

## Misurare per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione delle performance

### 1. La rilevanza della misurazione e valutazione delle performance nelle aziende sanitarie pubbliche

Lo scienziato sociale Daniel Yankelovic, nel suo libro "Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business" (1972), ha scritto una frase che riassume perfettamente il perché sia importante misurare in modo completo e ben approfondito i fenomeni per poterli gestire: "*Il primo passo consiste nel misurare tutto ciò che si presta a essere agevolmente misurato. Questo va bene finché si riesce. Il secondo passo porta a trascurare ciò che non si riesce a misurare facilmente; oppure ad assegnarvi un valore quantitativo arbitrario. Questo è artificiale e fuorviante. Il terzo passo porta a presumere che ciò che non può essere facilmente misurato non è veramente importante. Questo è cecità. Il quarto passo porta a dire che ciò che non è agevolmente misurabile non esiste. Questo è suicidio*". Yankelovic introduce in questo modo la trappola della misurazione. Se un fenomeno è misurato, allora lo si può gestire meglio. In particolare, partendo dalla considerazione che cento anni di studi di economia aziendale e di scienza dell'organizzazione hanno messo in evidenza come gli individui e i gruppi sviluppino fisiologicamente delle dinamiche comportamentali di "difesa" rispetto alle aspettative aziendali di miglioramento delle loro performance (Weick, 1979; Levitt, March, 1988, Kotter, 1996; Argyris, Schon, 1998; Lega, 2008):

1. sono *problem searcher*, nel senso che si pongono il problema di migliorare le proprie performance quando percepiscono di avere un problema con quelle attuali e che vi sono conseguenze a non agire per migliorare. Altrimenti proseguono per inerzia con i comportamenti consueti;
2. sono *satisficing*, nel senso che si "accontentano" di lavorare secondo livelli di performance accettabili, non ricercano il miglioramento continuo, ma nella maggior parte dei casi si ritagliano un confort bunker fatto di prassi, consuetudini, cerimonie organizzative ("abbiamo sempre fatto così...") dietro cui si proteggono. Questo porta spesso a logiche di lavoro da "sistema chiuso", autoreferenziale, anche nei confronti dei clienti interni, quali i colleghi, le altre unità organizzative, altre strutture della medesima azienda.

Misurare mette le organizzazioni e le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento, riduce la tendenza al *satisficing*, ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato. In poche parole, misurare bene le proprie performance può consentire all'azienda sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

Appare evidente come in questa prospettiva misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire. E

quindi creare benessere organizzativo. E quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, anche la performance complessiva aziendale<sup>1</sup>.

Nel passato anche recente, le aziende sanitarie hanno tardato non poco nell'introdurre dei sistemi pervasivi di controllo della gestione e i motivi fondamentali sembrano essere sostanzialmente tre:

1. l'assenza di pressioni significative di natura economica, competitiva o normativa;
2. la resistenza dei professionisti;
3. la debolezza della funzione di programmazione e controllo.

Il venir meno della prima condizione, a seguito dell'intensificarsi della turbolenza ambientale, e la contemporanea crescita dimensionale e di complessità delle aziende sanitarie pubbliche italiane, ha quindi determinato la necessità di avviare processi di introduzione di sistemi di misurazione e management delle performance superando le resistenze dei professionisti.

Sistemi che tuttavia necessitano di essere pensati *ad hoc*, non potendo fondarsi esclusivamente sui classici meccanismi di controllo burocratico e di *output* che coglierebbero solo una parte limitata delle dinamiche organizzative interne alle aziende sanitarie.

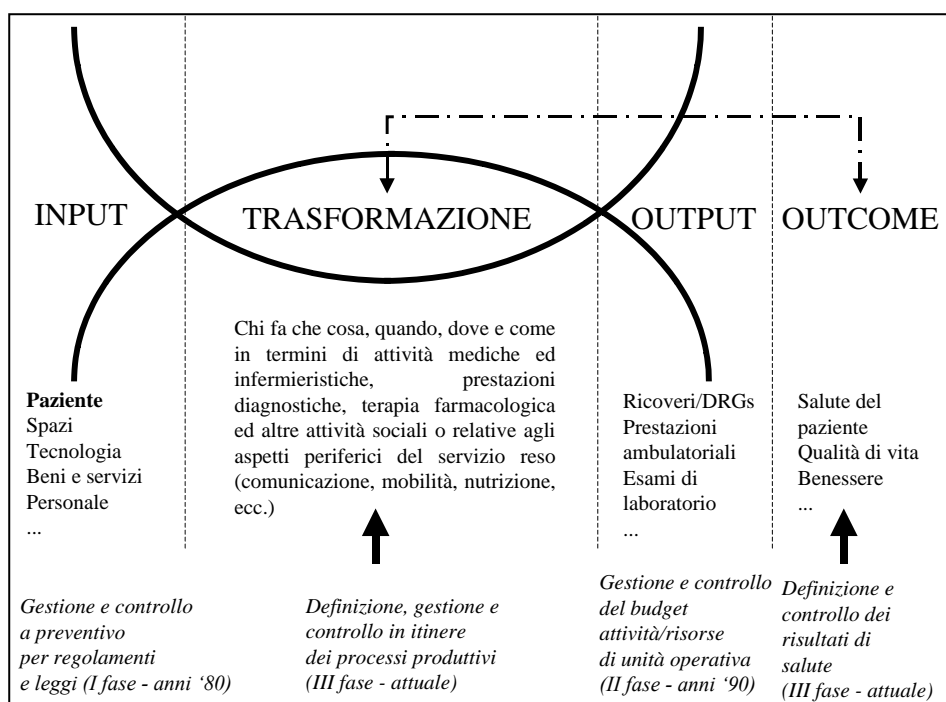
Le sfide che queste aziende si trovano a fronteggiare sul lato del contenimento dei costi, del miglioramento della qualità, dell'aumento dell'integrazione, del consolidamento della competitività, ecc., richiedono una partecipazione attiva nella gestione dei processi organizzativi, cioè di quel *black box* che rappresenta la produzione, fino ad ora governata dal razionamento delle risorse e dal controllo sugli *output* e senza reale conoscenza dei processi di trasformazione da cui dipende invece l'assorbimento delle risorse e la qualità del servizio. Oggi diventa fondamentale recuperare la conoscenza di quanto avviene durante i processi di trasformazione, in un'ottica complementare al controllo tipico degli anni '80 sul razionamento degli input e di quello introdotto negli anni '90 sui risultati prodotti e sulla efficienza per U.O., attuato tramite il budget e controllo di gestione per centro di costo (figura 1).

In questa prospettiva lo sviluppo di metodologie orientate allo studio dei processi ed alla loro scomposizione in "attività" può, infatti, permettere di evidenziare il come e il perché sono state impiegate determinate risorse.

---

<sup>1</sup>Una sperimentazione condotta dalla Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) in 15 Asl con azioni mirate a migliorare l'ambiente lavorativo sotto tutti gli aspetti (da quello motivazionale a quello ambientale, passando per quello personale e familiare) ha dato risultati significativi: oltre il 77% dei dipendenti ha dichiarato di stare benissimo da un punto di vista psicologico e i lavoratori che si sono detti stressati dal loro impiego sono scesi dal 25% al 10%. Percentuali che si traducono anche in un aumento del 27% della produttività (Report del laboratorio FIASO "Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie", pubblicato a Marzo 2012).

Figura 1: Gli oggetti del controllo in un'azienda sanitaria



Fonte: Lega (2001)

In sanità si sta quindi cercando di passare da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria, a strumenti di *clinical governance* e, quindi, di valutazione e management della performance clinica, basandosi sulle indicazioni provenienti dall'*Evidence Based Medicine* (EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi elaborati a livelli aziendale, ecc.).

