sotto controllo durante l'esercizio.

La programmazione nella sanità ed in particolare nell'azienda ULSS 2 Marca Trevigiana ha inizio con l'elaborazione del Piano Performance e il Documento Direttive. Dopo di che inizia tutto il processo di budgeting.

L'U.O.C. Controllo di Gestione comunica con i Centri di Responsabilità e con la regione in modo da analizzare ed individuare gli obiettivi da perseguire.

L'elaborazione del budget per il 2018 è iniziata a gennaio del medesimo anno con l'imputazione degli obiettivi ai CdR. In seguito vengono negoziati i budget delle varie unità organizzative con i vari responsabili e coordinatori delle professioni sanitarie, questa negoziazione si conclude a marzo 2018 per quanto riguarda l'ambito amministrativo, a maggio 2018 per quanto concerne il Dipartimento di prevenzione e a giugno 2018 per l'ospedale nel suo complesso.

Perciò ad ogni unità organizzativa corrisponde una scheda di budget ed ogni scheda di budget presenta quattro tipologie di indicatori, ossia quelli derivanti da obiettivi regionali, quelli derivanti dal Piano delle Performance, quelli specifici e quelli relativi ad Attività e Risorse.

Successivamente i responsabili dei CdR ed i lavoratori impiegati, insieme ai capi dipartimento, discutono la scheda e gli obiettivi consigliati ed esprimono un'eventuale

diversa proposta. In tal caso i vari direttori che partecipano al processo di negoziazione del budget si riuniscono per discutere gli obiettivi finali e successivamente l'U.O.C. Controllo di Gestione verifica nuovamente la coerenza con il Piano delle Performance.

Infine il Direttore Generale delibera la convalida del budget e gli obiettivi individuati.

Dopo essere stato elaborato il budget, vi è la sua approvazione. Perciò è stata pubblicata la Deliberazione del Direttore Generale 1223/2018 la quale ha per oggetto l'approvazione del budget per l'anno 2018 e un'integrazione del Piano delle Performance per il triennio 2018-2020. In questo documento è stato analizzato che in relazione ai nuovi scenari sociali, sanitari e normativi, l'ULSS 2 grazie alla Legge Regionale n. 19/2016 e alla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 19/2016, si è reso necessario introdurre delle modifiche quali: Azienda Zero e l'unione di più ULSS. Il primo elemento è stato istituito per snellire le attività dell'amministrazione, inoltre vengono spostate in capo a questa nuova Azienda Zero le attività di tipo gestionale, oltre che una parte importante delle attività tecnico-amministrative.

All'interno delle integrazioni del Piano delle Performance è stata anche elaborata una lista dei Centri di Responsabilità di cui possiamo vedere di seguito una parte a titolo di esempio:

#### ELENCO SCHEDE DI BUDGET ANNO 2018 AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Dipartimento	Codice CdR	Descrizione CdR
Direttore Generale	AF4011	Innovazione e sviluppo organizzativo
	AF4021	Controllo di Gestione
	AF4031	URP
	AF4041	Servizio Prevenzione e Protezione
	AF4051	Medico Competente
	AF4061	Formazione
	AF4211	Servizio per la qualità e gli accreditamenti
Direttore Sanitario	AF5011	Direzione Professioni Sanitarie
	AF4171	Risk Management
Direttore Amministrativo	AG4091	Gestione risorse umane
	AG4101	Affari Generali
	AG4111	Contabilità e bilancio
	AG4121	Provveditorato
	AG4131	Economato e gestione logistica
	AG4141	Servizi tecnici e patrimoniali
Direttore Servizi Socio Sanitari	AT4181	Servizi Sociali e socio sanitari
	HT4191	Direzione Amministrativa Ospedale
Ospedali Marca Trevigiana	HA1	Direttore della Funzione Ospedaliera Asolo

Figura 1-15: Schede di budget 2018 ULSS 2 Marca Trevigiana

(Fonte: D.D.G. 1223 del 19 Luglio 2018)

Dopo di che, durante l'esercizio, essendo previsto un continuo monitoraggio, normalmente ha luogo la rinegoziazione del budget definito inizialmente. Infatti vengono analizzati i costi e l'andamento dell'ottenimento degli obiettivi in maniera tale da dare la possibilità ai direttori dei CdR di proporre dei cambiamenti per cercare di raggiungere al meglio i risultati oppure di adeguare gli obiettivi stessi attraverso, appunto, la rinegoziazione.

Successivamente, per monitorare l'andamento delle attività l'U.O.C. Controllo di Gestione fa un'attività di reporting con cadenza trimestrale in cui fa delle relazioni grazie all'utilizzo di un software ad hoc nelle quali vengono analizzati lo stato dello svolgimento delle attività ed i costi sostenuti. Inoltre vengono analizzati separatamente alcuni indicatori che non possono essere tenuti sotto controllo automaticamente con dei programmi. Nei report questa U.O.C. deve anche pesare i vari obiettivi in modo da riuscire ad avere un valore numerico che rappresenti fedelmente gli obiettivi raggiunti. Questo viene fatto attribuendo dei punteggi che sono 0% o 100% qualora si tratti di un obiettivo che può essere semplicemente raggiunto oppure no, mentre un punteggio intermedio in relazione al livello di raggiungimento di quell'obiettivo. Attraverso queste relazioni, in base ai risultati si possono concedere delle quote con significato premiante se l'andamento è positivo oppure dei sistemi incentivanti in caso di sotto prestazioni come ad esempio una riduzione di compensi, se questa possibilità fosse prevista dal contratto.

Per quanto riguarda la valutazione finale, invece, l'U.O.C. raccoglie ed elabora i dati mentre i direttori dei CdR analizzano i risultati e propongono soluzioni correttive alla Direzione Strategica e ai direttori d'Area. Queste proposte dovranno poi essere prese in considerazione dall'OIV per la loro accettazione o diniego.

Per quanto concerne la performance del singolo, l'Azienda ULSS utilizza delle schede di valutazione discusse con i sindacati. In questo senso i lavoratori vengono esaminati anche con riferimento all'apporto personale al raggiungimento degli obiettivi, che influenzerà anche lo stipendio grazie agli incentivi positivi e/o negativi contrattati dalle organizzazioni sindacali. Le schede di valutazione sono diverse in base alla mansione, infatti ci sono due schede relative al personale con ruolo dirigenziale con due livelli differenti, una per il personale di reparto con una certa responsabilità e una per i

lavoratori di reparo “semplici”. Queste schede fanno riferimento ai tratti professionale e comportamentale. La valutazione viene fatta dal dirigente del Centro di responsabilità mentre i dirigenti dei CdR stessi devono autovalutarsi per poi subire una conferma o rifiuto di un proprio superiore.

Il sistema, per completare il giudizio della persona, imputa obiettivi che si riferiscono non solo alla persona singola ma anche alla persona come parte di un team, inoltre considera obiettivi individuati tramite i risultati del budget oppure tramite gli obiettivi contenuti all’interno della “banca degli obiettivi”, lista definita da Servizio Professioni Sanitarie dell’AULSS 2. Infine ad ogni dipendente viene dato un valore in relazione al suo contributo in modo da ottenere un risultato numerico omogeneo e coerente.

Infine l’Organismo Indipendente di Valutazione erabora una relazione con periodicità annuale in cui analizza quindi come sono gestite “valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”<sup>12</sup>. Per quanto concerne la performance organizzativa è in essere un processo attraverso il quale vengono individuate le caratteristiche tali per cui il sistema funzioni in maniera efficace, realizzando gli obiettivi strategici e con una corretta attuazione delle azioni. Questo processo inoltre valuta precedentemente e a posteriori la capacità di conseguire i target prefissati da parte degli amministratori, attraverso una corretta gestione ed un orientamento al miglioramento continuo di processi e persone. Inoltre valuta se i processi che l’Amministrazione utilizza sono efficaci ed efficienti.

Nel caso specifico vediamo che nel 2018, l’Organismo Indipendente di Valutazione è rimasto senza una figura responsabile fino all’entrata in attività di una nuova persona a partire dal 19/04/2019. Perciò in assenza di una gestione stabile, la Struttura Tecnica permanente si è occupata di elaborare tutti i rendiconti relativi al 2017, di effettuare i controlli periodici e conclusivi del 2018 nonchè di cominciare a programmare gli obiettivi per il 2019, tutto ciò chiamando in causa anche i responsabili dei Centri di Responsabilità. Inoltre la struttura tecnica si è adoperata per lo sviluppo e l’implementazione di un software che possa seguire tutto ciò che concerne la gestione delle performance, aiutando a recuperare e analizzare le informazioni riguardanti gli obiettivi prefissati. L’OIV si è occupata invece di mansioni di cui ha competenza esclusiva che riguardano il controllo di gestione del Sistema Sanitario Nazionale. Ha infatti

---

<sup>12</sup> Art. 14 co. 4 lett a) D. Lgs. N. 150/2009

predisposto la Relazione sulla misurazione relativa al 2017 e confermato la Relazione sulla Performance del medesimo anno proponendo anche la valutazione dei direttori generali all'organo incaricato.

## Capitolo II

### IL NATIONAL HEALTH SERVICE NEL REGNO UNITO

Sommario: 2.1 La storia del National Health Service (NHS). – 2.2 Il sistema di gestione nel National Health Service UK. – 2.3 I sistemi premianti QP e CQUIN.

#### 2.1 La storia del National Health Service (NHS)

##### 2.1.1 L'assistenza nel Regno Unito prima del 1948

Nel Medioevo i poveri, gli infermi e gli anziani venivano assistiti dagli ordini religiosi, soprattutto nei monasteri. Successivamente, intorno al 1550, l'Inghilterra affrontò lo scisma anglicano con la Chiesa Cattolica, perciò il Re in carica in quel momento, Enrico VIII, decise di chiudere tutti i monasteri togliendo in questo modo gran parte delle strutture che si prendevano cura dei più bisognosi.

Nel XVII secolo con la Regina Elisabetta I furono poste in essere alcune misure per far fronte alla mancanza di assistenza che confluirono nella *Poor Law*, una legge che cercava di dare aiuti e supportare le persone più povere con un sistema "porta a porta". Rimase così fino a 1800 circa, dopo di che il pensiero comune era che il supporto fornito dagli ospizi fosse esagerato e di conseguenza venne abolita l'assistenza porta a porta per fornire alloggi a queste categorie più deboli.

Inoltre, sebbene queste categorie di pazienti dovevano essere curate con una gestione separata questo non avveniva, infatti orfani, poveri ed anziani venivano accolti tutti insieme. Solamente verso la fine del secolo furono aggiunte delle pertinenze per la cura degli ammalati. In questo periodo, l'assistenza era molto approssimativa e veniva fatta in pessime condizioni.

A questo punto ci si rese conto della necessità di un tipo di assistenza più adeguato. Perciò le autorità locali hanno istituito degli ospedali per curare le malattie infettive ed altri istituti per malattie mentali. L'assistenza veniva fornita da medici specialisti che

comunque continuavano a mantenere le loro visite private presso altre cliniche. Inoltre gli ospedali puntavano a concentrarsi su pazienti con patologie molto gravi che implicavano un breve periodo di assistenza, con l'obiettivo di ottenere un vantaggio di tipo economico.

Successivamente, ad inizio 1900 iniziò a prendere piede la figura del medico di famiglia subordinato ad una copertura assicurativa. Qualche anno dopo, il Governo estese la possibilità di essere assistiti da un medico di fiducia a tutti i lavoratori uomini, i quali potevano scegliere il *general practitioner* (GP) da una lista. Sebbene questa assistenza fosse riservata al lavoratore senza essere estesa ai membri della famiglia a carico, questo servizio ha determinato un notevole salto dato che il Governo ha concesso assistenza gratuita ai poveri.

Il primo passo verso un sistema sanitario nazionale è scaturito dall'arrivo della Seconda Guerra Mondiale con l'istituzione dell'*Emergency Medical Service*, il quale era composto da tutti gli ospedali del paese in modo da potersi organizzare per riuscire ad assistere il maggior numero di feriti coprendo la più varia casistica.

Da questo momento l'idea di un servizio nazionale e statale divenne più solida e nel 1948 il governo social-laburista istituì il National Health Service.

### **2.1.2 La nascita del NHS: principi, struttura ed evoluzione**

Il NHS viene fondato su due principi base: i servizi offerti devono essere in gran parte finanziati dall'imposizione fiscale e devono essere gratuiti ed accessibili a tutti. Storicamente è sempre stata presente una piccola parte, ma comunque significativa, di finanziamenti privati.

Perciò per circa cinquant'anni i cittadini inglesi hanno potuto usufruire del servizio sanitario nazionale senza dover pagare direttamente la prestazione ricevuta ma semplicemente attraverso il versamento di imposte e tasse.

La struttura del nuovo servizio trova origine in diversi elementi:

- Ospedali statali: in precedenza gli ospedali erano gestiti da organizzazioni no-profit mentre ora sono gestiti dal Consiglio Regionale con specifiche deleghe ai comitati di gestione degli ospedali stessi. Inoltre molte specializzazioni hanno mantenuto livelli qualitativamente elevati ma non per quanto riguarda la cura di anziani o pazienti affetti da disturbi mentali. Questo tipo di assistenza rimase fino ai primi anni '90 da quando iniziarono ad integrare questi reparti con le altre divisioni.
- Una rete di medici di famiglia che ha sostituito il precedente sistema. I medici si occupano dell'assistenza primaria e ricevono uno stipendio a livello statale.
- Servizio sanitario a domicilio e in comunità: per quanto riguarda servizi quali assistenza infermieristica a domicilio, prevenzione e riabilitazione sono sempre amministrate separatamente dal Comune.

Queste tre divisioni ricevevano il finanziamento dallo Stato ma venivano gestite in maniera separata.

Durante lo sviluppo del National Health Service, questa iniziale divisione delle funzioni tra le organizzazioni ha creato dei problemi nell'erogazione dei servizi. E solamente verso la fine degli anni Novanta queste tre divisioni sono passate sotto la gestione del NHS.

Altri servizi quali sociali e di lungodegenza per anziani sono rimasti sotto la giurisdizione del governo locale e centrale, e nonostante periodici tentativi di rendere più coeso l'approccio in materia di sanità, questo non ha avuto molto successo. Infatti con l'avvento del nuovo Governo nel 1997 fu promosso un programma chiamato "*joined up government*" con l'intento di agire in modo coordinato.<sup>13</sup>

Una volta formato il sistema a livello nazionale ci si chiedeva in quale maniera potesse essere gestito efficientemente. Negli anni Cinquanta la gestione seguiva i principi utilizzati durante il periodo bellico ossia seguendo il metodo "*command and control*" che implicava delle direttive a livello centrale replicate fino all'unità ospedaliera. I General Practitioner erano invece dei medici indipendenti perciò non venivano gestiti

---

<sup>13</sup> Greengross P., Grant K., Collini E., The history and development of the UK National Health Service 1948 – 1999, HSRC, London, 1999

direttamente dallo Stato ma influenzati tramite il contratto nazionale. Perciò a causa di questa discordanza si mise tutta l'attenzione sugli ospedali per giungere ad un qualche cambiamento.

Dal 1948 furono implementati alternandosi tre metodi di gestione, cercando di provare diverse combinazioni di fattori quali medico-chirurgici, infermieristici ed amministrativi. Nel 1948 gli ospedali erano gestiti da un sovrintendente medico, un'infermiere caposala ed un amministratore. Le funzioni dell'amministratore erano quelle di fare in modo che gli ospedali fossero edifici puliti, correttamente riforniti e ben curati, ma non ci si preoccupava della gestione nel senso di efficienza ma si interveniva solo in caso di necessità.

In questo periodo e più in particolare nel 1956, attraverso un report del Ministero della Salute, vennero esposti una serie di problemi quali la variazione delle tendenze delle malattie, l'importanza della prevenzione, i bisogni e le questioni affinché i medici di base e gli ospedali potessero collaborare in maniera efficiente e migliore per i pazienti, la necessità di assistere gli anziani presso le loro abitazioni e venne inoltre discussa la possibilità o meno da parte del NHS di affrontare tutte le richieste dei pazienti dal punto di vista medico.

Nonostante l'avvenire di queste problematiche, non fu approvato un nuovo sistema di allocazione delle risorse da implementare. Infatti la suddivisione dei fondi non veniva disposta a livello nazionale e i finanziamenti agli ospedali erano determinati sulla base di budget storici ossia in base alla spesa sostenuta l'anno precedente, senza porre l'attenzione sull'utilità o meno di finanziare i progetti stessi. Questo sistema di budgeting rimase invariato per molto tempo prima di essere affrontato e modificato.

Gli anni Sessanta furono un periodo di forte espansione e il sistema sanitario beneficiò della costruzione di nuove strutture ospedaliere. In questo periodo si iniziò a sviluppare un sistema che fosse in grado di fornire assistenza per il più gran numero possibile di patologie per ogni unità locale. Le persone dovevano eventualmente spostarsi in regioni diverse solo per alcuni problemi particolari e delicati, ad esempio inerenti la cardiocirurgia e la neurochirurgia. Rimasero comunque alcuni problemi, tra i quali quello di non aver adeguato i finanziamenti al nuovo approccio (era rimasto il sistema di stanziamento basato sullo storico). Un secondo importante tema sviluppatosi negli anni

Sessanta è stato quello dell'introduzione di un consulente ospedaliero per coordinare la struttura e il personale medico alla direzione. Questi consulenti erano incoraggiati a accorparsi in divisioni relative ad una specializzazione per pianificare i servizi ed il lavoro dell'ospedale stesso.

Infine un altro ma molto importante tema del decennio è stato lo sviluppo dei medici privati. Questo perchè i medici di base spesso erano mediocri ed era vista come una professione destinata a coloro che non riuscivano a raggiungere la specializzazione. I medici di famiglia venivano pagati poco e gli venivano affidati moltissimi cittadini e non era previsto alcun aggiornamento per quanto riguarda la professione.

Dopo molte negoziazioni si arrivò ad un accordo tra il governo e la *British Medical Association* (BMA) per quanto concerne la paga dei medici di base, predisponendo un'imposta pro-capite e una tariffa per ogni prestazione effettuata. In questo accordo venne disposto anche un piano di miglioramento della qualità dei medici stessi, facendo diventare la medicina di base una vera e propria specializzazione con la previsione di una formazione anche post-laurea.

Negli anni Settanta il finanziamento è rimasto basato sulla numerosità della popolazione, tuttavia il rapporto tra direzione e personale è andato via via deteriorandosi a causa del forte potere dei sindacati. Questo causato dall'intenzione dei manager di intervenire sulle inefficienze e dall'impossibilità di concedere gli adeguamenti retributivi richiesti e necessari. Perciò vista la situazione poco definita, nel 1974 venne attuato un riordino del National Health Service.

A inizio del decennio il Governo Conservatore iniziò il processo di riorganizzazione che venne portato avanti anche nel 1976 dal nuovo Governo Laburista, cercando di superare due problemi presenti nel sistema sanitario nazionale da molto tempo:

- trasformare il NHS in un sistema finanziato in base alla popolazione
- unire ospedali, servizi per la comunità e funzione pubblica.

Il riordino pose enfasi sulla gestione dei servizi all'interno delle quattordici regioni sanitarie in cui era suddiviso il Paese. Con questo riordino i *Regional Health Boards*<sup>14</sup> si occupavano della pianificazione strategica delegando alle *Area Health Authorities* la gestione operativa, ed i membri di questi consigli venivano nominati dal Segretario di

---

<sup>14</sup> Consigli Sanitari Regionali

Stato per la salute. Le Autorità Sanitarie e d'Area coprivano un numero che oscillava tra 500.000 e 1.000.000 cittadini, suddivisi a loro volta in distretti rappresentanti 200.000 abitanti. Il NHS diventa inoltre responsabile della prevenzione mentre le Autorità locali rimangono responsabili delle misure relative a igiene alimentare e salute ambientale.

Però rimase, come anticipato, il problema del sistema di finanziamento basato su ciò che era storicamente necessario e sebbene il personale veniva assunto dalle Autorità Sanitarie d'Area, i contratti erano basati sulle condizioni nazionali e così anche i salari.

Il riordino ha però incontrato alcuni problemi:

- ha prodotto un'organizzazione molto rigida, con eccessivi step prima di poter giungere ad una decisione;
- gli accordi presi erano rigidi e non modificabili.

Le decisioni riguardanti la gestione venivano prese da gruppi di sei persone tra senior manager e professionisti, però mancava un direttore con un certo senso di leadership che mettesse in pratica con efficacia le linee guida decise, portando ad una scarsa realizzazione di quanto stabilito.

Essendo la pianificazione degli anni Settanta di tipo centralizzata in cui la redistribuzione delle risorse si allontanava molto dall'allocazione basata su un budget storico, questo portava ad una distribuzione non equa dal punto di vista delle aree geografiche. Perciò in seguito si rese necessaria una nuova innovazione, venne quindi definita una formula per determinare le risorse da destinare ad ogni regione tramite un calcolo che prendeva in considerazione i dati relativi alla mortalità sulla numerosità della popolazione di quell'area. Inoltre con questo metodo, iniziato nel 1976 ed abolito nel 1991, venivano dati più o meno fondi alle regioni anche in relazione a quanto spettava loro in passato, perciò l'introduzione di questa formula ha modificato molto i finanziamenti elargiti.

