



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

**DOTTORATO DI RICERCA IN**  
**"Economia e Management dell'Innovazione e della  
Sostenibilità"**

In convenzione con  
Università degli studi di Parma

CICLO XXXI

COORDINATRICE/COORDINATORE Prof.ssa Vagnoni Emidia  
Prof. Azzali Stefano

**La managerializzazione delle Aziende Sanitarie: le  
competenze e gli strumenti di gestione per il governo  
aziendale**

Settore Scientifico Disciplinare SECS-P/07

**Dottoranda/o**

Dott.ssa Enna Cristiana

(firma)

**Tutore**

Prof. Zangrandi Antonello

(firma)



*Con questo lavoro di tesi si conclude la mia esperienza di dottorato chiudendo così un altro capitolo della vita. E' stata una bellissima esperienza che tra mille difficoltà mi ha insegnato tante cose. Sono stati tre anni lunghi e intensi, ho imparato e sofferto nell'imparare. A volte mi sono sentita sola ma in fondo la vita del ricercatore è anche riflessione e quando si è soli si possono raccogliere mille pensieri.*

*Voglio fare dei ringraziamenti speciali a quelle persone che ci sono, ci sono state e ci saranno sempre nella mia vita.*

*Ringrazio Giulia per la sua pazienza. Sopportare una mamma che talvolta affronta delle giornate difficili non è sempre facile e le tensioni della giornata si scaricano sempre a casa con chi vogliamo più bene perché sappiamo che ci saranno sempre e comunque. Con la tua comprensione e i tuoi sorrisi sei sempre riuscita a sciogliere qualsiasi difficoltà e anche a darmi dei semplici e puri consigli. Grazie mille Giulia perché dall'alto dei tuoi 9 anni sai insegnare ciò che persone con molti più anni non sanno fare.*

*Grazie ad Alessandro per supportarmi e capirmi. Sei sempre stato solidale e mi hai sempre sostenuta facendomi capire che in qualunque modo possa andare ce la possiamo fare tutti assieme.*

*Un grazie particolare ai miei genitori. A mia mamma per essere sempre con me in tutti i momenti della giornata e condividere i miei stati d'animo, le difficoltà e anche i bei momenti. Grazie per essere il mio secondo cuore. Grazie a mio papà perché con la sua forza e il suo carattere duro riesce a insegnarmi tanto anche con i suoi silenzi. Grazie per essere la mia guida e per farmi capire che c'è sempre un approdo sicuro nel quale posso ripararmi nel caso avessi necessità di farlo. Grazie a voi io non ho paura.*

*Grazie a mio fratello Luca, a Michela, che è diventata una sorella e alla piccola Ilaria per supportarmi, per crescere con me ogni giorno e per affrontare il futuro tutti assieme essendo la spalla gli uni per gli altri.*

*Grazie perché siete tutto, perché siete speciali e perché siete la mia famiglia.*

*Cristiana*



# Indice

Introduzione .....	6
<b>PARTE 1^ .....</b>	<b>9</b>
<b>Il percorso di cambiamento che ha condotto le Aziende Pubbliche verso la cultura manageriale.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Dall'amministrazione Burocratica all'aziendalizzazione: i paradigmi che hanno caratterizzato le Aziende Pubbliche .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Il New Public Management .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 La Public Governance .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Public Value Management.....</b>	<b>19</b>
<b>2. L'aziendalizzazione nelle Aziende Pubbliche Italiane: come sono intervenute le riforme in sanità.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Il processo di aziendalizzazione delle aziende sanitarie italiane a seguito dell'evoluzione dei paradigmi .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Il ruolo del Manager e del management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Il ruolo della pianificazione strategica e dei sistemi di controllo .....</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Il tema del contenimento dei costi.....</b>	<b>30</b>
<b>PARTE 2^ .....</b>	<b>33</b>
<b>Diffusione della cultura manageriale all'interno delle Aziende Sanitarie .....</b>	<b>33</b>
<b>3. Le competenze chiave del management per affrontare la complessità aziendale</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Le competenze: cosa sono? .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Le competenze nelle organizzazioni sanitarie .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 Le competenze manageriali dei professionisti sanitari nei diversi contesti nazionali .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4 Le competenze del management clinico .....</b>	<b>43</b>
<b>3.5 Metodo.....</b>	<b>46</b>
<b>3.6 Risultati .....</b>	<b>48</b>
<b>3.7 Analisi.....</b>	<b>50</b>
<b>3.8 Conclusioni .....</b>	<b>51</b>
<b>3.9 Discussione dei risultati.....</b>	<b>52</b>
<b>4. I Sistemi di Programmazione e controllo nelle Aziende Pubbliche.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1 La rilevanza e il funzionamento del controllo di gestione nei processi aziendali .....</b>	<b>59</b>
<b>4.2 I Sistemi di Programmazione e Controllo nelle Aziende Sanitarie .....</b>	<b>60</b>
<b>4.3 La letteratura dei Sistemi di Controllo.....</b>	<b>62</b>
<b>4.4 Il caso studio dell'Azienda Ausl di Parma: implementazione della BSC all'interno di un sistema di Cure Primarie .....</b>	<b>65</b>
<b>4.5 Il metodo della Ricerca .....</b>	<b>65</b>
<b>4.6 Il Contesto Organizzativo delle Case della Salute .....</b>	<b>67</b>

<b>4.7 Il processo di implementazione .....</b>	<b>68</b>
<b>4.8 Fase I: La costruzione dello strumento di monitoraggio in un'ottica di Balance Score Card .....</b>	<b>68</b>
<b>4.9 FASE II: la consistenza strategica .....</b>	<b>70</b>
<b>4.10 Fase III: La scelta degli indicatori .....</b>	<b>72</b>
<b>4.11 Valutazione degli effetti prodotti (FASE IV).....</b>	<b>75</b>
<b>4.12 La mappatura delle competenze e dei profili professionali .....</b>	<b>75</b>
<b>4.13 I meccanismi di feedback.....</b>	<b>76</b>
<b>4.14 La "cultura" del monitoraggio.....</b>	<b>77</b>
<b>4.15 Conclusione .....</b>	<b>78</b>
<b>5. Riduzione delle risorse e dinamica dei costi nelle Aziende Pubbliche .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1 Una panoramica sul contenimento dei costi nel settore sanitario .....</b>	<b>84</b>
<b>5.2 Gli interventi Spending Review nel settore sanitario .....</b>	<b>85</b>
<b>5.3 Il conto economico delle Aziende Ospedaliero Universitarie .....</b>	<b>87</b>
<b>5.4 Metodo e descrizione del campione di studio .....</b>	<b>88</b>
<b>5.5 Gli effetti della Spending Review nelle Aziende Ospedaliero Universitarie Italiane .....</b>	<b>91</b>
<b>5.6 Risultati .....</b>	<b>92</b>
<b>5.7 Conclusioni .....</b>	<b>105</b>
<b>Discussione .....</b>	<b>112</b>

## **Abstract**

Negli ultimi decenni sono state diverse le influenze culturali e di contesto che hanno determinato un cambiamento nelle Aziende Pubbliche. Tra le principali cause si sono susseguiti diversi paradigmi, carenza di risorse e crisi economiche che hanno contribuito ai processi innovativi di riforma. Infatti, le varie riforme, intervenute nei settori della Pubblica Amministrazione, sono state la guida per la costruzione del percorso di trasformazione organizzativa, di processo, di strumenti e di cultura nelle aziende.

A varie intensità di velocità, questi percorsi sono stati costruiti in tutte le aziende pubbliche, ma sicuramente attenzione particolare, si focalizza sulle aziende sanitarie. Le aziende sanitarie, in questo senso, rappresentano un terreno di studi e di osservazione privilegiato perché sono state, spesso le aziende, che più di altre tra le aziende pubbliche, hanno potuto sperimentare precocemente tali innovazioni.

Infatti, sono state diverse le riforme improntate sul concetto di managerializzazione e aziendalizzazione che a partire dagli anni '90, si sono susseguite e hanno influenzato ruoli, processi, strumenti e gestione dei costi all'interno delle aziende sanitarie.

In particolare, è cambiato il concetto di responsabilità manageriale, che accanto all'importanza della qualità e al valore del servizio e all'orientamento verso la performance hanno condizionato il bagaglio di competenze del management sanitario e a cascata di tutti coloro che lavorano all'interno dell'organizzazione.

Sono emersi e hanno acquisito importanza crescente i concetti di efficacia efficienza ed economicità che accanto all'indisponibilità di risorse, hanno fatto in modo che l'attenzione fosse sempre più rivolta ai processi di organizzazione e controllo e alla gestione dei costi.

Questi aspetti sono studiati e approfonditi all'interno del presente lavoro utilizzando una metodologia qualitativa, che attraverso un caso studio, un questionario e un'analisi descrittiva di dati di conto economico, cercano di mettere in evidenza il fenomeno e tratteggiarne le caratteristiche peculiari utilizzando come oggetto di studio le aziende sanitarie italiane.

**Key Words:** healthcare management, public management, public governance, cost control, competence, spending review, aziendalizzazione

## **Introduzione**

In tutti i Paesi industrializzati, negli ultimi anni si sono succedute una serie di riforme atte alla modernizzazione del settore pubblico e delle aziende pubbliche, che hanno portato a dei cambiamenti significativi all'interno delle organizzazioni. Tali cambiamenti sono stati importanti a livello organizzativo e avevano come obiettivo il raggiungimento di una maggiore efficienza e un forte orientamento al raggiungimento delle performance. In questo contesto gli sforzi per il raggiungimento dei risultati è stato reso possibile grazie all'intervento e al contributo professionale del management. Per affrontare le nuove e le future sfide le competenze e le capacità delle persone all'interno delle aziende pubbliche devono avere delle caratteristiche determinate. Infatti il passaggio dal modello burocratico a quello manageriale ha introdotto i concetti di programmazione e valutazione, la responsabilizzazione sui risultati, la necessità di operare con meno risorse per i vincoli dettati dalla spending review. In tale scenario ai manager è richiesta la capacità di utilizzare in modo adeguato gli strumenti aziendali che possano consentire la gestione della produzione di servizi destinati all'utenza seguendo logiche improntate alla qualità, all'efficacia, all'efficienza e all'economicità.

Questi aspetti, che contraddistinguono l'evoluzione delle aziende pubbliche a livello internazionale, sono state influenzate sia dalla realtà della crisi finanziaria globale ma anche dall'avanzare degli studi economico aziendali che hanno elaborato alcuni paradigmi per il governo delle aziende pubbliche. Tra questi i principali possono essere considerati il New Public Management, la Public Governance e il Public Value Management.

In tale contesto risulta emblematico il caso italiano, perché le aziende pubbliche italiane, oltre ad aver subito le pressioni macro-economiche hanno attraversato una fase di istituzionalizzazione dei processi di revisione della spesa, formando una vera e propria struttura della spending review (Sforza, 2014). In tal senso è stata prevista, infatti, la presenza di un commissario alla spending review, che ha avuto come compito principale quello del contenimento del rapporto tra debito pubblico e PIL prevedendo un'analisi dell'efficienza e delle manovre per la riduzione dei costi che non alterassero la qualità dei servizi offerti dalle aziende pubbliche.

Tuttavia, il successo di tale operazione non può prescindere dalla collaborazione dei manager all'interno delle aziende pubbliche, che devono dimostrarsi, ancora una volta, in grado di introdurre all'interno delle aziende stesse dei criteri di revisione della spesa diversi dal taglio lineare basandosi sulle loro competenze in campo aziendale e gestionale.

Pertanto il presente lavoro di tesi, che ha visto un percorso triennale di approfondimento sulle tematiche, è consistito nell'osservazione del fenomeno analizzando tre dimensioni che hanno contraddistinto i cambiamenti avvenuti negli ultimi anni. In particolare ci si è concentrati in un settore delle aziende pubbliche come quello della sanità.

Le tre dimensioni analizzate per comprendere come le aziende e i professionisti hanno reagito rispetto ai cambiamenti imposti dallo scenario globale, dalle conseguenti riforme e dallo sviluppo delle tecniche manageriali sono state le seguenti:

- L'analisi delle competenze manageriali che consente di comprendere quali possano essere quelle necessarie per gestire il cambiamento e per il governo delle nuove configurazioni organizzative sempre maggiormente orientate a un approccio di tipo aziendale. La conoscenza delle competenze consente di rilevare sia quelle distintive che quelle che eventualmente dovrebbero sviluppare i percorsi di formazione per l'accrescimento di manager "capaci" e orientati al risultato;
- L'analisi e la comprensione degli strumenti a disposizione del management e che si sono sviluppati a seguito delle riforme e delle correnti che hanno caratterizzato il processo di aziendalizzazione. Infatti, la necessità di misurare la performance e il valore pubblico ha condotto all'introduzione di modelli di programmazione e controllo in grado di misurare non solo le risorse finanziarie ma anche quelle non finanziarie per una garanzia di qualità e di raggiungimento di efficacia ed efficienza maggiore;
- L'analisi dei costi delle aziende che ha consentito di comprendere come le manovre di spending review abbiano condizionato sicuramente la struttura dei costi, ma dall'altra parte ha consentito di mettere in evidenza, come il management sia sensibile al tema dei costi osservando gli equilibri aziendali e non procedendo all'applicazione di tagli di tipo lineare. Ciò ha consentito da un lato di indagare in che modo le restrizioni dettate dal contenimento dei costi abbiano influenzato le aziende e dall'altro ha verificato la capacità del management di gestire le aziende operando con la scarsità di risorse e prendendo le decisioni più appropriate anche in considerazione di disequilibri generali.

La scelta è ricaduta sul settore della sanità perché è stato il primo settore ad essere interessato in modo rilevante dai processi di managerializzazione già a partire dal D.Lgs 502/1992.

La domanda di ricerca principale consiste nel comprendere in che modo le aziende sono riuscite a calare i principi e la cultura dettati dall'aziendalizzazione? L'aziendalizzazione ha trovato realmente spazio di applicazione nella realtà delle aziende sanitarie? Pertanto, risulta cambiata la cultura della gestione aziendale?

Il lavoro si divide in due parti una teorica e una empirica. Nella prima parte consistente in due capitoli si analizza il cambiamento guidato dai paradigmi di riferimento evidenziando anche quali siano state le difficoltà in relazione al percorso.

Il primo capitolo descrive i paradigmi principali che hanno portato le aziende pubbliche a oltrepassare la logica del modello burocratico per l'adozione di strumenti e pratiche tratte dal mondo delle aziende private.

Il secondo capitolo si concentra sul tema del cambiamento analizzando quali possano essere le spinte e le resistenze per la sua attuazione.

La seconda parte è costituita dall'analisi empirica e anche questa parte si articola in tre capitoli.

Nel terzo capitolo si approfondisce il cambiamento analizzando le tre dimensioni che riguardano il management, gli strumenti di controllo e l'importanza del contenimento dei costi per comprendere quali siano le leve sulle quali siano intervenute le aziende pubbliche per il raggiungimento dell'efficienza mantenendo elevata la qualità e il valore del servizio per il cittadino.

Viene descritta e messa in evidenza l'evoluzione del ruolo manageriale, analizzando quali siano le competenze ritenute fondamentali per il governo delle aziende pubbliche.

Il capitolo quarto attraverso un caso studio mette in luce l'importanza del tema dei costi di produzione e come il controllo risulti fondamentale per il loro contenimento. Infatti, a fronte delle risorse assegnate è necessaria la previsione di indicatori per la misurazione dei risultati non solo finanziari ma anche non finanziari con la finalità di incrementare il valore del servizio.

Il capitolo quinto, evidenzia come a fronte delle manovre di spending review il management è intervenuto per il contenimento dei costi senza l'applicazione di tagli lineari.

## **PARTE 1^**

### **Il percorso di cambiamento che ha condotto le Aziende Pubbliche verso la cultura manageriale**

Sono passati, ormai, quasi trent'anni da quando la Pubblica Amministrazione ha avviato il suo cammino verso il cambiamento. Il rinnovamento che ha coinvolto le Aziende Pubbliche verso una migliore gestione delle risorse è stato da una parte frutto di diversi interventi legislativi e da una parte dalla crescente diffusione della consapevolezza di rafforzare l'orientamento delle decisioni e dell'orientamento delle organizzazioni verso azioni che conducessero al benessere collettivo valorizzando i servizi offerti.

Questo percorso si è fondato sulla diffusione della cultura dell'economicità, dell'efficienza e dell'efficacia che hanno condotto a dei profondi cambiamenti dal punto di vista organizzativo, gestionale, informativo.

Tuttavia, tale percorso non è definitivamente terminato perché quotidianamente le Aziende Pubbliche incontrano delle resistenze di tipo culturale e di natura organizzativa. Pertanto, il contributo del management risulta fondamentale per guidare le aziende verso un mutamento che possa portare a una concezione differente di gestione rispetto al passato. Alcune di queste difficoltà tuttavia, restano strutturali nel sistema, come l'assenza di mercato, che rende difficile misurare risultati, e i livelli di efficacia ed efficienza e l'interdipendenza tra tempi e ritmi di gestione e i tempi istituzionali o la formalizzazione dell'attività amministrativa.

Al di là di tali limiti, sono stati fatti anche tanti passi in avanti e in questo senso, anche i nuovi paradigmi teorici hanno influenzato la cultura del management.

Nel primo capitolo si introduce proprio tale tema, svolgendo un approfondimento dei principali paradigmi intervenuti nel corso degli anni che hanno introdotto e aperto la strada al pensiero di gestire il bene pubblico secondo logiche proprie delle aziende private maggiormente orientate ai risultati e alla qualità dei servizi offerti.

Nel capitolo secondo, si ripercorre come il disegno delle riforme, abbia tenuto in considerazione di queste correnti culturali, che hanno introdotto i concetti di valore, economicità, efficienza ed efficacia come parole chiave per la gestione delle Aziende Pubbliche.

# **1. Dall'amministrazione Burocratica all'aziendalizzazione: i paradigmi che hanno caratterizzato le Aziende Pubbliche**

## **1.1 Il Modello Burocratico**

Lo sviluppo delle amministrazioni pubbliche si sviluppa nell'ambito delle teorie classiche secondo le quali il punto cardine è rappresentato dalla burocrazia considerata come la forma di amministrazione più razionale e applicabile a qualsiasi tipo di organizzazione. Pertanto, secondo questa logica, l'organizzazione delle aziende pubbliche risulta intimamente connessa col sistema amministrativo. Per comprendere il funzionamento dell'organizzazione pubblica risulta necessario analizzare un insieme sistematico di apparati, strutture, istituti, formule, modelli il cui funzionamento è retto da principi e criteri di ordine generale. Alla base di tali principi e criteri si pone senza dubbio il principio di legalità posto a garanzia della tutela di quell'interesse pubblico. Dunque è la legge stessa che definisce ciò che può essere considerato di pubblico interesse collettivo e in tal modo è definito come fine da perseguire per l'azienda pubblica.

Da ciò consegue che anche la struttura organizzativa e il rapporto di impiego è determinato dalla norma piuttosto che dai principi di razionalità e di buon andamento. In tal senso, tutte le norme che regolano la disciplina strutturale delle aziende pubbliche sono definite norme di organizzazione, mentre quelle che disciplinano gli uffici sono note come attività organizzatorie. Il pensiero accademico ha cercato di identificare le caratteristiche principali che portano a considerare l'organizzazione burocratica come l'organizzazione più razionale e moderna per la gestione aziendale (Weber, 1964). Le organizzazioni burocratiche sarebbero quindi caratterizzate da:

- un principio di gerarchia, secondo il quale ogni funzionario è dotato di autorità nei confronti dei suoi sottoposti e ha la responsabilità sul loro operato e rispetto alle decisioni prese
- un sistema formale di regole e regolamenti stabili volti a garantire il raggiungimento di un'uniformità di azioni e decisioni. Infatti, i rapporti tra i vari uffici sono vincolati da una serie di formalità che servono sia per mantenere la struttura piramidale gerarchica dell'organizzazione e sia per evitare possibili attriti all'interno del sistema. Tali formalità sono definite da regole a cui i membri dell'organizzatore devono attenersi e risultano anche utili per la protezione di tutti quei membri che si trovano in una posizione gerarchica inferiore nei confronti di un superiore perché i comportamenti devono essere vincolati
- una divisione del lavoro e un alto livello di specializzazione, facendo ricorso a persone dotate della qualificazione tecnica richiesta. Ad ogni ufficio, infatti, è

assegnata una zona di competenza e delle responsabilità ma il potere che ne deriva è dell'ufficio e non della persona a cui è stato affidato.

- l'impersonalità nelle relazioni esterne e interne, che evita l'interferenza personale rispetto all'assolvimento di qualsiasi dovere d'ufficio.

- una visione del lavoro sia come professione che come carriera. I meccanismi contrattuali del pubblico impiego prevedono quella determinata posizione per il funzionario "a vita" e ciò si traduce in un certo livello di sicurezza rispetto all'impiego e in retribuzione crescente attraverso procedure automatiche di promozione basate sul merito e sull'anzianità.

Il modello burocratico pertanto è stato quello principalmente utilizzato dalle aziende pubbliche proprio perché sono aziende caratterizzate da processi produttivi contraddistinti da ripetitività che consentono di specializzare il lavoro, di sviluppare processi standardizzati e proceduralizzati nelle quali è possibile accentuare la struttura verticale attraverso la creazione di ruoli strutturati per livelli di gerarchia. Attraverso tale organizzazione del lavoro ne consegue che le persone possano essere dotate di conoscenze comuni e uniformi e l'esecuzione del loro lavoro risulta caratterizzata da atti formali piuttosto che orientata ai risultati. In questo modo la logica burocratica privilegia la razionalità dell'amministrazione che non è in grado di reagire tempestivamente modificando i processi agli input derivanti dall'ambiente esterno e ciò causa gravi ripercussioni nella gestione dell'azienda pubblica. Nel corso del tempo sono emersi i limiti del modello burocratico e sono sorti nuovi paradigmi orientati più su una gestione per obiettivi e risultati piuttosto che per atti e norme con il fine di ricercare una migliore strategia per l'erogazione dei servizi.

## **1.2 Il New Public Management**

La necessità di migliorare l'efficacia dei servizi e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse ha condotto a dei cambiamenti significativi nel settore pubblico. Tali cambiamenti hanno innescato processi di innovazione rispetto ai modelli di organizzazione e di gestione. Ovviamente, la nuova concezione del cambiamento della pubblica amministrazione era piuttosto orientata ai processi, coinvolgendo forme organizzative modificabili o malleabili, sviluppando criteri per giudicare l'efficacia, istituzionalizzando i processi di cambiamento e identificando la facilitazione del cambiamento come la responsabilità primaria della leadership. Mentre in relazione alla tecnologia come soluzione ai problemi organizzativi o politici si evidenziava un certo scetticismo.

In effetti, è stato sostenuto che la tecnologia era più spesso la causa dei problemi del governo rispetto alla soluzione (Fredericksons, 1996).

La letteratura ha indagato sulle cause che hanno condotto le aziende pubbliche alla ricerca di nuovi assetti istituzionali, gestionali ed organizzativi per il settore pubblico nel tentativo di giungere a soluzioni di good governance rendendole più attente agli aspetti dell'efficienza e dell'efficacia, ma diversi autori hanno indicato come determinante decisiva la crescita incontrollata della spesa pubblica e nell'insostenibilità degli imponenti deficit di bilancio (Greer, 1994; Zifcak, 1994; Walsh, 1995). Inoltre, un punto chiave nella concezione del cambiamento della nuova amministrazione pubblica era basato sulla logica dei sistemi. Le organizzazioni pubbliche sono integrate in un'ecologia sociale / politica dinamica. Le organizzazioni tendono alla stabilità, come verificherebbero la maggior parte dei modelli burocratici, mentre il contesto delle organizzazioni è molto dinamico (Fredericksons, 1996). Verso tale direzione il contesto accademico italiano ha portato alla luce l'importanza dell'applicazione degli studi di economia aziendale applicati al settore pubblico, mentre parallelamente nei paesi anglosassoni si è registrata l'evoluzione degli studi riguardanti il New Public Management che poi si è diffusa concettualmente in tutti i Paesi Ocse. Negli Stati Uniti, il NPM dapprima trova applicazione in alcune amministrazioni locali poste in tensione da crisi finanziarie e successivamente promosso a livello Federale con il movimento Reinventing Government (Fredericksons, 1996). La necessità di tali cambiamenti nasce da una crisi della pubblica amministrazione, la quale è segnata da costi crescenti, da un numero considerevole di agenzie ed enti, da sprechi di risorse, da interventi inefficienti e da comportamenti opportunistici. Tuttavia, tali temi comuni a molte aziende pubbliche di diversi paesi non convergono in una teoria organica perché anche lo stesso NPM è soprattutto un movimento animato da leader politici e da manager pubblici per il quale il contributo diretto degli accademici è limitato, o comunque per lo più impegnato nella discussione in senso critico (Rebora, 2018). A ogni modo, gli sviluppi nel campo della ricerca sul tema, evidenziano certamente delle similitudini nell'utilizzo di determinati strumenti, ma si riscontrano anche alcuni elementi distintivi dovuti ad una diversa interpretazione del concetto di "evoluzione aziendale" applicato alle aziende pubbliche in relazione al contesto territoriale.

La prima differenza che appare è rispetto all'utilizzo dei termini indicanti il fenomeno, in quanto in Italia si fa riferimento al "passaggio dal modello burocratico, basato sul rispetto delle procedure, al modello manageriale, basato sulla valutazione dei risultati e del rapporto risultati-risorse", mentre a livello internazionale accanto al concetto generale di Public Management si è aggiunta la parola New (Borgonovi, 2018).

Pertanto, in riferimento alla corrente teorica italiana si sperimenta un superamento dell'istituzionalismo normativo e si focalizza l'attenzione sull'attività che segue il momento normativo (Costa, 1997), concentrando l'attenzione in particolare sulle variabili organizzative e culturali. Infatti tali elementi sarebbero in grado di migliorare gli elementi di progettazione e realizzazione del sistema delle aziende pubbliche.

In generale, quando si parla di New Public Management si fa riferimento ad una descrizione sintetica di un modo di riorganizzare gli organismi del settore pubblico per avvicinare i loro approcci di gestione, reporting e contabilità delle aziende del settore privato (Dunleavy and Hood, 1994).

La seconda differenza, che è anche la più significativa, è il ruolo assunto dal mercato: infatti mentre, secondo l'interpretazione dell'esperienza italiana le finalità dell'interesse pubblico non sono perseguite sulla base dei meccanismi di autoregolazione del mercato, secondo il NPM la competizione dettata dal mercato è un elemento fondamentale (Borgonovi, 2018). A ogni modo, a partire dagli anni Settanta queste correnti innovative a livello pratico hanno dato una spinta in tutto il mondo verso tentativi innovativi di riforme e a politiche di trasformazione del settore pubblico (Cassese, 2001).

Da ciò emerge una caratteristica omogenea in tutti i paesi che consiste nell'emergere di periodici tentativi di riforma delle pubbliche amministrazioni accompagnati dalla messa in discussione dei principi costitutivi che sino a quel momento avevano guidato l'azione amministrativa.

Le nuove riforme portano sempre dei principi nuovi in grado di ristrutturare le modalità di azione, gli assetti istituzionali e le metodiche organizzative innescando un processo di ricerca di nuove soluzioni (Battistelli, 2002). Pertanto, tale processo oltre ad aver apportato delle modifiche rispetto ai paradigmi di gestione volti alla creazione di valore hanno portato ad una revisione degli assetti di governance sia interna che esterna (Gioiosi, 2007). Per quanto riguarda la governance interna si tenda a traslare il modello delle relazioni di potere passando da una logica top down a una logica bottom up operando da una parte una responsabilizzazione e autonomia di iniziativa, a livello macro, alle singole aziende pubbliche rispetto ai livelli superiori di governo e a livello micro, ai livelli decentrati dell'organizzazione, e dall'altra abbandonando quella logica di adozione di strategie guidate dall'alto (Adinolfi, 2011).

Per quanto concerne la governance esterna, cade il paradigma dell'autoreferenzialità della burocrazia e trovano spazio i cittadini ai quali deve essere rendicontato l'operato dell'azienda pubblica in un'ottica di accountability e in questo modo essi stessi garantiscono una funzione di "controllo" e valutazione sui servizi offerti. In tal senso le aziende pubbliche si trovano a svolgere il loro ruolo in un ambiente esterno profondamente mutato e devono mettere in campo gli strumenti per gestire questi tipi di relazione. Tuttavia questo ambiente non limita i rapporti solo in riferimento agli utenti dei servizi, ma devono considerare anche la presenza di altri stakeholder come enti del settore privato ma anche altri enti pubblici o altre entità organizzative costituite a gruppo o rete pubblica ponendosi anche in competizione con loro per l'offerta del servizio pubblico introducendo un'altra forma di controllo, quella del mercato o quasi mercato.

Questi aspetti derivano da quel processo di decentramento amministrativo e funzionale che ha caratterizzato la pubblica amministrazione. Infatti, negli ultimi anni molte delle competenze delle amministrazioni centrali sono state traslate sugli enti territoriali più vicini al cittadino utente e altre attività sono state scorporate dalla pubblica amministrazione centrale e sono nate agenzie, enti funzionali e diverse forme di cooperazione con il settore privato.

L'obiettivo di tale decentralizzazione dovrebbe consistere in una maggiore responsabilizzazione delle singole amministrazioni che in questo modo riescono a godere di più autonomia nel progettare il proprio funzionamento per soddisfare le specifiche esigenze organizzative.

A ogni modo se vi può essere una classificazione degli interventi derivanti dalle riforme ispirate al NPM questa può essere schematizzata secondo i seguenti punti fondamentali (Hood, 1991):

- l'enfasi sulla responsabilità manageriale al vertice delle organizzazioni;
- la definizione di obiettivi chiari, collegati a standard e misure di performance;
- l'allocazione delle risorse e la premialità in relazione alla performance e pertanto legare la retribuzione in parte alle responsabilità delle posizioni assunte, in parte ai risultati ottenuti, ossia legati al merito (Borgonovi, 2005);
- la disaggregazione delle burocrazie in unità e agenzie che si interfacciano su basi contrattuali secondo una logica produttore-cliente;
- l'enfasi sul taglio dei costi, sulla competizione e sull'adozione di strumenti gestionali importati dal mondo delle imprese;
- la diffusione dei sistemi di report, per poter monitorare costantemente l'andamento di una determinata unità organizzativa, potendo in tal modo avere le informazioni in modo tempestivo e di conseguenza poter allineare l'attività osservandone gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi da raggiungere.

Per ciò che riguarda il tema della responsabilità manageriale le riforme ispirate al NPM traggono ispirazione dal così detto Modello Manageriale che si basa sull'esigenza di creare le condizioni per lo sviluppo delle autonomie all'interno delle aziende pubbliche.

Per quanto concerne il tema della valutazione delle performance possono essere inclusi vari strumenti come la raccolta di dati statistici sulla produttività delle unità organizzative, sistemi di collegamento tra parte variabile della retribuzione e produttività del singolo o in un'ottica multidimensionale la misurazione di indicatori che non tengano conto solo dei livelli di efficacia/efficienza raggiunti ma anche della soddisfazione dell'utenza. Tali attività, oltre che a garantire la funzione di valutazione e misurazione dei risultati, dovrebbero avere una funzione di ausilio per i dirigenti o i responsabili di un'unità organizzativa per monitorare

l'andamento e gli scostamenti dai livelli ottimali di un'attività e pertanto migliorarne la prestazione. In tal senso la misurazione delle performance risulta fondamentale affinché un'azienda riesca ad erogare servizi di qualità. Infatti tale attività rappresenta la parte fondamentale del processo di razionalizzazione della spesa pubblica che a sua volta si traduce in un miglioramento del servizio offerto. Tuttavia, affinché questo avvenga è necessario che gli strumenti utili per la valutazione siano integrati nel sistema di governo di un'organizzazione. Tra i fattori che possono contribuire al fallimento rispetto all'adozione di strumenti volti alla misurazione delle performance si può annoverare la mancanza della loro integrazione proprio negli assetti di governo dell'organizzazione (Carboni, 2007). Pertanto la valutazione per essere efficace deve essere realizzata attraverso degli interventi intenzionali che siano in grado di dare una risposta ai problemi presenti all'interno dell'organizzazione stessa (Vecchi, 2010).

Anche in riferimento al tema della disaggregazione delle burocrazie l'obiettivo principale è rappresentato dalla performance tramite la diffusione di contratti che ne definiscano i risultati attesi.

Inoltre come ultimo effetto, ma non per questo meno importante, le riforme che traggono ispirazione dal NPM hanno spostato i meccanismi dal controllo degli input, al controllo dei risultati, rafforzando la discrezionalità di manovra nell'impiego delle risorse da parte dei manager pubblici. Anche i controlli interni sono stati oggetto di particolari modifiche. Il principale elemento di cambiamento che emerge a livello internazionale nei sistemi di controllo interno, è il loro rafforzamento e la focalizzazione dei controlli ex post, rispetto a quelli ex ante. In tal senso il controllo non fa più leva sulla legittimità e correttezza dell'azione amministrativa, ma i manager, avendo maggiore discrezionalità, devono bilanciare la libertà di scelta con una maggiore responsabilità rispetto alle proprie decisioni. Pertanto, le riforma dei sistemi di controllo hanno l'obiettivo di mettere in equilibrio autorità e responsabilizzazione tenendo conto del fatto che la specializzazione organizzativa e il decentramento delle funzioni, hanno reso obsoleti i controlli ex ante sul merito delle decisioni.

Pertanto, in generale, questo processo di cambiamento ha introdotto delle nuove modalità di azione nelle aziende pubbliche improntandole a valori come l'efficienza, l'efficacia, l'economicità, la produttività, la trasparenza e la soddisfazione del cittadino/utente.

Tuttavia, nonostante gli importanti obiettivi raggiunti in tema di cambiamento, nel corso del tempo il NPM ha avuto un progressivo declino determinato da cause differenti. La prima delle cause è rappresentata dal fatto che il NPM è di difficile applicazione in contesti diversi da quello anglosassone (Di Mascio e Natalini, 2018; Pollitt, 2016). Un altro problema è rappresentato inoltre, dalla crisi della leadership politica come conseguenza della crisi economica globale. Questa situazione ha fatto sì che tutti quei processi di cambiamento amministrativo e le innovazioni potessero diventare irrealizzabili e al contrario la crisi

economica globale ha condotto le aziende pubbliche verso programmi di austerità ispirati al cutback management trascurando le innovazioni manageriali che, potenzialmente avevano come obiettivo quello di incrementare la produttività del settore pubblico. Pertanto, in questo contesto l'unica strada percorribile è diventata quella dei tagli trasversali di spesa. A seguito del suo declino, il NPM è diventato solo uno degli approcci seguiti per realizzare i processi di modernizzazione delle amministrazioni pubbliche (Di Mascio e Natalini, 2018). Ne consegue la messa in discussione dell'idea di progettare il cambiamento basandosi su soluzioni organizzative applicate in contesti istituzionali molto differenti tra loro. Questo non significa che non possa essere osservato un processo di innovazione avvenuto in un altro contesto, ma significa analizzare le singole esperienze cercando di adattarle al contesto specifico (Fukuyama, 2004).

