

SENATO DELLA REPUBBLICA
XIII LEGISLATURA

**Doc. XXII-bis
n. 1
Allegato 4**

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL SISTEMA SANITARIO**

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

**Inchiesta sulla responsabilizzazione gestionale
nelle aziende sanitarie locali e nelle aziende
ospedaliere**

RELAZIONE FINALE

Relatore sen. ANDREA PAPINI

*Approvata dalla Commissione nella seduta
del 23 settembre 1999*

I N D I C E

1. ASPETTI METODOLOGICI E QUADRO NORMATIVO.	<i>Pag.</i>	5
1.1. Scopo dell'indagine	»	5
1.2. Ambito dell'indagine e orizzonte temporale esaminato	»	6
1.3. Riferimenti normativi	»	6
1.4. Modalità e tempi di svolgimento dell'indagine	»	8
2. RISULTATI DELL'INCHIESTA E QUADRO COMPLESSIVO DELLE INDICAZIONI EMERSE	»	12
2.1. La tipologia di obiettivi espressi	»	12
2.2. Il momento di trasmissione degli obiettivi	»	18
2.3. Il rapporto con i Piani sanitari regionali	»	21
2.4. Verifiche sul raggiungimento degli obiettivi	»	22
2.5. Ulteriori riferimenti normativi intervenuti	»	23
2.6. Considerazioni conclusive	»	25
3. ALLEGATO: Riepilogo delle informazioni desunte dai documenti pervenuti.	»	27

1. Aspetti metodologici e quadro normativo

1.1. Scopo dell'indagine

Il tema affidato al gruppo di lavoro consisteva nello sviluppare un'analisi circa i meccanismi di responsabilizzazione gestionale nelle aziende sanitarie. Questi ricoprono un ruolo di particolare rilievo nell'ambito della programmazione regionale, in quanto determinanti per l'attuazione degli indirizzi di politica sanitaria nella effettiva attività medico-sanitaria di aziende USL ed aziende ospedaliere.

Alla luce di questo, il gruppo di lavoro ha scelto di analizzare l'operato delle Regioni dal punto di vista della concretezza e della chiarezza del processo di trasformazione delle scelte politiche in obiettivi trasmessi ai direttori generali, senza per questo esprimere giudizi di merito sugli obiettivi espressi da ciascuna Regione.

In questo senso l'azione di definizione di obiettivi chiari e non generici è da ritenersi un passo necessario per indirizzare con efficacia la gestione delle aziende sanitarie.

Inoltre, va rilevato come la ricezione di un sistema di obiettivi esplicitati chiaramente consenta ai direttori generali di poter gestire in maggiore autonomia, nell'ambito del mandato ricevuto, le aziende loro affidate. Questo poiché la mancanza o la genericità degli obiettivi porta ad una maggiore possibilità di interferenze e/o pressioni esterne sull'operato dei direttori stessi. Viceversa, a queste interferenze o pressioni i direttori generali possono opporre resistenza sulla base di criteri di valutazione esplicitamente riferiti al loro operato.

Di fronte ad obiettivi definiti e trasmessi palesemente, anche i cittadini possono valutare più compiutamente sia le scelte di politica sanitaria, sia la loro concreta attuazione.

In senso più ampio, si può affermare che la presenza di meccanismi di responsabilizzazione adeguati costituisce un requisito fondamentale per realizzare una distinzione tra responsabilità politiche e responsabilità tecnico-gestionali.

L'attività di esame dei meccanismi di responsabilizzazione gestionale, controllo e incentivazione determinati dalle Regioni nei confronti di aziende USL ed aziende ospedaliere si è avvalsa soprattutto del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995 n° 502. Questo definisce i parametri per la definizione del trattamento economico dei direttori generali, prevedendo un'integrazione per una quota fino al 20 per cento della remunerazione complessiva, dopo specifica valutazione da parte della Regione e sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della

realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dalla stessa, misurata mediante appositi indicatori.

Si è utilizzata l'occasione fornita dalla previsione normativa per attivare una rilevazione con la richiesta ai direttori generali di tutte le aziende sanitarie degli obiettivi definiti dalle Regioni, le date di assegnazione, le modalità di controllo del raggiungimento degli obiettivi stessi, gli indicatori utilizzati.

Il gruppo di lavoro ha scelto di rivolgere la richiesta di informazioni ai direttori generali piuttosto che agli Assessorati alla sanità regionali. Ciò poiché l'intento dell'indagine mirava a determinare il grado di interiorizzazione degli obiettivi gestionali definiti e trasmessi dalle Regioni alle aziende, e non già a ricostruire meramente i quadri normativi vigenti.

1.2. Ambito dell'indagine e orizzonte temporale esaminato

L'indagine si è proposta di fare luce sullo stato complessivo di attuazione del processo di gestione per obiettivi, che risulta anche dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995 n° 502, mentre non era tra gli scopi quello di effettuare comparazioni o graduazioni né di produrre giudizi sulle diverse modalità di operare della totalità delle aziende.

Dal punto di vista temporale, il gruppo di lavoro ha inteso rappresentare ed esaminare i meccanismi di responsabilizzazione gestionale scegliendo un momento preciso in cui svolgere l'analisi, cercando di realizzare ciò che si potrebbe definire un'istantanea della situazione esistente nelle aziende sanitarie in quel momento.

In particolare, la situazione rappresentata è quella esistente al 21 ottobre 1997, data di inoltro della richiesta di documentazione alle aziende sanitarie.

Per tale ragione, non sono stati considerati come effettivi obiettivi ai fini dell'analisi (ancorché riportati negli allegati) quelle norme o atti regionali relativi ad anni precedenti e non espressamente prorogati, né norme o atti sopravvenuti successivamente alla data della richiesta di informazioni.

1.3. Riferimenti normativi

Di seguito sono riportati i principali riferimenti normativi vigenti all'epoca della prima richiesta di documentazione (21 ottobre 1997) per quanto attiene alla definizione dei meccanismi di responsabilizzazione, con l'ulteriore indicazione delle norme che, intervenute successivamente, possono avere influenzato le risposte fornite.

Il ruolo e le attività dei direttori generali erano regolati da diverse norme dello Stato, oltre al già richiamato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995 n. 502.

L'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, riservava al direttore generale i poteri di gestione e di rappresen-

tanza dell'azienda USL, attribuendogli, in particolare, il compito di verificare, mediante valutazione comparativa 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.

Il terzo periodo del medesimo comma 6 sulla procedura di nomina del direttore generale era stato abrogato per effetto dell'articolo 1, comma 1, della legge 17 ottobre 1994, n. 590 recante «Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali», in base al quale spettava alle Regioni e alle province autonome nominare i direttori generali delle USL e delle aziende ospedaliere, previo avviso pubblico. In caso di inottemperanza, la nomina dei direttori generali era effettuata, previa diffida e con le stesse modalità, dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi del comma 6 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

I contenuti del contratto di lavoro erano fissati con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 («Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle USL e delle aziende ospedaliere») che, di fatto, ribadiva i principi fondamentali in ordine alla natura giuridica del contratto medesimo e sulle funzioni attribuite al direttore generale connesse «all'attività di gestione disciplinata da norme di legge e di regolamento e da leggi ed atti di programmazione regionale».

Sulla verifica dell'attività dei direttori generali esistevano due disposizioni nella normativa nazionale:

– l'articolo 1, comma 6, della legge n. 590 del 1994, secondo cui le Regioni e le Province autonome, trascorso un anno dalla nomina di ciascun direttore generale, provvedono alla verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti secondo i criteri e i principi recati dalla normativa vigente e dispongono, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del relativo contatto;

– l'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo n. 502 del 1992, che prevedeva che la Regione resolvesse il contratto del direttore generale, dichiarandone la decadenza e provvedendo alla sostituzione, nei casi in cui ricorressero gravi motivi o la gestione presentasse una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.

In conclusione, citando dal documento del Ministero della sanità trasmesso alla Commissione l'11 maggio 1999: «Direttori Generali delle Aziende Sanitarie – Obiettivi e criteri di valutazione», «...la normativa nazionale non individuava i parametri specifici per la valutazione dell'attività del direttore generale: gli stessi erano stabiliti dalla Regione, nell'ambito della definizione del contratto di diritto privato e dei piani strategici dell'azienda...».

Al paragrafo 2.1 vengono citate altre norme nazionali, indicanti principi generali per le aziende sanitarie, da cui si possono desumere obiettivi per i direttori generali.

1.4. Modalità e tempi di svolgimento dell'indagine

La descrizione delle finalità dell'indagine, unitamente alla richiesta dei documenti relativi è stata comunicata alla totalità delle aziende USL ed aziende ospedaliere (rispettivamente 226 e 86 al 1997) con lettera raccomandata del 21 ottobre 1997 a firma del Presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario.

Nell'arco di 2 mesi sono giunte 135 risposte da parte di Aziende unità sanitarie locali (pari al 60% del totale), e 41 risposte da parte di Aziende ospedaliere (pari al 48% del totale).

Per raccogliere i dati relativi alle aziende mancanti, in data 23 dicembre 1997 è stata inviata una lettera di sollecito, alla quale hanno risposto nell'arco dei 3 mesi successivi rispettivamente 82 (36% del totale) Aziende unità sanitarie locali e 29 (34% del totale) Aziende ospedaliere.

Nella stessa data del 23 dicembre 1997 è stata indirizzata a 6 ASL e 2 Aziende ospedaliere, tra quante rispondenti alla precedente del 21 dicembre 1997, una lettera richiedente testualmente minore evasività nella risposta. Tutte e 6 le aziende interpellate hanno in seguito prodotto risposte effettivamente più accurate rispetto alle precedenti.

Nel gennaio 1998, inoltre, è stata inviata la lettera del 21 ottobre 1997 a 3 ASL, alle quali la prima richiesta non era pervenuta per disguidi postali o altro e che hanno fornito risposta nel corso di poche settimane.

Al termine del carteggio intercorso con le aziende, le risposte non pervenute al gruppo di lavoro sono state 6 (pari al 3%) per quanto riguarda le ASL e 16 (pari al 17%, ma di cui 11 nella sola Sicilia) per quanto attiene alle Aziende ospedaliere.

Di seguito è fornito per ciascuna Regione il dettaglio numerico del carteggio intercorso tra gruppo di lavoro e aziende USL (tav.1), tra gruppo di lavoro e aziende ospedaliere (tav. 2), nonché il quadro aggregato (tav. 3).

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 1

RIEPILOGO DEL CARTEGGIO TRA GRUPPO DI LAVORO E ASL										
REGIONE	n° ASL	INVIO RICHIESTA (21/10/97)	RISPOSTE RICEVUTE	INVIO SOLLECITO (23/12/97)	RISPOSTE RICEVUTE	RE-INVIO 1a RICHIESTA PER DISGUDO	RISPOSTE RICEVUTE	RISPOSTE MANCATE	RICHIESTA DI ACCURATEZZA	RISPOSTE RICEVUTE
ABRUZZO	6	6	4	2	1			1		
BASILICATA	5	5	4	1	1				2	2
CALABRIA	11	11	8	3	3					
CAMPANIA	13	13	3	10	9			1		
EMILIA R.	13	13	12	1	1					
FRIULI V. G.	6	6	1	5	5					
LAZIO	12	12	6	6	5	1	1			
LIGURIA	5	5		5	4			1		
LOMBARDIA	43	43	32	11	10			1	4	4
MARCHE	13	13	7	6	6					
MOLISE	4	4	3	1	1					
PIEMONTE	22	22	17	5	4	1	1			
PUGLIA	12	12	4	8	7			1		
SARDEGNA	8	8	5	3	3					
SICILIA	9	9	9							
TOSCANA	12	12	9	3	3					
UMBRIA	5	5	1	4	3			1		
VENETO	21	21	6	15	14	1	1			
VAL D'AOSTA	1	1	1							
PROV. TN	1	1	1							
PROV. BZ	4	4	2	2	2					
	226	226	135	91	82	3	3	6	6	6

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 2

RIEPILOGO DEL CARTEGGIO TRA GRUPPO DI LAVORO E AZIENDE OSPEDALIERE

REGIONE	n° AZ. OSP	INVIO RICHIESTA (21/10/97)	RISPOSTE RICEVUTE	INVIO SOLLECITO (23/12/97)	RISPOSTE RICEVUTE	RISPOSTE MANGATE	RICHIESTA DI + ACCURATEZZA	RISPOSTE RICEVUTE
ABRUZZO								
BASILICATA	1	1		1	1			
CALABRIA	4	4	2	2	2			
CAMPANIA	7	7		7	5	2		
EMILIA R.	5	5	4	1	1			
FRIULI V. G.	3	3	2	1	1			
LAZIO	3	3	1	2	2			
LIGURIA	3	3		3	3			
LOMBARDIA	17	17	13	4	4		2	2
MARCHE	4	4	3	1	1			
MOLISE								
PIEMONTE	7	7	5	2	2			
PUGLIA	6	6	1	5	2	3		
SARDEGNA	1	1	1					
SICILIA	17	17	6	9		11		
TOSCANA	4	4	2	2	2			
UMBRIA	2	2	1	1	1			
VAL D'AOSTA								
VENETO	2	2		2	2			
PROV. TN								
PROV. BZ								
	86	86	41	43	29	16	2	2

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 3

RIEPILOGO DEL CARTEGGIO TRA GRUPPO DI LAVORO E TOTALITA' DELLE AZIENDE										
REGIONE	n° ASL	INVIO RICHIESTA (21/10/97)	RISPOSTE RICEVUTE	INVIO SOLLECITO (23/12/97)	RISPOSTE RICEVUTE	RE-INVIO 1a RICHIESTA PER DISGIUDO	RISPOSTE RICEVUTE	RISPOSTE MANCATE	RICHIESTA DI ACCURATEZZA	RISPOSTE RICEVUTE
ABRUZZO	6	6	4	2	1			1		
BASILICATA	6	6	4	2	2				2	2
CALABRIA	15	15	10	5	5					
CAMPANIA	20	20	3	17	14			3		
EMILIA R.	18	18	16	2	2					
FRIULI V. G.	9	9	3	6	6					
LAZIO	15	15	7	8	7	1	1			
LIGURIA	8	8		8	7			1		
LOMBARDIA	60	60	45	15	14			1	6	6
MARCHE	17	17	10	7	7					
MOLISE	4	4	3	1	1					
PIEMONTE	29	29	22	7	6	1	1			
PUGLIA	18	18	5	13	9			4		
SARDEGNA	9	9	6	3	3					
SICILIA	26	26	15	9				11		
TOSCANA	16	16	11	5	5					
UMBRIA	7	7	2	5	4			1		
VENETO	21	21	6	15	14	1	1			
VAL D'AOSTA	3	3	1	2	2					
PROV. TN	1	1	1							
PROV. BZ	4	4	2	2	2					
	312	312	176	134	111	3	3	22	8	8

2. Risultati dell'inchiesta e quadro complessivo delle indicazioni emerse

2.1. La tipologia di obiettivi espressi

Oltre ai riferimenti normativi riportati al paragrafo 1.3, vi erano leggi nazionali, contenenti principi generali per le aziende sanitarie, da cui si desumevano alcuni obiettivi per i direttori generali, quali:

A. Obiettivo di pareggio di bilancio

Come sopra evidenziato, l'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo n. 502 del 1992 prevedeva che la Regione resolvesse il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza in caso di una situazione di grave disavanzo nella gestione delle aziende sanitarie.