A inizio anni Ottanta continuarono le innovazioni nel campo della redistribuzione delle risorse. Una interessò uno spostamento di risorse da un'area ad un'altra per superare ingiustizie precedenti, una che desse importanza anche a situazioni non ancora giunte al limite. In questo periodo si cercava di creare le basi per un finanziamento basato sulla popolazione e nello stesso tempo si cercava di ridurre la quantità di burocrazia (in eccesso) apportata dalla riforma del 1974.

Il primo Governo della nota “*Iron Lady*” Margaret Thatcher iniziò nel 1979 e aveva programmato una serie di modifiche anche drastiche nel settore pubblico al fine di ridurre i costi di gestione, infatti venne eliminato il livello “Area” nella suddivisione geografica.

Una novità fu la composizione del Consiglio a livello distrettuale in cui tra le autorità vi erano anche componenti del Governo locale. I bisogni venivano individuati per distretto per cercare di sviluppare accordi più flessibili anche in base al luogo. Le regioni invece erano al livello di supervisione e di allocazione delle risorse ricorrenti.

Nel 1984 fu introdotto il sistema di controllo di gestione che presupponeva:

- un responsabile ad ogni livello dell’organizzazione, con l’autorità e che possa gestire la contabilità per prendere le decisioni necessarie;
- più flessibilità della struttura dei team di lavoro;
- dare enfasi alla leadership;
- esternalizzare i processi decisionali.

Con questa innovazione il personale medico era supervisionato dai manager, ma non i consulenti. Questo è importante in quanto gli infermieri erano assunti come consulenti e perciò rimasero responsabili nei confronti della Regione o del Distretto presso il quale venivano assunti.

Venne creato un comitato per stabilire la politica da seguire presieduto dal Ministro della Salute, e venne creato anche per non aggravare la quotidianità del Ministro con questi compiti. Questo fu responsabilità del *NHS Management Executive*. Il *NHS Management Executive* rimaneva distinto dal Ministero della Salute il quale come già anticipato si curava della politica.

Un’altra novità è stata quella di fissare dei budget generali per tutte le operazioni di un’unità operativa del distretto e non dei budget per ogni funzione. Questo è stato reso possibile dallo sviluppo dei sistemi informativi, che erano ora in grado di allocare i costi alle attività cliniche.

Inoltre dal momento che con le proprie decisioni i medici usufruivano di tutto il budget per l’assistenza dei pazienti, le unità operative dovettero coinvolgere anche i medici stessi nel sistema della gestione. Perciò dopo qualche progetto pilota, è stato introdotto un sistema di budgeting clinico.

Dopo di che si cercò di puntare su investimenti nei sistemi informativi di gestione in modo tale da incrementare la qualità dei processi decisionali dei manager.

Questi fatti hanno spinto il servizio sanitario verso un approccio simile ad un'azienda privata.

Nel 1987 il Governo decise di rivedere il sistema per il pagamento dei medici di famiglia per incoraggiare la prevenzione e l'importanza della salute. Per sostenere questa volontà da parte del Governo venne inserita una nuova figura in ogni distretto, ossia il direttore per la sanità pubblica DPH il quale è responsabile per la situazione sanitaria dei cittadini. Il DPH deve redigere un report annuale che fotografi la situazione, rafforzando la consapevolezza di utilizzare le risorse del NHS per investire nella salute della popolazione.

Tutto ciò che è stato fatto negli anni Ottanta ha messo le basi per le riforme del 1989.

### **2.1.3 Le riforme del 1989**

Nonostante gli interventi sulla gestione e sulla promozione di salute e prevenzione, negli ultimi anni le risorse utilizzate erano molto aumentate e la chiusura di ospedali e reparti mettevano in allarme le persone.

Il Governo credeva non ci fossero dei metodi incentivanti per premiare gli ospedali gestiti bene.

Le proposte innovative furono descritte in un *white paper* chiamato "*Working for patients*" nel 1989. I due principali obiettivi erano quelli di garantire ai pazienti un'assistenza migliore e con la possibilità di scegliere e di generare maggiore soddisfazione anche attraverso ricompense ai lavoratori che fossero in grado di rispondere alle esigenze.

Il Governo voleva appunto incrementare le performance e la qualità degli ospedali e dei medici di famiglia nella maniera migliore possibile. Vennero inoltre proposti alcuni interventi quali:

- delegare alcune funzioni a livello locale;
- possibilità per gli ospedali di autogovernarsi;
- creare nuovi posti di lavoro per consulenti;

- alcuni gruppi di medici di famiglia di grandi dimensioni potevano preparare dei propri budget ottenendo servizi direttamente dall'ospedale;
- gli organi di gestione degli operatori a livello regionale, distrettuale e familiare dovevano avere dimensioni più ridotte e dovevano diventare organizzazioni professionali con una direzione sia esecutiva che non;
- incremento di controlli sulla qualità dei servizi erogati e sul rapporto qualità-costi.

Le raccomandazioni effettivamente realizzate sono in realtà state le seguenti:

1. Introduzione di un mercato interno separando la fornitura di servizi dall'acquisizione, al fine di creare concorrenza tale da portare ad un miglioramento delle performance.
2. Creazione di ospedali autonomi per la gestione dell'erogazione dei servizi ospedalieri e della comunità (*stand-alone trusts*). Queste organizzazioni erano direttamente responsabili verso lo Stato. L'obiettivo era spostare la responsabilità dell'assistenza prestata il più vicino possibile al paziente, togliendo anche il dovere di consultazione con i dirigenti che gestivano aspetti finanziari e di altro tipo.
3. Creazione di fondi per i medici di base in modo da consentire loro di acquistare servizi ospedalieri per quei pazienti la cui cura si esaurisce in un'unica giornata, e lasciando che il medico di base stesso scelga quali procedure e interventi effettuare. Ci si aspettava quindi che la volontà da parte degli ospedali di essere richiesti da parte del medico di base facesse in modo che la qualità di servizio degli ospedali stessi incrementasse.
4. Utilizzo di una specie di contratti non aventi valenza legale per disciplinare il pagamento dei servizi tra acquirenti e fornitori per determinati carichi di lavoro, con l'obiettivo di aumentare trasparenza e qualità.
5. Il passaggio da un sistema di finanziamento basato sullo storico dei servizi utilizzati ad un finanziamento ponderato in base alla popolazione, al fine di giungere ad una distribuzione equa di risorse e per fare in modo che si guardasse di più ai bisogni dei cittadini piuttosto che ad altri interessi.
6. Introduzione di alcuni oneri patrimoniali per gli edifici e la strumentazione per portare ad un maggiore senso di responsabilità dei dottori.
7. La promozione del controllo sull'operato dei medici.

L'introduzione dei medici di base come possibili diretti acquirenti dei servizi oltre alle *Health Authorities* (HA) aveva quindi l'obiettivo finale di spostare l'assistenza completa il più vicino possibile al paziente.

Veniva poi permesso a singoli fornitori di chiedere di formare dei *NHS Trusts* (ospedali), costituiti come organizzazioni semi-autonome, per sostituire le precedenti *Directly Managed Units* (DMUs). Questo per aumentare la scelta a disposizione e per incrementare il senso di responsabilità. Questi Trust erano senza scopo di lucro, però potevano cercare anche fonti di finanziamento private. Il prezzo però da proporre doveva comunque rispecchiare i costi effettivamente sostenuti.

Perciò si è modificata la struttura del *Department of Health* e delle *Health Authorities* visti i nuovi processi decisionali portati ad un livello più locale. Infatti all'inizio delle riforme i *Family Practitioner Committees* sono stati rinominati *Family Health Service Authorities* (FHSAs) ed in seguito sia questo organo sia i *District Health Authorities* (DHAs) sono stati riallineati affinché coincidessero.

Le autorità sanitarie regionali sono diventate responsabili per l'onestà finanziaria dei *NHS Trust* e dei *GP Fundholders*. Avevano inoltre acquisito dei servizi particolari e complessi quali la chirurgia plastica, la dialisi e molto altro, servizi poi concessi alle DHAs in quanto erano state abolite le RHAs.

Le RHAs sono state di fatto sostituite dagli uffici regionali del *NHS Executive* (con funzioni quali gestione dei Trust, allocazione delle risorse, ricerca e sviluppo, ecc.). nello stesso momento DHAs e FHSAs sono state unite e confluite in un'unica *Health Authority*.

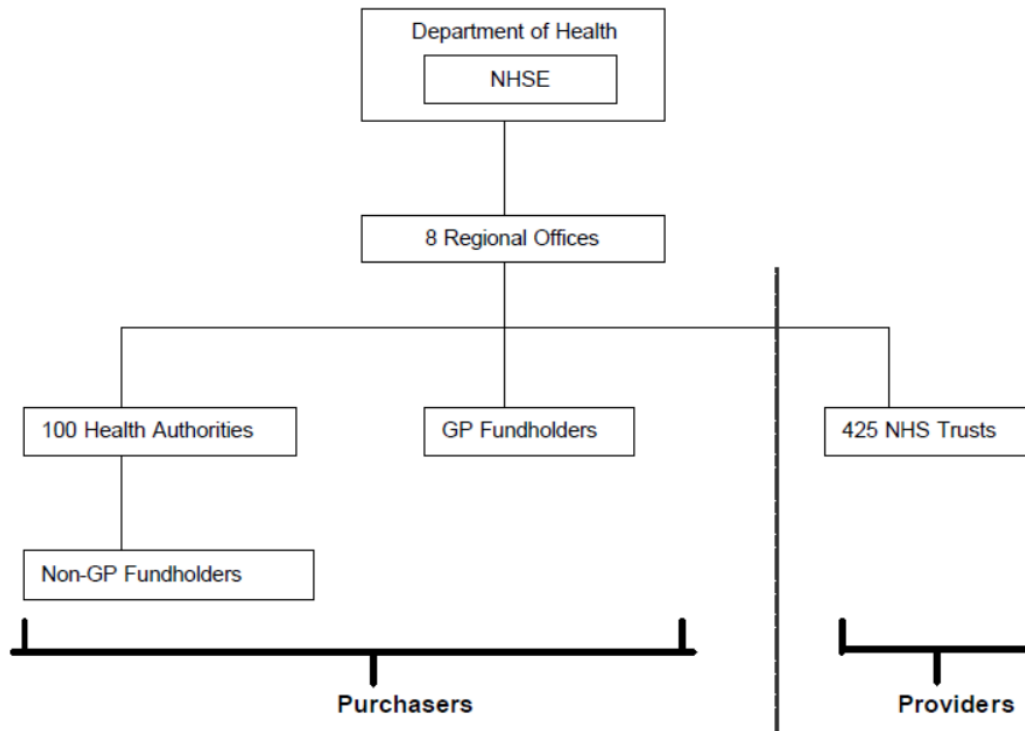


Figura 2-1: Organizzazione Dipartimento della Sanità

(Fonte: Greengross P., Grant K., Collini E., The history and development of the UK National Health Service 1948 – 1999, HSRC, London, 1999)

Dopo l'avvento delle riforme, in circa sei anni, tutti i fornitori sono diventati Trust e oltre metà della popolazione ha utilizzato i fondi degli studi medici.

Furono inoltre introdotti nuovi metodi di *fundholding* ed il metodo standard di fundholding è stato ampliato a studi anche più piccoli con circa 5.000 cittadini ed è stata introdotta una nuova forma di fundholding di tipo ristretto per studi con circa 3.000 persone senza però la possibilità di acquistare servizi ospedalieri.

Vennero inoltre creati dei *multifund* che uniscono più fundholder nei quali c'è la possibilità di condividere le risorse per poter offrire una pianificazione consistente dei servizi.

Nel 1997 c'erano già circa cinquanta multifunds in essere, responsabili per circa 3 milioni di persone. Nel frattempo altri medici di base, i quali erano spesso contrari alla pratica di fundholding, formarono delle cooperative che operavano come organi consultivi per le Health Authorities senza però porre in essere accordi separati.

Alcune motivazioni che inducevano i medici ad associarsi e diventare uno studio di fundholding erano le seguenti: per proteggere e continuare a rifornirsi presso fornitori locali (di fiducia) e la possibilità di impegnarsi per migliorare ed apprendere il più velocemente possibile le abilità e competenze ospedaliere.

Spesso i fundholders disponevano, in proporzione non equa, di budget molto alti. Prima della riforma, le strutture ospedaliere sottovalutavano le attività in quanto vi era un incentivo molto piccolo per chi governava correttamente dal punto di vista contabile. In alcune regioni ai fundholders era permesso gestire le attività degli ospedali a cui si riferivano per poter stabilire il proprio budget e spesso consideravano livelli più alti di quelli individuati dagli ospedali stessi e dalle autorità sanitarie. Infatti i problemi emergevano nel momento in cui queste previsioni venivano trasformate in budget reali e realistici.

Nel sistema sanitario nazionale del Regno Unito i fundholders non erano molto apprezzati in quanto venivano considerati come un organismo privilegiato e questo sentimento non positivo rimase per diversi anni, pregiudicando anche la formazione di alcuni fondi e ponendo le Health Authorities contro lo schema base da seguire.

Queste riforme ebbero come conseguenza dei malumori dovuti ad una diffidenza di tipo culturale, erano stati infatti introdotti principi aziendali e una libera concorrenza che potevano portare ad una trasformazione del servizio pubblico, e si era diffuso inoltre il timore di un cattivo funzionamento dovuto alla frammentazione del servizio in tanti fondi diversi. Man mano che il mercato interno prendeva forma e si sviluppava, anche gli oppositori più accesi accettarono che alcune delle modifiche ebbero riscontri positivi. La suddivisione fornitore-acquirente rese possibile una migliore e più razionale pianificazione dei servizi, di conseguenza la gestione degli ospedali beneficiò di una maggiore flessibilità e dell'adozione di pratiche di lavoro innovative.

Tuttavia, il mercato interno in realtà non era affatto un mercato. Era fortemente gestito dallo Stato e influenzato da considerazioni politiche. Perciò, gli acquirenti non potevano fare improvvisi cambiamenti nei contratti, il settore privato veniva utilizzato raramente e alcuni ospedali chiusero. In molte parti del Paese la vera concorrenza tra i fornitori non era né attuabile né prevista, e insieme ai loro acquirenti si ritrovarono in un sistema di "monopoli bilaterali".

Rimasero alcune preoccupazioni reali. In primo luogo, c'era una percezione di crescente disuguaglianza di accesso alle cure. Infatti la responsabilità di stabilire le priorità era stata assegnata alle autorità sanitarie e i distretti si ritrovarono con diverse regole riguardanti l'ammissibilità alle cure.

In secondo luogo, i costi di gestione del mercato interno erano elevati. Nei primi tre anni dalla sua introduzione furono nominati 10.000 nuovi dirigenti, anche se la cifra comprendeva un gran numero di clinici già operanti che si erano assunti l'ulteriore incarico. Questo dato era comunque affiancato da effettivi incrementi di efficienza, ma nonostante un aumento analogo di personale dirigente si era verificato anche prima che fosse proposto il mercato interno, fu visto come una riduzione delle risorse disponibili per l'assistenza in prima linea.

La questione se i costi fossero elevati o meno deve essere posta in relazione al fatto che il budget stanziato dal NHS per il management era del 3%, proporzione bassa rispetto a business simili e industrie. Alcuni credevano che il personale dirigente del servizio sanitario nazionale fosse stato a lungo sotto dimensionato, e che i vari processi di riforma finalmente lo avvicinarono ad un livello accettabile per poter gestire la rapida evoluzione del settore. Tuttavia, i manager venivano percepiti come dei burocrati, ed alcuni media populistici spesso hanno sfruttato questo sentimento (chiaramente influenzato da ramificazioni politiche) per alimentare la sfiducia pubblica nei confronti del NHS, accusandolo di dirottare troppi fondi verso la sua classe dirigente.

Quando il Partito Laburista vinse le elezioni generali del maggio 1997, il suo manifesto includeva l'intenzione di abolire il mercato interno. Sono state inoltre emesse linee guida provvisorie affinché le autorità sanitarie e i Trust cooperassero piuttosto che competere. Una nuova ondata di riforme portò al Libro Bianco "*The new NHS. Modern – Dependable*"<sup>15</sup>. L'unico cambiamento importante è stato l'abolizione del metodo di finanziamento per i medici di base dal marzo 1999 e l'istituzione di una nuova forma di cooperativa di cure primarie, il *Primary Care Group* (PCG). Per di più, sono stati fissati obiettivi per la riduzione dei costi di gestione di £100 milioni all'anno tramite la semplificazione del processo di appalto e la messa in comune delle risorse. I risparmi dovevano essere investiti per migliorare la cura del paziente.

---

<sup>15</sup> The new NHS. Modern. Dependable, Department of Health, The Stationery Office, 1997, London

### 2.1.4 Verso il nuovo millennio: The “new” NHS

"The new NHS. Modern – Dependable" è stato pubblicato nel dicembre 1997. In molti aspetti rappresentava un'evoluzione, piuttosto che una rivoluzione, nella gestione del NHS avviato da "Working for Patient". Nonostante un rifiuto dell'etica competitiva del mercato interno, la divisione fondamentale acquirente-fornitore, che separava la pianificazione dell'assistenza sanitaria dalla sua esecuzione, venne mantenuta; e il passaggio ad un'assistenza primaria rinforzò il NHS. Le responsabilità del consiglio di amministrazione per le prestazioni finanziarie furono integrate con complementari responsabilità chiare per la qualità delle cure. Una rinnovata enfasi è stata posta sulla cooperazione tra i vari partner nell'economia sanitaria locale piuttosto che sulla competizione. La gestione delle prestazioni incluse un set esteso di indicatori e parametri di riferimento.

	Proposal	Objective
1	The abolition of the internal market	Reduced transaction costs, more co-operation between Trusts, Primary care, Health Authorities and Social Services
2	The introduction of <b>Primary care Groups</b> (PCGs), each responsible for commissioning health care for populations of about 100,000 people, and the abolition of Fundholding	Abolish inequity between patients registered with fundholding and non-fundholding practices. Reduce commissioning costs. Single budget for primary care including prescribing.
3	Health Authorities to assume a strategic role by developing three-yearly <b>Health Improvement Programmes</b> (HimPs) in conjunction with the local NHS, PCGs and Local Authorities.	Co-operative, longer-term approach to planning services. Delivery of health (and social) care embedded within a broader strategy for health
4	The introduction of <b>Clinical Governance</b> , imposing a statutory upon Trust Chief Executives for the quality of care delivered	Placing quality at the heart of NHS activity and closer monitoring of clinical practice
5	A new <b>Performance Management Framework</b> to assess six factors: the outcome of, access to, patient and carer views of, the effectiveness and efficiency of and general health improvement due to health care	Broader performance indicators to reduce perverse financial incentives
6	The establishment of two new bodies. A <b>National Institute for Clinical Excellence</b> (NICE) to develop National Service Frameworks for care delivery.	Improve and monitor quality and effectiveness of care using national standards
7	A <b>Commission for Health Improvement</b> (CHImp) to evaluate clinical care against these and other standards  Investment in information technology, eg: a nation-wide patient information telephone line ( <b>NHS Direct</b> ) and expanding the NHS intranet to connect all general practices	More appropriate care delivery, better inter-sectoral communications

Figura 2-2: 1997: riforme e obiettivi

(Fonte: Greengross P., Grant K., Collini E., The history and development of the UK National Health Service 1948 – 1999, HSRC, London, 1999)

Sei principi sono alla base delle proposte:

- 1) Rinnovare e migliorare il servizio sanitario nazionale.
- 2) Rendere la prestazione delle cure sanitarie una responsabilità locale.
- 3) Concentrarsi sulla qualità delle cure.
- 4) Lavorare in collaborazione.
- 5) Perseguire efficienza e performance.
- 6) Ricostruire la fiducia del pubblico.

Tre filoni di attività preesistenti furono consolidati e sottolineati: sviluppo del ruolo dell'assistenza primaria (attraverso i PCGs); ampliare la strategia nazionale per la salute del NHS; porre un'attenzione esplicita su qualità e standard.

Secondo le proposte, tutti i medici di base furono obbligati a far parte dei PCG a partire dall'aprile 1999. Ciascuno comprende circa 50 medici di base e i loro collaboratori, al servizio di una popolazione di circa 100.000 persone. Coprono aree geografiche definite e ciascuno è gestito da un consiglio con una maggioranza naturale di medici di base, oltre a rappresentanti degli infermieri, gruppi comunitari e Autorità Sanitaria. I PCG assumeranno entrambi i ruoli di fornitore e commissario.

I PCG, in quanto fornitori di cure primarie e acquirenti di cure secondarie, saranno finanziati sulla base di un'indennità ponderata sulla privazione dalla loro Autorità Sanitaria. Quindi, per la prima volta, l'assistenza primaria e secondaria verrà erogata all'interno di un unico e limitato budget, introducendo un tetto alla prescrizione del medico di famiglia.