### **1.3 La Public Governance**

Il New Public Management può essere considerato come una fase di transizione nel processo evolutivo dal paradigma della Pubblica Amministrazione tradizionale o weberiana verso la New Public Governance (Osborne, 2010). Storicamente, infatti, le aziende pubbliche hanno affrontato importanti cambiamenti e trasformazioni sotto il profilo organizzativo e concettuale. Nel passato, secondo il modello previsto dalla cultura tradizionale e weberiana le aziende pubbliche erano basate su principi come quello della legalità e delle regole amministrative nella quale la burocrazia assumeva un ruolo centrale. Questa visione è stata soppiantata con l'avvento del NPM spinto dalla consapevolezza della scarsità delle risorse disponibili dando spazio a un nuovo modello che prevedeva l'applicazione di tecniche manageriali tipiche delle aziende private per incrementare l'efficacia e l'efficienza dei servizi per una garanzia di maggiore qualità. Tuttavia alla vigilia del XXI secolo anche il New Public Management concentrandosi solo sull'organizzazione non è più stato in grado di rispondere alla complessità dei processi di definizione, gestione e fornitura dei servizi pubblici e si è sviluppata la New Public Governance che concentra il suo focus sia sull'organizzazione che sull'ambiente entro il quale opera un'azienda pubblica (Aquino S., 2012). In questo periodo sono proseguiti i cambiamenti di tipo organizzativo, vi è stata l'adozione di sistemi informativo contabili e di modelli di programmazione e controllo, si è accentuato il tema della responsabilità dell'azienda pubblica rafforzando il decentramento e rendendo sempre più labile il confine tra settore pubblico, privato e non-profit. In questo periodo cambia anche il rapporto tra le aziende pubbliche e le altre istituzioni con le quali può rapportarsi. Questi aspetti hanno fatto emergere dubbi sull'adeguatezza del NPM di rispondere ai bisogni delle aziende pubbliche in quanto tale paradigma non risultava in grado di sostenere il coordinamento delle relazioni che si instaurano tra gli organismi politico-istituzionali, gli attori sociali ed economici e le

organizzazioni sovranazionali. Infatti il NPM è principalmente orientato alla dimensione interna delle pubbliche amministrazioni, in termini di accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza della propria azione. Inoltre, il suo arco temporale è di breve termine e si concentra su una visione dello Stato quale unico gestore dei processi sociali per la sua autorità legislativa e che si configura quasi come fosse il depositario di una sorta di monopolio decisionale (Rotondo, 2011).

Pertanto, questo è il terreno adatto per lo sviluppo di tutte quelle teorie basate sulla Public Governance che può essere definita come una modalità di governo basata sul consenso e la partecipazione degli attori pubblici e privati (appartenenti a settori profit e non-profit), che insieme collaborano e decidono su tematiche di interesse comune (Jackson, Stainsby, 2000). Pertanto il fine è quello di soddisfare bisogni complessi e raggiungere obiettivi condivisi e il focus delle aziende pubbliche si deve basare sulla capacità di attivare e governare partnership di tipo reticolare tra soggetti economici e sociali, attraverso il bilanciamento degli obiettivi, degli interessi e delle competenze individuali (Rotondo, 2011). In questo senso la Public Governance, rappresenta un'integrazione ai cambiamenti attuati al NPM e non si contrappone completamente ai suoi principi (Kooiman, Van Vliet, 1993). Tuttavia rispetto al NPM porta delle innovazioni rispetto alle modalità di gestione dei rapporti esterni e in tal senso possono individuate delle differenze tra i due approcci meglio specificate in Tabella.

<b>DIMENSIONI</b>	<b>NPM</b>	<b>PUBLIC GOVERNANCE</b>
Attività Principale	Superamento del modello burocratico, con il riconoscimento del ruolo del "cliente-cittadino" da soddisfare garantendo l'erogazione dei servizi basati su efficienza ed efficacia	Sposta l'attenzione oltre i confini interni concentrando l'attività dell'azienda pubblica sulla capacità di catalizzare le energie presenti sul territorio, mediante la collaborazione e il contrappeso degli interessi in gioco, considerati come unica via per promuovere lo sviluppo
Fonte di legittimazione	Aveva soppiantato l'autorità legale con il rispetto delle condizioni economiche basate sull'economicità, efficienza ed efficacia	La legittimazione avviene attraverso la partecipazione attiva e la cooperazione degli attori socio-economici
Stile di Direzione	stile "diretto" nel governo delle relazioni attraverso cui viene espletata l'attività economica	La pubblica amministrazione non è più vista come l'unica depositaria del potere decisionale e di controllo. Emerge l'importanza di adottare uno stile direzionale di tipo indiretto, fondato sulla negoziazione, la comunicazione e

		l'interattività informativa tra i partecipanti al network
Meccanismi di Gestione delle Relazioni	Cerca di ricreare le dinamiche dei mercati, contraddistinti da transazioni di tipo impersonale	Recupera il valore della partecipazione, della dialettica e del confronto ai vari livelli dell'organizzazione

*Tabella 2.1. Elaborazione propria*

Pertanto, l'integrazione tra i principi guida le NPM e quelli della Public Governance ha guidato le aziende pubbliche alla logica del governo condiviso con la molteplicità di attori coinvolti abbandonando la logica dell'esclusivo affidamento sui propri poteri formali e sulle risorse detenute. L'obiettivo è quello di snellire l'azione amministrativa e i processi con la finalità di assicurare, attraverso la distribuzione dei compiti (anche ad altri enti privati o pubblici), la migliore offerta di servizi. Questo cambiamento trova le basi sul principio di sussidiarietà verticale e orizzontale imponendo la ricerca di un nuovo sistema di equilibri tra i diversi livelli di amministrazioni pubbliche e tra questi e le istituzioni sociali ed economiche così come indicato dalla stessa riforma amministrativa avviata con la legge 59/1997. Pertanto, le aziende pubbliche si sono dovute adeguare dal punto di vista organizzativo perché i sono trovate a instaurare nuove relazioni, attivare nuove collaborazioni e gestire i rapporti con gli stakeholder puntando al rafforzamento della loro funzione di regolamentazione in ambito economico e sviluppando nuovi modelli di intervento.

A ogni modo si possono riconoscere dei concetti chiave che guidano la Public Governance e possono essere ricondotti sostanzialmente a quattro:

- la produzione di valore aggiunto per i soggetti politici, gli stakeholders e i cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dall'azienda pubblica;
- il supporto di risorse adeguate per il raggiungimento degli obiettivi e per il godimento delle sponsorship di gruppi di interesse;
- lo sviluppo della capacità di avvalersi di strutture separate dall'azienda pubblica stessa che gestiscano i servizi offerti;
- la capacità di sviluppare sistemi di cooperazione tra istituti non legati da dipendenza gerarchica per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Pertanto con la Public Governance si fa sempre genericamente riferimento all'insieme di regole attraverso le quali le aziende vengono gestite e controllate ma viene enfatizzata in modo particolare la suddivisione della governance intesa come internal governance e external governance. Infatti mentre la prima ha come oggetto gli organi di governo, i processi, gli obiettivi e gli strumenti per il funzionamento a lungo termine dell'azienda, la

seconda fa riferimento al contesto ambientale e alle relazioni che l'azienda instaura con l'esterno ponendo l'accento sulla necessità di uniformare l'attività aziendale rispetto agli elementi che possono influenzarla non direttamente. In questo senso la Public Governance rafforza l'importanza e focalizza l'attenzione sulla capacità delle aziende di governare tutte quelle relazioni che possono derivare dal fatto di operare nell'ambiente.

#### **1.4 Public Value Management**

La nozione di "valore pubblico" è stata introdotta principalmente da Moore (1995) e risulta determinante nei processi di valutazione della performance delle Aziende Pubbliche. Il concetto di valore inteso secondo l'approccio di valore pubblico è più ampio rispetto a quello utilizzato dal NPM perché comprende delle dimensioni che in genere non sono contemplate quali le valutazioni di equità, etica e accountability. Pertanto tale approccio potrebbe indicare uno spostamento dall'attenzione primaria ai risultati e all'efficienza verso il raggiungimento dell'obiettivo più ampio della creazione di valore pubblico. Tuttavia per quanto riguarda la sua definizione, in letteratura non ne esiste una chiara ed univoca ma sono state fornite varie interpretazioni. Il valore pubblico è stato descritto come un costrutto multidimensionale, un riflesso di preferenze collettivamente espresse e consumate dalla cittadinanza, creato non solo attraverso i "risultati" ma anche attraverso processi che possono generare fiducia o equità (O'Flynn 2005). Altri lo descrivono come più di una sommatoria delle preferenze degli utenti o dei produttori di servizi pubblici ma è collettivamente costruito (Stoker, 2006). Un'altra definizione ancora lo vede come correlato al valore privato o del ritorno degli azionisti. In questo senso i cittadini sono pensati come a degli azionisti e il valore in questo caso può essere creato attraverso la prosperità economica, la coesione sociale o lo sviluppo culturale (Hornerand and Hazel, 2005). Pertanto, la sua misurazione appare complessa perché la sua definizione, oltre a incorporare i benefici derivanti dall'utilizzazione dei servizi pubblici, è influenzata dalle valutazioni dei cittadini riguardo l'equità e l'imparzialità dei processi distributivi, la fiducia nelle Amministrazioni Pubbliche, i benefici derivanti dalla collaborazione degli utenti, gli effetti delle attività correnti sul benessere delle generazioni future (Acquino, 2012). Pertanto, il valore è valutato in ultima analisi dai cittadini e la legittimazione dei governi deriva dalla loro capacità di creare valore pubblico.

Affinché un'azienda pubblica abbia successo nel produrre valore pubblico deve avere la capacità di coordinare e realizzare tre condizioni:

- deve produrre dei risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder
- deve intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo
- deve possedere la legittimazione e godere di sostegno esterno da parte degli sponsor

Le condizioni elencate rappresentano la piramide del valore ideata da Moore e sono rappresentate dalla Figura 2.1.



*Figura 2.1. Piramide del Valore (Moore, 1995)*

Secondo tale modello le aziende pubbliche devono allineare i tre elementi elaborando pertanto un adeguato piano strategico, ottenere un sufficiente consenso e definire gli obiettivi necessari in relazione alle risorse. Pertanto, pur sottolineando che il tema della misurazione del valore pubblico per le aziende è un aspetto critico, esse riescono ad impostare le loro azioni per il suo raggiungimento nel momento in cui riescono a soddisfare nella misura maggiore possibile i bisogni della comunità di riferimento. Nel fare questo devono impiegare al meglio le proprie risorse senza attuare degli sprechi e tali modalità per il raggiungimento degli obiettivi implicano rispettivamente i concetti di efficienza strategica e di efficienza operativa (Sforza, 2014).

Queste due dimensioni attualmente risultano fondamentali soprattutto a fronte della scarsità delle risorse disponibili. Infatti solo combinando questi due fattori è possibile il raggiungimento di risultati di qualità per il soddisfacimento dei bisogni degli utenti. Attraverso la realizzazione dell'efficacia strategica l'azienda opera la capacità di raggiungere quelli che sono i suoi obiettivi e nel contempo riesce nel soddisfacimento dei bisogni della collettività alla quale si rivolge, soddisfacendo in tal modo, la prospettiva interna ed esterna della sua azione. Attraverso la realizzazione dell'efficienza operativa viene valutata la capacità dell'azienda di impiegare razionalmente le risorse per l'ottenimento e il

collocamento dei servizi sul mercato e pertanto si può suddividere a sua volta in efficienza tecnica ed efficienza gestionale (Farneti et al.,).

La prima distinzione fa riferimento alla capacità di impiegare i fattori produttivi per massimizzare il loro rendimento. La seconda fa riferimento alla capacità di minimizzare il costo unitario di produzione. Pertanto, quando si compiono delle scelte all'interno delle aziende risulta necessario bilanciare entrambe le componenti. Questo tema è importante attualmente più che mai perché le pressioni dovute alla spending review inducono le aziende ad operare secondo logiche orientate all'impiego razionale delle risorse e pertanto il management deve valutare da un lato il rendimento fisico-tecnico della risorsa impiegata e dall'altro il costo che determina la scelta di quella risorsa. Infatti una eccessiva tensione ai costi potrebbe determinare un calo della qualità dei servizi offerti.

Inoltre tali dimensione devono trovare un collegamento col valore pubblico e pertanto le aziende in sede di pianificazione strategica debbano partire con la definizione di obiettivi idonei atti a soddisfare i bisogni pubblici perché l'efficacia della loro azione dipende dalla soddisfazione dei bisogni collettivi (Pollitt e Bouckaert, 1999). Pertanto, secondo questo aspetto il paradigma del valore pubblico risulta differente dal New Public Management. Mentre quest'ultimo mira al raggiungimento delle performance attraverso i parametri di efficienza efficacia ed economicità il Public Value risulta attento anche alle preferenze della collettività e alla legittimazione dei manager pubblici (O'Flynn, 2007). Infatti secondo tale approccio vi è una nuova visione dei manager pubblici che non sono degli esecutori della volontà politica ma contribuiscono con essi alla creazione del valore pubblico e in questo senso risulta fondamentale la fiducia riposta nei manager pubblici da parte della collettività con la finalità di ottenere la loro collaborazione alla creazione del valore pubblico (Talbot, 2009).

## **2. L'aziendalizzazione nelle Aziende Pubbliche Italiane: come sono intervenute le riforme in sanità**

### **2.1 Il processo di aziendalizzazione delle aziende sanitarie italiane a seguito dell'evoluzione dei paradigmi**

Tra le aziende pubbliche le aziende sanitarie rappresentano quelle nelle quali il processo di aziendalizzazione è stato un fenomeno particolarmente marcato e significativo.

Il sistema sanitario italiano ha iniziato il suo percorso verso il processo di aziendalizzazione a partire dagli anni '90 a seguito dell'emanazione del D.Lgs 502/1992 e ciò ha significato dei profondi cambiamenti del contesto sia interno che esterno alle aziende portando ad una

ridefinizione degli assetti organizzativi e dall'individuazione di nuovi ruoli da un lato e incrementando gli spazi di azione per le aziende dall'altro.

Alle modifiche implementate con la riforma, hanno contribuito anche le dinamiche che hanno caratterizzato la domanda di servizi sanitari e la ridefinizione dei bisogni, il ruolo assunto dalla politica e dalle istituzioni, l'evoluzione delle tecnologie e lo spostamento del sistema di finanziamento. In questo contesto le aziende si trovano davanti all'evidenza rispetto alla quale hanno la necessità di nuovi strumenti di gestione e di nuove competenze. A ogni modo le principali novità possono essere così riassunte (Scardigli e Nova, 2010):

- L'introduzione della personalità giuridica per le aziende sanitarie che comporta autonomia giuridica, organizzativa amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- l'attribuzione di responsabilità agli organi dirigenti sull'andamento della gestione, ovvero sui risultati raggiunti;
- la necessità per i dirigenti sanitari di possedere adeguate conoscenze e competenze non solo di natura tecnica ma anche organizzativa e gestionale
- la ridefinizione degli assetti di governance interni all'azienda, con specifico riferimento agli organi decisionali. In seguito alla riforma, infatti, la responsabilità dell'azienda sanitaria viene a essere sintetizzata nella figura del direttore generale e del collegio sindacale;
- l'introduzione della contabilità "economico-patrimoniale" in sostituzione alla contabilità finanziaria con l'adozione di strumenti informativo-contabili tipici delle aziende private.

Pertanto, in generale, l'obiettivo principale della riforma consisteva da un lato nel mantenere l'indirizzo e il governo pubblico del sistema, in modo da garantire la tutela della salute a tutti i cittadini in eguale misura rispettando i principi ispiratori che hanno guidato l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale nel '78 e dall'altro nell'introduzione di elementi di competitività nel sistema, favorendo in questo modo la crescita dei livelli di efficienza e di efficacia. Il primo passo in questa direzione è stato compiuto attraverso la ridefinizione dell'assetto istituzionale-organizzativo, che ha significato per le aziende il godimento di maggiore autonomia in modo che esse possano trovarsi libere di selezionare, acquisire e combinare i fattori produttivi e le risorse in base alle loro esigenze. Questo di conseguenza, ha condotto ad una maggiore responsabilità perché ha reso possibile la valutazione delle aziende sui risultati raggiunti in termini di efficienza ed efficacia. In tal senso l'attenzione è rivolta ai risultati conseguiti e alle risorse consumate a tal scopo, abbandonando la logica burocratica che ha fatto sì che, in passato, le aziende pubbliche potessero gestire i loro processi produttivi basandoli sulla legittimità e sul rispetto della norma.

A ogni modo tale riforma ha subito delle modifiche e delle implementazioni nel corso degli anni nel tentativo di migliorare la norma rendendo più precisi alcuni elementi trascurati, e nell'obiettivo di una maggiore razionalizzazione delle risorse. Infatti, successivamente al '92 si è intervenuti dapprima con il Decreto Ministeriale del 15.4.94 e successivamente con il D.Lgs 229/99. Il Decreto ministeriale ha definito i criteri per la predisposizione dei sistemi di tariffazione delle prestazioni con l'individuazione delle tariffe come remunerazione e con l'individuazione delle tipologie di prestazioni dei soggetti erogatori e delle relative unità di misura. Pertanto, il Decreto ha configurato un sistema basato sulla regolazione degli scambi attraverso tariffe istituendo dei meccanismi di concorrenza affinché le aziende potessero utilizzare in modo più razionale le risorse.

Il D.Lgs. 229/99, noto più comunemente con l'appellativo di riforma-ter, aveva come obiettivo principale quello di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e quello di ampliare lo spazio di autonomia assegnata alle aziende sanitarie fino ad assumere la connotazione di "autonomia imprenditoriale" (Cicchetti e Profili. Tale decreto ha portato dei significativi cambiamenti presentando anche degli elementi di forte novità rispetto al precedente:

- il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie risulta confermato, ma in aggiunta si presentano altri elementi per il perseguimento della razionalizzazione economica. Cambia anche il sistema per la selezione dei Direttori Generali che avviene per nomina fiduciaria ma solo in seguito all'individuazione di determinati criteri di idoneità per la copertura del ruolo;
- prevede un maggiore coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione sanitaria regionale e nella programmazione e valutazione dei risultati delle aziende;
- rafforza il criterio di libera scelta del cittadino nell'accesso al servizio sanitario;
- prevede una definizione delle risorse in base ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che dovrebbero consentire una qualità e un'equità dell'assistenza a livello regionale;
- le strutture sanitarie devono essere valutate in base a un processo di accreditamento per garantire la qualità delle prestazioni erogate e si ha una maggiore attenzione rispetto alla formazione permanente del personale sanitario;
- viene evidenziata la necessità di una maggiore integrazione socio-sanitaria e assistenziale.

Pertanto, l'insieme delle riforme ha profondamente cambiato le aziende pubbliche sia dal punto di vista delle relazioni interne che esterne modificando l'ambiente. Dal lato dell'ambiente l'aziendalizzazione ha ridefinito addirittura l'ambito territoriale facendo sì che a livello nazionale le realtà dei sistemi sanitari potessero essere molto diversificate tra loro invocando il principio dell'autonomia. Infatti, sono presenti realtà in cui le ASL sono aziende

produttrici e scorporano in numero minore gli ospedali, mentre in altri territori si scorporano molti ospedali accentuando la competizione tra aziende. Sicuramente tale incremento di competizione ha degli effetti sui livelli di efficienza e qualità dei servizi erogati.

Inoltre viene accentuato il principio di responsabilità del management apicale delle aziende attraverso la nomina del Direttore Generale assunto con contratto di diritto privato dalla Regione con valutazione sui risultati conseguiti. A loro volta anche il direttore amministrativo e sanitario (che vengono nominati dal Direttore Generale) possono essere confermati in base al raggiungimento dei loro obiettivi.

Lo stesso principio di responsabilità si evince, più in generale, a livello di azienda perché gli ospedali non vengono più rimborsati in riferimento alla spesa sanitaria sostenuta per i ricoveri (a piè di lista) ma vengono rimborsati sulla base di un sistema tariffario.

Questo è svolto nell'ottica di razionalizzare le risorse e di una crescente attenzione rispetto ai risultati e ai costi.

In riferimento proprio al controllo dei costi l'aziendalizzazione induce le aziende sanitarie ad avere un sistema informativo integrato attraverso l'introduzione della contabilità economico patrimoniale che consente di sviluppare dei sistemi di contabilità analitica utili per la gestione.

Un elemento fondamentale per gestire tali cambiamenti è l'investimento nelle risorse umane perché solo con le competenze adeguate le persone possono essere in grado di gestire l'ambiente e utilizzare i nuovi strumenti di management e informativi messi a disposizione e in tal modo cogliere le opportunità offerte.

In tal senso il D.Lgs 502/1992 individua la formazione manageriale tra i requisiti necessari per lo svolgimento degli incarichi per la direzione di strutture complesse, prevedendo che il certificato di formazione manageriale debba essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa che ricoprono già il ruolo. Tuttavia, l'avvio della formazione manageriale e l'organizzazione di tali corsi è demandando alle Regioni e per tale motivo vi sono delle Regioni che hanno provveduto e altre Regioni che non hanno previsto ancora ad oggi tali percorsi.

Un altro elemento di innovazione è stato come è stato già evidenziato l'introduzione della contabilità economico patrimoniale che rende possibile per le aziende sanitarie la realizzazione di sistemi di gestione che comprendano tutte le procedure organizzative relative alla contabilità generale e analitica, al budget e alle analisi statistiche mediante indici. Tale strumenti risultano utili per i responsabili dei centri di responsabilità per il raggiungimento dei loro obiettivi di budget predisposti con la Direzione Generale e in tema di controllo dei costi.

Avere una visione chiara dei costi e della gestione oggi è un tema importante più che mai, in quanto negli ultimi anni è divenuto un tema centrale nell'agenda dei policy maker in relazione alle aziende pubbliche. In tale direzione in Italia si è intervenuti, con misure

strutturate, a partire dal 2012 col decreto spending review che ha previsto delle condizioni stringenti anche per le aziende sanitarie.

Pertanto, i temi posti in campo dalle riforme, in ottica di managerializzazione sono diversi e improntati sui concetti di efficacia, efficienza, responsabilità, controllo dei costi con l'esigenza di erogare servizi di qualità e costo/efficacia, di aumentare la consapevolezza dei dipendenti rispetto a tali criteri, di modificare la cultura in modo da rendere i professionisti responsabili dei risultati. La loro articolazione è tesa a introdurre dei cambiamenti per porre rimedio all'inadeguatezza del settore pubblico attraverso il ricorso a strumenti manageriali e all'introduzione di ruoli manageriali.

## **2.2 Il ruolo del Manager e del management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche**

Le riforme intervenute negli ultimi anni sulla scia del superamento del modello burocratico hanno condotto a delle modifiche in relazione al ruolo che assume il management all'interno delle aziende. Infatti, ciò ha rilevanti implicazioni sui comportamenti "manageriali" richiesti al management delle aziende sanitarie e conduce ad una revisione del modello di professionalità.

Nelle aziende sanitarie il ruolo principale è assunto dal Direttore Generale (DG), che rappresenta la figura responsabile della gestione aziendale e nomina i responsabili delle strutture operative. A seguito delle nuove riforme viene ampliato il suo spazio di autonomia da un lato e la responsabilizzazione sulle risorse dall'altro. Tali elementi in ogni caso impongono il possesso di nuove caratteristiche qualificanti per il top manager che deve abbandonare le vesti di "burocrate". La valutazione dei risultati derivanti dalla sua attività proviene da criteri che sono resi noti ex ante dalla Ragione con previsione di rimozione dall'incarico qualora "ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo". Per tali ragioni deve essere in grado di interpretare il contesto di riferimento, di avere una visione strategica, di coordinare i processi aziendali, di interpretare i dati aziendali attraverso le informazioni del sistema informativo interno. Da ciò deriva che la sua azione abbia degli effetti sulla gestione ed equilibrio dell'azienda dal punto di vista economico, finanziario e patrimoniale. Naturalmente questo ha delle ripercussioni sia a livello macro-aziendale ma anche micro il suo ruolo risulta essere critico anche per le scelte economiche all'interno delle singole strutture operative (Vagnoni e Maran, 2013)

La gestione aziendale è condotta attraverso la sua azione di leadership con la finalità di conseguire le performance attese. In tal modo riesce a esercitare la sua influenza anche nei confronti degli altri professionisti e orientare anche le loro azioni al raggiungimento dei risultati. Questo aspetto è molto rilevante all'interno di tali aziende per due motivi principali. Da un lato è necessaria un'azione di leadership che influenzi il comportamento degli altri membri dell'organizzazione perché il raggiungimento dei risultati è strettamente legato alle

competenze di determinati gruppi professionali e da un altro lato risulta utile per il governo aziendale in tempi di crisi e di cambiamenti organizzativi che richiedono un adattamento repentino derivante dalle spinte esterne che influenzano anche i processi interni.

Rispetto a tali considerazioni il D.Lgs 502/1992 ha rafforzato il ruolo manageriale del DG e per tale motivo ha altresì previsto la necessità che fosse dotato di esperienza manageriale derivante da precedenti esperienze lavorative e dalla frequenza di un corso di formazione manageriale, anche se tuttavia la scelta non è strettamente legata a tali requisiti per la natura fiduciaria della nomina.

Le altre due figure che compongono la direzione strategica e affiancano il DG nell'espletamento del suo operato sono il Direttore Amministrativo (DA) e il Direttore Sanitario (DS) ai quali sono attribuite responsabilità dirette nell'ambito delle loro competenze e concorrono alle decisioni prese dalla direzione generale.

Pertanto, la norma introduce l'importanza dei criteri della valutazione e della performance affiancate al possesso di determinate competenze necessarie affinché l'azione del management strategico possa portare a un risultato di gestione positivo e a un controllo delle risorse.

Il concetto delle competenze manageriali è presente anche quando si parla di incarichi di struttura complessa in quanto si prevede l'introduzione, da parte delle Regioni, di percorsi che possano certificare tale livello, anche se tuttavia i diversi sistemi regionali hanno adempiuto in maniera differente. Sempre quando si parla di direttori di struttura complessa è altresì possibile parlare di performance e della sua misurazione in quanto l'introduzione della contabilità analitica permette di monitorare i risultati che fanno capo ai centri di responsabilità.

A rinforzare il concetto di performance, in tempi più recenti, è intervenuto il D.Lgs 150/2009 che ha dettato una disciplina organica riguardante la sua valutazione e misurazione. Dotare le aziende pubbliche di tali sistemi è molto importante perché i processi di creazione di valore al loro interno avvengono in assenza di meccanismi di mercato. Infatti, il ritorno dei proventi può avvenire in minima parte sulla base di tariffe o prezzi politici che comunque non sono in grado di esprimere l'utilità prodotta per l'erogazione del servizio (Sforza, 2014). Pertanto, la managerializzazione delle aziende pubbliche ha creato dei nuovi sistemi gestionali basati sui principi di autonomia e responsabilità. I manager per affrontare tale sfida imposta dal cambiamento e per poter utilizzare in modo appropriato ed efficace i nuovi strumenti messi a disposizione ha necessità di dotarsi di nuove competenze che gli consentano di governare il sistema. Tale disegno rispetto all'acquisizione delle competenze in parte è guidato dalla normativa e in parte vi è necessità da parte della ricerca accademica di mappare le competenze manageriali ritenute maggiormente significative con la finalità di costruire dei percorsi formativi adeguati che possano rispondere alle esigenze delle aziende e dei professionisti. Naturalmente, la loro declinazione è modulata differentemente a

seconda del tipo di azienda pubblica e questo lavoro l'orientamento complessivo dei nuovi sistemi gestionali delle pubbliche amministrazioni e dei servizi universali si ispira all'adozione dei principi manageriali di autonomia e responsabilizzazione. L'adozione di questi nuovi principi, elaborati efficacemente nell'ambito della letteratura afferente il New Public Management (Ferlie e al., 1996), ha assunto però modulazioni differenziate a seconda dei settori di applicazione, e rende necessario un ulteriore approfondimento settoriale.

### **2.3 Il ruolo della pianificazione strategica e dei sistemi di controllo**

Il solo "managerialismo" da solo non è un elemento efficace per garantire una riduzione dei costi e un miglioramento della qualità perseguendo logiche di gestione aziendale improntate all'efficacia e all'efficienza. In passato, il sistema di rilevazione contabile era un sistema di tipo finanziario di natura autorizzatoria basato su documenti preventivi. Chiaramente, tale aspetto influenzava anche il sistema di gestione che era basato sulla previsione e sull'autorizzazione di programmi di spesa e si limitava al controllo dei flussi finanziari in entrata e in uscita. Pertanto, tale sistema era di tipo burocratico-formale che autorizzava le aziende ad effettuare le spese, non potendo assumere impegni superiori alle disponibilità date dal bilancio preventivo. Quindi la capacità delle aziende era esclusivamente legata alla capacità finanziaria correlata alle entrate e alle uscite ma non era ancorata ad una capacità di tipo economico, legata al contrario, ad una determinazione degli obiettivi e delle risorse e alla capacità di generare risultati a fronte dei costi sostenuti (Salvatore, 2013).

Al contrario, il disegno di riforma ha sostituito tale sistema con quello di tipo economico-patrimoniale che ha come oggetto i valori che si formano negli scambi, che condizionano il risultato economico e il valore patrimoniale, e si basa sulla contabilità generale.

Tale sistema è profondamente differente dal precedente in quanto ha l'obiettivo di misurare la performance e di svolgere un controllo di tipo manageriale.

Tale cambiamento ha condizionato le aziende che hanno ravvisato la necessità di dotarsi di sistemi di controllo interno atti a valutare l'output aziendale. Quando si parla di aziende pubbliche risulta sempre complesso attuare e valutare la produzione di valore creato nel corso del processo produttivo perché gli scambi avvengono in assenza di meccanismi di mercato. Tuttavia, dal punto di vista aziendale queste aziende devono avere una tensione all'efficienza, efficacia ed economicità:

- attraverso l'economicità si cerca di realizzare il massimo rapporto tra il valore economico (in questo caso sociale) tra ciò che è stato prodotto e le risorse utilizzate all'interno del processo di produzione

- attraverso l'efficacia si valuta il grado di raggiungimento dei risultati in linea con gli obiettivi programmati
- attraverso l'efficienza si valuta il modo in cui le risorse a disposizione dell'azienda riescono a soddisfare la domanda di servizi sanitari in base ai parametri quantitativi e qualitativi.

Affinché l'introduzione di un sistema volto al monitoraggio e al controllo di obiettivi manageriali sia efficace e sia un giusto strumento per l'azienda e per il raggiungimento dei suoi obiettivi bisogna considerarlo in un'ottica sistemica.

In questo senso i sistemi di controllo vanno inseriti in un contesto più ampio nel quale gioca un ruolo fondamentale la pianificazione strategica, in quanto questi due elementi sono strettamente collegati tra loro e devono essere opportunamente coordinati per raggiungere le finalità aziendali. Infatti, il controllo rappresenta la conclusione logica di tutto il processo di pianificazione, programmazione e controllo.

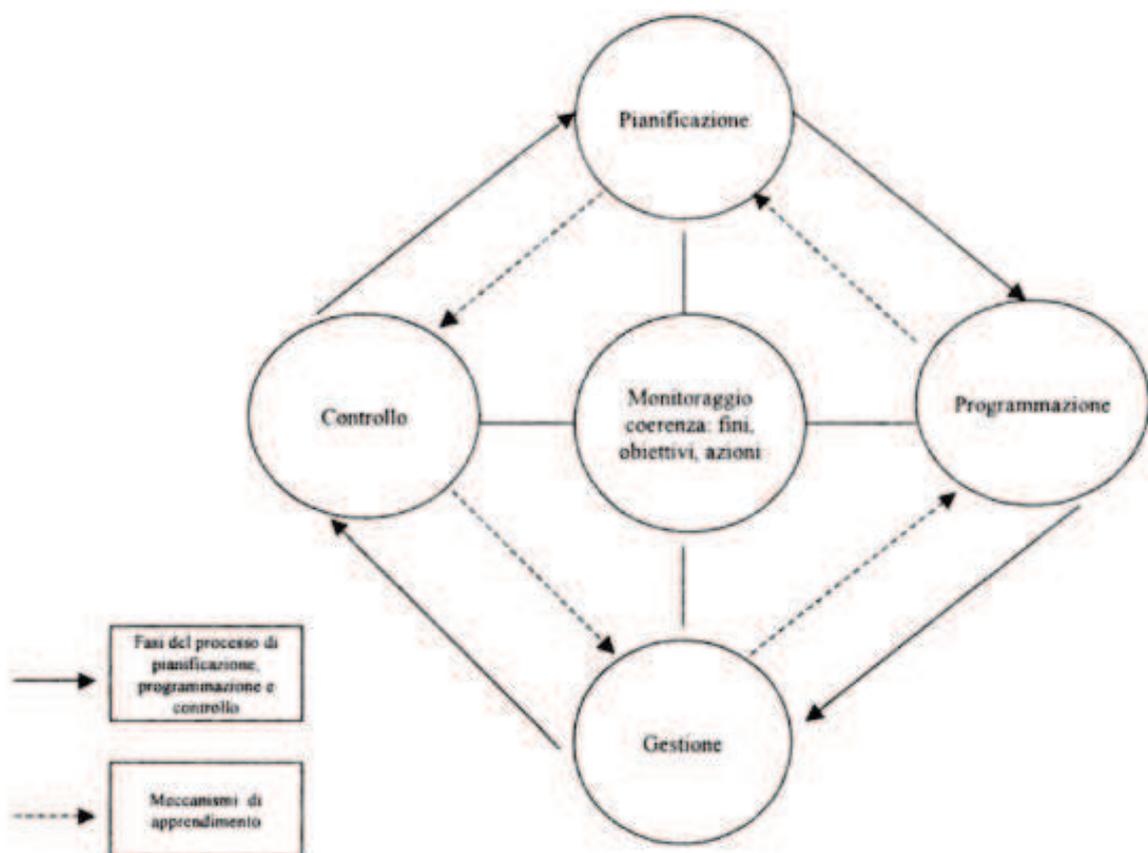


Fig.2.2 Il ciclo integrato di pianificazione e controllo (Gori, 2004)

Pertanto, secondo la visione della riforma assume un ruolo di rilevanza il controllo di gestione che risulta uno strumento utile al management per il perseguimento dei propri fini aziendali se integrato con una visione di lungo periodo derivante da un'attenta pianificazione strategica. Infatti, le ricerche aziendali su tale tema gli attribuiscono il ruolo di analisi dei processi con la finalità di individuare la capacità di raggiungere gli obiettivi e di valutare il grado di raggiungimento dell'economicità rispetto all'impiego delle risorse utilizzate nel processo produttivo (Vagnoni e Maran, 2013).

In tal senso il controllo direzionale è utile al management in quanto può orientare le decisioni ma solo dopo che si è proceduto costruendo una chiara visione della strategia aziendale e pertanto esplicitandola attraverso una pianificazione di lungo e di breve periodo. Pertanto né consegue che il management debba avere capacità di programmare l'attività e i processi e debba avere una chiara visione strategica.

Solo una volta che si è stabilita la strategia si possono declinare gli obiettivi di breve termine in modo che ogni professionista coinvolto nella gestione possa costruire il percorso per l'ottimizzazione della performance attesa. Pertanto l'introduzione della pianificazione strategica e degli strumenti di controllo sono stati introdotti dapprima con l'aziendalizzazione per il controllo dell'efficienza anche se poi si sono rivelati strumenti fondamentali per il governo dei processi e per orientare la performance.

