

15 La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità

di Mara Bergamaschi e Francesca Lecci*

15.1 Introduzione

L'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) ha rappresentato, per le aziende sanitarie, uno dei più importanti vettori di cambiamento (Casati 2000; Francesconi 2003; Del Vecchio 2003).

Già all'inizio del 2000, il budget era stato adottato dal 91% delle aziende ed era giunto mediamente alla quarta edizione (Anessi Pessina e Pinelli 2003; Casati e Frosini 2002); ciò a fronte di un processo di evoluzione che ha visto, all'inizio degli anni novanta, il SSN al centro di una complessa serie di interventi di riforma, che hanno spinto, a livello aziendale, verso l'introduzione di un insieme di strumenti «manageriali» (Lecci e Longo 2004).

Sebbene le prime sperimentazioni vedano la luce la fine degli anni 80, con finalità prevalenti di comprensione della dinamica dei costi (Anessi et al. 1994; Casati 2000), è all'inizio degli anni 90 che risale il maggior numero di esperienze. La regionalizzazione del sistema, la piena responsabilizzazione sui risultati economico-finanziari, il nuovo ruolo attivo di governo delle risorse richiesto alle aziende, l'introduzione di un sistema di quasi mercato e di un finanziamento a prestazioni hanno, infatti, generato spinte propulsive all'introduzione di strumenti più evoluti. Si è passati da una fase pionieristica, focalizzata sulla semplice rilevazione del consumo delle risorse, all'introduzione di sistemi di reporting e di budget, che rilevano anche gli output, con l'obiettivo di coinvolgere i professionisti nella valutazione dell'impatto economico generato dalle loro attività.

Nel corso degli anni '90, a fronte di forti stimoli provenienti in particolare dal nuovo sistema di finanziamento, i sistemi di P&C hanno conosciuto momenti di forte orientamento sulla dimensione reddituale; il tema dei ricavi generati dalle

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 15.1, 15.2, 15.3 e 15.5 sono da attribuirsi a Mara Bergamaschi, il § 15.4 a Francesca Lecci.

prestazioni e dei conti economici dei CdR hanno assunto una rilevanza fondamentale, fino quasi a far dimenticare che le aziende sanitarie non operano in un contesto di mercato e le tariffe non possono quindi essere assimilate ai prezzi di vendita delle aziende di produzione.

Anche a fronte di questa eccessiva focalizzazione sugli aspetti strettamente economici, negli ultimi anni si è assistito ad un ampliamento del sistema di indicatori utilizzato, fino ad adottare sistemi multidimensionali che integrano le dimensioni economiche e di produttività con elementi di governo clinico, di innovazione e di qualità dei servizi.

Se tradizionalmente i sistemi di P&C si sono tenuti lontani dal governo dei processi produttivi, basandosi sul principio di fondo che il contenuto della responsabilizzazione fosse il rapporto tra input ed output, secondo il classico modello black-box, negli ultimi anni, a fronte di rilevanti esigenze di governo dei processi clinici, la misurazione delle performance si sta spostando anche su indicatori di outcome.

Nonostante questa continua evoluzione, ancora ad oggi, si rileva una qualche difficoltà di tali strumenti ad incidere sui comportamenti reali: sembra, infatti, emergere che i sistemi di budget non siano stati accettati fino in fondo dai professional, che hanno sempre pronte risposte per giustificare risultati diversi da quanto programmato (Casati 2000; Lega 2001, Baraldi 2005), e che non riescono a riconoscere un effettivo supporto al governo delle loro azioni. I sistemi di P&C sembrano essere prevalentemente strumenti di supporto del top management nel definire precisi orientamenti dei professional in una logica tipicamente top-down e nel valutare e controllare gli stessi.

Sono poche, infatti, le aziende che hanno adottato approcci partecipativi all'individuazione degli indicatori di risultato, con l'obiettivo di facilitare il dialogo tra vertici direzionali e professional e costruire orientamenti condivisi, capaci di fare evolvere verso una cultura di corresponsabilizzazione sui risultati aziendali (Del Vecchio 2000).

D'altro canto, spesso le aziende sanitarie costruiscono il sistema degli indicatori facendo prevalentemente attenzione ai bisogni di controllo esterno, confondendo i destinatari principali di tali sistemi (i professional, ai quali debbono essere fornite informazioni e stimoli per modificare le condizioni di gestione), con i soggetti esterni in grado di influenzare il comportamento aziendale (la regione).

Ma allora come si può costruire adeguatamente il sistema degli indicatori ai fini di concreto supporto ai processi di programmazione e controllo?

Le critiche in merito alla possibilità di guidare correttamente i comportamenti attraverso l'uso di appropriati indicatori (Broadbent et al. 1991; CCAF 1987; Carpenter, 1990; Pollit 1984; Simons 2004; Smith 1992, Williams 1985) evidenziano come in sanità gli indicatori di performance tendono a fornire rappresentazioni distorte della realtà e a rendere evidenti solo alcune dimensioni di risultato e non

sempre le più significative. Ciò nonostante è possibile pensare che il set di indicatori, se ben definito, possa orientare concretamente la condotta degli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali (Churchman 1971; Perks e Glendinning 1981).

Ma attraverso cosa passa una corretta definizione degli indicatori?

Van Perseum et al. (1995) sottolineano che dei buoni indicatori devono possedere alcune caratteristiche essenziali, quali:

- ▶ Caratteristiche intrinseche (Anton 1964; Arrow 1963; Chambers 1965), legate prevalentemente alla scala di misura utilizzata per rappresentare l'indicatore. La scelta della scala è, infatti, processo delicato e può comportare problemi di comparabilità (e di accettabilità)¹.
- ▶ Caratteristiche estrinseche, ovvero collegate al focus della misurazione che potrà essere, di volta in volta legato a efficienza, efficacia ed economicità (McCarthy 1987; Airoidi et al. 1994), qualità delle prestazioni (Orford, 1992), impatto dell'azione svolta, processo (Donabedian 1980; Lega 2001), dinamiche finanziarie (Luder 1992), competitive e sociali.

Ma tali caratteristiche sono riscontrabili nelle prassi gestionali utilizzate dalle aziende sanitarie sul territorio nazionale? È dunque vero che gli attuali sistemi di misurazione delle performance non consentono effettivamente di orientare le decisioni?

Il presente capitolo si pone di dare una risposta alle seguenti domande, andando ad indagare le caratteristiche del sistema di misurazione delle performance a fini di P&C nelle aziende sanitarie italiane.

Il capitolo è articolato come segue: il § 15.2 presenta il framework teorico sulle specificità dei sistemi di programmazione e controllo e sull'evoluzione dei sistemi di misurazione delle performance in sanità; il § 15.3 esplicita l'oggetto di indagine e della metodologia adottata; il § 15.4 presenta i risultati della ricerca condotta nelle aziende sanitarie pubbliche sugli indicatori utilizzati, evidenziandone le caratteristiche essenziali, e il § 15.5 ne esplicita gli aspetti di maggiore significatività e criticità.

¹ Le scale di misura utilizzabili sono numerose: la scala nominale non implica una graduatoria, ma dà evidenza rispetto all'equivalenza o meno di un dato fenomeno ad un altro, quella ordinale mette in relazione di graduatoria un fenomeno con un altro, senza identificare equidistanza rispetto ai punti della scala di misura, quella cardinale rappresenta i fenomeni mantenendo oggettive relazioni di distanza tra i punti, ma non fissa l'origine dalla scala, quella a rapporto è simile a quella cardinale, ma definisce un punto zero non arbitrario.

15.2 Sistemi di programmazione e controllo e di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie: un inquadramento concettuale

Nella loro interpretazione più autentica, i sistemi di programmazione e controllo delle performance si configurano come «le routine e le procedure formali basate sulle informazioni che i manager utilizzano per mantenere o modificare le modalità di comportamento dell'organizzazione nello svolgimento dell'attività» (Simons 1995: p.5).

Secondo tale interpretazione i sistemi di programmazione e controllo costituiscono un modello di comportamento gestionale e rappresentano variabili organizzative che influenzano direttamente il comportamento dei diversi attori all'interno di un'azienda (Airoidi et al. 1994).

Le finalità che la letteratura assegna ai sistemi di programmazione e controllo possono essere molteplici e almeno in parte conflittuali (Cerbioni, 2000; Amigoni, 1995): (i) valorizzazione e articolazione dei programmi strategici; (ii) responsabilizzazione; (iii) guida e motivazione dei manager; (iv) coordinamento ed integrazione; (v) comunicazione; (vi) valutazione e controllo; (vii) apprendimento e formazione.

Alcuni tratti distintivi presenti nelle aziende sanitarie rendono del tutto peculiare l'applicazione di questi strumenti in sanità. In particolare le aziende sanitarie pubbliche (Anessi Pessina 2002):

- ▶ hanno finalità di soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, anche se in condizioni di sostenibilità economica;
- ▶ operano in un contesto diverso dal mercato e cedono quindi i loro servizi attraverso operazioni diverse dallo scambio tipico;
- ▶ sono caratterizzate da processi non standardizzabili, anche a fronte della rilevante autonomia professionale dei medici e della necessaria personalizzazione delle prestazioni;
- ▶ sono caratterizzate da una forte differenziazione di attività e da elevati gradi di specializzazione, che determinano rilevanti fabbisogni di integrazione al fine di rispondere ai bisogni degli utenti;
- ▶ sono inserite in un Servizio Sanitario Nazionale e quindi fanno parte di un gruppo più complesso, la cui holding è chiaramente identificabile con la Regione.

Tutto ciò determina rilevanti conseguenze sulle finalità e sull'impostazione dei sistemi di programmazione e controllo. In termini di finalità essi dovrebbero tendere prevalentemente a:

- ▶ responsabilizzare sui risultati da conseguire e sulle risorse da impiegare, senza però interferire nelle scelte relative ai processi tecnico-professionali (modello black box);

- ▶ coordinare le diverse articolazioni organizzative;
- ▶ ricondurre ad unità un complesso di processi decisionali precedentemente svolti in modo indipendente.