I PCG dovrebbero avanzare attraverso quattro livelli, riflettendo il loro grado di autonomia. I PCG di livello 1, i più elementari, si limiteranno a consigliare l'HA sulle proprie decisioni. I PCG più sviluppati (livello 3 e 4) deterranno budget completi da utilizzare per fornire e commissionare quasi tutte le cure.

A differenza del regime di Fundholding che era sempre volontario (anche se con notevoli incentivi finanziari per incoraggiare le persone a parteciparvi) ogni medico di famiglia doveva necessariamente aderire ad un PCG. Inoltre, il regime di Fundholding considerava il ruolo dei medici generici solo come commissari, mentre le nuove disposizioni li trasformarono anche in veri e propri fornitori di assistenza. Sebbene i GP mantengano i loro contratti esistenti e il loro status di professionisti indipendenti,

dovranno assumersi la responsabilità aziendale per l'uso delle risorse e per la qualità delle cure fornite. In un importante cambiamento culturale, ci si aspettava che i medici all'interno dei propri PCG monitorassero le prestazioni cliniche dei loro colleghi e segnalassero eventuali variazioni nella qualità fornita delle cure.

Sebbene la funzione ultima delle Autorità Sanitarie sia quella di migliorare la salute della loro popolazione, tradizionalmente si sono concentrate sulla pianificazione e sul commissionamento dei servizi sanitari. Il nuovo NHS consente alle HA di concentrarsi solamente sulla pianificazione strategica, lasciando i PCG liberi di negoziare gli standard di cura e il modo in cui questa viene fornita a livello locale.

Le HA dovranno produrre programmi triennali di miglioramento della salute (HImPs), il cui punto di partenza sarà il report annuale del Direttore della Sanità Pubblica. I programmi dovranno essere sviluppati come esercizi congiunti con i partner locali, le Autorità Sanitarie saranno responsabili di garantire che tutti gli stakeholder locali (PCG, Trust, Autorità Locali) siano coinvolti nello sviluppo e che siano successivamente iscritti al programma, che dovrebbe fornire per loro un quadro per tutta l'assistenza sanitaria e sociale.

L'intenzione è quella di avere un processo per il commissionamento dei servizi sanitari che non sia più basato sulla competizione ma sulla cooperazione tra le diverse componenti del NHS e non (in particolare autorità locali, gruppi di volontariato e gruppi commerciali le cui attività impattano sulla sanità).

Nel giugno 1998, il governo ha pubblicato proposte per mettere la qualità "*at the hearth of healthcare*"<sup>16</sup>. La strategia prevede tre componenti: stabilire standard chiari, sviluppare sistemi locali per poterli raggiungere, e monitorare che questi siano centrati. I collegamenti tra i tre obiettivi sono illustrati nella seguente figura.

---

<sup>16</sup> A first class Service Quality in the new NHS The Stationery Office, Department of Health, 1998, London

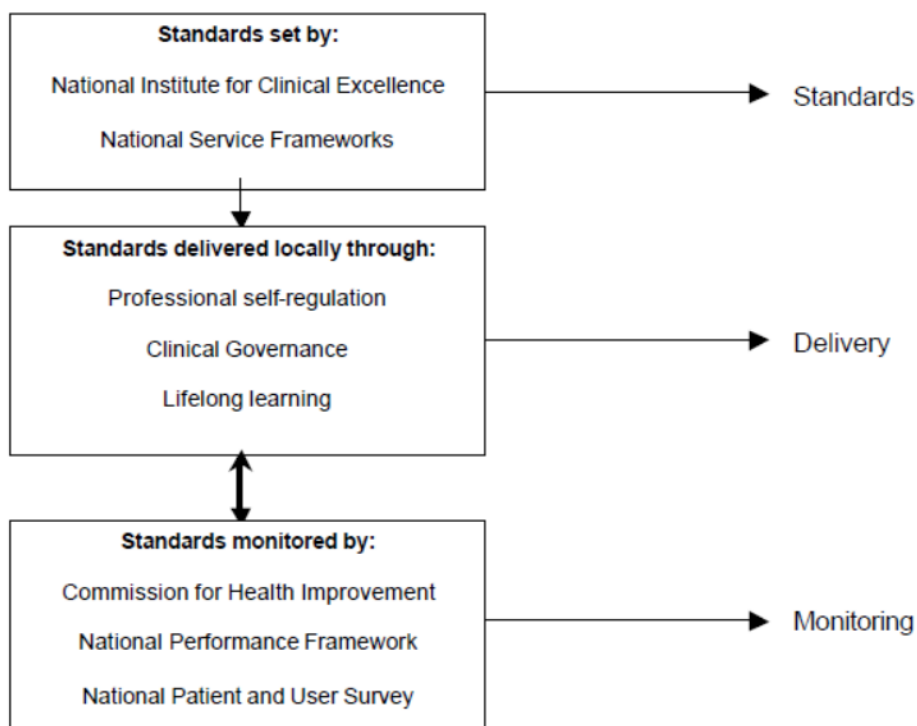


Figura 2-3: Setting, delivering, monitoring standards

(Fonte: A first class Service Quality in the new NHS The Stationery Office, Department of Health, 1998, London)

### Setting standards

Il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) sarà un'Autorità Sanitaria Speciale che si assumerà il ruolo di un certo numero di organizzazioni esistenti che producono informazioni e linee guida per un'assistenza sanitaria efficace. Sarà responsabile del "horizon scanning", ovvero di identificare e valutare precocemente interventi sanitari che potrebbero avere un impatto significativo sul NHS, oltre che di esaminare le pratiche attuali, sviluppare e diffondere guide sul miglior utilizzo di tali interventi (in particolare dal punto di vista della convenienza economica) e consigliare i mezzi adeguati di implementazione.

In particolare, NICE supervisionerà la produzione di *National Service Frameworks*, strutture riguardanti i principali rami della politica sanitaria. Inizialmente, questi stabiliranno gli standard per la gestione del cancro, delle malattie coronariche e della salute mentale. È stato inoltre stabilito che ogni anno venga prodotto un quadro per malattia/condizione, integrato da 30-50 valutazioni di interventi specifici.

NICE si assumerà anche la responsabilità delle quattro *National Confidential Enquiries*, ossia le indagini esistenti che esaminano i decessi perioperatori, i feti nati morti e i decessi infantili, i decessi materni e infine i casi di suicidio e omicidio da parte di persone con malattie mentali.

### **Delivering the standards**

Uno degli aspetti più radicali delle riforme è stata l'introduzione di una *Clinical Governance* per i Trust, PCG e HA. Questa è simile ad una Corporate Governance e pone la responsabilità legale per la qualità dell'assistenza sull'amministratore delegato dei Trust e HA.

Incorpora garanzia di qualità, audit clinico, risk management, sviluppo del personale e formazione. Significa che, per la prima volta, i clinici (in particolare i primari) sono responsabili nei confronti dei dirigenti per la qualità dell'assistenza che forniscono.

I trust hanno dovuto sviluppare rapidamente sistemi per soddisfare questi requisiti, ad esempio istituendo comitati responsabili dell'amministrazione clinica, con l'obbligo di riportare mensilmente al consiglio di amministrazione principale. Al contrario, ai PCG (i cui membri non hanno mai lavorato in precedenza all'interno di un quadro istituzionale) è stato consigliato di identificare un numero limitato di aree prioritarie specifiche per la revisione, ma è auspicabile che rafforzino progressivamente i loro sistemi di governance clinica nel tempo.

Altri meccanismi per fornire elevati standard di assistenza si basano su meccanismi esistenti di autoregolazione e sul concetto di apprendimento permanente. L'autoregolamentazione viene normalmente scatenata a seguito di casi di negligenza medica altamente pubblicizzati. L'interesse del pubblico ha costretto il *General Medical Council* e *Medical Royal College* a considerare l'implementazione di sistemi molto più rigorosi per riaccreditare e regolare le specializzazioni. La fiducia pubblica nei medici è spesso sotto osservazione, questo stato di pressione facilita l'introduzione della governance clinica, nonostante la potenziale riduzione di autonomia che potrebbe comportare.

## **Monitoring standards**

Mentre il NICE dovrebbe "dire ai medici cosa fare", la nuova *Commission for Health Improvement* (CHI) "si assicurerà che lo facciano". La CHI sarà un nuovo organo statutario con il compito di supervisionare tramite un programma continuo di revisioni e audit di tutti i Trust del NHS, ogni 3-4 anni. Sarà responsabile della revisione degli accordi presi dalla clinical governance, dell'attuazione dei *National Service Frameworks*, delle performance generali. Come il NICE, la CHI sarà finanziata da risorse esistenti.

La CHI diffonderà esempi di buone pratiche e formulerà raccomandazioni per affrontare le carenze. Gli uffici regionali, le Autorità Sanitarie e i fornitori di servizi avranno la possibilità di invitare la CHI a indagare su problemi particolari, sebbene saranno poi le organizzazioni locali ad essere principalmente responsabili nel seguire gli sviluppi delle stesse. La CHI sarà anche in grado di indirizzare i medici al GMC o ad altri organismi di regolamentazione se ritiene che ci siano problemi con le loro prestazioni individuali.

Questi cambiamenti rappresentano un cambiamento fondamentale nella relazione tra le professioni mediche, i dirigenti, gli acquirenti e il Governo. Si spera che questo focus tardivo sugli standard e sulle responsabilità non vada a compromettere la relazione medico-paziente, che dipende dalla capacità del clinico di agire secondo i migliori interessi del paziente.

Allo stesso modo, sarà importante evitare la creazione di cicli viziosi attraverso l'uso inappropriato degli indicatori di prestazione, in particolare se presentati come "classifiche". Ad esempio, i medici potrebbero essere riluttanti a eseguire un intervento chirurgico sulle persone con prognosi molto gravi, dal momento che i probabili risultati negativi potrebbero avere un riscontro sfavorevole sulla loro pratica. Allo stesso modo, i sondaggi sulla soddisfazione dei pazienti devono misurare adeguati e affidabili indicatori di qualità, in modo che i fornitori del servizio siano incoraggiati ad investire in servizi clinici piuttosto che "alberghieri".

Tuttavia, per molti aspetti i cambiamenti si limitano a formalizzare ed estendere gli accordi esistenti, anche se in modo più sistematico ed oggettivo. Sia il NICE che la CHI non riceveranno risorse extra nonostante la scala dei compiti che dovranno affrontare. Vi è, quindi, una certa preoccupazione che non avranno abbastanza capacità per avere un reale impatto sulla pratica clinica. Ad esempio la CHI avrà bisogno di enormi risorse

per revisionare ogni 3-4 anni i 450 NHS Trust e un numero simile di *Primary Care Trust*, con il rischio che il suo mandato venga sempre più ridotto negli anni a venire.

### **2.1.5 Research and Development (R & D)**

Fino all'introduzione del mercato interno, i costi per la Ricerca e Sviluppo sono stati ampiamente incorporati al budget complessivo del servizio sanitario. Dal momento che il finanziamento seguiva per lo più modelli storici, la maggior parte della R&S ha avuto luogo in un numero relativamente piccolo di unità didattiche e accademiche.

In assenza di una strategia nazionale per la ricerca e lo sviluppo, i principali temi di ricerca rispecchiavano gli interessi personali dei ricercatori oppure le priorità stesse dei finanziatori esterni (principalmente enti di beneficenza e società private). In questo modo venivano spesso favorite ricerche su servizi sanitari di alto profilo trascurando le cause comuni di malattia gestite dal NHS. Inoltre ci furono pochi studi su come i risultati delle ricerche potessero essere implementati nella pratica di routine di infermieri e medici, di conseguenza il NHS non ne beneficiava come potenzialmente avrebbe potuto.

Questo sistema incominciò ad evolvere nel 1989 con l'introduzione di un Direttore Nazionale della R&S, il cui compito era quello di costruire una strategia nazionale di assistenza sanitaria fissandone le priorità. Fu però nel 1993 che il Governo istituì una vera e propria task force guidata dal professor Anthony Culyer<sup>17</sup> per rivedere e riformare le modalità di finanziamento per la R&S. Il gruppo preparò un report entro un anno, rinforzando il principio per il quale il NHS non è proprietà di organizzazioni individuali ma è al servizio del "bene comune".

A sostegno di questo principio, le Riforme di Culyer hanno proposto che tutte le attività di R&S del NHS dovessero essere finanziate prendendo una parte degli stanziamenti annuali che venivano assegnati a ciascuna HA. Inizialmente il valore di questo singolo flusso di finanziamento è stato calcolato partendo delle stime dei fornitori stessi, ed ha sostituito il precedente metodo di finanziamento che era ricevuto in maniera parcellizzata da un grande numero di fonti.

---

<sup>17</sup> Supporting Research and Development in the NHS Report of a Task Force led by Professor Anthony Culyer, Department of Health, 1994, HMSO London

La strategia nazionale è determinata da un *Central Research & Development Council* presieduto dal Direttore della R&S e composto da rappresentanti del NHS, di enti accademici, di enti di beneficenza e di società private. Accanto a questo organo nazionale, i Direttori Regionali di R&S fungono da punto focale per determinare gli stanziamenti per il finanziamento della ricerca all'interno della propria regione e per la definizione di priorità locali atte ad integrare la strategia nazionale.

I costi per la R&S sono sintetizzabili in tre categorie:

1) *Costi diretti e indiretti.*

Questi includono i costi di personale, attrezzature, farmaci e analisi dei dati.

2) *Costi di assistenza.*

Questo è il costo marginale per sostenere singoli progetti, compresi i costi generali per lo spazio di ricerca, gli appuntamenti ambulatoriali extra e le spese extra sostenute da servizi di routine come i laboratori di radiologia o patologia.

3) *Costi delle strutture di ricerca.*

Questi sono i costi di mantenimento delle istituzioni che conducono grandi volumi di ricerca e sviluppo, ma che non possono essere attribuite a programmi specifici.

Le ultime due categorie sono finanziate su base quadriennale, partendo da osservazioni presentate da fornitori e valutazioni di ricerca. Sia fornitori che intendono intraprendere piccoli volumi di ricerca e sviluppo sia nuovi partecipanti del settore possono richiedere finanziamenti "Task-linked". Per quanto riguarda invece le istituzioni più grandi (strutture proprie di ricerca) possono essere ammesse all'interno di un "Portfolio Funding", che però comporta ulteriori responsabilità in modo da poter garantire agli investitori una garanzia di qualità.

I costi diretti e indiretti di ricerca e sviluppo sono allocati prevalentemente all'interno di programma "autorizzato", le cui priorità riflettono la strategia nazionale per la R&S. Tuttavia esiste un metodo di finanziamento parallelo, chiamato "responsive funding", per aiutare progetti approvati che non rientrano nel suddetto programma. In questo modo viene mantenuto un elemento di flessibilità all'interno del sistema permettendo da un lato agli acquirenti locali e ai fornitori di essere liberi di commissionare e intraprendere ricerche per proprio conto e dall'altro alle ricerche di carattere creativo/visionario di continuare ad essere perseguite.

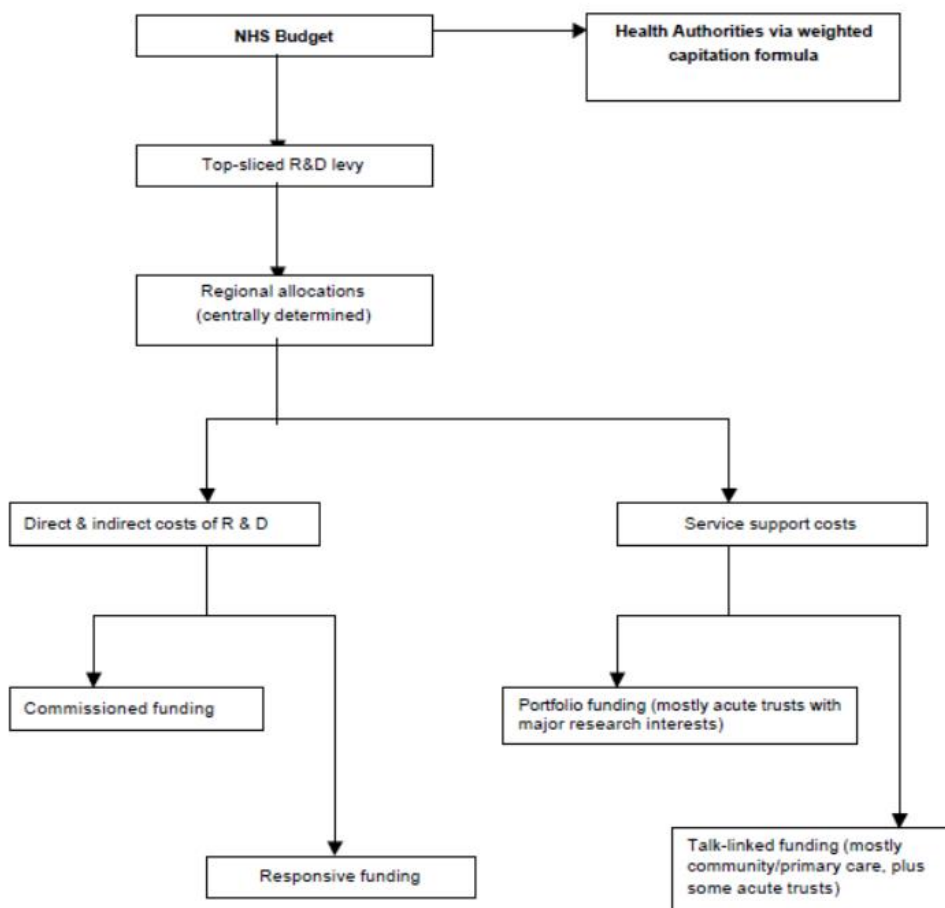


Figura 2-4: Distribuzione del budget per la R&S nel NHS

(Fonte: Greengross P., Grant K., Collini E., The history and development of the UK National Health Service 1948 – 1999, HSRC, London, 1999)

### 2.1.6 Dal 1998 ad oggi

Nel primo decennio del nuovo millennio il NHS è stato sempre controllato dai laburisti, il Paese ha visto prima un boom nei mercati immobiliari e finanziari e più tardi la debacle della banca Northern Rock, la crisi finanziaria mondiale e un'oscillazione politica a destra. L'adesione di nuovi paesi alla Comunità Europea è stata seguita da una forte immigrazione. In generale, la crescente capacità della medicina curativa, la disponibilità di farmaci sempre più costosi per il controllo del cancro e AIDS e gli sviluppi della psichiatria nella comunità hanno fatto lievitare i costi. Per questo motivo lo spettro del razionamento delle cure non è mai stato lontano dalla superficie, non solo in Regno Unito ma internazionalmente. La chirurgia non invasiva e l'imaging diagnostico hanno

continuato a migliorare e si iniziava a pensare che la medicina genetica promettesse un futuro di trattamenti sempre più personalizzati.

Il nr. 10 di Downing Street è stato coinvolto nel NHS come mai prima, infatti i vari Segretari di Stato, Frank Dobson, Alan Milburn, John Reid, Patricia Hewitt e Alan Johnson hanno prodotto in questi anni una serie di piani, white paper e cambiamenti organizzativi. Il piano del NHS dell'anno 2000 è stato il più significativo. Il mercato interno "*New Labour*" si applicava soltanto per l'Inghilterra e in un periodo di aumento sostenuto dei fondi. I *Primary Care Trusts* (PCT) appaltarono selettivamente con alcuni fornitori e i commissioning basati sulla pratica con budget indicativi sembravano un'estensione del modello di fundholding per i GP.

Appaiono per la prima volta Fondazioni di Trust del NHS, un nuovo tipo di trust con più indipendenza, che ha incoraggiato anche la partecipazione pubblica. In questo periodo c'erano 10 autorità sanitarie strategiche con il controllo di circa 200 trust di assistenza primaria che avevano contratti stipulati con fornitori pubblici e privati, oltre che il controllo su trust, ospedali, comunità, e ambulanze, nonché la gestione di GPs e dell'assistenza sanitaria di base. Parallelamente, i nuovi sistemi di flusso finanziario, di pagamento in base ai risultati e i nuovi sistemi tariffari hanno portato instabilità alle finanze del NHS. L'elaborazione dei servizi sanitari ha finalmente iniziato a fornire risultati, con la trasmissione di dati, relazioni, radiografie e prescrizioni, tra ospedali, ambulatori e farmacie. È stata inoltre introdotta dal 2006 la scelta del paziente per la chirurgia elettiva.

La regolamentazione aumentò, in particolare dal punto di vista professionale. Il *National Institute for Clinical Excellence* inizia a valutare l'efficacia in termini di costi di nuovi farmaci e tecnologie, inoltre la Healthcare Commission ha esaminato la qualità, la governance e la gestione finanziaria dei trust. C'è stata una spinta per la "modernizzazione", cambiando il mix di abilità e guardando "percorsi clinici" efficaci per aumentare la capacità degli ospedali e per ridurre le liste di attesa.