Misurare oltre i costi e attraverso l'analisi e la vista dell'organizzazione per processi, implica indirizzare i sistemi di misurazione delle performance verso l'arricchimento delle dimensioni di attenzione. La direzione di sviluppo dei meccanismi di misurazione e management delle performance sembra dunque essere quella dei sistemi multidimensionali, costruiti per tenere sotto controllo le diverse aree di governo (economico-finanziaria, delle competenze e sviluppi professionali, dell'efficienza operativa, dei rapporti con i clienti, con le istituzioni, ecc.), per utilizzare misure monetarie e non monetarie, per limitare al massimo il rischio di cadere nei pericoli della visione "tunnel", quel fenomeno fisiologico per cui l'attenzione del management si concentra sulle sole variabili oggetto di misurazione e controllo (e quindi percepite come responsabilizzanti).

Inoltre, uno spettro ampio di misure e aree del controllo, alcune delle quali – quelle critiche per la realizzazione delle strategie aziendali - collegate a sistemi di incentivazione economica, dovrebbe permettere un migliore *engaging* (coinvolgimento) del professionista, proprio perché si "identifica" bene con alcuni degli indicatori di controllo non monetari (Scott, 1982).

Ovviamente il sistema dovrebbe anche essere costruito a rinforzo dell'assetto organizzativo, e quindi:

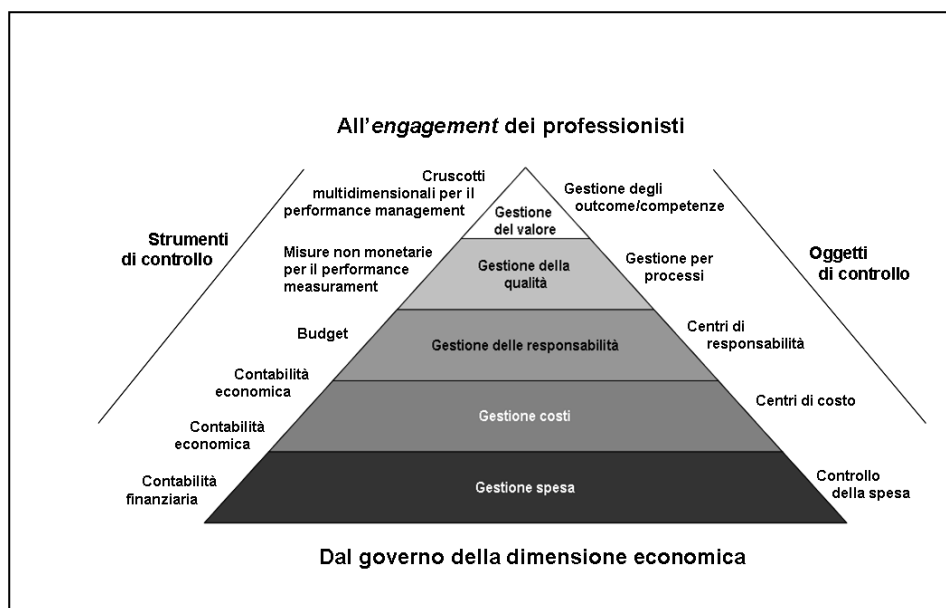
1. individuare aggregazioni di misure riferite ad aree di risultato significative, cioè quelle che potremmo considerare le aree strategiche di attività di un'azienda sanitaria, oggi spesso identificabili con la dimensione dei dipartimenti e dei distretti. La responsabilizzazione su un

margine di contribuzione, su un margine operativo, su target economici, corrisponde alla necessità di dare seguito alla responsabilizzazione gestionale attorno agli emergenti livelli organizzativi intermedi (i distretti, i dipartimenti ecc.) delle aziende sanitarie pubbliche;

2. integrare le tradizionali misure monetarie reddituali, e patrimoniali, alla base del controllo economico di gestione, con l'impiego di parametri quantitativi non monetari che favoriscano il monitoraggio dei fattori critici di successo (qualità, appropriatezza, rapidità, ecc.) di ciascuna area in cui l'azienda sanitaria opera. Ciò significa che ogni area strategica di responsabilità, oltre all'azienda nel complesso, potrebbe/dovrebbe avere un suo spazio dedicato nel CDM direzionale con misure specifiche di produttività, di efficienza, di qualità delle risorse, governo clinico, ecc..

Mettendo assieme le caratteristiche proprie di un moderno e innovativo sistema di misurazione delle performance e cioè l'attenzione a più dimensioni, l'attenzione ai processi e alle misure che favoriscono l'*engaging* del professionista (misure in cui si riconosce) e il collegamento con la struttura delle responsabilità, si ottiene un sistema che supporta meglio l'azienda sanitaria nella ricerca della massimizzazione del valore generato, misurabile in diversi modi quali il rapporto tra salute tutelata/prodotta e costi sostenuti, il tasso di sviluppo professionale e del sapere in generale, la qualità ed appropriatezza degli *outcome* di salute, la soddisfazione della aspettative dei portatori di interessi, la collaborazione con gli altri attori del sistema ed il rispetto delle linee istituzionali di governo (figura 2).

Figura 2: Dal controllo di gestione alla gestione del valore con i sistemi di management delle performance



Fonte: Cattabeni, Lega, Vendramini (2004)

Per rispondere ai suddetti fabbisogni di misurazione e con lo scopo di superare i gap che emergono dalla letteratura e dalle attuali esperienze di performance management riportate nel secondo paragrafo, l'obiettivo

del presente contributo è quello di proporre uno strumento di valutazione delle performance multidimensionale che abbia valenza informativa soprattutto per il top management aziendale e risponda alla necessità dell'azienda sanitaria di misurare (e quindi gestire) la creazione del valore con la produzione di servizi, nei rapporti e nel rispetto dei vincoli e differenze dell'ambiente esterno, rispetto allo sviluppo dell'organizzazione stessa e in coerenza con la sua strategia e la cornice istituzionale in cui opera.

Il lavoro di ricerca ha previsto il coinvolgimento di un campione di 30 aziende sanitarie pubbliche appartenenti a 8 regioni di medio - grandi dimensioni rappresentative dell'intero territorio nazionale (Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Puglia e Sicilia) per la proposta e la definizione di un cruscotto direzionale multidimensionale (di seguito CDM) in grado di rappresentare sia uno strumento utile all'elaborazione e al controllo delle strategie e alla valutazione della performance aziendali, sia un contributo rilevante alla ricerca di una maggiore trasparenza nei confronti degli *stakeholder* e dei cittadini nell'insieme nell'ottica della rendicontazione sociale.

Dopo un'analisi della letteratura (paragrafo 2), i paragrafi 3 e 4 del presente articolo illustrano rispettivamente l'obiettivo del lavoro di ricerca e l'approccio metodologico seguito, mentre i paragrafi successivi presentano i risultati del lavoro di ricerca (paragrafo 5) traendone alcune considerazioni conclusive (paragrafo 6).

## **2. L'analisi della letteratura e l'inquadramento concettuale**

Le esperienze più importanti di sistemi di *performance management* multidimensionali nel settore sanitario a livello internazionale sono state fatte nei Paesi anglosassoni (Regno Unito, Stati Uniti e Canada) e sono state sviluppate soprattutto a livello di governo centrale del sistema sanitario. Un esempio su tutti è rappresentato dallo Star System Rating dell'NHS inglese, un sistema finalizzato alla valutazione delle performance e della qualità delle cure dei trust del Regno Unito, con l'obiettivo di favorire la possibilità di scelta delle strutture da parte dei pazienti. Questo sistema ha evidenziato, tuttavia, alcune importanti debolezze (Chang, 2006), riscontrate successivamente anche in altre tipologie di sistemi di performance management simili. La criticità senza dubbio più rilevante è la mancanza di coerenza e allineamento tra gli obiettivi di governo del sistema a livello centrale e gli obiettivi aziendali (Chang, 2007). Sulla base di questi risultati, si avverte oggi sempre di più la necessità di sviluppare sistemi multidimensionali che siano cuciti su misura alle realtà aziendali.