In termini di impostazione:

- ▶ ad indicatori prettamente economici dovrebbero comunque essere affiancati indicatori di altra natura, tesi a sopperire alla debolezza insita nel sistema delle tariffe, come misura del valore della produzione. L'eterogeneità delle attività svolte e la personalizzazione delle prestazioni complicano, però, l'individuazione di indicatori quantitativi che siano nel contempo significativi, sintetici e misurabili (Anessi Pessina 2000);
- ▶ Si dovrebbe tendere a privilegiare processi condivisi di individuazione degli obiettivi e degli indicatori, al fine di ricercare un equilibrio tra il punto di vista del singolo professionista e quello della direzione generale ed evitare situazioni di conflittualità che potrebbero riflettersi in una sostanziale deresponsabilizzazione rispetto ai risultati (Zavattaro, 1993).

Dopo un periodo di forte diffusione verso l'introduzione di logiche e strumenti di programmazione e controllo «strictu sensu» (Anessi Pessina e Pinelli 2003), ossia come strumento di responsabilizzazione e coordinamento interno, nelle aziende sanitarie si sono manifestate una serie di criticità legate all'introduzione di tali strumenti: utilizzo in una logica eminentemente burocratica, sostanziale scollegamento tra obiettivi di gestione e finalismi aziendali, orientamento al breve periodo, logiche decisionali di tipo incrementale, enfasi prevalentemente interna, monodimensionalità degli obiettivi.

Ciò ha comportato una modifica dell'approccio al sistema adottato che si è spostato secondo due direttrici:

- ▶ da una parte, la formulazione del budget è diventata l'occasione per integrare altri processi quali: (i) la formulazione, l'affinamento o la revisione delle linee strategiche; (ii) la programmazione degli investimenti; (iii) la negoziazione di obiettivi e finanziamenti con la Regione; (iv) la valutazione e incentivazione del personale (Bergamaschi, 2000); (v) i progetti finalizzati ad incrementare qualità ed appropriatezza. Malgrado alcuni aspetti positivi legati ad una migliore integrazione tra i processi decisionali, ciò ha comportato ulteriori criticità, legate prevalentemente al sovraccarico delle funzioni attribuite al sistema di P&C che si ripercuote direttamente sul processo di identificazione degli indicatori che ne supportano il funzionamento (Anessi Pessina, 2003);
- ▶ dall'altra si è ampliato il sistema di indicatori, passando una prospettiva prevalentemente monodimensionale (produttività e risorse) a prospettive multidimensionali. Negli ultimi anni, infatti, partendo dal presupposto che l'approccio

tradizionale alla misurazione dei risultati, e di conseguenza all'individuazione degli indicatori, si fonda su una serie di ipotesi che semplificano il concetto di performance, limitandola al raggiungimento dei soli risultati economico-finanziari, i sistemi di misurazione e valutazione dei risultati hanno progressivamente allargato l'oggetto di analisi fino alla valutazione della capacità di soddisfare le esigenze di tutti i principali stakeholder.

Sotto la spinta di diversi fattori (Neely 1999; Baraldi 2000), le aziende sanitarie hanno quindi palesato la propria insoddisfazione verso un approccio tradizionale alla misurazione delle performance.

In tale logica è notevolmente aumentata la «profondità» della misurazione che, a partire dalle risorse, si è allargata per coprire processi, *output* e risultati finali (*outcome*), accompagnando sempre più alla misurazione aspetti di valutazione (Del Vecchio 2001).

Si è aperto quindi un nuovo percorso, che ha portato le aziende sanitarie a sperimentare nuovi sistemi di misurazione nella continua ricerca di logiche innovative, con il rischio di non riuscire a capitalizzare un sapere, un patrimonio condiviso di conoscenze e competenze manageriali sviluppate negli anni precedenti.

Spesso, infatti, l'impegno richiesto per la revisione di sistemi sofisticati di misurazione delle performance, verso una continua ricerca di efficienza, efficacia e innovazione, rischia di sfociare in ipertecnicismi schizofrenici che portano ad un aumento rilevante del numero di indicatori utilizzati, nella convinzione che più misure agiscano come deterrente a comportamenti devianti dei professionisti (Lega e Vendramini 2008).

In quest'ottica si sono inseriti approcci come quello della *Balanced Scorecard* (Kaplan e Norton 1992), che propongono logiche di misurazione di tipo multidimensionale e affiancano ai tradizionali indicatori economico-finanziari anche indicatori relativi a:

- ▶ *customer perspective* (soddisfazione dei clienti);
- ▶ *internal business perspective* (capacità di eccellere nello svolgimento dei processi aziendali);
- ▶ *learning and growth perspective* (capacità di migliorare continuamente le prestazioni attraverso un processo di apprendimento continuo).

Non si vuole certo, in questo scritto, non riconoscere i punti di forza di tale strumento che parte dalle finalità istituzionali delle aziende sanitarie e ricostruisce a cascata il set di indicatori più coerente con la strategia aziendale, ma senz'altro rilevare che tali approcci, tipicamente di management strategico, si pongono ad un livello differente dai sistemi di programmazione e controllo di gestione (Anthony e Young 1992) e che, come ogni metodologia di misurazione delle performance che si pone l'obiettivo di misurare attraverso un unico strumento la pluralità

di esigenze contrapposte a cui è soggetta ogni parte dell'organizzazione, comportano il rischio di sovraccaricare tali meccanismi, affidando ad un unico strumento l'esplicitazione di tutti i contributi che l'azienda si aspetta dalle diverse parti dell'organizzazione (Bergamaschi 2004).

Quello che sta avvenendo anche nelle aziende sanitarie pubbliche è un processo che difficilmente potrà essere fermato e che porta inevitabilmente ad un allargamento dell'oggetto di analisi rispetto al tradizionale orientamento sui soli risultati economico-finanziari, spesso, però, confondendo la misurazione e la valutazione dei risultati per finalità di controllo di gestione con quella per finalità strategiche.

Se la misurazione delle performance sovverte oggi molti dei paradigmi che hanno caratterizzato la storia degli ultimi venti anni nelle aziende sanitarie è d'obbligo sottolineare che ciò comporta un tendenziale collassamento tra le logiche e gli strumenti di controllo direzionale e quelli di controllo strategico, rischiando quindi, ancora una volta, di mischiare la finalità di verificare l'opportunità di rimettere in discussione le ipotesi di base su cui si fondano le strategie aziendali, con quella di verificare la puntuale realizzazione di obiettivi di gestione.

Ma affinché il sistema di misurazione delle performance riesca veramente ad orientare i comportamenti dei *professional* in maniera virtuosa è necessario evitare il rischio di *overload* informativi e di costruire quindi sistemi di misurazione delle performance maggiormente mirati agli obiettivi aziendali.

In sintesi, sembra oramai evidente che i sistemi di misurazione delle performance giocano un ruolo fondamentale nel governo delle aziende sanitarie e che l'efficacia dei processi di programmazione e controllo non si gioca più solo sulla capacità di progettare adeguatamente il processo decisionale, il ruolo degli attori coinvolti, le schede tecniche di supporto, ma sulla necessità di costruire adeguatamente il sistema degli indicatori evitando, da un lato, il proliferare del numero degli indicatori, dall'altro la mera focalizzazione su indicatori economico finanziari, poco rappresentativi dei livelli di efficienza e di efficacia nelle aziende sanitarie.

Il questionario, oltre a indagare la dimensione degli indicatori utilizzati e dei fabbisogni informativi soddisfatti, approfondito due aspetti: l'articolazione degli indicatori utilizzati e gli uffici che sono responsabili rispetto al processo di recupero delle informazioni alla base degli indicatori stessi.

Rispetto a questi due ambiti, che non costituiscono l'oggetto del presente capitolo, si rimanda alle conclusioni (§ 15.5) per alcune anticipazioni in merito ai primi risultati dell'analisi.

15.3 Definizione dell'oggetto di indagine e della metodologia della ricerca

Mentre esiste una ricca letteratura sui temi di misurazione e rilevazione dei costi e sui sistemi di programmazione e controllo e di budget applicati alle aziende sanitarie (Zavattaro 1993; Anessi Pessina et al. 1994; Casati 1996; 2000; Maggi 2003;

Francesconi 2003; Vendramini 2004; Bergamaschi 2004), essa risulta essere di gran lunga meno sviluppata con riferimento al tema della misurazione dei risultati ai fini di programmazione e controllo e ancora più in specifico sul tema degli indicatori di supporto ai processi di budget nelle aziende di servizi sanitari.

Scopo dell'iniziativa è quello di investigare le caratteristiche del sistema degli indicatori adottato dalle aziende sanitarie italiane ai fini di supportare i processi di budget. Ciò consente:

- ▶ da un lato, una migliore comprensione delle dinamiche evolutive della misurazione delle performance in sanità, esplicitando le variabili interne ed esterne all'azienda che influenzano i processi;
- ▶ dall'altro, di valutare l'efficacia dei processi a fronte della capacità di individuare adeguati indicatori oggetto di responsabilizzazione delle diverse parti dell'organizzazione.

La ricerca empirica si è focalizzata sui seguenti aspetti:

- ▶ individuare le caratteristiche degli indicatori in termini di numerosità, variabilità, natura degli stessi;
- ▶ identificare le differenti dimensioni oggetto di misurazione (efficienza gestionale, qualità/appropriatezza, governo della domanda, miglioramento organizzativo);
- ▶ ricostruire i fabbisogni informativi a cui danno risposta gli indicatori;
- ▶ individuare possibili influenze esterne sul sistema di misurazione delle performance aziendali.

Seguendo la metodologia propria della ricerca in campo sociale (Bailey 1991; Fattore, 2005), il processo di ricerca è stato concepito secondo una sequenza circolare. Il disegno dello studio si configura come una «survey», somministrata, mediante un questionario postale, a tutti i soggetti che nelle singole aziende sanitarie ricoprono il ruolo di responsabili del Controllo di Gestione.