Tuttavia, talvolta nelle aziende sanitarie risulta assente la cultura del controllo e si tende a sovrapporre il concetto di controllo direzionale con il concetto di controllo dei costi. Ciò è determinato da una limitata cultura e formazione dei professionisti che si traduce in una mancanza della capacità di gestire il processo e di dare importanza alle sue singole fasi all'interno della pianificazione e in una incapacità di utilizzo di strumenti come il budget e la contabilità analitica (Musaio, 2011).

Anzi, talvolta proprio il budget è utilizzato dalle stesse aziende solo come mezzo di responsabilizzazione dei dirigenti denaturandolo della sua funzione principale riguardante la capacità di controllare l'allocazione delle risorse. Quindi spesso non viene evidenziata la capacità del singolo dirigente di contribuire al risultato aziendale in termini di risorse. Questo implica una riduzione dell'efficacia dello strumento. Inoltre, questa caratteristica è accentuata anche dal fatto che spesso i sistemi di misurazione e valutazione delle performance fanno riferimento solo ai risultati in senso stretto e non fanno riferimento ad altri elementi come le competenze e i comportamenti (Vagnoni e Maran, 2013). Pertanto, la valutazione dell'attività non avviene basandosi su modelli multidimensionali che potrebbero supportare le aziende sanitarie a migliorare la distribuzione delle risorse.

## **2.4 Il tema del contenimento dei costi**

In tempi più recenti, rispetto a quello di avvio delle riforme basate sull'aziendalizzazione, sta assumendo sempre più rilevanza il tema del contenimento dei costi per le aziende pubbliche. Infatti, solo nel corso del triennio 2014-2016 sono stati effettuati tagli pari a 32 miliardi di euro. Tali tagli sono figli, in generale, di una politica di contenimento derivante dalle regole imposte dall'Unione Europea e nello specifico dettate dalle politiche di spendig review nazionali. Tali politiche si sono tradotte in una tensione continua ai risultati e nell'adozione di nuove modalità di gestione.

Pertanto, le aziende non solo si sono trovate di fronte ad un imponente cambiamento che ha messo in discussione i loro modelli di gestione tramite l'avvio del periodo delle grandi riforma, ma si sono trovate a fare i conti anche con politiche di cut back management che hanno in parte accelerato tale processo.

L'obiettivo di queste politiche è quello di valutare i risultati della gestione pubblica a fronte del costo sostenuto e delle risorse impiegate per offrire un determinato servizio

Sicuramente, le aziende devono e si trovano a dover affrontare le conseguenze apportate dai tagli della spesa pubblica e possono farvi fronte solo se mettono in atto delle strategie adeguate.

In questo contesto diventa fondamentale avere dei manager formati, adeguati e preparati per affrontare le giuste scelte all'interno delle aziende da un lato, mentre, dall'altro è importante dotarsi di strumenti di cost management.

I manager all'interno delle aziende devono essere in grado di individuare i criteri di revisione della spesa differenti rispetto ai criteri di taglio lineare e che implicano conoscenze di tipo economico-aziendale (Sforza, 2014).

In questo contesto si inserisce anche l'importanza del controllo dei costi per il governo dell'efficienza aziendale. Infatti solo attraverso la misurazione dei costi e attraverso la loro analisi possono essere supportate le scelte aziendali che riescano a dare consapevolezza al management rispetto a come intervenire per il loro contenimento.

## **Bibliografia**

Adinolfi P., "L'evoluzione manageriale nelle Amministrazioni Pubbliche: il contributo della letteratura aziendalistica", Working Paper Cesit, Number 21, 2011

Aquino S., "Aziendalizzazione", nuova governance, e performance delle Amministrazioni Pubbliche: un confronto internazionale", *Economia aziendale on-line*, Volume 3, Number 3-4, Pages 321-348, 2012

Battistelli F., *La cultura delle amministrazioni tra retorica e innovazione*, FrancoAngeli, Milano, 2002

Borgonovi E., "Management pubblico: evoluzione della disciplina e delle riforme", *Rivista Italiana di Public Management*, Volume 1, Number 1, Pages 22-28, 2018

Borgonovi E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano, 2005

Carboni N., *La qualità dei servizi pubblici: da utente a cliente? Dodici esperienze di rilevazione della customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, in Catapano G., Vassallo S., (a cura di), *Customer Satisfaction: a che punto siamo. Indagine sullo stato di attuazione della direttiva del Ministro per la Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 sulle rilevazioni della qualità dei servizi percepita dagli utenti*, Collana Analisi e Strumenti per l'Innovazione, Soveria, Mannelli, Rubbettino, 2007

Cassese S., "L'età delle riforme amministrative", *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, Volume 51, Number 1, Pages 79-98, 2001

Di Mascio F., Natalini A., *Oltre il New Public Management. Le riforme amministrative tra meccanismi e contesti*, Carocci, Roma, 2018

Dunleavy P., Hood C., "From old public administration to new public management", *Public Money & Management*, Volume 14, Number 3, Pages 9-16, 1994

Frederickson, H. G., "Comparing the Reinventing Government Movement with the New Public Administration", *Public Administration Review*, Volume 56, Number 3, Pages 263, 1996

Fukuyama F., *State-Building: Governance and World Order in the 21st Century*, Cornell University Press, Ithaca NY, 2004

Gioiosi A., *Teoria classica della burocrazia e processi di modernizzazione della Pubblica Amministrazione*, Aracne, Roma, 2007

Gori E., *La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, FrancoAngeli, Milano, 2004

Hood C., "A public management for all seasons?", *Public Administration*, Volume 69, Number 1, 1991

Jackson P.M., Stainsby L., "Managing public sector networked organizations", *Public money & management*, Volume 20, 2000

KOOIMAN J., VAN VLIET M., *Governance and Public Management*, in ELIASSEN K.A.M., KOOIMAN J., *Managing Public Organizations: Lessons from Contemporary European Experience*, Sage, London, 1993

- Musaio A., "Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie", Area Pediatrica, Volume 12, Number 7, Pages 1-3, 2011
- Osborne S. (a cura di), The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance, Routledge, Londra, 2010
- Pollitt C., Bouckaert G., Public Management Reform: a comparative analysis, OUP, Oxford, 1999
- Pollitt C., "Managerialism Redux?", Financial Accountability & Management, Volume 32, Pages 429-47, 2016
- Rebora G., "Public Management: una prospettiva di scienza dell'organizzazione", Rivista Italiana di Public Management, Volume 1, Number 1, Pages 68-74, 2018
- Rotondo F., Principi di public governance nei sistemi integrati di offerta turistica. Giappichelli, Collana Univ.Sassari-Dipartimento di economia, Sassari, 2011
- Salvatore C., Il processo di trasformazione dei sistemi di controllo contabile e gestionale nelle aziende pubbliche, FrancoAngeli, Milano, 2013
- Sforza F., Le competenze economico-aziendali del Manager Pubblico. Fabbisogni e dotazioni dell'amministrazione che cambia, Giappichelli, Torino, 2014
- Talbot C., "Crafting Public Value", Public Governance, Journal of Public Management, Public Governance Institute, KPMG, autunno, Pages 6-14, 2009
- Vagnoni E., Maran L., Il controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie Pubbliche. Il lungo cammino. Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013
- Vecchi G., Valutazione delle performances e valutazione delle risorse umane. Proposte per l'utilizzo della riforma Brunetta. In Urbani G., a cura di, Valutare le Pubbliche Amministrazioni: tra organizzazione e individuo, FrancoAngeli, Milano, 2010

## **PARTE 2^**

### **Diffusione della cultura manageriale all'interno delle Aziende Sanitarie**

Nella prima parte si è esaminato il cambiamento che ha coinvolto le Aziende Pubbliche dal punto di vista teorico e dal punto di vista delle riforme che ne sono scaturite. In questa seconda parte si sviluppa l'analisi empirica volta ad indagare il fenomeno dentro le aziende. Infatti, in generale il sistema delle Aziende Pubbliche ha rinunciato all'autoreferenzialità tipica dell'organizzazione burocratica e questo risulta particolarmente evidente nelle Aziende Sanitarie. Infatti, le aziende appartenenti a tale settore più di altre hanno sperimentato il cambiamento così velocemente improntando la loro organizzazione e gli strumenti di gestione orientandoli verso la logica manageriale e abbandonando la vocazione amministrativo burocratica nel percorso di gestione. Questo si traduce, da un lato in una maggiore razionalizzazione della spesa, a un'importanza dell'equilibrio tra costi e risorse, e dall'altro lato in un cambiamento culturale, che impone la necessità di nuove competenze per i professionisti. In tal senso, la "rivoluzione" in Sanità è avvenuta utilizzando come base di partenza il D.Lgs 502/1992, che ha posto le fondamenta per l'aziendalizzazione, le quali hanno configurato un cambiamento continuo nell'assetto organizzativo e gestionale. L'orientamento è verso l'economicità gestionale, perseguendo il pareggio di bilancio nell'azienda sanitaria e rispettando l'equilibrio tra spese e finanziamento globale da parte dell'azienda in generale e tra costi ed entrate tariffarie da parte delle unità operative. Attraverso l'economicità, l'azienda è in grado di perseguire la sua mission, ovvero quella di garantire e assicurare l'assistenza sanitaria ai cittadini, fornendo servizi di qualità. La qualità, si identifica con i concetti di efficacia ed efficienza, che significa porre al centro del sistema il cliente-paziente. Pertanto, per perseguire questa finalità vi è stato un significativo mutamento anche nell'organizzazione del lavoro, attraverso un maggiore coinvolgimento degli attori interessati ai processi e pertanto, alla qualità dei servizi. Questo, ha reso possibile l'elaborazione di differenti modalità di gestione, di organizzazione e di sviluppo del personale, che riflettono le innovazioni di quella cultura manageriale artefice del cambiamento.

Dal lato delle risorse umane, si vengono così a delineare nuove responsabilità nei ruoli, per quanto concerne la capacità di elaborare risposte sempre più complesse, volte alla soddisfazione dei pazienti in relazione all'accrescimento della qualità dei servizi sanitari, e alla capacità del personale di lavorare in team, con la conseguente creazione di un clima collaborativo che consenta di guidare il processo verso l'obiettivo.

L'insieme di questi cambiamenti, richiedono necessariamente lo sviluppo di nuove competenze di comunicazione, relazionali, organizzative e di gestione per integrare i vari

ruoli e le professionalità presenti in azienda e per il governo delle risorse, con la finalità di operare secondo efficacia ed efficienza operativa. Pertanto, ne risulta che l'obiettivo primario di un'azienda sanitaria risulti essere quello di sviluppare queste competenze, perché solo investendo su di esse, potrà riuscire ad affrontare le sfide presenti e future crescendo proprio in efficacia ed efficienza operativa. Infatti, l'acquisizione di tali competenze, ha come effetto sull'organizzazione di creare valore aggiunto a livello di produttività, servizio e qualità (Cocco e Tiberio, 2005).

Tale tema, è sviluppato nel capitolo 3, che tratta la prima analisi empirica di questa tesi, focalizzandosi sul tema delle competenze dei professionisti e quali possano essere quelle più significative da accrescere nel sistema delle aziende sanitarie, per sostenere i processi di gestione volti all'efficienza e l'efficacia operativa. Attraverso una ricerca sulla letteratura delle competenze, si è proceduto nella costruzione di un questionario somministrato ai professionisti con l'obiettivo di far emergere il dibattito sul cambiamento della cultura di gestione che ha caratterizzato le aziende sanitarie nell'ultimo ventennio. I risultati della ricerca, offrono in questo senso uno spunto di riflessione per le aziende, affinché possano costruire i loro sistemi di gestione delle risorse umane partendo proprio dalle competenze. Legato al tema del cambiamento di cultura e delle competenze, vi è chiaramente quello degli strumenti che risultano utili per avere delle informazioni fondamentali sulla gestione. Infatti, tali dati risultano profondamente utili solo se il lettore ne fornisce un'adeguata interpretazione. A seguito dell'introduzione del sistema economico patrimoniale, si sono evoluti i sistemi di controllo di gestione che oggi riescono a fornire dei dati sempre più dettagliati su costi e altri indicatori di performance. In questo senso i professionisti partecipano ai nuovi modelli di pianificazione e controllo rendendosi protagonisti nell'orientare i processi e la gestione, verso gli obiettivi legati al controllo dei costi e alla massimizzazione della performance. I nuovi modelli di pianificazione e controllo, hanno talvolta condizionato l'assetto organizzativo ridisegnando nuovi ruoli e attribuendo nuove responsabilità alle quali è richiesto un nuovo bagaglio di competenze organizzativo-gestionali. A sua volta a tali responsabilità corrispondono specifici obiettivi, che non sono rappresentati solo da misure di tipo economico finanziario, ma hanno ampliato la loro portata considerando gli elementi qualitativi che contraddistinguono la qualità della prestazione erogata. A tal proposito, vengono applicati, anche nel contesto sanitario, modelli di pianificazione e controllo costruiti su strutture multidimensionali. L'evoluzione di tali sistemi, è ampiamente descritta nel capitolo 4 nel quale viene esaminato il caso studio dell'Azienda Ausl di Parma che ha elaborato un modello di controllo basato sulla Balance Score Card, applicandolo al setting delle cure primarie e implementandolo presso le Case della Salute. Nel lavoro, viene evidenziato il processo di costruzione, che pone l'accento sulla realizzazione degli indicatori ma evidenzia altresì i cambiamenti avvenuti a livello organizzativo e culturale.

Come già accennato tali strumenti sono utili per il controllo dei processi e dei costi, ma per garantire lo stesso controllo dei costi, il management deve essere consapevole delle informazioni che l'intero sistema informativo aziendale è in grado di fornire. Tali dati sono utilizzati per guidare la strategia dell'azienda anche di lungo periodo.

Infatti, oggi più che mai le aziende si trovano di fronte a una riduzione delle risorse messe a disposizione. I tagli imposti alle risorse potrebbero tradursi in una riduzione della qualità del servizio e per questo motivo è fondamentale il contributo dei manager, che devono possedere le capacità gestionali per allocare in modo efficace ed efficiente ciò che hanno a disposizione. In Italia è da diverso tempo che si implementano misure di spending review volte alla riduzione di alcune voci di costo che incidono sull'equilibrio dei conti economici delle aziende. Grazie, alla trasparenza amministrativa è possibile osservare i conti economici delle Aziende Sanitarie ed è possibile definire il trend che negli ultimi anni ha caratterizzato le Aziende Ospedaliere Universitarie. Questo argomento è ampiamente discusso nel capitolo 5, nel quale si vuole mettere in evidenza al lettore, come tali aziende siano intervenuti rispetto ad alcune misure prescrittive imposte dai tagli.

Tali misura possono essere messe in atto in modo efficace solo se i manager sono capaci di gestire e orientare le scelte attuando delle misure di riduzione che mantengano la qualità dei servizi a livello adeguato. Pertanto, dovrebbero procedere, andando al di là del concetto di taglio lineare, ma dovrebbero essere capaci di vedere l'opportunità di tali manovre procedendo attraverso delle scelte in grado di orientare l'equilibrio economico-finanziario delle aziende.

Attraverso, la raccolta dei dati di costo coinvolti nei tagli impostati dalla spending review si sono potuti identificare le principali dinamiche condotte dalle aziende del campione.

Pertanto, attraverso questi 3 capitoli si è voluto mettere in evidenza il cambiamento che ha investito le aziende sanitarie ma affrontando altresì la prospettiva delle scelte compiute dal management analizzando le possibili direttrici di sviluppo che possano condurre le aziende ad operare secondo criteri di efficacia ed efficienza. A evidenza dell'importanza del management esistono vari report di ricerca che lo identificano come snodo fondamentale nei percorsi di miglioramento delle aziende sanitarie (Lega, 2013). E' stato infatti evidenziato che vi siano delle correlazioni valide tra lo sviluppo di buone pratiche di management come pianificazione strategica, budgeting, gestione delle risorse umane ecc., e le performance cliniche ed economiche.

## **Bibliografia**

Cocco, G., Tiberio, A., Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building, FrancoAngeli, Milano, 2005

Lega, F., Management della Sanità. Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria, EGEA, Milano, 2013

### **3. Le competenze chiave del management per affrontare la complessità aziendale**

#### **3.1 Le competenze: cosa sono?**

Il termine competenza deriva dal verbo di origine latina “cum-petere” e che significa “andare insieme, far convergere in un medesimo punto, mirare allo stesso obiettivo”. Esistono varie definizioni di competenza e una di queste è esplicitata da Spencer (1993) come segue: *“la caratteristica intrinseca individuale casualmente collegata ad una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito”*.

La letteratura definisce cinque caratteristiche legate alle competenze: motivazione, tratti, immagine di sé, conoscenze e skills (Spencer e Spencer, 1993).

Tra queste caratteristiche quelle osservabili sono le capacità di effettuare un determinato compito (skills) e le conoscenze di discipline o argomenti specifici, che si possono sviluppare attraverso la formazione. Altre caratteristiche individuali come la motivazione ad agire verso determinati obiettivi e i tratti, definiti come il comportamento ad agire in un determinato modo ad una situazione, possono essere evidenziati attraverso il processo di selezione. Per quanto riguarda la loro classificazione le competenze possono essere distinte in:

- Competenze di base, che costituiscono l'insieme di quelle competenze ritenute fondamentali perché rappresentano il sapere minimo e indipendente dai processi operativi;
- Competenze trasversali, cioè quelle competenze non legate ad una specifica attività o posizione lavorativa, ma che risultano determinanti in tutte quelle situazioni nelle quali risulta necessario esprimere comportamenti professionali abili o esperti e che comprendono capacità di comunicazione, problem solving, ecc.;
- Competenze tecnico-professionali, costituite da conoscenze specifiche e tecnico operative legate ad una determinata attività professionale.

Le competenze hanno assunto un'importanza fondamentale a partire dal 1973 perché proprio in tale periodo si sviluppa, negli studi di psicologia, il “movimento delle competenze” in seguito ad un articolo di McClelland dal titolo “Testing for competence rather than intelligence”. Successivamente, altri studiosi come Spencer, Boyatzis, Murray e Ron hanno approfondito tale approccio attraverso centinaia di studi condotti in relazione alla valutazione delle competenze sia nel settore privato che nel settore delle aziende pubbliche, identificando una metodologia sistematica, definita Job Competence Assesment. Tale metodologi consentiva l'identificazione delle performance di successo

associate a una determinata mansione. Pertanto, definita l'importanza delle competenze in relazione alla performance le aziende devono essere in grado di identificarle e di sfruttarle in tutti i processi di gestione delle risorse umane a partire dal reclutamento, selezione e orientamento fino ad arrivare al loro utilizzo per la costruzione dei sistemi di valutazione e retribuzione e per la definizione dei piani di formazione e sviluppo. Partendo da questo presupposto e a partire da tale periodo anche nella letteratura aziendale viene sviluppato il tema delle competenze perché si ritiene che la gestione delle risorse umane condotta costruendo dei sistemi basati sulle competenze possa creare valore all'interno dei processi produttivi. In particolare le competenze osservate sono quelle legate alla sfera manageriale. Infatti, anche Mintzberg sempre nel 1973 si è reso conto che nella letteratura organizzativa era presente un vuoto sulle caratteristiche legate al lavoro manageriale. In tal senso erano carenti o completamente inesistenti sia gli studi con contenuti riguardanti la descrizione del lavoro manageriale che gli studi aventi come oggetto la descrizione del manager in un'ottica unitaria. Infatti, negli studi precedenti si trattavano le competenze solo in parte e in particolare ci si concentrava su un'area di analisi in particolare come ad esempio la leadership.

Successivamente diversi studi, hanno effettuato vari tentativi per inquadrare il lavoro manageriale in una prospettiva maggiormente organica partendo dapprima con l'approccio proposto da Fayol, secondo il quale la funzione di direzione si esplica nelle attività di pianificazione, organizzazione, comando, coordinamento e controllo. Pertanto, in base a tale approccio, la funzione manageriale è generalizzabile e pertanto possono essere identificati dei fattori comuni tra le competenze del management delle aziende private e il management delle aziende pubbliche. Successivamente tale approccio è stato ritenuto inadeguato perché creava uno stereotipo di manager "ideale" e per questo motivo non idoneo alla soddisfazione delle esigenze di dinamicità, adattabilità e flessibilità proprie dei ruoli direzionali (Cicchetti e Profili, 2003). Da questo punto in poi è nata l'esigenza di contestualizzare le competenze in base all'individuo, al tempo e all'organizzazione. Infatti, sono diversi gli autori che hanno operato una classificazione delle competenze in base al contesto settoriale, alla dimensione organizzativa e ai diversi livelli gerarchici.

Per questo motivo anche il settore delle aziende pubbliche e in particolare quello della sanità, necessita di una contestualizzazione rispetto al tema delle competenze. A tal proposito l'obiettivo della seguente ricerca è quello di individuare e comprendere quali siano le reali competenze utili per affrontare le sfide del sistema sanitario e delle riforme all'interno delle aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche. Infatti si è riscontrato come, anche le riforme abbiano sottolineato l'importanza delle competenze per gestire l'aziendalizzazione. Infatti, in tal senso uno dei presupposti per affrontare la turbolenza ambientale e il cambiamento è il possesso di determinate competenze per la gestione aziendale che consenta l'orientamento ai risultati. Tuttavia, tale ricerca presenta dei limiti perché come è

stato evidenziato ha una valenza settoriale. In ogni caso può rappresentare un utile punto di partenza per tutte le organizzazioni sanitarie, per gli uffici formazione, per gli istituti di formazione e per i policy maker che si occupano di costruire le basi e i percorsi formativi per accrescere le competenze adeguate e per generare una cultura orientata alla performance.

### **3.2 Le competenze nelle organizzazioni sanitarie**

Quando si tratta e ci si avvicina al tema delle competenze nello specifico delle organizzazioni sanitarie bisogna considerare che negli ultimi anni tali organizzazioni hanno subito notevoli pressioni derivanti dalla costante evoluzione a causa di diverse sfide contemporanee e future. Tra le sfide più importanti si ricorda la crisi finanziaria, con una relativa diminuzione delle risorse disponibili (Mladovsky et al., 2012); l'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento delle polipatologie e comorbidità associate (Jack and Powers, 2009); l'innovazione tecnologica, che richiede investimenti sempre più importanti; la maggiore consapevolezza dello stato di salute dei cittadini che richiedono prestazioni sempre più di elevata qualità (Lega et al., 2013); le riforme sanitarie che si sono succedute in molti Paesi OCSE, che hanno modificato i sistemi di amministrazione e finanziamento (Jacobs, 2005).

Tali elementi hanno accelerato l'esigenza da parte delle aziende sanitarie di far fronte a una gestione sempre più efficiente ed efficace delle risorse. In questo senso si è già approfondito l'aspetto legato alla necessità di cambiare il modello organizzativo e pertanto vi è stata una transizione dal modello della burocrazia professionale (Mintzberg 1983), caratterizzato dal professionista distinto dalla gerarchia amministrativa, a un modello nel quale sono richieste capacità gestionali anche ai professionisti clinici (Kitchner, 1999).

Tuttavia rispetto al passato, nel quale l'attenzione era rivolta solo a limitare la crescita del costo delle cure, oggi l'enfasi viene data al miglioramento della qualità e dei risultati delle cure. La letteratura indica alcuni dei fattori essenziali richiesti per il miglioramento della qualità come la leadership a tutti i livelli, una cultura che supporta l'apprendimento lungo tutto il processo assistenziale, lo sviluppo efficace dei team e un maggiore uso delle tecnologie dell'informazione (Ferlie and Shortell, 2001). Pertanto, per affrontare la sfida del miglioramento della qualità, le organizzazioni sanitarie dovranno fare molto affidamento sullo sviluppo della loro capacità di generare e gestire la conoscenza (Vagnoni and Oppi, 2015). Infatti, vi sono numerosi studi che mettono in evidenza come il processo di una sua gestione possa avere effetti positivi sulle prestazioni operative e organizzative (Fugate et al, 2008; Cheng and Huang, 2009). In questo caso diventa rilevante il valore degli stock di conoscenza all'interno delle organizzazioni (Lin, 2015). Il valore di tali scorte è determinato dalle conoscenze accumulate e dalle competenze dei dipendenti che consentono ad

un'organizzazione di accelerare l'innovazione interna e rispondere alle esigenze esterne (Lin, 2015; Chang e Lee, 2008). Da ciò si può dedurre che lo sviluppo di scorte di conoscenze e flussi di conoscenza facilita le prestazioni organizzative. Per questo le aziende devono essere in grado di identificare le competenze e servirsene in tutte le funzioni di gestione del capitale umano.

Tuttavia, la gestione della conoscenza nel settore sanitario è complessa (Bordoloi and Islam, 2012) perché vi è una tensione intrinseca tra i tre domini della conoscenza: creazione della conoscenza, normalizzazione della conoscenza e applicazione della conoscenza (Sheffield, 2008). Infatti, in molte organizzazioni l'assistenza ai pazienti viene fornita dagli operatori sanitari in un ambiente complesso dal punto di vista sistemico in cui si intrecciano competenze, norme e valori.

In questa nuova configurazione di modello organizzativo, in questo contesto assume quindi un ruolo sempre più centrale la figura del clinico, al quale è richiesto di avere capacità trasversali: oltre alle competenze tecnico-professionali specifiche rispetto al ruolo medico, deve coniugare competenze gestionali tipiche del management per la gestione e valorizzazione delle risorse assegnate. Pertanto, diventa fondamentale gestire tali conoscenze. Infatti, le risorse umane in sanità rappresentano il capitale intellettuale per le aziende.

In questo contesto diventa importante per le aziende sanitarie arruolare professionisti capaci non solo di effettuare la prestazione di cura, ma di garantirla secondo standard di elevata qualità a fronte di una sempre più limitata quantità di risorse disponibili (Ackerly et al., 2011). La motivazione che porta al coinvolgimento dei professionisti medici nella gestione delle aziende è duplice: da un lato si ritiene che gli ospedali possano migliorare la performance attraverso il coinvolgimento nella gestione delle figure deputate alla produzione del processo di cura, e dall'altro lato si vuole risolvere la tensione nella governance, dettata dalla duplicità tra le strutture decisionali manageriali e professionali che caratterizzavano il modello burocratico professionale (Rotar et al., 2016). L'aspetto più importante da evidenziare in tal senso è la modifica del meccanismo di coordinamento della struttura organizzativa. Nel modello burocratico, infatti, esso è rappresentato per il livello clinico dalla professionalità degli stessi clinici e per il livello di top management da logiche top down fondate sulle teorie di gestione classica, mentre, nella nuova organizzazione aziendale, il coordinamento è rappresentato dagli strumenti manageriali che, in parte, sono esercitati dai professionisti stessi, attenuando il confine tra questi ultimi e il top management. In questa logica sono gli stessi clinici considerati dei facilitatori rispetto al cambiamento organizzativo in quanto affinché questo sia realizzabile risulta necessario che la leadership manageriale sia diffusa nell'organizzazione sia considerando la dimensione verticale che orizzontale (Longo, 2007).

Pertanto, dal punto dei professionisti sanitari, l'aspetto più importante che ha caratterizzato tale processo, è stato il loro coinvolgimento nella pianificazione strategica e nell'utilizzo degli strumenti manageriali.

### **3.3 Le competenze manageriali dei professionisti sanitari nei diversi contesti nazionali**

Il passaggio verso un modello organizzativo che richiede capacità gestionali anche ai professionisti clinici ha interessato ormai la maggior parte dei Paesi industrializzati.

Ad esempio, nel Regno Unito le riforme della Thatcher hanno rappresentato un cambiamento rispetto al modello tradizionale dei servizi pubblici (Ackroyd S. et al., 2007); a questo proposito il rapporto Griffiths nel 1983 ha sostenuto che i medici ospedalieri dovessero accettare la responsabilità di gestione accanto alla libertà clinica. In Danimarca il primo tentativo di rafforzare la gestione all'interno degli ospedali è avvenuto nel 1984 con un libro bianco sulla produttività degli ospedali che conteneva delle raccomandazioni sulle modifiche ai modelli di gestione (Kirkpatrick, 2009). In Francia, sebbene vi era l'idea di rafforzare la gestione degli ospedali dal 1983, fino al 2002 non si è verificata una spinta decisiva in questa direzione. Tuttavia, nel 2007, l'introduzione del "Piano Ospedale" ha riorganizzato le unità cliniche in centri di attività con budget assegnato ricalcando un modello simile a quello inglese (Dent, 2003). In Italia, a tal proposito, è intervenuta la riforma del 1992 che ha definito aziende sanitarie giuridicamente autonome con un crescente accenno alle questioni legate ai costi, alla gestione e all'efficienza e, approfondendo il ruolo della gestione medica. Si viene così a disegnare una nuova figura di direttore dell'unità operativa con l'attribuzione in capo a quest'ultimo di funzioni di direzione e organizzazione della struttura, di gestione del personale, di responsabilità sui risultati rispetto all'attività svolta, di realizzazione dei programmi e dei progetti che gli vengono affidati, e di ottenimento dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa. Nello stesso modo si delinea anche il concetto di clinical governance per via del quale il medico, all'interno di ogni Unità Operativa ha la piena responsabilità per i problemi legati alla qualità delle cure, alla sicurezza dei pazienti e al conseguente sviluppo strategico (Prenestini et al., 2015).

Negli Stati Uniti ciò ha condotto a varie riforme che incidono sull'insegnamento e sui metodi utilizzati per valutare la reale competenza degli studenti delle professioni mediche e sanitarie e dove la Joint Commission ha richiesto una specifica convalida della competenza dei fornitori di assistenza sanitaria per l'accreditamento istituzionale (Kak et al., 2001).

Tali cambiamenti risultano essere molto rilevanti per la garanzia dell'autonomia professionale, in quanto le logiche concorrenti dettate dalle forze del mercato e i regolamenti governativi, possono minare l'indipendenza della professione medica. Tuttavia,

l'assunzione della responsabilità manageriale rappresenta un compito complesso, in quanto essa è stata considerata a lungo come una mera attività amministrativa in relazione alla professione medica (von Knorring, 2012). Una sfida importante è dunque quella di promuovere e valorizzare le competenze manageriali. Allo stato attuale, infatti, le competenze di tipo manageriale risultano spesso carenti nel background dei clinici (Kuhlmann and von Knorring, 2014) e, allo stesso tempo, esistono studi che evidenziano il fatto che i medici non si sentono adeguatamente preparati al loro ruolo di manager (Berkenbosch et al., 2013).

Tale responsabilità è anche da attribuire alla cultura della scuola medica che non ha incoraggiato i temi della formazione aziendale (Ileri et al., 2016). Infatti, anche quando l'area aziendale è disponibile nei piani di studio, gli studenti di medicina si concentrano esclusivamente sullo sviluppo delle competenze cliniche (Ileri et al., 2016). Per questo motivo, in molti paesi, i programmi di formazione medica post-laurea hanno subito una vasta riforma con la finalità di progettare la figura del medico-manager.

A livello internazionale ci sono stati una serie di programmi di formazione di management rivolti ai medici per aumentare le loro conoscenze e le competenze di gestione attraverso, ad esempio, corsi brevi svolti all'interno delle aziende e/o di certificazione esterna (Hewison and Griffiths 2004).

Negli Stati Uniti e nel Regno Unito, si sono sviluppati dei modelli che mirano a migliorare contemporaneamente le capacità manageriali dei professionisti sanitari mentre lavorano o di inserire all'interno dei percorsi di studio dei medici in formazione, dei programmi che consentano di sviluppare tali competenze, dando la possibilità agli studenti di includere il management tra i loro corsi (Pihlainen et al., 2016). In Australia, gran parte della formazione manageriale è fornita sia attraverso formazione interna nelle organizzazioni sanitarie o tramite istituti di formazione esterni e pertanto dopo la formazione medica (Iledema, et al., 2004).

Mentre, in Italia, l'esigenza di sviluppare tali competenze per le figure mediche, si è realizzata con l'emanazione delle linee guida del D.lgs 502/1992, con il quale si indica alle Regioni (che in Italia detengono importanti funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera) di organizzare e attivare i corsi di formazione manageriale, necessari per i medici che ricoprono posizioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione delle strutture complesse.

Dalle singole esperienze descritte nei vari Paesi è evidente come la formazione sia ritenuta un fattore strategico cruciale e una risorsa organizzativa tale da garantire il raggiungimento delle competenze necessarie alle posizioni di leadership (Terzic-Supic et al., 2015).

Tale aspetto è evidenziato anche da una relazione del 2005 della Joint Commission denominata "Crossroads: Strategies for Improving Health Care Profession Education", nella quale si afferma che la formazione basata sulle competenze sta diventando sempre più

diffusa negli istituti di formazione e nelle organizzazioni di certificazione professionale che formano gli operatori sanitari. Le prestazioni di successo delle organizzazioni sanitarie dipendono anche dalle competenze manageriali, che sono molteplici, e pertanto devono essere ulteriormente esplorate e approfondite.

Pertanto, uno strumento rilevante per la costruzione dei percorsi formativi risulta l'identificazione delle stesse competenze gestionali e organizzative da adottare come elemento fondamentale per il successo aziendale, ossia come mezzo da utilizzare per incrementare la qualità e l'efficienza dei servizi (von Treuer, 2014).

### **3.4 Le competenze del management clinico**

I termini di leadership e management riferiti al personale clinico sono utilizzati nella letteratura aziendale in ambito sanitario per descrivere manager che uniscono un background professionale di tipo clinico con competenze e responsabilità manageriali (Spehar et al., 2014). La medicina e il management, rappresentano due logiche differenti, e pertanto un manager con profilo professionale clinico deve essere capace di trasferire, tradurre e mediare tra le logiche della gestione e della medicina (Edmondstone, 2009). Avere una doppia responsabilità, sia clinica che di gestione, comporta una modifica nella "catena del comando" e genera dei cambiamenti reali rispetto ai modelli di lavoro e rispetto alle responsabilità dei professionisti (Correia and Denis, 2016).

Tale modello di management si diffuse negli anni '90 a partire dagli Stati Uniti con lo scopo di dare a ogni unità organizzativa e al direttore medico le responsabilità di budget, finanziarie e di gestione delle risorse umane, promuovendo l'introduzione di un modello divisionale degli ospedali (Braithwaite and Westbrook, 2005). In seguito, questa modalità organizzativa, si diffuse in tutto il mondo, coinvolgendo le aziende di molti altri Paesi come il Canada e il Regno Unito, nei quali si parla di medico-manager (Fitzgerald and Ferlie, 2000; Kirkpatrick et al., 2013), e ancora in Australia (Iedema et al., 2004), Nuova Zelanda (Doolin, 2002), Finlandia (Kurunmaki, 2004), Danimarca, Italia, Francia (Kirkpatrick et al., 2013), e Olanda (Noordegraaf, 2007). Tuttavia, il posizionamento del medico-manager così come l'interpretazione del ruolo all'interno dell'organizzazione non è del tutto priva di problemi: bisogna tenere in considerazione che essi non sono sempre preparati per l'assunzione di tale ruolo che, come anticipato, riflette una mancanza di formazione manageriale, abilità, di tempo e personalità.

Questi aspetti generano ulteriori criticità che includono l'identità professionale (Degeling and Carr, 2004), la mancanza di consapevolezza dei ruoli dell'organizzazione (Ashmos et al., 2000) e la scarsa comunicazione con gli altri membri del gruppo (Kippist and Fitzgerald, 2006). In parte questi elementi sono il riflesso di uno sviluppo professionale dei medici-

manager che spesso non è parte di un programma continuo basato su un modello di competenze (Clark and Armit, 2008). Pertanto, le organizzazioni dovrebbero tenere conto di questa criticità avendo la consapevolezza che tali professionisti rappresentano il capitale umano dell'organizzazione che ha necessità di essere formato individuando le competenze adeguate per ricoprire tale ruolo.