Negli scorsi decenni, nella maggior parte dei casi i sistemi aziendali di performance management nel settore sanitario, applicati principalmente all'interno di ospedali, non sono serviti a implementare e monitorare l'attuazione della strategia, quanto piuttosto sono stati utilizzati come strumenti di monitoraggio delle attività interne (Kollberg, Elg, 2011). In questo modo, essi hanno fallito nell'obiettivo di portare a un miglioramento della qualità dell'erogazione dei servizi, generando in alcuni casi effetti negativi sulle caratteristiche dei servizi e deprofessionalizzazione degli operatori (Adcroft, Willis, 2005). Un altro elemento di debolezza dei sistemi fino ad ora adottati è stata la mancata attenzione all'influenza di fattori

collegati alle policy e il regime di regolazione del settore (Tawfik-Shukor, Klazinga, Arah, 2007), dimostrando una focalizzazione troppo orientata all'interno dell'azienda e in misura molto inferiore verso l'ambiente in cui essa opera.

Laddove proposti e attuati con maggiore successo, i sistemi di performance management multidimensionali per le aziende ospedaliere sembrano concentrarsi su alcune dimensioni rilevanti (Pogam, Luangsay-Catelin, Notabaert, 2009): la soddisfazione dei pazienti, la fiducia dei pazienti, la dimensione economico-finanziaria, la sicurezza, l'efficacia e la *governance*. La vera sfida di questi sistemi è rappresentata dalla difficoltà nel garantire un approccio bilanciato tra le diverse dimensioni. Fino a oggi c'è stata una moltiplicazione degli indicatori senza un piano e un coordinamento che garantissero un presidio di tutte le dimensioni in modo omogeneo, al punto che si assiste anche alla duplicazione di indicatori che presidiano aspetti analoghi o che entrano in conflitto tra loro (Evans, Lowinger, Sprivulis, Copnell, Cameron, 2009). Alcuni studi (Love, Revere, Black, 2008; Navarro-Espigares, Torres, 2011) hanno inoltre evidenziato il rischio di attribuire eccessiva importanza a indicatori di misurazione di qualità delle cure e dei servizi offerti, tralasciando la dimensione finanziaria. Un ulteriore limite che viene rilevato, in particolare con riferimento all'attuale trend di valorizzazione della rilevazione della soddisfazione dei pazienti e della qualità percepita, è la necessità di trovare misure standardizzate e validate che siano in grado di valutare l'esperienza del paziente in modo equilibrato e oggettivo (Elwyn, Buetow, Hibbard, Wensing, 2007).

Se da un lato la sperimentazione di sistemi di performance management multidimensionale conta numerosi tentativi all'interno della realtà ospedaliera, dall'altro lato le aziende sanitarie che erogano servizi di cure primarie sono più indietro da questo punto di vista. Oggi però l'interesse verso la misurazione delle performance in quest'area, che sta divenendo sempre più importante in tutti i sistemi sanitari, è crescente e sta stimolando le prime riflessioni e i primi casi studio (Amado, Santos, 2009).

Dall'analisi della letteratura sui sistemi di performance management emerge, quindi, che l'assenza di un legame forte tra i sistemi di elaborazione delle strategie e di misurazione e valutazione delle performance induce spesso le aziende sanitarie a relegare il ruolo dei sistemi di misurazione e controllo ad aspetti di governo dell'operatività, senz'altro importanti ma inevitabilmente focalizzati sul breve termine e non in grado di determinare, forse nemmeno influenzare, le prospettive di sviluppo dell'azienda.

I sistemi di controllo in essere, infatti, non sempre hanno il necessario respiro strategico, essendo in prevalenza focalizzati sulla gestione ordinaria delle aziende, sia dal punto di vista delle prestazioni cliniche, che da quello dell'efficienza e degli equilibri finanziari (Prenestini, Valotti, 2012). Questo limite rischia, oltretutto, di indebolire fortemente la capacità delle aziende di definire le proprie strategie sulla base di un approccio *evidence based*, ovvero di una conoscenza approfondita sia delle dinamiche di trasformazione del contesto ambientale che dell'effettivo stato ed andamento aziendale. A tal proposito, Simons (2000) considera sistemi di misurazione e valutazione delle performance e sistemi di controllo come strumenti essenziali utilizzati dai manager al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati e realizzare le strategie definite. Questi sistemi comprendono tecniche di pianificazione e una vasta gamma di strumenti di gestione delle performance che consentono ai manager di equilibrare le tensioni tra: risultati economici, crescita e

controllo; performance di breve vs. performance di lungo periodo; aspettative dei diversi gruppi di soggetti; opportunità e attenzione oltre ai differenti stimoli comportamentali.

Conferire un orizzonte di medio - lungo periodo ai sistemi di performance management significa porsi l'obiettivo di stabilire un collegamento sistematico tra l'azienda sanitaria pubblica e il suo ambiente, favorendo un costante adattamento dell'azienda al contesto di riferimento e promuovendone, di conseguenza, il miglioramento delle performance e la competitività. Il contributo fondamentale che un sistema di misurazione e valutazione delle performance evoluto può dare al miglioramento della qualità delle strategie aziendali è articolabile almeno su tre differenti piani (Prenestini, Valotti, 2012 – cfr. figura 3).

1. Innanzitutto, una valutazione sistematica della performance aziendale, combinata con analisi strutturate delle dinamiche di contesto, fornisce elementi fondamentali di conoscenza nella fase di elaborazione o riformulazione della strategia.
2. In secondo luogo, un sistema evoluto di valutazione della performance dovrebbe consentire un monitoraggio strutturato del grado di attuazione dei progetti strategici chiave, assicurando al tempo stesso una verifica dell'effettiva traduzione operativa degli indirizzi strategici nonché delle eventuali difficoltà, piuttosto che dei segnali positivi, riscontrabili in fase applicativa.
3. Infine, compito qualificante del sistema di valutazione della performance dovrebbe essere rappresentato dalla valutazione dell'impatto della strategia, ovvero degli effetti prodotti dalla stessa sia sui bisogni finali che sul rafforzamento della capacità competitiva aziendale.

Figura 3: Finalità dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance



Fonte: adattata da Prenestini, Valotti (2012)

Il passo ulteriore che viene oggi richiesto alle aziende sanitarie pubbliche è quello di rileggere le performance aziendali in un'ottica strategica, collegando i risultati annuali agli obiettivi aziendali di medio-lungo periodo e, soprattutto, valutando l'attuazione e l'impatto delle scelte strategiche realizzate sul sistema aziendale nel suo complesso prevedendo forme innovative e comprensibili di rappresentazione e monitoraggio dell'andamento aziendale, ossia strumenti di rendicontazione evoluti per rispondere sia a esigenze di miglior governo delle aziende che, non da ultimo, a istanze di maggiore trasparenza sul buon uso delle risorse pubbliche e sulla qualità dei servizi assicurati (Lynch, Cross, 1991; Fitzgerald et al., 1991; Kaplan, Norton, 1992; Chow et al., 1998).

### 3. Gli obiettivi del lavoro di ricerca

L'analisi della letteratura sopra riportata, ha consentito di evidenziare alcuni importanti gap che questo lavoro si propone di superare attraverso la definizione di un nuovo strumento per la valutazione delle performance per le aziende sanitarie pubbliche. Le principali problematiche emerse dall'analisi della letteratura sono le seguenti.