Il questionario è stato, dunque, strutturato per ricostruire tre macrolivelli di informazioni:

- ▶ l'anagrafica delle aziende e il livello di anzianità/consolidamento degli strumenti di programmazione e controllo adottati (§ 15.4.1);
- ▶ la tipologia di obiettivi e i correlati indicatori utilizzati (§15.4.2);
- ▶ il fabbisogno informativo (interno o esterno) a cui gli indicatori danno risposta (§15.4.3).

Nello specifico, in relazione alla tipologia di obiettivi e i correlati indicatori utilizzati (§ 15.4.2), al fine di acquisire informazioni il più possibile complete e con-

frontabili e a fronte della consapevolezza delle specificità legate ai diversi ambiti di attività, si è chiesto alle diverse aziende di indicare separatamente gli indicatori utilizzati nelle schede di budget dei seguenti centri di responsabilità:

- ▶ U.O. Chirurgia;
- ▶ Un Distretto a scelta (solo per ASL);
- ▶ U.O. Radiologia/ Diagnostica per immagini;
- ▶ U.O. Personale.

Nella scelta dei CdR è stato privilegiato il criterio della prevalenza, ossia sono state individuate quelle aree che, con ragionevole probabilità, sono presenti in tutte le aziende sanitarie (ad eccezione dei distretti, che sono, ovviamente rintracciabili nelle sole aziende sanitarie locali).

Per ciascuna area di responsabilità è stato, dunque, chiesto di indicare gli obiettivi da raggiungere e i correlati indicatori di misura del grado di raggiungimento.

L'ultima parte del questionario (§ 15.4.3) è stata dedicata a ricostruire se gli indicatori utilizzati rispondessero a esigenze informative interne o a pressioni informative esterne.

In caso di forti pressioni esterne all'introduzione di determinati indicatori nella scheda di budget è stato chiesto alle aziende di indicare quali tra le seguenti motivazioni hanno spinto verso l'introduzione nel sistema di budget di ciascun indicatore:

- ▶ Flussi legati alla valutazione della performance d'azienda o del DG;
- ▶ Flussi di carattere statistico (legati a flussi ministeriali o altro);
- ▶ Linee guida regionali sul budget e/o il controllo di gestione;
- ▶ Altre linee guida (ad esempio linee guida sulla qualità, *Joint Commission* o altro);
- ▶ Altro (ad esempio, adempimenti di obblighi informativi).

15.4 I risultati dell'indagine

15.4.1 Il sistema di P&C

La *survey*² ha registrato un tasso di risposta (Tabella 15.1) mediamente pari al 18%, con una lieve prevalenza delle AO (18,9%) rispetto alle ASL (17,2%).

In relazione alla ripartizione geografica, le regioni del Centro hanno fatto regi-

² La *survey* è stata effettuata nel mese di aprile 2008 e ha richiesto alle aziende di recuperare ed organizzare un numero piuttosto elevato di informazioni, portando, in alcuni casi, ad una incompleta compilazione del questionario, che ha determinato, in parte, l'esclusione di alcune aziende dal campione.

Tabella 15.1 Il campione delle aziende che hanno risposto interamente al questionario

| Tipologia Azienda | Area ISTAT | Numero di aziende del campione | % sul totale |
|---------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------|
| AO | Nord | 8 | 17,8% |
| | Centro | 5 | 29,4% |
| | Sud e Isole | 5 | 15,2% |
| | <i>Totale AO</i> | <i>18</i> | <i>18,9%</i> |
| ASL | Nord | 13 | 20,6% |
| | Centro | 11 | 23,9% |
| | Sud e Isole | 3 | 6,3% |
| | <i>Totale ASL</i> | <i>27</i> | <i>17,2%</i> |
| Totale complessivo | | 45 | 17,9% |

strare tassi di risposta più elevati (29,4% per le AO e 23,9% per le ASL), seguite da quelle del Nord (17,8% per le AO e 20,6% per le ASL) e del Sud (15,2% per le AO e solo 6,3% per le ASL).

Il tasso di risposta al questionario varia, inoltre, in funzione della diversa anzianità nell'utilizzo degli strumenti di programmazione e controllo (del budget nello specifico), che si presenta come fortemente eterogenea (Tabella 15.2) e compresa in un intervallo che va da 2 a 14 anni e pari, in media, a 8,5 anni.

Tabella 15.2 Livello di utilizzo degli strumenti di Programmazione e Controllo (ASL e AO)

| Tipologia Azienda | Area ISTAT | Numero di anni di utilizzo degli strumenti di P&C | | |
|---------------------------|-------------------|---|----------------|--------------|
| | | Valore minimo | Valore Massimo | Valore Medio |
| AO | Nord | 9 | 13 | 9,9 |
| | Centro | 2 | 12 | 7,4 |
| | Sud e Isole | 5 | 10 | 6,8 |
| | <i>Totale AO</i> | <i>2</i> | <i>13</i> | <i>8,3</i> |
| ASL | Nord | 6 | 14 | 9,9 |
| | Centro | 3 | 10 | 7,6 |
| | Sud e Isole | 3 | 9 | 6,0 |
| | <i>Totale ASL</i> | <i>3</i> | <i>14</i> | <i>8,6</i> |
| Totale complessivo | | 2 | 14 | 8,5 |

L'anzianità del sistema è sostanzialmente uguale nelle due tipologie di azienda, mentre varia in termini di area geografica: sono le regioni del Nord a far rilevare un livello di maturità degli strumenti più elevato (9,9 anni sia per le ASL che per le AO), seguite da quelle del Centro (7,6 anni per le ASL e 7,4 anni per le AO) e da quelle del Sud (6 anni per le ASL e 6,8 per le AO).

15.4.2 Gli indicatori utilizzati

Vengono presentati, di seguito, i risultati emersi, che sono raggruppabili in due differenti aree: numerosità degli indicatori, natura e tipologia degli indicatori adottati.

Numerosità degli indicatori

Dal punto di vista complessivo (Tabella 15.3), le aree di responsabilità alle quali sono assegnati il numero maggiore di indicatori sono quelle chirurgica (14,4 indicatori) e dei distretti (14,3). Un numero decisamente inferiore di indicatori viene invece utilizzato per l'U.O. di radiologia/diagnostica per immagini e ancora più basso per l'U.O. personale. Anche in questo ambito, il livello di eterogeneità tra le differenti aziende è elevatissimo e delinea un range che va dai 44 indicatori utilizzati per il budget di un distretto a 1 solo indicatore utilizzato per un budget del CdR Radiologia o del CdR Personale.

La differenza in termini di numerosità tra le diverse aree potrebbe rileggersi in base a:

- ▶ la complessità delle attività in esse presenti (questo giustificerebbe il maggior numero di indicatori sulla chirurgia in cui si svolgono attività di ricovero, chirurgiche, di day surgery e di day hospital, rispetto alla radiologia che svolge normalmente solo attività ambulatoriale per interni ed esterni);
- ▶ la dimensione e il livello dell'articolazione organizzativa (questo spiegherebbe l'alto numero di indicatori in capo al Distretto, a fronte del fatto che spesso rappresenta un CdR di II livello rispetto agli altri tre);
- ▶ la rilevanza strategica dell'attività e comunque l'enfasi da sempre posta dalla aziende sanitarie sul processo di budget nell'area sanitaria rispetto a quella amministrativa (ciò spiegherebbe il ridotto numero di indicatori relativi al CdR personale).

In ogni caso, quello che risulta evidente è la variabilità del numero di indicatori sia tra le diverse aree che all'interno delle stesse, indice del fatto che in sanità è piuttosto difficile giungere ad una standardizzazione del set di indicatori utilizzabili.

Nel momento in cui si analizza la situazione per tipologia di azienda emerge come, per le AO (Tabella 15.4), il numero di indicatori per il CdR di Chirurgia sia

Tabella 15.3 **Il numero di indicatori utilizzati dalle aziende del campione**

| | Area | Indicatori | N. aziende | Media | Max | Min |
|-----------------------------|------------|------------|------------|-------|-----|-----|
| Totale aziende del campione | Chirurgia | 561 | 39 | 14,4 | 36 | 3 |
| | Distretto | 373 | 26 | 14,3 | 44 | 4 |
| | Radiologia | 325 | 39 | 8,3 | 29 | 1 |
| | Personale | 258 | 38 | 6,8 | 31 | 1 |

Tabella 15.4 **Il numero degli indicatori utilizzati dalle AO del campione**

| | Area | Indicatori | N. aziende | Media | Max | Min |
|----|------------|------------|------------|-------|-----|-----|
| AO | Chirurgia | 311 | 18 | 17,3 | 36 | 7 |
| | Radiologia | 164 | 18 | 9,1 | 18 | 1 |
| | Personale | 90 | 16 | 5,6 | 12 | 1 |

Tabella 15.5 **Il numero degli indicatori utilizzati dalle ASL del campione**

| | Area | Indicatori | N. aziende | Media | Max | Min |
|-----|------------|------------|------------|-------|-----|-----|
| ASL | Chirurgia | 250 | 21 | 11,9 | 32 | 3 |
| | Distretto | 373 | 26 | 14,3 | 44 | 4 |
| | Radiologia | 161 | 21 | 7,7 | 29 | 2 |
| | Personale | 168 | 22 | 7,6 | 31 | 3 |

di gran lunga più elevato (in media 17,3) di quello rispettivamente di Radiologia / Diagnostica per Immagini (9,1) e U.O. Personale.

Al contrario, nelle ASL (Tabella 15.5), alla Chirurgia è assegnato un numero decisamente inferiore di indicatori (in media 11,9), privilegiando, al contrario il Distretto (14,4 indicatori), con un numero di indicatori quasi doppio rispetto alle U.O. radiologica (7,7) e di gestione del personale (7,6).

Anche in questo caso permangono forti differenziazioni nelle politiche adottate dalle differenti aziende.