Quindi, se ci si riferisce al capitale umano il Knowledge Management non si potrebbe comprendere se non si tenesse conto della crescita delle competenze dei knowledge workers (Butera et al., 1997; Butera et al., 2008).

Negli ultimi anni il pensiero organizzativo ha prodotto molte teorie e relative metodologie per la gestione delle conoscenze. Alcuni di questi si sono orientati sulla gestione delle persone e delle loro competenze (Edvinsson, Malone, 1997; Stoy and Sveiby, 2007) mentre altri ancora sulla gestione del sistema della conoscenza che deve essere realizzato scegliendo in modo strategico cosa è rilevante per l'organizzazione, ovvero quali siano le competenze principali da potenziare e sviluppare e sulle quali investire la maggior parte del tempo e delle risorse economiche (Prahadal and Hamel, 1990, Quinn, 1992, Hamel and Prahadal, 1994; Leonard-Barton, 1995; Quinn et al., 1996).

Quindi scegliere come strategia quella di curare il capitale intellettuale significa investire principalmente nella gestione e sviluppo delle persone, fare azioni di empowerment nelle organizzazioni (Bruscaglioni, Gheno, 2001) e pianificare le attività formative. Invece, puntare sulle core competencies da sviluppare implica la distinzione tra competenze chiave e competenze meno significative per generare un vantaggio competitivo (Ross and Ross, 1997). Tale concetto di "competenza distintiva" è stata sviluppata e promossa negli anni '90 da Prahalad e Hamel (1990; 1993; 1995). Nelle loro ricerche suggeriscono che le organizzazioni devono comprendere appieno le loro "competenze di base" e "capacità" per sfruttare con successo le loro risorse. Il loro valore dipende dalle dalla capacità del management di identificarle, sfruttarle e svilupparle (Horton, 2000). Pertanto, il presente studio si pone l'obiettivo di identificare prima di tutto le competenze chiave dei leader clinici con la finalità di affrontare il cambiamento e l'innovazione che caratterizza il sistema sanitario per affrontare le sfide presenti e future. In un secondo momento sarà compito del management delle aziende utilizzare la conoscenza di tali competenze per sfruttarle e svilupparle all'interno delle loro organizzazioni.

Tale approccio è innovativo perché nel settore sanitario, il termine "capitale intellettuale" non è stato ampiamente adottato (Peng et al., 2007). E in particolare riguardo il concetto di competenze del medico-manager la letteratura di riferimento non fornisce un supporto valido per la definizione di questa prospettiva, in quanto è limitata e parziale (Ileri et al., 2016), e non si riscontra una valutazione formale delle capacità dei dirigenti medici e delle loro esigenze di formazione per il futuro (Ham e Dickinson, 2008).

Tuttavia, studiosi come Shewchuk et al. (2005) propongono un quadro per la comprensione delle competenze per la pratica sanitaria. Hanno identificato le competenze prioritarie le hanno suddivisi in cinque gruppi: healthcare operations management; patient or consumer focus; political, legal and ethical concerns; financial and economic issues; and medical and physician relationship.

Altri studi, ancora, individuano la gestione dei conflitti, la leadership e la gestione del team, la capacità di interpretazione del sistema sanitario, l'acquisizione del linguaggio di gestione e degli aspetti finanziari come elementi importanti per il background manageriale del leader clinico (Kumpsalo et al. 2003), ma prendono in considerazione solo il punto di vista di alcuni attori del sistema.

Longest (2000) individua sei funzioni di management riconducibili a: pianificazione, funzione che consente di impostare una direzione e determinare ciò che deve essere compiuto; organizzazione, funzione che si riferisce al disegno della specifica unità della quale il manager è responsabile; staffing, funzione che si riferisce alla capacità di attrarre e di ritenere le risorse umane; controllo, funzione che si riferisce al monitoraggio delle attività e performance dello staff; direzione, funzione che si riferisce alla capacità di leadership, motivazione e comunicazione con i propri collaboratori; decisionale, funzione che si riferisce alla capacità di prendere decisioni valutandone gli svantaggi e i benefici delle alternative.

La letteratura quindi non fornisce studi chiari e specifici che si siano concentrati sull'identificazione degli elementi che conducano ad una capacità di gestione e sulle competenze specifiche che dovrebbero possedere i manager del settore (Liang et al., 2013).

Tuttavia, anche se non esiste nessun consenso sui requisiti dei dirigenti del settore sanitario, è stato discusso il concetto di "competenza chiave" in diverse pubblicazioni, dove si sostiene che esistono competenze di base che possono variare a seconda dei livelli di gestione e del contesto territoriale (McCarthy e Fitzpatrick, 2009; Liang et al., 2013). Nello specifico, Healthcare Leadership Alliance descrive cinque aree di competenze (Stefl, 2008): capacità di comunicazione sia interna che esterna rispetto all'organizzazione per facilitare le interazioni con individui e i gruppi; nella capacità di leadership per una visione condivisa in modo da raggiungere performance di successo e finalità strategiche; nella professionalità, intesa come la capacità di allineare la condotta personale ai valori etici e che includono l'orientamento al servizio e al paziente; nella competenza riguardante la comprensione del sistema sanitario per gestire le relazioni con l'ambiente in cui il servizio stesso è erogato; nella capacità legata alle business skills per una gestione efficace delle risorse.

Si evidenziano anche altri studi che provano ad identificare le competenze manageriali necessarie per la gestione del governo clinico in vari Paesi. Tra questi uno studio condotto da cinque scuole mediche canadesi dove si sono identificati otto specifici ruoli di medico:

medico esperto, comunicatore, collaboratore, sostenitore della salute, discente, manager, studioso e medico come persona (Neufeld et al., 1998).

Così come in uno studio effettuato negli Stati Uniti su 100 dirigenti medici si sono identificati i valori relativi al loro ruolo e che sono stati individuati nella capacità di comunicazione, garanzia della qualità e gestione del personale. Tuttavia la survey ha concluso che i topics elencati nello studio potevano non essere esaustivi e pertanto è possibile che le aree gestionali più importanti siano state trascurate (Vinson, 1994). Anche l'American College of Preventive Medicine ha fatto un tentativo per la definizione delle competenze di gestione per i medici, individuando quattro principali: fornitura di assistenza sanitaria, gestione finanziaria, gestione organizzativa e conoscenza etica e legale (Lane e Ross, 1998).

Concludendo, seppur tanti studi hanno trattato il tema delle competenze manageriali in sanità, manca una visione condivisa sul tema e, soprattutto, mancano studi che esplorano le competenze specifiche che i manager-medici dovrebbero possedere. Il capitale umano ha un'importanza fondamentale, tanto che la stessa letteratura manageriale attribuisce a questa risorsa la capacità di generare il vantaggio competitivo (Thurow, 1996), tale che nelle relazioni annuali sullo stato delle imprese l'informativa sul capitale intellettuale, sostituirà per importanza quella sui bilanci (Malone, 1997).

Il presente studio, quindi, parte dalle aree di competenze manageriali già individuate dalla letteratura, e si pone l'obiettivo di identificare le competenze specifiche e applicate determinanti per il settore della sanità e che devono possedere gli operatori per la massimizzazione delle performance aziendali. La loro determinazione è fondamentale poiché consente di definire le politiche per il loro sviluppo e per l'implementazione delle relative azioni in ambito formativo.

In tal modo i risultati rilevati dalla ricerca saranno utili al top management delle aziende sanitarie e ai policy maker che vorranno produrre strumenti operativi di intervento per la gestione del capitale umano e la costruzione di un sistema di knowledge management, con la finalità di garantire la formazione e le abilità idonee per l'amministrazione delle aziende sanitarie.

### **3.5 Metodo**

Per raccogliere i dati è stato costruito e somministrato un questionario on-line a circa 2,000 operatori del settore sanitario italiano nel periodo luglio 2015-febbraio 2016 (8 mesi).

La ricerca è stata condotta su soggetti che ricoprono ruoli diversi nelle aziende sanitarie, sia con un ruolo manageriale e sia senza un ruolo manageriale. Ricoprono un ruolo manageriale sia il top management (i.e. Chief Executive Officer, Chief Medical Officer, Chief Administrative Officer) che altri healthcare managers and administrative managers. Non hanno invece un ruolo manageriale tutti gli altri.

La distinzione tra ruolo organizzativo con funzioni manageriali (manager) e ruolo organizzativo senza funzioni manageriali (professional) permette di dare evidenza se e come il ruolo ricoperto influenzi la percezione delle competenze ritenute più significative. L'assunto di tale affermazione sottende il fatto che i punti di vista dei rispondenti sono legati alla posizione ricoperta.

Il questionario, oltre a rilevare il ruolo organizzativo, presenta gruppi di competenze manageriali specifiche (item), per ogni area di competenza manageriale (topic), e per ciascun gruppo è stato chiesto di individuare l'item ritenuto più rilevante, ossia quella competenza specifica considerata più importante per quei professionisti sanitari che ricoprono anche un ruolo manageriale.

I topics sono stati individuati sulla base della letteratura di riferimento e gli item all'interno di ciascun topic sono stati definiti attraverso focus group ai quali hanno partecipato circa 20 healthcare management educators. Inoltre, gli item di ogni topic, possono essere raggruppati in due sections, a seconda di come la competenza manageriale si sviluppa nella pratica.

Complessivamente sono state definiti 8 topics e 40 items. Nella tabella 1 si riportano gli 8 topic, le due sections per ciascun topic, e i riferimenti in letteratura. Inoltre, prima che il questionario fosse inoltrato ai professionisti è stato discusso con docenti di materie aziendali che collaborano con l'Università di Parma nei corsi di formazione manageriale. L'obiettivo principale è stato quello di definire un set di quesiti chiari, precisi e coerenti con le domande di ricerca e che rilevassero le competenze necessarie per affrontare la complessità gestionale e organizzativa delle aziende sanitarie.

	<b>Section</b>	<b>References</b>
Human Resource Management	Basic approach	Frank & Langer, 2003; Lane & Ross, 1998; Longest & Darr, 2014; Robles, 2012.
	Competence approach	
Organizational Design	Mechanistic Structure	Epstein & Hundert, 2002; Kirk, 2007; Lane & Ross, 1998; Marvin, 2007.
	Organic structure	
Programming	Tools	Bradley et al., 2008; Greiner & Knebel, 2003; Kumpusalo et al., 2003; Wass, Van der Vleuten, Shatzer, & Jones, 2001.
	Processes	
Analysis	Operations management	Calhoun, Davidson, Sinioris, Vincent, & Griffith, 2002; Geoghegan & Dulewicz, 2008; Henderson, 1995; Longest & Darr, 2014.
	Project management	
Costing	Broad	Kumpusalo et al., 2003; Lane & Ross, 1998; Stefl & Bontempo, 2008; Vinson, 1994.
	Sectorial	

Quality	Managerial	Greiner & Knebel, 2003; Neufeld et al., 1998; Stefl & Bontempo, 2008; Vinson, 1994.
	Technical	
Communication	Informal	Frank & Langer, 2003; Longest & Darr, 2014; Robles, 2012; Stefl & Bontempo, 2008.
	Formal	
Leadership	Hierarchic	Ileri et al., 2016; Kumpusalo et al., 2003; Longest Jr & Darr, 2014; Robles, 2012.
	Empowerment	

*Tab.3.1 Le competenze secondo l'analisi della letteratura*

I risultati della survey sono stati elaborati e sono presentati in due parti, ognuna con un obiettivo definito.

Nella prima parte il focus è sugli item più scelti e quelli meno scelti. L'obiettivo è quello di mettere in evidenza le competenze manageriali specifiche avvertite come maggiormente rilevanti e quelle che, al contrario, sono considerate di secondaria importanza. Si presenta inoltre un confronto tra le risposte fornite da coloro che ricoprono una funzione manageriale (manager), rispetto a chi invece non la ricopre (professional). L'obiettivo è dunque anche quello di verificare se, e in che modo, l'esperienza manageriale modifica le aspettative sulla rilevanza delle competenze.

Nella seconda parte, invece, il focus si sposta sull'analisi delle sections, all'interno degli 8 topics. L'obiettivo è dunque quello di verificare, per ciascun topic, come le competenze dovrebbero orientarsi nella pratica. Anche in questo caso, i dati sono confrontati tra managers e professionals. A questo scopo è stata creata una matrice 4x4 per ciascun topic che mette in relazione le due sections con il tipo di ruolo organizzativo (manager vs professional).

### **3.6 Risultati**

#### ***Il campione di riferimento***

Al termine del periodo di osservazione sono stati raccolti 676 questionari (33.8%). Dei rispondenti, 362 svolgono anche funzioni manageriali nell'ospedale (53.5%) mentre 314 non hanno una funzione manageriale (46.4%). Analizzando più nel dettaglio i due gruppi di rispondenti, risulta che di coloro che hanno una funzione manageriale, 35 sono dei top manager, 307 sono healthcare managers (physicians, nurses, etc.) e 20 administrative managers. Invece, di coloro che non hanno un ruolo manageriale, 288 sono healthcare professionals e 26 administrative professionals.

#### ***L'analisi dei dati***

L'analisi dei dati mostra considerazioni sugli item abbastanza coerenti da parte dei manager e professional. Infatti, analizzando gli item considerati più importanti, ossia quelli hanno ottenuto oltre il 50% delle preferenze, questi sono gli stessi per entrambi i gruppi intervistati:

Definire obiettivi in coerenza con le risorse disponibili (manager 58.0% vs professional 51.6%); Analizzare l'organizzazione e i processi aziendali, i punti di forza e di debolezza (55.2% vs 51%); Fare valutazioni economiche considerando efficienza, efficacia e qualità (63.5% vs 59.6%); Comunicare a livello interpersonale (63.3% vs 63.1%); Generare un clima organizzativo collaborativo (le condizioni favorevoli affinché i propri collaboratori sviluppino team) (58.8%; 61.5%).

Allo stesso modo, anche per le competenze considerate meno rilevanti (<5% delle preferenze) abbiamo valutazioni molto simili tra manager e non manager: Contribuire alla realizzazione di un sistema premiante di compensi e benefit (manager 4.4% vs professional 6.4%); Redigere progetti (5% vs 4.8%); Scrivere le procedure (1.7% vs 6.1%); Analizzare e progettare la logistica dei beni nei settori specifici e nelle aree territoriali (0.6% vs 1.3%); Analizzare e progettare la gestione dei flussi di utenti (4.4%; 2.9%); Utilizzare i flussi informativi (4.1% vs 4.1%); Interpretare un bilancio d'esercizio (4.4%; 9.2%); Comunicare attraverso la forma scritta e "social" (4.7%; 5.4%); Gestire i progetti (5.0% vs 8.3%).

Nella Tabella 2 si riportano invece le competenze considerate più rilevanti, e quelle meno importanti, con riferimento a ciascun topic.

Topic	Item	Relevance
Human Resource Management	Setting up competence development education for colleagues	37.7%
	Contributing to setting up reward benefit system	5.3%
Organizational Design	Defining goals according to available resources	55.0%
	Drafting procedures	3.7%
Programming	Analyzing the organization and processes, strengths and weaknesses	53.3%
	Analyzing and planning logistics in specific sectors in local areas	0.9%
Analysis	Interpreting complex phenomena using various indicators. (Data and trend analysis)	41.0%
	Using information flows	4.1%
Costing	Making assessments taking account of efficiency, efficacy and quality	61.7%
	Interpreting annual balance sheet	6.7%
Quality	Assessing clinical outcomes	37.1%
	Assessing colleague satisfaction	7.1%
Communication	Interpersonal communication	63.2%
	Communicating in writing and on social media	5.0%
Leadership	Creating a collaborative atmosphere (favorable conditions for teamwork)	60.1%
	Leading projects	6.5%

Tab.3.2. Rilevanza delle competenze in base ai topic

### 3.7 Analisi

Analizzando come le competenze si focalizzano nella pratica delle attività quotidiane (section), emerge che in quasi tutte le aree di indagine esiste un orientamento predominante rispetto all'altro. Se si esclude infatti l'area 4 "Analysis", in tutti i topic esiste una section che raccoglie almeno 20 punti percentuali in più di consenso rispetto all'altra (Tabella 3).

I 3 topic dove esiste una section ritenuta di gran lunga preferibile all'altra sono: Costing, dove la competenza si concretizza soprattutto nel saper fare valutazioni economiche di specifici progetti (86.1%); Communication, dove è ritenuta primaria la capacità di comunicare in maniera informale (75.9%); Human Resource Management, dove emerge una chiara rilevanza di un approccio alla gestione dei collaboratori basato sulle competenze (73.1%).

Topics	Sections	Managers	Professionals	Overall
Human Resource Management	Basic approach	24.6%	29.6%	26.9%
	Competence approach	75.4%	70.4%	73.1%
Organizational Design	Mechanistic Structure	37.0%	43.6%	40.0%
	Organic structure	63.0%	56.4%	60.0%
Programming	Tools	34.0%	34.7%	34.3%
	Processes	66.0%	65.3%	65.7%
Analysis	Operations management	48.1%	41.7%	45.1%
	Project management	51.9%	58.3%	54.9%
Costing	Broad	11.3%	16.9%	13.9%
	Sectorial	88.7%	83.1%	86.1%
Quality	Technical	72.1%	58.0%	65.5%
	Managerial	27.9%	42.0%	34.5%
Communication	Formal	23.5%	24.8%	24.1%
	Informal	76.5%	75.2%	75.9%
Leadership	Hierarchic	32.9%	33.4%	33.1%
	Empowerment	67.1%	66.6%	66.9%

*Tab.3.3. La rilevanza delle competenze in base ai profili professionali*

I dati sono inoltre confermati anche se si considerano in maniera separata le valutazioni espresse dai manager rispetto ai professional.

Le valutazioni fatte dai due gruppi infatti sono tra loro molto vicine. La massima discordanza si riscontra per il topic "Quality" (circa 14 punti percentuale di differenza). Infatti, in

quest'area, i manager considerano molto più determinante un focus sulla technical quality rispetto ai non manager (72% vs 58%). La massima vicinanza tra i due gruppi si riscontra per sul tema della Leadership (0.5 punti percentuali) e sul tema del Programming (0.7 punti percentuali).

### **3.8 Conclusioni**

Dall'analisi dei dati non emergono forti differenze tra managers e professionals.

La percezione delle competenze necessarie per chi svolge un ruolo manageriale nelle aziende sanitarie è fortemente collegata ai processi operativi, piuttosto che al ruolo ricoperto. In altri termini chi opera nelle strutture sanitarie vede i problemi in modo sostanzialmente simile, a prescindere dal ruolo ricoperto, e considera alcune competenze necessarie per ricercare migliori performance. Questo è sicuramente un elemento molto significativo che potenzialmente è in grado di favorire l'integrazione attraverso strumenti manageriali condivisi. Infatti è logico dedurre che le esperienze, seppur vissute da ruoli e punti di vista differenti, evidenzino la necessità di promuovere azioni che presuppongono competenze non sempre consolidate all'interno della struttura ma ritenute utili per generare processi di miglioramento sia da managers che professionals.

L'analisi dei dati, inoltre, mette in luce alcuni elementi interessanti. Innanzi tutto prevale un approccio basato sulle competenze per la gestione del personale e questo appare del tutto ragionevole proprio perché sia i professionals che i managers le ritengono una risorsa strategica. In una organizzazione ad alto contenuto professionale le attività, quindi, devono tendere alla valorizzazione delle competenze. Tale orientamento è sicuramente sentito come bisogno sia dai manager che dagli specialisti.

Un secondo elemento, evidenzia un orientamento ad una valutazione dei costi a livello di specifici progetti. È considerata invece secondario il focus sugli equilibri complessivi di azienda. Questo esprime uno scarso interesse alla conoscenza dei meccanismi fondamentali che consentono il raggiungimento del pareggio tra costi e le relative fonti di finanziamento. Il focus, sia di managers (e questo un po' sorprende) che dei professionals, sui singoli progetti lo si può leggere come una scarsa responsabilizzazione verso l'equilibrio generale dell'azienda. Potremmo spiegarci tale orientamento ai progetti se intendessimo l'equilibrio aziendale complessivo come sommatoria dei singoli equilibri economici dei progetti.

Un ulteriore elemento interessante, legato alla comunicazione, è la preferenza verso un sistema informale. Tale sistema, preferito sia da managers che professionals, è caratterizzato dalla forte presenza di dinamiche personali e interpersonali che guidano l'agire quotidiano. Le organizzazioni devono quindi favorire relazioni dirette e informali, in grado di valorizzare il contenuto professionale stesso della organizzazione. Questo

probabilmente è da collegarsi alla esigenza di scambiarsi informazioni in contesti dove i rapporti diretti sono elemento di valorizzazione della professionalità.

Un quarto elemento evidenzia che la valutazione la qualità è molto importante per managers e professionals. La qualità è un aspetto che necessita di attenzione sia nell'ambito dei comportamenti che nell'ambito degli outcome. La valutazione della qualità è una importante competenza che i managers devono possedere per essere credibili con i professionals e viceversa. Si consideri che due aspetti sono al centro dell'attenzione: la valutazione degli outcome e la definizione di standard di comportamento; essi rappresentano una base comune molto importante per la gestione dei processi di miglioramento nelle organizzazioni sanitarie.

Un'altra evidenza fa riferimento al tema della programmazione. L'orientamento ai processi risulta l'aspetto determinante, sia per managers che per professionals, poiché considerano elemento chiave la capacità di analizzare i processi nella loro interezza (punti di forza e di debolezza), nella programmazione delle attività aziendali.

Infine, per quanto concerne la capacità di leadership, questa è particolarmente concentrata su due aspetti: la negoziazione e la creazione di un clima organizzativo positivo. Pare emergere, infatti, da un lato una capacità di guida fortemente orientata a "fare squadra", a generare cioè un clima organizzativo partecipativo, e d'altro lato, una capacità di "farsi valere" attraverso il potenziamento delle capacità negoziali.

In sintesi le competenze dove maggiormente si concentra l'attenzione sono quindi:

- Valutazione della qualità avendo come riferimento outcome e standard;
- La valorizzazione delle competenze professionali;
- Una programmazione basata sulla gestione per processi;
- La valutazione dei costi anche in questo caso concentrata sui progetti;
- Una comunicazione informale basata sulle relazioni personali;
- Una leadership basata sulla partecipazione dei professionisti che sanno valorizzarsi nella negoziazione.

### **3.9 Discussione dei risultati**

I risultati della ricerca hanno quindi messo in evidenza quali sono le competenze specifiche che gli attori del sistema considerano cruciali per coloro che ricoprono funzioni manageriali nelle aziende sanitarie e rappresentano la base affinché le aziende costruiscano un sistema di knowledge management per la gestione del capitale intellettuale.

I risultati, inoltre, danno indicazioni molto esplicite anche per i processi formativi. I temi indicati da professionals e managers forniscono indicazioni per la costruzione di percorsi formativi robusti e ben finalizzati. I temi identificati si concentrano sui processi, sulla

valutazione di costi dei progetti, sulla valutazione della qualità sia di outcome che di standard, sulla leadership orientata alla partecipazione del gruppo e alla negoziazione, etc. Questi temi potrebbero trovare risposta sia in una prima formazione di natura tecnica e sia approfondendo successivamente aspetti legati a comportamenti organizzativi.

Dall'analisi emergono alcuni elementi caratterizzanti le organizzazioni sanitarie che possono essere utili per il top management. In particolare, si possono individuare tre caratteristiche forti.

In primo luogo, un'attenzione ai processi sia qualitativi che economici. Da un lato questo appare un elemento in contrasto con il passato, almeno in Italia, dove esisteva una forte focalizzazione solo sull'atto medico, senza comprendere che esso necessitasse anche di specifiche condizioni organizzative per compiersi. Da qui si deduce che vengano fatte scelte organizzative che mettano a disposizione informazioni su costi e qualità dei singoli processi con una responsabilizzazione sui risultati espressi come miglioramento della qualità e razionalizzazione dei costi.

In secondo luogo, una politica del personale fortemente ancorata alla valutazione delle competenze, quasi in contrapposizione ad una politica del personale tradizionale e di stampo amministrativo e formale.

Questo passaggio, che significa valutare la professionalità e quindi dotarsi di strumenti che permettano di favorire le competenze, è una strada che appare molto interessante per generare competenze allineate con i fabbisogni organizzativi. Peraltro i dati della ricerca evidenziano come questa consapevolezza è forte tra i professionals che, quindi, sono i primi ad invocare questo cambiamento.

Infine, il tema della leadership, orientata a generare un clima collaborativo e quindi motivante e la richiesta di una comunicazione più personale, è sicuramente un elemento che può guidare le politiche di progettazione organizzativa. Emerge quindi una visione organizzativa dinamica che richiede delega di responsabilità, concentrazione sugli obiettivi e non sui compiti, e team motivati. Anche in questo caso ciò rappresenta un cambiamento significativo di politica organizzativa nelle aziende pubbliche rispetto al passato.

Il quadro appare chiaro, siamo di fronte ad una evoluzione che può portare alla trasformazione della gestione delle aziende pubbliche. La responsabilità di guidare e implementare tale evoluzione, oltre ad incoraggiare e sostenere questo cambiamento, spetta però in maniera preponderante ai policy maker e al top management delle aziende. Infine, la nostra ricerca non è priva di limiti. Occorre quindi fare due principali considerazioni. La prima è che i risultati possono essere influenzati dal contesto di riferimento, ossia dalle caratteristiche del settore sanitario italiano all'interno del quale la ricerca è stata condotta. Infatti, anche se l'individuazione delle aree manageriali (topic) è stata realizzata sulla base della letteratura internazionale, la scelta delle competenze specifiche (item) è avvenuta da parte degli operatori sulla base della loro esperienza nel proprio contesto di riferimento.

Le problematiche legate alla gestione delle aziende sanitarie, infatti, possono essere diverse da Paese a Paese e modificare quindi la percezione di quale competenza sia maggiormente rilevante per il management. Uno sviluppo futuro della ricerca potrebbe quindi essere quello di riproporre il questionario in Paesi diversi e verificare eventuali vicinanze e divergenze rispetto ai risultati emersi in Italia.

La seconda limitazione fa riferimento ad ulteriori elementi che potrebbero influenzare le risposte degli operatori e che non sono stati presi in considerazione per l'analisi. Infatti, elementi caratterizzanti il rispondente, quali l'età, il sesso, il percorso di formazione seguito, gli anni di servizio presso l'azienda, gli anni di esperienze come manager, il numero di aziende presso le quali hanno prestato servizio, sono tutti fattori che potrebbero influenzare la scelta del rispondente.

## **Ringraziamenti**

Parte dei risultati presentati in questo elaborato costituiscono un articolo dal titolo "Managerial Competences in Healthcare Organizations: the Professionals' Perspective" In revisione presso il Journal Public Management Review.

Un ringraziamento particolare al Prof. Antonello Zangrandi, al Dott. Simone Fanelli e al Dott. Gianluca Lanza in quanto coautori del lavoro. Nello specifico grazie al Prof. Antonello Zangrandi per il supporto metodologico e per l'interpretazione dell'intero progetto di ricerca, a Gianluca Lanza per l'importante supporto fornito in fase di elaborazione dei dati e a Simone Fanelli sia per l'aspetto metodologico che di revisione dell'intero lavoro.

## Bibliografia

Ackroyd S., Kirkpatrick I., & Walker R. M., "Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis", *Public Administration*, Volume 85, Number 1, Pages 9–26, 2007

Aitken K., & Von Treuer K., "Organisational and leadership competencies for successful service integration", *Leadership in Health Services*, Volume 27, Number 2, Pages 150–180, 2014

Ashmos D. P., Duchon D., & McDaniel R. R., "Physicians and decisions: a simple rule for increasing connections in hospitals", *Health Care Management Review*, Volume 25, Number 1, Pages 109–115, 2000

Berkenbosch L., Bax M., Scherpbier A., Heyligers I., Muijtjens A. M. M., & Busari J. O., "How Dutch medical specialists perceive the competencies and training needs of medical residents in healthcare management", *Medical Teacher*, Volume 35, Number 4, Pages e1090–e1102, 2013

Bradley E. H., Cherlin E., Busch S. H., Epstein A., Helfand B., & White W. D., "Adopting a competency-based model: Mapping curricula and assessing student progress", *Journal of Health Administration Education*, Volume 25, Number 1, Pages 37–51, 2008

Calhoun J. G., Davidson P. L., Sinioris M. E., Vincent E. T., & Griffith J. R., "Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management", *Quality Management in Healthcare*, Volume 11, Number 1, Pages 14–38, 2002

Correia T., & Denis J. L., "Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal", *BMC Health Services Research*, Volume 16, Number 2, Pages 161, 2016

Doolin B., "Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians", *Organization Studies*, Volume 23, Number 3, Pages 369–390, 2002

Edmonstone J., "Clinical leadership: the elephant in the room", *The International Journal of Health Planning and Management*, Volume 24, Number 4, Pages 290–305, 2009

Epstein R. M., & Hundert E. M., "Defining and assessing professional competence", *Jama*, Volume 287, Number 2, Pages 226–235, 2002

Fitzgerald L., & Ferlie E., "Professionals: back to the future?", *Human Relations*, Volume 53, Number 5, Pages 713–739, 2000

Frank J. R., & Langer B., "Collaboration, communication, management, and advocacy: teaching surgeons new skills through the CanMEDS Project". *World Journal of Surgery*, Volume 27, Number 8, Pages 972–978, 2003

Geoghegan L., & Dulewicz, V., "Do project managers' leadership competencies contribute to project success?", *Project Management Journal*, Volume 39, Number 4, Pages 58–67, 2008

Greiner A. C., & Knebel E., *Health professions education: A bridge to quality*, National Academies Press, Washington DC, 2003

Henderson M. D., "Operations management in health care", *Journal of Health Care Finance*, Volume 21, Number 3, Pages 44–47, 1995

Hewison A., & Griffiths M., "Leadership development in health care: a word of caution", *Journal of Health Organization and Management*, Volume 18, Number 6, Pages 464–473, 2004

- Iedema R., Degeling P., Braithwaite J., & White L., "It's an interesting conversation I'm hearing': the doctor as manager", *Organization Studies*, Volume 25, Number 1, Pages 15–33, 2004
- Ileri S. K., Walshe, K., Benson L., & Mwanthi M., "A comparison of experiences, competencies and development needs of doctor managers in Kenya and the United Kingdom (UK)", *The International Journal of Health Planning and Management*, Volume 32, Number 4, Pages 509–539, 2016
- Jack E. P., & Powers T. L., "A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services", *International Journal of Management Reviews*, Volume 11, Number 2, Pages 149–174, 2009
- Kak N., Burkhalter B., & Cooper M.-A., "Measuring the competence of healthcare providers", *Operations Research Issue Paper*, Volume 2, Number 1, Pages 1–28, 2001
- Kirk L. M. (2007), *Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching*. In Baylor University Medical Center. *Proceedings* (Vol. 20, p. 13–16), Baylor University Medical Center, Dallas TX, 2007
- Kirkpatrick I., Bullinger B., Lega F., & Dent M., "The translation of hospital management models in European health systems: a framework for comparison", *British Journal of Management*, Volume 24, Number S1, Pages 48–61, 2013
- Kirkpatrick I., Jespersen P. K., Dent M., & Neogy I., "Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England", *Sociology of Health & Illness*, Volume 31, Number 5, Pages 642–658, 2009
- Kitchener M., "Quasi-market Transformation: An Institutional Approach to Change in UK Hospitals", *Public Administration*, Volume 76, Number 1, Pages 37–95, 1998
- Kuhlmann E., & von Knorring M., "Management and medicine: why we need a new approach to the relationship", *Journal of Health Services Research & Policy*, Volume 19, Number 3, Pages 189–191, 2014
- Kumpusalo E., Virjo I., Mattila K., & Halila H., "Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues: A lesson from Finland", *Journal of Health Organization and Management*, Volume 7, Number 6, Pages 457–462, 2003
- Kurunmäki L., "A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals", *Accounting, Organizations and Society*, Volume 29, Number 3, Pages 327–347, 2004
- Lane D. S., & Ross V., "Defining competencies and performance indicators for physicians in medical management", *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 14, Number 3, Pages 229–236, 1998
- Lega F., Prenestini A., & Spurgeon P., "Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies", *Value in Health*, Volume 16, Number 1, Pages S46–S51, 2013
- Liang Z., Howard P. F., Koh L. C., & Leggat S., "Competency requirements for middle and senior managers in community health services", *Australian Journal of Primary Health*, Volume 19, Number 3, Pages 256–263, 2013
- Longest B. B., & Darr K. J., *Managing Health Services Organizations and Systems*, MD: Health Professions Press, Baltimore, 2014
- Longo F., "Implementing managerial innovations in primary care: can we rank change drivers in complex adaptive organizations?", *Health Care Management Review*, Volume 32, Number 3, Pages 213–225, 2007

- Marvin, J. S., Invited commentary: Professionalism in 21st-century medicine. In Baylor University Medical Center. Proceedings (Vol. 20, p. 16–17). Dallas, TX: Baylor University Medical Center, 2007
- Mintzberg H., Power in and around organizations, Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ, 1983
- Neufeld V. R., Maudsley R. F., Pickering R. J., Turnbull J. M., Weston W. W., Brown M. G., & Simpson J. C., "Educating future physicians for Ontario", *Academic Medicine*, Volume 73 Number 11, Pages 1133–1148, 1998
- Noordegraaf M., "From "pure" to "hybrid" professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains", *Administration & Society*, Volume 39, Number 6, Pages 761–785, 2007
- Pihlainen V., Kivinen T., & Lammintakanen J., "Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review", *Leadership in Health Services*, Volume 29, Number 1, Pages 95–110, 2016
- Prentestini A., Calciolari S., Lega F., & Grilli R., "The relationship between senior management team culture and clinical governance: Empirical investigation and managerial implications", *Health Care Management Review*, Volume 40, Number 4, Pages 313–323, 2015
- Robles M. M., "Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace", *Business Communication Quarterly*, Volume 75, Number 4, Pages 453–465, 2012
- Rotar A. M., Botje D., Klazinga N. S., Lombarts K. M., Groene O., Sunol R., & Plochg T., "The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries", *BMC Health Services Research*, Volume 16, Number 2, Pages 160, 2016
- Spehar I., Frich J. C., & Kjekshus L. E., "Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals", *BMC Health Services Research*, Volume 14, Number 1, Pages 251, 2014
- Steffl M. E., & Bontempo C. A., "Common competencies for all healthcare managers: The healthcare leadership alliance model", *Journal of Healthcare Management*, Volume 53, Number 6, Pages 360, 2008
- Supic Z. T., Bjegovic V., Marinkovic J., Milicevic M. S., & Vasic V., "Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience", *Health Policy*, Volume 96, Number 1, Pages 80–89, 2010
- Vinson, C., "Administrative knowledge and skills needed by physician executives", *Physician Executive*, Volume 20, Number 6, Pages 3–8, 1994
- von Knorring M., Alexanderson K., & Eliasson M. A., "Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession", *Journal of Health Organization and Management*, Volume 30, Number 3, Pages 421–440, 2016
- Wass V., Van der Vleuten C., Shatzer J., & Jones R., "Assessment of clinical competence", *The Lancet*, Volume 357, Number 9260, Pages 945–949. 2001

## 4. I Sistemi di Programmazione e controllo nelle Aziende Pubbliche

### 4.1 La rilevanza e il funzionamento del controllo di gestione nei processi aziendali

Il sistema di controllo di gestione permette di orientare i processi decisionali all'interno dell'azienda in modo da comprendere se gli obiettivi abbiano coerenza con le risorse a disposizione e consente di verificare se le attività poste in essere siano funzionali al raggiungimento di tali obiettivi. Il processo decisionale alla base del suo funzionamento consta di quattro fasi: programmazione, misurazione, verifica ed eventuali azioni correttive.

