

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 82 APRILE-GIUGNO 2012

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Sperimentazioni gestionali e razionalizzazione della spesa pubblica
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** Possono i «valori» fare la differenza? Evidenze sull'influenza della cultura organizzativa sul governo clinico
Stefano Calciolari, Anna Prenestini, Federico Lega, Roberto Grilli
- 25** Partecipazione, commitment e informazioni di budget. I risultati di una ricerca empirica
Manuela S. Macinati, Marco Giovanni Rizzo, Baldassare Ippolito

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 43** La razionalizzazione operativa della rete ospedaliera. La Road Map dell'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro
Emma Cardamone, Gerardo Mancuso, Marianna Mauro
- 61** L'assistenza sanitaria primaria in Europa: modelli, tendenze scenario per l'Italia
Eleonora Corsalini, Giovanni Fattore
- 77** Professioni al bivio: il caso degli specialisti di laboratorio
Francesco Longo, Domenico Salvatore, Valeria D. Tozzi
- 93** L'evoluzione dell'accountability nel sistema sanitario italiano: quale ruolo per i controlli?
Elisabetta Reginato, Claudia Nonnis
- 113** Armonizzazione contabile e rendiconto finanziario del Servizio sanitario regionale. Il caso della Regione Umbria
Niccolò Persiani, Alberto Romolini, Fabrizio Rossi, Claudia Galanti
- 131** Gli strumenti per le analisi dei bilanci di esercizio delle Asp dell'Emilia-Romagna
Marco Tieghi, Sabrina Gigli

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 149** Novità bibliografiche
- 153** Spoglio riviste

Errata corrige

Per un'inesattezza nella revisione, il nome di uno degli autori dell'articolo «Follow-up dei dispositivi cardiaci impiantabili: analisi dei costi socio-economici» pubblicato sul numero 81 di *Mecosan*, a firma di Gramegna, De Silvestri, Tomasi, Gasparini, Scabro, Zanon, Boaretto, Tomei, Tomasi, Klersy, l'iniziale del nome di Gasparini è G. e non C. come erroneamente è stato stampato. Ce ne scusiamo con l'Autore e i lettori.

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

EDITOR IN CHIEF

Mario Del Vecchio

EDITORIAL BOARD

Antonio Barretta

Antonio Botti

Pier Luigi Catalfo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Corrado Cuccurullo

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Federico Lega

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Anna Prenestini

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Domenico Salvatore

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales



Aims & scope della Rivista

Rivista accreditata AIDEA

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli, nel settore pubblico e nel privato.

Per realizzare la sua missione la rivista *Mecosan* accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento rilevante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, dirigenti del S.s.n., consulenti e operatori della sanità.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

DIREZIONE

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386
Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

Università Bocconi - Cergas - 20136 Milano - Via Röntgen, 1
E-mail: mecosan@unibocconi.it

ABBONAMENTI

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 2012 versare l'importo di € 350,00 mediante c.c.p. n. 72902000 intestato a SIPIS - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a SIPIS s.r.l. - Roma o bonifico bancario (Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM). Prezzo di una copia € 99,00

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del R.o.c. Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

Fotocomposta da SIPIS srl

Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700

Spedita in abbonamento postale, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)

Società editrice: SIPIS - www.sipis.it

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

Sperimentazioni gestionali e razionalizzazione della spesa pubblica

ELIO BORGONOVÌ

Tagliare, tagliare, tagliare la spesa sanitaria oltre a quella delle Regioni e degli enti locali: sembra essere questo uno dei leitmotiv degli interventi del governo che, trovandosi di fronte a una situazione del debito e della finanza pubblica indiscutibilmente difficile (chi scrive non condivide il concetto di condizione «drammatica» e «da ultima spiaggia»), ha privilegiato la filosofia e la logica di «affamare la bestia» (come dicono gli inglesi) per renderla più ragionevole. I miei ricordi giovanili, di quando vivevo in un paese di campagna, sono svaniti e quindi non so se le «bestie affamate» possano essere più facilmente addomesticate o diventino furiose, ma a mio parere è utile abbandonare questa metafora, che mi sembra fuori luogo come quella delle formiche e delle cicale, quando si devono affrontare problemi di sistemi complessi, multiculturali, multi valoriali con attese assai elevate, come è nel caso del sistema di tutela della salute.

Sembra più opportuno e costruttivo entrare nel merito dei problemi con gli strumenti analitici, interpretativi e decisionali oggi disponibili. Innanzitutto, un breve richiamo sulla debolezza logica del principio secondo cui riducendo i finanziamenti si possano determinare automaticamente processi di razionalizzazione. Esistono studi teorici e infinite evidenze empiriche che non è così e che i comportamenti reali sono assai diversi. Nel campo delle imprese, di fronte alla riduzione dei ricavi dovuta agli effetti della concorrenza, o ad altri fenomeni, solo un numero ridotto di esse ha saputo ed è stata in grado di ridurre i costi tramite razionalizzazione o tramite innovazioni di processi, mentre altre continuano a mantenere situazioni di inefficienza, fino al punto di arrivare al fallimento. La drammatica situazione italiana di questi ultimi anni, con decine di migliaia di piccole imprese che sono fallite o hanno deciso di concludere la loro attività, dimostra che non bastano le pressioni esterne e la buona volontà per sopravvivere. La mancanza di condizioni minimali per una duratura vita economica può essere considerata equivalente alla mancanza di aria per l'organismo umano. Se la riduzione di aria si manifesta gradualmente, prima si avvertono le difficoltà respiratorie e poi si muore, o si è costretti a ricorrere alle bombole di ossigeno. Per quanto riguarda le amministrazioni pubbliche, ma anche molte imprese private, nelle quali sono presenti fenomeni di corruzione o di uso di risorse non per fini istituzionali, ma per interessi particolari, la riduzione dei finanziamenti può tradursi facilmente in comportamenti che «buttano fuori dal sistema» servizi e attività utili e «tengono dentro» le inefficienze, gli sprechi e l'uso di denaro pubblico e privato per fatti illeciti. Sarebbe bello pensare il contrario, ma si tratta solo di una pia illusione (wishful thinking) se non vengono modificate le regole di gestione di aziende sanitarie locali, ospedali, assistenza di territorio, ecc., come in altri campi di Comuni, Province, Regioni. È certo che nessun provvedimento legislativo, né la spending review, né la legge di stabilità, né altre manovre di carattere finanziario possono determinare un cambiamento del funzionamento «reale» di circa 300 istituzioni sanitarie pubbliche e delle centinaia di soggetti privati che, essendo accreditati dal Ssn, erogano servizi di tutela della salute. Come non è certo che, ponendo vincoli rigidi di rispetto del pareggio di bilancio, a carico dei Direttori generali o dei vertici degli enti pubblici, e prevedendo pene individuali in caso

di non rispetto, si possano ottenere i risultati desiderati. Con questi interventi si generano forti rischi di «manipolazioni dei conti pubblici», dilazioni delle spese (per esempio, manutenzioni, sostituzioni di attrezzature, pagamenti di forniture ricevute, ecc.) quando non una «selezione negativa» di chi accetta posizioni di responsabilità. Infatti, persone coscienti e desiderose di mantenere adeguati livelli assistenziali difficilmente possono resistere in condizioni di eccessivo uso del principio di «affamare la bestia tramite riduzioni continue del cibo». Non vorremmo che fra pochi anni si dovesse registrare un decadimento rilevante dei livelli assistenziali e l'abbandono strisciante (ma non troppo) della copertura universale tramite Ssn e si arrivasse a una situazione come quella indicata dall'epitaffio scritto su una tomba: «Ve lo avevo detto che stavo male». Oppure, sempre per usare un detto popolare, non vorremmo che si dovesse dire: «L'operazione (contenimento della spesa sanitaria) è riuscita, ma il paziente (copertura universale come segno di civiltà e di progresso) è morto».

Anche partendo dalla considerazione che i 6,5 miliardi di minori spese previste dai provvedimenti di finanza pubblica per il triennio 2012-2014 (cui si debbono aggiungere 1,5 miliardi previsti dalla legge di stabilità, licenziata dal governo il 10 ottobre e ora sottoposta all'esame delle camere) rappresentano non una riduzione dei livelli di spesa, ma una riduzione rispetto ai livelli di spesa «tendenziali a legislazione previgente», l'effetto sulla gestione sarà pesante. Qualcuno stima che si debbano ridurre i livelli di spesa effettiva in una misura pari al 5% (con 1,5 miliardi della legge di stabilità si passerebbe al 6%), obiettivo che sembrerebbe facilmente raggiungibile. Se si trattasse di una impresa che opera su mercati di beni di largo consumo, sicuramente una riduzione del 5-6% dei costi sarebbe facilmente ottenibile. Con riguardo al sistema di tutela della salute tale obiettivo è di più difficile ottenimento, in considerazione dei seguenti elementi. In primo luogo, si deve considerare il progresso delle conoscenze scientifiche che consentono di affrontare con successo situazioni di salute che in precedenza non potevano essere risolte, ma ciò determina indubbiamente una pressione in termini di maggiori costi. Se è vero che in cinque anni circa metà delle conoscenze in campo medico scientifico vengono superate e si rinnovano, appaiono evidenti i rilevanti riflessi sul piano dei modelli assistenziali e dei costi. In secondo luogo, l'invecchiamento della popolazione è una causa strutturale di aumento della spesa ed è inutile ripetere che l'Italia è un Paese che sta invecchiando. In terzo luogo, va ricordato che la spesa pubblica per la salute rappresentava il 7,3% del Pil nel 2010, percentuale destinata ad aumentare di qualche decimo di punto solo perché la riduzione del Pil prevista per il 2012 (2,5-2,6%), diminuirà il denominatore, e che la spesa totale è di qualche decimo inferiore al 10%. Poiché si tratta di livelli inferiori a quelli di tutti i Paesi con cui siamo soliti confrontarci (Francia, Germania, Spagna, UK), per non parlare dei Paesi del Nord Europa e degli Usa che arrivano a una spesa totale del 17,5% e a una spesa pubblica (senza l'effetto della riforma Obama) superiore all'8%, qualcuno dovrebbe spiegare in modo convincente come sia possibile mantenere livelli di assistenza di elevata qualità nelle Regioni considerate «virtuose» e recuperare livelli assistenziali soddisfacenti, o almeno accettabili, nelle Regioni oggi considerate «poco virtuose» con la logica di «affamare la bestia». In quarto luogo, ci si permette di sottolineare che i processi di lotta agli sprechi e di recupero dell'efficienza (senza parlare della lotta ai fatti illeciti) non possono essere imposti per legge, ma si conseguono con la formazione di dirigenti e di professionisti sugli aspetti organizzativi, gestionali, di valutazioni economiche comparate nel caso dell'acquisto di beni e servizi, tecnologie ed attrezzature mediche, adozione di nuove metodiche assistenziali. Ma i provvedimenti di contenimento della spesa praticamente azzerano le spese per la formazione, con buona pace di chi dichiara che le persone sono il patrimonio più importante per l'economia e la società e che occorre valorizzare le forze attive del Paese.