Natura e tipologia degli indicatori

Dopo aver rilevato il numero di indicatori utilizzati per le quattro aree di responsabilità indicate, per consentire la confrontabilità delle risposte, è stato chiesto alle aziende di classificare, per ciascun CdR, gli indicatori su 5 macro-aree di risultato, a loro volta strutturate in differenti classi di indicatori, vale a dire:

- a. Area dell'efficienza gestionale
- ◀ Indicatori di produttività e valorizzazione della produzione;
 - ◀ Indicatori di governo dei costi fissi (es. tasso occupazione P.L., indice di rotazione) e variabili (es. spesa farmaceutica);
 - ◀ Indicatori di rapporto costi-produzione (es. costo medio per punto DRG);
 - ◀ Indicatori di rapporto proventi-costi (es. margine di U.O.);
- b. Area della qualità/appropriatezza
- ◀ Indicatori di riorientamento del mix di produzione (es. numero dei ricoveri chirurgici su totale ricoveri);
 - ◀ Indicatori relativi alla costruzione/gestione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;
 - ◀ Indicatori di eccellenza dei processi (es. attrattività);
 - ◀ Indicatori di gestione del rischio;
- c. Area del governo della domanda
- ◀ Indicatori relativi ai tempi di attesa;
 - ◀ Indicatori relativi ai tassi di fuga;
 - ◀ Indicatori relativi alla capacità di rispondere alle aspettative degli utenti;
- d. Area del miglioramento organizzativo
- ◀ Indicatori relativi ad azioni di riorganizzazione (es. % referti firmati digitalmente, tempi chiusura cartelle cliniche);
 - ◀ Indicatori di clima organizzativo;
 - ◀ Indicatori relativi allo sviluppo di know-how nel personale;
- e. Altre aree di risultato (ad esempio, adempimenti obblighi informativi).

Analizzando le risposte relative al CdR Chirurgia (Tabella 15.6) emerge come l'area di risultato prevalentemente presidiata sia in generale quella relativa all'efficienza gestionale, che da sola raggruppa il 35,5% degli indicatori utilizzati, anche se con delle differenziazioni tra ASL e AO, dal momento che nelle prime, vengono presidiate, con intensità simile, l'area relativa alla qualità e appropriatezza (35,6) e quella dell'efficienza gestionale (35,2).

Complessivamente le due aree rappresentano il 69,2% degli indicatori utilizzati (67,8% nelle AO e 70,8% nelle ASL) e sono seguite, per numerosità, dagli indicatori dell'area del miglioramento organizzativo (in media 19,3%; AO 22,5%; ASL 15,5%) e da quella del governo della domanda (in media 10,3%, AO 8,4% e ASL 12,8%).

La prevalente focalizzazione su indicatori di produttività e di appropriatezza gestionale fa pensare che nei reparti ospedalieri, caratterizzati normalmente da un alto grado di competenze professionali, si tenda a privilegiare processi di indi-

Tabella 15.6 **Obiettivi e indicatori per il Centro di responsabilità di Chirurgia (ASL e AO)**

| Obiettivo | Tipologia di indicatori | AO | ASL | Totale |
|--|--|-------|-------|--------|
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | 14,8% | 16,4% | 15,5% |
| | governo dei costi fissi e variabili | 8,0% | 7,2% | 7,7% |
| | rapporto costi-produzione | 11,9% | 10,4% | 11,2% |
| | rapporto proventi-costi | 1,0% | 1,2% | 1,1% |
| Qualità/ appropriatezza | riorientamento mix produzione | 13,5% | 16,4% | 14,8% |
| | percorsi diagnostico terapeutici | 7,4% | 8,8% | 8,0% |
| | eccellenza dei processi | 4,8% | 2,4% | 3,7% |
| | gestione del rischio | 6,4% | 8,0% | 7,1% |
| Governo della domanda | liste attese | 4,2% | 8,0% | 5,9% |
| | tassi di fuga | 0,3% | 2,0% | 1,1% |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | 3,9% | 2,8% | 3,4% |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | 18,3% | 11,2% | 15,2% |
| | clima organizzativo | 1,0% | 1,6% | 1,2% |
| | sviluppo know how nel personale | 3,2% | 2,4% | 2,9% |
| Altro (es. adempimenti obblighi informativi) | | 1,3% | 1,3% | 1,2% |

viduazione degli indicatori tesi alla ricerca di un qualche equilibrio tra il punto di vista del singolo professionista (fortemente orientato ai problemi di governo clinico e di qualità delle prestazioni) e quello della direzione generale (fortemente orientato verso risultati di produttività ed efficienza).

Dall'analisi relativa agli indicatori utilizzati per ciascuna area di risultato, emerge come l'attenzione delle aziende sia, di fatto, prevalentemente dedicata al governo della produttività in termini di volumi/valorizzazione (15,5%) e orientamento del mix (14,8%). Inoltre assumono elevata rilevanza gli indicatori relativi al perseguimento di azioni di riorganizzazione interna (oltre il 15%) e gli indicatori di governo dei costi, sia in assoluto, sia in relazione o meno a livelli di attività o di fatturato (valore complessivo pari al 20%).

Decisamente poco utilizzati sono, al contrario, gli indicatori relativi al governo dei tempi di attesa o di gestione del clima organizzativo, mentre assumono una discreta rilevanza quelli relativi alla predisposizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (8%) e di contenimento del rischio clinico (7,1%).

Parzialmente differente si presenta la situazione relativa alle aree di risultato e agli indicatori utilizzati per gli obiettivi assegnati al Distretto (Tabella 15.7).

Tabella 15.7 **Obiettivi e indicatori per il Centro di Responsabilità Distretto (solo ASL)**

| Obiettivo | Tipologia di indicatori | % |
|--|--|-------|
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | 29,8% |
| | governo dei costi fissi e variabili | 12,6% |
| | rapporto costi-produzione | 2,4% |
| | rapporto proventi-costi | 0,5% |
| Qualità/ appropriatezza | riorientamento mix produzione | 3,2% |
| | percorsi diagnostico terapeutici | 8,3% |
| | eccellenza dei processi | 3,2% |
| | gestione del rischio | 1,1% |
| Governo della domanda | liste attesa | 11,8% |
| | tassi di fuga | 0,5% |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | 8,0% |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | 11,0% |
| | clima organizzativo | 1,6% |
| | sviluppo know how nel personale | 4,3% |
| Altro (es. adempimenti obblighi informativi) | | 1,6% |

In questo caso, l'area dell'efficienza gestionale raggruppa oltre il 45% degli indicatori (con un'elevatissima prevalenza di quelli relativi alla produttività e alla sua valorizzazione) ed è seguita dall'area di governo della domanda (20,4% degli indicatori e forte di quelli relativi al contenimento delle liste di attesa), dall'area del miglioramento organizzativo (18,5%) e, infine, da quella relativa alla qualità e appropriatezza.

Anche in questo caso, la maggiore rilevanza dell'area governo della domanda, rispetto a quella della qualità e appropriatezza, si rileva del tutto coerente con la natura del ruolo che dovrebbe tipicamente assolvere il distretto.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, emerge come tra le aree meno presidiate ci sia quella relativa al governo dei tassi di fuga, che, in molte realtà regionali (eccetto quelle con modello «a centralità regionale») si configura come una delle aree rispetto alle quali le ASL sono maggiormente responsabilizzate.

Dall'analisi dei questionari relativi al CdR di Radiologia/Diagnostica per immagini (Tabella 15.8), si evidenzia, ancora una volta, l'elevata importanza attribuita al perseguimento di obiettivi di efficienza gestionale (in media

36,9%; AO 37,8% e ASL 36%). In questo caso, però, a differenza della Chirurgia la seconda area per importanza è quella relativa al miglioramento organizzativo gestionale (in media 24,9%), che fa però registrare una differenza notevole tra AO (31,1%) e ASL (18,6%). Per le AO, dunque, nel caso dei servizi diagnostici, in cui i processi produttivi sono per loro natura maggiormente standardizzati rispetto alle chirurgie, sembra emergere una maggiore attenzione sullo sviluppo di capacità di organizzazione del servizio, che forse indirettamente potrebbero rappresentare delle *proxy* rispetto alle tanto odiate, dai medici, liste di attesa.

Con riferimento specifico alle ASL, invece, gli obiettivi organizzativi sono gli ultimi per importanza e sono preceduti, oltre che da quelli di efficienza gestionale anche da quelli di qualità e appropriatezza (23%) e governo della domanda (20,5%). Al contrario, nelle AO, questi ultimi rappresentano solo l'11% degli indicatori utilizzati.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, le aziende sembrano differenziarsi in maniera ancora più significativa e laddove nelle AO gli indicatori relativi ad azioni di riorganizzazione rappresentano oltre un quarto della totalità delle mi-

Tabella 15.8 **Obiettivi e indicatori del Centro di responsabilità Radiologia/Diagnostica per immagini (ASL e AO)**

| Obiettivo | Tipologia di indicatori | AO | ASL | Totale |
|--|--|-------|-------|--------|
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | 18,3% | 18,6% | 18,5% |
| | governo dei costi fissi e variabili | 11,0% | 9,3% | 10,2% |
| | rapporto costi-produzione | 6,1% | 6,2% | 6,2% |
| | rapporto proventi-costi | 2,4% | 1,9% | 2,2% |
| Qualità/ appropriatezza | riorientamento mix produzione | 1,8% | 6,8% | 4,3% |
| | percorsi diagnostico terapeutici | 4,3% | 9,3% | 6,8% |
| | eccellenza dei processi | 3,7% | 3,1% | 3,4% |
| | gestione del rischio | 9,8% | 3,7% | 6,8% |
| Governo della domanda | liste attesa | 7,3% | 18,0% | 12,6% |
| | tassi di fuga | 0,0% | 1,9% | 0,9% |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | 3,7% | 0,6% | 2,2% |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | 27,4% | 14,3% | 20,9% |
| | clima organizzativo | 1,2% | 1,9% | 1,5% |
| | sviluppo know how nel personale | 2,4% | 2,5% | 2,5% |
| Altro (es. adempimenti obblighi informativi) | | 0,6% | 1,9% | 1,2% |

surazioni effettuate, nelle ASL a prevalere sono gli indicatori relativi alla produttività e alla sua valorizzazione (18,6%) e, in misura quasi equivalente, quelli relativi ad una corretta gestione dei tempi di attesa (18%) che, al contrario, sembrano essere presidiati solo in misura minima nelle AO (7,3%).