- Gli attuali sistemi di controllo strategico e di valutazione delle performance utilizzano meccanismi di feedback strategico (ossia, controllano ex post la coerenza tra quanto attuato e quanto pianificato in partenza) tralasciando totalmente le preziose informazioni generate da sistemi *feedforward* che mirano ad analizzare i segnali deboli che si producono nell'ambiente di riferimento soprattutto esterno, ma anche interno. Per risolvere tale problematica, i sistemi diagnostici di controllo dovrebbero riprendere alcuni elementi del controllo *feedforward* e inserire alcune variabili che permettono all'azienda di controllare sistematicamente che cosa stia effettivamente accadendo nell'ambiente di riferimento (si pensi, ad esempio, alla necessità di monitorare cambiamenti nella demografia e nell'epidemiologia del territorio, ma anche le variazioni nei vincoli di spesa e dei tetti di finanziamento);
- i più importanti strumenti di performance management attualmente utilizzati dalle aziende sanitarie pubbliche, come ad esempio la *balanced scorecard*, sono mutuati da contesti molto differenti dai nostri SSR e calati nelle stesse senza uno sforzo effettivo di contestualizzazione rispetto alle specificità dell'azienda e dei sistemi normativi ai quali esse devono aderire, venendo inseriti tra i sistemi di controllo interno sovente al mero scopo di adeguarsi a mode manageriali;
- altri sistemi di valutazione nazionali o regionali (ad esempio quello inglese) rispondono in primo luogo alla necessità di fornire ai livelli di governo sovraordinati indicazioni e dati funzionali al confronto e al monitoraggio delle aziende del gruppo pubblico e, quindi, non vengono costruiti con lo scopo principale di fornire al top management aziendale tutte le informazioni necessarie per capire se e come modificare strategie e piani di azione;
- infine, questi strumenti di controllo diagnostico sono costruiti con l'idea di rispondere a fabbisogni informativi interni o per "addetti ai lavori", mentre è sempre più forte la necessità di



rendicontare ai cittadini il proprio operato in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Il CDM proposto attraverso questo lavoro di ricerca intende quindi rispondere contemporaneamente a questi gap presenti in letteratura e, in particolare:

- introdurre nello stesso strumento alcune variabili ed informazioni relative al contesto esterno e, quindi, accompagnare i sistemi di valutazione *feedforward*;
- costruire uno strumento più raffinato e calato nel contesto aziendale degli attuali sistemi multidimensionali a disposizione delle aziende sanitarie, anche attraverso il coinvolgimento di focus group di esperti e di “addetti ai lavori” delle ASP;
- rispondere alle pressioni istituzionali provenienti dall’ambiente esterno, tra le quali la necessità di adeguarsi alle richieste della normativa sul Piano delle Performance aziendali;
- garantire una massima efficacia informativa nei confronti del top management aziendale, destinatario privilegiato dello strumento, ma non tralasciare la possibilità dei SSR di poter valutare e apprezzare le performance delle aziende sanitarie del proprio territorio attraverso tale strumento;
- riprendere logiche di rendicontazione sociale per rendere alcune delle aree del CDM direttamente fruibili da parte dei cittadini.

#### **4. La metodologia della ricerca: fasi e strumenti**

La costruzione del CDM ha richiesto un lungo processo di ideazione e di validazione supportato da diversi strumenti metodologici. Il processo può essere suddiviso nelle seguenti quattro fasi fondamentali:

1. Analisi della letteratura internazionale sui sistemi di performance management, sulle caratteristiche dei cruscotti multidimensionali a valenza strategica e sulle principali esperienze in atto a livello internazionale.
2. Analisi della normativa e dei documenti istituzionali relativi all’attuazione di sistemi di performance management sia a livello nazionale sia delle diverse regioni italiane.
3. Analisi della reportistica aziendale generalmente prodotta all’interno delle aziende appartenenti al campione per rispondere alle esigenze informative e di monitoraggio delle performance del top management aziendale.
4. Costruzione del CDM in termini di i) definizione e validazione delle aree e delle dimensioni fondamentali e ii) selezione e validazione degli indicatori per ogni dimensione.

I risultati delle prime due fasi sono riportati nel paragrafo 2 del presente lavoro e sono state necessarie per definire, da un lato, i principi di fondo cui si ispira il CDM e, dall’altro, ispirare la progettazione di dettaglio delle aree, delle dimensioni e degli indicatori del CDM.

In questa sede si approfondiscono le fasi 3 e 4 che hanno poi specificamente condotto alla definizione dell'architettura del CDM a valenza strategica.

Durante la terza fase, è stato chiesto alle aziende facenti parte il campione di inviare i documenti aziendali relativi al monitoraggio e alla valutazione delle performance in uso al momento della richiesta. In particolare, si richiedeva l'invio:

- del CDM direzionale eventualmente in uso nell'azienda;
- oppure, in alternativa, dei report ufficiali prodotti nell'anno 2011 per la direzione strategica aziendale (Direzione Generale, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria), specificando per ciascuno:
  - i. la cadenza (mensile, trimestrale, quadrimestrale, semestrale, annuale, ad hoc);
  - ii. l'unità operativa amministrativa responsabile della produzione e dell'invio del documento (ad es. controllo di gestione, servizio economico-finanziario, ecc.)
- i report di risultato prodotti nel 2010 e resi pubblici sul sito aziendale (ad es. bilancio sociale, bilancio di mandato, piano della performance, ecc.);
- le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi ai DG (anni 2010 e 2011).

Tali report sono stati analizzati e gli indicatori sono stati sistematizzati in tre grandi categorie: i) indicatori economici, ii) indicatori di produzione, iii) indicatori sul personale. Inoltre, tali indicatori sono stati suddivisi in relazione alle loro specificità per le aziende sanitarie locali e per le aziende ospedaliere, tenendo così in considerazione le peculiarità dell'assetto istituzionale delle varie aziende coinvolte.

La quarta fase, relativa alla costruzione del CDM ha tenuto conto dei seguenti aspetti: i) la definizione dei fini e degli obiettivi del CDM stesso (programmazione, monitoraggio, performance management, comunicazione, etc.); ii) l'identificazione dell'utilizzatore o degli utilizzatori del CDM direzionale nonché la mappatura del loro fabbisogno informativo; iii) la definizione delle caratteristiche funzionali del CDM e delle caratteristiche grafiche dello stesso. Questa fase ha richiesto metodi, strumenti e attori coinvolti molto diversificati, potendosi suddividere in quattro sotto-fasi.

La prima sotto-fase ha riguardato la definizione delle aree di governo delle performance più rilevanti per il top management delle aziende sanitarie pubbliche sulla base delle evidenze prodotte dalla letteratura che si occupa di *performance management* e, conseguentemente, delle dimensioni di valutazione delle *performance* di cui esse si compongono.

La seconda sotto-fase ha previsto la predisposizione di alcuni set di indicatori per ogni dimensione, a partire dagli indicatori selezionati tramite l'analisi della reportistica aziendale della fase 3 e con l'aggiunta di ulteriori indicatori individuati nelle fasi 1 e 2. La selezione degli indicatori ha tenuto conto delle caratteristiche distintive di uno strumento gestionale di questo tipo: a) la tempestività, ovvero report devono essere forniti al management responsabile nei tempi più brevi e comunque utili all'assunzione delle decisioni; b) la chiarezza, poiché i report devono essere immediatamente leggibili ed interpretabili dai responsabili; c) l'affidabilità, in modo da assicurare al management la possibilità di prendere decisioni su

basi sufficientemente solide; d) la selettività, al fine di fornire le informazioni prioritarie e non una semplice collezione di dati analitici difficilmente interpretabili nel loro insieme. Infine, un buon CDM direzionale deve essere in grado rilevare e rappresentare la performance d'azienda attraverso:

- indicatori “sempre validi”, con potenziale diagnostico elevato indipendentemente da obiettivi strategici specifici;
- indicatori specifici, da attivare in presenza di obiettivi strategici definiti e delle correlate leve azionate e iniziative strategiche perseguite per evitare il rischio di “omologazione”.