Si deve allora ritenere che sia ineluttabile l'arretramento dei livelli di assistenza e il decadimento del Ssn? Niente affatto, poiché una vera cultura di realismo nelle decisioni di politiche pubbliche (nel caso specifico di tutela della salute) e di management impone di non arrendersi mai e di cercare sempre soluzioni positive. Non si deve certo pensare che il buon decisore di politiche pubbliche e il buon manager riescano a risolvere qualsiasi pro-

blema, poiché nessuno è onnipotente su questa terra, ma chi ha interiorizzato veramente questa cultura pensa sempre che si possa migliorare e cerca soluzioni innovative. Interessanti indicazioni al riguardo possono venire dalla valorizzazione e dalla diffusione delle conoscenze acquisite con le sperimentazioni gestionali previste al momento della introduzione nel 1993 del modello «aziendale» nel Ssn. Una ricerca condotta dal Cergas per conto del Ministero della Salute - Siveas e di Agenas sulle sperimentazioni previste dall'articolo 9 bis del D.L.vo 517/93 e su quelle attivate dalle Regioni dopo il 2000, nell'ambito della propria autonomia, consente di avanzare alcune interessanti proposte per il futuro. Si ricorda che le sperimentazioni avevano l'obiettivo di individuare forme di collaborazione pubblico-privato in grado di salvaguardare il fine pubblico e di trarre i vantaggi dalle conoscenze dei soci privati per quanto riguarda soprattutto l'efficienza gestionale. Dalla ricerca emerge innanzitutto il ricorso a differenti forme giuridiche adottate per le sperimentazioni. In venti casi è stato fatto ricorso al modello di sperimentazione istituzionalizzata di tipo societario (Spa e Srl, in generale con la quota maggioritaria in mano pubblica). In sette casi si è adottato il modello di sperimentazione istituzionalizzata di tipo non societario (Fondazione o istituto di altra natura). In quattordici casi si è fatto ricorso al modello di sperimentazione di tipo associativo (associazione in partecipazione). In nove casi si è adottato il modello di sperimentazione di tipo contrattuale (convenzione o concessione). In venti anni si è avuto un numero limitato di sperimentazioni, se per 52 su 63 formalmente dichiarate si è potuto raccogliere una adeguata documentazione sull'oggetto e le caratteristiche, significa che nel sistema vi è uno scarso orientamento e una limitata cultura all'innovazione, o che vincoli giuridici o di altro tipo hanno impedito tale innovazione. Inoltre, la limitata prevalenza delle forme istituzionali (di tipo societario o non societario), che rappresentano il 54% del totale di quelle censite, segnala che esistono remore (o difficoltà giuridiche, finanziarie, politiche, di reciproca fiducia, di cultura) a stabilire legami stretti tra soggetti pubblici e privati. Remore che indubbiamente impediscono di ricercare e sfruttare appieno le possibili sinergie.

Le sperimentazioni gestionali di tipo societario hanno ottenuto risultati che possono essere riassunti sinteticamente nei seguenti termini: buoni livelli di assistenza, ritorno sugli investimenti (ROE positivo nel 64% dei casi mentre nel restante 36% vi è stata una erosione del patrimonio), investimento medio di 11, 5 milioni finanziato in gran parte dai soggetti che hanno dato vita alla sperimentazione, ma anche con ricorso all'indebitamento autonomo. Le sperimentazioni gestionali di tipo non societario si caratterizzano per un numero limitato di partner, in genere non sono proprietarie delle strutture nelle quali vengono erogati i servizi (le strutture sono in genere della Asl o della AO), hanno risultati economici negativi nel 75% dei casi (coperte in gran parte dal socio pubblico), hanno un livello di investimenti più basso, in media 3,6 milioni. Le sperimentazioni gestionali di tipo associativo riguardano lo svolgimento di ben definite attività, per esempio quelle ambulatoriali, e sono caratterizzate da un rapporto tra due soggetti (Asl o AO e un socio privato scelto direttamente senza gara, dato che si basano su un rapporto fiduciario), non hanno evidentemente un patrimonio proprio, ma utilizzano strutture del socio pubblico, in genere hanno raggiunto un pareggio tra ricavi (o finanziamenti assegnati dal socio pubblico) e costi e hanno un livello di investimento ancora più ridotto (in media 1,5 milioni). Le sperimentazioni gestionali di tipo contrattuale fanno riferimento a concessioni, seguite da convenzioni e da appalti con concorso, sono vicine alla esternalizzazione di servizi, prevedono il pagamento di un canone di affitto da parte del privato che gestisce i servizi assistenziali presso le strutture pubbliche, conseguono il pareggio di bilancio nel 50% dei casi e un utile nella metà rimanente, sono caratterizzate da un elevato livello di investimenti da parte del privato (in media 10,3 milioni) che evidentemente è in grado di effettuare valutazioni di propria convenienza economica sulla base degli impegni contrattuali assunti, che sono chiari e precisi.

Dall'indagine emergono tre modelli di formule organizzative che sono sicuramente utili per individuare politiche per il prossimo futuro: imprenditoriale, integrato a supporto e associativo. Il modello imprenditoriale vede la presenza di un gruppo italiano o estero for profit di medio-grandi dimensioni che ha l'obiettivo di esplorare nuovi mercati sanitari a media/

buona redditività, in settori a domanda crescente tradizionalmente presidiati dal pubblico. In questi casi l'obiettivo che il soggetto pubblico persegue tramite il coinvolgimento di un privato «imprenditoriale» è quello della riqualificazione e specializzazione della rete di offerta. Esso è stato utilizzato per gestire servizi ospedalieri per acuti o servizi riabilitativi. Nei casi di modello integrato a supporto, la Regione ha elaborato chiari indirizzi, negli accordi di partnership, sono definite modalità strutturate che permettono di definire impegni, responsabilità e remunerazioni precise (Spa, Srl). Sono stati coinvolti gruppi italiani o locali for profit, di medie o medio-piccole dimensioni, che hanno l'obiettivo di presidiare mercati sanitari locali o sovra locali a buona o sufficiente redditività, in settori a domanda crescente e tradizionalmente presidiati dal pubblico. In questi casi l'obiettivo del pubblico è la riqualificazione delle reti di offerta e l'efficientamento gestionale. Il modello in questione è stato utilizzato per gestire servizi ospedalieri per acuti sia specialistici che generalistici (per esempio medicine generali, chirurgia) e servizi riabilitativi. Il modello associativo nasce quando il soggetto pubblico (in genere AO) non ritiene opportuno vincolare la propria gestione. Vede coinvolti soggetti italiani o locali non profit o for profit di medie e medio-piccole dimensioni, che, in presenza di una offerta privata già ampia, sono interessati a progetti specifici, anche connessi alla gestione di una porzione della struttura (singoli reparti, ambulatori, laboratori, ecc.). Gli obiettivi del soggetto pubblico sono la riqualificazione e specializzazione della rete di offerta, l'efficientamento gestionale e l'ampliamento dell'offerta di servizi emergenti. Il modello è stato utilizzato per gestire servizi ospedalieri e territoriali, specialistici per acuti o riabilitative.

L'accumulo di conoscenze consente di proporre alcune linee per l'attuazione di recenti provvedimenti legislativi riguardanti il Ssn. In particolare, la Legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che «è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere». È interessante sottolineare l'avverbio «effettivamente» che esprime un indiretto giudizio su analoghi provvedimenti del passato, quasi si voglia sottolineare che moltissimi dei provvedimenti di contenimento (si potrebbe dire quasi tutti) adottati negli oltre trenta anni di vita del Ssn non si siano poi realizzati. Parlano in tal senso i costanti «ripiani a consuntivo» dei disavanzi o gli stanziamenti aggiuntivi previsti in alcuni anni per integrare i finanziamenti degli anni precedenti. Il riferimento a modelli di assistenza nelle forme in cui essa è garantita di fatto individua un campo di azione ampio, si potrebbe dire esteso a tutti gli ambiti diagnosi, cura (per acuti e per condizioni di salute croniche e degenerative), riabilitazione. Infine, il richiamo alle «sinergie» tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere indica una apertura a 360 gradi. Si ritiene opportuno segnalare che dopo venti anni, occorrerebbe abbandonare il concetto di sperimentazione, soprattutto in considerazione del fatto che oggi si conoscono i fattori che hanno favorito il successo o che hanno causato l'insuccesso delle sperimentazioni, come rilevato dall'indagine Cergas. In un mondo che cambia rapidamente è meglio applicare il principio della continua innovazione, che significa scegliere una forma di gestione «realisticamente» idonea a perseguire determinate finalità (di salute), scegliere una soluzione istituzionale e organizzativa (tra le tre rilevate dalla ricerca), passare velocemente alla fase attuativa, monitorare i risultati e, di conseguenza, modificare le soluzioni istituzionali e organizzative. Innovazione continua delle politiche e della gestione significa scegliere una soluzione che abbia intrinsecamente il carattere di flessibilità, ossia capacità di migliorare, sulla base dei risultati ottenuti e di adattarsi ai cambiamenti esterni, ad esempio delle conoscenze scientifiche, della disponibilità di nuove tecnologie e nuove metodiche assistenziali. Il concetto di sperimentazione evoca l'idea delle «applicazioni di laboratorio», ossia di ambiti definiti di applicazione (non di rado con una legislazione ad hoc) che, se danno buoni risultati, possono essere estesi. Nel mondo reale dell'assistenza non c'è più tempo per percorrere questo percorso «ideale»: buon management significa accettare un rischio calcolato (le cosiddette analisi di fattibilità e realistica) ed essere aperti, pronti e veloci nel modificare ciò che non va e nel consolidare ciò che va.