Per le aziende USL l'articolo 5, comma 4, decreto legislativo n. 502 del 1992 prevedeva che spettasse alle Regioni disciplinare la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio (pertanto la norma prevede la possibilità di un disavanzo di esercizio, ma il direttore generale doveva adeguatamente motivarlo in relazione a condizioni obiettive nonché definire le modalità per il rientro).

Per le aziende ospedaliere era prevista la chiusura del bilancio in pareggio nell'articolo 4, comma 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Per i presidi ospedalieri l'obbligo di pareggio di bilancio era inserito dall'articolo 38, comma 7, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

B. Obiettivo di risparmio di spesa

L'articolo 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449: «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica» prevedeva che le regioni, nell'assegnare alle aziende obiettivi di risparmio sulla spesa per l'acquisizione di beni e servizi, tenessero conto dei risultati conseguiti da ciascuna azienda in termini di razionalizzazione della spesa e di risanamento del bilancio.

Le Regioni individuavano le modalità per l'attribuzione delle diverse responsabilità ai direttori generali, ai dirigenti e al restante personale, per l'adempimento degli obblighi derivanti alle aziende sanitarie dalle disposizioni volte al contenimento della spesa sanitaria, eventualmente valutando l'opportunità di tenerne conto ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico dei direttori generali, di cui all'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 1995. I direttori generali delle aziende USL, in base al principio di responsabilità, individuavano obiettivi di qualità e di risparmio ai fini degli istituti contrattuali variabili.

C. Obiettivi specifici

La legge 23 dicembre 1996, n. 662, «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», all'articolo 1 prevedeva specifici adempimenti da parte

dei direttori generali delle aziende USL ed ospedaliere in ordine alla ristrutturazione della rete ospedaliera, all'attività libero-professionale intramuraria, alla chiusura degli ospedali psichiatrici, all'acquisto dei beni e servizi, all'attivazione dei sistemi informativi epidemiologici ed altri.

La stessa norma prevedeva che le Regioni dovessero tenere conto dell'attivazione e dell'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria (comma 16) e delle iniziative adottate per la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici (comma 22) in sede di verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti dal direttore generale dell'USL e dell'azienda ospedaliera ai sensi dell'articolo 1, comma 6, della legge n. 590 del 1994 nonché ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico del direttore generale di cui all'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 1995.

A fronte del quadro normativo nazionale descritto, ai fini dell'indagine l'esistenza in leggi nazionali di obiettivi indicati per i direttori generali, ma non evidenziati o riformulati dalle rispettive Regioni, è stata considerata al pari della mancanza di obiettivi.

Sono stati viceversa privilegiati i casi in cui sono state le Regioni a precisare gli obiettivi da assumere da parte dei direttori generali.

L'analisi si è basata sui documenti forniti dai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere alle quali ci si è rivolti.

In alcuni casi, l'Assessorato alla sanità, informato da aziende della Regione, ha ritenuto di fornire a sua volta documenti inerenti l'oggetto dell'indagine. Tali documenti sono stati acquisiti dal gruppo di lavoro, esaminati e utilizzati quali materiali complementari ed in nessun caso sostitutivi di quanto trasmesso dai direttori generali, proprio per gli scopi di verifica dell'effettivo processo di responsabilizzazione attuato dalle Regioni.

Per valutare la qualità del processo di trasformazione delle scelte politiche in indirizzi gestionali, i meccanismi di responsabilizzazione definiti dalle Regioni sono stati esaminati dal punto di vista del grado di definizione dei risultati attesi. Non si è viceversa ritenuto opportuno entrare nel merito degli obiettivi analizzati.

Il gruppo di lavoro ha quindi classificato le Regioni in 5 classi, indicate di seguito, che descrivono il diverso grado di definizione dei risultati attesi.

Nell'attribuire ciascuna Regione ad una classe si è fatto riferimento a criteri di valutazione il più possibile oggettivi, ma il grado di sintesi a cui si è giunti raggruppando le Regioni in sole 5 classi ha comportato necessariamente il ricorso a valutazioni in parte discrezionali e quindi soggettive.

- 1) nessun obiettivo espresso;
- 2) indicazioni non sistematizzate;
- 3) obiettivi di bilancio e organizzazione aziendale;
- 4) obiettivi di bilancio, organizzazione aziendale, programmazione sanitaria;
- 5) obiettivi di bilancio, di organizzazione aziendale, di programmazione sanitaria, accompagnati dai relativi indicatori di risultato.

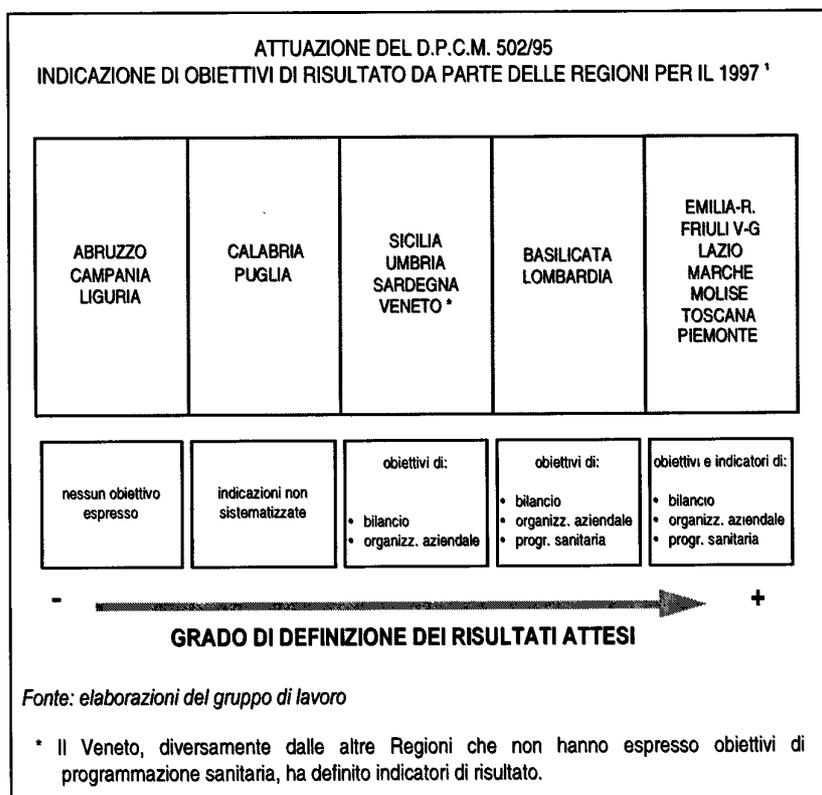
L'ordinamento dei 5 gruppi di Regioni è stato effettuato in modo che, procedendo da sinistra a destra, si evidenzia una maggiore precisazione ed accuratezza del sistema di obiettivi formulato, dove il maggiore valore è stato riconosciuto alla tipologia di obiettivi comprendente obiettivi di bilancio, di organizzazione aziendale, di programmazione sanitaria, accompagnati da indicatori di risultato.

Si riportano alcuni esempi tratti dalla documentazione pervenuta per illustrare la natura degli obiettivi individuati:

- obiettivi di bilancio: ad es. pareggio di bilancio;
- obiettivi di organizzazione aziendale: ad es. attivazione dell'assistenza domiciliare infermieristica;
- obiettivi di programmazione sanitaria: ad es. sviluppo delle attività di prevenzione nelle aree di igiene zootecnica e igiene mentale (regione Lazio), oppure attivazione programma screening tumori femminili (regione Piemonte).

Non sono stati inclusi i dati provenienti dalla regione Valle d'Aosta, né quelli forniti dalle provincie autonome di Trento e Bolzano, in quanto difficilmente confrontabili per contenuti, modalità e tempi di deliberazione con quanto definito dalle altre Regioni.

Figura 1



¹ Non sono stati inclusi i dati provenienti dalla Regione Valle d'Aosta, né quelli forniti dalle Provincie autonome di Trento e Bolzano.

Di seguito sono esaminati in dettaglio i 5 gruppi ottenuti, mentre i dati di dettaglio sono riportati in allegato 1.

1) Nessun obiettivo espresso

Sono state inserite in questa classe le regioni Abruzzo, Campania e Liguria, che non avevano definito, secondo gli atti trasmessi dalle Aziende interpellate, obiettivi di gestione per il 1997.

Non per questo le aziende sanitarie non potevano avere riferimenti per la attività medico-sanitaria: nella maggior parte dei casi i direttori generali avevano provveduto a definire autonomamente ed a rendere pubblico un sistema di obiettivi indirizzati alla propria struttura direttiva.

Oltre all'evidenza fornita dai documenti raccolti, alcuni passi delle risposte di direttori generali operanti in queste Regioni appaiono significativi ai fini dell'analisi condotta:

«... a tutt'oggi lo scrivente non ha ricevuto alcuna comunicazione da parte della regione Abruzzo in merito agli obiettivi gestionali da realizzare per la finalità prevista dalla normativa in oggetto...»;

«... non vi sono atti formali con cui siano stati assegnati (dalla regione Campania, n.d.a.) obiettivi gestionali e relativi misuratori di risultati.»

Per quanto riguarda la Liguria, la documentazione trasmessa dalle aziende e dall'Assessorato alla sanità, che doveva comprovare l'esistenza di obiettivi, in realtà conteneva solamente la descrizione delle modalità di verifica definite, con atto del 5 aprile 1996, sulle attività condotte dalle aziende sanitarie nel corso del 1995. Per tale motivo il gruppo di lavoro ha considerato mancanti, ai fini ed al momento dell'analisi, gli obiettivi indirizzati alle aziende sanitarie.

Per completezza dell'informazione e senza per questo modificare le risultanze dell'analisi condotta, è da rilevare che la Regione Liguria ha successivamente emesso atti per orientare la gestione delle aziende.

La Giunta regionale della Liguria con deliberazione n. 2390 del 23 novembre 1998 «linee guida per la gestione del servizio sanitario regionale ed obiettivi per le aziende» ha indicato un sistema di obiettivi in materia di gestione finanziaria, organizzazione, livelli di assistenza, volti alla verifica delle capacità professionali dei direttori secondo quanto disposto dall'articolo 1 della legge n. 590 del 1994, alla responsabilizzazione dei direttori stessi, all'orientamento delle aziende verso una strategia comune.

2) Indicazioni non sistematizzate

Sono state inserite in questa classe la regione Calabria e la regione Puglia.

La Calabria non aveva definito in maniera esplicita obiettivi per le aziende sanitarie.

Essa aveva altresì svolto un'attività di indirizzo attraverso l'approvazione (deliberazione della giunta Regionale n° 9348 del 30 dicembre 1996) dei Piani attuativi locali emanati nel maggio 1995 dalle singole aziende in attuazione del Piano sanitario regionale 1995-1997.

Forse a motivo del ritardo di 18 mesi con cui i Piani attuativi locali sono stati approvati, tale attività non è però parsa sufficiente a garantire una effettiva interiorizzazione degli obiettivi prescelti, visto che 8 aziende sanitarie (su un totale di 15 nella Regione) hanno risposto alla Commissione parlamentare di inchiesta lamentando la mancanza di obiettivi e indicatori certi.

Ad esempio: «La mancata predisposizione di obiettivi specifici e di criteri ed indicatori certi per valutare l'efficacia e l'efficienza di interventi e risultati ha reso certamente più difficoltoso il lavoro di questa direzione generale...».

Per completezza dell'informazione e senza per questo modificare le risultanze dell'analisi condotta, è da rilevare che la Regione Calabria ha successivamente emesso atti formali per orientare la gestione delle aziende.

In particolare, la Giunta regionale della Calabria, con deliberazione n. 212 del 9 febbraio 1998 «Legge 17 febbraio 1994, n° 590 - Approvazione dei criteri per la verifica dei direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere», ha definito i criteri generali di verifica dei direttori dopo il 1° anno di attività, oltre a indicare gli adempimenti dei direttori stessi individuati dalle leggi dello Stato. Tali criteri non sono accompagnati da parametri numerici per il controllo.

La Puglia per il 1997 ha formulato con atti diversi indicazioni di gestione, seppure non identificabili in un sistema di obiettivi, né corredate da un sistema di indicatori di risultato.

Tra gli altri si notino:

- la Nota prot. del 31 gennaio 1997 «Organizzazione della rete ospedaliera;

- la Nota prot. del 25 febbraio 1997 «Programma di esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative».