Durante la terza sotto-fase sono stati discussi il modello di CDM e i set di indicatori per ogni dimensione con un *focus group* composto dagli staff specialistici del campione di aziende (ad es. controller, responsabili dei servizi economico-finanziari, dei sistemi informativi, degli uffici governo clinico e risk management, ecc.). In particolare, sono stati effettuati 3 workshop di discussione del CDM suddividendo le aziende per macro-area geografica (3 incontri per le aziende del Centro-Nord e 3 incontri per le aziende del Centro-Sud). La decisione di suddividere le aziende in due gruppi di medie-piccole dimensioni è stata dettata dalla necessità di costruire un rapporto quanto più possibile interattivo con le figure professionali coinvolte in aula e costituire, quindi, un momento di laboratorio formativo che potesse fornire riflessioni per lo sviluppo del modello di valutazione. I workshop hanno previsto: la validazione del modello del CDM e, in particolare, delle aree e delle dimensioni inizialmente previste e la valutazione e la selezione finale degli indicatori a partire dai set proposti. Ciò ha richiesto diversi passaggi metodologici, di seguito descritti:

- Durante il primo *workshop* sono state discusse aree e dimensioni di *performance* e sono state recepite alcune modifiche nell'impostazione generale del modello di CDM.
- Durante il secondo *workshop* si è chiesto agli staff di focalizzare l'attenzione sugli indicatori proposti, per effettuare una selezione che si basasse sui principi di riferimento e sulle caratteristiche riportate nel box 1. Andando nel dettaglio, si è optato per un metodo (descritto nel box 2) che consentisse ai professionisti di valutare ogni indicatore in termini di: (a) “rilevanza” della misura rispetto alle finalità informative per l'azienda e (b) di “accessibilità” dei dati, ossia della possibilità di ricavare la misura dai dati già disponibili in azienda. Le valutazioni pervenute sono state elaborate dai ricercatori per ricavare i quartili sulla base dei quali evidenziare le diverse fasce di indicatori: la fascia verde era quella con i valori di sintesi più elevati (potenzialmente gli indicatori da selezionare) e, all'opposto, la fascia rossa era quella con i valori di consistenza più bassi (indicatori potenzialmente eliminabili). Inoltre, è stato richiesto agli staff aziendali di aggiungere indicatori che si ritenevano interessanti per la dimensione oggetto dell'analisi ma che non erano stati contemplati inizialmente.

### Box 1: La scelta degli indicatori

Gli indicatori sono il punto di arrivo di un processo logico e razionale di orientamento dei comportamenti. La scelta degli indicatori rappresenta un processo organizzativo delicato, in quanto fornisce indicazioni e orientamenti chiari sugli obiettivi dell'organizzazione e sulle modalità che devono essere utilizzate per la valutazione delle performance in termini di multidimensionalità.

Nella scelta degli indicatori "indispensabili" privilegiare quelli che possiedono le seguenti caratteristiche:

1. Rilevanza (è la misura corretta della performance che vogliamo misurare?)
2. Focus (stiamo misurando esclusivamente quello che pensiamo di misurare?)
3. Standardizzabilità (i dati saranno sempre raccolti allo stesso modo, indipendentemente da chi faccia la misura?)
4. Comprensibilità (ci potrebbe essere un'ambiguità nell'interpretazione dei risultati?)

I migliori indicatori sono quelli che supportano, con approfondimenti successivi (*drill down*), la possibilità, una volta visualizzato il dato di sintesi relativo ad una dimensione di analisi, di esplorare tutta la gerarchia di fenomeni sottostanti.

### Box 2: Il metodo di selezione degli indicatori

Il metodo di selezione degli indicatori ha previsto, durante il secondo workshop e, a distanza, in preparazione dell'incontro successivo:

- 1) assegnazione di un punteggio unico per ciascuna azienda da parte degli staff coinvolti su una scala 1-5 (di cui  $\min=1$  e  $\max=5$ ) alle seguenti variabili: 1) Rilevanza indicatore (R), e 2) Accessibilità dei dati (A).
- 2) assegnazione di un valore di sintesi al singolo indicatore (c.d. "consistenza" dell'indicatore) attraverso la moltiplicazione dei punteggi assegnati alle due variabili ( $R \cdot A$ , da un minimo di 1 ad un massimo di 25)
- 3) Definizione del valore di sintesi complessivo per l'indicatore attraverso la media dei valori di sintesi aziendali
- 4) Calcolo dei 4 quartili per ogni dimensione di performance al fine di stabilire le fasce di consistenza degli indicatori (le migliori valutazioni complessive sono relative alle fasce verde e gialla, le peggiori, fasce rossa e arancione)

- Durante il terzo workshop, sulla base dei quartili elaborati per ogni dimensione e tenendo in considerazione gli indicatori aggiunti successivamente, è stato richiesto ai partecipanti al *focus group* di: i) selezionare attentamente i 5 indicatori "che non possono mancare" ("gli indispensabili") attraverso l'indicazione di un ordine di preferenza da 1 a 5; ii) selezionare gli altri indicatori "da tenere sotto controllo" con un ordine di preferenza da 6 a n. A titolo esemplificativo viene riportata una tabella suddivisa in quartili (tabella 1).

Tabella 1: Valutazione degli indicatori suddivisi in quartili

<i>Indicatore</i>	<i>Modalità di calcolo</i>	<b>MEDIA</b>	<b>Ordine di preferenza</b>
Tempo medio di pagamento fornitori	Somma dei giorni dalla fatturazione del bene/servizio alla liquidazione ai fornitori / N° contratti	<b>22,9</b>	
Tasso di attrazione (ricoveri)	N° di dimissioni di non residenti / Numero totale dimissioni nella Regione	<b>19,1</b>	
Tasso di fuga (ricoveri)	N° di dimissioni fuori Regione di residenti / N° dimissioni su tutto il territorio nazionale di residenti	<b>19,1</b>	
Variazione % Mobilità passiva	(Tasso di fuga anno x - tasso di fuga anno x-1) / tasso di fuga anno x-1	<b>18,9</b>	
Variazione % numero segnalazioni scritte pervenute all'URP	(Numero segnalazioni scritte all'URP anno x - Numero segnalazioni scritte all'URP anno x-1) / Numero segnalazioni scritte all'URP anno x-1	<b>18,3</b>	
Tempi di attesa in triage (per codice)	Tempo di attesa (in minuti) per codice	<b>17,6</b>	
Tasso di assenteismo	N° di ore di assenza per malattia in un anno/ N° ore lavorabili in un anno	<b>16,3</b>	
Var.% spesa per servizi sanitari in outsourcing (coop, PPP ecc.)	(Spesa servizi sanitari in outsourcing anno x - spesa servizi sanitari in outsourcing anno x-1) / Spesa servizi sanitari in outsourcing anno x-1	<b>15,0</b>	
Var.% spesa per acquisti centralizzati (aree vaste ecc.)	(Spesa acquisti centralizzati anno x - spesa acquisti centralizzati anno x-1) / Spesa acquisti centralizzati anno x-1	<b>14,0</b>	
Dimissioni volontarie da degenza ordinaria	dimissioni volontarie da degenza ordinaria / totale ricoveri degenza ordinaria	<b>13,7</b>	
% Abbandoni dal Pronto Soccorso su Totale	N° accessi in PS con esito "pazienti assenti alla chiamata" per tutti i codici triage eccetto il codice bianco / totale accessi in PS per tutti i codici triage eccetto codice bianco	<b>13,3</b>	
Tasso di richieste di mobilità	N° di richieste di mobilità/ N° totale dipendenti	<b>12,3</b>	
Tasso di turnover del personale medico e altri dirigenti sanitari	N° medici e dirigenti sanitari in uscita anno x / N° medici e dirigenti sanitari anno x	<b>9,6</b>	
Tasso di turnover del personale Inf., tec. sanitario, riab., vigilanza ispezione e di supporto	N° personale inf., tec. San., riab., vigilanza ispezione e di supporto anno x / N° personale inf., tec. San., riab., vigilanza ispezione e di supporto anno x	<b>9,2</b>	
Tasso di turnover del personale tecnico e amministrativo	N° personale tecnico e amministrativo anno x / N° personale tecnico e amministrativo anno x	<b>9,0</b>	