A sua volta il recente DL 158, recante «Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria», prevede l'organizzazione di servizi di cura primaria da parte dei Mms e Pls, 7 giorni su 7 h24, nonché la predisposizione da parte delle Asl di adeguate strutture per lo svolgimento dell'attività professionale intramuraria da parte dei medici del Ssn. Poiché una delle maggiori preoccupazioni dei Mmg e Pls è quella di perdere l'autonomia professionale e di diventare medici dipendenti, e in considerazione del fatto che un rilevante numero di Asl e AO fino ad ora non sono state in grado di mettere a disposizione adeguate strutture per lo svolgimento dell'attività professionale, è possibile ipotizzare che l'applicazione estensiva di uno dei modelli di sperimentazione evidenziato dalla ricerca Cergas consenta di intervenire su questo fronte. In particolare, si ritiene che il modello imprenditoriale in primis e quello contrattuale-associativo in seconda istanza consentano di adottare soluzioni in grado di:

- tranquillizzare i Mmg e i Pls, con riguardo al mantenimento della propria autonomia professionale;
- garantire i servizi di supporto amministrativo e tecnico previsti dal Decreto (per esempio, per fissare gli appuntamenti e per la compilazione on line delle prescrizioni, per la manutenzione delle attrezzature, per la gestione delle pulizie dei locali, ecc.);
- gestire le «prestazioni aggiuntive a pagamento», secondo criteri che non penalizzino i pazienti (per esempio, evitare che siano fatte a pagamento prestazioni che sono incluse nei livelli essenziali di assistenza);
- favorire l'integrazione dei medici specialisti ed ospedalieri con i Mmg e Pls;
- applicare forme di remunerazione aggiuntiva che si basino sui risparmi ottenuti rispetto ai costi attuali sostenuti dal Ssn (per esempio, per certi servizi si assegna un budget che sia del 10/15 % inferiore del costo attuale con possibilità di garantire ai medici retribuzioni accessorie basate su risparmi aggiuntivi).

I Mmg, Pls, specialisti che intendono svolgere attività libero professionale intramuraria potrebbero costituire società di capitale o di persone che, a loro volta, entrerebbero in partnership con le Asl costituendo un soggetto che assume la responsabilità di gestione dei servizi, secondo il modello imprenditoriale sopra ricordato. Oppure le società potrebbero negoziare con le Asl i servizi tramite convenzioni secondo le prescrizioni di legge e gli indirizzi regionali, ricorrendo alla forma «associativo-contrattuale». Il coinvolgimento diretto dei medici nella «governance» sarebbe una forte garanzia di impegno al contenimento dei costi, in quanto esiste un diretto interesse a recuperare un maggiore livello di assistenza senza ridurre la qualità dei servizi. Le recenti normative si sono concentrate anche sulla riduzione dei costi dei fattori intermedi, imponendo rigorose politiche di sostituzione del turnover del personale, privilegiando forme di acquisti centralizzati di beni e servizi con lo scopo di eliminare eccessive disparità dei prezzi. Il modello imprenditoriale analizzato dalla ricerca Cergas potrebbe rappresentare una soluzione particolarmente utile a questo scopo, in quanto consentirebbe il reclutamento, l'acquisizione e la valorizzazione di persone dotate di elevata professionalità, per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- acquisti di beni e servizi per i quali oltre alla specializzazione di tipo tecnico-amministrativo può essere perseguita una specializzazione nelle analisi di mercato riguardanti i fornitori, la predisposizione di bandi mirati in grado di attirare offerte qualificate e la valutazione comparativa delle offerte;
- logistica dei materiali, delle attrezzature, ecc., che consentirebbe una riduzione degli investimenti in capitale circolante e il rapido flusso dei beni e dei materiali di consumo alle attività assistenziali;
- acquisti e manutenzione di attrezzature e apparecchiature, con la possibilità di applicare fondate analisi HTA (Health Technology Assessment);

– gestione dei debiti nei confronti dei fornitori, in modo da ridurre i ritardi di pagamento e i costi diretti e indiretti per il Ssn.

Come si può vedere, le idee e le soluzioni operative non mancano. Si tratta ora di verificare se le Regioni hanno la volontà e l'effettiva capacità di applicarle o di incentivarle, e se lo Stato riesce a diventare propositore di soluzioni alla Conferenza Stato-Regioni o se, al contrario, intende mantenere il ruolo di chi privilegia i vincoli e brandisce la spada del «danno erariale» per chi non riesce a ottenere l'equilibrio di bilancio e per chi, volendo garantire servizi di elevata qualità, accetta il rischio di non riuscire a rispettare qualche vincolo assurdo. Chi governa il sistema deve decidere se preferisce adottare la politica di uno, dieci, cento Bondi (Commissario speciale anti sprechi) o invece preferisce dare fiducia a decine di migliaia di medici, infermieri, altri professionisti della salute, Dirigenti di vario livello preparati e motivati che, a parere di chi scrive, sono in numero nettamente superiore alle persone non preparate, ai «fannulloni», ai corrotti che non mancano nel Ssn, come non mancano nella società, anche nel privato e non solo nel pubblico.

Possono i «valori» fare la differenza? Evidenze sull'influenza della cultura organizzativa sul governo clinico

STEFANO CALCIOLARI, ANNA PRENESTINI, FEDERICO LEGA, ROBERTO GRILLI

The NPM movement have shaped the scholarly and policy debate by associating the concept of enhancement to structural changes/reforms. Recently, a stream of literature started challenging such an approach to improvement and focused on the role of soft variables, i.e. organizational values and beliefs, as either hindering or success factors of change management. As designing and implementing evidence-based medicine is considered a milestone of cost-effectiveness, we seek to find evidence of the role of organizational culture in realizing a clinical governance regimes in healthcare organizations. We collected data on the two constructs from senior managers of a purposive sample of public healthcare organizations. We did find evidence of a relationship between the two constructs and discussed its managerial implications.

Keywords: NPM, organizational values, clinical governance

Parole chiave: NPM, valori organizzativi, governo clinico

Note sugli autori

Stefano Calciolari, Università della Svizzera Italiana; Anna Prenestini e Federico Lega, CERGIS Università Bocconi e SDA Bocconi; Roberto Grilli, ARSS Emilia-Romagna

Il presente articolo è un adattamento del paper per cui gli stessi Autori sono stati premiati con il «Best International Paper» dalla Health Care Management Division, dell'Academy of Management, all'Annual Meeting 2012 (Boston 3-7 agosto)

Attribuzione

Benché il presente contributo sia frutto di un lavoro congiunto di ricerca e di riflessioni degli autori, i §§ 1, 3, 5.2 e 5.3 sono da attribuire a S. Calciolari, i §§ 2, 4.1, 4.3 e 5.1 ad A. Prenestini, il § 6 a F. Lega, e il § 4.2 a R. Grilli

1. Introduzione

A partire dagli anni '90, il *New Public Management (NPM)* ha influenzato le aziende sanitarie verso la ricerca di un miglioramento di efficacia ed efficienza nei processi produttivi. Per ottenere tali risultati, coerentemente con l'impostazione di fondo di questo movimento culturale, politico e accademico, gli approcci adottati sono stati prevalentemente focalizzati sul perseguimento di cambiamenti «tecno-strutturali» (es. introduzione di nuovi strumenti di programmazione, macro-riorganizzazioni). Scarsi, invece, sono stati la riflessione e il dibattito sul ruolo della «cultura organizzativa» nel perseguimento dei suddetti miglioramenti. Sovente questi interventi di tipo strutturale non hanno avuto il successo sperato poiché parallelamente non vi sono stati adeguati interventi sulla cultura organizzativa (Mannion *et al.*, 2003), generando così fenomeni di resilienza al cambiamento (Lega, 2006) che possono interferire o, addirittura, impedire il successo delle iniziative finalizzate al miglioramento.

Negli ultimi anni il dibattito scientifico ha iniziato ad attribuire una maggiore rilevanza al ruolo che la cultura riveste nelle organizzazioni professionali, con particolare riferimento al condizionamento che esercita sul funzionamento dell'azienda e sulla sua capacità di raggiungere obiettivi e, conseguentemente, migliorare le performance. Le considerazioni di questo dibattito e i risultati di diversi studi empirici (Gerowitz *et al.*, 1996; Jackson, 1997; Gerowitz, 1998; Davies *et al.*, 2007) suggeriscono che interventi sulla cultura organizzativa sono candidati a influenzare il funzionamento aziendale e/o a interferire con eventuali interventi di carattere strutturale,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Analisi della letteratura
3. Obiettivi dello studio
4. Metodi e strumenti
5. Risultati dell'indagine
6. Conclusioni

specie in organizzazioni altamente professionalizzate come le aziende sanitarie.

D'altra parte, negli ultimi anni, l'idea di «performance attesa» nei confronti delle aziende sanitarie si è evoluta, spostandosi dalla mera produzione di output verso la ricerca di un rapporto costo-efficacia che preservi sia l'efficienza dei processi produttivi sia l'appropriatezza delle cure erogate. Inoltre, sta rapidamente emergendo un imperativo etico verso l'*evidence-based* medicine e verso una risposta sempre più «personalizzata» ai problemi di salute dei pazienti, tenendo in considerazione di alcuni fattori contestuali: l'età, la salute e la condizione sociale dei pazienti, la tecnologia disponibile, valutazione costi-benefici delle alternative diagnostico-terapeutiche, ecc. (Kaplan, Porter, 2011; Lega, Calciolari, 2011). I concetti qui esposti possono essere considerati uno sviluppo del tema del governo clinico, che implica un coinvolgimento di medici e manager nella definizione dei processi erogativi più appropriati sia in termini di livelli di cura e organizzativi utilizzati sia in termini di terapie mediche e chirurgiche ed esami diagnostici necessari.