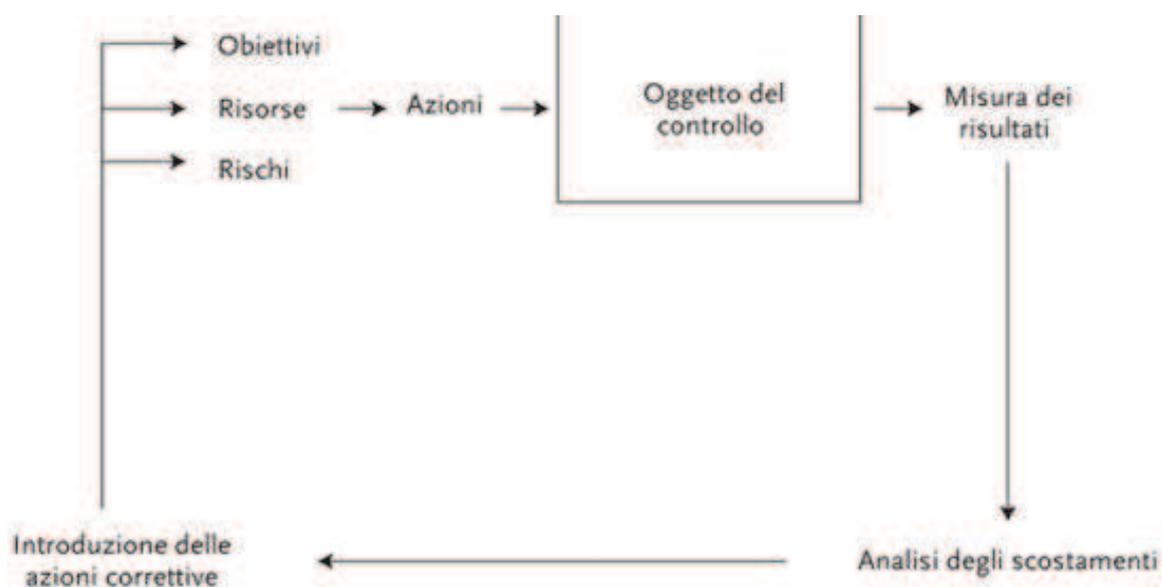


Fig. 4.1 Processo decisionale (Azzone, 2000)

Pertanto, il processo decisionale impone all'azienda la determinazione degli obiettivi strategici e operativi valutandone le risorse disponibili e la valutazione dei rischi connessi al loro raggiungimento. Nei sistemi tradizionali tale processo di programmazione veniva focalizzato su obiettivi di breve periodo e pertanto aveva come focus solo quello di verificare alcune misure di natura economica improntando l'analisi degli obiettivi secondo una prospettiva verticale e verticistica. Tuttavia, attualmente la crescente complessità nella quale operano le aziende ha reso i tradizionali meccanismi di controllo di gestione obsoleti e non sempre efficaci nel proiettare la situazione aziendale. Di conseguenza, rispettando la logica temporale, anche la misurazione dei risultati è volta a verificare gli obiettivi a breve termine. Nella terza fase, raffigurata nella Fig. 4.1 trova spazio l'analisi degli scostamenti dei risultati che veniva svolta analizzando le sole misure economiche rendendo la frequenza del controllo limitata.

Tuttavia, l'ambiente entro il quale operano le aziende è molto complesso e i cambiamenti che queste ultime devono affrontare sono sempre più repentini. Tale complessità esterna si traduce anche in una maggiore complessità interna e quindi in organizzazioni che hanno una complessità gestionale sempre più elevata.

Rilevate queste considerazioni anche il processo decisionale subisce un mutamento che si traduce in un differente ciclo di controllo, che impone un superamento dei modelli tradizionali.

Per prima la fase della pianificazione, che diviene una pianificazione strategica che considera obiettivi di lungo periodo. Pertanto, il controllo di gestione non è più legato solo al momento operativo anche perché le decisioni strategiche influenzano quelle operative. Infatti, la stessa letteratura dedica specifica attenzione alla comprensione del rapporto tra strategia e controllo di gestione (Miraglia, 2012). Pertanto, il sistema di controllo, in tal senso, è utile e serve per l'implementazione della strategia una volta che quest'ultima è stata formulata (Anthony, 1967).

La relazione tra scelte di gestione e sistema di controllo di gestione, è intesa in senso bidirezionale e influenza in modo continuo la progettazione e riprogettazione del sistema di controllo perché la stessa strategia viene determinata in una relazione dinamica che include anche il sistema di controllo (Miraglia, 2012). Anche il sistema di misurazione delle performance, essendo un sotto-sistema del sistema di gestione, è a sua volta influenzato dal rapporto scelte di gestione e sistema di controllo.

In considerazione di tale rapporto risulta necessario osservare un altro aspetto: il cambiamento dell'orientamento delle aziende. Infatti, mentre prima le aziende erano orientate verso l'interno risulta sensata l'osservazione delle sole misure economico-finanziarie. Al contrario quando l'impresa è orientata verso l'esterno secondo una logica di accountability, si osservano altri parametri come la qualità, il tempo, ecc. e si pone maggiore attenzione agli stakeholder. Pertanto, questi nuovi fattori influenzano la strategia, che a sua volta influenza il sistema di controllo e di conseguenza il sistema di misurazione.

Per tali motivazioni la letteratura ha messo in evidenza i limiti dei tradizionali sistemi di misurazione delle performance facendo emergere la necessità di sistemi multidimensionali che considerino oltre alle misure economico-finanziarie altre misure di natura qualitativa. Tra questi il più noto è la Balance Score Card di Kaplan-Norton (1996), che si basa sulla rilevanza delle misure sia interne che esterne e finanziarie e non finanziarie.

#### **4.2 I Sistemi di Programmazione e Controllo nelle Aziende Sanitarie**

Tra i cambiamenti più significativi apportati dalla managerializzazione delle Aziende Pubbliche vi è senza dubbio l'introduzione dei sistemi di Programmazione e Controllo (Radnor e McGuire; Macinati e Anessi Pessina, 2014). La riflessione al centro della loro

creazione si basa sul presupposto che le sole valutazioni economico finanziarie non siano in grado di catturare la natura complessa delle performance aziendali (Epstein e Manzoni, 1998). Infatti l'analisi delle sole misure contabili permette di concentrare l'osservazione delle dinamiche aziendali solo in un'ottica di breve periodo trascurando tutti gli aspetti gestionali necessari per prevederne un'evoluzione futura (Giovannoni, 2008).

Questo aspetto risulta di particolare rilievo per le aziende sanitarie alle quali attualmente è richiesto di allinearsi agli standard aziendali soprattutto se si tiene in considerazione dei tagli imposti dalle politiche di spending review che richiedono attenzione soprattutto ai risultati di gestione facendo in modo che i servizi possano rispondere al bisogno di salute dei pazienti. Considerato il contesto pertanto i metodi tradizionali di valutazione non risultano efficaci perché evidenziano i loro limiti e la loro inadeguatezza per la valutazione del percorso che le aziende devono perseguire per la creazione del valore.

Ciò crea la necessità di realizzare nuovi strumenti per il supporto dei processi decisionali e strategici.

Nelle organizzazioni sanitarie possono essere impiegati, con successo, nuovi strumenti di misurazione che supportano il controllo strategico ed il processo decisionale.

Questo ha portato alla realizzazione di strumenti in grado di fotografare il valore che l'azienda sta creando o distruggendo in un determinato momento e per il quale gli indicatori economico finanziari sono risultati inadeguati (Donna e Lo Sardo, 2000). Accanto a questo primo aspetto vi è anche la necessità di fornire indicazioni al personale sulla strategia del management in modo tale che gli obiettivi strategici possano essere chiari e condivisi (Busco e Saviotti, 2008).

In questa direzione vi sono diversi studi che hanno messo in evidenza la necessità di coniugare accanto all'uso di indicatori economico finanziari l'utilizzo di misure non finanziarie (Alberti e Bubbio, 2000). Spesso i budget, infatti, attribuiscono particolare rilevanza alle informazioni monetarie disponibili all'interno del sistema contabile, e per questo motivo risultano limitanti per valutare i risultati aziendali in una prospettiva volta alla creazione di valore (Porter, 1985).

Questa limitazione appare ancora più evidente quando si parla delle aziende pubbliche, per le quali la finalità principale si identifica con i concetti di efficacia, qualità e soddisfazione degli stakeholder.

Tra le aziende pubbliche troviamo le aziende sanitarie per le quali la fornitura di servizi secondo la logica di creazione di valore e la soddisfazione dei pazienti assume una certa rilevanza. Ciò ha fatto sì che il management delle aziende pubbliche orientasse l'attenzione verso sistemi di misurazione delle performance in grado di supportare le decisioni e dare indicazioni su come allocare le risorse in modo efficiente (Franco-Santos et al., 2012; Cifalinò e Vendramini, 2015). Per tale motivo vi è stato lo sviluppo di diversi approcci e modelli, come l'activity-based, che mettono in evidenza il governo delle attività e dei

processi (Kaplan e Porter, 2011), e i sistemi multidimensionali di misurazione delle performance volti a cogliere le strategie aziendali, tra i quali la Balanced Scorecard (Kaplan e Norton, 2004; Baraldi, 2005; Lucianetti, 2013).

Questi modelli, più che come strumenti di misurazione delle performance, possono essere ricondotti a dei sistemi manageriali capaci di focalizzare l'attenzione e le risorse aziendali verso quelle aree definite critiche, come i prodotti, i processi, l'innovazione e l'apprendimento (Kaplan e Norton, 1992). Pertanto, grazie ad essi il management aziendale riesce ad avere una più chiara visione strategica e una valutazione più oggettiva delle performance aziendali.

Tali aspetti risultano molto rilevanti nel contesto sanitario anche in considerazione degli aspetti congiunturali che lo caratterizzano attualmente.

Negli ultimi anni, infatti, si assiste a uno scenario caratterizzato da un calo delle entrate fiscali associate a un decremento delle risorse disponibili (Mladovsky, 2012), ad una crescente domanda di servizi dovuti all'invecchiamento della popolazione (Jack e Powers, 2009), a più alte aspettative del paziente (Lega et al., 2013; Toygar e Akbulut, 2014) e a innovazioni mediche costose (Kaplan e Porter, 2011). Ciò ha dato sviluppo alla creazione di nuovi modelli organizzativi per garantire un'assistenza che non è più solo basata sulla gestione delle acuzie, ma sulla prevenzione e la presa in carico delle patologie croniche. Tali aspetti, dunque, portano a compiere alcune riflessioni sui modelli di misurazione delle performance da applicare al sistema delle Cure Primarie (Cifalinò e Vendramini, 2015).

Nonostante quanto finora descritto, i sistemi di misurazione delle performance rimangono un argomento poco dibattuto in letteratura se applicati ai modelli organizzativi delle Cure Primarie. Pertanto il presente lavoro intende indagare:

il modo in cui questi ultimi vengono declinati all'interno delle organizzazioni basate sulle Cure Primarie e in particolare sulle Case della Salute, facendo riferimento al modello di Kaplan e Norton di Balance Scorecard;

gli effetti che un processo sistematico di questo tipo innesca nell'immediato e che, quindi, l'organizzazione si troverà a dover affrontare affinché il cambiamento messo in atto diventi efficace.

La scelta del "caso studio" come metodo di ricerca è stata guidata dall'intento di testare gli strumenti ideati nel contesto organizzativo, in modo da ridurre lo storico gap tra teoria e prassi (Chiucchi, 2014), causa negli ultimi anni di una diminuzione di interesse verso quel tipo di studi di management accounting (Lukka, 2005) che risultano privi di rilevanza pratica.

#### **4.3 La letteratura dei Sistemi di Controllo**

I sistemi di controllo sono un aspetto fondamentale per la pianificazione e quindi per il monitoraggio e il raggiungimento degli obiettivi delle aziende sanitarie. Tra i sistemi di

controllo, il controllo di gestione persegue la finalità di verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità del processo aziendale.

Storicamente, il controllo di gestione si è sviluppando seguendo l'approccio di due scuole di pensiero (Costa e Nacamulli, 1996; Alberti e Bubbio, 2000). La prima scuola, ha privilegiato nella progettazione dei sistemi di controllo gli strumenti e l'architettura dei sistemi, più che dei processi organizzativi (Antony, 1965). La seconda scuola, al contrario, ha dedicato molta più attenzione al disegno dei processi organizzativi, per la centralità degli attori da coinvolgere, e ai meccanismi di valutazione e di ricompensa (Lecci e Vendramini, 2010).

La Balance Scorecard appartiene concettualmente alla prima scuola, anche se sono presenti alcuni meccanismi basati sulla valutazione e la ricompensa (Alberti e Bubbio, 2000). Tale strumento gestionale, identifica un concetto di controllo basato sull'approccio strategico e si colloca nell'ambito in un sistema di gestione delle performance che coinvolge il sistema di controllo in tutti i suoi livelli, sia direzionale che organizzativo (Hvidman e Andersen, 2013). Lo scopo principale è quello di trasformare la strategia organizzativa in attività operativa.

Il sistema consiste nella progettazione di un framework formato seguendo quattro prospettive: finanza, cliente, processo interno, e crescita. Il framework traduce la mission e la strategia dell'organizzazione in un set di indicatori, creando un equilibrio tra aspetti finanziari e non-finanziari, tra risultati esterni e interni, tra breve e lungo termine. Infatti è importante la presenza di più indicatori perché un solo tipo di indicatore non è in grado di fornire informazioni complete sugli obiettivi di performance (Kaplan e Norton, 1992). Pertanto si evidenzia la necessità di predisporre un sistema di indicatori collegati tra loro in modo che possano monitorare tempestivamente i processi aziendali per poterli analizzare e per poter implementare le necessarie manovre correttive.

L'obiettivo è quello di incentivare la logica del miglioramento continuo. Nel farlo occorre prestare attenzione alle minacce e alle barriere che possono interferire nell'implementazione del sistema. Queste sono state individuate in una vision debole, la mancanza di supporto da parte del management e da parte dei dipendenti, le risorse insufficienti (Inamdar et al., 2002). Inoltre, a tali problematiche si aggiunge il fatto che spesso gli indicatori di performance possono essere utilizzati o percepiti come un sistema per dare una valutazione ai manager, generando un senso generale di frustrazione e una tendenza a manipolare la rilevazione dei dati, e all'inefficienza dei flussi informativi che causano ritardi e complicazioni nel sistema di rilevazione dei dati (Bourne et al., 2003).

In risposta a tali minacce, potrebbe essere formato un team dedicato al processo di misurazione delle performance col fine di accrescere la motivazione e sviluppare la cultura del Quality Improvement e utilizzare il supporto del management per rimuovere barriere e ostacoli (Kaplan et al., 2013).

Inoltre, in particolare, nello specifico contesto delle aziende pubbliche vi sono tre importanti fattori da prendere in considerazione per una corretta implementazione di un sistema di misurazione delle performance come: il coinvolgimento degli stakeholder, ovvero di tutti coloro coinvolti nel processo di raccolta dei dati e dei possibili utilizzatori, l'esistenza di una "cultura del monitoraggio", ovvero della consapevolezza all'interno dell'organizzazione che "misurando si impara", la discrezionalità del management, ovvero la libertà di azione da parte dei manager (Goh, 2012). La presenza di questi fattori genera rispettivamente un alto commitment verso il processo da parte degli operatori coinvolti, un reale utilizzo del framework come guida all'implementazione di strategie innovative, e una forte motivazione al raggiungimento degli obiettivi di gestione.

Pertanto, superando tali resistenze è possibile implementare con successo il modello di Balance Score Card anche nelle aziende pubbliche tenendo in considerazione che tale successo dipende dalla capacità di misurare i benefici generati ai destinatari nel lungo termine (Kaplan et al., 2013). In questo senso, gli effetti prodotti potrebbero richiedere anni di monitoraggio prima di produrre evidenze.

Tuttavia nel settore sanitario si hanno evidenze di significativi vantaggi dell'applicazione di tale sistema di misurazione delle performance (Curtwright et al., 2000; Inmdar et al., 2002). Tra gli aspetti positivi si è evidenziato che il processo di implementazione della BSC consente di chiarire e ottenere consenso sulla strategia aziendale, allineando la visione di tutti i membri dell'organizzazione, a qualunque livello.

Questi aspetti incrementano la credibilità del management, in quanto le indicazioni dei membri del board diventano più chiare e controllabili. Pertanto, la Balance Score Card può essere applicata con successo al contesto delle aziende sanitarie. Vi sono evidenze anche per quanto riguarda il caso delle aziende italiane sebbene non sia stata identificata una modalità migliore in assoluto per costruire un sistema di misurazione delle performance poiché ogni organizzazione deve adattare questo strumento al proprio contesto (Baradi, 2005).

Tale aspetto deve essere preso in considerazione anche quando si vuole costruire un sistema basato sulla Balance Score Card da applicare a un'organizzazione di cure primarie come le Case della Salute. Pertanto, il presente lavoro intende verificare e analizzare l'applicazione di tale modello a questo contesto specifico evidenziandone difficoltà e punti di forza per arricchire la letteratura sui sistemi di performance management in sanità.

#### **4.4 Il caso studio dell'Azienda Ausl di Parma: implementazione della BSC all'interno di un sistema di Cure Primarie**

Nel presente lavoro, verrà descritto il procedimento che, all'interno delle "Case della Salute" dell'Azienda Ausl di Parma, ha portato alla costruzione di un sistema di misurazione della performance organizzativa.

In particolare, l'intento è quello di analizzare il cambiamento generato dall'introduzione di un modello multidimensionale, costruito per indagare le diverse prospettive di una organizzazione.

In seconda battuta, verranno evidenziati gli effetti che il lavoro di costruzione della performance multidimensionale ha generato. Il risultato atteso è quello di contribuire e arricchire la letteratura sul tema e fornire utili indicazioni e suggerimenti a tutte le aziende che progettano sistemi di monitoraggio e controllo sui percorsi delle cure primarie in modo da offrire una panoramica delle possibili opportunità, difficoltà e ipotesi di soluzione.

#### **4.5 Il metodo della Ricerca**

La presente ricerca utilizza il metodo del caso studio perseguendo l'intento esplorativo per dare risposta alla seguente domanda di ricerca: "Come può essere affrontata in modo sistematico l'implementazione di un sistema di performance management, finalizzato al miglioramento continuo, in un contesto di Cure Primarie?", "Quali effetti produce nell'immediato?". Si è optato per l'uso dell'approccio qualitativo, dove la realtà soggettiva delle persone coinvolte è considerata rilevante per lo sviluppo della ricerca (Martins 2010). A causa della caratteristica della soggettività, l'approccio qualitativo è spesso criticato. Tuttavia, Cooper e Schindler (2014) sostengono che, quando condotti con rigore metodologico, è possibile raggiungere risultati validi e affidabili. Infine, il caso studio è usato per esaminare gli eventi contemporanei e può maneggiare un'ampia varietà di prove come documenti, interviste e l'osservazione (Yin, 2009). Inoltre, tale metodologia consente di rispondere a domande quali "perché?", "cosa?" e "come?" con la piena comprensione della natura e della complessità del fenomeno. Inoltre, secondo Voss et al. (2002), l'uso di un unico caso di studio limita la generalizzabilità dei risultati della ricerca e lo sviluppo di nuove teorie, oltre ad aumentare i rischi legati alla soggettività nell'interpretazione dei dati. Ma d'altra parte, ha come vantaggio l'opportunità di fare osservazioni più approfondite sull'oggetto di studio.

Poiché tale studio non ha come obiettivo lo sviluppo di nuove teorie, ma mira a verificare come sia l'applicazione della teoria attuale nella pratica, il singolo studio finalizzato risulta sufficiente, malgrado si tengano in considerazione le relative limitazioni espresse.

Tramite il metodo del caso studio singolo si possono testare sul campo, modelli, tecniche e strumenti nelle aziende per le quali la letteratura contribuisce con un approccio teorico. In

questo modo teoria e pratica possono trovare un punto di incontro e superare la distanza, che spesso si verifica negli studi di management accounting, tra le indicazioni dettate dalla letteratura e le effettive implicazioni nella pratica aziendale (Hopwood, 1983; Chiucci, 2014).

In particolare è stata utilizzata la field-based research ovvero l'intervento sul campo per la costruzione del sistema di management accounting, condotto da ricercatori e operativi, in modo che non vi sia solo un passaggio di conoscenza, ma un lavoro dettato dal contributo e dalle competenze in un'ottica collaborativa per limitare la distanza tra i modelli e la loro effettiva implementazione (Chiucci, 2014).

Attraverso la presentazione dei risultati è dunque possibile perseguire l'obiettivo di descrivere il fenomeno attraverso l'osservazione della determinata realtà aziendale. L'intento è esplorativo e risulta utile per comprendere l'evoluzione del processo e gli effetti generati a livello organizzativo. I dati sono stati raccolti utilizzando diversi approcci come la revisione di documenti organizzativi e l'osservazione diretta del processo.

In particolare, l'osservazione diretta si è svolta nel corso dell'attività di compilazione della griglia degli indicatori, avvenuta durante le riunioni di staff dedicate alla rilevazione dei dati del primo semestre del 2016.

L'osservazione è stata condotta osservando le riunioni del gruppo di lavoro interno composto al suo interno, dai seguenti ruoli: il direttore della Casa della Salute, il coordinatore del Nucleo di Cure Primarie, il coordinatore infermieristico e il Case Manager dell'Ospedale di Comunità.

La griglia degli indicatori proposti era già in uso dal 2014 in via sperimentale e pertanto i membri del gruppo di lavoro osservato avevano conoscenza delle istruzioni per la compilazione e della loro utilità ai fini del progetto aziendale.

Non è stata prevista alcuna traccia guidata, ma solo la presenza dell'osservatore esterno con il ruolo di facilitatore, che ha il compito di intervenire senza proporre soluzioni ma fungendo da stimolo per la discussione.

L'osservazione è durata circa 2 ore, non è stata registrata, ma sono state raccolte per iscritto le espressioni più significative; queste ultime sono state organizzate seguendo una griglia.

In seguito, l'analisi della documentazione, come le linee guida agli indicatori sono risultati utili per supportare e verificare le informazioni raccolte tramite l'osservazione diretta. Questo ha consentito la revisione della documentazione stessa per confermare i risultati e apportare dei miglioramenti agli indicatori, valutati dai professionisti stessi, in seguito alla fase di sperimentazione del sistema di misurazione.

#### **4.6 Il Contesto Organizzativo delle Case della Salute**

Il modello delle "Case della Salute" nasce in Italia nel 2006, all'interno del Programma del Ministero della Salute "Un New deal per la salute", recentemente ratificato nel Decreto Balduzzi del 2012. Questo nuovo modello organizzativo ha l'obiettivo di migliorare il sistema delle cure primarie, rafforzando la collaborazione tra professionisti in campo sanitario e sociale. In particolare, questa tendenza va nella direzione di promuovere l'interazione tra Medici di Medicina Generale/Pediatri in Libera Scelta che fino a questo momento non lavoravano in gruppo.

Questo nuovo setting presenta degli aspetti di innovazione organizzativa come la capacità di dare risposta ai pazienti presso le Case delle Salute in modo da evitare accessi impropri nei Pronto Soccorso e la promozione della medicina di iniziativa, che consiste nella partecipazione attiva di tutti quei pazienti che presentano determinati fattori di rischio sanitario e sociale.

Pertanto, alla base dell'organizzazione vi è la prevenzione e l'educazione sanitaria che garantisce vantaggi sia dal punto sanitario che sociale grazie all'integrazione dei servizi e degli operatori coinvolti nel sistema di cure.

In questo modo il paziente è al centro del sistema di cure e sono i servizi e i professionisti a ruotare intorno.

In Emilia Romagna, le prime indicazioni sulle CdS, che hanno dato l'avvio ad una diffusione rapida e capillare nella Regione, sono state approvate dalla Giunta Regionale con DRG 291/2010.

A Dicembre 2016, sono 84 le CdS realizzate e 38 quelle in fase di programmazione, su un bacino di utenza di circa 1.900.000 utenti, pari al 43% della popolazione residente (Brambilla et al. 2016).<sup>1</sup>

Dopo sei anni di monitoraggi e osservazioni sul campo, in Emilia Romagna le esperienze raccolte sono state sistematizzate nelle nuove Linee Guida Regionali (DGR 2128/2016 del 05 dicembre 2016), che puntano l'attenzione per la prima volta sulla governance e sul loro funzionamento.

Se la loro "nascita" è stata ben pianificata in termini di finalità, obiettivi, aspetti strutturali e sistema di offerta, la "crescita" delle CdS si è sviluppata dal punto di vista organizzativo in base all'iniziativa delle singole realtà (Lanza and Fanelli, 2015).

E' per questo motivo che, nel corso degli anni, si è registrata una crescente variabilità delle esperienze, dovuta ai diversi contesti di riferimento. Infatti, le diverse Case della salute hanno gestito autonomamente l'implementazione di strumenti organizzativi e gestionali per il loro funzionamento. Pertanto, il presente lavoro intende descrivere l'esperienza di implementazione dello strumento per il controllo di gestione delle Case della Salute delle

Provincia di Parma, dove sono attive 17 CdS per poterne osservare il processo e le sue criticità e punti di forza.

#### **4.7 Il processo di implementazione**

Il processo di implementazione del sistema di misurazione della performance illustrato nel presente lavoro si è ispirato alle linee guida e alle raccomandazioni presenti in letteratura. L'architettura del sistema è stata progettata tenendo in considerazione gli obiettivi aziendali chiave e pertanto si è partiti analizzando i documenti strategici per definire l'oggetto della misurazione (Bourne et al., 2005).

In questa fase è stato fondamentale il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati perché i processi di innovazione per avere successo necessitano del coinvolgimento e dell'appoggio dei membri dell'organizzazione (Isett 2012). Infatti, sebbene le misurazioni siano certamente importanti per il miglioramento della qualità queste devono essere sempre affrontate tenendo conto dell'utilità delle misurazioni stesse per coloro che le adoperano.

Il processo di implementazione è stato realizzato all'interno del Dipartimento di Valutazione e Controllo della Ausl di Parma e si è articolato in 4 fasi principali.

Nel corso della prima fase è stato costruito il cruscotto di indicatori sperimentale, utilizzando degli indicatori tratti dalla letteratura e partendo dai documenti strategici per delineare gli obiettivi aziendali, precedentemente discussi da vari gruppi di lavoro e si è proceduto alla sua sperimentazione.

Nella seconda fase si sono verificati i dati a seguito di un semestre di sperimentazione procedendo con la creazione di gruppi di lavoro formati da membri dell'organizzazione che hanno partecipato alla sperimentazione per raccogliere le valutazioni sugli indicatori ed apportare le opportune modifiche e integrazioni.

Nella terza fase è stato elaborato un documento rappresentante le linee guida per l'utilizzo degli indicatori e la loro identificazione in modo da rendere chiara la misurazione degli obiettivi ai referenti aziendali.

Nella quarta fase sono stati osservati i meccanismi di feedback per verificare se il sistema di monitoraggio possa essere supportato dai dati forniti dal sistema informativo aziendale.

#### **4.8 Fase I: La costruzione dello strumento di monitoraggio in un'ottica di Balance Score Card**

Nel corso della prima fase si è definito un framework, ovvero una griglia di indicatori in grado di tenere costantemente monitorata la coerenza tra i risultati raggiunti e gli obiettivi predefiniti, tenendo in considerazione il contesto di riferimento in linea con la pianificazione strategica.

Il set di indicatori è stato costruito tenendo in considerazione le indicazioni del modello di Balance Score Card e pertanto sono stati costruiti degli indicatori multidimensionali tenendo in considerazione la prospettiva volta all'innovazione e alle competenze, ai processi, ai clienti (i pazienti intesi come clienti esterni e i professionisti intesi come clienti interni) e alla prospettiva economico-finanziaria.

La prospettiva volta allo sviluppo delle competenze e all'innovazione intende promuovere il capitale umano e tecnologico presente all'interno della CdS. Infatti orientare l'organizzazione aziendale sulla centralità delle risorse umane è fondamentale per ottenere il vantaggio competitivo (Porter 1985) e la tecnologia contribuisce ad aumentare l'efficacia delle organizzazioni (Jones, 2010). Pertanto monitorare tali leve organizzative e sviluppare le persone, farle operare in condizioni lavorative ottimali e l'innovazione rappresentano due dei fattori strategici più importanti per il futuro aziendale.

La crescita dei professionisti, e quindi delle loro competenze, all'interno di organizzazioni come le Case della Salute può essere promossa da un lato attraverso il monitoraggio degli interventi formativi di qualità progettati in base a linee di sviluppo strategiche e dall'altro favorendo e prevedendo l'integrazione e la collaborazione di questi ultimi tramite riunioni di equipe multidisciplinari.

Naturalmente, affinché i professionisti possano collaborare in una situazione ottimale è necessario che vi sia benessere lavorativo all'interno dell'organizzazione.

Questo è reso possibile dal riscontro del benessere organizzativo e del clima aziendale. Tale aspetto ha implicazioni importanti perché il professionista è percepito come un cliente interno e pertanto è compito dell'azienda promuovere il suo benessere all'interno dell'organizzazione dato che questo aspetto è direttamente collegato al raggiungimento degli obiettivi aziendali perché il livello di soddisfazione dei dipendenti è correlato positivamente alla performance (Kaplan e Norton, 2004).

Mentre l'investimento volto alla promozione della tecnologia intende verificare l'effettivo utilizzo degli strumenti informatici esistenti in modo da promuovere un'educazione all'interno dello staff di professionisti affinché venga arricchito il flusso informativo aziendale.

Il governo dei processi aziendali avviene attraverso il monitoraggio di tre aree principali: promozione della salute, governo dei percorsi integrati delle patologie croniche e la verifica dell'accessibilità alle strutture aziendali da parte dei pazienti.

La prima area verifica gli obiettivi di educazione alla salute dei pazienti trovando riscontro anche su indicazioni fornite dalla copertura rispetto a determinati programmi di prevenzione e vaccinazione.

La seconda area dà importanza ai percorsi dedicati ai pazienti affetti da condizioni di cronicità in modo da coinvolgere nella prevenzione e nei percorsi i pazienti del territorio che presentino determinati livelli di rischio clinico e sociale.

Questo aspetto è importante perché tramite il monitoraggio vi è la possibilità di estendere il programma alla popolazione tenendo presenti le percentuali di adesione e attraverso il loro incremento si possono evitare accessi impropri alle strutture dedicate alle acuzie.

La terza area identifica la qualità al servizio per i pazienti in termini di accesso alle strutture e di disponibilità dei servizi.

Anche questo aspetto è importante perché vi è un'integrazione dei percorsi ospedale-territorio. Infatti in questo modo si può verificare il numero di pazienti che hanno accesso al servizio e la quantità di servizio offerto.

Questa informazione è fondamentale per la programmazione dell'attività potendo prevedere anche possibili integrazioni del servizio qualora vi fosse la necessità. In questo modo si evitano gli accessi impropri in pronto soccorso e i tassi di ospedalizzazione dei pazienti in cura presso le Case della Salute.

La prospettiva rivolta alla soddisfazione dei pazienti si esplica attraverso l'indagine di tre livelli di qualità: outcome clinici, livello di adesione al percorso e livello di soddisfazione rispetto al percorso.

Il primo verifica gli esiti clinici del percorso di pazienti affetti da diabete, BPCO e scompenso cardiaco attraverso l'analisi di parametri clinici. Il secondo livello verifica il livello di pazienti che continuano ad aderire al percorso perché hanno avuto riscontro della sua utilità. Il terzo analizza il livello di soddisfazione prendendo in considerazione la quantità di reclami pervenuti e attraverso questionari di soddisfazione somministrati a pazienti e caregivers.

L'ultimo parametro presta attenzione alla dimensione economica finanziaria verificandone tre aspetti come appropriatezza organizzativa, l'appropriatezza prescrittiva e la produttività. Quest'ultimo parametro intende monitorare l'efficacia del percorso stesso verificando se la sua azione ha apportato dei benefici non sovraccaricando l'attività delle strutture ospedaliere (appropriatezza organizzativa), verificando l'erogazione dei servizi farmaceutici, strumentali e di laboratorio (appropriatezza prescrittiva) e monitorandone i livelli di produttività.

#### **4.9 FASE II: la consistenza strategica**

Nella seconda fase si sono verificati gli esiti dell'utilizzo degli indicatori contenuti all'interno del cruscotto aziendale. A tal fine sono stati costruiti dei gruppi di lavoro che si sono riuniti per discutere delle difficoltà riscontrate rispetto all'utilizzo di tale strumento.

Nel corso delle riunioni era presente un facilitatore esterno che ha avuto modo di intervenire durante la discussione senza influenzare le scelte dell'organizzazione. Si è proceduto con la raccolta dei dati utilizzando una griglia di rilevazione costruita secondo una logica SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant e Timely) (Doran,1981), in modo da poter verificare se gli indicatori verificassero i requisiti di Specificità, Misurabilità, Raggiungibilità,

Rilevanza e Tempestività. Nella tabella che segue vi è un esempio delle affermazioni raccolte che hanno portato alla revisione del cruscotto e alla definizione degli indicatori definitivi (Tab.4.1)

TEMI CHIAVE	DICHIARAZIONI
<p><b>L'interpretazione semantica di ciascun indicatore immediata e inequivocabile? (Specific)</b></p>	<p>[KPI 1.4] In riferimento a tale indicatore si è osservato se considerare tutti i professionisti, compresi quelli assegnati anche ad altre sedi e che operano solo in modo sporadico all'interno delle CDS, oppure se risulterebbe più opportuno tenere in considerazione soltanto i professionisti assegnati in maniera esclusiva o prevalente alla CDS.</p> <p>[KPI 2.1] In relazione a tale indicatore si osserva l'opportunità di definire cosa si intenda per "registro di patologia". Infatti, l'unico registro di patologia attivo su scala aziendale è quello dei pazienti diabetici. Tuttavia, anche per altre patologie croniche sono presenti elenchi di dati clinici di pazienti completi che potrebbero essere utili per il monitoraggio di alcuni fenomeni.</p> <p>[KPI 2.1] In riferimento a tale indicatore occorre specificare meglio quale possa essere il perimetro di rilevazione. Infatti non tutti i professionisti hanno un pc personale ma tutti hanno accesso a tali dispositivi.</p>
<p><b>I dati sono da raccogliere? (Measurable)</b></p>	<p>Per alcune indagini di gradimento ci si interroga sulla sostenibilità di somministrazione annuale</p> <p>[KPI 7] Per la patologia diabetica risulta sufficientemente robusto tale indicatore per la presenza di un Registro aziendale di patologia. Tuttavia, per i pazienti in carico in altri percorsi, il numero di riacutizzazione all'anno è di difficile rilevazione clinica"</p>
<p><b>I valori di riferimento sono sfidanti, ma raggiungibili? (Achievable)</b></p>	<p>Si osserva se confrontare sé stessi con valori dell'anno precedente possa essere un obiettivo sfidante.</p> <p>[KPI 4.2] Potrebbe essere opportuno confrontare alcuni indicatori con obiettivi regionali e aziendali</p>
<p><b>Il framework rappresenta la complessità della Casa della Salute? Gli indicatori sono rilevanti? (Relevant)</b></p>	<p>Si osserva se le 4 dimensioni del modello di rilevazione basato sulla BSC riescano a rappresentare in modo significativo la realtà aziendale</p> <p>[KPI 3.2 /KPI 3.3] Alcuni degli indicatori scelti sono stati scelti perché indicati dalla letteratura di riferimento. Tuttavia gli elementi da valutare in alcuni casi ammontano a poche unità di rilevazione. Questo aspetto potrebbe comportare notevoli variazioni percentuali, che potrebbero tuttavia risultare non rilevanti in termini di valori assoluti.</p>
<p><b>Gli indicatori sono aggiornati</b></p>	<p>[KPI 3.3] Ci si interroga rispetto a una valutazione del 100% di un determinato già nel corso dell'anno precedente e pertanto ci si domanda se l'obiettivo può considerarsi come raggiunto</p>

<p><b>e pertinenti rispetto alla realta' attuale? (Timely)</b></p>	<p>Si ravvisa come necessità quella di costruire ulteriori indicatori come quello relativo all'ambulatorio caduta o un indicatore per la riabilitazione. Si osserva che vi è l'assenza di indicatori facenti riferimento all'ultima delibera regionale.</p>
--	---

*Tab. 4.1. Dati raccolti con griglia SMART*

Grazie alle informazioni raccolte con la griglia di osservazione è stato possibile classificare le informazioni derivanti dagli incontri dei gruppi di lavoro e procedere alla revisione degli indicatori analizzandoli rispetto ai requisiti e implementando anche nuovi indicatori. Inoltre, l'osservazione sul campo ha portato a riflettere sulla "cultura del monitoraggio" della quale si tratterà più avanti.