- Tra il terzo e il quarto workshop gli indicatori sono stati prima inviati e dopo discussi con esperti su diversi ambiti specialistici (ad esempio, dimensione performance clinica, dimensione contesto esterno ecc.), venendosi a formare un *panel* che ha commentato in maniera critica la proposta, integrando e modificando la selezione di indicatori proposta.
- È stato, infine, effettuato un quarto ed ultimo *workshop* in plenaria, al quale sono stati invitati i principali destinatari dello strumento gestionale proposto, ovvero alcuni rappresentanti del top management delle aziende sanitarie che hanno svolto un ruolo da *discussant* sull'architettura nel complesso e sugli indicatori selezionati.

## 5. Risultati del lavoro di ricerca: logiche di fondo e architettura del CDM direzionale multidimensionale (CDM)

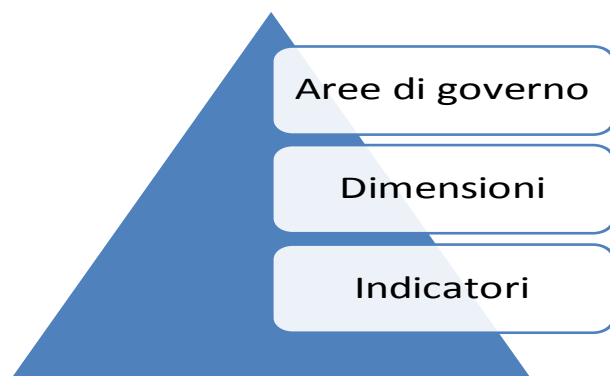
Per CDM direzionale si intende un sistema più o meno articolato di supporto al processo decisionale che fornisce al decisore tutte e solo quelle informazioni necessarie presentandole in un particolare formato (Yigitbasioglu, Velcu, 2012). Come anticipato nei paragrafi precedenti, i cruscotti direzionali hanno, l'obiettivo generale di migliorare il processo decisionale ampliando la capacità cognitiva dei decisori.

Tenuto conto delle direttrici dettate dalla letteratura in materia (cfr. paragrafi 2 e 3), il CDM di valutazione delle performance a valenza strategica proposto è stato costruito sulla base dei seguenti obiettivi di fondo:

- supportare l'alta direzione dell'azienda (in particolare, direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e, qualora previsto, il direttore socio-sanitario) nell'elaborazione dei processi decisionali strategici raccogliendo dati e informazioni per monitorare le dinamiche ambientali del contesto istituzionale entro il quale le aziende operano;
- favorire la validazione delle scelte strategiche intraprese e il monitoraggio dell'attuazione delle strategie aziendali attraverso il controllo di alcuni indicatori, quali espressione dello stato avanzamento dei progetti strategici chiave;
- valutare le performance aziendali e le dinamiche organizzative attraverso una logica *drill down*, ovvero indicatori che supportano, con approfondimenti successivi, la possibilità di esplorare tutta la gerarchia di fenomeni sottostanti;
- offrire una visione dei dati e delle informazioni in ottica longitudinale per un confronto nel tempo delle performance dell'azienda.

Con le opportune precauzioni, il modello proposto può anche fornire le basi per possibili confronti tra aziende sanitarie della stessa tipologia e comparabili per caratteristiche dimensionali ed attività erogata.

Figura 4: Struttura logica del CDM



Il CDM proposto si fonda su di una struttura articolata su tre livelli logici (rappresentati in figura 4), qui presentati dal livello massimo al livello minimo di dettaglio:

1. I circa cento indicatori di performance aziendale, che monitorano e permettono la valutazione dei risultati aziendali in ottica multidimensionale e strategica.
2. Le quattordici dimensioni omogenee di performance, che aggregano gli indicatori di performance in relazione all'omogeneità dei fenomeni che intendono misurare e valutare. All'interno delle dimensioni possono essere previste delle diverse prospettive o sotto-dimensioni per rendere più agevole e precisa la lettura dei fenomeni oggetto di indagine.

- Le quattro aree di governo delle performance, che riuniscono le dimensioni individuate in macro-ambiti tematici che rappresentano le “aree chiave” per il governo strategico da parte della direzione aziendale.

Sulla base di questa impostazione logica, l’architettura del CDM è rappresentata nella figura 5.

Figura 5: L’architettura del CDM



Il CDM direzionale si articola nelle seguenti quattro aree:

- L’area del “contesto esterno” rappresenta la parte del CDM che ha la finalità di monitorare tutte le variabili più importanti che caratterizzano l’ambiente in cui opera l’azienda e che, allo stesso tempo, influenzano la sua attività. Si tratta dunque del controllo dell’andamento delle principali dinamiche ambientali che sono rilevanti per la strategia aziendale e che possono arrivare a minarne la validità, costringendo il management a ridefinire le scelte strategiche operate in passato. Non è semplice definire un quadro sintetico (e limitato nel numero di indicatori) che permetta di raffigurare tutte le variabili ambientali più rilevanti. Pertanto, ciascuna azienda dovrebbe personalizzare e contestualizzare questa componente del CDM direzionale rispetto al proprio territorio di riferimento, al bacino di popolazione servito e al contesto istituzionale che fa da cornice.

Quest’area si articola in tre dimensioni rilevanti per l’analisi dei fenomeni del contesto esterno:

- “profilo di salute della popolazione” che ha l’obiettivo di fornire informazioni sullo stato di salute della popolazione del territorio di riferimento attraverso indicatori sull’incidenza di alcune malattie e sui principali responsabili di mortalità (ad es. i c.d. “big killers”, incidenza delle malattie croniche, ecc.).
- “specificità di contesto territoriale” che ha l’obiettivo di fornire informazioni sulle peculiarità sociali, economiche e territoriali del bacino in cui opera l’azienda. Tale dimensione è suddivisa in due sotto-dimensioni, l’ambito relativo alle peculiarità del territorio (ad es. incidenza della popolazione per fascia d’età, ecc.) e l’ambito relativo agli stili di vita della popolazione (ad es. tasso di obesità).
- “sistema istituzionale” contiene informazioni su vincoli o particolari elementi di specificità dell’assetto istituzionale dell’azienda (ad es. la variazione dei tetti e dei finanziamenti regionali, ecc.).

2. L’area “strategica” è costruita in relazione alla necessità delle direzioni aziendali di monitorare fenomeni che hanno impatto nel lungo periodo e riflette in modo privilegiato la valenza strategica del CDM proposto. Il governo delle performance strategiche, infatti, è particolarmente rilevante per il top management delle aziende sanitarie pubbliche, in quanto fa riferimento sia alla *mission* e alla *vision* di lungo periodo dell’azienda stessa, sia agli specifici obiettivi di carattere strategico che l’azienda si pone e alle azioni necessarie per raggiungerli. Soprattutto in periodi di decrescita delle risorse disponibili, il perseguimento dei fini ultimi dell’azienda sanitaria pubblica è possibile solo attraverso la creazione di valore. Tale valore discende dalla capacità dell’azienda di rispondere simultaneamente a diverse importanti questioni di carattere strategico:

- soddisfare le attese dei principali *stakeholder* interni ed esterni, tra i quali gli interlocutori istituzionali dell’azienda e la popolazione di riferimento;
- migliorare la risposta ai bisogni di carattere sanitario dei cittadini attraverso l’erogazione di prestazioni qualitativamente elevate, coerenti dal punto di vista quantitativo e seguendo principi di appropriatezza;
- migliorare l’efficienza delle varie attività aziendali al fine di garantire la sostenibilità economica nel lungo periodo e favorire il recupero di risorse dall’interno dell’organizzazione da dedicare a processi di innovazione, investimento, sviluppo strategico e organizzativo.