Quindi, appare particolarmente rilevante studiare se e quali tipi di cultura organizzativa delle aziende sanitarie influenzino i comportamenti verso un migliore sviluppo delle pratiche di governo clinico.

A tal fine, l'obiettivo di questo contributo è duplice: (a) indagare i tratti salienti della cultura del *senior management* di un campione di aziende sanitarie; (b) analizzare alcune evidenze della sua influenza sulle pratiche di governo clinico così come riportate dal *senior management*.

2. Analisi della letteratura

In questo lavoro si fa riferimento alla cultura organizzativa come un apparato di simboli, linguaggi, ideologie, credenze, rituali e miti che influenzano sistematicamente e significativamente il comportamento di dei membri di un'organizzazione (Pettigrew, 1979). Riprendendo una definizione breve ma efficace, la cultura è «the way things are done around here» (Deal, Kennedy, 1982; Davies *et al.*, 2000; Mannion *et al.*, 2003) come risultato di valori, credenze e assunzioni condivisi.¹

L'origine del concetto di *clinical governance* è riconducibile a un articolo pubblicato da Scally e Donaldsons (1998) sul *British Medical Journal*. In tale rivista gli autori definivano il governo clinico: «a system through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish.».

Il pieno sviluppo del concetto di governo clinico nelle organizzazioni sanitarie richiede due insiemi di condizioni (Reinertsen *et al.*, 2007; Lombarts *et al.*, 2009; Jha, Epstein, 2010): a) l'adozione di strumenti per la valutazione e il miglioramento della qualità (per esempio, linee-guida, iniziative di *audit* clinico, misure di performance) e la disponibilità di informazioni di carattere clinico; b) il coinvolgimento dei leader medici nel processo decisionale relativo a standard clinici, miglioramento della qualità e cambiamento organizzativo.

Per quanto riguarda quest'ultima condizione, diversi studi riportano che il coinvolgimento dei medici negli aspetti gestionali ha un ritorno positivo, in generale, sulle performance organizzative (Macleod, Clarke, 2009) e, nello specifico, sulle questioni relative alla produzione, sulla qualità e sicurezza (Guthrie, 2005; Spurgeon *et al.*, 2011).

L'analisi della letteratura esistente sul rapporto tra cultura organizzativa e temi del governo clinico ha condotto all'analisi di soli tre studi. Davies *et al.* (2000) suggeriscono che la cultura organizzativa gioca un ruolo importante nel raggiungimento di standard di qualità definiti, anche se questa posizione non trova consenso unanime e non è supportata da risultati empirici. Shortell *et al.* (2000) hanno riscontrato solo una debole evidenza degli effetti positivi della cultura organizzativa e del *Total Quality Management (TQM)* su un sottoinsieme di indicatori relativi alla qualità delle cure somministrate a pazienti con intervento di bypass coronarico. Gerowitz (1998) ha condotto uno studio i cui risultati suggeriscono che la cultura organizzativa è collegata alle performance, ma le evidenze riportate non provano un'associazione tra interventi di *TQM* o *Continuous Quality Improvement (CQI)* né con le performance aziendali né con cambiamenti culturali.

Perciò, nella letteratura corrente esiste una lacuna rilevante rispetto allo studio delle relazioni tra cultura organizzativa e l'adozione di pratiche di governo clinico, che questa indagine empirica si propone di sanare.

3. Obiettivi dello studio

Prendendo spunto dal dibattito sopra sinteticamente ricostruito e, al fine di offrire spunti per un dibattito costruttivo sul tema e sulle sue implicazioni manageriali, questo studio persegue due obiettivi fondamentali: (a) identificare e rappresentare la cultura organizzativa dominante, così come percepita dal *senior management*,² delle Aziende sanitarie pubbliche (Asp) di tre Regioni italiane: Piemonte, Emilia Romagna e Veneto; (b) analizzare, la relazione tra la cultura organizzativa dominante e la percezione – del *senior management* di queste stesse aziende – del livello di attitudine verso approcci orientati al governo clinico nei momenti organizzativi più importanti per la condivisione delle politiche e delle strategie aziendali, sia a livello *corporate* (durante le riunioni del Collegio di direzione) sia a livello di singola «divisione» (all'interno delle routine dei Dipartimenti).

Con riferimento al primo obiettivo, inoltre, lo studio evidenzia, in via incidentale, se esistono culture organizzative prevalenti tra aziende appartenenti allo stesso Ssr. L'interesse di questa informazione risiede nel fatto che rilevanti prevalenze possono suggerire una comune radice nel contesto politico e istituzionale della regione di appartenenza.

4. Metodi e strumenti

4.1. L'analisi della cultura organizzativa dominante

L'identificazione della cultura organizzativa dominante si basa sui dati raccolti con uno strumento di misurazione quantitativa, nella forma di un questionario. Questo consente replicabilità e immediata confrontabilità dei risultati. Inoltre, il metodo di raccolta dati si presta, se implementato sistematicamente a distanza di tempo, a descrivere eventuali variazioni longitudinali nelle culture organizzative (Mannion *et al.*, 2009).

Il quadro teorico dell'analisi è il *Competing Values Framework (CVF)*. A fronte delle

alternative metodologiche disponibili nella letteratura di riferimento (Schein, 2010), la scelta si è basata sul fatto che il CVF: (a) è validato da numerosi studi internazionali in diversi settori (Quinn, Rohrbaugh, 1983; Cameron, 1985; Cameron, Freeman, 1991), tra cui quello sanitario (Gerowitz, 1996; Shortell *et al.*, 2000; Davies *et al.*, 2007); (b) è caratterizzato da solide basi teoriche (Scott *et al.*, 2003).

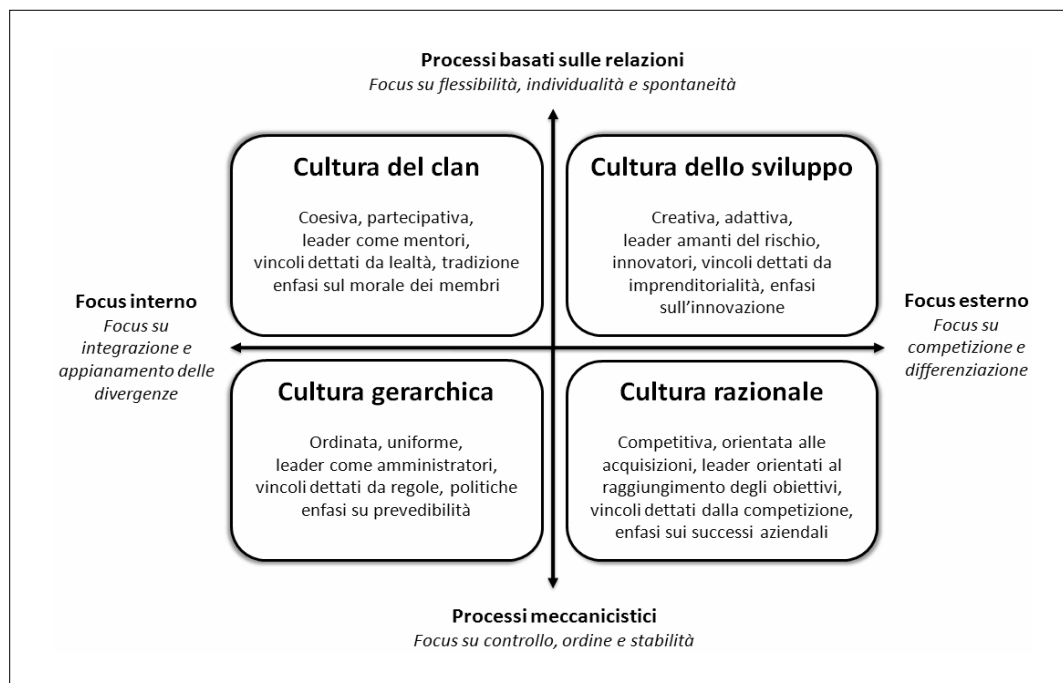
Il CVF classifica le culture organizzative secondo due dimensioni: la prima definisce come si svolgono i processi all'interno dell'organizzazione, mentre la seconda definisce l'orientamento dell'organizzazione nei confronti dell'ambiente esterno. Riguardo alla prima dimensione, i processi interni possono basarsi: (a) sulle relazioni interpersonali esistenti tra i membri dell'organizzazione, caratterizzate da flessibilità, individualità e spontaneità; (b) su relazioni di carattere meccanicistico, caratterizzate da enfasi su controllo, ordine e stabilità. Rispetto la seconda dimensione, il focus dell'azienda può essere: (a) orientato all'interno dell'azienda, con enfasi su integrazione e appianamento delle divergenze interne; (b) orientato all'esterno, con enfasi sulla competizione e sulla differenziazione. Dall'incrocio fra queste due dimensioni si forma una matrice nella quale si collocano quattro distinti «archetipi» di culture organizzative, rappresentati nella **figura 1**. Ciascun archetipo di cultura organizzativa riflette una distinta combinazione di orientamento dei processi interni e di *focus* dell'organizzazione.

Nel caso della cultura del clan (*clan culture*) il contesto organizzativo è percepito come un luogo molto personale e informale, paragonabile metaforicamente a una famiglia allargata. I membri sono legati all'azienda da lealtà e tradizione, che favoriscono il senso di appartenenza all'organizzazione e sono fonte di identità. I dirigenti aziendali sono figure cordiali e amichevoli, cercano di sviluppare pienamente il potenziale del proprio personale dimostrando attenzione alle loro esigenze. Il loro ruolo è, quindi, quello di mentori che supportano e facilitano il lavoro in *team* e le interazioni del gruppo. L'azienda, così, pone grande enfasi sulla coesione e agisce positivamente sul morale del personale. Il sistema premiante prevede l'attribuzione di riconoscimenti, ricompense e incentivi eco-

Figura 1

Tipi di culture organizzative: il *Competing Values Framework*

Fonte: adattato da Davies et al. (2007)



nomici in modo «equo» per tutti i membri dell'organizzazione.