Fortemente differenziate risultano, infine, le scelte relative al peso da dare ad indicatori di riorientamento del mix di produzione (1,8% nelle AO vs 6,8% nelle ASL), utilizzo di PDTA (4,3% nelle AO vs 9,3% nelle ASL) e gestione del rischio clinico (9,8% nelle AO vs 3,7% nelle ASL).

Se si analizza, infine, il set di indicatori definiti per il CdR Personale (Tabella 15.9), che è caratterizzato, come detto sopra, dal minor numero di oggetti di responsabilizzazione, emerge come l'area più presidiata sia quella relativa al miglioramento organizzativo che, complessivamente, raccoglie il 39,5% degli indicatori utilizzati, con una forte eterogeneità tra le diverse tipologie di aziende (48,9% nelle AO vs 34,6% nelle ASL). A quest'area segue, per importanza, quella relativa all'efficienza gestionale, con un peso pari, complessivamente al 37,6% (26,7% nelle AO vs 43,4% nelle ASL). In sintesi, la somma di queste macrocate-

Tabella 15.9 **Obiettivi e indicatori del Centro di responsabilità Gestione del Personale (ASL e AO)**

| Obiettivo | Tipologia di indicatori | AO | ASL | Totale |
|--|--|-------|-------|--------|
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | 2,2% | 20,2% | 14,0% |
| | governo dei costi fissi e variabili | 18,9% | 22,0% | 20,9% |
| | rapporto costi-produzione | 2,2% | 0,6% | 1,2% |
| | rapporto proventi-costi | 3,3% | 0,6% | 1,6% |
| Qualità/ appropriatezza | riorientamento mix produzione | 0,0% | 1,2% | 0,8% |
| | percorsi diagnostico terapeutici | 1,1% | 0,0% | 0,4% |
| | eccellenza dei processi | 1,1% | 0,6% | 0,8% |
| | gestione del rischio | 4,4% | 0,0% | 1,6% |
| Governo della domanda | liste attesa | 1,1% | 0,0% | 0,4% |
| | tassi di fuga | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | 3,3% | 1,2% | 1,9% |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | 40,0% | 25,6% | 30,6% |
| | clima organizzativo | 3,3% | 3,0% | 3,1% |
| | sviluppo know how nel personale | 5,6% | 6,0% | 5,8% |
| Altro (es. adempimenti obblighi informativi) | | 13,3% | 19,0% | 17,1% |

gorie di obiettivi rappresenta il 78% degli indicatori utilizzati nelle ASL e il 75,5% di quelli utilizzati nelle AO.

La quasi totale assenza di indicatori riferibili alle aree del governo della domanda e della qualità appropriatezza fa pensare, oltre che alla difficoltà di valutare qualitativamente e quantitativamente le attività svolte dai servizi amministrativi, ad una mancanza di propensione da parte degli stessi ad intendere il proprio ruolo come di supporto alle U.O. sanitarie, che dovrebbero essere considerate, secondo Mintzberg (1983) clienti interni e quindi rappresentare la loro potenziale domanda.

Entrando nel dettaglio delle specifiche misurazioni emerge come, nelle AO quasi due terzi di indicatori siano riconducibili alle azioni di riorganizzazione (40%) e di governo dei costi fissi e variabili (18,9%). Il quadro si presenta differente nelle ASL dove gli indicatori relativi alle azioni di riorganizzazione rappresentano il 25,6%, quelli per il contenimento dei costi il 22% e gli indicatori di produttività il 20,2%.

In sintesi, emerge un quadro piuttosto complesso caratterizzato da:

- ▶ Elevata variabilità nel numero di indicatori utilizzati nelle diverse unità organizzative analizzate;
- ▶ Forte differenziazione tra le due tipologie di aziende alle quali è stato sottoposto il questionario (ASL e AO);
- ▶ Sensibile disomogeneità nella tipologia di aree di risultato oggetto di maggiore misurazione tra le diverse UU.OO. e, nell'ambito dello stesso CdR, tra ASL e AO;
- ▶ Differenti politiche aziendali, nell'ambito della stessa area di risultato, tra le diverse tipologie di indicatori utilizzati.

Nonostante gli elevati livelli di diversificazione, appare chiara l'estrema importanza attribuita alle misure espressione di efficienza gestionale e, nello specifico, della produttività di U.O., così come risulta evidente come si affidi ai sistemi di programmazione e controllo la funzione di presidiare le dinamiche di cambiamento organizzativo più strutturali e formalizzate, ma non delle componenti *soft* che alle stesse sono associate e che si traducono in obiettivi di clima organizzativo e di sviluppo del *know how* del personale.

Allo stesso tempo, due dimensioni alle quali il recente dibattito assegna grande rilevanza, ovvero il raggiungimento di livelli di eccellenza nelle prestazioni e il governo della mobilità passiva (che viene spesso interpretata come *proxy* della percezione del livello qualitativo dell'offerta sanitaria), risultano costantemente trascurate e solo in pochissimi casi indagate dagli strumenti di P&C utilizzati dalle aziende sanitarie.

15.4.3 I fabbisogni informativi

L'ultima area indagata dal questionario fa riferimento alla ricostruzione dei fabbisogni informativi che influenzano le scelte in termini di indicatori da utilizzare. Per semplificare la presentazione grafica dei risultati, a ciascuno dei fabbisogni informativi ipotizzati (§ 15.3) è stata assegnata una lettera, come indicato nella Tabella 15.10.

Di seguito verranno presentati i dati in relazione alle 4 unità organizzative oggetto di indagine, distinguendo, per ciascuna di esse, tra i diversi obiettivi e le relative classi di indicatori proposte.

Con riferimento al CdR di Chirurgia (Tabella 15.11) è possibile identificare chiaramente l'influenza di fabbisogni informativi esterni nella scelta degli indicatori di valutazione delle performance da utilizzare.

Si evidenzia, infatti, come tutte le differenti tipologie di indicatori derivino, in molte realtà, dalla necessità di soddisfare delle aree di risultato che pertengono a logiche esterne, in primis collegate alla misurazione della performance d'azienda o del Direttore Generale effettuate dalla regione di riferimento.

Questo è particolarmente evidente negli indicatori relativi al margine di contribuzione (rapporto proventi-costi) che, almeno nelle AO, è influenzato da tale fabbisogno nei due terzi delle realtà che li utilizzano. Anche le misurazioni relative alle liste d'attesa rispondono prevalentemente alle esigenze legate al perseguimento degli obiettivi del DG o dell'azienda nel suo complesso nel 65% delle ASL e nel 46,2% delle AO. Un po' più limitato il peso assunto da altre necessità informative esterne, ad eccezione di alcuni casi, ad esempio quello relativo al governo dei costi fissi e variabili che, in oltre un terzo dei casi, è influenzato dalla categoria residuale «altro» che, in maniera pressoché sistematica, fa riferimento alle azioni definite dai piani di rientro, al cui rispetto sono tenute le regioni che hanno fatto registrare livelli elevati di disavanzo sanitario.

Tabella 15.10 **Corrispondenza tra fabbisogno informativo e lettera alfabetica**

| Fabbisogno esterno | Lettera |
|--|---------|
| Flussi legati alla valutazione della performance d'azienda o del DG | A |
| Flussi di carattere statistico (legati a flussi ministeriali o altro) | B |
| Linee guida regionali sul budget e/o il controllo di gestione | C |
| Altre linee guida (ad esempio, linee guida sulla qualità, <i>Joint Commission</i> o altro) | D |
| Altro (ad esempio, adempimenti di obblighi informativi straordinari) | E |

462 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 15.11 I fabbisogni informativi del U.O. Chirurgia (ASL e AO)

| Obj | Tipologia di indicatori | Azienda | Fabbisogno interno | Fabbisogno esterno | | | | |
|------------------------------------|--|---------|--------------------|--------------------|-------|-------|--------|-------|
| | | | | A | B | C | D | E |
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | AO | 78,3% | 15,2% | 2,2% | 2,2% | | 2,2% |
| | | ASL | 51,2% | 43,9% | 4,9% | | | |
| | governo dei costi fissi e variabili | AO | 28,0% | 32,0% | | 4,0% | 4,0% | 32,0% |
| | | ASL | 66,7% | 11,1% | | 16,7% | | 5,6% |
| | rapporto costi-produzione | AO | 75,7% | 24,3% | | | | |
| | | ASL | 38,5% | 50,0% | | 11,5% | | |
| | rapporto proventi-costi | AO | 33,3% | 66,7% | | | | |
| | | ASL | 66,7% | 33,3% | | | | |
| Qualità/appropriatezza | riorientamento mix produzione | AO | 52,4% | 16,7% | | | 14,3% | 16,7% |
| | | ASL | 41,5% | 41,5% | 7,3% | 7,3% | 2,4% | |
| | percorsi diagnostico terapeutici | AO | 26,1% | 21,7% | 13,0% | 8,7% | 17,4% | 13,0% |
| | | ASL | 40,9% | 40,9% | | 4,5% | 13,6% | |
| | eccellenza dei processi | AO | 60,0% | 20,0% | | 6,7% | 13,3% | |
| | | ASL | 50,0% | 50,0% | | | | |
| | gestione del rischio | AO | 20,0% | 20,0% | | 25,0% | 35,0% | |
| | | ASL | 40,0% | 10,0% | 5,0% | | 30,0% | 15,0% |
| Governo domanda | liste attese | AO | 7,7% | 46,2% | | 15,4% | 7,7% | 23,1% |
| | | ASL | 20,0% | 65,0% | 5,0% | 10,0% | | |
| | tassi di fuga | AO | | | | | 100,0% | |
| | | ASL | 60,0% | | 40,0% | | | |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | AO | 66,7% | 25,0% | | 8,3% | | |
| | | ASL | 57,1% | 28,6% | 14,3% | | | |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | AO | 36,8% | 14,0% | 10,5% | 1,8% | 14,0% | 22,8% |
| | | ASL | 57,1% | 17,9% | 17,9% | 3,6% | 3,6% | |
| | clima organizzativo | AO | 100,0% | | | | | |
| | | ASL | 75,0% | 25,0% | | | | |
| | sviluppo know how nel personale | AO | 50,0% | 20,0% | | | 30,0% | |
| | | ASL | 66,7% | 33,3% | | | | |
| Altro | AO | | 75,0% | 25,0% | | | | |
| | ASL | | 33,3% | | 33,3% | | 33,3% | |