In questi anni il denaro investito dallo Stato è aumentato: essendo ormai il NHS una responsabilità elettorale, il primo ministro Tony Blair ha assunto un impegno per

aumentare sostanzialmente il tasso di crescita del NHS per cinque anni. Un rapporto<sup>18</sup> di Derek Wanless aiutò a dimostrare come il servizio sanitario nazionale era, secondo gli standard del mondo sviluppato, gravemente sotto risorse. A questo seguirono una grande espansione della formazione per medici e infermieri e l'istituzione di nuove scuole di medicina. Tuttavia, gli errori nella negoziazione dei contratti, in particolare con medici di base e consulenti, hanno aumentato la pressione sui fondi e ha portato ad una crisi finanziaria temporanea.

L'immissione di nuovo denaro ha aiutato l'implementazione del Piano del NHS, i cui quattro principi fondamentali da perseguire erano:

- Un servizio incentrato sul paziente (scelta del paziente, un settore indipendente in espansione e che offre capacità extra);
- Fornitori competitivi, offrendo agli ospedali e ai medici generici incentivi al cambiamento (pagamento in base ai risultati, denaro a seguito dei pazienti);
- Acquirenti attivi, conferimento ai PCTs del potere di acquisto e commissioning basato sulla pratica);
- Reddittività e convenienza economica (tariffe, contratti legali e commissioning).

La fornitura del servizio sanitario non era più necessariamente proveniente da un'infrastruttura di proprietà pubblica. I laburisti hanno ottenuto un cambiamento che, se fosse stato tentato dai conservatori, avrebbe dovuto affrontare un'immensa opposizione. Organizzazioni del settore privato si fecero avanti per costruire e gestire ospedali con partnership pubblico/privato, e per gestire servizi clinici come centri di trattamento indipendenti (*Independent Treatment Centres*) e alcuni *NHS Walk in Centres*. Questa introduzione della concorrenza tra i fornitori è diventata fonte di significativa contestazione. La pratica privata era ormai una parte importante di un mercato nuovo e più sofisticato. Il tradizionale desiderio dei laburisti di guardare l'assistenza sanitaria da una prospettiva di salute pubblica e comunitaria ha portato a scelte politiche piuttosto che a risultati (ad eccezione del divieto di fumare in luoghi pubblici). La qualità stava diventando ormai il centro dello sviluppo del NHS, nel timore che la recessione economica mondiale avrebbe avuto un effetto sostanziale sul NHS.

---

<sup>18</sup> Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, Final Report, Derek Wanless, April 2002, HM Treasury, London

Il settimo decennio del NHS si aprì in mezzo alla crisi finanziaria internazionale con l'aumento della disoccupazione, in mezzo a tentativi per tamponare la recessione tramite la spesa pubblica e in mezzo alla consapevolezza che presto i servizi pubblici avrebbero sofferto di un tasso di crescita ridotto e, nel peggiore dei casi, di significativi tagli. Inoltre, i progressi clinici nella medicina genetica, nella ricerca delle cellule staminali, nei farmaci (in particolare per il cancro) e nell'imaging diagnostico avrebbero chiaramente aumentato la pressione sul NHS. Il periodo al potere dei laburisti si concluse nel 2010, con l'elezione di una coalizione liberale/conservatrice.

Il nuovo Segretario di Stato, Andrew Lansley, aveva sviluppato e pubblicato proposte di modifica nel 2007 mentre faceva parte dell'opposizione. Nei mesi successivi, durante il corso delle discussioni all'interno della coalizione, queste proposte hanno subito delle variazioni. Le nuove idee non sembravano però avere una relazione con gli attuali problemi nel servizio sanitario. Viene quindi pubblicato un white paper<sup>19</sup> dal Governo, seguito da un disegno di legge, che proponeva di alterare ancora una volta la struttura del NHS, eliminando gradualmente le *Strategic Health Authorities* (SHAs) e i *Primary Care Trusts* (PCTs), e distribuendo ai *Clinical Commissioning Groups* (CCGs), fortemente influenzati dai GP, la maggior parte del budget del NHS per i servizi ospedalieri. La legge è stata approvata dopo violente controversie nel 2012, inducendo ulteriore caos mentre una delle peggiori crisi finanziarie stava già colpendo il servizio sanitario nazionale.

Il nuovo Segretario di Stato Jeremy Hunt, con l'aiuto dell'amministratore del NHS England Simon Stevens, ha tentato di calmare e gestire il sistema che era sempre più in deficit, stimando il denaro aggiuntivo che poteva essere necessario. I problemi finanziari non hanno smesso di crescere raggiungendo nel maggio del 2016 un disavanzo annuale di £ 2,5 miliardi.

### **2.1.7 I 70 anni del NHS: numeri a confronto**

Il NHS prese vita il 5 luglio 1948, era la prima volta nel mondo che l'assistenza sanitaria fu resa disponibile in modo completamente gratuito, sulla base della cittadinanza piuttosto che del pagamento di tasse o assicurazioni. Ha riunito ospedali, medici,

---

<sup>19</sup> Equity and Excellence - Liberating the NHS, White Paper, July 2010 HMSO

infermieri e dentisti in un unico servizio. Ma nel corso dei suoi 70 anni di esistenza molto è cambiato.

Innanzitutto i dipendenti del NHS sono decisamente aumentati. Ora ci sono 1,7 milioni di persone impiegate dal servizio sanitario in tutto il Regno Unito, rendendolo il quinto datore di lavoro più grande al mondo. Il gruppo più numeroso della forza lavoro sono gli infermieri, il cui numero è triplicato dal 1948. Ma questo dato impallidisce accanto a quello dei medici, che oggi sono 10 volte di più. Ciò riflette in parte la rapidità con cui la medicina è avanzata e come è aumentata anche la domanda, questo significa che sono necessari molti più esperti medici per prendersi cura dei pazienti.

Ma anche i ruoli sono cambiati, infatti il lavoro svolto dagli infermieri oggi è diventato molto più specializzato, diventando anch'esso una professione di livello universitario. La cura personale di base che fornivano è ora affidata ad assistenti sanitari, mentre gli infermieri sono coinvolti nella fornitura di cure complesse che un tempo erano riservate ai dottori.

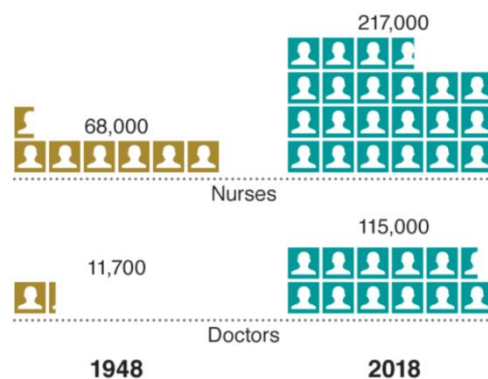


Figura 2-5: Medici e infermieri impiegati in Inghilterra e Galles nel 1948 e nel 2018

(Fonte: BBC Research)

Naturalmente, con l'aumentare del numero del personale, è aumentato anche il budget. L'importo speso per la salute è ora 12 volte più grande di quando è stato avviato il NHS (considerando l'inflazione). E il trend è in crescita, infatti il governo ha annunciato un incremento del budget del 3,4% per cinque anni a partire dal 2018.

Inoltre vista la crescente attenzione, nel corso degli anni i governi sono arrivati ad una spesa per il sistema sanitario pari a 30p su ogni £1 destinata ai servizi. Ciò ha significato cadute in altre aree di spesa, in particolare nella difesa e nell'immobiliare.

I primi anni furono difficili, il bilancio ha subito tagli nei primi anni '50 perchè il governo faticava a tenere il passo con la domanda. Questo ha costretto i ministri a introdurre ticket per prescrizioni, lavori odontoiatrici e occhiali. Oggi le prescrizioni costano £ 8,80 ma solo in Inghilterra, ci sono comunque molte esenzioni che coprono bambini, anziani e persone in determinate condizioni. In altre parti del Regno Unito sono nuovamente gratis. Questa è solo una delle conseguenze della decentralizzazione, che ha visto le singole amministrazioni prendere il controllo sulla politica sanitaria.

Però non tutto è cresciuto, l'esempio più ovvio è il numero di letti. Ci sono ora quattro volte meno letti di quelli che c'erano originariamente. Questo perché si può fare molto di più nella comunità, diminuendo il tempo che i pazienti trascorrono in ospedale. Le donne che partoriscono oggi tendono ad andarsene lo stesso giorno o il giorno dopo, mentre nel periodo iniziale del NHS, quando la nascita divenne medicalizzata, le donne avrebbero trascorso una settimana in ospedale. E una storia simile la troviamo per le operazioni chirurgiche, si è passati da dover trascorrere settimane in ospedale a rimanere per un solo giorno.

### **Aspettativa di vita**

Al centro della storia del NHS, c'è il suo impatto sulla salute della nazione. Le persone ora vivono 13 anni in più rispetto a 70 anni fa. Un migliore accesso all'assistenza sanitaria ha svolto un ruolo chiave. Ma vale anche la pena notare che nei 70 anni precedenti alla creazione del NHS, l'aspettativa di vita è effettivamente aumentata del doppio. L'accesso all'acqua potabile e la costruzione di fognature sono stati due dei principali fattori.

Inoltre la mortalità infantile, definita come morte prima del primo compleanno del bambino, è migliorata drasticamente. Ci sono cinque cause chiave: anomalie congenite, prematurità, sindrome della morte infantile improvvisa, complicazioni materne e lesioni alla nascita. La creazione del NHS, che significa il trasferimento delle nascite da casa ad un ambiente medico, e il progresso della medicina è stato estremamente influente.

Un altro fattore è l'immunizzazione. Il NHS è stato istituito non solo per curare la malattia, ma anche per promuovere la buona salute. L'introduzione del vaccino contro la polio negli anni '50 ne è un perfetto esempio. Prima di questo programma, i casi di poliomielite potevano salire fino a 8000 negli anni dell'epidemia, ma una volta che le

persone hanno iniziato a farsi vaccinare i numeri sono scesi rapidamente. Esiste ora un vasto programma di vaccini durante l'infanzia con copertura totale, dalla meningite e parotite alla tosse convulsa.

Una migliore assistenza sanitaria e l'immunizzazione hanno significato un cambiamento anche per quanto riguarda le cause di morte. Malattie infettive, infarti e ictus non rivendicano più il numero di vite che facevano una volta. Oggi invece le persone hanno maggiori probabilità di vivere con condizioni a lungo termine per le quali non esistono cure, la più nota di queste è la demenza. Supportare le persone che si trovano ad affrontare molti anni di impoverimento e deterioramento della propria salute è forse la più grande sfida per i prossimi anni.

## 2.2 Il controllo di gestione nel National Health Service UK

Per capire quale sia la gestione e il modo di operare del sistema sanitario inglese è bene partire da quelli che sono i principi sui quali esso si basa. Innanzitutto la sanità lavora per i pazienti, loro sono il cuore del sistema e sono sempre messi al primo posto; inoltre “everyone counts” perciò si cerca di utilizzare al meglio le risorse disponibili per il benessere di tutta la comunità senza discriminazione alcuna e si punta al rispetto di ogni persona per ciò che è cercando di comprendere e senza giudicare la vita e le scelte dei pazienti. un altro importante valore che deve essere presente nel tipo di assistenza fornito dal NHS è la compassione verso tutti i possibili sentimenti e le sensazioni della persona in cura, tra i quali ansia e dispiacere, cercando appunto di non sottovalutare i bisogni dei pazienti. Infine al centro del servizio deve esserci la qualità delle prestazioni e delle cure fornite dal personale.

I valori su cui si basa il NHS servono affinché ci sia cooperazione, infatti sono il frutto di discussioni e coinvolgimento di personale, pazienti e società, considerando anche ciò a cui si ispira *The NHS Constitution*. Si tratta di una sorta di Costituzione, introdotta nel 2011, in cui viene specificato come si deve impostare l’assistenza dei pazienti e cosa il personale può ricevere dal sistema sanitario, ma anche cosa può dare al sistema sanitario.

Un altro evento importante è stata la redazione del *The Health and Social Care Act 2012* che ha apportato alcune modifiche alla struttura e al funzionamento del NHS.

Innanzitutto la gestione dei servizi sanitari è passata dalle mani dei *Primary Care Trusts* (PCTs) a quelle del *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) sotto la guida di medici. In questo modo i CCGs utilizzano la gran parte del budget a disposizione del NHS. Venne inoltre creata la *Public Health England* (PHE) ossia un’agenzia che si occupa di migliorare il servizio sanitario e di comprendere la causa delle inefficienze che ci sono.

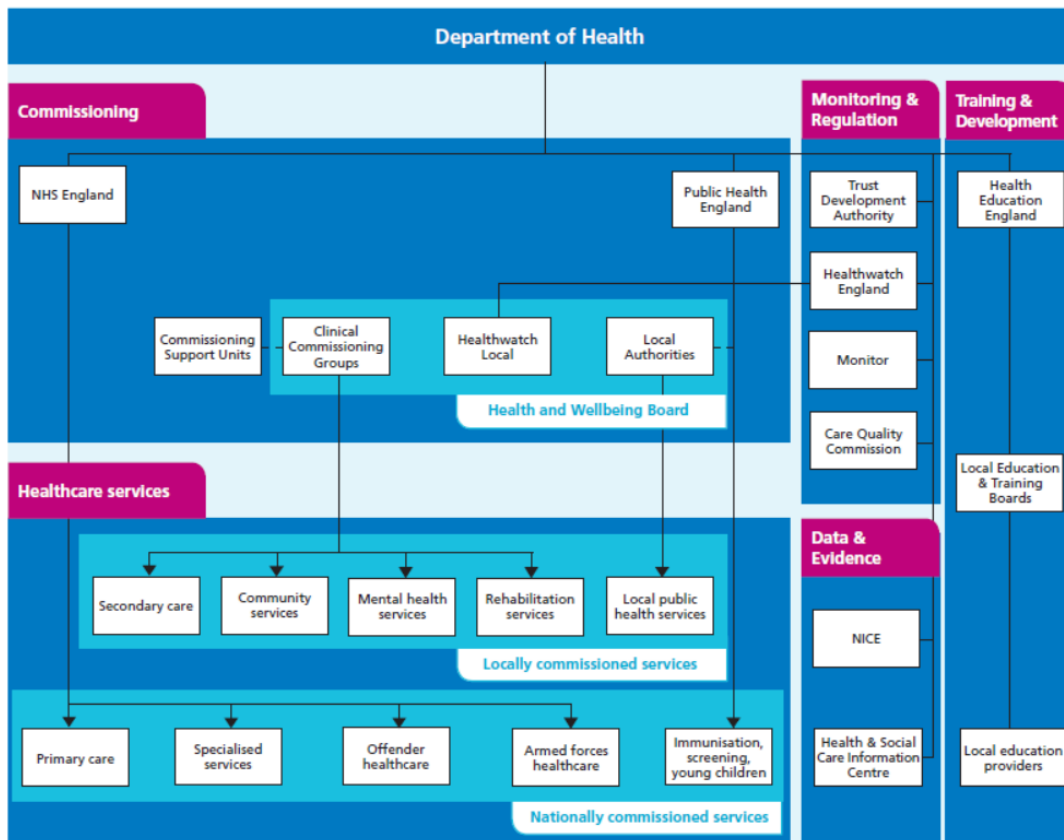


Figura 2-6: Organizzazione del Department of Health  
(Fonte: [www.england.nhs.uk](http://www.england.nhs.uk))

Con l'attuazione del Health and Social Care Act, il Governo ogni anno elabora il *NHS Mandate*<sup>20</sup> che individua gli obiettivi futuri, ma cosa più importante, fa nascere il *NHS England*. Questa organizzazione nasce appunto nel 2012 e si tratta di un organismo indipendente creato con lo scopo di migliorare il sistema sanitario ed incrementare la qualità di assistenza.

Il NHS England opera quindi utilizzando una leadership nazionale e supervisionando il lavoro dei Clinical Commissioning Groups oltre che distribuire loro le risorse finanziarie attraverso l'utilizzo di budget, e fornire l'assistenza primaria e di servizi specializzati.

NHS England si suddivide in quattro aree quali North, Midlands & East, London e South, e 27 Local Area Teams (LATs) di cui dieci si occupano di prestazioni specializzate ed altre sono responsabili per prigionieri e forze armate.

<sup>20</sup> The Government's mandate to NHS England for 2016-17, A mandate from the Government to NHS England: April 2016 to March 2017

Anche i CCGs sono stati introdotti con il Health and Social Care Act del 2012, sostituendo il previgente sistema di assistenza primaria. I CCGs coprono una popolazione che va da 61.000 a 860.000 persone: il vantaggio è che questi gruppi conoscono molto bene la zona che servono e perciò possono essere molto più precisi e specifici in riferimento alle cure migliori da fornire ai cittadini. Tra le loro funzioni ci sono il commissionamento di assistenza d'emergenza, cure ospedaliere, servizi sanitari per la comunità (oltre ai medici di base), gestione maternità e neonati, salute mentale e attenzione per le persone con disturbo dell'apprendimento. Possono richiedere la prestazione di questi servizi da parte di una serie di fornitori che devono essere registrati con un apposito modulo presso il NHS in modo tale da poter essere anche oggetto di monitoraggio per qualità e servizi.

I Clinical Commissioning Groups lavorano supportati da altre organizzazioni. Esistono infatti le *Commissioning Support Units* (CSUs) che si occupano degli aspetti più pratici del ruolo svolto dai CCGs. Aspetti che riguardano Transactional Commissioning ossia negoziazione di contratti, market management, analisi di dati, e così via, e Transformational Commissioning come ad esempio la riprogettazione del servizio.

In Inghilterra ci sono nove gruppi di Commissioning Support Units a servizio dei CCGs, però non hanno dei confini prestabiliti, infatti i CCGs possono avvalersi di queste unità per qualsiasi necessità sia per una cifra irrisoria sia per collaborazioni molto importanti. Un altro tipo di ausilio per i CCGs sono i *Strategic Clinical Networks* che hanno lo scopo di concentrarsi per migliorare l'equità, la qualità dell'assistenza e i risultati clinici dei cittadini.

Infine troviamo il *Clinical Senates* che sono dei gruppi formati per consigliare soluzioni e sono composti da persone con diverse professioni, che siano esperti in materia di assistenza sanitaria. Tra i componenti possiamo trovare medici ma anche pazienti, volontari e altre persone. In Inghilterra i Clinical Senates son dodici e servono come consulenti indipendenti per i commissari, anche per quanto riguarda l'orientamento strategico. Questa innovazione è stata introdotta anche affinché possano essere prese delle decisioni in materia di sanità che siano rappresentative della popolazione locale. I Clinical Senates sono composti da un Clinical Senates Council e da una Clinical Senates Assembly.

Dopo il commissionamento, il NHS distribuisce i servizi tramite diverse organizzazioni che principalmente si individuano in "Trust". Questi Trust sono gruppi di uno o più ospedali e si dividono in *NHS Foundation Trust* e *NHS Trust*. Gli NHS Foundation Trusts non sono gestiti direttamente da parte del governo perciò hanno più libertà nel prendere decisioni strategiche, sono monitorati per la gestione finanziaria ed anche per quanto concerne la qualità, in questo caso il controllo viene effettuato dalle *Care Quality Commissions* (CQCs). Possono inoltre decidere in autonomia come investire le risorse seppur nei limiti del contratto quadro stabilito e possono decidere liberamente se trattenere o reinvestire gli utili prodotti. Gli NHS Trusts invece sottostanno alle direttive del Governo e sono regolati dalle Trust Development Authorities per la gestione finanziaria e dalle CQCs per gli standard qualitativi. Sono invece responsabili nei confronti del Governo per quanto riguarda l'aspetto dell'impiego delle risorse.

The Health and Social Care Act 2012 aveva inoltre lo scopo di migliorare la salute della popolazione infatti Public Health England e *Health and Wellbeing Boards* (HWBs) hanno avuto il compito di mantenere e incrementare il livello di salute della popolazione, individuando anche la causa delle inefficienze che si vengono a creare. PHE è un organo esecutivo e autonomo del Dipartimento della sanità ed è nato nel 2013. I suoi principali compiti sono la protezione della sanità ad esempio attraverso la prevenzione di esplosioni di malattie contagiose; il miglioramento della salute, grazie all'individuazione delle determinanti delle inefficienze e alla promozione della prevenzione; la conoscenza e informazione attraverso ricerca e sviluppo; le operations grazie alla garanzia di servizi di qualità. HWBs è un organo volto a cercare di fare in modo che i leader della sanità insieme alle autorità governative locali e il HealthWatch<sup>21</sup> guardino al miglioramento della salute e benessere dei cittadini pianificando una gestione che faccia incontrare i bisogni delle amministrazioni con quelli propri della sanità.