La cultura dello sviluppo (*developmental culture*) enfatizza l'orientamento all'innovazione e la capacità di adattare l'organizzazione alle esigenze degli *stakeholder* esterni. La cultura fa dell'organizzazione un luogo molto dinamico e imprenditoriale, nel quale le persone sono disposte ad assumere dei rischi. I dirigenti stessi incoraggiano l'assunzione di rischi da parte dei singoli, che devono dimostrare imprenditorialità e creatività. L'azienda vuole essere pioniera nell'innovazione e tutti gli sforzi dell'organizzazione sono volti a tale scopo. La struttura dell'azienda è molto fluida e si modifica a seconda dei compiti e degli obiettivi che si pone per rispondere a un ambiente competitivo e mutevole, ma prendendo comunque in considerazione gli interessi, i bisogni di sviluppo e le competenze dei membri dell'organizzazione. Alcuni autori fanno corrispondere questa cultura a un idealtipo di organizzazione ad hoc (Cameron, 1985).

Nel caso della cultura gerarchica (*hierarchical culture*), l'organizzazione è un luogo molto formale e strutturato in quanto le procedure burocratiche condizionano significativamente il modo in cui viene svolto il lavoro.

I dirigenti mirano a favorire la continuità operativa e a preservare la stabilità interna dell'organizzazione, facendo rispettare le regole e i meccanismi di funzionamento definiti dall'azienda stessa. La coesione aziendale si mantiene, quindi, attraverso il rispetto delle procedure formali e delle politiche deliberate dall'azienda. Il sistema premiante si basa sulla posizione formale, ossia quanto più alto nella scala gerarchica è il ruolo ricoperto dalle persone, tanto maggiori saranno le ricompense che esse possono ottenere. A questo punto, è necessario fare una precisazione rispetto alla storia aziendale e culturale delle amministrazioni pubbliche italiane: infatti, l'organizzazione gerarchica non corrisponde totalmente al tradizionale concetto di burocrazia pubblica, per il quale i membri dell'organizzazione erano visti come meri applicatori di norme promulgate da enti sovraordinati come Stato e Regioni. Qui, invece, il concetto di burocrazia discende anche e soprattutto dalle teorie del management scientifico del lavoro (Taylor, 1911) applicate alle grandi imprese, per le quali le regole e le procedure formali sono stabilite dall'organizzazione stessa e non solo da enti esterni. Il questionario, in questo caso, è stato opportunamente adattato per far comprendere ai par-

tecipanti che le procedure formali non sono intese esclusivamente come applicazione di normativa esterna, ma anche come direttive che l'organizzazione stessa emana per stabilire delle regole di funzionamento interne.

La cultura razionale (*rational culture*), infine, enfatizza il raggiungimento delle performance in termini di conseguimento degli obiettivi aziendali. La motivazione e la coesione aziendale deriva dal desiderio di acquisire un forte vantaggio competitivo nei confronti delle organizzazioni che convivono nello stesso settore e il successo viene frequentemente misurato in termini di quote relative di mercato e di accesso privilegiato a risorse esterne. La principale preoccupazione delle persone che lavorano per l'azienda è, quindi, quella di portare a termine i lavori assegnati per raggiungere gli obiettivi e ottenere incentivi e ricompense. Spesso, però, le persone non sono coinvolte emotivamente e personalmente nelle attività che eseguono. I dirigenti dell'azienda sono dei coordinatori e dei facilitatori in quanto incoraggiano i membri dell'organizzazione a raggiungere gli obiettivi.

Il CVF assume che la cultura non sia «assoluta», ossia che l'azienda non debba necessariamente corrispondere a una sola delle culture organizzative definite sopra. La cultura organizzativa, infatti, riflette una combinazione delle diverse caratteristiche di ciascun archetipo culturale. In altre parole, i valori culturali dell'azienda sono tra loro in «competizione» (*competing values*). Tuttavia, una specifica tipologia di cultura può essere «dominante» nell'organizzazione nel momento in cui rispecchia in maggior misura, rispetto agli altri modelli, le caratteristiche culturali dell'azienda.

Il questionario CVF ha l'obiettivo di evidenziare la cultura dominante dell'organizzazione ed è suddiviso in cinque domande fondamentali, ciascuna delle quali mira a evidenziare un aspetto della cultura organizzativa: la prima è dedicata alle «caratteristiche generali dell'azienda», la seconda mira a definire lo «stile di direzione» dei manager dell'organizzazione, la terza rileva gli elementi che garantiscono la «coesione aziendale», la quarta individua le «dimensioni su cui l'azienda pone particolare enfasi e attenzione», la quinta è volta a individuare il funzionamento del «sistema premiante aziendale».

Ognuna di queste cinque domande offre quattro descrizioni di aziende diverse, ciascuna delle quali rappresenta una determinata tipologia di organizzazione con caratteristiche e meccanismi di funzionamento specifici in termini di processi interni (meccanicistici o relazionali) e di *focus* (interno o esterno). Ogni descrizione corrisponde a una tipologia di cultura organizzativa (cultura del clan, dello sviluppo, gerarchica e razionale). Al rispondente è stato chiesto di «distribuire 100 punti» fra le quattro descrizioni proposte per ogni domanda, sulla base di quanto le stesse descrizioni rispecchiassero le caratteristiche e i meccanismi di funzionamento della propria azienda. Il valore più alto, risultante dalle medie calcolate per ciascuna delle quattro descrizioni di azienda sulle cinque domande, definisce la cultura dominante per il singolo rispondente. L'aggregazione di tutti i punteggi ottenuti dai rispondenti di un'unica azienda permette, invece, di determinare la cultura organizzativa dominante nella specifica azienda.

L'analisi evidenzia anche il modello prevalente di gestione dei processi interni (meccanicistici o relazionali) e il *focus* strategico (verso l'esterno o verso l'interno) della cultura organizzativa di ogni azienda.

La versione del questionario CFV impiegata in questo lavoro di ricerca è la più recente, proposta da Davies *et al.* (2007), opportunamente tradotta in italiano e adattata per essere pienamente fruibile e chiara per gli interlocutori italiani.

4.2. La valutazione del governo clinico

Il questionario sul governo clinico è stato costruito *ad hoc* per indagare se e in che misura le aziende sanitarie abbiano interiorizzato tali tematiche in alcune routine organizzative rilevanti, ossia gli incontri del Collegio di direzione e le riunioni del dipartimento, secondo le percezioni del *senior management* aziendale. Gli *item* del questionario sono stati costruiti sulla base dell'analisi della letteratura nazionale e internazionale sui temi del governo clinico (Reinertsen *et al.*, 2007; Jha, Epstein, 2010; Lombarts *et al.*, 2009; Grilli, Taroni, 2004). Per ciascuna affermazione riportata nel questionario è stato chiesto di esprimere una valutazione sul proprio grado di accordo sulla base di una scala Likert da 1

(completo disaccordo) a 6 (completo accordo). Era richiesto che le risposte dovessero essere riferite all'attività svolta all'interno del Collegio di direzione e nei dipartimenti nel 2009.

Gli *item* di valutazione del questionario sono 13. Di questi, otto domande mirano a indagare l'*empowerment* del Collegio di direzione rispetto ai temi della *clinical governance* e la capacità di gestire il cambiamento e le situazioni di crisi aziendale; mentre le rimanenti 5 approfondiscono quanto gli approcci e gli strumenti del governo clinico siano diffusi anche all'interno dei singoli dipartimenti, volendo evidenziare la capacità del *senior management* aziendale di avere un ruolo di «cinghia di trasmissione» delle tematiche e degli strumenti relativi alla qualità e al rischio anche tra gli operatori dei dipartimenti clinici.

Il questionario riprende un'accezione ampia del tema del governo clinico, in quanto con esso richiama approcci e logiche relative a tre dimensioni di analisi (**tabella 1**): i) implementazione di strumenti e disponibilità di informazioni per la qualità e il rischio (*au-*

dit clinico, linee-guida, indicatori di misurazione della qualità); ii) coinvolgimento del Collegio di direzione nelle decisioni relative al governo clinico; iii) coinvolgimento del Collegio di direzione nelle decisioni relative a cambiamenti organizzativi e clinici.

4.3. La scelta del campione

Il questionario è stato indirizzato a una categoria particolare di membri delle organizzazioni selezionate.