Le dimensioni che sono inserite in tale area sono accumulate dal fatto che monitorano tutte le variabili strategiche necessarie per la creazione di valore nel senso sopra indicato e, di conseguenza, garantiscono la soddisfazione dei fini ultimi delle aziende sanitarie pubbliche. Ogni dimensione dell’area presenta un numero minimo di indicatori, poiché si propone di



monitorare le principali variabili strategiche che il top management aziendale deve tenere sotto controllo. L'area strategica può essere misurata lungo cinque dimensioni:

- “performance sociale”: misura la legittimazione dell'ente attraverso *proxy* della soddisfazione dei cittadini, dei fornitori, del personale interno e degli *stakeholder* dell'azienda, rappresentando il “tasso di fiducia” di tali soggetti nei confronti dell'azienda sanitaria (ad es. tasso di fuga della popolazione, tempi di attesa in triage, ecc.).
- “performance di copertura del bisogno”: misura le quote di risposta ai bisogni (potenziali ed effettivi) del singolo e della comunità da parte dell'azienda e la tempestività con cui tali bisogni vengono soddisfatti (ad es. tasso di copertura vaccinale, tempi di attesa per alcune prestazioni traccianti, ecc.).
- “performance economica”: misura la capacità dell'azienda di mantenere un equilibrio economico sostenibile e di utilizzare nel modo appropriato le risorse economico-finanziarie (ad es. indice di liquidità, ecc.).
- “performance clinica”: misura le performance *proxy* della qualità delle cure offerte dall'azienda sanitaria (ad es. peso medio DRG, tasso di mortalità intraospedaliera, ecc.).
- “progetti chiave”: misura lo stato di avanzamento di alcuni progetti strategici per l'azienda.

3. L'area della “produzione” approfondisce tutti gli aspetti che riguardano i processi produttivi che vengono attuati all'interno dell'azienda e in ciascuna articolazione organizzativa. L'area della produzione può essere valutata secondo quattro diverse dimensioni, a seconda delle esigenze informative aziendali:

- misurazione per articolazioni organizzative, per valutare le performance di singoli dipartimenti, distretti o di presidi e stabilimenti ospedalieri, frutto delle modalità di rappresentazione tipiche dei sistemi di budget, che, nella loro globalità, tendono ad essere articolati su centri di responsabilità, vale a dire aree di risultato costituite “da un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda ed è guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese (Anthony, Young, 1992). ecc.;
- misurazione per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) intesi in senso estensivo, per valutare le performance in diversi ambiti assistenziali quali cure primarie, assistenza ospedaliera, assistenza residenziale, assistenza socio-sanitaria ecc.;
- momenti della vita, che monitorano la performance per eventi specifici della vita di un individuo come, ad esempio, “avere un figlio”, “vivere la terza età”, ecc. con la finalità di articolare la performance non a partire dal punto di vista dell'offerta (in termini di articolazioni organizzative o sulla base dei livelli assistenziali) bensì secondo le

caratteristiche della domanda, articolata sulla base dei momenti più rilevanti che possono caratterizzare la vita dell'individuo. Per tali caratteristiche questa prospettiva, pur potendosi applicare a qualunque tipologia di azienda sanitaria, esprime le sue massime potenzialità nelle ASL, che si fanno carico della salute degli individui costantemente e non solo nella fase acuta della malattia.

- misurazione attraverso un approccio multi-prospettico, che monitora le performance attraverso quattro prospettive, i) economico-finanziaria, ii) dei processi produttivi, iii) del governo clinico e iv) della ricerca e innovazione al fine di rappresentare la performance dell'area della produzione sulla base di alcune dimensioni rilevanti, senza necessariamente segmentare i processi produttivi sulla base delle articolazioni organizzative nei quali sono attivati (prospettiva delle articolazioni organizzative), delle finalità ultime a cui rispondono (prospettiva dei LEA Extended) o dei pazienti a vantaggio dei quali sono messi in atto (prospettiva degli eventi della vita);

Per ciascuna delle quattro prospettive dell'area della produzione, la performance è misurata attraverso i seguenti quattro criteri di valutazione:

- Quantità, con l'obiettivo di descrivere e rappresentare il volume di attività svolte dalla singola articolazione organizzativa;
- Qualità, ovvero la capacità di organizzare la gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi nel modo migliore, in condizioni di piena sicurezza e valorizzando risorse, competenze e ruoli; in particolare, la qualità dell'assistenza è una dimensione che esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sull'appropriatezza, sulla qualità sia sostanziale sia percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione;
- Efficacia, in termini di capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività cui è chiamata a far fronte attraverso la sua attività caratteristica;
- Efficienza, ovvero la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.

4. L'area del "capitale organizzativo" valuta il livello di maturità e di diffusione degli strumenti gestionali attivi in azienda funzionali allo sviluppo individuale (ovvero sviluppo delle risorse umane) e allo sviluppo organizzativo aziendale (ad esempio, sistemi di budget, sistemi informativi, marketing e comunicazione, ecc.). Le aziende sanitarie pubbliche, infatti, si fondano sullo sviluppo e il consolidamento dei meccanismi operativi (sistemi di programmazione e controllo, gestione delle risorse umane, comunicazione ecc) che assolvono a varie funzioni di fondamentale importanza per l'azienda (Lega, 2008):

- sono strumenti di rinforzo dei ruoli apicali organizzativi nell'esercizio delle loro funzioni di governo che facilitano il coinvolgimento del gruppo dirigente;
- sono vettori di cambiamento culturale in quanto offrono la possibilità di impegnare le persone su ragionamenti valoriali diversi da quelli tradizionali e forniscono nuove prassi e consuetudini che sostituiscono quelle precedenti;
- sono la colonna portante del processo di aziendalizzazione delle ASP in quanto strumenti aziendali attraverso cui si esercitano in maniera più trasparente e coordinata rispetto al passato i processi decisionali, svincolandoli almeno parzialmente dalle logiche di potere organizzativo fondato sulle gerarchie;
- possono essere utilizzati per gestire centralmente alcuni processi e, quindi, accompagnare i dirigenti nei loro percorsi decisionali.

L'attivazione di "regole del gioco" (i meccanismi operativi) chiare, oggettive, e concretamente rispettate rappresenta la base per favorire uno sviluppo organizzativo dell'azienda affinché quest'ultima possa reagire positivamente e proattivamente alle pressioni esterne e ai fabbisogni organizzativi interni gestendo e riducendo la fisiologica resistenza al cambiamento propria delle aziende ad alta intensità di capitale intellettuale. A tal fine le aziende sanitarie pubbliche, oltre ad implementare tali meccanismi operativi, devono farsi carico anche del loro consolidamento, della loro diffusione a livello aziendale e della loro capacità di incidere sul funzionamento complessivo delle singole unità operative e delle macro-articolazioni organizzative (dipartimenti ospedalieri e territoriali e distretti). Ciò significa proporre un set di dimensioni, sottodimensioni e di indicatori di valutazione delle performance in grado di rappresentare tali fenomeni in maniera chiara e oggettiva.