*Monitor* e *Trust Development Authority* (TDA) sono altri due organi introdotti dal Health and Social Care Act 2012 per poi venire uniti nel 2016 in un'unica organizzazione chiamata *NHS Improvement*. Monitor si occupa di controllare l'utilizzo delle finanze da parte dei NHS Foundation Trusts verificando che siano ben guidati e gestiti in modo tale da poter garantire un livello qualitativo alto dei servizi forniti; inoltre si deve accertare che nel caso un fornitore sia impossibilitato, i servizi fondamentali possano essere

---

<sup>21</sup> Healthwatch: rappresentante sindacale dei pazienti

garantiti da parte del Trust, infine si assicurano che approvvigionamento, scelta e concorrenza vengano attuate nel migliore interesse dei pazienti. Il Trust Development Authority è invece responsabile di assicurare che gli NHS Trusts si impegnino a raggiungere l'indipendenza necessaria per diventare Foundation Trusts. Di conseguenza devono monitorare le prestazioni degli NHS Trusts, accertare un livello buono di qualità, verificare il passaggio a Foundation Trust ed infine nominare i dirigenti ed i membri non esecutivi del Trust stesso.

Per quanto riguarda l'obiettivo della qualità l'organo preposto è il *National Quality Board* (NQB) ossia un comitato istituito per sostenere la qualità ed assicurare un allineamento di intenti all'interno di tutto il NHS per raggiungere gli obiettivi qualitativi predefiniti. Perciò riunisce diverse organizzazioni per definire quali sono questi obiettivi relativi ai livelli di qualità.

Il *Care Quality Commissioning* (CQC) si occupa di verificare il livello di qualità, infatti ispeziona e registra lo stato degli ospedali e tanti altri enti come case di cura, studi medici e dentistici. Il compito del CQC si concretizza nella verifica del rispetto o meno degli standard fondamentali di qualità e di sicurezza e di conseguenza nella segnalazione, sanzionamento, sospensione o annullamento della registrazione dell'organizzazione come fornitore di servizi per il NHS o, in casi estremi, il CQC può decidere di perseguire penalmente l'entità.

Troviamo inoltre il *General Medical Council* (GMC) ovvero il regolatore dei medici del Regno Unito, introdotto dal Medica Act 1958. Il GMC definisce gli standard richiesti per praticare come medici nel Regno Unito, decide se i medici hanno le qualifiche necessarie per lavorare in UK e supervisiona i loro studi e le loro pratiche; inoltre si assicura che i medici garantiscano sempre gli standard richiesti attraverso una nuova valutazione ogni cinque anni e può anche intervenire quando un medico mette a rischio la salute dei pazienti.

Esiste, inoltre, un meccanismo attraverso il quale i medici devono dimostrare agli organi competenti di essere professionalmente aggiornati e di avere idoneità al lavoro, ed è detto "Revalidation". Attraverso questo processo si riesce a mantenere sotto controllo l'operato dei medici e si riesce ad investire nel miglioramento continuo degli stessi.

Il parametro della qualità nel tempo è diventato un principio organizzativo del NHS. Infatti un sistema sanitario può essere definito efficace nel momento in cui riesce a prevenire morti premature, migliorare la qualità della vita grazie ad un migliore stato di salute per coloro che vivono a lungo e fornire assistenza durante la guarigione per chi è affetto da malattie oppure ha subito delle lesioni. Inoltre l'assistenza andrebbe fornita in condizioni positive con un ambiente sano in modo da alleggerire le preoccupazioni del paziente e della sua famiglia. Questi concetti sono stati stabiliti all'interno del *NHS Outcomes Framework*, il quale fornisce il meccanismo di misurazione e induce a cercare di raggiungere una sempre migliore qualità.

Essendo un requisito così importante, con il Health and Social Care Act 2012 sono state introdotte e prolungate alcune organizzazioni volte all'eccellenza sanitaria quali NHS Improvement e National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quest'ultimo fornisce una linea nazionale e consiglia come poter migliorare la sanità attraverso la elaborazione di una guida basata sulle evidenze e dei consigli per la sanità, salute pubblica e gli operatori socio-sanitari, sviluppando standard qualitativi che siano vincolanti dal punto di vista legale per coloro che forniscono e coloro che commissionano servizi sanitari e di assistenza sociale ed infine fornendo un range di servizi di informazione a commissari, professionisti e dirigenti per quanto riguarda la sanità.

Per incoraggiare il raggiungimento degli standard qualitativi, sono stati sviluppati diversi strumenti:

- CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation)

Si tratta di un sistema, introdotto nel 2009, volto a subordinare la concessione di una quota di reddito (circa il 2,5%) all'operatore sanitario dopo aver dimostrato eventuali miglioramenti qualitativi o innovazioni in alcune aree di assistenza specificate.

- Quality Premium

Questo sistema è volto a premiare i CCGs nel caso raggiungano la qualità richiesta ed ottengano i risultati prefissati. Viene pubblicata una guida con cadenza annuale indicando le aree su cui viene stanziata l'eventuale ricompensa premiante se raggiunti determinati obiettivi. Le aree possono essere ogni anno diverse.

Il NHS è un'istituzione davvero notevole. Infatti comprende circa 8.300 organizzazioni, 1.3 milioni di collaboratori sanitari e non, e visita un milione di pazienti circa ogni 36 ore. Inoltre è stato valutato come un sistema sanitario molto equo e che ha raggiunto un alto grado di soddisfazione del paziente.

Il Governo attraverso un mandato (*The Mandate*) stabilisce cosa vuole venga messo in atto da parte del NHS England nell'anno a seguire, continuando però a sostenere e finanziare il programma e le intenzioni future con riferimento al NHS attraverso il documento Five Year Forward View.

The Mandate inizia con la disposizione secondo la quale il governo deve cercare di fornire ai pazienti e alla cittadinanza un servizio sanitario con un elevato livello di qualità e che comprenda e sia compassionevole nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie. Tutto ciò è conseguenza dei principi fondamentali per il NHS ossia la predisposizione di accesso ai servizi a chi ne ha necessità e non in base alla possibilità economica, e la disponibilità dei servizi sanitari ed assistenziali a tutti. Il mandato serve quindi per stabilire quale linea seguire per il NHS England, quali obiettivi perseguire e per definire il suo budget. Con questo documento inoltre il NHS England, essendo un'organizzazione indipendente, viene reso responsabile verso il Parlamento, infatti ogni anno il Segretario di Stato deve pubblicare questo Mandato.

Per l'anno 2016-2017, i ministeri devono redigere un piano individuando gli obiettivi ed il modo per raggiungerli per il 2020, di conseguenza il mandato serve anche per individuare come il NHS England apporterà il proprio contributo al raggiungimento degli stessi; inoltre serve a definire il budget per i successivi cinque anni. Il fatto di pianificare un budget relativo a più anni permette anche di programmare il percorso per l'ottenimento degli obiettivi. L'operato del NHS England viene valutato attraverso il confronto tra i progressi ottenuti e gli obiettivi prefissati e questa valutazione viene pubblicata nella "Secretary of State's annual assessment of NHS England". Inoltre il NHS England deve controllare che anche i CCGs si impegnino ad operarsi per raggiungere e lavorare come da mandato.

Il governo lascia ampia libertà su come sviluppare la proprio pianificazione e viene effettuato attraverso il Five Year Forward View. Questa libertà deve però essere ripagata grazie alla elevata qualità percepita dai pazienti.

Vediamo quali sono gli obiettivi posti:

- Incrementare il conseguimento degli obiettivi cercando di individuare i problemi e di superarli.  
Per riuscire in questo è importante avere una maggiore trasparenza e deve essere valutato con un certo criterio anche il lavoro dei CCGs. Devono inoltre diminuire sostanzialmente le disuguaglianze di trattamento.
- Cercare di portare il servizio sanitario al migliore livello con riferimento a qualità e sicurezza.
- Esaminare ed equilibrare il budget del servizio sanitario migliorando efficienza e produttività.
- Attuare un cambiamento percepibile per la prevenzione di patologie e il miglioramento delle condizioni di vita.
- Migliorare la performance rispetto agli standard principali.
- Migliorare l'assistenza fornita al di fuori dall'ambiente ospedaliero.
- Supportare ricerca, innovazione e crescita.

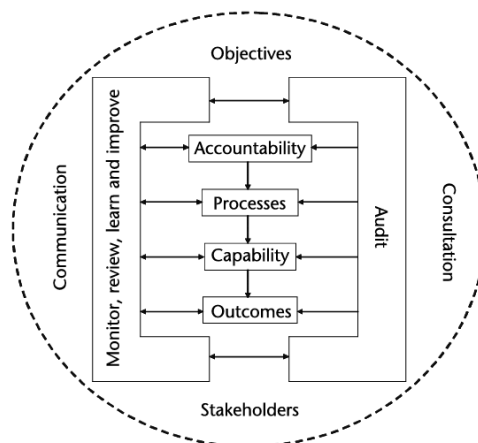


Figura 2-7: Il controllo interno nel NHS

(Fonte: Scrivens E., Quality, risk and control in health care, Open University Press McGraw-Hill, 2005)

Per quanto riguarda il budget, nel 2016/2017 è cresciuto in termini reali di 3,7 punti percentuali ed inoltre nel mandato vengono predisposti i bilanci previsionali per gli anni successivi.

	2016-17 (Revised)	2017-18	2018-19 (Indicative budget)	2019-20 (Indicative budget)	2020-21 (Indicative budget)
<b>Total revenue budget (£m)</b>	106,528	109,960	112,461	115,506	119,606
<b>Capital budget (£m)</b>	260	260	260	305	305

Figura 2-8: Budget NHS England

(Fonte: The Government's mandate to NHS England for 2016-17, Department of Health, 2017)

Per il lato finanziario, NHS England deve inoltre seguire le direttive introdotte con il NHS Act 2006.

Inoltre il NHS England è l'ente responsabile della distribuzione delle risorse per la produzione del servizio sanitario, perciò sicuramente la popolazione non sarà indotta al pensiero di possibili interferenze politiche in tal senso. Una delle linee da seguire per l'allocazione dei budget è quella di poter garantire la possibilità di accesso equo alle cure, sempre nella più piena trasparenza. Inoltre il servizio sanitario inglese insieme al NHS Improvement devono porre attenzione affinché il bilancio sia in pareggio, anche per quanto concerne i commissari e i fornitori esterni, i quali devono riuscire a sostenersi con il proprio budget.

Per assicurare i migliori risultati possibili per pazienti e settore pubblico dall'investimento nel NHS, vengono individuate una serie di modifiche per ridurre la pressione sul NHS e al fine di erogare cure qualitativamente migliori e più facilmente accessibili. È in corso anche una rivalutazione degli standard ed è stata ripensata una nuova struttura finanziaria.

La programmazione finanziaria a lungo termine aiuterà a portare il NHS ad avere una certa sostenibilità finanziaria, allontanandosi dalla precedente di soli deficit. Con il nuovo approccio si aiuterà le organizzazioni in tal senso, concedendo loro la possibilità di redigere dei piani operativi e finanziari calati per la situazione in cui si trova quell'area geografica ma comunque riducendo ogni anno il disavanzo in essere.

Il governo ha, inoltre, annunciato un nuovo investimento di 20,5 miliardi di sterline all'anno entro il 2023/2024. Grazie a questi nuovi fondi molti fornitori riusciranno ad azzerare il debito, ma l'inconveniente è che per il 2019/2020 i fondi saranno concessi

solamente alle strutture che abbiano fornito la propria posizione finanziaria e che questa sia stata verificata ed accettata.

E' stata inoltre sviluppata una guida<sup>22</sup> al fine di individuare un processo unico per la pianificazione in ottica di commissari e fornitori chiarendo quali sono le responsabilità e i ruoli ad ogni livello. Infatti i *Sustainability and Transformation Partnership* (STP) e gli *Integrated Care System* (ICS) ogni anno devono predisporre un piano operativo riguardante il sistema generale e questo viene fatto in collaborazione con i dirigenti delle organizzazioni locali in modo tale da capire quali sono le priorità e quali parametri prendere a riferimento. Infatti i piani realizzati dovrebbero rispecchiare l'andamento della salute della popolazione, perciò ogni STP o ICS dovrà responsabilizzare le proprie organizzazioni affinché preparino il piano operativo.

Il piano operativo deve contenere i due seguenti elementi:

- Un'introduzione sul modo in cui verranno utilizzate le risorse finanziarie e dei risultati che si otterranno per ogni NHS Trust, NHS Foundation Trust e CCGs collocata nelle aree STP o ICS. Inoltre dovrebbe presentare una pianificazione riguardante efficienza, dipendenti, obiettivi e possibilità di non raggiungimento degli stessi.
- Tutti i dati individuati al punto precedente dovranno poi essere accorpati per far emergere un allineamento sul piano generale di ogni STP o ICS, piano che deve avere un periodo di riferimento di cinque anni.

I team delle varie regioni dovranno operare in modo da garantire le corrette responsabilità a livello locale e dovranno interagire con i dirigenti del NHS per valutare le bozze dei piani operativi sviluppati dalle regioni stesse, i piani relativi a fornitori e commissari ed una pianificazione dell'attività per l'anno in divenire, in modo particolare per l'attività core degli ospedali insieme a dei piani anche per la stagione invernale.

Le STP sono delle collaborazioni tra vertici del NHS e i comuni di una determinata area dell'Inghilterra con il fine di condividere proposte e migliorare il benessere e la salute delle persone di quella determinata area. Nello specifico queste partnerships hanno lo scopo di pianificare nel lungo termine i vari interventi e la gestione ordinaria basandosi

---

<sup>22</sup> NHS Operational Planning and Contracting Guidance 2019/20, preparata da *NHS England and NHS Improvement*

sui bisogni specifici della popolazione locale, per esempio anche solamente semplificare l'accesso alle visite presso il medico di base.

In alcune aree queste collaborazioni (STP) diventano molto più forti diventando ICS. In tal caso il management del NHS insieme ai rappresentanti comunali si assumono la responsabilità di gestire le risorse, mantenere gli standard del livello di servizio e tutto questo anche cercando di migliorare la salute della popolazione. La caratteristica principale di queste STP o ICS è che lavorano sviluppando piani ad hoc per il territorio a cui fanno riferimento.

Prendendo ad esempio la zona West Yorkshire e Harrogate nel nordest dell'Inghilterra in cui vivono circa 2,6 milioni di persone, la situazione della popolazione presenta alcune peculiarità, più di 200.000 persone hanno alte probabilità di contrarre il diabete di tipo 2. Inoltre in quest'area per le persone con problemi mentali il tasso di mortalità è in media superiore rispetto al resto del Paese, e lo è anche la probabilità di soffrire di malattie cardiovascolari. Ed un altro elemento significativo è la percentuale di persone che si recano al *Accidents and Emergencies* (A&E: pronto soccorso) che è incrementato del 6,6% ogni anno nell'ultimo periodo, in media molto di più rispetto alle altre aree dell'Inghilterra. Perciò l'Integrated Care System di questa zona nel piano operativo da predisporre tiene conto di tutti questi elementi che caratterizzano la popolazione residente.

NHS England e NHS Improvement impostano dei *control totals*<sup>23</sup> ossia dei limiti di spesa per ogni Sustainability and Transformation Partnership o Integrated Care System, inoltre ogni STP o ICS potrà eventualmente fare delle proposte di modifiche che abbiano un effetto neutro. Le proposte ricevute dovranno poi essere sottoposte ai Direttori Regionali ma dovranno essere volte ad un miglioramento di efficienza e non solo un modo per approfittare della flessibilità del NHS in tal senso.

Ciò che il NHS richiede è che gli ICS utilizzino una quota del loro *Provider Sustainability Fund* (PSF) ed i *Commissioner Sustainability Fund* (CSF) per la determinazione dei propri

---

<sup>23</sup> I Control Totals si dividono in due categorie: *Individual control totals* e *System control totals*. Il primo termine si riferisce ad un limite massimo di tipo finanziario per l'anno in considerazione che deve essere accettato e reso noto al NHS da parte dei singoli fornitori di servizi sanitari affinché essi stessi possano accedere ai fondi degli STP; il secondo termine invece si riferisce al limite massimo dal punto di vista finanziario che tutta un'area STP deve rendere disponibile, quindi fornitori e commissari devono singolarmente e nell'insieme rispettare questo target. (Fonte: Anandaciva S, The capped expenditure process explained, The King's fund, 2017)

valori di controllo. Invece il quadro completo della gestione finanziaria degli ICS verrà consegnata separatamente. Gli STP potranno gestire la elaborazione dei controlli con le stesse modalità ma solamente nel caso in cui tutte le parti siano concordi. In tal caso questo sarà un indice per verificare la maturità per poter diventare un ICS.

Il NHS richiede che tutti i fornitori di servizi sanitari (tra cui Trusts e Foundation Trusts) e Clinical Commissioning Group siano considerati all'interno del piano operativo e anche all'interno della determinazione e del rispetto del limite di spesa. Nel caso in cui un fornitore abbia parte del flusso in entrata derivante da un'altra STP o ICS area, questa risorsa può essere considerata solo per la parte proporzionalmente competente in ogni STP o ICS.

Inoltre il NHS vuole porre sempre meno limiti di spesa individuali per ogni organizzazione ma concentrarsi su limiti di spesa generali dell'STP al fine di analizzare il sistema nel complesso, intervenendo su eventuali problematiche e premiando i successi ottenuti.

Con riferimento a produttività ed efficienza, la guida fornita dall'NHS afferma che l'NHS stesso negli ultimi anni ha incrementato la produttività superando anche l'andamento generale dell'economia. Il minimo di efficienza preteso per i prossimi cinque anni è pari all'1,1%. Importante sottolineare che i vari servizi offerti dall'NHS hanno diversi gradi di efficienza all'interno del totale.

Per ottenere questo livello di efficienza richiesto sarà quindi necessario modificare il modo di operare, investendo nelle tecnologie, nelle infrastrutture e nel modo di erogare i servizi ai pazienti.

Con questa guida si richiede inoltre che tutte le organizzazioni collaborino con l'*NHS RightCare*. L'*NHS RightCare* è un sistema in cui ci sono dei team che si riuniscono a livello locale insieme alle organizzazioni della zona per analizzare la situazione della popolazione. Vengono analizzati eventuali problemi e possibilità di miglioramento. Infatti questo strumento serve a diagnosticare minacce e opportunità con elementi e dati pratici, individuare soluzioni e innovazioni, pensare a miglioramenti positivi per i pazienti.



Figura 2-9: NHS Rightcare: funzioni

(Fonte: <https://www.england.nhs.uk/rightcare/what-is-nhs-rightcare/>)

Per quanto riguarda i CCGs e il livello di efficienza del sistema, questi hanno molto contribuito alla riduzione dei ricorsi in ospedale per situazioni di non urgenza grazie alla buona collaborazione con i medici di base. Inoltre, utilizzando i dati raccolti dal RightCare i CCGs proseguiranno in questo processo di efficientamento verificando problematiche e nuove possibilità con riferimento all'assistenza primaria.

Ad esempio, per l'anno in corso i CCGs dovranno fornire ai pazienti che soffrono di diabete di tipo 1 con determinate caratteristiche delle tecnologie per il rilevamento immediato del valore della glicemia.

A fronte dell'intenzione di ridurre di molto i costi dell'NHS, NHS England e *NHS Clinical Commissioners* (NHSCC) a fine 2017 hanno pubblicato una guida per i CCGs secondo la quale non dovevano più prescrivere 18 medicinali facendo così risparmiare circa 114 milioni di sterline l'anno successivo rispetto al periodo 2017/2018. Poco dopo aggiunsero una disposizione per cui nemmeno gli articoli da banco dovrebbero essere prescritti dai medici di base, riuscendo a risparmiare 93 milioni di sterline dai fondi dei CCGs.

Inoltre verso il termine del 2018 NHS England, NICE, NHS Improvement e NHS Clinical Commissioners hanno pubblicato un'ulteriore guida su come gestire alcune tipologie di interventi:

- Alcuni interventi non possono essere commissionati da parte dei CCGs se non è stata presentata una corretta *Individual Funding Request* (IFR), ossia una domanda individuale di finanziamento, perché è stato necessario solamente in casi particolari.

- Altri tipi di interventi invece possono essere commissionati solamente in caso di presenza nel paziente di alcuni tratti clinici ben definiti e rispondenti ai criteri specificatamente richiesti.

In seguito, i CCG e gli STP o ICS hanno dovuto decidere il modo in cui concretizzare le linee guida disposte dall'NHS entro aprile 2019. Da quel momento infatti sono anche iniziati i meccanismi di monitoraggio dei risultati e delle prestazioni degli stessi.

L'NHS inoltre si aspetta che avvengano delle innovazioni su diversi fronti.

Innanzitutto gli STP o ICS dovranno elaborare delle proposte per digitalizzare alcuni servizi ambulatoriali in modo da arrivare a diminuire il numero di visite di un terzo nei prossimi cinque anni. Inoltre si richiede il miglioramento dei servizi offerti per problemi sia fisici sia mentali grazie alla messa a disposizione del personale di strumenti digitali.