La scelta di restringere il campione di analisi al *senior management* aziendale è stata determinata da alcune motivazioni di fondo. Innanzitutto, l'idea che il Direttore generale e i componenti del Collegio di direzione siano i ruoli che esercitano una influenza maggiore sulla cultura aziendale, sia direttamente sia indirettamente, in quanto contribuiscono alla definizione delle strategie aziendali dalle quali discende, in ultima istanza, il conseguimento di determinate performance. Gli Autori riconoscono che il comportamento di ognuna delle sub-culture organizzative presenti nelle Asp (es. le sub-culture ap-

Tabella 1

Ambiti di riferimento e *item* analizzati in relazione ai temi della *Clinical governance*

Dimensione	Domanda
Strumenti e informazioni disponibili per il governo clinico	(1) Il Collegio di direzione si avvale di informazioni sufficientemente dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'Azienda (2) I singoli Dipartimenti aziendali si avvalgono di informazioni sufficientemente dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'Azienda (11) Strumenti quali le linee-guida sono ampiamente diffusi nei Dipartimenti (12) Il ricorso a indicatori di misurazione della qualità dei servizi è diffuso nei Dipartimenti di questa Azienda (13) In questa Azienda attività di <i>audit</i> clinico a livello dipartimentale sono rare e occasionali
Coinvolgimento del collegio di direzione nelle decisioni relative al governo clinico	(3) Il miglioramento della appropriatezza clinica e/o organizzativa dell'assistenza è uno dei temi principali su cui il Collegio di direzione di questa Azienda è stato chiamato a dare il proprio contributo (4) Le discussioni in sede di Collegio di direzione non lasciano sufficiente spazio a temi come la sicurezza delle cure e la gestione del rischio (8) La formazione professionale è uno dei temi principali su cui il Collegio di direzione di questa Azienda è stato chiamato a dare il proprio contributo (9) Nei Dipartimenti di questa Azienda si discute di appropriatezza clinica ed organizzativa (10) Le discussioni in sede di Collegio di direzione lasciano sufficiente spazio a temi come la ricerca e l'innovazione
Coinvolgimento del collegio di direzione nelle decisioni relative a cambiamenti organizzativi	(5) L'attività del Collegio di direzione è stata efficace e tempestiva rispetto al verificarsi di situazioni di criticità in questa Azienda (6) Significativi cambiamenti clinici e/o organizzativi introdotti in Azienda sono stati discussi nel Collegio di direzione di questa Azienda (7) Il Collegio di direzione ha proposto significativi cambiamenti clinici e/o organizzativi

partenenti a diverse tipologie di professioni sanitarie o di branca medica specialistica) possa condizionare il funzionamento complessivo dell'azienda e, quindi, ne influenza i risultati (Prenestini, 2011). Tuttavia, un'altra riflessione a favore di questa scelta è che il Collegio di direzione funge da «cinghia di trasmissione» delle strategie definite dal vertice aziendale (DG o Direzione strategica unitariamente intesa) – sovente in collaborazione con il Collegio stesso – verso il *middle management* (direttori di struttura complessa e semplice), per cui la cultura organizzativa che lo contraddistingue può diffondersi nelle linee con una visione specifica che può, da ultimo, determinare un'influenza sui valori e sui comportamenti (Gerowitz *et al.*, 1996). Inoltre, autori come Cameron (1985), ritengono che solo il *senior management* aziendale – tra le sotto-culture organizzative di cui si compone l'azienda – possa avere una visione complessiva della cultura presente all'interno dell'organizzazione, in quanto rappresentanti della coalizione interna dominante.

I questionari sono stati somministrati tra il 2010 e il 2011 al *senior management* di tutte le Aziende sanitarie pubbliche presenti in Piemonte, Emilia Romagna e Veneto. Ogni questionario si compone di due parti chiaramente distinte: una relativa al CVF e l'altra al governo clinico. Seguendo il metodo di Gerowitz *et al.* (1996), il CVF e il questionario sul governo clinico sono stati inviati al Direttore generale, al quale è stato chiesto di inoltrarlo ai membri del Collegio di direzione.

Il confronto tra le principali caratteristiche delle aziende partecipanti (posti-letto e bacini di utenza) non ha mostrato differenze statisticamente significative rispetto a quelle non partecipanti, rafforzando così l'idea di un campione rappresentativo della popolazione di Asp di queste tre Regioni.

5. Risultati dell'indagine

5.1. Cultura organizzativa nel campione analizzato

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 338 membri del Collegio di direzione di 33 aziende (54,1% del numero totale di aziende sanitarie pubbliche presenti nelle tre Regioni). Sono stati eliminati i questionari

<i>Cultura</i>	<i>Media</i>	<i>DEV ST</i>
CLAN	20,02	2,45
SVILUPPO	20,98	4,07
GERARCHICA	30,42	5,53
RAZIONALE	28,58	5,90
FOCUS INTERNO	50,44	2,65
FOCUS ESTERNO	49,56	2,65
PROCESSI MECCANICISTICI	59,00	1,04
PROCESSI RELAZIONALI	41,00	1,04

ri che si presentavano difforni rispetto agli standard di compilazione (per esempio attribuzione errata punteggio) o che presentavano alcune ambiguità di scrittura che non era possibile sanare.

La letteratura indica che tre risposte fornite dal *senior management* della stessa azienda sono sufficienti per accertare con sicurezza la cultura organizzativa dominante (Gerowitz *et al.*, 1996; Gerowitz, 1998; Davies *et al.*, 2007; Mannion *et al.*, 2009). In media sono pervenuti 7,4 questionari per azienda. La **tabella 2** mostra i risultati totali per i 338 rispondenti delle 33 aziende sanitarie partecipanti alla ricerca.

I risultati in termini di valori medi complessivi per i rispondenti evidenziano: (a) una prevalenza di culture organizzative dominanti gerarchiche e, secondariamente, razionali; (b) un sostanziale equilibrio tra *focus* interno (rappresentato dalle culture gerarchiche e clan) ed esterno (rappresentato dalle culture razionali e dello sviluppo); (c) una rilevante predominanza dei processi meccanicistici, fondati su standardizzazione dei comportamenti tramite norme e regole formali (culture gerarchiche) o tramite sistemi di management per obiettivi (culture razionali).

A livello di singole aziende del campione, la distribuzione delle culture dominanti è la seguente:

- 2 aziende presentano una cultura dominante clan;
- 3 aziende mostrano una cultura dominante orientata allo sviluppo;
- 19 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;

Tabella 2
Risultati totali questionari
CVF (n = 338)

<i>Culture</i>	<i>Media</i>	<i>DEV ST</i>
CLAN	21,65	2,57
SVILUPPO	20,05	3,59
GERARCHICA	30,43	6,20
RAZIONALE	27,87	6,71
FOCUS INTERNO	53,76	2,49
FOCUS ESTERNO	46,24	2,49
PROCESSI MECCANICISTICI	61,92	0,82
PROCESSI RELAZIONALI	38,08	0,82

Tabella 3

Risultati totali questionari CVF delle Asp della Regione Piemonte (n = 90)

– 9 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

Si nota una netta prevalenza delle culture gerarchiche rispetto alle altre tipologie di culture dominanti. Di seguito si sintetizzeranno i risultati di ognuna delle tre Regioni analizzate.

Regione Piemonte

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 90 membri del collegio di direzione di 11 aziende piemontesi (3 Ao e 9 Ausl). La **tabella 3** rappresenta i risultati per i 90 rispondenti delle Asp della Regione Piemonte.

Dai risultati per la Regione Piemonte si evidenzia una prevalenza di culture organizzative dominanti gerarchiche, una maggiore rilevanza dei processi meccanicistici e un focus orientato all'interno.

Tabella 4

Risultati totali questionari CVF delle Asp della Regione Emilia Romagna (n = 169)

<i>Cultura</i>	<i>Media</i>	<i>DEV ST</i>
CLAN	19,28	2,34
SVILUPPO	22,73	4,32
GERARCHICA	29,60	3,38
RAZIONALE	28,39	4,48
FOCUS INTERNO	48,88	2,20
FOCUS ESTERNO	51,12	2,20
PROCESSI MECCANICISTICI	57,99	1,56
PROCESSI RELAZIONALI	42,01	1,56

La ripartizione delle culture dominanti tra le aziende del campione piemontesi è la seguente:

- 1 azienda presenta una cultura dominante clan;
- 9 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 1 azienda mostra una cultura dominante di tipo razionale.

Dai risultati sulle culture organizzative dominanti piemontesi si evidenzia una rilevante polarizzazione sulla cultura gerarchica, che risulta dominante in 9 (82%) delle aziende sanitarie rispondenti, mentre nessuna azienda presenta una cultura dello sviluppo, orientata alla soddisfazione degli *stakeholder* esterni.

Regione Emilia Romagna

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 169 membri del collegio di direzione di 14 aziende (5 Ao, 5 Irccs, 9 Ausl). Nella **tabella 4** vengono rappresentati i risultati relativi ai 169 rispondenti delle Asp emiliano-romagnole.

Dai risultati per i rispondenti della Regione Emilia Romagna si evidenzia: (a) un sostanziale equilibrio tra valori relativi alle culture gerarchiche e razionali, sebbene risultino leggermente prevalenti le medie relative alle culture gerarchiche; (b) una preponderante rilevanza dei processi meccanicistici; (c) un prevalente *focus* esterno (tratto comune delle culture razionali e dello sviluppo), ossia orientato alla soddisfazione degli *stakeholder* esterni.

Le culture dominanti nelle Asp del campione emiliano-romagnolo sono le seguenti:

- 3 aziende mostrano una cultura dominante orientata allo sviluppo;
- 7 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 4 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

Questi numeri mostrano una prevalenza di culture gerarchiche e meccanicistiche che si bilanciano con la somma delle culture orientate all'esterno (sviluppo e razionali), mentre sono inesistenti le culture clan.

Regione Veneto

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 65 membri del senior management di 8 aziende Ulss. La **tabella 5** rappresenta i risultati totali dei questionari compilati.

Dai risultati per la Regione Veneto si evidenzia: a) un equilibrio tra valori relativi alle culture gerarchiche e razionali, sebbene risultino leggermente più alte le medie relative alle culture gerarchiche; b) una preponderante rilevanza dei processi meccanicistici e un sostanziale equilibrio tra *focus* interno ed esterno.

La ripartizione delle culture dominanti tra le Asp del campione veneto è la seguente:

- 1 azienda presenta una cultura dominante clan;
- 3 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 4 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

Questi numeri mostrano una prevalenza di culture razionali e gerarchiche, ossia fondate su processi meccanicistici, mentre sono inesistenti le culture orientate allo sviluppo.

Discussione dei risultati del CVF

Il CVF mostra per le Asp analizzate:

- una prevalenza di culture gerarchiche (57,6%), seguite da un significativo numero di culture razionali (27,3%), che fondano le proprie regole di funzionamento su meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo, sui quali il sistema politico e istituzionale sta chiedendo alle aziende sanitarie di investire maggiormente;
- una grande enfasi sul governo della gestione e del coordinamento attraverso processi meccanicistici (piani strategici, *budget*, sistemi di valutazione delle performance, ecc.), che conseguentemente assottiglia il numero delle aziende con cultura clan (6%) e dello sviluppo (9,1%).