Analogamente alla regione Calabria, più che valutare la maggiore o minore significatività degli atti formalizzati dalla Regione, il gruppo di lavoro ha giudicato determinante ai fini dell'analisi il fatto che tali atti non

sono stati sufficienti a garantire una effettiva interiorizzazione degli obiettivi indicati, visto che 5 aziende sanitarie (su un totale di 18 nella Regione) hanno risposto alla Commissione parlamentare di inchiesta lamentando la mancanza di obiettivi e indicatori certi.

3) Obiettivi di bilancio e organizzazione aziendale

Sono comprese in questa classe le regioni Sicilia, Umbria, Sardegna, Veneto, che hanno espresso obiettivi riguardanti l'equilibrio economico delle aziende e lo sviluppo del processo di aziendalizzazione, senza però precisare indicazioni attinenti azioni di politica sanitaria, come prevenzione o cura di specifiche patologie.

La regione Veneto ha altresì espresso, indicatori di risultato riferiti agli obiettivi di bilancio e di organizzazione aziendale.

4) Obiettivi di bilancio, organizzazione aziendale, programmazione sanitaria.

Sono comprese in questa classe le regioni Basilicata e Lombardia, che hanno espresso obiettivi di bilancio, obiettivi di organizzazione aziendale ed obiettivi riguardanti la prevenzione o il trattamento di specifiche patologie, ovvero l'assistenza a particolari segmenti di cittadinanza.

Va sottolineato che quasi esclusivamente negli obiettivi di programmazione sanitaria sono stati individuati dal gruppo di lavoro elementi di reale specificità regionale rispetto a quanto già prescritto dalle leggi dello Stato. La definizione esplicita di obiettivi di tale natura è stata quindi considerata segno di un contributo di pianificazione concreto e originale da parte delle Regioni stesse.

5) Obiettivi di bilancio, di organizzazione aziendale, di programmazione sanitaria, accompagnati dai relativi indicatori di risultato

Sono comprese in questa classe le regioni Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, che hanno espresso sistemi di obiettivi corredati da indicatori atti a mostrarne in modo oggettivo il risultato conseguito.

Tali indicatori erano espressi in alcuni casi da parametri quantitativi (ad es. n° decessi dovuti ad epatite per 10.000 abitanti), in altri da documenti ufficiali che formalizzavano l'attuazione di particolari processi (ad es. presentazione del regolamento di attuazione di distretti e presidi, delibera di adozione del sistema di contabilità industriale).

Solamente alcune regioni (Lazio, Piemonte ed in alcuni casi Emilia-Romagna) hanno aggiunto, a complemento degli indicatori di risultato, dei veri e propri standards di prestazione attesa, che determinano quindi la

possibilità di definire inequivocabilmente l'obiettivo come raggiunto/non raggiunto.

Ad esempio:

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD ATTESO
Riduzione tempi di attesa per attività ambulatoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi medi di attesa per indagini di laboratorio. • Tempi medi di attesa per diagnostica per immagini 	<ul style="list-style-type: none"> • 48 ore • 7 giorni
Potenziamento servizi di nefrologia e dialisi	<ul style="list-style-type: none"> • Unità con possibilità di prenotazione telefonica su totale unità. • Percentuale dializzati con trattamenti domiciliari 	<ul style="list-style-type: none"> • > 50% • 12%

2.2 Il momento di trasmissione degli obiettivi

Per accertare compiutamente se gli obiettivi trasmessi hanno costituito per le aziende un effettivo supporto dal punto di vista operativo, il gruppo di lavoro ha condotto un ulteriore tipo di analisi, riguardante il momento di trasmissione degli obiettivi per il 1997 dalle Regioni alle aziende stesse. L'ipotesi di lavoro mirava in particolare a verificare se gli obiettivi fossero stati comunicati con sufficiente anticipo (ad es. ultimi mesi del 1996 o prime settimane del 1997) da consentire alle aziende per l'intero esercizio una gestione improntata al loro raggiungimento. In caso contrario (obiettivi trasmessi ad anno in corso o addirittura al termine dell'esercizio) gli obiettivi sarebbero risultati certamente depotenziati o addirittura tardivi rispetto alle funzioni di indirizzo e controllo a loro richieste.

Per quanto riguarda le Regioni che hanno formulato obiettivi per il 1997, le rispettive date di formalizzazione sono descritte nella Fig. 2.

L'elaborazione descritta ha messo in luce una relativa diversità tra Regioni nei tempi di formulazione degli obiettivi, pur se in misura minore rispetto alla frammentazione mostrata nel grado di definizione dei risultati attesi.

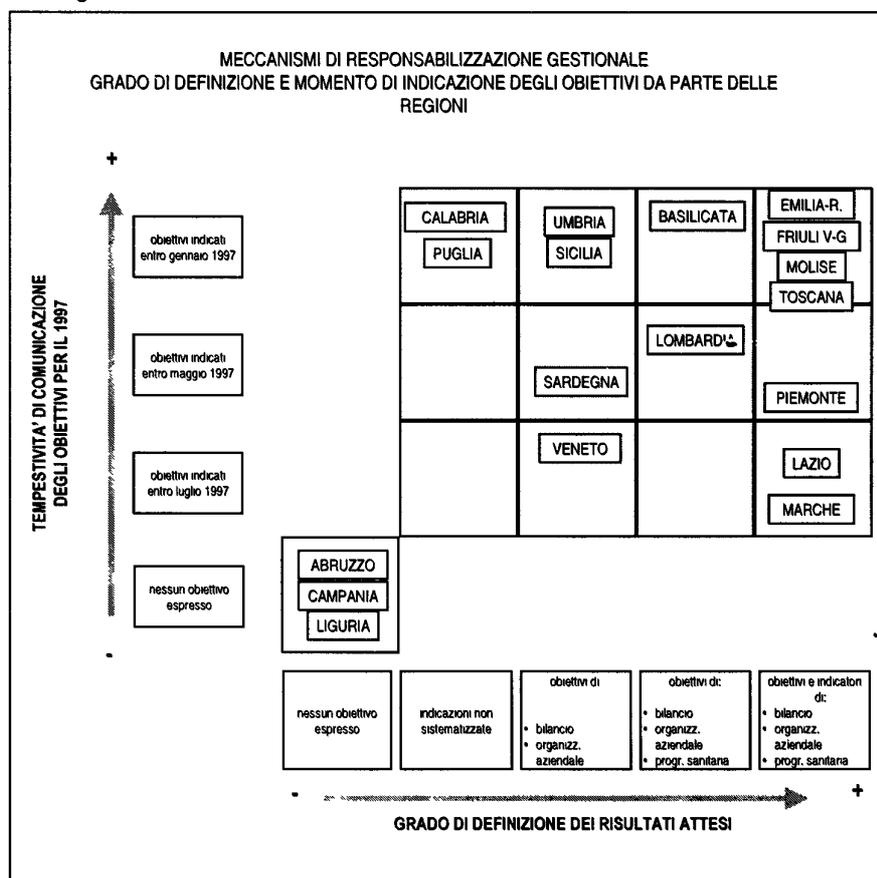
Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana e Umbria, ossia la maggioranza delle Regioni che hanno definito e trasmesso obiettivi, lo ha fatto entro i primi giorni del 1997, consentendone un pieno utilizzo ai fini della programmazione aziendale relativa a quell'anno.

Un secondo gruppo di regioni (Lombardia, Sardegna, Piemonte) ha invece formalizzato e trasmesso gli obiettivi stessi nell'arco del secondo trimestre dell'anno, consentendone un utilizzo per i restanti 7, 8 o 9 mesi a seconda del caso.

Di seguito viene presentato il quadro di sintesi che si propone di unire le risultanze delle analisi sul grado di definizione degli obiettivi attesi e sul momento di espressione degli obiettivi stessi descritte in precedenza.

La disposizione delle diverse Regioni è stata effettuata in modo che, procedendo da sinistra a destra e dal basso in alto nell'esame del grafico, si osserva una maggiore efficacia del processo di definizione degli obiettivi.

Figura 3



2.3. Il rapporto con i Piani sanitari regionali

Ai fini di una ricostruzione esaustiva del quadro normativo di riferimento sono stati inoltre esaminati i seguenti documenti:

- Nota del Ministero della sanità trasmessa alla Commissione l'11 maggio 1999: «Direttori generali delle Aziende sanitarie - Obiettivi e criteri di valutazione», contenente una sintesi dei risultati di una prima ricognizione effettuata dal Ministero sugli obiettivi assegnati dalle singole Regioni e sui criteri previsti per la valutazione dell'operato dei direttori generali. Oltre al quadro normativo di riferimento, dal documento sono state dedotte informazioni su atti regionali intervenuti nel 1998 (e cioè successivamente alla raccolta di dati da parte del gruppo di lavoro). Come riportato alla sez. 2, tali atti sono stati citati per completezza di informazione, senza però essere inseriti nell'analisi svolta dal gruppo stesso, riferita per correttezza metodologica ad un arco temporale definito e pertanto «chiuso».

- Ricerca sui Servizi sanitari, vol. II, n° 2 «Indagine sul Processo di Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale», a cura dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

In particolare è stata rilevata l'esistenza di Piani sanitari regionali, ritenuti la linea guida di riferimento di medio termine per la definizione di obiettivi di gestione annuali, per poi confrontarli con l'esistenza (o l'assenza) di obiettivi di gestione annuali.

Di seguito (fig. 4) è riportato il quadro d'insieme contenente Piani sanitari regionali e obiettivi di gestione, dal cui esame derivano le indicazioni che seguono.

1) In alcune regioni (Abruzzo, Campania, Liguria, Puglia) l'attività delle aziende sanitarie al 21 ottobre 1997 non appariva indirizzata né da indicazioni di gestione organizzate in obiettivi annuali, né dalla vigenza di un Piano sanitario regionale contenente linee guida strategiche. In tali circostanze, peraltro risultanti anche da alcune delle lettere di risposta inviate dai direttori generali, questi ultimi hanno operato desumendo i propri obiettivi di gestione da Piani sanitari regionali relativi a periodi precedenti, oppure formulandoli autonomamente.

2) In una situazione singolare si trovava la Calabria, che si era data un Piano sanitario regionale, ma non lo aveva declinato in obiettivi annuali specifici, quantitativi e misurabili. Ciò ha posto le aziende, anche secondo le risposte dei direttori generali, in una situazione di scarsa definizione e concretezza degli indirizzi annuali di gestione.

3) Pure in assenza di un Piano sanitario regionale, Lazio, Lombardia, Marche, Sardegna, Sicilia, Umbria avevano formulato obiettivi annuali di gestione. In tale condizione, anche secondo le risposte dei direttori

generali operanti in queste Regioni, le aziende sanitarie possedevano i necessari riferimenti per determinare le scelte gestionali per il 1997.

Figura 4

**PIANI SANITARI REGIONALI E OBIETTIVI DI GESTIONE
RELATIVI AL 1997¹**

	VIGENZA PSR PER IL 1997	OBIETTIVI DI BILANCIO	OBIETTIVI DI ORGANIZZAZ. AZIENDALE	OBIETTIVI DI PROGRAMAZ. SANITARIA	INDICATORI DI PRESTAZIONE
ABRUZZO					
BASILICATA					
CALABRIA ²					
CAMPANIA					
EMILIA ROMAGNA					
FRIULI V. G.					
LAZIO					
LIGURIA					
LOMBARDIA					
MARCHE					
MOLISE					
PIEMONTE					
PUGLIA ²					
SARDEGNA					
SICILIA					
TOSCANA					
UMBRIA					
VENETO					

Fonti:

- Elaborazioni del gruppo di lavoro
- Nota del Ministero della sanità "Direttori Generali delle Aziende Sanitarie - Obiettivi e criteri di valutazione"
- Ricerca sui Servizi Sanitari, vol. II, n° 2 "Indagine sul Processo di Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", a cura dell'Agencia per i Servizi Sanitari Regionali

¹ Non sono stati inclusi i dati provenienti dalla Regione Valle d'Aosta, né quelli forniti dalle Provincie autonome di Trento e Bolzano.

² Calabria e Puglia, pur non avendo espresso obiettivi di gestione in modo sistematico, hanno fornito indicazioni ai direttori generali attraverso atti emanati in momenti diversi.

2.4. Verifiche sul raggiungimento degli obiettivi

Rispetto alle modalità di trasmissione dei meccanismi di responsabilizzazione gestionale da Regioni ad aziende sanitarie, un ulteriore elemento di rilievo consiste nel tipo di controlli effettuati sui risultati conseguiti, dal momento che la interiorizzazione degli obiettivi da parte dei destinatari dipende anche dal concreto verificarsi delle verifiche *ex post*.

Ciò non era tuttavia oggetto dell'indagine, che si è concentrata esclusivamente sui meccanismi di responsabilizzazione definiti *ex ante*. Alcune indicazioni possono essere tratte dal documento del Ministero della sanità «Direttori Generali delle Aziende Sanitarie - Obiettivi e Criteri di Valutazione», riguardante un campione di 11 Regioni e pervenuto al gruppo di lavoro in data 11 maggio 1999.

L'analisi svolta dal Ministero, di cui si riportano di seguito le principali risultanze, non entrava nel merito degli obiettivi assegnati né del grado di approfondimento delle verifiche condotte.

Essa considerava i più recenti obiettivi e criteri di verifica formalizzati da ciascuna Regione, senza peraltro evidenziare una distinzione tra verifiche riguardanti la valutazione del primo anno di attività del direttore generale (ex articolo 1, comma 6, legge n. 590 del 1994) e verifiche inerenti le attività collegate alla erogazione del trattamento economico aggiuntivo del direttore generale stesso (articolo 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992).

Ciò rende solo parzialmente confrontabile il risultato informativo con quello del presente lavoro che invece, va ricordato, si riferiva agli obiettivi vigenti al 21 ottobre 1997.