Altri obiettivi sono quelli di ottimizzare l'impiego del personale in modo tale da migliorare la produttività e perfezionare il raggiungimento degli standard, di risparmiare sull'approvvigionamento grazie alla standardizzazione, e di risparmiare anche dal punto di vista economico-ambientale puntando sull'efficienza.

Infine l'NHS vuole che sia garantita la qualità delle medicine e vuole facilitare il sistema implementando la prescrizione elettronica.

## 2.3 I sistemi premianti

Due elementi molto importanti che l’NHS England utilizza ai fini del controllo di gestione sono i meccanismi: *Quality Premium (QP)* e *Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)*.

### 2.3.1 Il Quality Premium (QP)

Il Quality Premium è un piano con il quale si decide di premiare i CCG per i miglioramenti nella qualità dei servizi da essi commissionati. Inoltre, il piano ha lo scopo di incentivare i CCG a migliorare i risultati sulla salute dei pazienti ed a ridurre le inegualianze nei risultati sulla salute nonché a migliorare l’accesso ai servizi stessi.

Il piano QP è stato aggiornato per essere in linea con le richieste della Guida alla Pianificazione del 2018/19 riguardante la moderazione delle richieste per le cure di emergenza. Il piano QP continuerà ad aumentare il progresso relativo alla qualità delle priorità principali quali il cancro, la salute mentale, “RightCare” (la salute e il benessere del paziente come priorità assolute) e le infezioni del flusso sanguigno.

Inoltre, in linea con la legge *National health Service Act 2006* (con emendamento del *Health and Social Care Act 2012*), NHS England ha il potere di fare pagamenti ai CCG in base alle qualità dei servizi da loro commissionati, i conseguenti risultati sulla salute e le riduzioni delle ineguaglianze. Come negli anni precedenti il pagamento massimo QP per un CCG ammonta a £5 per ogni individuo che abita nell’area ricoperta dal CCG stesso.

Il Quality Premium pagato ai CCG riflette la qualità dei servizi sanitari commissionati da loro, perciò il QP attribuito sarà basato su misure che coprono una combinazione di priorità nazionali e locali, e alla consegna dei parametri di idoneità, descritti di seguito.

#### **Indicatori**

Come comunicato nella Planning Guide del 2018/19, la struttura del QP cambierà per l’anno 2018/19 per incentivare la moderazione della richiesta per le cure d’emergenza come pure il mantenimento o il miglioramento del progresso rispetto agli indicatori principali di qualità.

### Indicatori per la gestione di richieste di emergenza

Valore: £210m

#	Indicatore	Coefficiente
A1	Ammissioni al Pronto Soccorso Tipo 1	50%
A2	Ammissioni non programmate senza ricovero	50%
B	Ammissioni non programmate con ricovero di 1 o più giorni	50%

Per ricevere il QP il numero di ammissioni non deve superare quello dell'anno precedente.

### Indicatori di Qualità

Valore: £68m

#	Indicatore	Coefficiente
1	Diagnosi precoce di cancro	17%
2	Accesso ed esperienza del medico di base	17%
3	Continuità della cura sanitaria	17%
4	Salute mentale	17%
5	Infezioni al flusso sanguigno	17%
6	"RightCare"	15%

Per ciascuno di questi indicatori il livello di miglioramento richiesto per innescare il premio è specificatamente definito, per esempio:

#### *Diagnosi precoce di cancro*

Per accedere al premio i CCG devono dimostrare un miglioramento del 4% in proporzione dei cancri diagnosticati nelle fasi 1 e 2 rispetto all'anno precedente oppure raggiungere più del 60% delle diagnosi dei cancri nelle fasi 1 e 2.

### *Accesso ed esperienza del medico di base*

Per accedere al Premio i CCG devono raggiungere un livello di pazienti che hanno registrato un'esperienza positiva nel fissare un appuntamento pari all'85% oppure dimostrare un miglioramento del 3% di pazienti che hanno registrato un'esperienza positiva nel fissare un appuntamento rispetto all'anno precedente.

### **Soglie**

Come negli anni precedenti, il QP prevede tre soglie. La soglia finanziaria e la soglia della Costituzione NHS sono state recentemente revisionate.

#### - Soglie di Qualità

I CCG sono responsabili per la qualità della cura e del trattamento che commissionano per conto dei propri pazienti. NHS England si riserva il diritto di non fare alcun pagamento QP ad un CCG se sussistono casi di pessima qualità seri, cioè quando:

- un fornitore locale è stato soggetto a misure di esecuzione dalla Care Quality Commission;
- un fornitore locale è stato contrassegnato come a rischio di conformità di qualità e/o ha i requisiti relativi alla violazione delle condizioni di licenza per fornitori;
- un fornitore locale è stato soggetto a misure di esecuzione basate su un rischio di qualità;
- il CCG non sta rispondendo in modo proporzionato ed appropriato ai propri collaboratori per risolvere il fallimento sopracitato;
- alla valutazione di fine anno la posizione del CCG è rimasta inalterata ossia non sta agendo per migliorare la situazione.

In alternativa alla trattenuta del QP nelle circostanze sopracitate, NHS England potrebbe, a sua discrezione, dare la disponibilità del premio al CCG in questione, se il CCG concorda di usarlo per aiutare a risolvere il problema qualitativo stesso.

E' essenziale che il Quality Premium e le procedure di valutazione siano ben in linea. Perciò in caso di modifica di uno o dell'altro, NHS England dovrà adeguare di conseguenza il secondo fattore.

- Soglia Finanziaria

L'uso efficace di risorse pubbliche dovrebbe essere visto come parte integrante per assicurare servizi di alto livello. Un CCG non riceverà premio di qualità se:

- dal punto di vista del NHS England, durante l'anno in questione, il CCG non ha operato in modo coerente con gli obblighi ed i principi illustrati nella pubblicazione "Managing Public Money" (la gestione dei soldi pubblici);
- il CCG finisce l'anno finanziario con un risultato sfavorevole rispetto alla sua posizione finanziaria programmata ed approvata, o richiede sostegno finanziario non programmato per evitare di trovarsi in questa posizione;
- riceve una relazione di revisione qualificata rispetto all'anno finanziario rilevante;
- se pertinente, il CCG non incontra le richieste illustrate nella Commissioners Sustainability Fund Guidance (guida per il fondo di sostenibilità dei commissioner).

- Soglia della Costituzione NHS

L'operato e l'epicentro di questa soglia sono stati modificati per il periodo 2018/19. Continuerà a fare riferimento agli indicatori di qualità ma non agli indicatori della *Emergency Demand Management* (Gestione di Richieste Urgenti). Vista l'introduzione di un elemento gestionale di richieste urgenti e per rimanere in linea con i programmi più ampi, come l'*Urgent and Emergency Care Programme* (Programma per Cure Urgenti di Emergenza), è stato sospeso il funzionamento delle prove riguardanti i tempi di risposta dell'ambulanza e del programma "4 ore limite al Pronto Soccorso". Infine è stato allineato il test "RTT" (il tempo trascorso dalla richiesta della terapia specialistica alla cura) alle misure illustrate nel documento guida "Refreshing NHS plans for 2018/19 (NHS innovazioni).

Requisito	Riduzione Premio di Qualità
- Il numero di pazienti sottoposti a cure incomplete a marzo 2019 non deve superare il numero di marzo 2018	50%
- Attesa massima di due mesi (62 giorni) dalla richiesta urgente del medico di base al trattamento per il cancro.	50%

Dovendo mantenere ben allineate le procedure del Premio di Qualità e la valutazione dei CCG, è importante assicurare l'allineamento fra il pagamento del Premio di Qualità e la Soglia della Costituzione del NHS. Se le misure nella Costituzione del NHS dovessero essere aggiornate, come è successo con i "RTT", o se cambiassero le aspettative riguardanti il funzionamento del Commissioners o Provider Sustainability Funds, NHS England potrebbe rivedere i criteri sopra indicati per mantenere l'allineamento.

### ***Calcolo e Uso dei pagamenti del Premio di Qualità***

Per ogni misura dove viene raggiunta la soglia di qualità identificata, il CCG in questione sarà idoneo a ricevere la percentuale indicata del finanziamento complessivo disponibile. Se un CCG non è riuscito a soddisfare i requisiti degli obiettivi di qualità o finanziari illustrati sopra, non riceverà il QP a meno che NHS England non decida diversamente.

Inoltre, quando un CCG non fornisce ai pazienti i diritti identificati o non mantiene le promesse riguardanti i tempi di attesa, ci sarà una riduzione del pagamento QP per ogni rilevante misura della Costituzione NHS.

I CCG sapranno l'ammontare del premio QP nel terzo quadrimestre dell'anno finanziario successivo. Per aumentare al massimo l'efficienza di utilizzo di questi pagamenti, ogni CCG dovrebbe considerare di pianificare l'uso degli stessi in anticipo così che possono essere implementati appena confermato il livello del premio.

I pagamenti QP possono essere usati soltanto per gli scopi spiegati nel regolamento ossia per migliorare:

- la qualità dei servizi sanitari;
- i risultati raggiunti dai fornitori dei servizi sanitari;
- la riduzione di inegualianze fra pazienti rispetto al loro accesso ai servizi sanitari o ai risultati raggiunti;

I CCG potrebbero utilizzare i pagamenti QP insieme ad altre organizzazioni per fornire i miglioramenti sopra indicati nel caso siano disponibili poteri più ampi per l'uso dei fondi. In ogni caso, ogni CCG è obbligato a pubblicare una spiegazione di come ha usato il pagamento QP.

### **2.3.2 Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)**

La guida in questione definisce la strategia per i Clinical Commissioning Groups e per i *Prescribed Specialized Services* (PSS) in relazione al periodo 2019/2020.

Da Aprile 2019 il valore dei piani di CCG e PSS sono stati ridotti del 1,25% ed in corrispondenza sono stati incrementati i prezzi.

Per ciascun contratto può essere utilizzato solo un massimo di cinque indicatori, questo in quanto gli anni precedenti l'imposizione di obiettivi da rispettare con il metodo CQUIN aveva determinato costi molto rilevanti. Di conseguenza ci si concentrerà sulle pratiche già collaudate e standardizzate che abbiano effetti positivi per far comprendere quali sono i benefici e per fare in modo che questi si diffondano rapidamente.

Il periodo 2019/2020 sarà il primo anno in cui verrà utilizzato questo nuovo approccio ed affinché venga adottato correttamente su larga scala verrà istituito un *CQUIN Advisory Group* al fine di verificare lo sviluppo di una futura linea di indicatori che siano interessanti per gli erogatori di servizi e utili per i pazienti.

#### ***Indicatori***

Gli indicatori fanno riferimento principalmente alle seguenti aree:

- Prevenzione cattiva salute
- Salute mentale
- Sicurezza dei pazienti
- Miglior pratica da attuare

Il metodo CQUIN per i Clinical Commissioning Groups individua per ogni area i migliori percorsi attuabili per il raggiungimento degli obiettivi. Queste metodologie sono state rivalutate in ottica dell'anno in corso affinché siano adeguate alle innovative pratiche introdotte e che siano semplici da applicare anche grazie al programma nazionale che fornisce gli strumenti, la formazione e il supporto per l'implementazione.

Per la prevenzione di una cattiva salute gli indicatori sono:

- Resistenza antimicrobica e infezioni del tratto urinario inferiore nelle persone anziane e profilassi antibiotica nella chirurgia del colon-retto;
- Vaccinazioni anti-influenzali per il personale;
- Prevenzione e consigli per temi quali alcol e fumo.

Per la salute mentale gli indicatori sono:

- Un migliore follow-up dopo la guarigione;
- Miglioramento della qualità e della raccolta dei dati;
- Uso di misure specifiche per il disturbo dell'ansia.

Per la sicurezza dei pazienti gli indicatori sono:

- Tre azioni ad alto impatto per prevenire le cadute in ospedale;
- La comunità ha inserito le *PICC Lines Secured* (inserimento cateteri) utilizzando un dispositivo *SecurAcath*.

Per la miglior pratica da seguire gli indicatori sono:

- Esame di controllo post ictus dopo 6 mesi;
- Dimostrazione delle condizioni e assicurazione di queste per il paziente portato da un'ambulanza;
- Assistenza immediata per casi di embolia polmonare, tachicardia, polmonite.

Anche gli indicatori delle aree relative ai Prescribed Specialized Services con riferimento al sistema Commissioning for Quality and Innovation sono stati semplificati, seguendo lo stesso approccio dei CCG.

Nell'area della prevenzione delle malattie, gli indicatori utili per i PSS sono:

- Ottimizzazione e gestione dei medicinali
- Obiettivo: eliminazione dell'epatite C

Gli indicatori utili per i PSS nell'area della salute mentale sono:

- Peso adeguato negli adulti
- Soddisfare le esigenze di formazione del personale

Nell'area della sicurezza dei pazienti, gli indicatori sono:

- Evitare ricoveri ospedalieri non necessari
- Revisione delle cure specialistiche in relazione all'asma grave
- Gestione delle immunoglobuline
- Chirurgia Spinale

Nell'area del miglior approccio sono:

- Promozione del trapianto

- Trombectomia abilitante
- Rendere più personale l'assistenza per i pazienti a lungo termine
- Cura della cirrosi
- Terapie per lo sviluppo dei bambini

### ***Raccolta dati***

Per quanto riguarda la gestione e analisi delle performance, le informazioni relative agli indicatori CQUIN vengono raccolte dai dati pubblici che sono disponibili e dai dati raccolti appositamente in una raccolta per i CQUIN. Perciò il monitoraggio degli indicatori al fine di analizzare la performance dei commissari, verrà fatto sulla base dei dati disponibili trimestralmente da una di queste fonti.

La raccolta dei dati trimestrali può essere fatta scegliendo tra due opzioni e bisogna osservarla anche successivamente. La scelta deve essere fatta considerando il CQUIN e le caratteristiche del Trust.

Opzioni:

#### 1. Struttura di campionamento definito

Questo metodo può essere selezionato nella situazione in cui le casistiche possano essere individuate attraverso le cartelle cliniche elettroniche e deve esserci un campione di almeno cento registrazioni.

Ogni Trust dovrà scegliere quale metodo di campionamento casuale tra i seguenti:

- a. *True randomisation*: in questo metodo bisogna assegnare ad ogni caso un valore che va da 1 a x. Perciò questi cento casi individuati random avranno assegnato un certo numero casuale che va da 1 a x.
- b. *Quasi-randomisation*: con questo metodo i casi vengono ordinati secondo un ordine che non si riferisce ad una caratteristica medica (ad esempio ordine alfabetico) e successivamente ad ogni caso compreso nell'area di campionamento viene assegnato un numero da 1 a x. Successivamente viene individuato un intervallo "y" determinato come  $y=x/100$  e, dopo aver scelto il primo numero identificativo di un caso tra 1 e y, ogni caso successivo verrà individuato aggiungendo y a questo.

Esempio: area di campionamento 10.000 casi;

campione 100 casi;

$y=10.000/100=100$

1° caso scelto random tra 1 e  $y(100)$ : 65

Casi successivi: 165, 265, 365,...

## 2. Struttura di campionamento non definito

Non è possibile individuare il campione utilizzando le cartelle cliniche elettroniche o altre note scritte, allora non sarà possibile considerare un metodo casuale.

In tal caso bisognerà analizzare caso per caso per garantire un campione rappresentativo. (ordine cronologico,...)

### ***Pagamenti CQUIN***

Per quanto riguarda l'anno in corso, la valutazione delle performance ed il relativo pagamento avverrà a fine processo.

Per la maggior parte degli indicatori la valutazione dei pagamenti verrà fatta raccogliendo i dati di ogni trimestre e poi basandosi sulla somma dei dati di tutti e quattro i trimestri. Per alcuni indicatori invece si considereranno solamente i dati raccolte nei secondi due trimestri dell'anno.

Per ogni indicatore viene inoltre individuato un valore minimo da raggiungere, al di sotto del quale non si riceve nulla. Da questo valore fino alla soglia superiore viene pagata una somma proporzionale alla percentuale raggiunta, mentre in corrispondenza della soglia superiore il premio ricevuto sarà il massimo.

Il sistema sanitario non prevede una regola per elargire queste somme, infatti i CCGs potrebbero anche decidere di distribuire i fondi ai fornitori con rate regolari in previsione dei risultati che otterranno per poi effettuare un conguaglio al termine.

Nella tabella che segue vediamo per ogni indicatore CCG quali sono le soglie minime e massime e in quali periodi è dovuta la valutazione delle performance.

Indicator	Pay levels(%)	Payment basis	Indicator	Pay levels(%)	Payment basis
CCG1a: AMR– Lower Urinary Tract Infections in Older People	60 - 90	Q2-4	CCG6: Use of Anxiety Disorder Specific Measures in IAPT	30 - 65	Q2-4
CCG1b: AMR– Antibiotic Prophylaxis in colorectal surgery	60 - 90	Q1-4	CCG7: Three high impact actions to prevent Hospital Falls	25 - 80	Q2-4
CCG2: Staff Flu Vaccinations	60 - 80	Q4	CCG8: PICC lines secured using a SecurAcath device	70 - 85	Q1-4
CCG3a: A&T- Screening	40 - 80	Q1-4	CCG9: Stroke 6 Month Reviews	35 - 55	Q1-4
CCG3b: A&T– Tobacco Brief Advice	50 - 90	Q1-4	CCG10a: Ambulance - (Assurance)	0 - 100	Q1-4
CCG3c: A&T– Alcohol Brief Advice	50 - 90	Q1-4	CCG10b: Ambulance - (Demonstration)	0 - 5	Q3-4
CCG4: 72hr follow up post discharge	50 - 80	Q3-4	CCG11a: SDEC – Pulmonary Embolus	50 - 75	Q1-4
CCG5a: Mental Health Data: Data Quality Maturity Index	90 - 95	Q2-4	CCG11b: SDEC – Tachycardia with Atrial Fibrillation	50 - 75	Q1-4
CCG5b: Mental Health Data: Interventions	15 - 70	Q3-4	CCG11c: SDEC – Community Acquired Pneumonia	50 - 75	Q1-4

Figura 2-10: Tabella riassuntiva per il calcolo dei finanziamenti

(Fonte: www.nhs.uk)

Prendendo come esempio CCG3a dove le soglie sono 40-80% e supponendo che il primo trimestre la prestazione ottenuta fosse 30%, il secondo 50%, il terzo 75% e il quarto 40%, e considerando la valutazione sull'intero anno, la performance finale sarà:

$$\frac{\text{somma numeratori}}{\text{somma denominatori}} = \frac{(30 + 50 + 75 + 40)}{(100 + 100 + 100 + 100)} = \frac{195}{400} = 48,75\%$$

Qualora invece i trimestri da considerare fossero solamente gli ultimi due il calcolo della performance totale sarebbe stato:  $\frac{(75+40)}{(100+100)} = \frac{115}{200} = 57,5\%$

Una volta determinata la performance bisogna capire quanto sarà il relativo pagamento, il quale seguirà la seguente formula:

$$\text{Pagamento} = \frac{(\text{Performance} - \text{minimo})}{(\text{massimo} - \text{minimo})}$$

Se, ad esempio, il valore individuato dai CQUIN per un certo indicatore fosse di £100.000 e la performance fosse 50%, il pagamento dovuto sarebbe:

$$\frac{(50\% - 40\%)}{(80\% - 40\%)} = 25\% = \text{£ } 25.000$$

Se, invece, la performance fosse stata 85% la somma dovuta sarebbe il totale in quanto:

$$\frac{(85\% - 40\%)}{(80\% - 40\%)} = 112,5\% = 100\% = \text{£ } 100.000$$

Nel caso invece la performance generale fosse al di sotto del minimo, l'importo cui il fornitore avrà diritto sarà zero.

## Capitolo III

### ITALIA E REGNO UNITO A CONFRONTO

Sommario: 3.1 I principali passaggi storici del SSN e del NHS. – 3.2 Il sistema di finanziamento. – 3.3 Il controllo di gestione. – 3.4 Dati a confronto.

#### 3.1 I principali passaggi storici del SSN e del NHS

Inizialmente il **Sistema Sanitario Nazionale** italiano era un sistema mutualistico che creava molte difficoltà e che forniva un servizio scadente e diversificato, era infatti basato sulla classe sociale dei cittadini determinando discriminazioni e inefficienze. Non esisteva inoltre alcuna forma di prevenzione o di riabilitazione post-operatoria, e nel tempo le cosiddette mutue hanno prodotto un indebitamento che diventò insostenibile. Queste situazioni hanno portato alla necessità di effettuare un riordino, nasce così il Servizio Sanitario Nazionale con la Legge 833 del 1978, i cui fondamenti sono equità, uguaglianza e universalità di accesso all'assistenza.

Con l'implementazione di alcune modifiche, si è prestata maggiore attenzione all'utilizzo delle risorse finanziarie e si comincia a parlare di programmazione sanitaria (con il Piano Sanitario Nazionale) e di Livelli Essenziali di Assistenza. Inoltre comincia ad amplificarsi il concetto di decentralizzazione già iniziato nel 1970 con l'introduzione delle Regioni e si è iniziato a percorrere la strada dell'aziendalizzazione delle USL anche attraverso l'accreditamento delle strutture private.