La prevalenza di un *focus* interno come approccio alle sollecitazioni ambientali e di processi meccanicistici come metodo di governo dei processi aziendali può essere retaggio del modello burocratico tradizionale, fortemente diffuso nel settore pubblico italiano

Cultura	Media	DEV ST
CLAN	20,89	3,10
SVILUPPO	21,54	4,85
GERARCHICA	29,02	7,74
RAZIONALE	28,55	6,78
FOCUS INTERNO	49,91	3,51
FOCUS ESTERNO	50,09	3,51
PROCESSI MECCANICISTICI	57,57	1,96
PROCESSI RELAZIONALI	42,43	1,96

e nel Ssn (Cristofoli *et al.*, 2007; Cristofoli *et al.*, 2008; Del Vecchio, De Pietro, 2011).

L'analisi sulle aziende appartenenti ai diversi sistemi regionali, inoltre, evidenzia alcune tendenze di fondo:

- le aziende piemontesi mostrano una spiccata tendenza verso culture gerarchiche e sistemi di funzionamento meccanicistici, verosimile effetto del tradizionale sistema di funzionamento delle amministrazioni pubbliche fondato sulla definizione rigida di regole e procedure;

- le aziende emiliano-romagnole sono prevalentemente orientate alla soddisfazione degli *stakeholder* esterni, probabile segno di una cultura aziendale votata alla creazione di consenso sociale e istituzionale nei confronti dell'operato dell'azienda sanitaria e all'abitudine di rendere conto delle proprie azioni al sistema (es. attraverso il Bilancio di missione);

- le aziende venete mostrano invece una forte prevalenza di culture basate su sistemi meccanicistici per il raggiungimento dei risultati aziendali: questi a volte vengono tradotti in regole e procedure codificate (culture gerarchiche), altre volte in sistemi di pianificazione, programmazione e controllo (culture razionali), tale scelta potrebbe essere dovuta al diverso stile di management delle direzioni strategiche aziendali.

Tali risultati permettono di ipotizzare che le culture organizzative possano essere in parte spiegate da modelli *path-dependency* e che esistano alcuni aspetti di contesto e di retaggio storico-culturale che ne influenzano la genesi e/o la persistenza nel sistema sanitario nazionale o regionale, oltre allo stile di

Tabella 5

Risultati totali questionari CVF delle Asp della Regione Veneto (n = 65)

management del leader e alla cultura della coalizione dominante (Prenestini, in uscita).

5.2. Attitudine al governo clinico nel campione analizzato

Le analisi statistiche sono state condotte con l'ausilio del software IBM SPSS Statistics (versione 20).

In questa parte dell'analisi vengono utilizzati i risultati relativi al questionario sul governo clinico (descritto nel paragrafo 4.2). I questionari utilizzabili per le tre Regioni che hanno partecipato al sondaggio sono in totale 316: il dato è leggermente inferiore rispetto a quello dei questionari CVF, poiché alcuni dei rispondenti a quest'ultimo questionario non hanno compilato quello sul governo clinico.

La **tabella 6** riporta le principali statistiche descrittive per i 13 *item* di valutazione del governo clinico, sia in termini di indicatore complessivo (SUM10) sia i tre indicatori complessivi parziali (SUM2_1, SUM2_2, e SUM2_3) che si riferiscono alle tre dimensioni del governo clinico indagate. Il

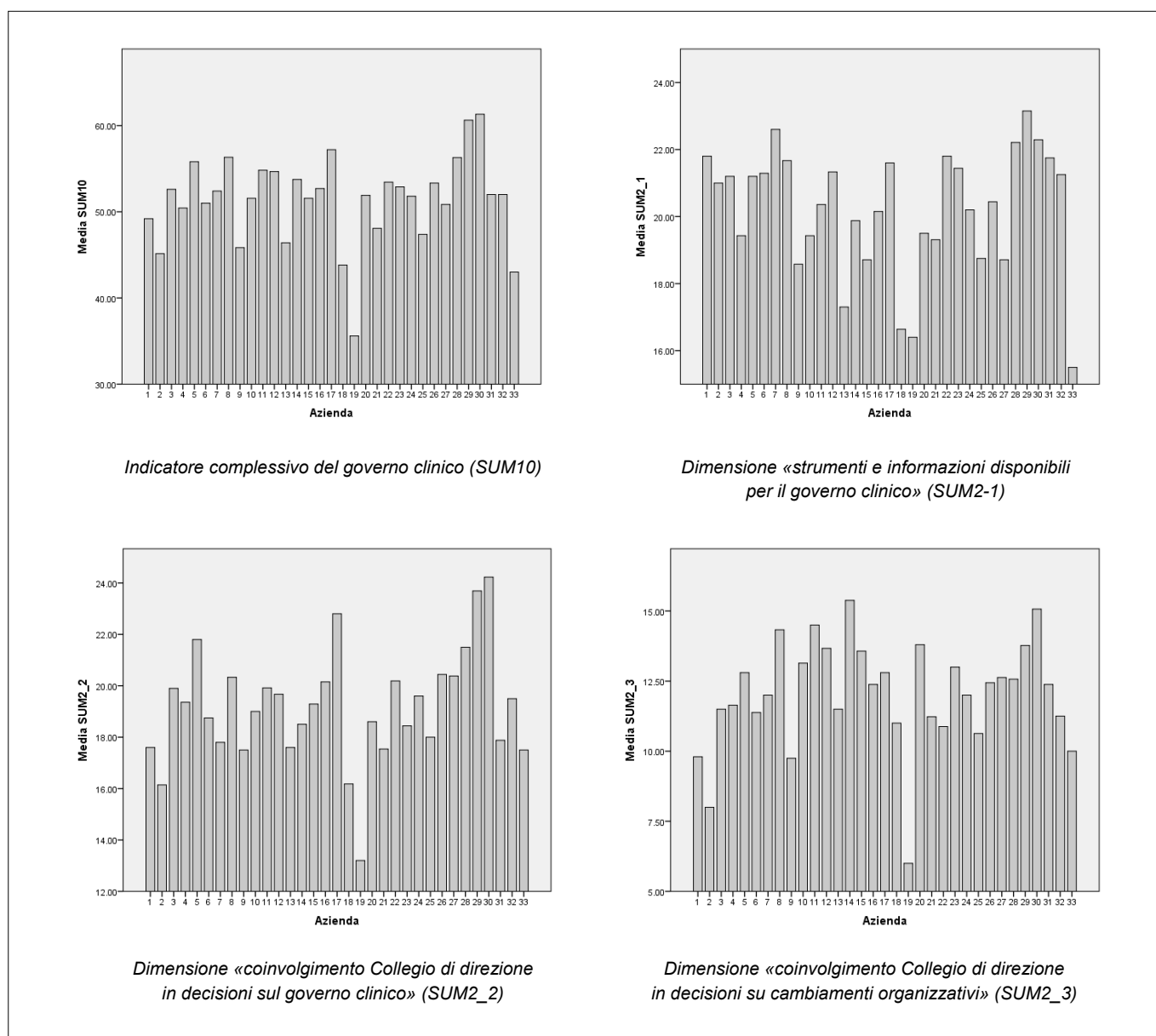
test di *reliability* complessiva per i 13 *item* mostra una buona coerenza interna (alpha di Cronbach = 0.89). Lo stesso test, applicato a ciascuno degli indicatori parziali relativo a una delle tre dimensioni del governo clinico, conferma generalmente una buona coerenza interna per ognuno dei tre indicatori complessivi (l'alpha di Cronbach per SUM2_1, SUM2_2, e SUM2_3 è rispettivamente 0,69, 0,73 e 0,81), sebbene per il primo indicatore sia leggermente al di sotto dello standard per questo tipo di metriche (0,70).

La **figura 2** mostra l'andamento dei quattro indicatori sopra menzionati. L'indicatore complessivo (SUM10) evidenzia una marcata variabilità che vede sette aziende (1, 2, 9, 13, 18, 19, 21, 33) caratterizzate da valori visibilmente più bassi degli altri (indicativamente sotto la soglia del valore «50», mentre il valore mediano è pari a 52). Anche gli altri tre indicatori parziali mostrano variabilità che, mantenendo invariata la collocazione delle aziende lungo l'asse delle ascisse, appare graficamente non sovrapponibile rispetto alla prima.

Tabella 6

Statistiche descrittive riguardanti le percezioni di attitudine al governo clinico

Item	N	Media	Dev. Std.	Min	Max
Domanda 1	316	4.16	1.21	1	6
Domanda 2	316	4.16	1.11	1	6
Domanda 3	316	4.22	1.29	1	6
Domanda 4 (invertita)	316	3.74	1.50	1	6
Domanda 5	315	3.93	1.32	1	6
Domanda 6	315	4.49	1.30	1	6
Domanda 7	316	3.80	1.38	1	6
Domanda 8	315	3.66	1.39	1	6
Domanda 9	316	4.45	1.12	1	6
Domanda 10	316	3.59	1.33	1	6
Domanda 11	313	4.38	1.08	1	6
Domanda 12	315	4.02	1.26	1	6
Domanda 13 (invertita)	314	3.68	1.35	1	6
Indicatori					
SUM10	310	52.18	10.34	26	76
SUM2_1	312	20.37	4.02	9	29
SUM2_2	315	19.65	4.62	7	30
SUM2_3	314	12.20	3.41	3	18