Molto forti sono, anche in quest'ambito, le eterogeneità tra le varie classi di aziende:

- ▶ Rispetto agli indicatori di efficienza gestionale emergono sistematicamente scelte differenti tra ASL e AO. Ad esempio, gli indicatori di produttività sono frutto di una scelta interna in quasi l'80% delle AO, ma di poco più del 50% nelle ASL (che invece sono influenzate da fabbisogno di valutazione della performance aziendale o del DG nel 43,9% dei casi). Una situazione analoga si presenta anche nel caso degli indicatori relativi al rapporto costi- produzione. Al contrario, rispetto al governo dei costi fissi e variabili, le AO sono, di fatto, influenzate nel 64% dei casi o da necessità informative di tipo A o dai già citati piani di rientro, mentre la situazione è opposta nelle ASL. Sintomatico anche il dato relativo agli indicatori di margine, dove la situazione di ASL e AO è perfettamente speculare.
- ▶ Rispetto agli indicatori di qualità e appropriatezza, si presenta minore variabilità per tipologia di azienda, ad eccezione degli indicatori relativi alla gestione del rischio (e, in parte, anche dei PDTA), rispetto ai quali, comunque, appare uniforme il peso delle linee guida regionali sulla qualità.
- ▶ In relazione agli indicatori di governo della domanda, si registra una forte dispersione tra i differenti fabbisogni informativi e l'influenza, ancora una volta e ancora per le AO, delle misure contenute nei piani di rientro (E).
- ▶ In relazione all'area del miglioramento organizzativo, è opportuno evidenziare come in quasi un quarto delle AO derivino dalle misure di razionalizzazione previste dalle misure di copertura dei disavanzi (E).

Se si analizza il quadro relativo alle scelte sugli indicatori da utilizzare per il CdR del Distretto (Tabella 15.12), l'impatto di fabbisogni informativi esterni risulta, di fatto, più limitato e spesso, per la stessa misura, disperso su una pluralità di aree differenti.

In ogni area di obiettivi analizzata, la maggior parte degli indicatori deriva prevalentemente da fabbisogni informativi interni, ad eccezione di quella relativa al governo della domanda (che peraltro assume grande rilevanza nel complesso delle attività assegnate ai distretti e alle ASL), i cui indicatori al massimo nel 50% dei casi sono definiti attraverso una scelta autonoma e interna all'azienda.

Passando all'analisi dei CdR di Radiologia / Diagnostica per immagini (Tabella 15.13), appare evidente un approccio radicalmente differente rispetto alle due UU.OO. fin qui analizzate.

Emerge in maniera chiara come le aziende si facciano, di fatto, guidare solo da fabbisogni esterni nel momento in cui si vanno a definire degli indicatori per questa area. L'influenza è particolarmente accentuata nel caso di linee guida sulla qualità e l'accreditamento, ma risulta altrettanto forte anche con riferimento alle indicazioni regionali sulla gestione dei flussi informativi di contabilità analitica. In quest'ultimo caso appare evidente il ruolo di centro di produzione prevalentemente intermedio assegnato a questo tipo di CdR. Inoltre, forse perché meno

Tabella 15.12 **I fabbisogni informativi dell'U.O. Distretto (solo ASL)**

| Obj | Tipologia di indicatori | Fabbisogno interno | Fabbisogno esterno | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | | A | B | C | D | E |
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | 64,9% | 15,3% | 0,9% | 2,7% | 12,6% | 3,6% |
| | governo dei costi fissi e variabili | 44,7% | 36,2% | | 14,9% | | 4,3% |
| | rapporto costi-produzione | 88,9% | 11,1% | | | | |
| | Rapporto proventi-costi | 100,0% | | | | | |
| Qualità/ appropriatezza | riorientamento mix produzione | 66,7% | 33,3% | | | | |
| | Percorsi diagnostico terapeutici | 51,6% | 41,9% | 3,2% | | | 3,2% |
| | eccellenza dei processi | 75,0% | 16,7% | | | 8,3% | |
| | gestione del rischio | | | 25,0% | | 25,0% | 50,0% |
| Governo domanda | liste attese | 43,2% | 38,6% | 6,8% | 9,1% | | 2,3% |
| | tassi di fuga | 50,0% | | | 50,0% | | |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | 50,0% | 33,3% | 3,3% | 6,7% | | 6,7% |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | 56,1% | 19,5% | 7,3% | 4,9% | 4,9% | 7,3% |
| | clima organizzativo | 100,0% | | | | | |
| | sviluppo know how nel personale | 37,5% | 62,5% | | | | |
| Altro | 16,7% | 33,3% | | 16,7% | | 33,3% | |

sottoposto a pressioni esterne rispetto al governo della produzione e dei costi correlati, nonché in virtù del fatto che tende ad interfacciarsi, in misura maggiore rispetto ad altre unità, sia con altre articolazioni organizzative dell'azienda, sia con i pazienti, quest'area viene individuata come campo privilegiato di studio per la definizione delle politiche regionali di sviluppo della qualità e dell'eccellenza.

In quest'area, a differenza di quella chirurgica, non si registrano sostanziali differenze nelle scelte effettuate da ASL e AO, se non in relazione all'attivazione di azioni di riorganizzazione nell'ambito degli obiettivi di miglioramento organizzativo, che nelle ASL sono frutto delle previsioni contenute nelle linee guida regionali su qualità, accreditamento istituzionale e accreditamento all'eccellenza, mentre per le AO derivano da una pluralità di fabbisogni informativi.

L'approccio si rovescia completamente nel caso degli indicatori utilizzati per il CdR di Gestione del Personale (Tabella 15.14), dove le scelte prevalenti sono interne o legate a processi di misurazione della performance d'azienda o di valutazione del Direttore Generale.

Tabella 15.13 **I fabbisogni informativi dell'U.O. Radiologia / Diagnostica per immagini (ASL e AO)**

| Obj | Tipologia di indicatori | Azienda | Fabbisogno interno | | Fabbisogno esterno | | | | |
|------------------------------------|--|---------|--------------------|--------|--------------------|-------|-------|------|--|
| | | | A | B | C | D | E | | |
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | AO | 3,3% | 16,7% | 76,7% | 3,3% | | | |
| | | ASL | | 36,7% | 63,3% | | | | |
| | governo dei costi fissi e variabili | AO | 16,7% | 38,9% | 38,9% | 5,6% | | | |
| | | ASL | | 46,7% | 53,3% | | | | |
| | rapporto costi-produzione | AO | | 20,0% | 70,0% | 10,0% | | | |
| | | ASL | | 20,0% | 60,0% | 20,0% | | | |
| | Rapporto proventi-costi | AO | | 50,0% | 50,0% | | | | |
| | | ASL | | | 100,0% | | | | |
| Qualità/ appropriatezza | riorientamento mix produzione | AO | | 33,3% | 66,7% | | | | |
| | | ASL | 9,1% | 18,2% | 72,7% | | | | |
| | Percorsi diagnostico terapeutici | AO | 14,3% | 57,1% | 28,6% | | | | |
| | | ASL | | 40,0% | 46,7% | 13,3% | | | |
| | eccellenza dei processi | AO | 33,3% | 16,7% | 50,0% | | | | |
| | | ASL | 20,0% | 20,0% | 60,0% | | | | |
| | gestione del rischio | AO | 31,3% | 43,8% | 18,8% | 6,3% | | | |
| | | ASL | 50,0% | 33,3% | 16,7% | | | | |
| Governo domanda | liste attesa | AO | 16,7% | 41,7% | 33,3% | 8,3% | | | |
| | | ASL | 3,4% | 3,4% | 62,1% | 27,6% | 3,4% | | |
| | tassi di fuga | ASL | | 100,0% | | | | | |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | AO | | 100,0% | | | | | |
| | | ASL | | 100,0% | | | | | |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | AO | 15,6% | 6,7% | 4,4% | 20,0% | 51,1% | 2,2% | |
| | | ASL | 4,3% | 17,4% | 78,3% | | | | |
| | clima organizzativo | AO | | 100,0% | | | | | |
| | | ASL | | 100,0% | | | | | |
| | sviluppo know how nel personale | AO | | 50,0% | 50,0% | | | | |
| | | ASL | | 75,0% | 25,0% | | | | |
| | Altro | AO | | 100,0% | | | | | |
| ASL | | | 33,3% | 66,7% | | | | | |