Da questo emerge pertanto, la necessità di guidare e responsabilizzare tutti i professionisti nel lavoro di raccolta dei dati condividendo con loro gli obiettivi, ma anche dotandoli di strumenti di supporto adeguati e nominando un referente comune incaricato della raccolta dei dati in modo sistematico.

#### **4.10 Fase III: La scelta degli indicatori**

La definizione di un sistema di misurazione della performance deve essere il frutto di un processo decisionale condiviso. Infatti, i professionisti coinvolti nel processo di monitoraggio non devono solo avere il compito di raccogliere i dati ma devono condividere l'utilità degli indicatori scelti per la misurazione di un determinato fenomeno.

Pertanto, per la scelta degli indicatori sono stati coinvolti i responsabili delle diverse unità organizzative.

Questo processo è un'ulteriore passo rispetto al coinvolgimento degli operatori nel processo di creazione del cruscotto aziendale. Infatti, dopo il coinvolgimento dei professionisti all'interno dei gruppi di lavoro sono stati coinvolti altri professionisti per avere un ulteriore feedback rispetto agli indicatori e sulla loro utilità. In questo modo e dalle indicazioni e suggerimenti raccolti è stato possibile costruire e revisionare gli stessi indicatori che hanno la necessità di rappresentare uno strumento di lavoro per i professionisti.

In primo luogo si è tenuto conto della possibilità di creare dei nuovi documenti che garantissero di strutturare il processo e di garantire delle linee guida sull'utilizzo in modo i dati potessero essere raccolti in modo non ambiguo e uniforme.

Seguendo tale logica pertanto sono state create delle schede anagrafiche per ciascun indicatore contenenti una sua descrizione dettagliata e il significato delle informazioni da raccogliere.

Questo documento dovrebbe garantire l'allineamento di tutti gli operatori che trattano il dato e che pertanto possano fornire una sua raccolta ed elaborazione oggettiva. Esso rappresenta un catalogo da consultare nel caso ci siano ambiguità da risolvere, sia in

termini di comprensione, sia in termini di utilizzo degli indicatori. Inoltre, sempre a tal proposito è risultato opportuno specificare per ogni indicatore la popolazione da includere per la raccolta dei dati da inserire al numeratore e al denominatore di ciascuno di essi, in modo da specificare il perimetro di rilevazione.

La scheda anagrafica è così un fondamentale strumento di comunicazione, che va curato nei minimi dettagli affinché l'operatore che dovrà procedere alla rilevazione possa eseguire tale attività senza incertezze interpretative.

La scelta effettuata a livello aziendale è quella di costruire uno strumento semplice e completo. Il risultato è stato quello di creare delle schede degli indicatori significative, snelle e curate dal punto di vista della chiarezza, utilizzando una legenda per i singoli campi.

Lo scopo è quello di rendere il tale percorso chiaro e trasparente a tutte le persone coinvolte. A tal fine si è predisposto un ulteriore strumento di uso quotidiano: il "Booklet delle anagrafiche". Quest'ultimo è un supporto in formato tascabile e di facile consultazione contenente i dettagli dell'anagrafica di ogni singolo indicatore.

In secondo luogo tale lavoro di collaborazione con i professionisti ha consentito l'eliminazione di quegli indicatori risultati meno pertinenti o la cui rilevazione risultava essere troppo complessa.

Questo percorso ha pertanto agevolato nell'introduzione di nuovi indicatori più opportuni rispetto al contesto di riferimento e considerati maggiormente utili per gli operatori coinvolti nella loro rilevazione. Inoltre, sono stati posti e definiti assieme alla direzione gli standard e gli obiettivi di riferimento ritenuti "sfidanti", anche in una logica di benchmark con le altre realtà all'interno della regione.

A seguito di tale lavoro preliminare è stato possibile elaborare il cruscotto definitivo costituito da 75 indicatori, di cui 33 confermati dalla fase di sperimentazione e 42 aggiunti in seguito alle osservazioni dei professionisti. Nella selezione degli indicatori è prevalso il criterio della "fruibilità", in base al quale per ogni KPA non sono stati inseriti più di 6/7 item. Infatti, lo strumento deve risultare semplice e veloce nella compilazione, che può essere ripetuta anche più volte l'anno.

Gli indicatori scelti sono suddivisibili in due categorie principali:

- indicatori di valutazione che misurano la performance sulla base del confronto con un valore standard di riferimento;
- indicatori di osservazione che non contribuiscono alla valutazione quantitativa della performance, ma danno indicazioni sull'evolversi nel tempo di alcune tendenze (es. "N. programmi assistenziali attivati/N. programmi assistenziali programmati dalla Regione Emilia Romagna").

Altri indicatori sono considerati “di sintesi” in quanto rappresentano un valore espresso in modo normalizzato su una scala di misurazione unitaria (ovvero attraverso un sistema di punteggio condiviso) di indicatori di dettaglio.

Nell’ottica del modello “Hub & Spoke” introdotto dalle Linee Guida Regionali del 2016, un’altra peculiarità del cruscotto è quella di prevedere indicatori che facciano riferimento ad un unico complesso composto da una Casa della Salute di tipo “grande” e Case della Salute “medie” e “piccole” collegate territorialmente.

Il cruscotto così creato presenta alcune peculiarità. Infatti è stato pensato come uno strumento dinamico, in continuo cambiamento e personalizzabile. Alcuni indicatori non sono applicabili ad ogni contesto (es. gli indicatori sulle cure intermedie prevedono la presenza di un Ospedale di Comunità), altri nuovi andrebbero formulati dove presenti dei servizi aggiuntivi.

Un’altra caratteristica è che possa essere letto da diversi punti di vista. Oltre alla modalità di visualizzazione a matrice con le quattro Prospettive della BSC, un secondo percorso di lettura è offerto dall’aggregazione degli indicatori di dettaglio sulla base dei Macro Obiettivi. Questi ultimi costituiscono degli “indicatori di sintesi” che sono raffigurabili graficamente attraverso rappresentazioni statistiche di facile comprensione come i “tachimetri” e i “semafori”.

Queste rappresentazioni grafiche hanno la capacità, di comunicare al lettore in modo immediato, il livello di raggiungimento del macro obiettivo osservato. Aggregando i dati per “Responsabilità”, invece, è possibile estrarre dei sotto-indicatori, personalizzati per ciascuno dei profili professionali-chiave della Casa della Salute. Pertanto è definito “multidimensionale”.

Dal punto di vista della comunicazione esterna e interna è stata predisposta un’interfaccia grafica in modo da consentire a tutti gli stakeholders una visualizzazione degli indicatori di sintesi e di dettaglio in base a filtri selezionati dall’utente. Questo ha permesso di eliminare la necessità di produrre report creati manualmente all’occorrenza, in quanto i dati risultano scaricabili in formato elettronico.

Alcune considerazioni finali sullo strumento riguardano la possibilità che possa essere perfezionato nel corso del tempo perché alcuni indicatori saranno soggetti a modifiche, altri avranno la necessità di essere modificati per l’evoluzione di alcuni aspetti. Tra questi aspetti che verranno sicuramente approfonditi e maggiormente sviluppati vi saranno quelli relativi alla percezione del gradimento da parte dell’utenza, data l’importanza che sta assumendo sempre in misura maggiore l’“umanizzazione” delle cure.

#### **4.11 Valutazione degli effetti prodotti (FASE IV)**

L'ultima fase che ha necessitato di attenzione è stata quella della valutazione dei flussi informativi che sono stati condizionati dall'applicazione del nuovo cruscotto e del nuovo modello di misurazione e della valutazione e mappatura delle competenze necessarie. Infatti, tale cambiamento ha generato da una parte la necessità di verificare se il nuovo sistema di monitoraggio potesse essere supportato dai dati raccolti dal sistema informativo aziendale, mentre dall'altra è emersa la necessità di verificare le competenze presenti all'interno dell'azienda per comprendere come poterle rafforzare.

Pertanto, dal punto di vista del sistema informativo aziendale vi è la necessità di dotarsi di meccanismi di feedback adeguati, mentre la mappatura delle competenze consente di costruire i ruoli professionali ai quali assegnare le responsabilità dettate dal sistema di monitoraggio.

#### **4.12 La mappatura delle competenze e dei profili professionali**

Il sistema di monitoraggio ha dato avvio alla necessità di trovare una relazione tra gli indicatori costruiti per il cruscotto aziendale e le responsabilità dei percorsi cui il monitoraggio si riferisce. Oltre agli aspetti aziendali un input esterno all'introduzione di nuovi ruoli e responsabilità è emerso dalle Linee Guida Regionali (DGR 2128/2016), che ha identificato nuovi profili e nuove relazioni professionali, basate su un'organizzazione per processi e programmi, più che sulla gerarchia.

Pertanto, il lavoro di costruzione dello strumento ha evidenziato la necessità di procedere con una mappatura e una rilevazione delle competenze per la verifica dei profili professionali presenti in azienda e per la costruzione di nuove identità professionali che possano interfacciarsi e acquisire la responsabilità sui percorsi clinici e organizzativi.

Considerando il contesto entro il quale si inserisce la Casa della Salute emerge la necessità di valorizzare figure professionali che possano fungere da congiunzione tra i servizi offerti e la comunità di riferimento.

Dall'analisi sono emersi alcuni obiettivi fondamentali legati a delle competenze da sviluppare affinché la Casa della Salute possa esplicitare la sua mission all'interno del territorio di riferimento.

Il primo obiettivo è legato alla tempestività della presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche e pazienti fragili. In tal modo si potrebbero intercettare precocemente forme di disagio e fragilità non solo per gli aspetti legati alla salute ma anche per quelli sociali.

Il secondo obiettivo, è quello legato alla collaborazione con l'associazionismo locale in modo da creare maggiore forza nell'azione della casa della Salute all'interno del suo territorio di riferimento. In tal modo si promuoverebbero dei percorsi di co-progettazione delle azioni da intraprendere e il rafforzamento delle pratiche di empowering con l'utenza.

Tale aspetto si collega con quello del coinvolgimento della comunità di riferimento in modo anche da rilevare il livello di soddisfazione dei servizi.

Il terzo obiettivo che emerge è legato alla capacità di accountability alla cittadinanza per l'operato svolto dalla CdS.

Questi aspetti trovano connessione con lo sviluppo della competenza della comunicazione, una skill essenziale per poter restituire all'interno e all'esterno evidenze sul grado di efficienza ed efficacia delle azioni realizzate dalla CdS.

L'ultimo obiettivo coincide con quello relativo alla promozione della salute e alla prevenzione di alcune patologie come quelle croniche costruendo dei sistemi corretti ed efficaci di presa in carico.

Per poter sviluppare i percorsi all'interno della CdS risulta necessaria una collaborazione tra tutte le figure che intervengono all'interno del percorso stesso unita ad una capacità di lavorare in team multidisciplinari in modo da poter condividere le informazioni relative ai pazienti per garantire elevate qualità nella prestazione di cura.

#### **4.13 I meccanismi di feedback**

Il sistema di misurazione e valutazione della performance non sempre coincide con il sistema informativo aziendale. Per la costruzione del nuovo strumento l'organizzazione ha disposto di determinati indicatori per misurare e valutare la propria performance.

Pertanto a tal fine occorre considerare che il sistema informativo aziendale comprende tutti i dati di cui l'amministrazione dispone. Tale sistema per garantire la raccolta dei dati e il funzionamento del sistema di misurazione dovrebbe essere integrato ed integrabile.

Tuttavia nella creazione e nella raccolta di alcuni indicatori si è potuto comprendere che alcuni dati non possono essere alimentati dal sistema attuale.

Questo rappresenta un limite nelle fasi di raccolta ed elaborazione dei dati per alimentare gli indicatori. Da questo punto di vista la stessa Regione Emilia Romagna si è adoperato per il rinnovo e l'innovazione di supporti dedicati che attualmente sono in fase di sperimentazione.

A livello aziendale si è potuto osservare che quando non sono reperibili né strumenti di feedback né indicazioni per la raccolta di dati, il monitoraggio è demandato alla libera iniziativa e all'intraprendenza dei professionisti. Spesso non viene predisposto alcun sistema di registrazione e, quindi, il dato rilevato potrebbe risultare approssimativo e poco attendibile.

Per risolvere questa problematica, è stato predisposto nel corso del presente progetto un applicativo utilizzabile all'interno di ciascuna Cds, che aiuta a sistematizzare tutte quelle informazioni richieste nel cruscotto, ma non recepite nei flussi informativi (es. gli eventi formativi organizzati internamente, gli incontri multiprofessionali, i progetti per la comunità, i programmi/percorsi assistenziali attivati).

Tale strumento consiste in di un Pannello di Controllo realizzato su un foglio di calcolo che ospita diverse sezioni, accessibili attraverso un menù di navigazione. Ciascuna sezione permette il tracciamento degli eventi, sotto forma di planning, inventario e tabellario.

Come emerso dall'osservazione sul campo, i planning (utilizzati per tenere traccia dei progetti per la Comunità o per gli incontri di coordinamento interno realizzati o in fase di realizzazione) possono trasformarsi in un importante strumento di comunicazione e accountability.

Possono essere stampati in formato poster ed esposti nelle sale di aspetto o negli ambienti di maggior passaggio, affinché gli stakeholder di riferimento (la cittadinanza e i professionisti) siano sempre informati su quanto avviene all'interno della Casa della Salute. Il Pannello di Controllo include un foglio di lavoro riepilogativo, che calcola, grazie ad apposite formule, i valori da inserire negli indicatori del cruscotto. Con un solo colpo d'occhio è possibile tenere sotto-controllo tutte le dimensioni esplorate.

#### **4.14 La "cultura" del monitoraggio**

Una riflessione a parte merita quello che in letteratura viene definito come il cambiamento culturale generato all'interno dell'organizzazione dall'implementazione di un MPS di successo.

In altre parole, si tratta di responsabilizzare tutti i professionisti nel lavoro di raccolta dei dati, condividendo con loro gli obiettivi e i benefici da esso generati. In questo modo, il processo introdotto non sarà percepito come una ulteriore gravosa mansione, ma entrerà a far parte della routine.

Tale considerazione è nata osservando gli incontri dei gruppi di lavoro. Infatti alcuni professionisti hanno espresso delle perplessità e delle osservazioni sulla reale utilità del monitoraggio e degli indicatori.

Pertanto, in primo luogo, nell'implementazione del nuovo sistema di misurazione della performance vi è la necessità di prevedere continue revisioni e aggiornamenti degli indicatori e degli standard inseriti.

In secondo luogo, il tracking dei dati dovrà essere svolto durante tutto l'anno, in modo cadenzato e regolare, per far sì di non doversi trovare impreparati al momento della compilazione del framework.

In ultimo, tutti i professionisti del board avranno a disposizione una preziosa banca dati sulla loro struttura, ma anche sulle altre Case della Salute della provincia, relativa all'anno in corso, e sotto forma di trend. In questo modo, i manager avranno la possibilità di valutare l'andamento della gestione, e potranno avere informazioni utili a supporto delle loro decisioni strategiche e per comunicare all'esterno i risultati raggiunti.

Questo aspetto è molto importante per il successo di un sistema di misurazione perché se non vengono implementate delle azioni sulla base dei dati raccolti l'intero processo di misurazione delle performance non produce gli effetti desiderati (Bourne and Neely, 2000).

#### **4.15 Conclusione**

I processi interni ad una organizzazione sanitaria, tra i quali l'assunzione di decisioni in merito alla gestione, la definizione di atti di programmazione, la gestione delle relazioni con i cittadini e con le altre categorie di stakeholder e l'attivazione di percorsi di innovazione, dovrebbero sempre tenere conto di specifiche analisi dei risultati, per rivelarsi efficaci.

Affidarsi alla valutazione della performance, permette di identificare gli elementi che richiedono maggiore attenzione, rispetto ai quali si rende opportuno e necessario un approfondimento di analisi.

Il contributo del presente lavoro è quello di fornire un esempio di implementazione di questo processo.

Lo strumento adottato dalle CdS si è dimostrato dinamico e flessibile, in grado di definire e valutare il livello di performance effettivamente raggiunto da un modello assistenziale recentemente introdotto.

Il "Cruscotto Multidimensionale", risultato di una fase di sperimentazione e di condivisione con stakeholder interni, rappresenta un panel di indicatori che permette una lettura dell'efficienza e della qualità del modello esaminato da diversi punti di vista: dimensioni della Balance Score Card (Innovazione, Processi, Utenti, Economico-finanziaria), obiettivi strategici, responsabilità dei ruoli professionali chiave. Inoltre, il coinvolgimento degli operatori all'interno dell'intero processo di creazione è stato fondamentale perché si è potuto creare uno strumento realmente utile e condiviso.

Il sistema di valutazione adottato ha permesso una serie di innovazioni molto significative a livello di sviluppo strategico.

La prima è rappresentata da una mappatura dei ruoli e delle competenze presenti all'interno dell'organizzazione per identificare quelle distintive e quelle necessarie per una migliore gestione aziendale e un'efficienza che garantisca il raggiungimento delle performance.

La seconda è l'introduzione di ulteriori strumenti di supporto come un Pannello di Controllo in grado di rendere disponibili i valori oggetto di rilevazione e di un "Booklet" contenente le istruzioni e le anagrafiche degli indicatori per garantire comprensione e uniformità nella raccolta dei dati. Tali strumenti sono risultati molto significativi perché consentono di attivare una cultura del monitoraggio.

Tuttavia allo stato attuale risulta sempre e comunque importante che l'organizzazione continui a promuovere la stessa cultura del monitoraggio valorizzando e promuovendo un

percorso di reale impiego degli indicatori rendendoli significativi nei processi decisionali e restituendo agli stakeholders i risultati dei processi monitorati.

Un altro aspetto che emerge chiaramente quando si vogliono implementare modelli di controllo all'interno delle aziende sono i problemi di tipo organizzativo e tale aspetto è evidente sin dalle prime fasi di avvio del sistema perché sorgono delle difficoltà di individuare i centri di responsabilità ai quali assegnare le risorse, gli obiettivi e le responsabilità. Inoltre, procedendo si incontrano altri problemi di tipo strutturale perché anche di fronte a regole di funzionamento precedentemente condivise in fase di progettazione si creano delle resistenze create dallo scetticismo che a fatica si riesce a trasformare in motivazione. Tale resistenza ai sistemi di controllo è più complessa rispetto a quella che si verifica per altre forme di innovazione perché il controllo stesso è percepito come ispezione e verifica dell'operato dei professionisti. In realtà se la valutazione è basata su sistemi di programmazione e controllo efficaci è percepita come una fonte minore di preoccupazione in questo senso. Diverso risulta il caso di sistemi di controllo inconsistenti che mettono alla dura prova la fiducia dei professionisti.

A ogni modo i sistemi di controllo devono possedere sempre un certo grado di flessibilità perché la valutazione può essere sempre migliorata. In questo caso risulta sempre fondamentale la collaborazione e il coinvolgimento nel cambiamento e nelle innovazioni della "base operativa" secondo una logica di continuità. Pertanto, deve procedere nel tempo l'attività di formazione, le riunioni allargate, affinché la cultura del controllo possa radicarsi (Giusepponi, 2008).

## **Ringraziamenti**

Il presente lavoro è stato realizzato grazie alla preziosa disponibilità dell'azienda AUSL di Parma. In particolare si ringrazia il Dipartimento di Valutazione e Controllo dell'AUSL che ha permesso di studiare il caso studio contenuto all'interno della tesi. Un ringraziamento alla Dott.ssa Giuseppina Rossi, Direttore del Dipartimento, che attraverso la sua professionalità e lungimiranza ha potuto far sì che all'interno dell'azienda potesse essere sviluppato un modello di programmazione e controllo basato sulla multidimensionalità. Grazie al Dott. Marco Ventura che attraverso il suo impegno e il suo apporto diretto ha reso efficace a livello operativo la realizzazione del progetto aziendale in tutte le sue fasi. Alla Dott.ssa Erica Marsullo che ha contribuito nell'analisi e nella produzione scientifica.

Il caso studio è stato, inoltre oggetto di un paper discusso all'International Academy of Business and Economics Conference 2018 (IABE Conference) a New York ed è stato oggetto di pubblicazione sull'European Journal of Management n.18 (2) con il lavoro dal titolo "Which Model Of Programming And Control For Primary Care Organizations? The Case Study Of The Italian Healthcare Homes ("Case Della Salute").

## Bibliografia

Alberti F., Bubbio A., "La "Balance Score Card". Alcune esperienze a confronto", Finanza e Oro, Volume 1, Pages 64-86, 2000

Antony R., Planning and Control Systems, Harvard Business School Press, Boston, 1965

Baraldi S., La Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill: Milano, 2005

Bourne, M. and Neely, A., "Why Performance Measurement Interventions Succeed and Fail", Proceedings of the 2nd International Conference on Performance Measurement, Cambridge, Pages 165-73, 2000

Bourne M., Neely A., Mills J., Platts K., "Why some performance measurement initiatives fail: Lessons from the change management literature", International Journal of Business Performance Management, Volume 5 Number 2, Pages 245-269, 2003

Bourne M., Kennerly M., Franco-Santos M., "Managing through Measures: A Study of Impact on Performance", Journal of Manufacturing Technology Management, Volume 16, Number 4, Pages 373-395, 2005

Brambilla A., Botturi D., Cacciapuoti I., Donatini A., Parisini L., "Le Case della Salute in Emilia Romagna – Il monitoraggio regionale - Report 2016", Regione Emilia-Romagna Assessorato Politiche per la Salute, 2016

Busco, C., Saviotti, A., Misurazione delle performance e Balanced Scorecard: un'indagine conoscitiva. In: Busco, C., et al., (a cura di) Governance, Strategia e Misurazione delle Performance. Le nuove frontiere della Balanced Scorecard, Knowità Editore, Arezzo, 2008

Chiucchi M.S., "The gap between theory and practice in Management Accounting: the contribution of field-based research", Management Control, Volume 3, Pages 5-9, 2014

Cifalinò A., Vendramini E., "La diffusione e l'utilizzo delle misure di performance dei servizi di assistenza primaria nel S.S.N." Economia Aziendale On-line, Volume 6, Number 2, Pages 63-77, 2015

Costa G., Nacamulli C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET Libreria, Torino, 1996

Cooper, D. R., Schindler, P. S., Business Research Methods. McGrawHill, New York, 2014

Curtright, J.W., Stolp-Smith, S.C., Edell, E.S., "Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic", Journal of Healthcare Management, Volume 45, Number 1, Pages 58-68, 2000

Donna, G., Lo Sardo, A., "Misurare il successo d'impresa con il balanced scorecard", Amministrazione&Finanza, Volume 15, Number 19, Pages 25-32, 2000

Doran G.T., "There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management Goals and Objectives", Management Review, Pages 35-36, 1981

Dunleavy, P., Hood, C.C., "From Old Public Administration to New Public Management", Public Money and Management, Volume 14, Number 2, Pages 9-16, 1994

Epstein, M. J. and Manzoni J. F., "The Balanced Scorecard and Tableau de Bord: Translating Strategy into Action", Management Accounting, Volume 79, Number 2, Pages 28-36, 1997

- Giovanconi E., La misurazione multidimensionale della performance aziendale BSC e DEA. In Busco C. et al., (a cura di) Governance, Strategia e Misurazione delle Performance. La nuova frontiera della BanceScoreCard, Knowità Editore, Arezzo, 2008
- Giusepponi, K., Gestione e controllo delle amministrazioni pubbliche. Strumenti operativi e percorsi di innovazione, Giuffrè Editore, Torino, 2008
- Goh S.C., "Making Performance measurement system more effective in public sector organizations", *Measuring Business Excellence*, Volume 16, Number 1, Pages 31-42, 2012
- Hood C., "A Public Management for all seasons?", *Public Administration*, Volume 69, Number 1, Pages 3-19, 1991
- Hood C., "The New Public Management in the 1980s: variations on a theme, Accounting", *Organizations and Society*, Volume 20, Number 2/3, Pages 93-109, 1995
- Hopwood A.G., "On trying to study accounting in the contexts in which it operates, Accounting", *Organizations and Society*, Volume 8, Number 2-3, Pages 287-305, 1983
- Hvidman U., Andersen S.C., "The Impact of Performance Management in Public and Private Organizations", *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 24, Number 1, Pages 35-58, 2013
- Inamdr N., Kaplan R.S., Bower M., "Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations", *Journal of healthcare management*, Volume 47, Number 3, Pages 179-95, 2002
- Jack, E. P., Powers, T. L., "A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services", *International Journal of Management Reviews*, Volume 11, Number 2, Pages 149–174, 2009
- Jones G. R., *Organizational Theory, Design, and Change*, Pearson, Boston, 2010
- Kaplan, R.S., Norton D.P., "The Balanced Scorecard: measures that drive performance", *Harvard Business Review*, Volume 70, Number, 1, Pages 71-79, 1992
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (2004). *Strategy maps. Converting intangible assets into tangible outcomes*. Harvard Business School Publishing, Boston, 2004
- Kaplan R., Porter M., *How to solve the Cost Crisis in Health Care*. Harvard Business Review, 2011
- Lanza G., Fanelli S., "A Comparison of Integration Models for Professionals with Different Skills in Healthcare", *Journal of US-China Public Administration*, Volume 12, Number 9, Pages 714-722, 2015
- Lecci F., Vendramini E., *Le caratteristiche dei sistemi di contabilità analitica nelle aziende sanitarie*, in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2010, L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano, 2010
- Lega, F., Prenestini, A., and Spurgeon, P., "Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies", *Value in Health*, Volume 16, Number 1, Pages S46–S51, 2013
- Lucianetti L., "Antecedents and consequences of Balanced Scorecard", *Economia Aziendale Online*, Volume 4, Number 1, Pages 19-32, 2013

- Lukka K., Approaches to case research in management accounting: the nature of empirical intervention and theory linkage, in Jönsson S., Mouritsen J., Accounting in Scandinavia – The northern lights, Malmö Business School Press, Liber & Copenhagen, 2005
- Macinati M.S., Anessi Pessina E., “Management accounting use and financial performance in public health-care organisations: evidence from the Italian National Health Service”, Health Policy, Volume 117, Number 1, Pages 98-111, 2014
- Miraglia R.A., “Nuove tendenze nei sistemi di controllo e di misurazione delle performance”, Management Control, Volume 2, 2012
- Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., et al., “Health policy in the financial crisis”, Eurohealth, Volume 18, Pages 3-6, 2012
- Franco-Santos M., Lucianetti L., Burne M., “Contemporary Performance Measurement Systems: a review of their consequences and a framework for research”, Management Accounting Research, Volume 13, Number 12, Pages 79-119, 2012
- Porter M.E., The Competitive Advantage: creating and sustaining superior performance. Free Press, New York, 1985
- Toygar S.A., Akbulut Y., “Managerial Skills of Hospital Administrators: Case Study of Turkey”, Journal of Health Management, Volume 15, Number 4, Pages 579-594, 2014
- Voss, C., Tsiriktsis, N., Frohlich, M., “Case research in operations management” International Journal of Operations & Production Management, Volume 22, Number 2, Pages 195-219, 2002
- Yin, R.K., Case Study Research: Design and Methods, Sage, London, 2002

## **5. Riduzione delle risorse e dinamica dei costi nelle Aziende Pubbliche**

### **5.1 Una panoramica sul contenimento dei costi nel settore sanitario**

La crisi finanziaria ha accelerato il problema di efficienza e di sostenibilità nel settore sanitario in generale. Tale scenario è caratterizzato da un decremento delle risorse disponibili (Mladovsky, 2012), da una crescente domanda di servizi dovuti all'invecchiamento della popolazione (Jack and Powers, 2009), da più alte aspettative del paziente (Lega et al., 2013; Toygar and Akbulut, 2014) e da innovazioni tecnologiche e cliniche costose (Kaplan and Porter, 2011). Questa situazione ha dato nuovo impulso agli sforzi di riforma per ridurre i costi e, in generale, per promuovere l'efficienza nel settore sanitario e ospedaliero (Clemens et al., 2014). Pertanto, gli ospedali sono diventati un punto focale per le strategie di riforma sanitaria in molti paesi europei. Innanzitutto, negli ospedali si possono controllare i costi ed, essendo la quota del bilancio sanitario destinata a queste organizzazioni significativa, questo può avere un impatto sul sistema nel suo complesso (Rechel et al., 2009; WHO, 2013); in secondo luogo gli ospedali sono ancora il centro del sistema di erogazione delle cure (Clemen et al., 2014). Tali riforme hanno riguardato misure a breve termine, che mirano a ridurre le spese sanitarie lasciando inalterata la struttura dell'organizzazione, come ad esempio la riduzione dei costi amministrativi (Schneider, 2009), e misure a lungo termine che mirano ad incrementare la performance dei sistemi sanitari modificando le strutture, i rapporti e le istituzioni all'interno dei sistemi esistenti, come ad esempio l'intervento sulla cronicità.

In questi anni, in molti Paesi dell'UE si è posto l'accento sulle misure di contenimento dei costi piuttosto che avviare una ridefinizione strutturale del settore ospedaliero e ridefinire quindi la sua posizione all'interno del più ampio sistema sanitario (Clement et al., 2014). La maggior parte dei provvedimenti attuati in sanità, infatti, hanno comportato una riduzione dei costi del personale, una diminuzione degli spazi operativi, minori attrezzature ed investimenti e una riduzione delle forniture per beni (Kaplan and Haas, 2014). Queste misure, che in molti casi richiamano il concetto di austerità, hanno lo scopo di risanare i conti pubblici attraverso interventi volti alla riduzione della spesa pubblica mediante tagli e in alcuni casi, come in Italia, tali tagli sono stati di natura lineare. Tuttavia, questi hanno subito evidenziato il loro respiro di breve periodo e raramente hanno consentito alle amministrazioni, negli ultimi anni come già in passato, di recuperare condizioni stabili di equilibrio economico (Galli and Valotti, 2015).

Considerando tali premesse lo scopo del presente lavoro è quello di concentrarsi in particolar modo sulle misure a breve termine che hanno riguardato la riduzione dei costi determinati da politiche di tagli imposti dall'austerità e dalle manovre di Spending Review, per verificare le ripercussioni a livello economico e la variazione delle voci di bilancio delle Aziende Ospedaliere-Universitarie Italiane. Le manovre di Management Accounting hanno

sempre avuto un ruolo importante dato che la contabilità gestionale rappresenta, nelle organizzazioni sanitarie, uno strumento fondamentale per il perseguimento dell'efficienza e il contenimento dei costi (Anessi Pessina and Macinati, 2014).

In particolare, si ritiene che le informazioni fornite dai bilanci siano utilizzabili come strumento in grado di migliorare il processo decisionale e le responsabilità all'interno delle aziende pubbliche (Hood, 1995) e che pertanto queste ultime si traducano in migliori performance organizzative (Cooper and Kaplan, 1991; Shank and Govindarajan, 1993).

## **5.2 Gli interventi Spending Review nel settore sanitario**

In Italia la Spending Review, come è intesa attualmente, è da riferirsi al Rapporto Giarda del 2012. Attraverso questo documento si esaminano i livelli e la struttura della spesa pubblica italiana e si evidenziano gli sprechi e le inefficienze che ne hanno contraddistinto la gestione, improntando l'analisi secondo una logica di medio periodo<sup>2</sup>. In questo studio si concentra l'attenzione sul settore sanitario pubblico (che pesa sul PIL per il 6,8%) e in particolare sugli ospedali che assorbono ben oltre il 50% della spesa sanitaria pubblica. In particolare, la legge sulla Spending Review del 2012 contiene norme specifiche sul settore sanitario; tra queste le misure che incidono sulle aziende ospedaliere sono numerose e riguardano misure organizzative come la riduzione dei posti letto, con conseguente adeguamento delle dotazioni organiche del personale, e misure di contenimento dei costi, che riguardano alcune voci specifiche come l'acquisto di beni e servizi, per i quali è previsto un taglio degli oneri dei contratti di fornitura e la possibilità di ridiscutere con i fornitori i contratti già stipulati, nonché la previsione di un tetto di spesa per i dispositivi medici.

Così come in Italia, anche gli altri principali paesi europei, Francia, Inghilterra, Spagna, Irlanda, Portogallo, Grecia, Cipro, paesi del Baltico e Romania hanno adottato strategie simili che comprendono: riduzioni del costo del personale, con la riduzione degli stipendi e congelamenti salariali dei professionisti del settore sanitario, riduzioni degli straordinari, blocco del turnover e licenziamento di alcuni dirigenti (HOPE, 2011; Mladovsky et al., 2012). Altre misure sono si sono concentrate sulla riduzione degli investimenti come accaduto in Regno Unito, Spagna, Irlanda e Romania (Mladovsky et al., 2012; HOPE, 2012).

Esempi di contenimento dei prezzi per farmaci e dispositivi medici sono riscontrabili in Austria, Belgio, Irlanda, Spagna, Repubblica Ceca, Slovenia e Bulgaria, dove sono stati

---

<sup>2</sup> Sono stati emanati tre provvedimenti principali di indirizzo: la Legge 111/2011, (Tremonti), la Legge 135/2012 (Spending Review) e Legge di stabilità 2012. Da questo momento in poi si sono dovuti rivedere i programmi di contenimento della spesa per le dimissioni anticipate del Governo Monti a fine del 2012 e la successiva nomina del Governo Letta, nella prima metà del 2013. Pertanto, a partire da tale periodo, il Decreto Legge 69/2013 ha stabilito una durata triennale del programma di Spending Review evidenziando i tagli nelle successive leggi di stabilità

rinegoziati contratti con i produttori farmaceutici, conclusi contratti a lungo termine per la riduzione dei prezzi delle apparecchiature mediche o introdotte gare per l'approvvigionamento delle stesse (Clemens et al., 2014).