Tavola 4

REGIONE	ATTI CONTENENTI DEFINIZIONE DI OBIETTIVI E/O CRITERI DI VERIFICA	EFFETTUAZIONE DI VERIFICA
Basilicata	• D.G.R. n° 281 del 31/1/97	sì
Calabria	• D.G.R. n° 212 del 9/2/98	sì
Campania	• D.G.R. n° 9062 del 29/12/95	sì
Emilia R.	• D.G.R. n° 2000 del 30/7/96 • D.G.R. n° 1498 del 31/7/98	sì
Friuli V. Giulia	• D.G.R. n° 2022 del 10/5/96	sì
Lazio	• D.G.R. n° 5129 del 31/7/97	sì
Liguria	• D.G.R. n° 2390 del 23/11/98	sì
Marche	• D.G.R. n° 1795 del 7/7/97	sì
Piemonte	• D.G.R. n° 29 del 21/5/97 • D.G.R. n° 45-25622 del 7/10/98	sì
Puglia	• D.G.R. n° 3933 del 14/10/98	sì
Veneto	• D.G.R. n° 2085 del 19/4/95 • D.G.R. n° 3066 del 4/8/98	sì

2.5. Ulteriori riferimenti normativi intervenuti

Dal momento di inizio del lavoro vi è stato un intervento legislativo, peraltro successivo e quindi non influente sulle risposte fornite dai direttori generali, di cui diamo conto.

In primo luogo, la scelta del metodo di programmazione che prevede la determinazione e assegnazione di obiettivi ed indicatori di risultato da parte delle Regioni ha trovato una conferma ed un rafforzamento nel

Piano sanitario nazionale 1998-2000 (decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998).

Al capitolo «Strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza», punto «Il finanziamento delle Regioni e delle aziende USL», tale norma recita tra l'altro: «Al fine di assicurare il perseguimento dei livelli di assistenza di cui alla programmazione nazionale e regionale, le Regioni e le Aziende sanitarie definiscono annualmente gli obiettivi da raggiungere (i risultati attesi) e gli indicatori da utilizzare per la valutazione del perseguimento degli obiettivi, anche al fine della attribuzione della quota variabile ed accessoria della remunerazione di direttori generali e delle direzioni strategiche».

La legge del 30 novembre 1998, n. 419 di «Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale» stabilisce, all'articolo 2, lettera u), la necessità di ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere assicurando, tra l'altro, «il coinvolgimento dei comuni e dei loro organismi di rappresentanza nel procedimento di revoca e nel procedimento di valutazione dei direttori generali, con riguardo ai risultati conseguiti dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, rispetto agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e locale; prevedere criteri per la revisione del regolamento, recante norme sul contratto del direttore generale, (...) adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, rapportando l'eventuale integrazione del trattamento economico annuo alla realizzazione degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria regionale...».

In attuazione della citata legge di delega, il decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 recante «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale» ha introdotto importanti novità in merito alla definizione preventiva dei criteri di valutazione dell'operato del direttore generale da parte della regione. Infatti, il nuovo articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, al comma 5 così recita: «Le Regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi». Al comma 6 dello stesso articolo si stabilisce che «la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci (...), procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine».

L'introduzione di questi principi nel decreto delegato potrà consentire nel prossimo futuro di meglio valutare l'operato dei direttori generali, ma,

soprattutto, consentirà di rendere chiari a questi ultimi quali sono gli obiettivi di salute da raggiungere nel contesto delle singole aziende sanitarie.

Le ricadute riguarderanno una formulazione più chiara degli atti aziendali privati che il direttore generale dovrà emanare, a vantaggio di una strutturazione aziendale mirata al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Un ulteriore elemento riguarda la maggiore chiarezza con la quale saranno di conseguenza diffuse le diverse responsabilità all'interno dell'azienda con l'individuazione di strutture operative *ad hoc*.

Appare evidente la volontà del legislatore da una parte di conferire maggiore flessibilità all'operato dei direttori generali, che possono adottare atti di diritto privato, e dall'altra una più intensa opera di verifica dei risultati raggiunti, che si esplicita anche attraverso le azioni del collegio sindacale, il quale (ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999):

«a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

b) vigila sull'osservanza della legge;

c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa».

2.6 Considerazioni conclusive

Le analisi condotte consentono alcune considerazioni di sintesi sul processo di formulazione e trasmissione degli obiettivi aziendali.

Innanzitutto appare evidente una situazione di difformità tra i comportamenti delle diverse Regioni: in alcuni casi (Campania, Abruzzo) l'operato dei direttori generali nel 1997 non appariva indirizzato da alcun atto formale proveniente dalla Regione. Nel caso del Piemonte, per contro, il sistema di pianificazione e controllo messo a punto era contraddistinto da grande analiticità, con l'indicazione di obiettivi circostanziati ed accompagnati da indicatori per il monitoraggio dei risultati effettivamente raggiunti.

In secondo luogo va rilevato come l'assenza di obiettivi di riferimento per la gestione, potesse condurre ad una forte differenziazione dei ruoli dei direttori generali, che solamente in alcuni casi potevano agire sulla base di linee-guida certe e trasparenti.

La mancanza totale o parziale di obiettivi di gestione, inoltre, potrebbe prefigurare non già una maggiore autonomia lasciata ai direttori generali, bensì una mancata assunzione di responsabilità da parte dei responsabili politici, aprendo perciò un varco da utilizzare per potenziali interferenze dall'esterno nella gestione delle aziende.

In terzo luogo i dati raccolti mostrano che solo una minoranza di Regioni aveva effettivamente definito i risultati attesi anche in materia di obiettivi di salute, obiettivi che costituiscono, non va dimenticato, l'aspetto più vicino alle esigenze ed alle attese dei cittadini.

Infine, per alcune Regioni la mancata definizione di obiettivi di programmazione sanitaria appare da associare alla semplice riproposizione a livello regionale di leggi dello Stato, senza l'auspicabile contributo originale delle Regioni stesse in termini di obiettivi gestionali intesi come espressione di una attenta valutazione delle specifiche necessità locali.

L'indicazione più significativa che si può trarre per compiere ulteriori passi è di tenere sotto osservazione soprattutto il momento del «passaggio del testimone» dalle responsabilità politiche alle responsabilità tecnico-gestionali.

Tenere sotto osservazione questo passaggio di responsabilità, tra l'altro, è pienamente compatibile sia con l'autonomia regionale, sia con le esigenze di monitorare le effettive modalità di tutela del diritto alla salute; si rispetterebbero infatti le scelte di merito delle Regioni circa gli obiettivi di salute limitando l'intervento dello Stato al solo accertamento della esistenza di veri obiettivi di salute assegnati ai direttori generali.

In particolare andrebbero tenute sistematicamente sotto osservazione:

- l'esistenza di obiettivi volti a indirizzare e regolare la gestione delle aziende sanitarie da parte dei direttori generali;
- l'articolazione e la tipologia del sistema di obiettivi stessi;
- la tempestività dei processi di determinazione, assegnazione e verifica degli obiettivi, in modo che tali obiettivi possano orientare le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere per tutto il periodo di riferimento temporale.

ALLEGATO

**RIEPILOGO DELLE INFORMAZIONI DESUNTE
DAI DOCUMENTI PERVENUTI**

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ABRUZZO	
PST di riferimento nel 1997	Alla data della rilevazione l'ultimo Piano sanitario regionale approvato era quello relativo al triennio 1994 -1996, approvato con legge regionale 25 ottobre 1994, n° 72. Con esso sono stati rideterminati gli ambiti territoriali delle USL e riorganizzata la rete ospedaliera. Il piano conteneva anche criteri di massima per la gestione finanziaria, contabile, patrimoniale delle aziende.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	Non sono stati definiti obiettivi regionali riferiti al 1997. La Regione ha esercitato un'attività di verifica a posteriori delle attività condotte dalle diverse aziende sanitarie nel 1996. Alcune ASL hanno considerato obiettivi per il 1997 le indicazioni definite dalla Giunta regionale con deliberazione n°10 del 11 dicembre 1996 «Adempimenti prioritari dei direttori generali delle ASL». Tali indicazioni, riferite ad attività di organizzazione territoriale e dipartimentale delle aziende, non consideravano un orizzonte temporale specifico, né erano accompagnate da un sistema di indicatori o valori di riferimento. Alcuni direttori generali hanno lamentato la impossibilità di accedere alla integrazione del trattamento economico, prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n° 502, a causa della mancanza di obiettivi gestionali di riferimento su cui essere valutati.
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	Non sono stati formalizzati indicatori di risultato.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

BASILICATA	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Alla data della rilevazione esisteva il Piano sanitario regionale 1997 - 1999, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 30 dicembre 1996, n° 478.</p> <p>Il Piano sanitario regionale individua alcune priorità di intervento: creazione del sistema di emergenza sanitaria (118), riordino della rete ospedaliera, organizzazione dei servizi di riabilitazione, prevenzione e cura delle malattie oncologiche, tutela della salute mentale, organizzazione e diffusione dei servizi territoriali, sanità pubblica veterinaria.</p>
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>La Giunta regionale, con delibera regionale n° 281 del 31 gennaio 1997 ha indicato un sistema di obiettivi generali per l'anno 1997, articolati nelle seguenti sezioni:</p> <p>A) livelli assistenziali e prestazioni erogate dall'azienda; <i>B) assetto organizzativo e stato di avanzamento del processo di aziendalizzazione;</i> C) assetto economico-finanziario-contabile.</p> <p>La Regione ha contestualmente richiesto a ciascuna ASL una specifica relazione a posteriori sull'attività svolta. Per facilitare la redazione della relazione, la Regione ha precisato in una «griglia» di seguito proposta (consistente nei fatti in un sistema di sotto-obiettivi), le informazioni ritenute maggiormente significative ai fini del processo valutativo.</p> <p>A) livelli assistenziali e prestazioni erogate dall'azienda</p> <p>A) 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro 1.1 Prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffuse; 1.2 Tutela della salute dai rischi connessi all'inquinamento ambientale; 1.3 Tutela della salute della comunità nei luoghi di vita e di lavoro; 1.4 Sanità pubblica veterinaria; 1.5 Tutela igienico-sanitaria degli alimenti.</p> <p>A) 2. Assistenza sanitaria di base</p> <p>A) 3. Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale 3.1 Assistenza specialistica; 3.2 Attività di consultorio materno-infantile; 3.3 Assistenza ai tossicodipendenti; 3.4 Assistenza psichiatrica territoriale; 3.5 Assistenza riabilitativa territoriale.</p> <p>A) 4. Assistenza ospedaliera 4.1 Ricovero di urgenza ed emergenza; 4.2 Ricovero ordinario; 4.3 <i>day hospital</i>; 4.4 Ospedalizzazione a domicilio; 4.5 Assistenza erogata in regime ambulatoriale;</p> <p>Tali obiettivi non appaiono consentire una valutazione oggettiva dei direttori generali, dal momento che non contengono indicatori quantitativi di prestazione.</p> <p>A) 5. Assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati 5.1 Assistenza a persone con disturbi psichici; 5.2 Assistenza agli anziani; 5.3 Assistenza ai tossicodipendenti; 5.4 Assistenza ai disabili.</p> <p>A) 6. Rapporti con il cittadino - Umanizzazione dei servizi</p>
<i>obiettivi di programmazione sanitaria</i>	

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<p>obiettivi organizzazione aziendale</p>	<p>di</p> <p>6.1 Attivazione dei sistemi di informazione sulle prestazioni erogabili e sulle modalità di accesso ai servizi; 6.2 iniziative assunte per il miglioramento delle prestazioni alberghiere negli ospedali; 6.3 promozione e attivazione di iniziative per l'informazione dei cittadini; 6.4 individuazione delle modalità di raccolta dei segnali di disservizio; 6.5 iniziative assunte per rimuovere i disservizi; 6.6 accordi e protocolli stipulati con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini; 6.7 atti e disposizioni interne per l'attuazione della legge n. 241 del 1990; 6.8 iniziative assunte per l'attuazione della carta dei servizi e l'apertura degli URP.</p> <p>B) Assetto organizzativo e stato di avanzamento del processo di aziendalizzazione</p> <p>B) 1. Assetto organizzativo e stato di avanzamento del processo di aziendalizzazione</p> <p>1.1 Definizione degli ambiti dei distretti; 1.2 (definizione del) Collegio dei revisori; 1.3 (definizione della) Conferenza dei Sindaci; 1.4 (definizione del) Consiglio dei Sanitari; 1.5 Organizzazione aziendale (definizione aree dipartimentali, centro controllo direzionale, informatizzazione, unità di gestione del sistema informativo, ecc.); 1.6 riorganizzazione della rete ospedaliera; 1.7 organizzazione ospedaliera su base dipartimentale; 1.8 Realizzazione e stato dell'autonomia dei presidi ospedalieri; 1.9 stato di attuazione del sistema schede dimissione ospedaliera (SDO) e attribuzione DRG; 1.10 iniziative per il migliore utilizzo delle sale operatorie; 1.11 adozione e gestione del registro delle prenotazioni delle prestazioni erogate; 1.12 interventi per la razionalizzazione e l'integrazione dei presidi ospedalieri e ambulatoriali; 1.13 attivazione delle misure per l'esercizio della libera professione; 1.14 adozione di criteri per l'articolazione dell'orario dei servizi resi e di lavoro; 1.15 rilevazione dei carichi di lavoro; 1.16 adozione delle piante organiche; razionalizzazione dei servizi amministrativi; 1.17 stato di attuazione delle procedure di trasferimento al patrimonio delle aziende di beni mobili, immobili e attrezzature già appartenenti al patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle disciolte USL.</p>
<p>obiettivi di bilancio</p>	<p>B) 2. Gestione del cambiamento rapporti con il personale</p> <p>2.1 Rapporti con le rappresentanze sindacali unitarie; 2.2 adozione protocolli di intesa o regolamenti per la partecipazione sindacale; 2.3 instaurazione di rapporti con organizzazioni o rappresentanze di cittadini e utenti; 2.4 rapporti con organizzazioni di volontariato.</p> <p>C) Assetto economico-finanziario-contabile.</p> <p>C) 1. Raffronto impegni di spesa distinti per i singoli presidi ospedalieri e per i restanti servizi territoriali.</p> <p>1.1 assistenza farmaceutica; 1.2 assistenza medico generica e di guardia medica; 1.3 assistenza specialistica; 1.4 servizi sanitari; 1.5 prodotti farmaceutici; 1.6 prodotti economici; 1.7 servizi economici appaltati; 1.8 servizi diversi; 1.9 servizi di manutenzione ordinaria appaltati; 1.10 spese per interessi e rivalutazione monetaria per ritardati pagamenti.</p> <p>C) 2. Nuovi assetti.</p> <p>2.1 Adozione del progetto per la realizzazione del nuovo assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo dell'ASL; 2.2 stato di attuazione della classificazione dei beni e dell'inventario generale del</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	patrimonio; 2.3 attivazione delle procedure per la raccolta dei dati propedeutici alle indagini dell'osservatorio dei prezzi; 2.4 attivazione o sperimentazione di istituti o gestioni di contabilità generale e analitica.
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>Nella delibera regionale n° 281 del 31/1/97 non sono stati formalizzati indicatori di risultato.</p> <p>Nel documento si precisava altresì che i direttori generali potevano documentare i risultati ottenuti avvalendosi</p> <ul style="list-style-type: none">• dei dati e flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende;• degli indicatori di efficienza e di qualità individuati nel decreto ministeriale 24/7/95;• dei dati richiesti per la predisposizione della relazione al conto annuale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in attuazione del decreto legislativo n. 29 del 1993.