466 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 15.14 **I fabbisogni informativi del CdR Personale (ASL e AO)**

| Obj | Tipologia di indicatori | Azienda | Fabbisogno interno | Fabbisogno esterno | | | | |
|------------------------------------|--|---------|--------------------|--------------------|-------|--------|--------|---|
| | | | | A | B | C | D | E |
| Efficienza gestionale | produttività e valorizzazione della produzione | AO | 100,0% | | | | | |
| | | ASL | 44,1% | 29,4% | 14,7% | | 11,8% | |
| | governo dei costi fissi e variabili | AO | 41,2% | 41,2% | 11,8% | 5,9% | | |
| | | ASL | 24,3% | 62,2% | 13,5% | | | |
| | rapporto costi-produzione | AO | | 100,0% | | | | |
| | | ASL | | 100,0% | | | | |
| | Rapporto proventi-costi | AO | 33,3% | 66,7% | | | | |
| | | ASL | | 100,0% | | | | |
| Qualità/appropriatezza | riorientamento mix produzione | ASL | | | | | 100,0% | |
| | Percorsi diagnostico terapeutici | AO | 100,0% | | | | | |
| | eccellenza dei processi | AO | | 100,0% | | | | |
| | | ASL | | 100,0% | | | | |
| | gestione del rischio | AO | | | | 100,0% | | |
| Governo domanda | liste attese | AO | 100,0% | | | | | |
| | capacità di rispondere alle aspettative degli utenti | AO | 33,3% | 33,3% | 33,3% | | | |
| | | ASL | 50,0% | | | | 50,0% | |
| Miglioramento organizzativo | azioni di riorganizzazione | AO | 30,6% | 38,9% | 22,2% | | 8,3% | |
| | | ASL | 62,8% | 25,6% | 9,3% | | 2,3% | |
| | clima organizzativo | AO | 100,0% | | | | | |
| | | ASL | 60,0% | 20,0% | | | 20,0% | |
| | sviluppo know how nel personale | AO | 60,0% | 20,0% | | 20,0% | | |
| | | ASL | 40,0% | 20,0% | | 30,0% | 10,0% | |
| Altro | | AO | 50,0% | 41,7% | | | 8,3% | |
| | | ASL | 31,3% | 43,8% | 3,1% | | 21,9% | |

Significativi risultano, in questo caso, nell'ambito dell'area di efficienza gestionale, gli indicatori relativi al governo dei costi fissi e variabili, che derivano, seppur con qualche differenziazione tra ASL e AO, prevalentemente da fabbisogni informativi esterni all'azienda.

Al contrario, bisogna rilevare la peculiarità degli indicatori di rapporto tra proventi e costi della produzione (e di quelli relativi alle azioni di riorganizzazione)

che, nel caso delle AO, deriva da scelte collegate a processi di misurazione della performance aziendale o di risultato del direttore generale.

In sintesi, emerge un quadro piuttosto complesso caratterizzato da:

- ▶ Elevata variabilità nelle tipologie di fabbisogno informativo soddisfatto;
- ▶ Forte differenziazione tra le due tipologie di aziende alle quali è stato sottoposto il questionario (ASL e AO);
- ▶ Sensibile disomogeneità nel fabbisogno soddisfatto tra i differenti CdR;
- ▶ Differenti politiche aziendali, nell'ambito della stessa area di risultato, tra le diverse tipologie di indicatori utilizzati per soddisfare differenti fabbisogni informativi.

Nonostante gli elevati livelli di diversificazione, appare chiara l'estrema importanza attribuita agli indicatori costruiti per responsabilizzare su obiettivi che riguardano la performance aziendale o la valutazione dei direttori generali.

Allo stesso tempo, è possibile apprezzare il peso generalizzato in tutte le aziende indagate delle politiche regionali, nonché, in alcuni casi specifici, dei vincoli posti dai meccanismi della finanza pubblica e, nello specifico, dei piani di rientro dal disavanzo sanitario.

15.5 Conclusioni

Negli ultimi anni i sistemi di misurazione delle performance hanno rivestito, nelle aziende sanitarie, un ruolo fondamentale.

La maggior parte delle aziende si sono infatti confrontate con la sfida posta dalla misurazione delle prestazioni erogate e delle risorse assorbite non solo a livello complessivo, ma a livello di singola articolazione organizzativa, costruendo sistemi coordinati di programmazione e controllo dei risultati effettivamente raggiunti.

L'introduzione di tali sistemi ha posto il problema della misurazione come elemento centrale per la gestione e il governo delle aziende e ha consentito lo sviluppo di processi di delega e di decentramento decisionale. La possibilità di responsabilizzare su di un sistema combinato di risorse e risultati, ha, infatti, reso possibile l'attribuzione di spazi significativi di autonomia, facendo venire meno la necessità di una rigida sovraordinazione gerarchica a fini di controllo (Del Vecchio 2003).

Il concetto di performance ha però assunto nel tempo connotazioni distinte, passando da un approccio tipicamente tradizionale che privilegia gli aspetti economico-finanziari ad approcci maggiormente innovativi che rileggono i risultati in ottica multidimensionale.

Nonostante, anzi, forse proprio a fronte di, questo processo di evoluzione,

l'ambiguità del concetto di performance nell'azienda sanitaria pubblica rimane molto alta. Come si misura, ad esempio, l'efficacia di un intervento chirurgico o della gestione del personale è un problema che difficilmente può trovare risposte oggettive e univoche.

La questione non è, comunque, eminentemente tecnica, e non può quindi essere risolta attraverso la continua ricerca di indicatori perfettibili, ma risulta profondamente legata alle caratteristiche stesse dell'attività sanitaria.

Personalizzazione delle prestazioni, autonomia professionale, non standardizzabilità dei processi, assenza di un meccanismo di scambio sono tutte caratteristiche che rendono soggettiva l'individuazione di adeguati indicatori di performance.

La misurazione è molto più di un insieme di caratteristiche tecniche, in quanto presuppone un modo di governare e di gestire. Certamente l'uso di indicatori di performance esprime una tendenza crescente della società a verificare e valutare l'attività sanitaria. Questo determina da parte delle organizzazioni la necessità di legittimarsi e di dimostrare i risultati del proprio operato attraverso l'applicazione di strumenti di valutazione e attuando controlli crescenti.

E allora la rilevante differenziazione riscontrata nelle scelte adottate in termini di indicatori da utilizzare nei sistemi di programmazione e controllo, differenziazione che si riscontra non solo in tipologie di aziende differenti, ma anche tra unità operative differenti, se pur a fronte di processi di budget ormai consolidati e maturi, non poteva che essere una naturale conseguenza.

Ma la differenziazione degli indicatori utilizzati, oltre ad essere giustificata da una sostanziale soggettività del concetto stesso di performance a fronte di una volontà manifestata dalle stesse aziende di controllare e valutare le complesse attività sanitarie, è giustamente in linea con le specificità di ogni singola azienda, specificità tali che richiedono dimensioni di analisi e valutazione dissimili.

In quest'ottica, il concetto di performance si arricchisce, ma complica ulteriormente il processo di misurazione, potendosi sviluppare solo attraverso indicatori di volta in volta diversi, perché definiti in funzione degli obiettivi perseguiti che possono variare nel tempo, di specie eterogenea e talvolta perfino in contraddizione.

Come l'evidenza ha mostrato, non ha senso teorizzare un approccio universale alla misurazione delle performance, perché lo stesso si sviluppa in maniera differente a seconda delle specificità di ogni singola azienda e delle scelte del management stesso, dando priorità differenziate alle diverse aree oggetto di misurazione, in linea con le criticità specifiche di ogni singola unità organizzativa.

Tutto ciò richiama ancora una volta il concetto che la misurazione non è fine a sé stessa, non è, come dicono Mason e Swanson (1979), di per sé valida perché scientificamente provata, ma è efficace solo se capace di orientare i comportamenti nella direzione voluta.

In tal senso, i diversi indicatori che vengono utilizzati, seppur numerosi, non possono che dare una rappresentazione parziale e approssimativa dei fenomeni oggetto di analisi.

E allora perché spingersi a tale livello di numerosità degli indicatori, come riscontrato in molte delle aziende sanitarie analizzate?

Il rischio è quello di confondere i sistemi di responsabilizzazione con quelli informativi: detto in altri termini, un conto sono le informazioni di cui i professionisti o i soggetti esterni all'organizzazione necessitano per governare e gestire la propria realtà, un altro sono i sistemi di misura che devono essere oggetto di negoziazione e che devono quindi spostare l'attenzione del medico su obiettivi chiave in grado di orientare i suoi comportamenti.

È, infatti, erroneo pensare che più sono gli indicatori e più i *professional* li seguiranno, soprattutto quando alcuni di essi presentano evidenti contraddizioni (aumentare la qualità, ridurre i costi, aumentare il peso medio dei DRG, ridurre le liste di attesa).

E allora attraverso quali criteri le aziende sanitarie potrebbero selezionare un adeguato numero di indicatori di performance?

Selettività o non ridondanza, rappresentano gli elementi fondamentali per fare una diagnosi al proprio set di indicatori che, per essere efficace e orientare concretamente i comportamenti, dovrebbe essere completo in maniera efficiente, cioè riducendo al minimo la numerosità degli indicatori, selezionando dalla «lista della spesa» i più significativi, ossia i più vicini, in termini di catene causali, al risultato che interessa registrare, avendo come punto di riferimento gli obiettivi che si intendono perseguire o i comportamenti che si vogliono stimolare.

Logica che non sempre risulta trasparentemente applicata da alcune delle aziende sanitarie oggetto di indagine, dove invece lo spettro di dimensioni prese in considerazione rischia di appesantire il set di indicatori, mandando in *overload* il sistema di responsabilizzazione senza riuscire ad ottenere i risultati attesi.

Se da un lato, infatti, l'approccio multidimensionale ha il vantaggio di avvicinare il sistema di misurazione delle performance a concetti più vicini ai *professional* (rischio clinico, qualità e appropriatezza, percorsi diagnostico terapeutici), dall'altro rischia, ancora una volta, di fare rientrare nei sistemi di programmazione e controllo ambiti di valutazione che non gli sono propri.

Fortunatamente la ricerca dimostra che ben poche aziende inseriscono, nel set di indicatori, misure tese a valutare il clima organizzativo o altri aspetti tipicamente legati alla capacità di gestire e motivare il personale.

Differente, infatti, deve essere il ruolo assegnato ai sistemi di misurazione delle performance a fini di budget rispetto al più complessivo sistema di valutazione dei dirigenti, che considera un raggio più ampio di dimensioni, comprendendo sia dinamiche legate al raggiungimento di obiettivi di budget che dinamiche più soft, legate ai comportamenti organizzativi che sono tipicamente soggettivi, ossia legati all'individualità della singola persona valutata.