Osservando i dati della spesa sanitaria pubblica italiana, intesa come spesa sanitaria corrente del Conto Economico consolidato della sanità relativo alle istituzioni delle Amministrazioni Pubbliche, contenuti nei documenti di *Analisi delle Tendenze della Finanza Pubblica*, pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, si nota che questa ha avuto una crescita piuttosto contenuta nel periodo 2012-2017 (Tab.1). Questo rallentamento della crescita potrebbe essere interpretato come una situazione di sofferenza, tale per cui le aziende sanitarie si trovano con sempre meno risorse in rapporto alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione e al costo della tecnologia e in generale della produzione dei servizi. Questo aspetto potrebbe trovare conferma anche nel fatto che in questo periodo è diminuita la spesa per il personale, diverse sono state infatti le misure che hanno operato in tal senso; tra queste vi sono stati i blocchi del turnover delle Regioni in Piano di Rientro, gli strumenti di governance messi in atto dagli accordi Stato-Regioni e le ulteriori misure di contenimento della dinamica della spesa del personale previste dalla normativa vigente. Ovviamente potrebbe anche essere supportata una tesi del tutto diversa: la riduzione delle risorse ha generato una maggiore capacità di utilizzare le stesse.

La modesta crescita nel corso del tempo dei consumi intermedi è influenzata da fenomeni opposti: dal costo elevato dei farmaci innovativi; dalla riduzione dei prezzi di alcuni beni di largo consumo, grazie alla programmazione della spesa e all'introduzione di prezzi di riferimento per alcuni beni e servizi; dalle riduzioni sugli acquisti previsti dalla Legge di Stabilità annuale; dall'obbligo per le aziende di rinegoziare i contratti di fornitura; dalla determinazione di tetti di spesa per la farmaceutica e i dispositivi medici.

In questo contesto, sicuramente il management delle aziende sanitarie gioca un ruolo chiave perché, nel guidare le aziende, deve cercare da una parte di aumentare l'efficienza e l'economicità e dall'altra di offrire i servizi tenendo in considerazione l'obiettivo di soddisfare il bisogno di salute dei pazienti. Ne consegue che il concetto di Spending Review non deve essere solo identificato con quello di taglio imposto dal livello di governo, ma deve collimare con scelte di natura manageriale, tali da renderlo efficace solo laddove tali scelte sono influenzate dalle evidenze che originano nell'ambito di un'attenta fase di analisi della qualità della spesa (Galli e Valotti, 2015). È quindi opportuno che queste scelte siano incardinate nel ciclo della performance aziendale: l'assunzione di decisioni relative al contenimento della spesa non può prescindere dalla valutazione dell'impatto che queste scelte hanno in termini di obiettivi (Kutzin, 2008) ed efficienza (Weinstein & Stason, 1977). Le scelte di spending review devono considerare non solo la quantità della spesa ma anche la qualità della stessa cercando di allocarla in modo ottimale, e quindi modificandola nei

vari settori aziendali, sia in incremento che in decremento, per generare impatti positivi sui destinatari e/o comunque evitare quelli negativi. Il raggiungimento del pareggio di bilancio è sicuramente importante in un contesto di crisi finanziaria ma non deve essere l'obiettivo primario in quanto, se così fosse, potrebbe essere conseguito tagliando la spesa sanitaria senza tener conto delle conseguenze (Thomson, 2009) e senza modificare i livelli di efficienza che garantiscono la tenuta del risultato nel medio periodo.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Spesa Sanitaria Pubblica	<b>110,41</b>	<b>109,61</b>	<b>110,93</b>	<b>111,24</b>	<b>112,54</b>	<b>113,59</b>
	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
<i>In % sul PIL</i>	<b>7,05%</b>	<b>6,83%</b>	<b>6,84%</b>	<b>6,73%</b>	<b>6,70%</b>	<b>6,62%</b>
<i>Spesa: variazione in %</i>		<b>-0,73%</b>	<b>1,21%</b>	<b>0,28%</b>	<b>1,17%</b>	<b>0,94%</b>
Spesa per il Personale	<b>36.708</b>	<b>36.024</b>	<b>35.487</b>	<b>35.158</b>	<b>34.907</b>	<b>34.917</b>
<i>Tasso di variazione in %</i>		<b>-1,86%</b>	<b>-1,49%</b>	<b>-0,93%</b>	<b>-0,71%</b>	<b>0,03%</b>
Spesa per i Consumi Intermedi	<b>29.685</b>	<b>29.270</b>	<b>29.579</b>	<b>30.969</b>	<b>31.586</b>	<b>32.823</b>
<i>Tasso di variazione in %</i>		<b>-1,40%</b>	<b>1,06%</b>	<b>4,70%</b>	<b>1,99%</b>	<b>3,92%</b>

Tab. 5.1 Spesa Sanitaria 2012-2017 (in Mld di euro)

Fonte: elaborazione dati Documento di Economia e Finanza 2012-2017 (DEF), per Spesa Sanitaria, e Istat, per Prodotto interno lordo a prezzi di mercato.

Un altro aspetto da considerare quando si implementano strategie di revisione della spesa sanitaria è che molte delle variabili chiave sono ancora sotto il controllo delle singole aziende ed è logico pensare che un efficace utilizzo delle stesse continua a dipendere, almeno in parte, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse (Cantù et al., 2015). Pertanto, il presente studio ha l'obiettivo di verificare come si sono comportate le singole aziende nella gestione dei costi e nell'allocazione delle risorse. Lo scopo dell'analisi è quello di verificare quali siano state le scelte aziendali, in rapporto ai limiti imposti dalla normativa, focalizzando l'attenzione sui costi delle Aziende Ospedaliere Universitarie Italiane. Tale lavoro è stato svolto articolando le aziende per dimensione del valore dei costi e per area geografica.

### 5.3 Il conto economico delle Aziende Ospedaliere Universitarie

I conti economici delle Aziende Ospedaliere Universitarie Italiane presentano un sistema di rilevazione contabile che risponde agli stessi «principi contabili» validi per tutte le aziende del settore, quindi i dati contabili di queste aziende sono confrontabili non solo tra loro ma con tutte le aziende pubbliche del settore sanitario.

L'introduzione della contabilità economico patrimoniale ha permesso di osservare la dinamica dei valori economico-finanziari e di determinare il risultato economico di esercizio connesso al capitale di funzionamento. Questo consente di utilizzare le informazioni contabili per una valutazione dell'economicità della gestione nelle sue diverse dimensioni (Cinquini et al., 2005). Tuttavia, il concetto di economicità è un concetto complesso quando si parla di aziende sanitarie perché manca lo scambio economico; da ciò consegue la difficoltà di interpretare il risultato economico, dato i proventi sono solo in parte legati alla valorizzazione della produzione, che comunque risente di sistemi tariffari obsoleti e soprattutto non coerenti con le nuove tecniche cliniche e con l'innovazione tecnologica, essendo, in misura significativa, rappresentati da finanziamenti regionali e nazionali, spesso distanti da questa logica (Cantù et al., 2015, Zangrandi 2008).

In particolare, i finanziamenti regionali sono determinati da finalità, obiettivi, logiche e modalità di calcolo diversi da Regione a Regione, che quindi generano valori tra loro non confrontabili. In tal modo l'ammontare complessivo delle risorse in entrata non è in grado di rappresentare un indicatore di produzione effettivamente confrontabile tra le varie organizzazioni<sup>3</sup>.

Nonostante i limiti descritti, le informazioni elaborate nei bilanci continuano a fornire, sotto il profilo manageriale, elementi importanti per assumere decisioni, soprattutto nell'ottica dei costi e, analizzando le serie storiche, i bilanci sono potenzialmente in grado di individuare i risultati che le azioni manageriali sono riuscite a realizzare.

Pertanto, attraverso l'analisi dei conti economici è possibile osservare come il management abbia deciso di operare rispetto alle strategie dei tagli indicate dai decreti, indagando sia la struttura dei costi che la loro variazione negli anni; mentre nel primo caso è necessario osservare la struttura dei costi rapportando queste voci ai costi totali per verificare se la Spending Review ha impattato sul loro assetto, nel secondo si verifica l'andamento negli anni delle singole componenti di costo per valutare quanto una riduzione sia stata duratura.

#### **5.4 Metodo e descrizione del campione di studio**

Lo studio ha preso in esame tutte le Aziende Ospedaliere Universitarie Italiane, corrispondenti a 31 differenti strutture tra "Aziende Ospedaliere integrate con l'Università",

---

<sup>3</sup> Nel 2016 questo limite, oltre all'esistenza di differenti sistemi tariffari regionali, è stato riscontrato in un'azione volta a definire una metodologia nazionale di calcolo del risultato economico che consentisse di individuare le aziende ospedaliere in disavanzo strutturale (Decreto 21/6/2016 ex Legge 208/2015 art. 1, comma 528). La metodologia prevede che la valorizzazione della produzione, in particolare di quella di ricovero, venga standardizzata secondo un sistema tariffario nazionale e che l'ammontare complessivo delle entrate non correlate a produzione sia frutto di un algoritmo che parte dalla valorizzazione della produzione.

“Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale”, “IRCCS e Fondazioni integrate con l’Università”, così come classificate dal Ministero della Salute. I dati raccolti sono quelli consuntivi di Conto Economico classificati secondo il modello ministeriale<sup>4</sup> e considerando l’arco temporale 2012-2017. L’osservazione è stata svolta su 15 voci di aggregato di costo.

Si specifica che il campione su cui si presentano i risultati è di 26 aziende in quanto cinque sono state escluse:

- per due non è stato possibile ricostruire un trend confrontabile dal momento che non per tutti gli anni sono disponibili i conti con il livello di dettaglio preso in considerazione dall’analisi<sup>5</sup>;
- le ulteriori tre sono state oggetto di riorganizzazioni importanti nel loro assetto e pertanto presentavano valori anomali nel conto economico da un anno all’altro<sup>6</sup>.

È bene comunque premettere che, le manovre di Spending Review, non sono le sole ad essere intervenute: provvedimenti nazionali legati alla programmazione sanitaria (posti letto per 1000 abitanti), criteri di accreditamento, introduzione di strumenti manageriali come il budget hanno probabilmente determinato azioni manageriali che potrebbero aver avuto un impatto sulla variazione di costi di produzione.

L’approccio scelto per l’analisi dei dati è di tipo descrittivo, attraverso l’osservazione della realtà per comprendere il fenomeno in atto (Bailey, 1995); pertanto, l’obiettivo è quello di consegnare una diagnosi della realtà da cui non discendono obiettivi da perseguire né misure da adottare (Palumbo e Garbarino, 2006).

Una prima osservazione dei dati è stata svolta analizzando il trend dei costi totali della produzione nel periodo 2012-2017. Nella tabella seguente sono indicate le aziende che hanno composto il campione ordinate per dimensione e area geografica e per variazione dei costi totali in base al decremento, la costanza o l’incremento.

Per separare le AOU tra medie e grandi dimensioni è stato utilizzato il valore medio dei costi totali registrati nei bilanci del periodo di riferimento: il cut off è stato individuato in 300 ml di euro, non sono stati utilizzati i ricavi in quanto differenti sono le modalità di tariffazione delle varie regioni e sistemi tariffari differenti avrebbero potuto classificare due aziende di pari dimensioni in due cluster diversi.

---

<sup>4</sup> In realtà non per tutti gli anni e non per tutte le AOU sono disponibili i dati di CE Ministeriale completi e quindi l’analisi, come meglio specificato in seguito, si focalizza solo su alcuni macro aggregati di conto economico.

<sup>5</sup> L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari e l’Azienda Universitaria Sanitaria Integrata di Udine, non sono disponibili nel dettaglio i dati del 2012 e del 2013.

<sup>6</sup> L’AOU di Sassari, l’AOU di Trieste e Policlinico di Modena.

<i>Dimensione</i>	<i>Area Geografica</i>	-	=	+
<b>M</b>	<i>Nord</i>			AOU LUIGI GONZAGA ORBASSANO AOU MAGGIORE DELLA CARITA' DI NOVARA
	<i>Centro-Sud</i>	POLICLINICO TOR VERGATA	AOU II UNIVERSITA' STUDI NAPOLI (VANVITELLI)	AOU SENESE AOU A. MEYER AOU MESSINA AOU OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA
		AOU FEDERICO II	AO S. ANDREA	
				AOU POLICLINICO DI PALERMO
<b>G</b>	<i>Nord</i>	AOU DI PARMA	IRCCS CA'GRANDA OSPEDALE MAGGIORE	IRCCS POLICLINICO S.MATTEO IRCCS SAN MARTINO
		AO CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA TORINO	AOU FERRARA	AOU DI VERONA AOU POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI (BO)
	<i>Centro-Sud</i>	POLICLINICO UMBERTO I	AOU CAREGGI	AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA AO S.GIOVANNI DI DIO E RUGGIERO D'ARAGONA
		POLICLINICO DI BARI	AOU PISANA	AOU POLICLINICO V.EMANUELE DI CATANIA

*Tab. 5.2 Aziende e variazione costi totali*

Di seguito, per comprendere in maniera puntuale la dinamica delle variazioni si sono analizzate le specifiche voci di costo a cui i provvedimenti di spending fanno riferimento. In una prima analisi si considerano le variazioni annuali delle specifiche voci di costo per azienda. Un secondo livello di analisi verifica la correlazione tra andamento dei costi, al netto dei costi di farmaci per File F (valutati al valore del rimborso)<sup>7</sup> e variazione della produzione<sup>8</sup>: per sviluppare questa analisi si è utilizzata esclusivamente la produzione tariffata, al netto del File F, in quanto contributi e funzioni sono spesso uno strumento utilizzato dalle regioni per garantire l'equilibrio economico<sup>9</sup>. L'analisi correlata tra trend dei

<sup>7</sup> Per alcune regioni i criteri di rimborso sono definiti sulla base di tetti di sistema ed è quindi possibile che il costo dei farmaci utilizzati per File F sia superiore al rimborso riconosciuto.

<sup>8</sup> Da questa particolare analisi (correlazione tra costi e produzione) sono state escluse le tre AOU della Regione Campania in quanto fino al 2015 nei ricavi da produzione tariffata venivano registrate solo le prestazioni di mobilità attiva dal momento che quelle per residenti della Campania confluivano nel finanziamento a contributi. Inoltre sono stati normalizzati i ricavi dell'AOU San Martino di Genova che nel periodo 2012-2014 rilevava il finanziamento del file F all'interno dei contributi.

<sup>9</sup> Dal momento che il confronto nel tempo si sviluppa sulla singola azienda non ha impatto la differenza tra i sistemi tariffari delle varie regioni, in quanto il confronto è interno, ma esclusivamente l'eventuale modifica tariffaria attuata dalla regione nel periodo di riferimento dell'analisi, come è avvenuto ad esempio per la regione Piemonte, che ha introdotto le tariffe del DM 2012 riducendo in tal modo il valore della produzione senza però che questo fosse correlato

costi e della produzione ha consentito di determinare se un eventuale variazione dei costi, risulti essere una conseguenza della variazione dei volumi di produzione aziendale oppure di una maggiore/minore efficienza nell'impiego delle risorse.

### 5.5 Gli effetti della Spending Review nelle Aziende Ospedaliere Universitarie Italiane

Le aziende prese in esame nel seguente studio<sup>10</sup> sono aziende molto differenti tra loro per dimensione della produzione, quantità di posti letto e costi di produzione<sup>11</sup>.

Il peso dei costi della produzione delle Aziende Ospedaliere Universitarie, oggetto di analisi, sulla spesa pubblica sanitaria è inferiore al 9% (Tab.5.3).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Costi Produzione AOU</b>	9.461.157	9.478.069	9.552.936	9.821.495	9.815.118	9.955.557
<b>% su Spesa Sanitaria</b>	8,57%	8,65%	8,61%	8,83%	8,72%	8,76%

Tab. 5.3 Costi totali del Campione delle Aziende Ospedaliere Universitarie

Per quanto riguarda la dinamica dei costi di produzione si verifica complessivamente sull'arco temporale analizzato un incremento complessivo del 5,23%, superiore all'incremento della spesa sanitaria pubblica che attesta al 2,88%; peraltro si osserva che il trend di crescita dei costi della produzione, rispetto al 2012, è superiore a quello della spesa pubblica, seppur altalenante negli anni. In particolare, si registrano incrementi significativi negli anni 2015 e 2017 (Tab. 5.4).

---

ad una riduzione della produzione stessa. Si rileva che poche sono le regioni che applicano aggiornamenti dei sistemi tariffari con cadenze inferiori al quinquennio, riferendosi quasi tutte ai nomenclatori tariffari nazionali che risalgono alla seconda metà del primo decennio del secolo. Si è comunque consapevole che oltre alla Regione Piemonte, altre regioni possano aver modificato i propri sistemi tariffari, nel periodo di analisi, correndo così il rischio di determinare errori nella valutazione

<sup>10</sup> Come visto nei paragrafi precedenti l'analisi si concentra solo sulle 27 AOU per le quali i dati analizzati sono completi ed attendibili, ad eccezione per le valutazioni sul valore della produzione per le quali il campione si riduce a 24.

<sup>11</sup> I valori di costo analizzati sono quelli rilevati nell'aggregato di CE Ministeriale BZ9999 Costi Totali della produzione, al netto delle gestioni non caratteristiche e straordinarie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Costi Produzione: trend su 2012</b>	100,00	100,18	100,97	103,81	103,74	105,23
<b>Spesa Sanitaria: trend su 2012</b>	100,00	99,27	100,47	100,75	101,93	102,88
<b>Costi Produzione var. % annuale</b>		0,18%	0,79%	2,81%	-0,06%	1,43%
<b>Spesa Sanitaria var. % annuale</b>		-0,73%	1,21%	0,28%	1,17%	0,94%

*Tab.5.4 Andamento Costi di Produzione e Spesa Sanitaria Pubblica*

L'analisi suddivide le aziende per dimensione dei costi totali di produzione e per posizione geografica. Il primo criterio, la dimensione, pone nel cluster delle medie 11 AOU e in quello delle grandi le rimanenti 15, per l'altro parametro risultano collocate 10 aziende al Nord e 16 al Centro-Sud. Rispetto alla dinamica dei costi le aziende sono state classificate in 4 differenti range:

- decremento
- incremento tra 0 e 5%
- incremento tra 5 e 10%
- incremento superiore a 10%.

## 5.6 Risultati

Il paragrafo sintetizza le risultanze dell'analisi. Per facilitare la lettura, l'analisi per ogni voce di costo è stata articolata in sottoparagrafi: si affronta dapprima il trend dei costi complessivi e poi via via nello specifico l'analisi delle principali voci di costo sulle quali avrebbe dovuto impattare la Spending Review: costo del personale, dispositivi medici, altri beni sanitari e non, servizi sanitari e non sanitari. Inoltre, si specifica che le tabelle contenenti i risultati sono presenti in fondo al paragrafo, a partire da pag. 102.

### Costo totale della produzione

L'analisi sul trend dei costi totali di produzione negli anni considerati definisce i seguenti cluster:

- 6 AOU hanno registrato un trend costante e/o in decremento,
- 6 AOU un incremento inferiore al 5%,
- 8 AOU si collocano in un range di crescita tra il 5-10%
- 6 AOU infine hanno registrato un aumento dei costi più consistente (Tab.5.5.a/b).

Se sui trend si innescano le altre due variabili dello schema di analisi, dimensione e collocazione geografica, si rileva che:

- La classe delle AOU di media dimensione ha un incremento dei costi della produzione superiore a quello delle AOU di grandi dimensioni (8,6% rispetto a 4,1%) e questo si evidenzia anche nell'analisi dei comportamenti delle singole aziende: 7 aziende di media dimensione su 11 hanno registrato un incremento dei costi superiore al 5% e ben 4 un trend di crescita superiore al 10%; nella classe delle aziende di grandi dimensioni invece 7 su 15 hanno un trend di crescita superiore al 5%, due delle quali superiore al 10%. Delle 6 aziende che registrano un decremento di costi della produzione 4 sono di grandi dimensioni e solo 2 di medie. (Tab.5.5.b);
- È più equilibrato il fenomeno geografico infatti rispetto alla numerosità di aziende con trend di crescita superiore al 5%, 6 su 10 sono al nord e 8 su 16 del centro sud. Si rileva inoltre che delle 6 AOU con costi in decremento 2 si collocano al nord e 4 al centro-sud; il fenomeno è confermato anche a livello di costo di produzione complessivo: le aziende del nord crescono del 6% rispetto al 4,5% di quelle del centro sud (Tab.5.5.a).

Se si osserva il fenomeno sui singoli anni, si rileva che le manovre relative alla Spending Review hanno avuto maggiore impatto negli anni 2013 versus 2012, quindi nel primo anno di applicazione, e 2016 versus 2015. In questi anni sono presenti rispettivamente 12 e 15 aziende che hanno ridotto i costi, mentre negli altri anni si ha una maggiore concentrazione nel range con variazioni comprese tra lo 0-5%. (Tab.5.6).

Se si analizza il trend dei costi rapportandolo a quello della produzione<sup>12</sup> (costo per 1.000 euro di produzione) complessivamente si ha una sostanziale invarianza, infatti si registra una crescita dello 0,9%; l'analisi sulle singole strutture mette però in evidenza che 11 AOU (circa il 50% del campione) hanno conseguito un miglioramento dell'efficienza pari 5,2%, mentre le restanti un'inefficienza di poco inferiore al 7%, e tra queste 7 si posizionano nel range di crescita inferiore al 5%, 1 AOU tra il 5 e il 10% e 4 superiore al 10%. Il miglioramento dell'efficienza si concentra nel gruppo delle AOU del Centro Sud (-1,8% contro +3,5% del nord) (Tab.5.7.a).

Questi fenomeni hanno determinato una riduzione della distanza tra i costi di produzione delle AOU del Nord, che risultano più efficienti nel confronto, rispetto a quelle del Centro Sud, che nel 2017 registrano ancora costi di produzione superiori. Sulla variabile

---

<sup>12</sup> Sono escluse come definito in nota 7 le AOU della Regione Campania e i valori di costo e di ricavo sono al netto del

dimensione le aziende grandi dimensioni registrano una crescita dell'1,2% mentre quelle di media dimensione registrano un trend sostanzialmente costante (-0,4%).

Il confronto di efficienza tra AOU di diverse dimensioni evidenzia una sostanziale invarianza del costo per 1.000 euro di fatturato; si rileva comunque che, sebbene per le grandi cresca lievemente (1,2%) e per le medie rimanga invariato (-0,4%), nel 2017 le AOU di medie dimensioni rilevano mediamente un costo di produzione superiore del 20% rispetto a quanto registrato da quelle di grandi dimensioni. Comunque, al di là delle analisi specifiche, gli aumenti che si sono verificati in termini assoluti dei costi (5,23%), in parte trovano una spiegazione nell'aumento della produttività aziendale (Tab.5.7, 5.8, 5.9).

Per comprendere quali siano state le voci che hanno contribuito maggiormente al trend dei costi totali e su quali in particolare il management è intervenuto per determinare tale dinamica è necessario approfondire l'analisi alle principali voci di costo che compongono i costi totali di produzione.

### ***Acquisto di Beni***

L'analisi dei costi relativi all'acquisto di beni è suddivisa nelle varie tipologie: beni sanitari e beni non sanitari.

Il costo totale degli acquisti in valore assoluto, cresce mediamente del 22,4%, con un incremento del 24% per i beni sanitari e un decremento del 27,4% per i beni non sanitari (Tab.5.10). Osservando il periodo di analisi risulta che solo un'AOU ha registrato un decremento dei costi (-12,3%) mentre tutte le altre crescono.

Verificando il dato rispetto alla variabile dimensione non si rileva una differenza tra i due gruppi, mentre per la variabile geografica si rileva un maggior incremento nelle aziende del nord: questo cresce del 29,3% contro il 17,4% del centro sud (Tab.5.10).

Sostanzialmente comunque risulta che la tendenza delle aziende sia quella di posizionarsi in misura maggiore nel range di crescita superiore al 10% indipendentemente dalla dimensione e dalla collocazione geografica. Se la stessa analisi viene svolta sui singoli anni, risulta che il 2016 è l'anno nel quale si registra un decremento dei costi pari al 3% rispetto all'anno precedente: in questo periodo 18 AOU hanno registrato una contrazione dei costi di beni.

Correlando il trend del costo di beni a quello della produzione emerge che sostanzialmente l'incremento dei costi è stato assorbito da un incremento della produzione, anche se più contenuto, si rileva infatti che il costo per 1.000 euro di produzione cresce nel periodo osservato dell'1,3% (Tab.5.7). Se questo indicatore viene indagato rispetto alla variabile dimensione si rileva che le AOU di medie dimensioni hanno saputo attuare manovre di efficienza contraendo i costi unitari di oltre l'11%, mentre quelle di grandi dimensioni hanno registrato un trend inverso crescendo per più del 5% (Tab.5.9). Per quanto riguarda invece la variabile della collocazione geografica le AOU del Sud presentano, nel tempo, una

variazione dei livelli di efficienza maggiore rispetto a quelle del nord: registrano infatti una contrazione del 3% rispetto ad un incremento del 6,1% (Tab.5.9). Di seguito il trend beni viene analizzato nelle specifiche componenti di costo, al fine di spiegare le motivazioni delle variazioni.

### ***Acquisto di Beni Sanitari***

I beni sanitari rappresentano quei beni che sono direttamente riferibili alla prestazione sanitaria, quindi, data l'attività caratteristica di tali aziende, è ragionevole che oltre il 98% dell'acquisto di beni sia da ricondursi a beni sanitari. Dall'analisi dei dati emerge che 24 aziende, la quasi totalità, ha incrementato tale costo posizionandosi nel range con variazioni superiori al 10% (Tab. 5.5).

### ***Dispositivi Medici***

I dispositivi medici sono l'altra componente determinante i costi per l'acquisto di beni sanitari. Il dispositivo medico, come bene sanitario codificato, viene sancito in Italia dal 2008<sup>13</sup>. Dal 2012 il ministero nella classificazione del CE ha introdotto voci specifiche per la rilevazione del costo dei dispositivi medici (BA0220 DM impiantabili attivi, BA0230 DM diagnostici in vitro, BA0240 Altri DM), ma a quella data le anagrafiche degli enti non erano ancora completamente aggiornate per accogliere questa specifica separazione all'interno dei beni sanitari: il ricorso alla verifica del codice di repertorio, che identifica un Dispositivo Medico rispetto ad un comune bene sanitario, è stato attuato per molte aziende a livello nazionale solo a partire dal 2014 e quindi con i primi effetti in termini di completezza del dato a partire dal 2015. Inoltre il 2015 è l'anno nel quale viene prevista a livello normativo anche la registrazione, da parte dei fabbricanti, dei dispositivi medici in vitro nell'ambito della banca dati del repertorio, dispositivi per i quali fino a quella data la registrazione era solo facoltativa; è proprio dalla seconda metà del 2015 che ha avuto inizio una registrazione massiva di questi DM così da completare effettivamente il nomenclatore dei dispositivi medici<sup>14</sup>. Questo ritardo, sia a carico dei fabbricanti che a carico delle singole aziende sanitarie nell'aggiornamento delle anagrafiche, può avere un impatto sulla valutazione del trend di questa categoria, in quanto spesso l'incremento può essere giustificato da uno spostamento di prodotti da un conto economico ad un altro più che un reale incremento del costo e/o del consumo di questi beni. Per meglio indagare questo fenomeno il trend di questo aggregato deve essere correlato all'andamento dei beni sanitari al netto dei

---

<sup>13</sup> Il primo manuale utente per la Banca Dati dei Dispositivi medici è datato 09/01/2008

<sup>14</sup> Prima del 2015 il costo dei dispositivi medici in vitro veniva generalmente registrato sul conto dei prodotti chimici e/o diagnostici.

farmaci<sup>15</sup>, così da comprendere il vero trend di consumo al netto di travasi di costo da un conto ad un altro.

Complessivamente il costo dei DM cresce del 11,6%, contro una crescita del 5,8% dei beni sanitari al netto di farmaci<sup>16</sup>: l'analisi dei comportamenti delle singole AOU porta però a rilevare che 12 aziende su 26 registrano un decremento in tale voce di costo, una AOU un incremento inferiore al 10% e 13 un incremento superiore al 10%, con picchi anche superiori al 50% (ben 4 aziende).

Per le aziende di medie dimensioni i consumi di DM crescono quasi il doppio rispetto a quelle di grandi dimensioni (18% contro 10%): per le aziende di medie dimensioni solo il 40% dell'incremento può essere ricondotto ad una diversa modalità di registrazione dei costi, mentre per quelle di grandi dimensioni tale fenomeno spiega oltre il 55% dell'incremento. Le aziende di grandi dimensioni sono riuscite maggiormente a controllare il costo: 9 su 15 infatti registrano una contrazione, mentre le restanti un incremento superiore al 10%; per le aziende di medie dimensioni 8 su 11 presentano un trend in crescita, per 7 delle quali superiori al 10%.

La verifica rispetto alla collocazione geografica pone in vantaggio le aziende del nord: il 70% (7 su 10) infatti contrae i costi, rispetto al 31% (5 su 16) di quelle del centro sud (Tab. 5.5). Il trend complessivo dei consumi nei due gruppi registra stabilità per le aziende del nord e un incremento del 20% per quelle del sud<sup>17</sup>.

La correlazione con il trend della produzione mette in evidenza come il costo rispetto al valore della produzione cresca di più rispetto al valore complessivo (13,3%). Nel periodo di riferimento il costo medio dei DM non di ultima generazione ha teso a ridursi a fronte del confronto sulle prassi di acquisto delle altre aziende ospedaliere (vedasi bench marking per singolo DM prodotti sia dalle regioni che dal ministero su open data CONSIP), mentre indicano, su questo tipo di aziende che presentano i maggiori livelli di specializzazione a fronte della natura specifica, i consumi DM di nuova generazione (valvole cardiache, stent riassorbibili, TAVI, protesi endovascolari e gastrointestinali) che sebbene vengano utilizzati per la produzione di DRG ad alta tariffa (cardio chirurgici, vascolari, neurochirurgici etc..), non hanno trovato nel tempo un corrispondente incremento della tariffe drg che, salvo rare

---

<sup>15</sup> Si rileva che nella categoria beni sanitari oltre ai farmaci trovano collocazione i DM, i vaccini (con scarsa incidenza di consumo sulle AOU e con trend costante), sangue ed emocomponenti, prodotti dietetici, prodotti chimici (per i quali si è verificato il maggior travaso sui DM dall'introduzione dell'obbligo di registrazione al repertorio anche per le CND W), materiali e prodotti per uso veterinario (praticamente assenti quali costi per questo tipo di aziende), altri beni e prodotti sanitari.

<sup>16</sup> In questo dato si rileva come effettivamente almeno il 50% dell'incremento del costo sia da attribuirsi ad una diversa registrazione nei vari conti di CE.

<sup>17</sup> Tale incremento solo in parte, circa 40%, trova giustificazione in un travaso di costi da un conto ad un altro, per oltre il 60% è invece da imputarsi ad un reale incremento dei consumi.

eccezioni<sup>18</sup>, sono ancora ferme al nomenclatore d tariffario del 2007, quando questi tipi di device non erano ancora in commercio. Sostanzialmente il trend per le 23 AOU vede una crescita del costo dei DM pari al 11,7% a fronte di un incremento se rapportato alla produzione del 13,3% (Tab.5.8). Se si analizzano però le singole AOU si rileva come 6 aziende abbiano contratto tale parametro, 4 al nord e 2 al centro sud, mentre 12, di cui 9 al sud, abbiano incrementato più del 10%. Da considerare peraltro che la riduzione è tutta concentrata sulle aziende di grandi dimensioni. In realtà quando si parla di dispositivi medici è bene precisare, che l'intervento delle ultime manovre, è stato accompagnato dall'introduzione di ulteriori misure che hanno modificato la disciplina del settore. Più precisamente, con l'obiettivo di contenere la dinamica della spesa, il governo ha imposto alle aziende di rinegoziare i contratti in essere e di fare maggiore ricorso alla centralizzazione degli acquisti. Inoltre, per garantire un'adeguata copertura all'eventuale sfioramento, il governo ha stabilito che, il così detto *payback*<sup>19</sup> sia a carico delle imprese. L'impatto di tali interventi sarà tuttavia valutabile negli anni futuri e operando analisi differenti rispetto a quelle delle voci di costo economico perché i bilanci delle aziende non sono in grado di registrare tale fenomeno.

### ***Acquisto di Beni non Sanitari***

I beni non sanitari rappresentano tutti gli altri costi per acquisto di beni non direttamente attribuibili all'attività sanitaria; incidono per una quota minima, poco più del 2%, sul totale della voce acquisto di beni. La maggior parte delle AOU, 18 su 26, ha decrementato tale costo (Tab.5.5): complessivamente la spesa si è ridotta del 27% e lo stesso trend si rileva anche in rapporto alla produzione (Tab. 5.8). Non si rilevano particolari differenze in termini di dimensioni delle AOU mentre si rileva che di 8 aziende che incrementano i costi 7 sono localizzate al centro-sud (Tab. 5.5.a).

---

<sup>18</sup> Come ad esempio la Regione Lombardia

<sup>19</sup> Il *pay back* è quel meccanismo pensato per compensare i "fisiologici" sfioramenti dei tetti di spesa attraverso l'intervento diretto delle aziende produttrici in proporzione alle vendite effettuate.

## **Costo del Personale<sup>20</sup>**

Il costo per il personale è l'altra voce di costo oggetto di Spending Review, tale fattore produttivo rappresenta una risorsa importante del bilancio aziendale dal momento che pesa mediamente, per le AOU, oltre il 43% dei costi totali, variando negli anni dal 45% al 42%. Molte sono le azioni messe in campo dalla normativa, sia in passato (inizio anni 2000) che nell'attuale per contenere tale voce; tuttavia, le risorse umane rappresentano, in un settore come quello sanitario, un elemento molto rilevante. Infatti, le politiche sul personale, devono avere una visione di lungo termine tenendo conto di un'ampia gamma di strategie: la riduzione dei costi infatti può essere raggiunta prevedendo un cambiamento dello skill mix e la sostituzione dei ruoli dei lavoratori per la riduzione dei costi unitari della manodopera o migliorare la produttività.

Pertanto, il management aziendale nell'attuare la riduzione del costo del personale deve prestare attenzione ad una serie di variabili così da agire in modo efficiente.

Dall'osservazione dei dati, si può rilevare che le Aziende Ospedaliere Universitarie hanno registrato un decremento del 2,2% in valori assoluti (Tab. 5.8). Considerando la dimensione aziendale, le aziende "grandi" si collocano prevalentemente nel range di decremento dei costi, mentre le "medie" si distribuiscono equamente all'interno dei range non manifestando un orientamento definito (Tab.5.5.b).