CALABRIA	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Alla data della rilevazione vigeva il Piano sanitario nazionale 1995-1997, approvato con legge regionale 3/4/1995, n° 9.</p> <p>Il Piano sanitario regionale individua 5 progetti-obiettivo (salute mentale, infanzia, anziani, handicappati, salute nei luoghi di lavoro) e 10 azioni programmate nel campo della prevenzione delle malattie.</p> <p>Il piano sangue regionale è parte integrante del piano sanitario.</p> <p>Assieme al piano vengono approvati 3 documenti concernenti i distretti sanitari ed i poli sanitari territoriali, la rideterminazione della rete ospedaliera ed il servizio di urgenza-emergenza medica.</p>
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>Non sono stati fissati specifici obiettivi gestionali per il 1997, né sono stati individuati gli indicatori per valutare la realizzazione degli obiettivi stessi. Gli stessi direttori generali (ad es. ASL Paola) affermano di non avere ricevuto obiettivi gestionali dalla Regione.</p> <p>I documenti forniti dai direttori generali mostrano come gli obiettivi di gestione siano da questi autodeterminati ed inseriti nei rispettivi Piani annuali di previsione, contenenti le strategie finalizzate all'uso razionale delle risorse e della spesa.</p> <p>A posteriori i Piani annuali di previsione vengono approvati dalla Regione.</p>
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>Non sono stati formalizzati indicatori di risultato.</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CAMPANIA	
PSR di riferimento nel 1997	Alla data della richiesta non era stato emanato un Piano sanitario regionale. Successivamente all'arco temporale esaminato dal gruppo di lavoro, con legge regionale 26 febbraio 1998 è stato approvato il Piano sanitario regionale 1997-1999.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	La Regione non ha definito obiettivi né indicatori per l'anno in oggetto. Gli atti formali di cui si dispone sono <ul style="list-style-type: none">• la legge regionale del 3/11/94 n° 32, che definisce poteri e funzioni attribuiti ai direttori generali,• la legge regionale del 11/1/94 n° 2, relativa alla «Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria»,• la deliberazione della Giunta regionale (29/12/95) contenente la richiesta di verifica dei risultati di gestione ai direttori generali tramite questionario.
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	Non sono stati formalizzati indicatori di risultato.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

EMILIA-ROMAGNA	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Alla data della rilevazione, l'ultimo Piano sanitario approvato dalla Regione era relativo al triennio 1990-1992 (legge regionale 9 marzo 1990, n° 15), mentre era in preparazione il nuovo Piano sanitario regionale.</p> <p>Successivi atti hanno modificato il Piano sanitario regionale 1990-92, mantenendone in vigore l'impianto: gli articoli da 8 a 15 concernenti il programma triennale di unità sanitaria locale sono stati abrogati dalla legge regionale n° 19 del 1994 sul riordino del Servizio sanitario regionale. Tale legge, unitamente alla legge regionale n° 50 del 1994 in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende sanitarie e ospedaliere, ridisegna il sistema sanitario regionale a seguito del decreto legislativo n° 502 del 1992.</p>
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997 <i>obiettivi di organizzazione aziendale</i> <i>obiettivi di programmazione sanitaria</i> <i>obiettivi di bilancio</i>	<p>La Giunta regionale ha determinato (con deliberazione del 30/7/96 n° 2000) gli obiettivi da raggiungere per il triennio 1994-1996 in ordine al trattamento economico aggiuntivo dei direttori generali, determinato nella misura del 15% della quota fissa di retribuzione.</p> <p>La medesima delibera ha stabilito nella misura del 20% il trattamento economico aggiuntivo per l'anno luglio 96-luglio 97, condizionato al raggiungimento di obiettivi espressi ad hoc per ciascuna ASL e A.O.</p> <p>Tali obiettivi sono stati classificati in 3 categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) consolidamento del processo di aziendalizzazione, b) programmazione (sanitaria), c) ottimizzazione dell'uso delle risorse - razionalizzazione ed efficienza aziendale. <p>Per ogni categoria di obiettivi, ciascuna azienda ha inoltre ricevuto specifici sotto-obiettivi gestionali.</p> <p>A titolo di esempio vengono riportati quelli assegnati alla azienda USL di Piacenza.</p> <p>Obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>consolidamento del processo di aziendalizzazione.</i> <p>Sotto-obiettivo 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>autonomia economico-finanziaria e gestionale dei distretti e dei presidi</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>regolamento di organizzazione dei distretti e presidi, budget, deleghe gestionali.</i> <p>Sotto-obiettivo 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>implementazione del sistema informativo con particolare riferimento al supporto del controllo di gestione ed alla produzione di indicatori di interesse regionale</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>produzione tempestiva e completa del debito informativo verso</i>

<p><i>Agenzia e Assessorato.</i></p> <p>Sotto-obiettivo 3):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>messa a regime della gestione budgetaria</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>presentazione del budget aziendale nelle forme e nei tempi di all'articolo 8 legge regionale n. 50 del 1994.</i> <p>Sotto-obiettivo 4):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>attivazione della contabilità economica</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>avvio a regime della contabilità economica dal 1/1/97.</i> <p>Sotto-obiettivo 5):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>implementazione del sistema qualità aziendale, con particolare riferimento a: Piano della qualità, Carta dei servizi (...)</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>presentazione della Carta dei servizi.</i> <p>Sotto-obiettivo 6):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>predisposizione di progetti di riorganizzazione delle attività distrettuali (...)</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>stesura dei progetti e loro integrazione nel piano delle azioni e nel budget aziendale.</i> <p>Sotto-obiettivo 7):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>piano aziendale di formazione, finalizzato alla valorizzazione e motivazione delle risorse umane.</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>attivazione della funzione formazione in staff alla DG.</i> <p>Sotto-obiettivo 8):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>attivazione della libera professione intramoenia</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>avvio dell'attività libero-professionale in costanza di ricovero.</i> <p>Sotto-obiettivo 9):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Definizione organizzativa dei livelli di responsabilità per le attività di prevenzione collettiva</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>adozione di provvedimento formale</i> <p>Sotto-obiettivo 10):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Definizione organizzativa ed operativa atta a consentire l'esercizio delle attività di controllo sanitario ed ambientale in modo integrato tra Dipartimento di Prevenzione ed ARPA.</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>adozione di provvedimento formale</i> <p>Obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Programmazione

<p>Sotto-obiettivo 1):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>approntamento del nuovo Piano attuativo locale</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>presentazione all'approvazione regionale nei termini di legge</i> <p>Sotto-obiettivo 2):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Piani di riorganizzazione della rete ospedaliera</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>predisposizione del piano di revisione della rete dei presidi e processo di riorganizzazione interna.</i> <p>Sotto-obiettivo 3):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Definizione del programma di attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 per l'erogazione delle prestazioni di informazione, formazione, assistenza e vigilanza proprie del Servizio sanitario regionale</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Predisposizione del programma</i> <p>Sotto-obiettivo 4):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Programma per il raggiungimento dei livelli regionali di assistenza domiciliare ai malati terminali oncologici</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>n° di assistiti a domicilio rapportato allo standard regionale</i> <p>Sotto-obiettivo 5):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Programma per l'effettuazione dell'assistenza domiciliare ai malati di AIDS</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>n° di assistiti a domicilio rapportato alla media annuale dei casi AIDS notificati del triennio; il quoziente deve essere superiore al 35%.</i> <p>Sotto-obiettivo 6):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Interventi di screening di popolazione per la prevenzione del tumore della cervice uterina e della mammella</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>avvio effettivo del programma</i> <p>Obiettivo:</p> <p>Ottimizzazione dell'uso delle risorse - razionalizzazione ed efficienza aziendale.</p> <p>Sotto-obiettivo 1):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Realizzazione del piano delle azioni assunto in sede di concertazione (...)</i> <p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>dati di raffronto 1995/1996</i> <p>Sotto-obiettivo 2):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>programma di attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 necessarie ad assolvere agli obblighi del datore di lavoro</i>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	<p>Indicatore di risultato richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>predisposizione del programma ed attivazione secondo le scadenze di legge.</i> <p>Alla data della rilevazione era inoltre stata emanata una nota dell'Assessorato alla sanità (del 9/12/97), con richiesta di proroga al 31/12/97 degli obiettivi indicati nella Deliberazione della Giunta regionale 30/7/96 n° 2000, allo scopo di fare coincidere l'anno di verifica con l'anno solare.</p>
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>Per ciascuna ASL/AO la deliberazione del 30/7/96 n° 2000 contiene specifici indicatori di verifica rispetto ai singoli obiettivi indicati, nonché gli atti formali richiesti alle aziende per l'attestazione del raggiungimento dei relativi risultati.</p> <p>Salvo pochi casi, gli indicatori non hanno avuto forma parametrica, pertanto erano in grado di esprimere essenzialmente informazioni di tipo binario (sì/no) sul raggiungimento degli obiettivi, mentre difficilmente potevano descrivere il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi.</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

FRIULI-VENEZIA GIULIA	
PSR di riferimento nel 1997	Alla data della rilevazione era vigente il Piano sanitario regionale 1995-1997 approvato con deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 1995, n° 6619.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>La Regione ha definito e realizzato un sistema di programmazione e controllo triennale e annuale con formulazione di <i>budget</i> economico-finanziario per il periodo 1995-97.</p> <p>Con deliberazione della Giunta regionale n° 2022 del 10/5/1996, sono stati definiti i seguenti criteri per la valutazione finalizzata alla riconferma dei direttore generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corrispondenza delle caratteristiche professionali richieste alle esigenze organizzative manifestate dal Servizio sanitario regionale; • confronto tra le caratteristiche professionali dimostrate «sul campo» nell'esperienza di direttore generale e quadro attitudinale delineato al momento della selezione; • capacità di assolvere il mandato conferito mediante il raggiungimento degli obiettivi regionali e di quelli aziendali. <p>Con la delibera 31 ottobre 1996, n° 4967 «Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 1997», la Regione ha indicato gli obiettivi annuali, i relativi indicatori e le modalità di valutazione degli stessi, le risorse disponibili con i relativi criteri di finanziamento e le indicazioni per il piano degli investimenti.</p> <p>Gli obiettivi facevano riferimento alle aree:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) obiettivi sanitari e di salute b) obiettivi di prestazioni e strutture c) obiettivi economici. <p>Sulla base di tale documento, le aziende hanno predisposto i piani annuali 1997, che sono stati negoziati con l'Agenzia regionale della sanità.</p> <p>Le negoziazioni hanno permesso di individuare</p> <ul style="list-style-type: none"> • obiettivi strategici (organizzativi, sanitari, economici) regionali e a livello di singola azienda nell'ambito delle linee guida tracciate nella delibera 31 ottobre 1996, n° 4967 e nel Piano sanitario regionale; • azioni a livello regionale e di singola azienda per raggiungere tali obiettivi. <ol style="list-style-type: none"> 1. A titolo di esempio si riporta il sistema di obiettivi definiti per la Azienda per i servizi sanitari n°2 «Isontina»: 2. raggiungere un tasso di ospedalizzazione tendenziale per i residenti di 174 per 1000 abitanti (esclusi ricoveri extraregionali) 3. riorientare i fattori produttivi e l'offerta con recupero in efficienza al fine di assicurare i livelli di assistenza con un quadro di risorse economiche tendenzialmente in diminuzione; 4. riqualificare e adeguare la dotazione strutturale ospedaliera in rapporto alla programmata diminuzione dell'offerta

5. concludere in tempo utile per accedere ai finanziamenti statali il progetto preliminare per le strutture sanitarie a Gorizia;
6. assicurare il proseguimento dei lavori dell'ospedale di Monfalcone;
7. riadeguare e consolidare l'organizzazione dei distretti di Cormons e di Grado;
8. consolidare l'offerta di posti in RSA
9. riqualificare e potenziare l'attività del DSM con completo superamento dell'ex O.P.
10. attivare i Dipartimenti interaziendali con l'Azienda ospedaliera di Trieste, con l'IRCCS Burlo e con l'A.S.S. Medio Friuli.