Da ultimo, la ricerca ha evidenziato che la scelta degli indicatori utilizzati per misurare le performance delle singole unità organizzative spesso deriva da adempimenti dell'azienda verso soggetti terzi, in primis la Regione. Ciò rischia di ap-

pesantire il processo di programmazione e controllo, spostandolo verso il perseguimento di finalità che solo in parte coincidono con le strategie dell'azienda e che, essendo influenzate da dinamiche esterne alla stessa, rischiano di non riuscire a generare comportamenti efficaci³.

Se i destinatari dei sistemi di misurazione delle performance sono coloro i quali hanno la responsabilità di conduzione di determinate articolazioni organizzative all'interno dell'azienda, a questi devono essere fornite informazioni e stimoli per modificare i propri comportamenti nella direzione voluta dall'azienda.

Se il sistema degli indicatori viene, invece, costruito facendo riferimento a modelli generalmente riconosciuti e spesso maggiormente coerenti con le informazioni richieste alla Regione, il risultato è spesso quello di un sistema di indicatori insoddisfacenti e non coerenti con le effettive esigenze aziendali.

In tal senso, ciascuna azienda dovrebbe elaborare un sistema di indicatori proprio e che, al di là di riconoscimenti esterni, sia in grado di svolgere efficacemente il suo ruolo all'interno dell'organizzazione, attraverso una funzione di stimolo al miglioramento che vede nella misurazione un'occasione di apprendimento e ripensamento sulle priorità aziendali.

Dall'altra parte, costruire a tutti i costi una coerenza tra condizioni e regole imposte dalla Regione e sistemi di gestione aziendale non costituisce di per sé fonte di valore.

Ciò che invece potrebbe migliorare il sistema di misurazione delle performance adottato è un adeguato coinvolgimento dei *professional* nell'identificazione degli indicatori oggetto di responsabilizzazione, con finalità di facilitare il dialogo tra vertice direzionale e nucleo operativo.

In questo senso possono essere fondamentali sistemi di misurazione multidimensionale delle performance, che tendono ad avvicinare le aspettative della direzione strategica (tipicamente orientata verso risultati economici-finanziari) con quelle dei *professional*, maggiormente interessati agli aspetti clinici.

Avendo analizzato proprietà e caratteristiche estrinseche degli indicatori, è necessario chiedersi in che modo sia possibile continuare nella ricerca. L'attenzione

³ «Le diverse caratteristiche degli indicatori e la loro differente configurazione assumono infatti pieno significato solo in relazione alle specificità del contesto rispetto al quale il sistema di indicatori viene proposto e ai comportamenti che la misurazione è in grado di stimolare. I comportamenti, a loro volta, dipendono, non da astratti principi o generalizzazioni, ma dalle effettive condizioni della aziende e dalle capacità di governare le condotte dei propri collaboratori e indirizzarle nelle direzioni prescelte. In sintesi, i sistemi di indicatori devono essere configurati — e di conseguenza la loro validità può essere giudicata — solo in relazione a ciò che essi si prefiggono di ottenere, allo scopo per cui essi vengono posti in essere e alla loro capacità di perseguire tale scopo. Tale capacità dipende fondamentalmente dalla coerenza tra configurazione prescelta, priorità perseguite e caratteristiche delle aziende di cui si intende guidare il comportamento» (Del Vecchio, 2001).

sulle caratteristiche intrinseche degli stessi indicatori, sui termini di confronto adottati, sull'efficienza dei flussi informativi, rappresentano sicuramente ambiti di indagine interessanti per una possibile continuazione della ricerca. Più in particolare, quali indicatori specificamente siano stati adottati, il loro grado di misurabilità, la loro capacità di esprimere effettivamente una buona misura dell'obiettivo, il significato attribuito ad indicatori differenti, in sintesi, rispetto a che cosa definire un indicatore adeguato o semplicemente accettabile, potranno diventare oggetto di successive analisi.

Dai primi risultati sulle analisi effettuate, a partire dal questionario, sulle caratteristiche intrinseche degli indicatori, emerge una definizione degli stessi molto precisa e puntuale con riferimento all'area di risultato collegata all'efficienza gestionale, ma che tenda a ridursi o a perdersi quasi del tutto sulle aree di qualità e appropriatezza e di miglioramento organizzativo: in questo caso gli indicatori diventano eccessivamente articolati, di difficile lettura e comprensione, spesso difficili da misurare.

Inoltre, in termini di responsabilità sulla produzione e gestione dei dati in grado di misurare gli indicatori, appare evidente che, se sull'efficienza gestionale i flussi informativi per un unico indicatore vengono gestiti da uno o due uffici (in genere l'ufficio controllo di gestione e la direzione sanitaria), per tutti gli altri indicatori intervengono, contemporaneamente, più articolazioni e non necessariamente di *staff*: dall'ufficio qualità a quello tecnico, dal servizio economico finanziario a quello dei sistemi informativi, dalla direzione amministrativa a quella di presidio, dall'ufficio acquisti alle stesse unità organizzative di *line*. In questo quadro i tempi di produzione dei dati rischiano di dilatarsi e gli stessi indicatori risultano di più difficile definizione *ex ante* e di problematica gestione e valutazione *ex post*, con il rischio di ridurre l'efficacia.

Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- Amigoni F. (1995, a cura di), *Misurazioni d'azienda: programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano.
- Anessi Pessina E. (2002) «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, EGEA, Milano.
- Anessi Pessina E., Bergamaschi M. e Zavattaro F., (1994), «L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia Romagna. Prima fase: la contabilità per centri di costo», in *Mecosan* n. 9, Sipis, Roma.
- Anessi Pessina E., Pinelli N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione. Sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo».

- lo», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- Anthony R. N., Young D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Mc Graw Hill, Milano.
- Anton H.R. (1964), «Some aspects of measurement and accounting», in *Journal of Accounting Research*, Vol. 2, Spring, pp. 1-10.
- Arrow K.J. (1963), *Social Choice and Individual Values*, Yale University Press, 2nd ed., New Haven.
- Bailey K.P. (1991), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Baraldi S. (2000) *Le performance manageriali*, MC Graw Hill, Milano
- Baraldi S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Bergamaschi M. (2000), «Il collegamento tra budget e sistema premiante nella aziende sanitarie», in Casati G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Bergamaschi M. (2004), «Logiche e strumenti emergenti di programmazione e controllo», *Economia e Management*, 2004, n. 5.
- Broadbent J., Laughlin, R. and Read, S. (1991), «Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis», in *Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 2 No. 1, pp. 1-29.
- Canadian Comprehensive Accounting Foundation (CCAF) (1987), *Canadian Hospitals: Accountability and Information for Cost Effectiveness – An Agenda for Action*, CCAF, Ottawa
- Carpenter V.L. (1990), «Improving accountability: evaluating the performance of public health agencies», in *Government Accountants Journal*, Vol. XXXIX No. 3, pp. 43-76.
- Casati G, Frosini F. (2002) «La gestione del budget nelle aziende sanitarie: aspetti critici», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, EGEA, Milano.
- Casati G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Casati G. (1996, a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- Cerbioni F. (2000), *Il budget nel sistema di controllo di gestione*, Giappichelli, Torino.
- Chambers R.J. (1965), «Measurement in accounting», in *Journal of Accounting Research*, Vol. 3 No. 1, Spring, pp. 32-62.
- Churchman C. (1971), «On the facility, felicity and morality of measuring social change», in *Accounting Review*, Vol. XLVI No. 1, pp. 30-5.
- Del Vecchio M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, EGEA, Milano.

- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- Donabedian A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, EGEA, Milano.
- Francesconi A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Cedam, Padova.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992), *The balance score card: measures that drive performance*, Harvard Business Review, Jan-Feb, Boston.
- Lecci F., Longo F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, EGEA, Milano.
- Lega F, Vendramini E. (2008), *Budgeting e performance management in the Italian National Health System (INHS)*, Journal of health organization and management, vol. 22, n.1.
- Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità: il caso dell'Azienda Ospedaliera L. Sacco di Milano*, Mc Graw Hill, Milano.
- Luder K.G. (1992), «A contingency model of governmental accounting innovations in the politicaladministrative environment», in *Research in Governmental and Nonprofit Accounting*, Vol. 7, pp. 99-127.
- Maggi D. (2003), *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- Mason R. O., Swanson E. B. (1979), «Measurement for management decision: A perspective», *California Management Review*, 21, 3, 70-81.
- McCarthy S.P. (1987), «Performance indicators as a tool of management in HM customs and excise», in *Journal of Operational Research*, Vol. 38 No. 10, pp. 941-8.
- Neely A. (1999), *The performance measurement revolution: why now and what next*, International Journal of Operation & Production Management, vol. 1, n. 1.
- Orford R.J. (1992), «Negative political feedback: an examination of the problem of modelling political response in public sector effectiveness auditing: a comment», in *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 5 No. 1, pp. 29-34.
- Perks R. e Glendinning R. (1981), «Performance indicators applied to nationalised industries», in *Management Accounting*, October 1981, pp. 22-4.
- Pollitt C. (1984), «Blunt tools: performance measurement in policies for healthca-

- re», in *Omega International Journal of Management Science*, Vol. 12 No. 2, pp. 131-40.
- Simons R. (1995), *Levers of control*, Boston, Harvard Business School Press, Boston.
- Simons R. (2004), *Sistemi di controllo e misure di performance*, EGEA, Milano.
- Smith P. (1992), «Negative political feedback: an examination of the problem of modelling political responses in public sector effectiveness auditing», in *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 5 No. 1, pp. 5-20.
- Van Peurseem K.A., Pratt M.J. e Lawrence S.R. (1995), «Health management performance. A review of measures and indicators», in *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 8 No. 5, pp. 34-70.
- Vendramini E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw Hill, Milano.
- Williams A. (1985), «Performance measurement in the public sector: paving the road to hell?», in Arthur Young Lecture (WP)7, *Department of Accountancy*, School of Financial Studies, University of Glasgow, Glasgow.
- Zavattaro F. (1993), «Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario», in *Mecosan*, n. 5, 1993, Sipis, Roma.