Negli anni Novanta lo Stato distribuiva le risorse alle Regioni erogando una quota capitaria in base alla numerosità della popolazione. Con le successive normative e riforme le Unità Sanitarie Locali hanno acquisito sempre più poteri fra i quali anche quelli di programmazione e controllo, e con la riforma del Titolo V della Legge Costituzionale n. 3 del 2001 le Regioni sono diventate responsabili della spesa e finanziamento alle Aziende Sanitarie Locali.

La nascita del **National Health Service** del Regno Unito ha invece avuto luogo 30 anni prima rispetto all'Italia, nel 1948. Prima di questo momento, ad inizio secolo l'assistenza era fornita a tutti i lavoratori uomini attraverso i general practitioner e successivamente, durante il periodo della Seconda Guerra Mondiale, aveva iniziato ad avere una forma più organizzata con l'istituzione dell'Emergency Medical Service.

Il NHS era suddiviso in ospedali statali, medici di base, servizio a domicilio e servizio della comunità. In questo particolare periodo vigeva il metodo "command and control" per il quale le direttive impartite dal Governo si ripercuotevano fedelmente fino alla più piccola unità, inoltre il finanziamento ai vari apparati del NHS avveniva basandosi sulla spesa effettuata l'anno precedente.

Negli anni '60 ci fu un'espansione molto importante dal punto di vista delle infrastrutture e ogni territorio ebbe la possibilità di fornire quasi tutti i servizi a parte quelli più critici, come cardiocirurgia e neurochirurgia. Inoltre ci fu l'introduzione della figura del consulente, con la funzione di coordinatore negli ospedali, e si svilupparono studi di medici privati a causa della poca fiducia nella preparazione dei medici di base statali.

Nel 1974 si è rivelata necessaria una riorganizzazione del Servizio Nazionale in cui per ognuna delle quattordici regioni del territorio i Regional Health Boards pianificavano la strategia mentre l'azione operativa era lasciata alle Area Health Authorities, le quali gestivano circa cinquecentomila/un milione di cittadini. Questo nuovo approccio aveva però portato ad una forte rigidità del sistema.

Venne inoltre modificato il metodo di finanziamento, non più basato sull'anno precedente ma sul tasso di mortalità dei cittadini, cambiando molto la distribuzione dei fondi stessi.

Successivamente, con il Governo Thatcher, si iniziarono a prendere in considerazione nei consigli sanitari anche le autorità locali, in modo da poter avere rapporti e linee da seguire più coerenti con la zona afferente.

Un altro momento importante nella storia del NHS è stato il white paper "Working for Patient" del 1989, volto a migliorare la qualità e ampliare l'offerta creando un mercato interno, creando *stand-alone trusts*, introducendo fondi per i medici di base,

introducendo un tipo di finanziamento basato sulla numerosità della popolazione e cercando di imporre un certo tipo di controllo anche sui medici.

Negli anni Novanta quasi tutti i fornitori riuscirono a diventare dei Trusts, i medici di base si riunirono in multifunds ed a fine secolo fu emanato il white paper "The new NHS. Modern-Dependable". Con questo decreto si puntò a sviluppare l'assistenza primaria attraverso i Primary Care Groups (ai quali dovevano entrare a far parte tutti i medici di famiglia), ad incrementare la pianificazione a livello nazionale e a migliorare ancor di più qualità ed efficienza.

Con il nuovo millennio iniziarono ad apparire i Foundation Trusts e gli investimenti dello Stato nel settore sanitario aumentarono notevolmente. Si iniziò inoltre ad accreditare strutture private, come gli Independent Treatment Centres ed i Walk in Centres, cosa che portò ad un incremento della concorrenza per i fornitori.

Questo nuovo periodo è caratterizzato da problemi finanziari e da nuove modifiche nella struttura organizzativa. Infatti diventano molto importanti i Clinical Commissioning Groups ai quali viene data la maggior parte dei finanziamenti.

## 3.2 Il sistema di finanziamento

Con riferimento al finanziamento del SSN in Italia, il livello di risorse viene deciso da una legge dello Stato ed è composto da una parte destinata in particolare agli obiettivi prefissati e da una parte più “libera”. Quest’ultima deriva dai ricavi diretti come i ticket, dalle imposte regionali quali IRAP (la quota di competenza della sanità) e l’addizionale regionale IRPEF, dalla compartecipazione delle regioni a statuto speciale (la Sicilia partecipa con una quota fissa pari al 49,11% delle proprie necessità finanziarie) ed infine, per la parte rimanente necessaria una volta determinata l’entità delle entrate precedentemente elencate, dallo Stato attraverso l’Imposta sul Valore Aggiunto, le accise e il Fondo Sanitario Nazionale.

Successivamente, in base agli accordi tra Stato e Regioni, le risorse raccolte vengono distribuite alle Regioni stesse e queste le ripartiscono a loro volta alle Aziende Sanitarie con i fondi necessari a fornire i LEA e gli altri servizi. Nel fare ciò si tiene anche conto della numerosità di persone che risiedono in una certa Regione ma decidono di accedere al servizio di un’altra, della quantità di ricoveri prevista (ponderando la necessità di denaro con i Diagnosis Related Groups) e degli ambulatori specialistici e non a disposizione.

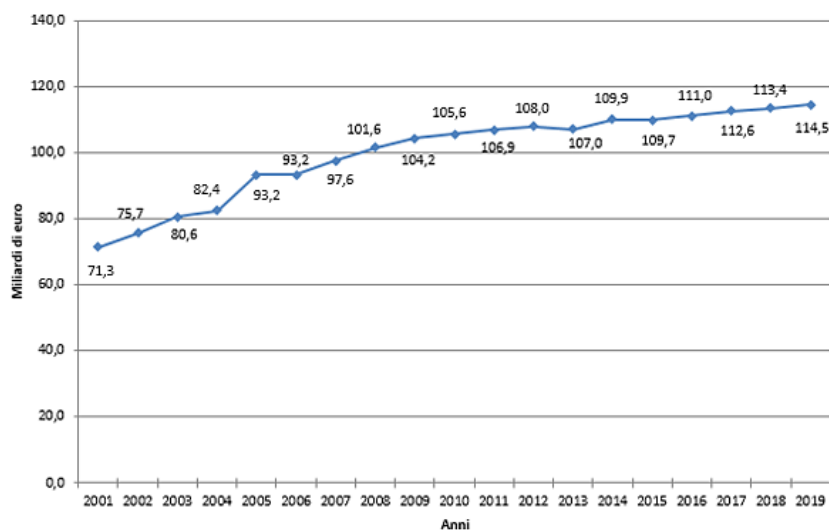


Figura 3-1: Rappresentazione finanziamento al SSN a carico dello Stato  
(Fonte: Ministero della Salute)

Nel grafico soprastante si può vedere l'andamento che ha avuto l'investimento da parte dello Stato nel SSN, andamento che, come si può notare, è sempre in crescita a partire dal 2001 e che nel 2019 è arrivato ad ammontare € 114.500.000.000.

In Inghilterra lo Stato (Her Majest's Treasury) riceve la maggior parte dei fondi dalle entrate derivanti dall'imposizione fiscale e li distribuisce ai diversi Dipartimenti attraverso un budget, il quale viene rimodulato ogni due o tre anni circa. Una volta individuata la cifra viene quindi concessa al Dipartimento della Sanità, che nel 2012/2013 ammontava a 107 miliardi di sterline. All'interno dello stesso Dipartimento viene preparato a sua volta un budget interno dove circa il 47% dei fondi viene allocato al primo soccorso mentre per medicina di base, assistenza a domicilio e sanità mentale sono predisposti un 10% ciascuno.

Quindi il Ministero della Sanità distribuisce la quasi totalità dei fondi al NHS England (£ 96 miliardi) di cui sono stati distribuiti ai Clinical Commissioning Groups la somma di £ 64 miliardi. La suddivisione dei fondi per ogni CCG avviene principalmente in base alla numerosità della popolazione e prendendo in considerazione anche l'età della stessa, le condizioni di salute ed anche il suo posizionamento geografico. Mentre i rimanenti £ 30 miliardi sono destinati ai costi di gestione del NHS e ad altri servizi quali assistenza primaria, che comprende anche i medici di base, servizi specialistici e assistenza sanitaria per militari e per i prigionieri.

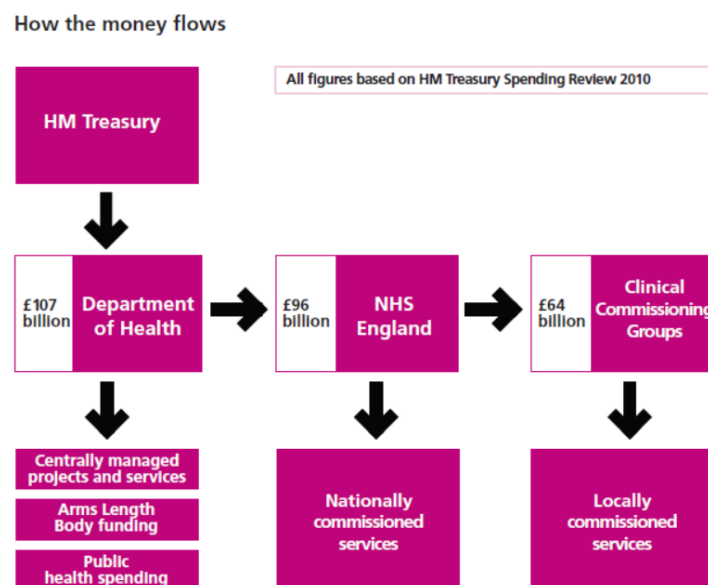


Figura 3-2: Flussi finanziari nel NHS England

(Fonte: [www.england.nhs.uk](http://www.england.nhs.uk))

### **3.3 Il controllo di gestione**

#### ***Organizzazione***

Il Servizio Sanitario Nazionale ha al vertice il Ministero della Salute, si dirama poi in ogni Regione le quali sono organizzate in Aziende Sanitarie Locali (oppure ULSS, USL, ...) e Aziende Ospedaliere. Le ASL sono poi suddivise in più apparati ossia il dipartimento della prevenzione, il distretto socio-sanitario e i presidi ospedalieri.

Il National Health Service è organizzato in quattro aree (North, Midlands & East, London, South) e ventisette Local Area Teams. Inoltre, molto importante, il territorio è suddiviso in STP o ICS nelle quali aree si trovano gli NHS Trusts, gli NHS Foundation Trusts e i Clinical Commissioning Groups.

#### ***Controllo di gestione***

La gestione del Sistema Sanitario è un processo molto burocratico e formalizzato. Vengono infatti sviluppati una serie di documenti che dettano le linee guida a livello centrale, e questo vale per entrambe le situazioni. In Italia viene redatto un Piano delle Performance il quale specifica gli obiettivi che si vuole percorrere per ogni Centro di Responsabilità. Per ogni obiettivo viene inoltre specificato uno o più indicatori per la valutazione e il budget definito per raggiungere il risultato richiesto.

Attraverso questo documento vengono inoltre individuate con precisione quelle che sono le responsabilità dei dirigenti di I fascia in quanto vengono anche valutati sulla relativa performance. La valutazione di un Centro di Responsabilità è composta da una parte apportata dai dirigenti del Centro, una parte apportata da dirigenti non collegati in maniera diretta e una parte relazionata alle competenze organizzative.

Di conseguenza, l'analisi del sistema sanitario in generale è dato dalla somma delle performance di tutti i CdR con al vertice dirigenti di I fascia. Inoltre a definire gli obiettivi sono i dirigenti stessi insieme all'OIV, e vengono sottoposti al Governo per la conferma.

Un elemento importante nel controllo di gestione è il contributo che le Regioni possono ricevere se adempiono ad una serie di requisiti, fra i quali il mantenimento della qualità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. In tal caso viene erogato alle Regioni una quota pari a tre punti percentuali rispetto alle risorse necessarie, senza tenere conto

dei propri proventi. A partire dal nuovo millennio il monitoraggio è stato fatto da un apposito Comitato permanente attraverso il Sistema di Garanzia e con lo strumento chiamato Griglia LEA, all'interno del quale sono individuati gli indicatori di valutazione. Con questo metodo viene misurato ogni indicatore e ponderato per un peso specifico assegnatogli ed il risultato complessivo per la Regione è formato dalla somma dell'esito di ogni indice.

A partire dal 2020 entrerà in vigore il Nuovo sistema di garanzia composto da 88 indicatori di cui 20 definiti *Core* e si valuteranno grazie ad una funzione di valorizzazione. Questo sistema renderà i risultati più omogenei e potrà tenere distinte le tre aree assistenziali di analisi, quali quella domestica, quella distrettuale e quella ospedaliera.

In aggiunta al controllo a livello statale ogni Regione, attraverso le singole Aziende Sanitarie, attua un proprio monitoraggio del sistema. L'esempio considerato è quello dell'Azienda sanitaria della Marca Trevigiana.

VALUTATO	COSA SI VALUTA			VALUTATORE	SUPPORTO METODOLOGICO
TITOLARE DI CdR	Contributo conseguimento Obiettivi generali, specifici e strategici <b>Peso: 40%</b>	Contributo conseguimento Obiettivi istituzionali <b>Peso: 40%</b>	Competenze organizzative <b>Peso: 20%</b>	MINISTRO SU PROPOSTA DELL'OIV	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
DIRIGENTE DI II FASCIA	Contributo conseguimento Obiettivi di struttura (generali, specifici e strategici e istituzionali) <b>Peso: &gt;=50% e &lt;=70%</b>	Obiettivi individuali (eventuali) <b>Peso: &lt;=20%</b>	Competenze organizzative <b>Peso: 30%</b>	TITOLARE DI CdR	
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONALITA' SANITARIE	Contributo conseguimento Obiettivi di struttura <b>Peso: =20%</b>	Obiettivi individuali Obiettivi di gruppo Obiettivi individuali e di gruppo <b>Peso: =50%</b>	Competenze organizzative <b>Peso: 30%</b>	TITOLARE DI CdR SENTITO IL DIRIGENTE DI II FASCIA	



Figura 3-3: Valutazione personale nella sanità

(Fonte: Relazione sulla Performance 2018, Ministero della salute)

Partendo dalla stesura del Piano Sanitario Regionale che dà l'indirizzo da seguire, le aziende redigono il Piano della Performance ed il Documento direttive. Dopo questo momento si avvia il processo di elaborazione del budget, la sua negoziazione ed infine troviamo la valutazione in itinere e a consuntivo della gestione effettuata.

Come accade al livello centrale, il Piano delle performance regionale individua i target che si vuole raggiungere, i relativi indici e le persone interessate, successivamente le singole unità imputano obiettivi specifici ai CdR nel momento di definizione del budget. Inoltre tutti gli obiettivi strategici ed operativi dell'azienda sanitaria sono raccolti all'interno del Documento direttive. Il budget dovrà poi essere approvato, e questo avviene con una Deliberazione del Direttore Generale.

Il ciclo di gestione della performance è quindi strutturato come segue: innanzitutto si individuano gli obiettivi (i quali vanno assegnati al CdR di riferimento), successivamente vengono individuati i valori target e gli indicatori con i quali valutarli; dopo di che viene individuata la relazione che lega obiettivi e risorse necessarie a raggiungerli. Il focus successivo è il monitoraggio durante l'esercizio che ha lo scopo di poter intervenire e proporre soluzioni il più velocemente possibile (in tal caso avrà luogo una rinegoziazione del budget); al termine dell'anno ci sarà la rilevazione dei dati e la redazione di una relazione conclusiva che riporti i risultati ottenuti. Quest'ultima va inoltre trasmessa agli organi dirigenziali e alle persone interessate.

Ogni Unità Operativa Complessa di Controllo di gestione trimestralmente elabora dei report che evidenziano lo stato delle attività ed i costi sostenuti fino a quel momento, questo è un altro elemento caratterizzante il modello italiano. Vengono perciò valutate

le performance riferite agli obiettivi preposti e viene effettuata una valutazione generale pesando i punteggi ottenuti, in modo da ottenere un risultato espressivo e realistico della situazione. In base al risultato l'Azienda concede dei premi in caso di prestazioni molto buone oppure dei disincentivi in caso di situazioni sottoperformanti.

Anche i dipendenti vengono individualmente valutati e possono ricevere premi o riduzioni di compensi in relazione al proprio apporto personale. I dirigenti dei CdR dovranno valutare il personale suo subordinato e valutare anche se stesso per poi sottoporre l'autovalutazione ad un superiore.

Infine ogni anno l'OIV elabora un'analisi finale complessiva di tutte le verifiche effettuate e tenendo in considerazione gli obiettivi strategici per ogni CdR e le performance personali.

Il National Health Service monitora la qualità dei propri *trusts* tramite le Care Quality Commissions mentre la gestione finanziaria viene monitorata attraverso NHS Improvement. Il CQC analizza, verifica e tiene conto della qualità di ospedali e altre strutture facendo rispettare gli standard predefiniti. La qualità è infatti diventata un elemento basilare nel sistema. Infatti oltre al NHS Improvement è stato istituito il National Institute for Health and Care Excellence per dare le linee guida in termini di standard qualitativi e per incentivare gli istituti a percorrere questi risultati sono stati introdotti dei sistemi premianti.

Come in Italia vengono redatti alcuni documenti: il Five Year Forward View e il Mandate. Il primo dà una previsione per i futuri cinque anni rispetto al NHS mentre il secondo, mantenendo la linea indirizzata dal Five Year Forward View, definisce puntualmente gli obiettivi che il NHS England si prefigge. Attraverso il mandato viene anche elaborato il budget per il NHS e il bilancio previsionale degli anni successivi.

Inoltre ogni area STP o ICS che troviamo sul territorio, collaborando con i dirigenti delle strutture locali, deve predisporre un piano operativo che sia in linea con il dettato nazionale e che rappresenti le caratteristiche ed i problemi della popolazione della zona in cui si trovano. Oltre a questo dovranno anche individuare le risorse necessarie a realizzare gli obiettivi indicati, tenendo conto anche dei NHS Trust, Foundation Trust e CCGs.

Attraverso la NHS Operational Planning and Contracting Guidance, NHS England e NHS Improvement definiscono inoltre i *control totals* per ogni STP e ICS. I Control Totals si dividono in due categorie: Individual control totals e System control totals. Il primo termine si riferisce ad un limite massimo di tipo finanziario per l'anno in considerazione che deve essere accettato e reso noto al NHS da parte dei singoli fornitori di servizi sanitari affinché essi stessi possano accedere ai fondi degli STP; il secondo termine invece si riferisce al limite massimo dal punto di vista finanziario che tutta un'area STP deve rendere disponibile, quindi fornitori e commissari devono singolarmente e nell'insieme rispettare questo target. Questi totals possono anche non essere accettati ed in tal caso il sistema dovrà fare una controproposta al Direttore Regionale.

L'intenzione del NHS è quella di ridurre i costi del sistema sanitario, tuttavia questi limiti di spesa non sono le uniche cose su cui punta infatti è stato richiesto ai CCGs di agire in modo tale da efficientare i processi il più possibile.

Il metodo utilizzato dal NHS per incentivare il personale è stato quello di introdurre i sistemi Quality Premium e Commissioning for Quality and Innovation. Attraverso il QP vengono definiti i premi per i CCG in modo da incrementare la qualità e l'efficienza dei servizi, valutati sulla base di alcuni indicatori. Il pagamento che può essere fatto ad un CCG come premio può ammontare al massimo a £ 5 per ogni persona residente nell'area del CCG, in linea con quanto disposto dal National Health Service Act 2006. Ad esempio, per ricevere il QP in relazione alle ammissioni al pronto soccorso, queste devono essere inferiori o al massimo uguali all'anno precedente. Inoltre per percepire il QP i CCG devono superare tre diverse soglie: una qualitativa (non possono sussistere casi di pessima qualità), una finanziaria (è necessario fare un uso efficiente delle risorse) e una costituzionale.

È importante dire che ai CCG viene comunicato l'importo del QP solamente nel terzo quadrimestre dell'anno successivo perciò per avere più chance di utilizzarlo in maniera efficiente una volta ricevuto, dovrebbero pianificare in anticipo l'utilizzo che vogliono farne. Questo può essere finalizzato ad incrementare la qualità dei servizi sanitari; migliorare le performance dei fornitori dei servizi sanitari; ridurre le inegualianze fra pazienti rispetto al loro accesso ai servizi sanitari o ai risultati raggiunti.

Il metodo CQUIN è un sistema che concede una quota di reddito all'operatore sanitario (circa il 2,5%) dopo aver dimostrato eventuali miglioramenti qualitativi o innovazioni in alcune aree di assistenza specificate quali la prevenzione di una cattiva salute, la salute mentale, la sicurezza dei pazienti e l'attuazione della miglior pratica possibile. L'importo del pagamento viene determinato analizzando indicatore per indicatore, infatti possono avere soglie diverse e target diversi tra loro.