La Regione ha in seguito esposto nel Piano sanitario regionale 1998-2000 (legge regionale 10/9/97) gli obiettivi sanitari, di salute, di prestazione e strutturali, le risorse finanziarie disponibili ed i criteri guida di finanziamento delle Aziende, con eventuale riequilibrio, nonché le risorse per gli investimenti relativi al triennio 98-2000.

Per l'anno 1998 la Regione ha indicato gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione degli stessi, le risorse disponibili con i relativi criteri di finanziamento e le indicazioni per il piano degli investimenti.

In seguito le Aziende hanno adottato, previa negoziazione, ed inviato all'Agenzia, alla Conferenza dei sindaci ed al Collegio dei revisori entro il 31/10/97 il Programma pluriennale contenente obiettivi strategici, politiche gestionali e dinamiche del personale, programma di investimenti e bilancio pluriennale di previsione, espressi in termini economici, patrimoniali e finanziari.

L'Agenzia regionale della sanità ha dovuto poi approvare e trasmettere alla Giunta regionale entro il 31/12/97 il Programma pluriennale consolidato, contenente la sintesi dei programmi pluriennali delle singole aziende ed il bilancio pluriennale consolidato.

Contestualmente le Aziende hanno definito anche il programma annuale nonché il bilancio annuale di previsione in termini economici, patrimoniali e finanziari.

Il programma annuale consolidato ed il bilancio preventivo annuale consolidato sono stati approvati dall'Agenzia entro il 31/12/97, previa validazione degli obiettivi attraverso la negoziazione con le rispettive ASL.

Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>I fattori di valutazione dei direttori generali individuati per il 1997 erano:</p> <ul style="list-style-type: none">• capacità manageriali• capacità tecnico-organizzative• capacità comunicative• attenzione al sociale e conoscenze relative alla riforma avviata con i decreti legislativi n° 502 del 1992 e n° 517 del 1993.• capacità di assolvere al mandato conferito mediante il raggiungimento dei seguenti obiettivi:<ol style="list-style-type: none">1. Obiettivi strategici generali del Servizio sanitario nazionale e nazionale2. Obiettivi strategici per singola azienda3. Piano di attività annuale per azienda4. Piano degli investimenti5. Piano delle risorse umane6. Piano finanziario <p>Ciascun fattore di valutazione è stato articolato in più elementi, da valutare secondo una scala da 1 a 5. Ad esempio:</p> <p>Capacità manageriali:</p> <ul style="list-style-type: none">• capacità di assumere decisioni (1-5)• capacità di affrontare il cambiamento e l'innovazione (1-5)• capacità di analisi e sintesi (1-5)• responsabilizzazione e capacità nell'assumere decisioni in situazioni critiche (1-5) <p>Per ciascuna azienda la Regione ha definito inoltre il peso dei fattori di valutazione, con riferimento agli obiettivi strategici generali e aziendali.</p>
---	---

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

LAZIO	
PSR di riferimento nel 1997	Alla data dell'indagine non era stato emanato un Piano sanitario regionale.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997 <i>obiettivi di organizzazione aziendale</i> <i>obiettivi di bilancio</i> <i>obiettivi di programmazione sanitaria</i>	La Giunta regionale ha fissato obiettivi e indicatori per i direttori generali, indirizzati all'insieme delle aziende, con delibera del 13/7/97 n° 5129. Gli obiettivi fanno riferimento alle seguenti categorie: 1) Attivazione di modalità gestionali coerenti con il processo di aziendalizzazione 2) Avvio di un programma di controllo dell'evoluzione della spesa sanitaria 3) Perseguimento dei livelli assistenziali mirati all'appropriatezza del ricorso alle prestazioni ed alla qualità delle prestazioni stesse. 4) Incremento dell'assistenza sanitaria extra-ospedaliera (<i>day hospital e day surgery</i>); 5) Sviluppo delle attività di prevenzione nelle aree di igiene zootecnica e igiene mentale); 6) Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	Ciascun obiettivo è stato corredato da un sistema di sotto-obiettivi, indicatori e relativi standard di riferimento, nonché dalla indicazione delle fonti informative da cui attingere i dati da monitorare Ad esempio: Obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.</i> Sotto-obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Indagini di laboratorio entro 48 ore</i> • <i>Diagnostica per immagini entro 7 giorni</i> Indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tempi medi di attesa per indagini di laboratorio (standard atteso: 48 ore, da rispettarsi almeno nel 50% dei servizi)</i> • <i>Tempi medi di attesa per diagnostica per immagini (standard atteso: 7 giorni, da rispettarsi almeno nel 50% dei servizi)</i> • <i>Percentuale di unità con possibilità di prenotazione telefonica sul totale (standard atteso: >50%)</i>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

LIGURIA	
PSR di riferimento nel 1997	Alla data dell'indagine, l'ultimo Piano sanitario regionale era relativo al triennio 1989-91.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>La regione ha definito, con atto del 5/4/96, una cosiddetta «griglia» di valutazione delle attività svolte dalle ASL.</p> <p>Tale documento è stato utilizzato dalla Regione per raccogliere indicazioni e descrizioni a posteriori sulla attività svolta dalle aziende nel corso del 1995.</p> <p>Il documento non conteneva descrizione di obiettivi di gestione, né di indicatori numerici, ma solamente una elencazione di aree di attività e di competenza delle aziende.</p> <p>Successivamente all'arco temporale esaminato dal gruppo di lavoro, con deliberazione di Giunta regionale n. 2390 del 23/11/98, sono state emanate linee guida per la gestione del Servizio sanitario regionale ed obiettivi per le aziende.</p>
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	Non sono stati formalizzati indicatori di risultato per il 1997.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

LOMBARDIA	
PSR di riferimento nel 1997	Alla data dell'indagine non era stato emanato un Piano sanitario regionale.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>La regione ha ritenuto di non dare piena attuazione al disposto dell'art. 1 - comma 5 - del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 502 del 1995, non intervenendo (diversamente da quanto prestabilito dalla deliberazione di Giunta) nella predeterminazione degli obiettivi di interesse regionale e contestualmente nell'individuazione dei criteri di verifica dei medesimi, nonché nella erogazione della integrazione economica ai direttori generali.</p> <p>La Regione ha peraltro stanziato (deliberazione 26466 21/3/97) la somma di L. 360 mld. nel biennio 1996-97 a titolo di trattamento finanziario aggiuntivo per il personale di aziende ed enti sanitari regionali.</p> <p>Tale somma, pari a L. 4.700.000 annui per ogni dirigente ed a L. 1.000.000 annui per ogni dipendente del comparto, era condizionata per il 50% al raggiungimento dei seguenti obiettivi di natura economico-finanziaria:</p>
<i>obiettivi di bilancio</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Per Aziende ed Enti che presentano disavanzi di bilancio: risanamento che tenda al pareggio di bilancio nell'arco di un triennio, a partire dal 1996. L'obiettivo del pareggio deve essere perseguito a parità di qualità e quantità delle prestazioni effettuate. 2) Per Aziende ed Enti che non si trovano nella situazione di disavanzo: tendenza al miglioramento della situazione di equilibrio economico-finanziario nonché delle quantità e qualità delle prestazioni effettuate. 3) Riduzione della spesa 1996 rispetto al 1995, al lordo degli oneri contrattuali e convenzionali, o almeno incremento della spesa al di sotto del 9%, fatti salvi casi eccezionali da documentare al Comitato tecnico scientifico.
<i>obiettivi di organizzazione aziendale</i>	<p>Il raggiungimento dei precedenti obiettivi aziendali di miglioramento della situazione economico-finanziaria non doveva confliggere con i seguenti obiettivi di interesse regionale, desunti da quelli indicati nell'accordo nazionale:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ottimizzazione dell'impiego degli spazi, delle risorse umane e tecnologiche, con particolare attenzione alla valorizzazione e motivazione del personale (...) b) miglioramento del grado di qualità percepita dai pazienti-utenti attraverso l'incremento quali-quantitativo delle prestazioni con relativa riduzione dei tempi di attesa e facilitazione dell'accesso ai servizi; c) consolidamento e sviluppo del processo di aziendalizzazione attraverso l'implementazione del sistema informativo, l'attivazione e perfezionamento dei sistemi di controllo di gestione e l'ottimizzazione e trasparenza delle voci di spesa nonché della partecipazione alla definizione dei costi di produzione delle prestazioni erogate; d) definizione ed applicazione dei protocolli diagnostici e terapeutici;

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	<p>e) attivazione e sperimentazione di forme di organizzazione dipartimentale, di <i>day hospital</i> e di libera professione intramuraria;</p> <p>f) attivazione e sperimentazione dei sistemi di cure sanitarie domiciliari con pazienti medicalmente assistiti anche sotto il profilo medico riabilitativo;</p> <p>g) attivazione e sperimentazione di tecniche avanzate di gestione sanitaria ed ospedaliera suscettibili di trasferibilità nelle altre realtà della Regione.</p>
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>Per i primi 2 obiettivi economico-finanziari indicati ai direttori generali, la Regione non ha definito indicatori di risultato ma solamente linee di gestione («tendenza al pareggio», « tendenza al miglioramento della situazione di equilibrio economico-finanziario»).</p> <p>Il 3° obiettivo è stato completato di un parametro di riferimento, per quanto non sufficiente a determinare il grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso («... incremento della spesa al di sotto del 9%»).</p> <p>Gli obiettivi di interesse regionale non sono stati forniti indicatori di risultato.</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MARCHE	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Alla data della rilevazione non era vigente alcun Piano sanitario regionale.</p> <p>In seguito, con legge regionale n° 34 20/10/98, è stato approvato il Piano sanitario regionale 1998-2000.</p>
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>La Giunta regionale ha fissato obiettivi generali per i Direttori Generali, indirizzati all'insieme delle aziende, con delibera del 7/7/97 n° 1795.</p> <p>Per ciascuna delle 6 aree di seguito descritte, sono stati individuati obiettivi specifici, tempi per la realizzazione (scadenzario), indicatori di risultato e scale numeriche di graduazione dei risultati stessi.</p>
<i>obiettivi di organizzazione aziendale</i>	<p>1. Attività di pianificazione e programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisporre rapporto sulla situazione aziendale al momento dell'assunzione dell'incarico; • Predisporre il piano strategico aziendale e comunicarlo ai centri di responsabilità; • predisporre il <i>budget</i> 1998 e comunicarlo ai responsabili dei centri di responsabilità;
<i>obiettivi di bilancio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • predisporre un piano di rientro di medio periodo (eventuale) per il riequilibrio economico-finanziario dell'azienda • garantire il rapporto con la Conferenza dei Sindaci. <p>2. Sistemi contabili e controllo di gestione</p> <ul style="list-style-type: none"> • adottare un Sistema Contabile economico-patrimoniale per rilevazioni di contabilità generale ed analitica, • predisporre la situazione patrimoniale per l'apertura della contabilità economico-patrimoniale 1998, • predisporre un sistema di monitoraggio e di interpretazione (almeno trimestrale) degli scostamenti; • avviare un programma di informatizzazione della contabilità economico-patrimoniale; • presentare un primo rapporto trimestrale gennaio-marzo '98 sugli scostamenti tra obiettivi del <i>budget</i> e risultati effettivi. <p>3. Organizzazione e gestione della risorsa umana interna</p> <ul style="list-style-type: none"> • predisporre organigramma aziendale; • predisporre mappa dei centri di responsabilità; • predisporre progetto di dipartimentalizzazione; • predisporre piano di formazione della risorsa umana interna. <p>4. Qualità</p> <p>a1) presentare il piano per assolvere il debito informativo e per il monitoraggio della qualità delle informazioni;</p> <p>a2) presentare rapporto trimestrale gennaio-marzo 1998 sui risultati di attuazione del piano di cui al punto a1);</p> <p>b1) presentare il programma di miglioramento continuo della qualità;</p> <p>b2) presentare rapporto trimestrale gennaio-marzo '98 sui risultati di attuazione del piano di cui al punto b1);</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<p>obiettivi di programmazione sanitaria</p>	<p>c) presentare rapporto sui risultati di attuazione del programma di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori (legge n. 626 del 1996) relativo all'anno precedente;</p> <p>d) presentare rapporto annuale sull'applicazione della carta dei servizi).</p> <p>5. Attività sanitarie</p> <p>a1) presentare il programma annuale di sviluppo dei regimi alternativi al ricovero ordinario, a2) presentare rapporto trimestrale sui risultati di attuazione del programma di cui sub a1;</p> <p>b1) presentare il programma annuale di riduzione dei tempi d attesa, b2) presentare il rapporto trimestrale sull'attuazione del programma di cui sub b1;</p> <p>c1) presentare il programma annuale di controllo di appropriatezza di uso delle prestazioni (DRG, specialistica ambulatoriale e farmaceutica);</p> <p>c2) presentare rapporto trimestrale sui risultati di attuazione del programma di cui sub c1);</p> <p>d1) istituire il Comitato per il prontuario farmaceutico ospedaliero, il Comitato aziendale per il sangue, i Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere;</p> <p>d2) presentare rapporto trimestrale sull'attivazione del Comitato per il PFO e del Comitato az. per il sangue;</p> <p>e) presentare il rapporto trimestrale sullo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia.</p> <p>6. Attività Territoriali</p> <p>a1) presentare il programma annuale di sviluppo delle attività ADI;</p> <p>a2) presentare rapporto trimestrale sui risultati di attuazione del programma di cui sub a1;</p> <p>b1) presentare programma di integrazione funzionale tra i servizi di igiene pubblica e di igiene degli alimenti e della nutrizione per il Servizio Veterinario;</p> <p>b2) presentare il rapporto trimestrale sui risultati di attuazione del programma di integrazione funzionale tra i servizi di igiene pubblica e di igiene degli alimenti e della nutrizione per il Servizio veterinario;</p> <p>c1) presentare il programma annuale di incremento qualitativo delle risorse umane dei servizi di prevenzione e di sicurezza sul lavoro, c2) presentare il rapporto trimestrale sui risultati di attuazione del programma di cui sub c1);</p> <p>d1) presentare il piano dei distretti e l'articolazione organizzativa degli stessi, d2) presentare rapporto trimestrale sui risultati di attuazione del Piano dei distretti;</p> <p>e) utilizzare completamente le risorse finanziarie destinate, in sede regionale, al 1° livello assistenziale.</p>
<p>Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997</p>	<p>La Regione ha formalizzato gli indicatori di verifica dei risultati, di cui si dà esempio di seguito.</p> <p>La verifica è stata effettuata dal Dirigente del servizio sanità della Regione coadiuvato dal direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale.</p> <p>La valutazione non è stata diretta alla corresponsione della quota integrativa del trattamento economico a norma dell'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 1995, ma</p>