In base invece, alla collocazione sono le aziende del Nord che hanno contenuto maggiormente i costi, mentre le aziende al Centro-Sud non presentano un comportamento specifico (Tab. 5.5.a), riducendo però il gap che si registrava tra nord e sud rispetto all'incidenza percentuale dei costi del personale sui costi totali<sup>21</sup>: questo potrebbe indicare, politiche regionali più aspre in tema di contenimento dei costi per il personale e blocchi del turnover maggiormente attuati al nord rispetto al centro-sud. L'analisi del costo dei servizi, nell'ambito del quale sono allocati costi riconducibili comunque alla risorsa personale (medici SUMAI ed interinali sia sanitari che non sanitari) mette in luce come il sud faccia maggiormente ricorso a queste forme di flessibilità con costi che si attestano ad oltre 400 ml nel 2017, contro i poco più di 100 ml del nord, e che quindi modificherebbero in modo significativo la valutazione della produttività della risorsa personale, infatti con riferimento

---

<sup>20</sup> Dal momento che per molte di queste aziende, stante la loro caratteristica intrinseca, significativo è il costo del personale universitario, per sviluppare tale analisi le indennità al personale universitario sono state ricondotte in questo aggregato anche se nel bilancio sono appostate nell'aggregato dei servizi (BA1410 Indennità a personale universitario - area sanitaria, che afferisce all'aggregato BA0400 Servizi Sanitari e BA1810 Indennità a personale universitario - area non sanitaria che afferisce all'aggregato BA1560 Servizi non sanitari)

<sup>21</sup> Le Aou del centro sud passano dal 43,3 del 2012 al 41% del 2017, mentre quelle del nord dal 46,7% al 43%.

all'anno 2017<sup>22</sup> il costo delle risorse personale acquisita con le diverse modalità di recepimento sul mercato si attesta a 790 euro al nord contro 900 al sud.

In termini di produttività, sebbene a livello complessivo il trend sia sostanzialmente stabile, si rileva che lo sforzo attuato dalle Aziende del Centro Sud è decisamente superiore a quelle del Nord. Infatti, mentre nelle prime, il costo per 1.000 euro di produzione, con riferimento alla risorsa personale si contrae dell'1%, nelle seconde cresce dell'1,5%, riallineando in questo modo l'incidenza percentuale del costo del personale sul valore della produzione tariffata<sup>23</sup>. In termini di produttività non si rileva una differenza di comportamento tra aziende in base alla variabile dimensione (Tab.5.7.b).

### **Acquisto di Servizi<sup>24</sup>**

Come per i beni, anche quando si parla di servizi nel conto economico aziendale vi è una distinzione tra i costi per servizi sanitari e servizi non sanitari.

Il loro peso sul totale dei costi, trattandosi di AOU (che sono aziende di produzione e non di acquisto di servizi) è meno significativo rispetto a quello per l'acquisto di beni e per il personale, incide comunque per oltre il 17%, medio nell'arco temporale considerato. Da considerare comunque come in questo aggregato siano individuabili, come evidenziato in precedenza, voci di costo che per tipologia di attività siano assolutamente in linea con la risorsa personale: si tratta ad esempio delle indennità al personale universitario, che come precedentemente detto sono state analizzate insieme al costo del personale, ma anche il costo dei medici Sumai e del personale interinale sia sanitario che non sanitario.

### **Servizi Sanitari<sup>25</sup>**

I servizi sanitari, nel periodo osservato, hanno un incremento medio del 8,9% (Tab.5.8): le AOU di medie dimensioni crescono sensibilmente più di quelle di grandi dimensioni (21,5% contro 4,4%): verificando però la distribuzione delle singole aziende all'interno dei range si rileva una certa omogeneità di comportamento tra grandi e medie dal momento che nel range di contrazione dei costi si collocano 4 aziende medie e 2 grandi così come in quello di crescita superiore al 10% si collocano 6 medie e 8 grandi (Tab.5.5.b).

Anche la collocazione geografica non incide rispetto al loro comportamento. Le organizzazioni, infatti, si muovono in modo simile, forse con un leggero vantaggio per il centro-sud: 5 su 6 di quelle che contraggono i costi sono al centro-sud così come 8 su 14

---

<sup>22</sup> Di cui si dispone del dettaglio di tutte le voci di costo del CE Ministeriale

<sup>23</sup> Le AOU del nord registrano nel 2012 il 72,8% e si attestano nel 2017 al 79,3% mentre le AOU del sud passano dal 75% al 74,4%

<sup>24</sup> Tale aggregato, per le considerazioni di cui alla nota 20, è stato analizzato al netto delle indennità per personale universitario che sono state aggregate al costo del personale

<sup>25</sup> Al netto del conto BA1420

di quelle che incrementano oltre il 10% si collocano sempre al centro sud (Tab.5.5.a). Complessivamente la spesa per servizi sanitari cresce del 6,8% al nord e del 10,9% al centro-sud. La Verifica sulla produttività di questi costi evidenzia come il costo per 1.000 euro di produzione tariffata sia cresciuto del 13% con una forte differenziazione a livello complessivo tra medie e grandi dimensioni, 40,5% contro 6,3%, e nord e centro sud, 9% contro 17,9.

Se si analizza il comportamento delle singole aziende non si evince una sostanziale differenza di comportamenti con riferimento alla collocazione geografica, mentre le aziende di medie dimensioni risultano mediamente meno efficienti di quelle di grandi dimensioni (Tab.5.9).

### ***Servizi non Sanitari<sup>26</sup>***

Per quanto riguarda infine i servizi non sanitari il 65% delle AOU registra una contrazione dei costi (Tab.5.8). Tale voce di costo decresce del 4,2%: 2,3% per le AOU di medie dimensioni, 5% per quelle grandi, 8,2% per le AOU del nord e meno dell'1% per quelle del centro sud, dove sono collocate ben 8 AOU delle 9 che complessivamente incrementano i costi. Questa è sicuramente la voce su cui hanno maggiormente inciso le politiche di centralizzazione delle gare, per l'evidente minore variabilità delle caratteristiche dei servizi, ed in particolare le gare CONSIP (pulizie, ticket, lavanolo etc..).

Con riferimento alla valutazione della produttività di questa tipologia di costo si conferma il miglioramento dell'efficienza, sebbene a livello complessivo risulti particolarmente significativa l'efficienza delle aziende di medie dimensioni, verificando il comportamento delle singole AOU si evidenzia che ben 10 aziende di grandi dimensioni hanno comunque ottenuto una riduzione dei costi contro 6 di medie dimensioni (Tab. 5.7.b); con riferimento alla collocazione geografica non si notano particolari differenze di comportamento in termini di efficienza (Tab.5.7.a).

---

<sup>26</sup> Al netto del conto BA1810

## Tabelle Risultati

	>= 0%		<0 e >=5%		<5% e >=10%		<10%	
	Nord	Centro-Sud	Nord	Centro-Sud	Nord	Centro-Sud	Nord	Centro-Sud
<b>Costo Totale della Produzione</b>	2	4	2	4	3	5	3	3
<b>Costo Dispositivi Medici</b>	7	5	0	0	0	1	3	10
<b>Costo del Personale</b>	8	7	1	7	1	1	0	1
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>	0	1	0	0	0	2	10	13
<b>Costo Beni Sanitari</b>	0	1	0	0	0	1	10	14
<b>Costo Beni non Sanitari</b>	9	9	0	1	0	0	1	6
<b>Costo Servizi Sanitari</b>	1	5	2	1	1	2	6	8
<b>Costo Servizi non Sanitari</b>	9	8	0	1	0	3	1	4

Tab.5.5.a Variazione Costi 2012-2017 per area geografica in valori assoluti (N°aziende)

	>= 0%		<0 e >=5%		<5% e >=10%		<10%	
	Grandi	Medie	Grandi	Medie	Grandi	Medie	Grandi	Medie
<b>Costo Totale della Produzione</b>	4	2	4	2	5	3	2	4
<b>Costo Dispositivi Medici</b>	9	3	0	0	0	1	6	7
<b>Costo del Personale</b>	10	2	3	5	1	1	0	1
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>	1	0	0	0	1	1	12	8
<b>Costo Beni Sanitari</b>	1	0	0	0	0	1	14	10
<b>Costo Beni non Sanitari</b>	11	7	0	1	0	0	4	3
<b>Costo Servizi Sanitari</b>	4	2	2	1	1	2	8	6
<b>Costo Servizi non Sanitari</b>	12	5	0	1	1	2	2	3

Tab.5.5.b Variazione Costi 2012-2017 per dimensione in valori assoluti (N°aziende)

	$\leq 0$	$> 0 \text{ e } \leq 5\%$	$> 5\% \text{ e } \leq 10\%$	$> 10\%$
<b>2012-2013</b>	12	12	2	0
<b>2013-2014</b>	5	21	0	0
<b>2014-2015</b>	3	15	7	1
<b>2015-2016</b>	15	8	3	0
<b>2016-2017</b>	4	19	3	0

Tab.5.6 *Variazione Costo Totale della produzione campione per anno in valori assoluti (N° aziende)*

	$> 0 = 0\%$		$< 0 \text{ e } > 0 = 5\%$		$< 5\% \text{ e } > 0 = 10\%$		$< 10\%$	
	Nord	Centro-Sud	Nord	Centro-Sud	Nord	Centro-Sud	Nord	Centro-Sud
<b>Costo Totale della Produzione</b>	4	7	2	5	1	0	3	1
<b>Costo Dispositivi Medici</b>	4	2	2	1	1	1	3	9
<b>Costo del Personale</b>	5	8	2	2	1	1	2	2
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>	3	7	1	2	1	2	5	2
<b>Costo Beni Sanitari</b>	0	2	0	1	0	1	10	9
<b>Costo Beni non Sanitari</b>	9	9	0	0	0	0	1	4
<b>Costo Servizi Sanitari</b>	1	5	2	0	0	3	7	5
<b>Costo Servizi non Sanitari</b>	7	9	0	1	1	0	2	3

Tab. 5.7.a *Variazione Costi/Produzione 2012-2017 per area geografica in valori assoluti (N°aziende)*

	<b>&gt;0= 0%</b>		<b>&lt;0 e &gt;0=5%</b>		<b>&lt;5% e &gt;0=10%</b>		<b>&lt;10%</b>	
	<b>Grandi</b>	<b>Medie</b>	<b>Grandi</b>	<b>Medie</b>	<b>Grandi</b>	<b>Medie</b>	<b>Grandi</b>	<b>Medie</b>
<b>Costo Totale della Produzione</b>	7	4	5	2	0	1	2	2
<b>Costo Dispositivi Medici</b>	6	0	2	1	0	2	6	6
<b>Costo del Personale</b>	7	6	4	0	1	1	2	2
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>	4	6	2	1	2	1	6	1
<b>Costo Beni Sanitari</b>	2	5	4	3	7	0	1	1
<b>Costo Beni non Sanitari</b>	11	7	0	0	0	0	3	2
<b>Costo Servizi Sanitari</b>	2	4	2	0	2	1	8	4
<b>Costo Servizi non Sanitari</b>	10	6	1	0	1	0	2	3

Tab. 5.7.b *Variazione Costi/Produzione 2012-2017 per dimensione in valori assoluti (N°aziende)*

			<b>Variazione media in Valori assoluti</b>	<b>Variazione media in relazione ai Ricavi</b>
<b>Costo Totale della</b>			5,2%	0,9%
<b>Produzione</b>				
<b>Costo Dispositivi Medici</b>			11,6%	13,3%
<b>Costo del Personale</b>			-2,2%	-0,3%
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>			22,4%	1,3%
<b>Costo Beni Sanitari</b>			24%	4%
<b>Costo Beni Non Sanitari</b>			-27,4%	-28,2%
<b>Costo Servizi Sanitari</b>			8,9%	13%
<b>Costo Servizi Non Sanitari</b>			-4,2%	-3,5%

Tab. 5.8 *Variazione Costi 2012-2017 in valori assoluti e variazione costi/produzione 2012-2017 (Variazione %)*

	<b>Nord</b>	<b>Centro-Sud</b>	<b>Grandi</b>	<b>Medie</b>
<b>Costo Totale della Produzione</b>	3,5%	-1,8%	1,2%	-0,4%
<b>Costo Dispositivi Medici</b>	4,6%	19,6%	11,3%	20,8%
<b>Costo del Personale</b>	1,5%	-1%	0,3%	0,4%
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>	6,1%	3%	5,4%	-11,3%
<b>Costo Beni Sanitari</b>	6%	2%	-3%	-3%
<b>Costo Beni Non Sanitari</b>	-28,9%	-26,9%	-28,9%	-23,8%
<b>Costo Servizi Sanitari</b>	9%	17,9%	6,3%	40,5%
<b>Costo Servizi Non Sanitari</b>	-2,5%	-4,6%	-2,1%	-8,1%

Tab. 5.9 Variazione Costi/Produzione 2012-2017 per posizione geografica e per dimensione (Variazione %)

	<b>Nord</b>	<b>Centro-Sud</b>	<b>Grandi</b>	<b>Medie</b>
<b>Costo Totale della Produzione</b>	6%	4,5%	8,6%	5,2%
<b>Costo Dispositivi Medici</b>	0,7%	19,9%	9,8%	17,8%
<b>Costo del Personale</b>	-2,8%	-1,6%	-3%	0,3%
<b>Costo Totale Acquisto di Beni</b>	29,3%	17,4%	22,7%	21,7%
<b>Costo Beni Sanitari</b>	31,8%	18,3%	24,5%	22,7%
<b>Costo Beni Non Sanitari</b>	-31,6%	-22,2%	-29%	-20,2%
<b>Costo Servizi Sanitari</b>	6,8%	10,9%	4,4%	21,5%
<b>Costo Servizi Non Sanitari</b>	-8,2%	-0,6%	-4,9%	-2,3%

Tab. 5.10 Variazione Costi 2012-2017 per posizione geografica e per dimensione (Variazione %)

## 5.7 Conclusioni

Le Aziende Ospedaliere Universitarie Italiane in questi ultimi anni hanno sicuramente prestato attenzione al tema di contenimento dei costi, così come indicato dalla Spending Review. In realtà, il processo di responsabilizzazione, è iniziato qualche decennio prima con le varie riforme strutturali che si sono conseguite e la consapevolezza del management aziendale della necessità di controllare i costi.

Questa analisi ha verificato l'applicazione dei tagli dovuti alla Spending Review procedendo secondo due gradi di valutazione. Dapprima si è considerato il fenomeno osservando le variazioni dei costi in termini assoluti e in seguito si è verificato se l'evoluzione dei costi fosse legata a variazioni della produttività aziendale.

In termini assoluti la dinamica dei costi in realtà non ha dimostrato una contrazione dei costi della produzione, che al contrario è cresciuta mediamente del 5,2%. Se tale dato è rapportato ai livelli di produzione aziendale a ogni modo si ha un incremento medio dello 0,9%, che comunque risulta più contenuto rispetto al dato precedente (Tab 5.8).

Quando l'analisi dei costi si spinge nel dettaglio approfondendo il fenomeno attraverso l'esame delle singole voci di costo presenti nel conto economico e oggetto di taglio i soli costi che risultano in decremento sono quelli relativi al costo del personale, dei beni non sanitari e dei servizi non sanitari. Per il costo del personale indubbiamente sono intervenute altre politiche come il blocco del turnover imposto da diverse regioni. Inoltre in particolare tale decremento è evidente in maniera significativa per i beni non sanitari che si riducono sia considerando i valori di costo in termini assoluti che in termini di rapporto con la produzione.

Le altre voci di costo restanti come il costo dei dispositivi medici, il costo totale dei beni, il costo dei beni sanitari e dei servizi sanitari risultano tutti in incremento.

In realtà, questo incremento risulta particolarmente rilevante per il costo totale dei beni e per il costo dei beni sanitari, che attestano una crescita rispettiva se viene analizzato il dato di costo in valori assoluti molto elevata (22,4% e 24%), ma che in realtà se parametrata al valore dei livelli di produzione risulta all'1,3% per il costo totale dei beni e del 4% per il costo dei beni sanitari.

Avviene invece il contrario per gli altri due costi (dispositivi medici e servizi sanitari): il loro costo aumenta ulteriormente se viene rapportato ai livelli di produzione. In ogni caso registrano entrambi una crescita media abbastanza significativa in termini percentuali. Per entrambi il tasso di incremento è del 13% in rapporto al valore della produzione.

Considerando il fenomeno in base alla posizione geografica e alla dimensione è stato evidenziato come il costo della produzione sia stato trainato dalle aziende del nord e da quelle di grandi dimensioni (Tab.5.9). Le aziende del nord riescono a contenere "meglio" i costi per i dispositivi medici e il costo per i servizi sanitari seppur in incremento, e a ridurre in misura maggiore il costo dei beni non sanitari. Le aziende del centro-sud al contrario

contengono in misura maggiore tutti gli altri costi e a decrementare in percentuale maggiore il costo sostenuto per i servizi non sanitari.

Le aziende grandi riescono a contrarre maggiormente il costo per i dispositivi medici, a contenere in modo molto importante il costo per i servizi sanitari rispetto alle aziende medie (6,3% vs 40,5%) e a ridurre il costo per i beni non sanitari in misura maggiore.

Le aziende medie sono le principali fauttrici della riduzione del costo totale di beni perché al contrario delle grandi che li incrementano, queste riescono a ridurli dell'11,3%.

Questo livello di analisi, tuttavia non vuole determinare un giudizio di valore e i risultati non indicano l'applicazione o meno delle indicazioni contenute nel decreto di spending review, né tantomeno giudicano se il management abbia applicato in modo efficiente le decisioni di gestione.

L'obiettivo è quello di descrivere un fenomeno e i dati rappresentano un trend generale. Quando il management interviene sui costi sono da considerare tanti elementi derivanti dall'ambiente interno ed esterno all'azienda e che ne condizionano i processi decisionali. La manovra di spendig review può essere uno di questi elementi ma non è il solo elemento. In questo senso il conto economico non è in grado di fornire tutte le informazioni che fanno giungere ad una conclusione sulla qualità dell'operato dei manager.

Pertanto, quando i tagli sono calati dall'alto, come in questo caso, hanno come obiettivo primario quello di contenere il livello dei costi al fine di migliorare la stabilità dei conti pubblici. Tuttavia, tali strumenti rischiano di compromettere gli obiettivi del sistema sanitario perché se non accuratamente applicati potrebbero compromettere a livello aziendale, i tempi d'attesa per le prestazioni, incrementare il carico dei ticket per la popolazione, non consentire interventi adeguati al soddisfacimento dei pazienti, logorare il personale sanitario. Non possiamo concludere verificando se i tagli abbiano portato a degli effetti di miglioramento o se abbiano condotto a dei peggioramenti degli outcome.

Senza dubbio, è fondamentale che le aziende, cerchino di contenere i costi tenendo conto della loro allocazione ottimale, cercando di massimizzare la performance. Tuttavia, si precisa ancora, che il bilancio, non è lo strumento adatto per queste valutazioni ma rappresenta uno strumento informativo utile per questa ricerca perché mostra la dinamica e l'evoluzione dei costi nel tempo.

L'obiettivo della ricerca, è quello di individuare un trend delle aziende sui costi per comprendere se la Spending Review possa aver condizionato le variazioni dei costi nel tempo. Dunque, grazie all'elaborazione dei dati di conto economico si può osservare un dato di fatto che evidenzia il momento dei costi negli anni e che talvolta è in decremento e talvolta in incremento. Sicuramente, laddove si registra una contrazione in parte può essere dovuta alle manovre di Spending Review ma sicuramente le altre riforme che si sono succedute dall'"aziendalizzazione" in poi hanno condizionato la cultura aziendale e soprattutto la cultura del management che presta molta più attenzione al consumo dei fattori

produttivi perché risulta maggiormente responsabilizzato e orientato alla massimizzazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità aziendale.

## **Ringraziamenti**

Il presente lavoro è stato realizzato grazie all'intervento fondamentale del Prof. Antonello Zangrandi e della Dott.ssa Laura Lodetti. Senza il loro contributo metodologico, di supporto per l'elaborazione dei dati e soprattutto, per la loro esperienza nell'ambito delle aziende sanitarie tale lavoro sarebbe stato irrealizzabile. Si ringrazia pertanto, per la loro professionalità e per il loro concorso nella stesura di un paper dal titolo provvisorio "Come hanno tagliato i costi le Aziende Ospedaliere Italiane alla luce della Spending Review", che sarà inoltrato a breve ad una rivista italiana di settore.

## **Bibliografia**

- Austin B.F., "The End of Hospital Cost Shifting and the Quest for Hospital Productivity", *Health Service Research*, Volume 49, Number 1, Pages 1-10, 2014
- Bailey K.D., *Metodi della Ricerca Sociale*, Il Mulino, Bologna, 1995
- Canta C., Piacenza M., Turati G., "Riforme del SSN e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte", XVII Conferenza Siep, 2005
- Cantù, E., Notarnicola E., Anessi Pessina E., "L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche", *Rapporto OASI*, 2015
- Cinquini L., Nuti S., Boccaccio A., Vainieri M., "Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana", *Mecosan*, Volume 54, Pages 43-64, 2005
- Clemens T., Michelsen K., Commers M., Garel P., Dowdeswell B., Brand H., "European hospital reforms in times of crisis: Aligning cost containment needs with plans for structural redesign?", *Health Policy*, Volume 117, Pages 6–14, 2014
- Cooper R., Kaplan R.S. *The design of cost management systems: Text, cases, and readings*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1991
- Documento di Economia e Finanza 2012 (DEF). Sezione II-Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica. Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2012
- Documento di Economia e Finanza 2013 (DEF). Sezione II-Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica. Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2013
- Documento di Economia e Finanza 2014 (DEF). Sezione II-Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica. Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2014
- Documento di Economia e Finanza 2015 (DEF). Sezione II-Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica. Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2015
- Documento di Economia e Finanza 2016 (DEF). Sezione II-Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica. Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2016
- Dranove D., White W.D., "Medicaid-dependent hospitals and their patients: how have they fared?", *Health Service Research*, Volume 33, Number 2, Pages 163-185, 1998
- European Hospital Healthcare Federation, *The crisis hospitals and healthcare*, European Hospital and Healthcare Federation (HOPE), Brussels, 2011
- European Hospital Healthcare Federation, *The current crisis, hospitals and healthcare*. Hospital Healthcare Europe, Pages 36–58, 2012
- Galli D., Valotti G., *Spending review strumento incompreso*, in Galli D., Giacomelli G., Tantardini M., Valotti G., *Spending review e qualità della spesa pubblica. Uno spunto per crescere*, Collana white paper OCAP. Volume 1/2015, EGEA, Milano, 2015
- Garcia Rada A., *Wages are slashed and waiting lists grow as Catalonia's health cuts bite*, *BMJ*; 343:6466, 2011
- Giarda P., *Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare*. Ministero per i rapporti con il Parlamento, Roma, 2012

Hood C., "The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme", *Accounting, Organizations & Society*, Volume 20, Pages 93–109, 1995

Houston M, Day M, de Lago M, Zarocostas J., Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite, *BMJ* 2011;343:5266, 2011

Jack E.P, Powers T.L., "A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services", *International Journal of Management Reviews*, Volume 11, Number, Pages 149–174, 2009

Kaplan R., Porter M., How to Solve The Cost Crisis In Health Care. *Harvard Business Review*, 2011

Kaplan R., Haas R., How not to cut health costs. *Harvard Business Review*, 2014

Kutzin J., Health financing policy: a guide for decision-makers, WHO Regional Office for Europe, Health Financing Policy Paper, Number 1, Copenhagen, 2008

Lega F., Prenestini A., Spurgeon P., "Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies", *Value in health*, Volume 16, Pages 46-51, 2013

Needleman J., Buerhaus P., Pankratz V.S., Leibson C.L., Stevens S. R., Harris M., "Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality.", *New England Journal of Medicine* Volume 364, Number 11, Pages 1037–45, 2011

Macinati S., Anessi Pessina E., "Management accounting use and financial performance in public health-care organisations: Evidence from the Italian National Health Service", *Health Policy*, Volume 117, Number 1, Pages 98-111, 2014

Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al., "Health policy in the financial crisis", *Eurohealth*, Volume 18, Pages 3-6, 2012

Palumbo M., Garbarino E., *Ricerca Sociale: metodo e tecniche*, FrancoAngeli, Milano, 2006

Rechel B et al., Conclusions and critical success factors. In: Rechel B et al. Eds. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Pages 249–264, 2009

Ross JS, Cha SS, Epstein AJ, et al., "Quality of care for acute myocardial infarction at urban safety-net hospitals", *Health Affairs*, Volume 26, Number 1, Pages 238-248, 2007

Shank J.K., Govindarajan V., *Strategic cost management: The new tool for competitive Advantage*, The Free Press, New York, 1993

Schneider P., Mitigating the impact of the economic crisis on public sector health spending. *Europe & Central Asia Knowledge Brief 8* The World Bank, Washington, DC, 2009

Thomson S. et al., *Addressing financial sustainability in health systems* . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Joint HEN-OBS policy summary 1), 2009

Toygar S.A., Akbulut T., "Managerial Skills of Hospital Administrators: Case Study of Turkey", *Journal of Health Management*, Volume 15, Number 4, Pages 579–594, 2014

Vaseva V., Voynov L., Donchev T., Popov R., Mutafchiyski V., Aleksiev L., Kostadinov K., Petrov N., « Outcomes analysis of hospital management model in restricted budget conditions » *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, Volume 30, Number 2, Pages 411-417, 2016

Volpp KG, Ketcham JD, Epstein AJ, et al., "The effects of price competition and reduced subsidies for uncompensated care on hospital mortality", Health Service Research, Volume 40, Number 4, Pages 1056-1077, 2005

Zangrandi A., Economia delle Aziende Pubbliche, Egea, Milano, 2008

Weinstein MC, Stason WB., "Foundations for cost-effectiveness analysis for health and medical practices", New England Journal of Medicine, Volume 296, Number 13, Pages 716-21, 1977

WHO Regional Office for Europe, European health for all database (HFA-DB) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013

## **Discussione**

Il presente lavoro di tesi ha messo in evidenza alcuni aspetti che hanno caratterizzato l'aziendalizzazione delle aziende pubbliche. In questo lavoro è stato preso come oggetto di analisi solo un settore delle aziende pubbliche: quello della sanità.

La sanità, rappresenta una nicchia particolare delle aziende pubbliche, perché l'evoluzione verso la cultura manageriale è iniziata tempo prima, rispetto alle aziende appartenenti ad altri settori pubblici. Questo, pertanto, è un campo di osservazione privilegiato, dato che la cultura manageriale è stata ampiamente sperimentata ed è semplice trovare dei casi studio in grado di mettere in luce determinate caratteristiche e strumenti.

Il lavoro ha cercato di mettere in evidenza una risposta per le domande di ricerca poste attraverso l'analisi di tre caratteristiche che hanno contraddistinto il fenomeno dell'aziendalizzazione. Da questa analisi si può pertanto concludere che le aziende hanno subito un profondo cambiamento, che in prima istanza, è stato spinto e fortemente veicolato dalla serie di riforme intervenute a partire dagli anni '90 in poi. Dopo tale data, il processo è diventato insito all'interno delle aziende e soprattutto è stato guidato dalle persone e pertanto ciò ha implicato un passaggio fondamentale: è diventato insito nel modo di agire e nella mentalità di chi governa le aziende e nella mentalità di quei professionisti che possono essere definiti come "facilitatori" del cambiamento.

Questo aspetto, in particolare è emerso nel caso studio presentato nel capitolo quarto che trattava l'introduzione del controllo di gestione basato sulla Balance Score Card all'interno delle Case della Salute dell'azienda Ausl di Parma.

Da tale caso studio infatti emerge l'importanza del coinvolgimento delle persone per attivare il cambiamento e pertanto di introdurre con successo un nuovo strumento e un nuovo sistema per la pianificazione e controllo. L'altro aspetto di tale caso studio, mette in luce come innovazioni di management possano essere applicate e trovino terreno fertile all'interno delle aziende sanitarie. Infatti, tale sistema di controllo, da un lato fa riflettere rispetto all'introduzione dello strumento, e dall'altro lato evidenzia, come vi sia la necessità di monitorare le performance per aggiungere valore a tutti i processi aziendali.

Tuttavia, anche se sembrano passati tanti anni dal decreto del '92, il processo culturale all'interno delle aziende va sempre sostenuto e questo può essere fatto accrescendo e comprendendo l'importanza che, talune competenze di management, hanno all'interno delle organizzazioni. Il capitolo terzo, ha discusso di tale tema e ha analizzato quali possano essere le competenze vincenti per accrescere efficienza ed efficacia all'interno delle aziende raccogliendo i dati attraverso un questionario somministrato proprio a chi vive le aziende.

Questo, ha evidenziato una certa sensibilità, rispetto a queste argomentazioni proprio da parte dei professionisti e pone degli spunti di riflessione rispetto allo sviluppo di percorsi ad hoc orientati per accrescere e sviluppare certe competenze per tutti i professionisti,

compresi quelli sanitari. In realtà, qualche passo in avanti nel campo della formazione manageriale è stato compiuto, in alcune regioni, con l'introduzione della certificazione manageriale per i direttori di struttura complessa e per coloro che aspirano a diventarlo e sono diverse le aziende, che al loro interno, progettano dei corsi per accrescere la cultura manageriale.

Un altro aspetto fondamentale per la gestione delle aziende, per il loro equilibrio e per l'economicità nel tempo è la gestione dei costi. Le aziende sanitarie hanno mostrato un impegno crescente in questo senso. L'equilibrio dei costi diventa fondamentale come elemento strategico in grado di garantire un servizio di qualità ai cittadini-pazienti.

Il management ha acquisito sensibilità rispetto ai costi ed è in grado di gestirli col fine di raggiungere gli obiettivi strategici. Questo aspetto può essere espresso dall'analisi dei costi delle Aziende Ospedaliere Universitarie realizzata nell'ultimo capitolo di questo lavoro. Negli anni di analisi sono state implementate una serie di misure per l'equilibrio dei conti pubblici che hanno colpito in maniera considerevole la sanità.

Tuttavia, dai conti economici delle aziende, è evidente che il management non abbia proceduto all'interno delle aziende effettuando tagli lineari perché quando si gestiscono le aziende bisogna considerare diversi fattori.

Pertanto, tutti questi tre livelli di analisi hanno delineato un quadro di evoluzione delle aziende sanitarie che nel corso del tempo hanno visto un'attenuazione crescente della gestione di stampo "burocratico" privilegiando una visione più manageriale.

Tuttavia, la strada è ancora lunga ed è inevitabile che permangano alcuni aspetti come retaggio del passato. Infatti, come in tutti i cambiamenti, il percorso è lungo e presenta delle resistenze.

Inoltre, il presente lavoro, presente dei limiti perché evidenzia gli aspetti di innovazione e il cambiamento avvenuto, come abbiamo detto, in aziende pubbliche che rappresentano un punto di osservazione privilegiato per la velocità e l'intensità del cambiamento stesso.

Pertanto, sarebbe interessante procedere con analisi approfondite su altri settori delle aziende pubbliche, per verificare se gli stessi tratti di innovazione nella gestione hanno influenzato altre aziende pubbliche che non appartengano alla sanità.

Inoltre, sicuramente, sono presenti anche dei limiti di tipo metodologico, perché per analizzare le direttrici dell'innovazione e del cambiamento è stato utilizzato un caso studio, un questionario e una raccolta dati analizzata attraverso una statistica descrittiva.

Come ampiamente già detto nel capitolo terzo, il caso studio, soprattutto singolo, ha degli evidenti limiti correlati al fatto che si descrive un fenomeno per come è stato attuato all'interno di una sola realtà.

Il questionario, seppur somministrato a un campione abbastanza significativo di professionisti, non evidenzia se e come le aziende stiano effettivamente procedendo per rafforzare la cultura manageriale e le relative competenze.

L'analisi descrittiva esprime il trend del fenomeno ma non è in grado di fornire informazioni approfondite sul significato di tali scelte.

A ogni modo questa tesi ha dipinto un disegno, anche se un po' sbiadito, del cambiamento che ha coinvolto le aziende pubbliche e ha parzialmente tracciato l'evoluzione che negli anni ha determinato una crescita e un cambio di paradigma incentrato su nuovi valori e su nuovi obiettivi.



## Dottorati di ricerca

Il tuo indirizzo e-mail

cristiana.enna@unife.it

Oggetto:

Dichiarazione di conformità della tesi di Dottorato

Io sottoscritto Dott. (Cognome e Nome)

Enna Cristiana

Nato a:

Oristano

Provincia:

Oristano

Il giorno:

21/01/1984

Avendo frequentato il Dottorato di Ricerca in:

Economia e Management dell'Innovazione e della Sostenibilità (EMIS)

Ciclo di Dottorato

31

Titolo della tesi:

La managerializzazione delle Aziende Sanitarie: le competenze e gli strumenti di gestione per il governo aziendale

Titolo della tesi (traduzione):

Tutore: Prof. (Cognome e Nome)

Prof. Zangrandi Antonello

Settore Scientifico Disciplinare (S.S.D.)

SECS-P/07

Parole chiave della tesi (max 10):

healthcare management, public management, public governance, cost control, competence, spending review, aziendalizzazione

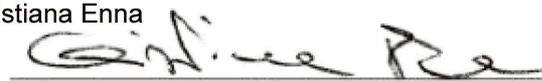
Consapevole, dichiara

CONSAPEVOLE: (1) del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alle sanzioni previste dal codice penale e dalle Leggi speciali per l'ipotesi di falsità in atti ed uso di atti falsi, decade fin dall'inizio e senza necessità di alcuna formalità dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tali dichiarazioni; (2) dell'obbligo per l'Università di provvedere al deposito di legge delle tesi di dottorato al fine di assicurarne la conservazione e la consultabilità da parte di terzi; (3) della procedura adottata dall'Università di Ferrara ove si richiede che la tesi sia consegnata dal dottorando in 2 copie di cui una in formato cartaceo e una in formato pdf non modificabile su idonei supporti (CD-ROM, DVD) secondo le istruzioni pubblicate sul sito: <http://www.unife.it/studenti/dottorato> alla voce ESAME FINALE –

disposizioni e modulistica; (4) del fatto che l'Università, sulla base dei dati forniti, archiverà e renderà consultabile in rete il testo completo della tesi di dottorato di cui alla presente dichiarazione attraverso l'Archivio istituzionale ad accesso aperto "EPRINTS.unife.it" oltre che attraverso i Cataloghi delle Biblioteche Nazionali Centrali di Roma e Firenze; DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ: (1) che la copia della tesi depositata presso l'Università di Ferrara in formato cartaceo è del tutto identica a quella presentata in formato elettronico (CD-ROM, DVD), a quelle da inviare ai Commissari di esame finale e alla copia che produrrò in seduta d'esame finale. Di conseguenza va esclusa qualsiasi responsabilità dell'Ateneo stesso per quanto riguarda eventuali errori, imprecisioni o omissioni nei contenuti della tesi; (2) di prendere atto che la tesi in formato cartaceo è l'unica alla quale farà riferimento l'Università per rilasciare, a mia richiesta, la dichiarazione di conformità di eventuali copie; (3) che il contenuto e l'organizzazione della tesi è opera originale da me realizzata e non compromette in alcun modo i diritti di terzi, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza dei dati personali; che pertanto l'Università è in ogni caso esente da responsabilità di qualsivoglia natura civile, amministrativa o penale e sarà da me tenuta indenne da qualsiasi richiesta o rivendicazione da parte di terzi; (4) che la tesi di dottorato non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà industriale, non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati con vincoli alla divulgazione dei risultati, non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettale o di tutela. PER ACCETTAZIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO

Firma del dottorando

Ferrara, li 10/02/2019 Firma del Dottorando Cristiana Enna



Firma del Tutore

Visto: Il Tutore Si approva Firma del Tutore Prof. Antonello Zangrandi