### 3.4 Dati a confronto

Per poter valutare e confrontare i due sistemi di gestione dei Sistemi Sanitari italiano e inglese, un elemento interessante è dato dalla classifica stilata da Bloomberg in relazione al 2015. Questa graduatoria esprime l'efficienza dei sistemi sanitari. Essa raccoglie i dati dalla Banca Mondiale, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'ONU e dal Fondo Monetario Internazionale ed analizza lo Stato più efficiente in termini di costi e aspettativa di vita. Le Nazioni valutate sono quelle con "PIL pro-capite superiore a \$ 5.000, vita media di almeno 70 anni e una popolazione minima di 5 milioni"<sup>24</sup>.

Questa analisi considera tre valori: l'aspettativa di vita, i costi assoluti e i costi relativi della sanità. Possiamo quindi vedere come l'Italia si piazza al quarto posto mentre il Regno Unito è addirittura in posizione numero 35, 14 di meno rispetto ai dati del 2014.

Bloomberg Health Care Efficiency							
Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013
32	28	-4	Austria	49.0	81.2	10.3	4,536
33	40	7	Algeria	48.2	75.9	7.1	292
34	34	-	Slovakia	47.6	76.6	6.9	1,108
35	21	-14	U.K.	46.3	81.0	9.9	4,356
36	32	-4	Peru	46.0	74.8	5.3	323

Figura 3-4: Estratto della classifica mondiale dell'efficienza dei Sistemi Sanitari Nazionali  
(Fonte: Bloomberg Public Health)

I risultati mettono inoltre in luce come un'alta spesa sanitaria non corrisponda necessariamente ad importanti ricadute sul piano della salute, di conseguenza l'analisi di Bloomberg evidenzia come il sistema sanitario di un Paese sia in realtà uno strumento incluso all'interno di un quadro globale più ampio che abbraccia le questioni socio

<sup>24</sup> QuotidianoSanità.it

economiche di rilievo come l'istruzione, l'occupazione, la qualità di vita, la prevenzione, il reddito e l'accesso ai servizi.

L'Italia infatti nel 2016 ha investito il 8,9% del prodotto interno lordo ed era la dodicesima nazione in Europa per ammontare di spesa nella sanità e l'aspettativa di vita era di 82,6 anni. Il Regno Unito invece ha una spesa superiore, pari al 9,7% del PIL e la media dei Paesi OCSE era 10,2%. Perciò entrambi gli Stati si trovano sotto la media del campione di riferimento.

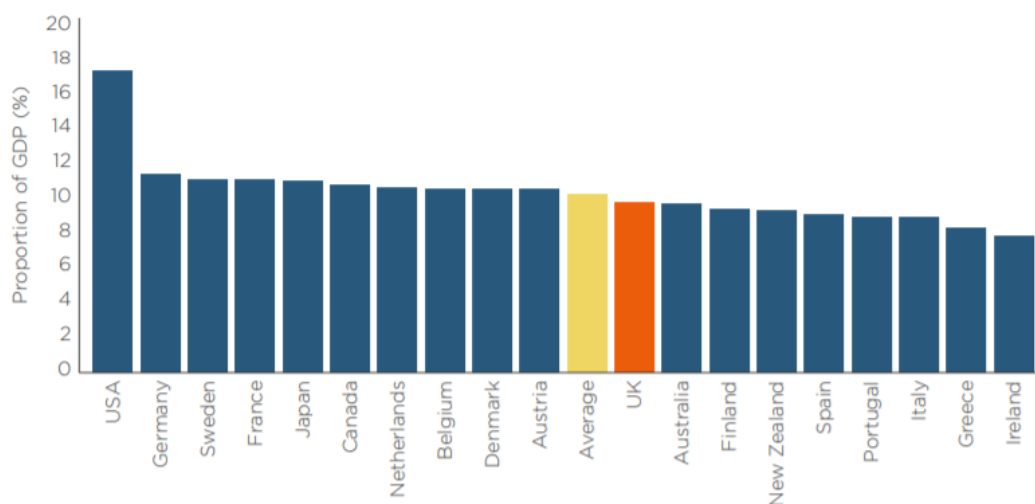


Figura 3-5: Percentuale della spesa per la sanità rispetto al PIL nei Paesi OCSE (2016)  
(Fonte: OECD (2018), 'Health expenditure and financing', OECD Publishing, Paris)

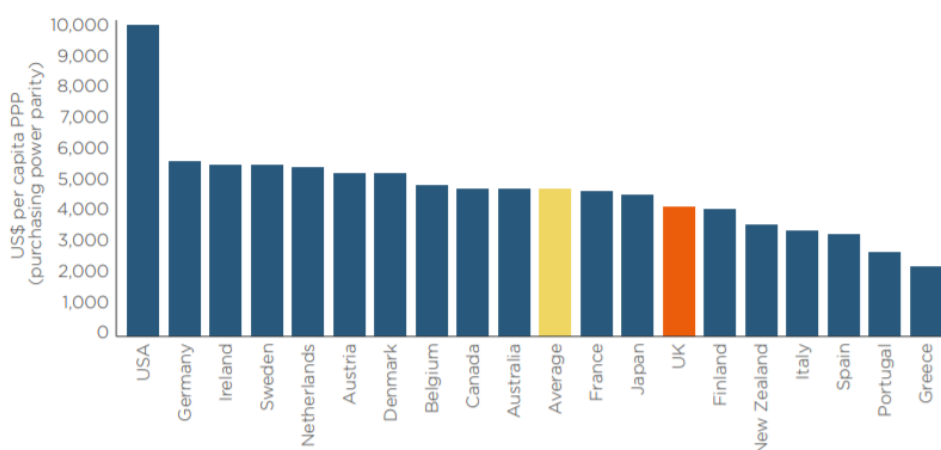


Figura 3-6: Ammontare spesa sanità pro-capite nei Paesi OCSE (2016)  
(Fonte: OECD (2018), 'Health expenditure and financing', OECD Publishing, Paris)

Inoltre anche per quanto riguarda la spesa pro-capite per la sanità il Regno Unito si trova in una posizione superiore all'Italia (3.833,3 contro 3.264,4 USD per persona)<sup>25</sup>

L'efficienza del NHS è sempre stato un argomento di discussione nel Regno Unito. Dall'analisi OCSE<sup>26</sup> possiamo comunque vedere che il livello di spesa dei costi amministrativi, quali pianificazione, finanziamento e monitoraggio (escludendo i costi amministrativi sostenuti dai singoli ospedali) è al di sotto della media. Anche l'Italia si trova sotto la media ma, come possiamo vedere dalla figura di seguito, spende circa mezzo punto percentuale in meno rispetto al UK.

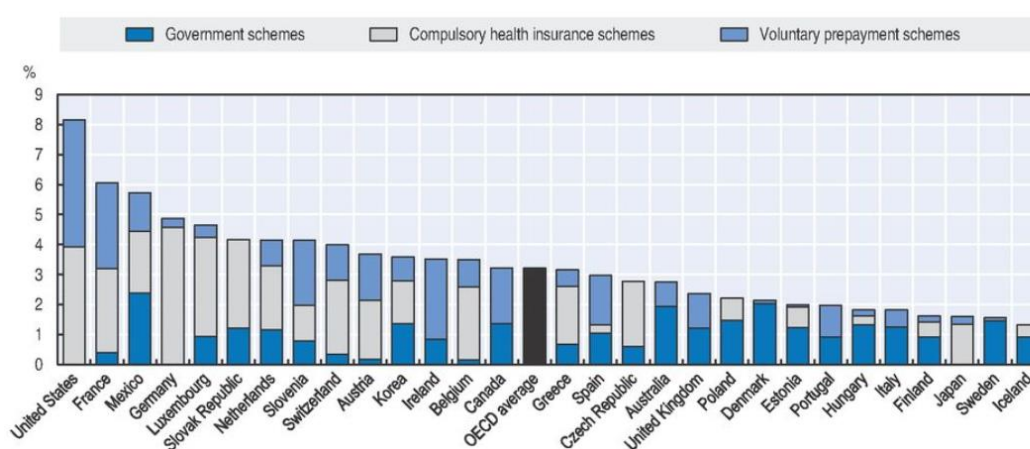


Figura 3-7: Quota costi amministrativi sulla spesa nei servizi sanitari nazionali dei Paesi OCSE (Fonte: OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris)

Il problema più grave nel sistema sanitario italiano è la differenza dei trattamenti e delle performance tra le Regioni.

Entrambi i servizi sanitari rendono accessibile il diritto alla salute a tutti i cittadini senza alcuna discriminazione e danno molta importanza alla qualità dell'assistenza, inoltre si basano sugli stessi principi guida: universalità, uguaglianza ed equità. Questi elementi a volte vengono dati per scontati ma solamente poche nazioni riescono ad erogare un'assistenza senza discriminazioni di razza, genere o possibilità economiche come Italia e Regno Unito.

<sup>25</sup> OECD (2018), 'Health expenditure and financing', OECD Publishing, Paris

<sup>26</sup> OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris

Per quanto riguarda l'aspettativa di vita, quella italiana è più elevata rispetto a quella del Regno Unito, è infatti seconda solo alla Spagna. L'aspettativa di vita media alla nascita è in media 83,4 anni mentre in Inghilterra è 81.5 (al di sotto della media OCSE).

Un'altra differenza sta nella gestione dei farmaci concessi in esenzione da parte dei sistemi sanitari. Infatti l'Italia si trova al primo posto in questa classifica, al contrario l'Inghilterra ha da poco ridotto il numero di farmaci che possono essere forniti gratuitamente.

Il sistema sanitario nazionale del Regno Unito ha performance più basse rispetto alla media con riferimento alle più comuni cause di morte. Per di più è il terzo Paese, in termini negativi rispetto ai 18 Paesi dell'OCSE, per il tasso di mortalità per patologie che cure mediche di successo avrebbero guarito. Infine ha tassi di mortalità neonatale (al momento della nascita o nella prima settimana di vita) molto alti: 7‰ rispetto ad una media di 5,5‰.

## CONCLUSIONE

Essendo le organizzazioni studiate di portata così ampia non è stato semplice confrontarle e capire tutte le loro dinamiche, l'elemento più utile per effettuare il paragone tra i due modelli è stato quello dell'efficienza, in quanto quello più citato in letteratura. Non è tuttavia scontato valutare se le misurazioni di questo fattore sono totalmente realistiche, molto spesso infatti i dati utilizzati sono incompleti e perciò poco comparabili, anche se la gestione della raccolta dati e di conseguenza la loro affidabilità sta progressivamente migliorando nel tempo.

Ad ogni modo si è potuto vedere come sempre più spesso il settore pubblico stia incorporando molti principi aziendali, secondo i quali tutti gli attori devono rendere conto dei risultati ottenuti. Perciò i budget, i report, i bilanci e le altre analisi assumono una maggiore rilevanza in quanto, dovendo seguire il principio di trasparenza degli enti statali, devono essere resi pubblici.

La valutazione degli indicatori che rispecchiano l'andamento della salute dei pazienti è inoltre condizionata dal fatto che la salute delle persone non dipende solamente dal servizio sanitario ma anche da molti altri fattori quali la società, l'economia, la cultura e l'istruzione. Questo è confermato da risultati di varie analisi che mettendo in relazione la spesa sanitaria dei paesi con l'aspettativa di vita dei loro cittadini evidenziano come un'alto stanziamento monetario non corrisponda necessariamente ad importanti ricadute sul piano della salute. Per questo motivo i sistemi sanitari spesso delegano alcune loro funzioni ad altri organismi, ad esempio il NHS inglese si appoggia ad alcuni Comuni rendendoli autonomi di agire al fine di limitare problemi locali come l'obesità, che affliggono le zone in maniera non omogenea.

Un buon sistema sanitario potrebbe essere inteso come un sistema che garantisca velocità dei trattamenti, accessibilità alle cure, efficienza e risultati positivi nell'ottica della salute dei pazienti. Entrambi i sistemi sanitari analizzati perseguono e si basano sugli stessi principi fondamentali di equità, universalità di accesso e uguaglianza di trattamento che hanno portato entrambi ad essere caratterizzati dallo stesso punto di forza, ossia che forniscono servizi assistenziali quasi totalmente gratuiti.

Al contrario, uno dei problemi che emerge nel Regno Unito è il modo in cui vengono spesi i soldi all'interno del settore sanitario, infatti la spesa nella sanità raggiunge quasi il valore medio investito dai Paesi OCSE senza però finanziare attività che portano ad un concreto incremento di efficienza. Anche la forza lavoro impiegata nel NHS non è rappresentativa della popolazione e della sopracitata spesa. In Italia, invece, una delle questioni più problematiche è la forte disuguaglianza delle performance tra le diverse Regioni.

Ciò che traspare da alcune ricerche effettuate è che l'Italia sia una nazione nel complesso molto efficiente nel settore sanitario, al contrario del Regno Unito che presenta alcuni problemi in tale ambito. Le analisi interne del nostro Paese dimostrano infatti come la maggior parte delle Regioni siano adempienti rispetto agli obiettivi strategici ed operativi che lo Stato ogni anno si prepone.

Quello che accomuna il controllo di gestione inglese e italiano è la gestione delle performance del personale attraverso sistemi premianti, ma ciò che allo stesso tempo li differenzia è il modo in cui gli incentivi vengono considerati, il modello italiano infatti li utilizza sia con l'intento di generare motivazione al miglioramento continuo sia con il fine di scoraggiare comportamenti e prestazioni inadeguati, nel Regno Unito invece questa seconda opzione non è prevista.

Infine si può quindi affermare che in entrambi i sistemi di gestione analizzati i report e i documenti valutativi assumono grande importanza in quanto permettono di apprendere la situazione, i problemi e i punti di forza dell'intera organizzazione per poter poi capire dove e come intervenire in modo puntuale per migliorarne gli aspetti più critici sia dal punto di vista delle prestazioni sia dal punto di vista del contesto esterno che caratterizza il momento storico in cui si trova.

## LISTA DELLE FIGURE

▪ Figura 1-1: Struttura organizzativa SSN dopo il riordino	pag. 12
▪ Figura 1-2: Organizzazione Ministero della Sanità	pag. 18
▪ Figura 1-3: Performance organizzativa generale 2018	pag. 32
▪ Figura 1-4: Performance attività strategica 2018	pag. 33
▪ Figura 1-5: Suddivisione e distribuzione premi personale non dirigente	pag. 34
▪ Figura 1-6: Elenco indicatori LEA 2017	pag. 36
▪ Figura 1-7: Situazione Regioni adempienti e non	pag. 40
▪ Figura 1-8: Adempienza indicatore copertura vaccinale over 65 contro l'influenza	pag. 41
▪ Figura 1-9: Adempienza indicatore rapporto tra ricoveri allocati a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e non	pag. 42
▪ Figura 1-10: Valutazione LEA Regione Veneto 2017	pag. 43
▪ Figura 1-11: Rosone LEA 2017	pag. 43
▪ Figura 1-12: Risultati del monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia – Le regioni adempienti 2016	pag. 44
▪ Figura 1-13: Risultati del monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia – Le regioni non adempienti 2016	pag. 45
▪ Figura 1-14: Il ciclo di gestione della performance organizzativa	pag. 46
▪ Figura 1-15: Schede di budget 2018 ULSS 2 Marca Trevigiana	pag. 52
▪ Figura 2-1: Organizzazione Dipartimento della Sanità	pag. 66
▪ Figura 2-2: 1997: riforme e obiettivi	pag. 69
▪ Figura 2-3: Setting, delivering, monitoring standards	pag. 72
▪ Figura 2-4: Distribuzione del budget per la R&S nel NHS	pag. 77
▪ Figura 2-5: Medici e infermieri impiegati in Inghilterra e Galles nel 1948 e nel 2018	pag. 81
▪ Figura 2-6: Organizzazione del Department of Health	pag. 85
▪ Figura 2-7: Il controllo interno nel NHS	pag. 91
▪ Figura 2-8: Budget NHS England	pag. 92
▪ Figura 2-9: NHS Rightcare: funzioni	pag. 96

- Figura 2-10: Tabella riassuntiva per il calcolo dei finanziamenti pag. 107
  
- Figura 3-1: Rappresentazione finanziamento al SSN a carico dello Stato pag. 112
- Figura 3-2: Flussi finanziari nel NHS England pag. 113
- Figura 3-3: Valutazione personale nella sanità pag. 115
- Figura 3-4: Estratto della classifica mondiale dell'efficienza dei Sistemi Sanitari Nazionali pag. 120
- Figura 3-5: Percentuale della spesa per la sanità rispetto al PIL nei Paesi OCSE (2016) pag. 121
- Figura 3-6: Ammontare spesa sanità pro-capite nei Paesi OCSE (2016) pag. 121
- Figura 3-7: Quota costi amministrativi sulla spesa nei servizi sanitari nazionali dei Paesi OCSE pag. 122

## BIBLIOGRAFIA

- Achard P. O., Economia e organizzazione delle imprese sanitarie, Franco Angeli, Milano, 1999
- Art. 13 D. Lgs. 833/1978
- Art. 32 Cost.
- L. n° 833/1978
- Art. 3 D. Lgs. 502/92
- Meneguzzo M., Il processo di pianificazione, programmazione e controllo in sanità - Pianificazione e gestione strategica nelle aziende sanitarie, 2011
- Art. 3 co. 6 D. Lgs. 502/92
- Saita M., Governance ed economicità nelle aziende sanitarie, Il Sole 24 Ore, Milano, 2007
- Vagnoni E., Lo stato del controllo di gestione nelle aziende sanitarie, in Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale, 1997
- Puddu, Buchi, Biancone, Rainero, Secinaro, Traidori, Migliavacca, Indelicato, Brescia, Bignamini, Cappa, Ruffino, Zollesi, Managemnet dei servizi sanitari territoriali - Efficienza e valorizzazione sociale, Publiedit Sas, Cuneo, 2017
- Piano della Performance 2019-2021, Ministero della Salute
- Relazione sulla Performance 2018, Ministero della salute
- Conferenza permanente per i rapporti ra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Treno e Bolzano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2005
- Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA-Metodologia e Risultati dell'anno 2017, elaborato da Ufficio VI della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: Medici F., Granella P., Galadini M., Mantenuto V., Ministero della Salute, 2019
- D.M. 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019
- Art. 4 D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, modificato dal D. Lgs. 74 del 25 maggio 2017
- Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità - anno 2018, Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
- D.D.G. 1223 del 19/07/2018

- Art. 14 co. 4 lett a) D. Lgs. N. 150/2009
- Greengross P., Grant K., Collini E., The history and development of the UK National Health Service 1948 – 1999, HSRC, London, 1999
- The new NHS. Modern. Dependable, Department of Health, The Stationery Office, 1997, London
- A first class Service Quality in the new NHS The Stationery Office, Department of Health, 1998, London
- Supporting Research and Development in the NHS Report of a Task Force led by Professor Anthony Culyer, Department of Health, 1994, HMSO London
- The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform, 2000, London HMSO
- Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, Final Report, Derek Wanless, April 2002, HM Treasury, London.
- Equity and Excellence - Liberating the NHS, White Paper, July 2010 HMSO
- The Government's mandate to NHS England for 2016-17, A mandate from the Government to NHS England: April 2016 to March 2017
- Scrivens E., Quality, risk and control in health care, Open University Press McGraw-Hill, 2005
- NHS Operational Planning and Contracting Guidance 2019/20, preparata da NHS England and NHS Improvement
- Anandaciva S., The capped expenditure process explained, The King's fund, 2017
- Quality Premium - Guidance for 2016/17, NHS England / Commissioning Strategy / Contracts and Incentives, 2016
- CCG Indicator Specifications for 2019-2020, NHS England and NHS Improvement, 2019
- Dayan M., Ward D., Gardner T., Kelly E., How good is the NHS?, The King's Fund and the Nuffield Trust, 2018
- OECD (2018), 'Health expenditure and financing', OECD Publishing, Paris
- OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris
- Health at a Glance: Europe 2018, state of health in the EU cycle, OECD Publishing, Paris

## SITOGRAFIA

- [www.dimensioneinfermiere.it/sistema-sanitario-nazionale-833-78/](http://www.dimensioneinfermiere.it/sistema-sanitario-nazionale-833-78/)
- [www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto)
- [www.corriere.it/salute/18\\_dicembre\\_02/vecchie-mutue-sistema-sanitario-nazionale-1b6dfd74-f4b7-11e8-ab5f-9ee20dadd039\\_print.html](http://www.corriere.it/salute/18_dicembre_02/vecchie-mutue-sistema-sanitario-nazionale-1b6dfd74-f4b7-11e8-ab5f-9ee20dadd039_print.html)
- [www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto)
- [www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)
- [http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_6\\_1.jsp?label=cenni&menu=fin&id=546](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_6_1.jsp?label=cenni&menu=fin&id=546)
- <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4744&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/integrated-care-systems/west-yorkshire-and-harrogate-ics/>
- <https://www.england.nhs.uk/rightcare/what-is-nhs-rightcare/>
- [QuotidianoSanità.it](http://QuotidianoSanità.it)
- [Bloomberg Public Health](http://Bloomberg Public Health)