	<p>solamente al giudizio di riconferma dei Direttori Generali.</p> <ul style="list-style-type: none">• Macro-obiettivo: Attività di pianificazione e programmazione• Obiettivo specifico: predisporre un piano di rientro di medio periodo (eventuale) per il riequilibrio economico-finanziario dell'azienda,• Criteri di valutazione: 1) documentazione del rispetto della scadenza, 2) congruenza dei metodi di negoziazione e dei criteri seguiti per la predisposizione del Piano, 3) sostenibilità finanziaria del Piano.• Scala numerica: 10 punti = conformità totale, 4 punti conformità parziale, 0 punti nessuna conformità. <p>La Regione ha stabilito i criteri per la valutazione complessiva, distinguendo in base al punteggio ottenuto vengono quattro livelli di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none">• accreditato 1° livello (punteggio più alto)• accreditato 2° livello• accreditato 3° livello (sub conditione) *• non accreditato <p>* L'accreditato al terzo livello viene sottoposto ad una nuova valutazione a fine anno. Tale valutazione riguarda in particolare gli obiettivi non perseguiti nella data prevista. In caso di conferma di accreditamento di 3° livello il direttore generale non viene accreditato.</p>
--	--

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MOLISE	
<p>PSR di riferimento nel 1997</p>	<p>La Regione ha emesso un Piano sanitario regionale (deliberazione del Consiglio regionale n° 505 del 30/12/1996) in cui</p> <ul style="list-style-type: none"> • viene analizzato lo stato di fatto della sanità in Molise (parte 1a); • viene impostato il metodo di programmazione sanitaria per il triennio 1997-1999 (parte 2a); • vengono definite le modalità di ristrutturazione della rete ospedaliera della Regione Molise (parte 3a). <p>I contenuti della parte 2a del PSR individuano gli obiettivi regionali per il triennio ed in particolare:</p>
<p><i>obiettivi di bilancio</i></p>	<p>Obiettivi strategici (generali per l'intera Regione):</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento dell'efficienza e della qualità dei servizi • taglio agli sprechi • riequilibrio dell'offerta sul versante territoriale • sviluppo di cultura e capacità manageriale tra tutti gli operatori • partecipazione del cittadino e delle associazioni alla prestazione del servizio pubblico.
<p><i>obiettivi di programmazione sanitaria</i></p>	<p>Livelli di assistenza sanitaria - obiettivi operativi</p> <p>Il piano ha individuato 3 aree di assistenza: prevenzione, territorio (assistenza di base, specialistica, semiresidenziale, territoriale, residenziale a non autosufficienti e lungodegenti), ospedaliera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione: lotta alle malattie infettive, prevenzione TBC, autosufficienza regionale nei servizi interessati, aumento degli anni vissuti senza le peggiori malattie, potenziamento della sicurezza sui luoghi di lavoro (decreto legislativo n. 626 del 1994), lotta e controllo delle epizootie (...)
<p><i>obiettivi di organizzazione aziendale</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Territorio: attivazione dei distretti e riqualificazione dei poliambulatori, facilità di accesso ai servizi di base, eguaglianza nell'accesso ai servizi, riequilibrio tra i settori sanitari, lavoro di gruppo e cooperazione tra prestatori ed utenti, educazione sanitaria, assistenza domiciliare infermieristica, controllo spesa farmaceutica. • Ospedali: riqualificazione della rete, specializzazione degli ospedali all'interno della rete, nuova organizzazione dei presidi ospedalieri, sviluppo qualitativo complessivo dell'offerta. • Attività di supporto: sviluppo di capacità manageriali, valutazione del corretto impiego di tecnologie, riqualificazione degli uffici tecnico-gestionali. <p>Il piano indica inoltre 4 progetti obiettivo (materno-infantile, anziani, salute mentale, tossicodipendenti e alcolisti).</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<p>Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997</p>	<p>La regolazione dei rapporti tra Regione e Aziende per il 1997 è schematizzata nelle fasi seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elaborazione da parte della Regione del Piano sanitario regionale a valenza triennale 2. elaborazione da parte della ASL del piano attuativo annuale 1997 nel quale si evidenziano le modalità di raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano sanitario regionale; 3. analisi del piano attuativo da parte della Regione e negoziazione tra le parti, che viene conclusa dalla sottoscrizione di un vero e proprio contratto di «acquisto» per la Regione e di «fornitura» per le aziende (accordo di programma annuale). 4. controllo da parte della Regione del raggiungimento dei risultati previsti dall'accordo di programma annuale. <p>Con delibera 3460 del 6/10/97, la Giunta regionale prende atto che le ASL hanno presentato per il 1997 i rispettivi piani attuativi del Piano sanitario regionale 1997-1999 e ne chiede la rielaborazione per comprendere anche la programmazione locale per l'anno 1998.</p> <p>Con delibera del 14 maggio 1997, n°11, (non presente agli atti) la Regione ha inoltre emanato la disciplina del Servizio sanitario regionale ed abrogato la legge regionale 2 del 1995.</p> <p>Con delibera del 14 maggio 1997, n° 12 (non presente agli atti), la Regione ha fornito ulteriori indicazioni sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle ASL.</p>
<p>Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997</p>	<p>Gli elementi strategici ed operativi indicati dal PSR comprendono la individuazione di indicatori di verifica, elencati di seguito, da utilizzarsi in aggiunta agli indicatori di efficienza e qualità riportati nel decreto ministeriale 24/07/95.</p> <p>Area prevenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n° casi di tetano / popolazione residente x 10.000 • n° casi di tossinfezione / popolazione residente x 10.000 • n° casi di salmonellosi / popolazione residente x 10.000 • n° casi di infortuni sul lavoro / addetti per settore di attività • n° casi di nuove malattie professionali / addetti per settore di attività • incidenza allevamenti infetti su totale allevamenti • variazione percentuale tassi di morbilità umana da zoonosi. <p>Area territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n° interventi domiciliari di guardia medica / popolazione residente • costo assistenza farmaceutica / costo assistenza di base • n° ricette esenti <i>ticket</i> / n° ricette totali • n° medici dipendenti / popolazione • n° medici privati per branca / popolazione • n° prestazioni in ambulatori pubblici e privati per branca / popolazione • n° consultori familiari / popolazione • n° personale dei SERT • n° utenti SERT

	<ul style="list-style-type: none">• n° deceduti / utenti SERT• n° utenti HIV positivi dei SERT• n° casi trattati in strutture semi-residenziali di riabilitazione / popolazione• n° posti in strutture residenziali di riabilitazione / popolazione• n° casi trattati in strutture residenziali di riabilitazione / popolazione <p>Aziende ospedaliere:</p> <ul style="list-style-type: none">• rapporto posti letto – popolazione, classificato per pubblico e privato• degenza media per aree funzionali omogenee• tasso di utilizzazione medio per aree funzionali omogenee. <p>Attività di supporto:</p> <ul style="list-style-type: none">• non sono forniti indicatori <p>Dal Piano sanitario regionale non si evince il criterio di collegamento dei parametri citati con il trattamento economico dei direttori generali, né sono stati d'altra parte forniti valori – soglia per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi sottostanti.</p>
--	---

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PIEMONTE	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Con legge 12 dicembre 1997, n° 61 è stato approvato il Piano sanitario regionale 1997-99.</p> <p>Il riordino dei servizi si concretizza nello sviluppo delle attività del dipartimento di prevenzione e delle attività distrettuali, la revisione della rete ospedaliera, il potenziamento dei servizi nelle zone montane e svantaggiate.</p>
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997 <i>obiettivi di organizzazione aziendale</i> <i>obiettivi di bilancio</i> <i>obiettivi di programmazione sanitaria</i>	<p>Con deliberazione della Giunta regionale n° 19386 del 21 maggio 1997, la Regione ha individuato per ognuna delle 29 aziende USL gli obiettivi aziendali finalizzati alla valutazione per la riconferma dei direttori generali.</p> <p>Le aree di intervento sono state suddivise in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. miglioramento della qualità dei servizi (8 obiettivi) 2. implementazione dell'efficienza (4 obiettivi) 3. implementazione dell'efficacia (6 obiettivi). <p>All'interno di ciascuna classe, gli obiettivi sono stati ulteriormente suddivisi in «obbligatori» e «facoltativi», per un totale di 10 obbligatori e 8 facoltativi. Questi ultimi dovevano essere raggiunti in un numero non inferiore a quello predeterminato, per ciascuna azienda, nella deliberazione in oggetto.</p> <p>Il mancato raggiungimento di uno tra gli obiettivi obbligatori, oppure del numero minimo previsto per quelli facoltativi determinava per se ipse la risoluzione del contratto, ma non viceversa, dovendosi ai fini della riconferma valutare anche la realizzazione degli ulteriori adempimenti normativamente prescritti e l'assenza di deficit gestionali di particolare rilevanza.</p> <p>Con successivi «Accordi di Programma» (Decreti del Presidente della Giunta regionale del 2/10/1997), tra l'Assessore ed i singoli Direttori Generali, la Regione ha poi indicato le condizioni per la erogazione delle quote incentivanti del trattamento economico. Tali condizioni prevedevano l'erogazione del trattamento in misura proporzionale al punteggio determinato dal raggiungimento dei seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 obiettivi già approvati con deliberazione Giunta regionale n° 4-19387 e non utilizzati ai fini della riconferma al termine del 1° anno di gestione (9 punti ciascuno) • attivazione programma <i>screening</i> tumori femminili (7 punti) • costituzione (7 punti) ed attivazione (7 punti) del Comitato Infezioni ospedaliere • istituzione Dipartimento materno-infantile (7 punti) <p>Il conseguimento di tutti gli obiettivi indicati (100 punti) determinava l'erogazione del 100% del trattamento aggiuntivo, pari al 20% del trattamento economico fisso.</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	<p>Con deliberazione della Giunta regionale n° 19408 del 21 maggio 1997, la Regione ha individuato gli obiettivi aziendali finalizzati alla valutazione (ed alla riconferma) dei direttori generali delle Aziende ospedaliere. Le aree di intervento sono state suddivise in:</p> <p>a) miglioramento della qualità dei servizi (8 obiettivi) b) implementazione dell'efficienza (4 obiettivi) c) implementazione dell'efficacia (4 obiettivi)</p> <p>All'interno di ciascuna classe, gli obiettivi sono stati ulteriormente suddivisi in «obbligatori» e «facoltativi», per un totale di 4 obbligatori e 12 facoltativi. Questi ultimi devono essere raggiunti in un numero non inferiore a quello predeterminato, per ciascuna azienda, nella deliberazione in oggetto.</p> <p>Il mancato raggiungimento di uno tra gli obiettivi obbligatori, oppure del numero minimo previsto per quelli facoltativi determina per se ipse la risoluzione del contratto, ma non viceversa, dovendosi ai fini della riconferma valutare anche la realizzazione degli ulteriori adempimenti normativamente prescritti e l'assenza di deficit gestionali di particolare rilevanza.</p> <p>Con successivi «Accordi di programma» tra l'assessore ed i singoli Direttori Generali, la Regione ha poi indicato le condizioni per la erogazione delle quote incentivanti del trattamento economico. Tali condizioni prevedono l'erogazione del trattamento in misura proporzionale al punteggio determinato dal raggiungimento dei seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 obiettivi già approvati con deliberazione della Giunta regionale n° 19408 e non utilizzati ai fini della riconferma al termine del 1° anno di gestione (11 punti ciascuno) • potenziamento del DEA ai fini della diagnosi del trattamento delle lesioni traumatico-ortopedico (sic) (8 punti) • attivazione programma regionale <i>screening</i> tumori femminili (8 punti) • istituzione del Centro Unificato Prenotazioni (7 punti) <p>Il conseguimento di tutti gli obiettivi indicati (100 punti) determina l'erogazione del 100% del trattamento aggiuntivo, pari al 20% del trattamento economico fisso.</p>
<p>Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997</p>	<p>Per ciascun obiettivo sono stati stabiliti sia gli standard di riferimento sia gli indicatori da utilizzare per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo stesso.</p> <p>La verifica del raggiungimento di ciascun obiettivo è avvenuta d'ufficio, tramite accertamento diretto o altre modalità indicate espressamente per l'obiettivo in questione.</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PUGLIA	
PSR di riferimento nel 1997	Alla data della rilevazione non era vigente un Piano sanitario regionale.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997	<p>La Regione non ha determinato per il 1997 un sistema di obiettivi di gestione per le ASL, né un sistema di indicatori di riferimento. Alcuni atti dell'Assessorato alla sanità indicavano viceversa singoli obiettivi da perseguire per il 1997:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota prot. della Regione Puglia n. 24 del 31/1/97 «Organizzazione della rete ospedaliera». • Nota prot. Reg. Puglia del 25/2/97 «Programma di esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative». • Nota prot. Reg. Puglia n. 24 del 15/4/97 «Superamento degli ex ospedali psichiatrici». <p>Con deliberazione della Giunta regionale n° 7653 del 21 ottobre 1997 («Verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti dai direttori generali delle Aziende ospedaliere), la Regione ha costituito un'apposita commissione con il compito di fornire elementi, obiettivi ed informazioni selezionate tali da consentire alla Giunta regionale di procedere alla valutazione e verifica dei risultati ottenuti dai direttori generali delle aziende ospedaliere dopo un anno dalla nomina. La rilevazione delle informazioni si è attuata mediante questionario inviato ai direttori generali e contenente i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assetto istituzionale dell'azienda • processo di trasformazione della precedente organizzazione tecnica, amministrativa e territoriale • stato di adeguamento alle direttive e regolamenti regionali • linee guida per il riassetto dell'azienda • sistema informativo • gestione risorse umane • gestione economico-finanziaria • rapporti con l'Università • rapporti con l'utenza in relazione alla tutela dei diritti dei cittadini. <p>L'anno successivo con deliberazione della Giunta regionale n° 3933 del 14/10/98 è stata istituita una commissione con analoghi compiti e modalità di funzionamento relativa alla valutazione dell'operato dei direttori generali delle ASL.</p>
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	Non sono stati formalizzati indicatori di riferimento per la valutazione del grado di raggiungimento dei risultati.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SARDEGNA	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Alla data della rilevazione non era vigente alcun PSR. Piano sanitario regionale.</p>
<p>Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997</p> <p><i>obiettivi di organizzazione aziendale</i></p> <p><i>obiettivi di programmazione sanitaria</i></p> <p><i>obiettivi di bilancio</i></p>	<p>La Giunta regionale ha posto con delibera n° 14/20 del 15/4/97 i seguenti obiettivi:</p> <p>Gestione tecnica delle ASL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) avvio degli interventi di attuazione del programma di edilizia ospedaliera e ammodernamento tecnologico; 2) avvio degli interventi di razionalizzazione della rete dei servizi ospedalieri previsti dal programma regionale di cui alla deliberazione Giunta regionale 60192 del 23/12/96; 3) avvio degli interventi di ristrutturazione, realizzazione e potenziamento previsti dal piano regionale per l'AIDS, di cui alla deliberazione Giunta regionale n. 338 del 30/7/96; 4) attuazione delle misure per la chiusura degli ospedali psichiatrici di cui alla deliberazione Giunta regionale n. 1/3 del 8/1/97; 5) adozione dei provvedimenti necessari per l'attivazione e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria. <p>Gestione amministrativa delle ASL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) adozione dello statuto e del regolamento dell'azienda; 2) misure in materia di personale con particolare riguardo alla determinazione delle piante organiche; 3) misure per l'attuazione della legge n.24 del 1990 sul procedimento amministrativo; 4) misure in materia di rapporti con l'utenza (URP e carta servizi); 5) revisione degli elenchi assistiti di medicina generale e adozione di un efficace sistema di aggiornamento; <p>Gestione finanziaria delle ASL (oltre all'osservanza del limite posto dall'articolo 52 della legge regionale n. 5 del 1995 in materia di disavanzo):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) utilizzazione delle risorse trasferite per l'attuazione degli interventi ex articolo 20 della 67 del 1988; 2) utilizzazione delle risorse trasferite per l'attuazione degli interventi in materia di AIDS e di chiusura degli ospedali psichiatrici; 3) utilizzazione delle risorse in conto capitale trasferite negli esercizi finanziari 1996, 1997; 4) avvio del sistema di contabilità industriale; 5) avvio di misure volte al monitoraggio ed al controllo dei costi per l'acquisto di beni e servizi.

Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	Nel momento dell'approvazione della delibera non erano stati ancora definiti criteri analitici per la valutazione dei risultati, data anche la non completa applicazione dei sistemi di controllo di gestione tecnico-contabile. La valutazione dei direttori generali è stata quindi affidata ad un giudizio sintetico complessivo sull'insieme delle attività condotte, giudizio che in caso positivo poteva dare luogo al trattamento economico aggiuntivo.
---	--

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TOSCANA	
<p>PSR di riferimento nel 1997</p> <p style="text-align: center;"><i>obiettivi di bilancio</i></p>	<p>Con deliberazione del Consiglio regionale n. 527 del 21/12/95 la regione ha emanato il Piano sanitario regionale 1996-1998, contenente obiettivi a medio termine.</p> <p>Tra questi, per il triennio erano indicate le esigenze di</p> <ul style="list-style-type: none"> • ottenere il pareggio del bilancio • ottenere la diminuzione del costo complessivo del giorno di degenza
<p>Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997</p> <p style="text-align: center;"><i>obiettivi di organizzazione aziendale</i></p> <p style="text-align: center;"><i>obiettivi di programmazione sanitaria</i></p>	<p>Con deliberazione n. 978 del 29/7/1996, la Regione ha indicato alle ASL le direttive per l'elaborazione dei Piani Attuativi Locali (PAL) 1997, specificando i seguenti obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva e assistenza territoriale, con riferimento ai servizi alternativi all'ospedalizzazione (...) 2) sviluppo del sistema informatico (...) 3) sviluppo di programmi pluriennali di aggiornamento e riqualificazione del personale (...) 4) sviluppo di programmi pluriennali di educazione sanitaria in rapporto con istituzioni locali e scuole (...) 5) sviluppo della rete ospedaliera attraverso strumenti individuati sul lato della domanda e sul lato dell'offerta 6) favorire l'accessibilità da parte dei cittadini attraverso la riduzione delle liste di attesa, il miglioramento dell'accoglienza e la semplificazione delle procedure. 7) favorire l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito dello sviluppo dei progetti-obiettivo. <p>Il procedimento di formazione dei PAL 1997 era così previsto:</p> <p>10/9: i direttori generali presentano alle conferenze dei sindaci una relazione circa gli andamenti dei PAL 1996.</p> <p>30/9: la conferenza dei sindaci trasmette al Direttore Generale gli indirizzi di base sulla base dei quali elaborare il PAL.</p> <p>30/10: il direttore generale trasmette alla conferenza dei sindaci il PAL.</p> <p>20/11: le Conferenze dei Sindaci approvano i PAL dell'anno 1997.</p> <p>20/12: la Giunta regionale esprime la propria valutazione di conformità dei PAL rispetto al Piano sanitario regionale.</p> <p>L'articolo 29 della legge regionale n. 1 del 95 prevede poi la relazione sanitaria annuale quale ulteriore strumento di conoscenza e verifica dei risultati conseguiti.</p> <p>Con deliberazione del 21/7/1997 n. 862, la Giunta regionale ha indicato gli obiettivi da attuare con i PAL 1998:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva e assistenza territoriale, con riferimento ai servizi alternativi all'ospedalizzazione (...) 2) sviluppo del sistema informativo aziendale, anche allo scopo di controllare gli andamenti economici e delle prestazioni sanitarie erogate (...) 3) sviluppo di programmi pluriennali di aggiornamento e riqualificazione del personale (...)

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	<p>4) sviluppo di programmi pluriennali di educazione sanitaria in rapporto con istituzioni locali e scuole (...)</p> <p>5) sviluppo della rete ospedaliera attraverso strumenti individuati sul lato della domanda e sul lato dell'offerta</p> <p>6) favorire l'accessibilità da parte dei cittadini attraverso la riduzione delle liste di attesa, il miglioramento dell'accoglienza e la semplificazione delle procedure.</p> <p>7) favorire l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito dello sviluppo dei progetti-obiettivo.</p> <p>8) <i>(integrazione del 29/9/97) erogazione di prestazioni di riabilitazione per non vedenti.</i></p> <p>Il procedimento di formazione dei PAL 1997 era così previsto: 30/7: i Direttori Generali presentano alle conferenze dei sindaci una relazione circa gli andamenti dei PAL 1997 15/9: la conferenza dei sindaci trasmette al Direttore Generale gli indirizzi di base sulla base dei quali elaborare il PAL. Entro 30/9: la Giunta Regionale promuove uno specifico incontro tecnico con le ASL e le A.O. ai fini di una verifica concertata della coerenza complessiva delle proposte relative all'organizzazione dei servizi. In tale sede le aziende acquisiscono ogni elemento utile alla redazione dei rispettivi PAL; 15/10: il Direttore Generale trasmette alla conferenza dei sindaci il PAL. 15/11: le Conferenze dei Sindaci approvano i PAL dell'anno 1998. 15/12: la Giunta Regionale esprime la propria valutazione di conformità dei PAL rispetto al Piano sanitario regionale.</p>
<p>Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997</p>	<p>Sia per il 1997 sia per il 1998 gli indicatori definiti dalla Regione per la valutazione degli obiettivi prefissati sono stati gli atti ufficiali di adozione delle modalità operative o organizzative definite negli obiettivi stessi.</p> <p>Per ogni azienda, inoltre, il piano attuativo locale era richiesto contenere la valutazione ex ante dell'efficacia degli interventi programmati (indicatori di risultato).</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

UMBRIA	
PSR di riferimento nel 1997	<p>Alla data della rilevazione non era vigente alcun Piano sanitario regionale (PSR). L'ultimo PSR, approvato con legge regionale 27/3/1990, n° 9, era relativo al triennio 1989-91.</p> <p>La deliberazione della Giunta regionale n° 4022 del 24/6/97 recita tra l'altro «... il piano di riordino del Servizio sanitario nazionale è ancora ben lontano dal completamento...La prima fase ha disciplinato l'assetto istituzionale ed il modello organizzativo...E' in corso di avvio la seconda fase del riordino, finalizzata alla riorganizzazione dei servizi in funzione delle strategie di politica sanitaria e degli obiettivi di salute determinati per la popolazione umbra. Ne costituiscono strumenti fondamentali il piano per il riordino della rete ospedaliera, già in corso di attuazione, ed il piano sanitario 1997-99, sul quale sarà aperto in tempi rapidi il confronto con i soggetti della partecipazione.</p>
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997 <i>obiettivi di organizzazione aziendale</i> <i>obiettivi di bilancio</i>	<p>Il consiglio regionale ha deliberato, con atto 311 del 3/2/97, il documento di riordino della rete ospedaliera regionale, articolato in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Il quadro di riferimento nazionale 1. La legge n. 382 del 1996 di riorganizzazione ospedaliera 2. L'ipotesi di riordino 3. Gli obiettivi (riguardanti il riordino delle strutture, la dotazione di letti, i tassi di utilizzo, i tempi di degenza, la copertura territoriale, specificati per singola azienda). 4. Gli strumenti per il riordino e le risorse per la riorganizzazione (linee guida per assistenza anziani, <i>day surgery</i>, medicina, assistenza materna-infantile, laboratori di analisi, emergenza sanitaria. Risorse assegnate, meccanismi di controllo della spesa). <p>Il documento viene definito in premessa come «stralcio in anticipazione del nuovo Piano sanitario regionale». Esso non contiene indicatori formalizzati di verifica dei risultati, né la distinzione tra obiettivi immediati e a medio. L'orizzonte temporale di riferimento è il triennio 1997-1999.</p> <p>Atti formali di indirizzo della gestione per i Direttori Generali sono anche i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deliberazione Giunta regionale 19/2/97, n° 722 «(recepimento) legge 23 dicembre 1996, n° 662 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. Misure in materia di sanità e conseguenti adempimenti per le aziende sanitarie. • Deliberazione Giunta regionale 22/5/97 n° 3064 «Riparto tra le Aziende Sanitarie della quota del Fondo sanitario nazionale 1997 per le spese correnti».
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>La Giunta regionale non aveva individuato, al momento della rilevazione, un sistema di indicatori per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi.</p>

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VENETO	
PSR di riferimento nel 1997	Con legge regionale n°5 del 1996 è stato approvato il Piano sanitario regionale 1996-98, previsto agire in direzione di una piena integrazione tra politiche sanitarie e sociali.
Formalizzazione di obiettivi annuali al 21/10/1997 <i>obiettivi di bilancio</i> <i>obiettivi di organizzazione aziendale</i>	<p>Nel corso del 1997 la Giunta regionale ha</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinato la ripartizione della parte corrente del Fondo sanitario regionale, in attuazione del articolo 26, comma 3, legge regionale n. 56 del 94; • Apposto visti di congruità sulle proposte di bilancio preventivo e di budget generale formulate per l'esercizio 1997 dalle singole aziende (prot. Giunta regionale n. 1533 del 10/7/97). <p>In tale occasione, con delibera regionale 2406 del 1/7/97 la Regione ha anche espresso vincoli e prescrizioni contabili riguardanti il bilancio, l'organizzazione del lavoro e della produzione, riportati per ciascuna azienda nelle rispettive schede di analisi e valutazione.</p> <p>La Regione ha emanato tra gli altri i seguenti atti, aventi rilievo ai fini della individuazione di obiettivi e indicatori di gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge regionali n. 39 del 1993 e deliberazione Giunta regionale n. 2223 del 1995 per la razionalizzazione dell'assetto ospedaliero e la riconversione di alcune sue unità • Legge regionale n. 55 del 1994 per l'introduzione della nuova contabilità economico finanziaria e la metodica di budget. • Legge regionale n. 56 del 1994 per la ridefinizione di funzioni, competenze ed organizzazione dei nuovi soggetti sanitari. • Legge regionale n. 5 del 1996 per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1996-1998, contenente adempimenti che i direttori generali devono assumere quali obiettivi da perseguire per definire risposte al fabbisogno sanitario del territorio.
Formalizzazione di indicatori di risultato al 21/10/1997	<p>La Regione ha indirizzato ai Direttori Generali la nota regionale n. 2613/20001 del 20/11/97, avente in oggetto la valutazione dei Direttori Generali di ASL e A. O. attraverso la rilevazione dei seguenti elementi, da fornire da parte dei Direttori Generali entro il 1/12/97:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dati di bilancio, • Dati di dotazione di personale, • Dati di attività (suddivisi tra ricoveri e ambulatoriali), • Qualità delle relazioni sindacali e aziendali (interne ed esterne), • Dati di programmazione (applicazione del D.G.R.V. n. 2223 del 19 aprile 1995, • Carta dei servizi (adozione), • Dipartimento trasfusionale (costituzione).