## **6. Considerazioni conclusive**

Lo sforzo condotto nell'elaborazione del modello di valutazione della performance delle aziende sanitarie, nell'impostazione generale sopra descritta e nella sua declinazione puntuale così come illustrata si è posto i fondamentali seguenti obiettivi:

- assicurare alle aziende uno strumento di reale supporto all'assunzione delle decisioni strategiche, capace al tempo stesso di fornire una visione sistemica e di insieme degli ambiti rilevanti di valutazione, oltre che di promuovere un orientamento al medio termine delle scelte di governo aziendale;
- favorire una selezione delle informazioni e degli indicatori rilevanti, superando il rischio del sovraccumulo di dati tipico dei sistemi orientati alla gestione dell'operatività, e focalizzandosi sugli aspetti capaci di determinare i risultati di lungo periodo, la crescita qualitativa e la solidità dell'azienda;

- fornire le basi per l'attivazione di confronti mirati, sugli aspetti ritenuti più significativi, con realtà similari, in modo da meglio apprezzare il grado di competitività della singola azienda.

Nella costruzione del modello si sono confrontate, a partire dall'esame della letteratura e delle esperienze più significative, diverse concezioni e si sono condotte scelte, in particolare nella selezione degli indicatori, che non si intendono necessariamente definitive.

Si ritiene importante il fatto che la definizione operativa del CDM di valutazione della performance sia il risultato dell'interazione continua tra ricercatori e operatori del settore sanitario. Ciò ha consentito, infatti, di combinare criteri di solidità metodologica e scientifica con quelli di effettiva rilevanza e attuabilità.

La fase successiva del progetto prevede l'applicazione sperimentale del modello di valutazione elaborato in un campione di aziende sanitarie.

Ciò consentirà l'affinamento e lo sviluppo del modello stesso, oltre che possibili personalizzazioni in ragione delle caratteristiche e dei fabbisogni delle aziende sperimentatrici.

Si confida che l'impostazione generale del modello, l'originalità e la fruibilità dello strumento messo a punto, possano rappresentare una base importante sulla quale fondare le decisioni inerenti il governo strategico delle aziende. In questo, al tempo stesso:

- contrastando i fenomeni di “cattura nell'operatività” tipici delle fasi in cui una forte pressione delle domanda si deve confrontare con una crescente scarsità delle risorse disponibili;
- favorendo una visione d'insieme della convenienza e del potenziale impatto delle scelte strategiche da assumere;
- migliorando, attraverso un approccio più *evidence based* la qualità delle strategie aziendali;
- assicurando quindi, infine, la produzione di *outcome* più qualificati ed un rafforzamento strutturale delle aziende.

Rispetto ai diversi sistemi di performance management adottati nel panorama nel panorama sanitario, almeno tre sembrano essere gli ambiti di innovazione e di investimento che il CDM ha intrapreso (Tarricone, Valotti, 2012). In primo luogo, propone un sistema di valutazione delle performance aziendali che sia organico (rappresentazione integrata di tutti gli ambiti di valutazione rilevanti), selettivo (individuazione di sotto-ambiti e indicatori chiave) e comprensibile (rappresentazione efficace e fruibile dei risultati aziendali relativi ai diversi ambiti e nell'insieme). In secondo luogo si pone l'obiettivo di realizzare un efficace collegamento tra i processi di elaborazione e attuazione delle strategie aziendali e i sistemi di misurazione e valutazione della performance. Colmare i gap esistenti tra i due sistemi può infatti consentire un avvicinamento tra documenti formali di pianificazione e le strategie effettivamente messe in atto, fornendo input più strutturati per assumere e sostenere nuove decisioni strategiche e consentendo adattamenti della strategia a fronte di un monitoraggio sistematico dell'impatto prodotto dalla stessa o di eventuali difficoltà attuative. Infine, il CDM introduce modalità sistematiche di rendicontazione della performance nei confronti degli *stakeholder* rilevanti e dei cittadini nel loro insieme. In particolare, la trasparenza sulla performance

aziendale costituisce al tempo stesso una modalità per: (i) stimolare il miglioramento dei risultati, in aggiunta alle pressioni indotte dalle dinamiche competitive e dalla scarsità di risorse; (ii) favorire il controllo sociale e promuovere la partecipazione democratica; (iii) qualificare l'attività di programmazione attraverso uno sforzo di selezione e rappresentazione delle priorità; (iv) orientare le aziende e promuovere la responsabilità, attraverso l'introduzione di una consuetudine a rendere conto e, non da ultimo, promuovere l'integrità.

## Bibliografia

- Adcroft, A. e Willis, R. (2005). The (un)intended outcome of public sector performance measurement. *International Journal of Public Sector*, 18(5): 386–400.
- Amado C.A., Santos S.P. (2009). Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres. *Health Policy*, 91(1): 43-56.
- Anthon, R., Young, D. (1992). *Il controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*. Mc-Graw Hill, Milano.
- Argyris, C., Schon, D. (1998). *Apprendimento organizzativo: Teoria, metodo e pratiche*. Guerini e Associati, Milano.
- Cattabeni, L., Lega, F., Vendramini, E. (2004). *Primi cenni sulla valutazione multidimensionale delle performance delle aziende ospedaliere tra fini esterni ed usi interni*. Sanità Pubblica e Privata, Milano
- Chang, L. (2006). Managerial Responses to Externally Imposed Performance Measurement in the NHS: An Institutional Theory Perspective. *Financial accountability and management*, 22(1): 63-85.
- Chang, L. (2007). The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach. Limitations and implications. *International Journal of Public Sector Management*, 20(2): 101-117.
- Chow, C.W., Ganulin, D., Haddad, K., Williamson J. (1998). The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. *Journal of Health Care Management*, 43: 263–80.
- Elwyn G., Buetow S., Hibbard J., Wensing M. (2007). Respecting the subjective: quality measurement from the patient’s perspective. *BMJ*, 335:1021–2.
- Evans S.M., Lowinger J.S., Sprivulis P.C., Copnell B., Cameron P.A. (2009). Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure. *Internal Medicine Journal*, 39: 648–654.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R., Voss, C. (1991). *Performance Measurement in Service Business*. CIMA, London.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard. Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January-February: 71-9.
- Kollberg, B., Elg, M. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5): 427-445.
- Kotter, J.P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business School Press.
- Lega, F. (2001). *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità. Il caso dell'azienda ospedaliera L. Sacco di Milano*. McGraw-Hill, Milano.
- Lega, F. (2008). *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*. Egea, Milano.
- Le Pogam M., Luangsay-Catelin J., Notebaert C. (2009). La performance hospitalière: à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Revue Management et Avenir*, 25: 116-134
- Levitt, B., March, G.J. (1988). Organizational Learning. *Annual Review of Sociology*, 14.

- Love D., Revere L., Black K. (2008). A Current Look at the Key Performance Measures Considered Critical by Health Care Leaders. *Journal of Health Care Finance*, 34(3): 19-33.
- Lynch, R.L., Cross K.F. (1991). *Measure Up. The Essential Guide to Measuring Business Performance*. Mandarin, London.
- Navarro-Espigares J.L., Torres E.H. (2011). Efficiency and quality in health services: a crucial link. *Service Industries Journal*, 31 (3): 385-403.
- Prenestini A., Valotti G. (2012). Controllo delle strategie e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche in (2012) *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*. Egea, Milano.
- Simons, R. (2000). *Performance measurement and control systems for implementing strategy*. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ
- Tarricone, R., Valotti, G. (2012). Il miglioramento del performance management nelle aziende sanitarie pubbliche: oltre le mode e le tradizioni in (2012) *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*. Egea, Milano.
- Tawfik-Shukor A.R., Klazinga N.S., Arah O.A. (2007). Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*. 7:25.
- Weick, K. (1979). *The social psychology of organizing* (2nd edition). Addison-Wesley Reading, Mass.
- Yankelovic, D. (1972). *Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business*. D. Yankelovic Inc., Stanford.
- Yigitbasioglu, O.M., Velcu, U. (2012). A review of dashboards in performance management: Implications for design and research. *International Journal of Accounting Information Systems*, 13(1): 41-59.