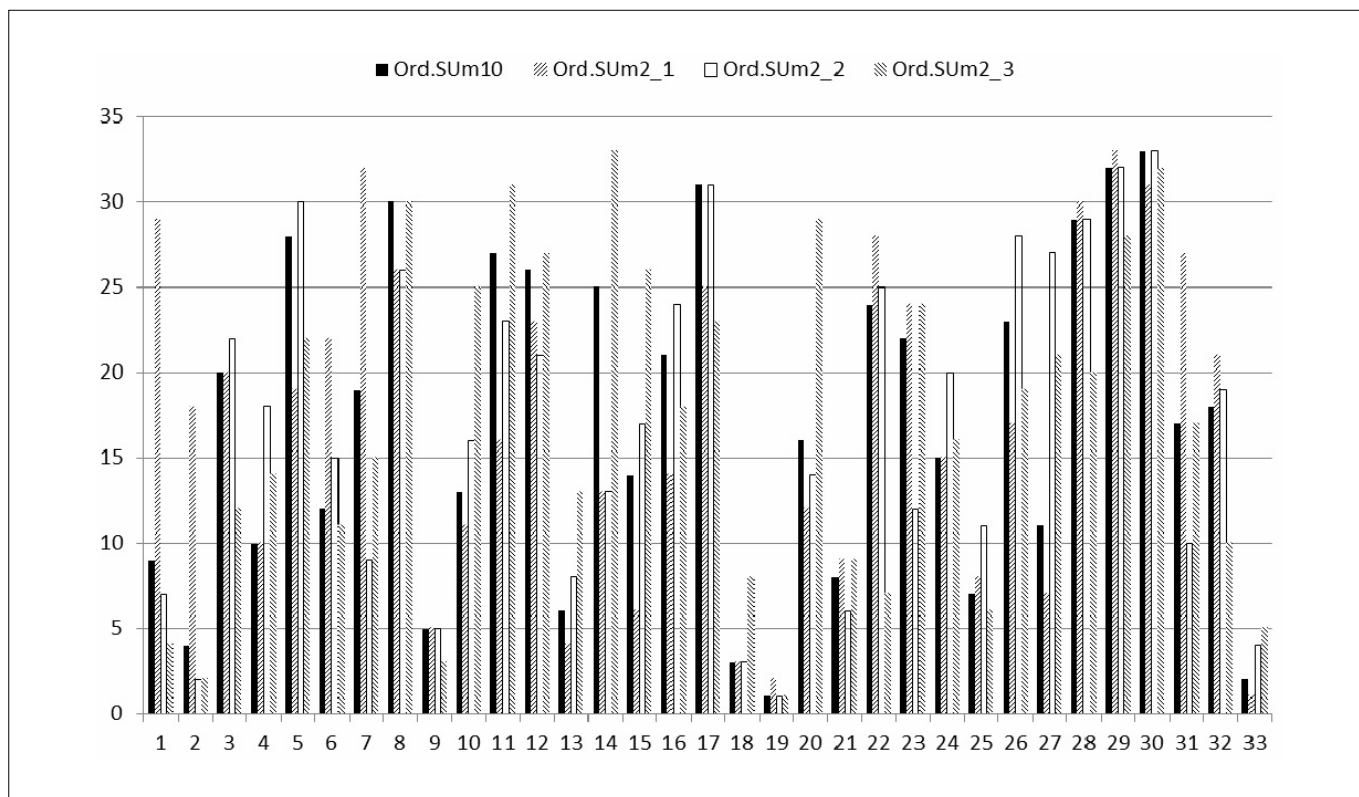
Questo aspetto è più facilmente analizzabile con la **figura 3**, che mostra la posizione di ogni azienda nell'ordinamento rispetto a ciascuno dei quattro indicatori. Ad esempio, l'indicatore riguardante la disponibilità di informazioni e strumenti per il governo clinico (SUM2_1) mostra alcuni casi (1, 2, 11, 14, 15) che, rispetto all'indicatore complessivo, si distinguono per una vistosa variazione della loro posizione rispetto alle altre aziende. Diversamente, sette aziende (9, 13, 18, 19, 21, 25, 33) risultano consistentemente nelle

ultime dieci posizioni per tutti gli indicatori – con l'eccezione di un indicatore per 13 e 25 – mentre cinque casi (8, 12, 17, 29, 30) risultano consistentemente in vetta alla classifica per tutti gli indicatori.

5.3. La relazione tra culture organizzative e l'attitudine al governo clinico

Quest'ultima parte dell'analisi indaga l'esistenza di una relazione significativa tra cultura organizzativa dominante e attitudine

Figura 2
Livello di attitudine al governo clinico riportato dai *senior manager* per azienda



Nota: sull'asse delle ordinate «1» (33) rappresenta il livello minimo (massimo) riportato per il relativo indicatore.

Figura 3

Ordinamento delle aziende per livello di attitudine al governo clinico riportato dai *senior manager*

al governo clinico. In altre parole, si intende esplorare se differenze tra valori e le credenze dominanti in un'azienda sanitaria sono associate a differenze significative nella capacità di trattare temi e introdurre approcci/strumenti relativi al governo clinico (es. qualità delle cure, rischio clinico, appropriatezza diagnostico-terapeutica) a livello sia di processi decisionali nel Collegio di direzione sia di routine organizzative nei dipartimenti.

Le figure 4 e 5 mostrano graficamente l'associazione tra percezioni del *senior management* su governo clinico e cultura organizzativa. La **figura 4** considera l'indicatore complessivo di attitudine verso il governo clinico e mostra una superiorità delle culture di sviluppo e razionali in merito.

La **figura 5** considera separatamente i tre indicatori parziali (uno per ciascuna delle dimensioni prima spiegate). I primi due grafici confermano che le culture dominanti orientate allo sviluppo e razionali sono associate a valori medi più alti per SUM2_1 (la disponibilità di informazioni e strumenti per il go-

verno clinico) e SUM2_2 (il coinvolgimento del Collegio di direzione sulle decisioni relative al governo clinico), rispetto alle culture gerarchiche e clan. Tuttavia, per SUM2_3 (il coinvolgimento del Collegio di direzione sulle decisioni relative ai cambiamenti organizzativi e clinici), i valori medi delle culture clan e sviluppo mostrano una superiorità rispetto alle culture razionali e gerarchiche.

I risultati dei confronti statistici tra medie dei valori degli indicatori aggregati per cultura dominante (**tabella 7**) confermano – con poche eccezioni – la superiorità della cultura dominante di tipo sviluppo rispetto agli altri tipi. Mentre la cultura dominante di tipo razionale si dimostra superiore a quella gerarchica rispetto all'indicatore complessivo e a quello parziale relativo alla disponibilità di informazioni e strumenti per il governo clinico.

Si può affermare che le culture orientate allo sviluppo dimostrano una maggiore capacità di coinvolgere il Collegio di direzione nelle decisioni e discussioni relative alla

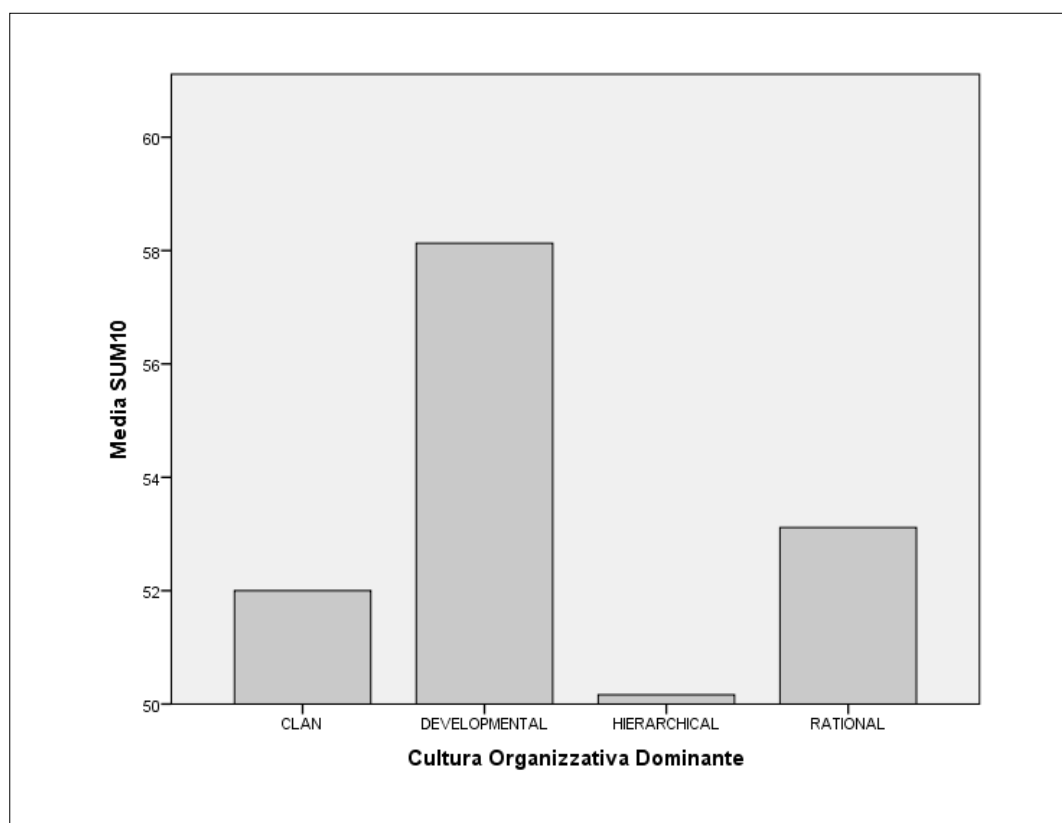


Figura 4
Risultati complessivi
sul governo clinico per
cultura dominante

clinical governance e investono particolarmente nella definizione di strumenti (linee guida e percorsi) che diano una risposta adeguata alle esigenze dei pazienti – i principali *stakeholder* dell’azienda – e che migliorino l’appropriatezza, l’efficienza e l’efficacia interna. Inoltre, sembra esserci un forte *empowerment* del Collegio nel proporre innovazioni cliniche e organizzative e contribuire alla discussione su tematiche critiche per lo sviluppo aziendale in senso più ampio: tale situazione appare coerente con le caratteristiche delle culture dello sviluppo che intercettano le richieste di cambiamento imposte dall’ambiente esterno e rispondono a esse anche modificando la propria organizzazione e i propri sistemi di governo clinico per renderli più adeguati ai *trend* di cambiamento ambientali.

Le culture razionali dispongono soprattutto di strumenti e di informazioni legate al governo clinico: ossia prevedono momenti destinati all’audit clinico e utilizzano indicatori e *target* di riferimento per la qualità dei

servizi sanitari, situazione quest’ultima che può discendere dalle caratteristiche stesse della cultura organizzativa razionale orientata al raggiungimento di obiettivi misurabili attraverso indicatori di performance.

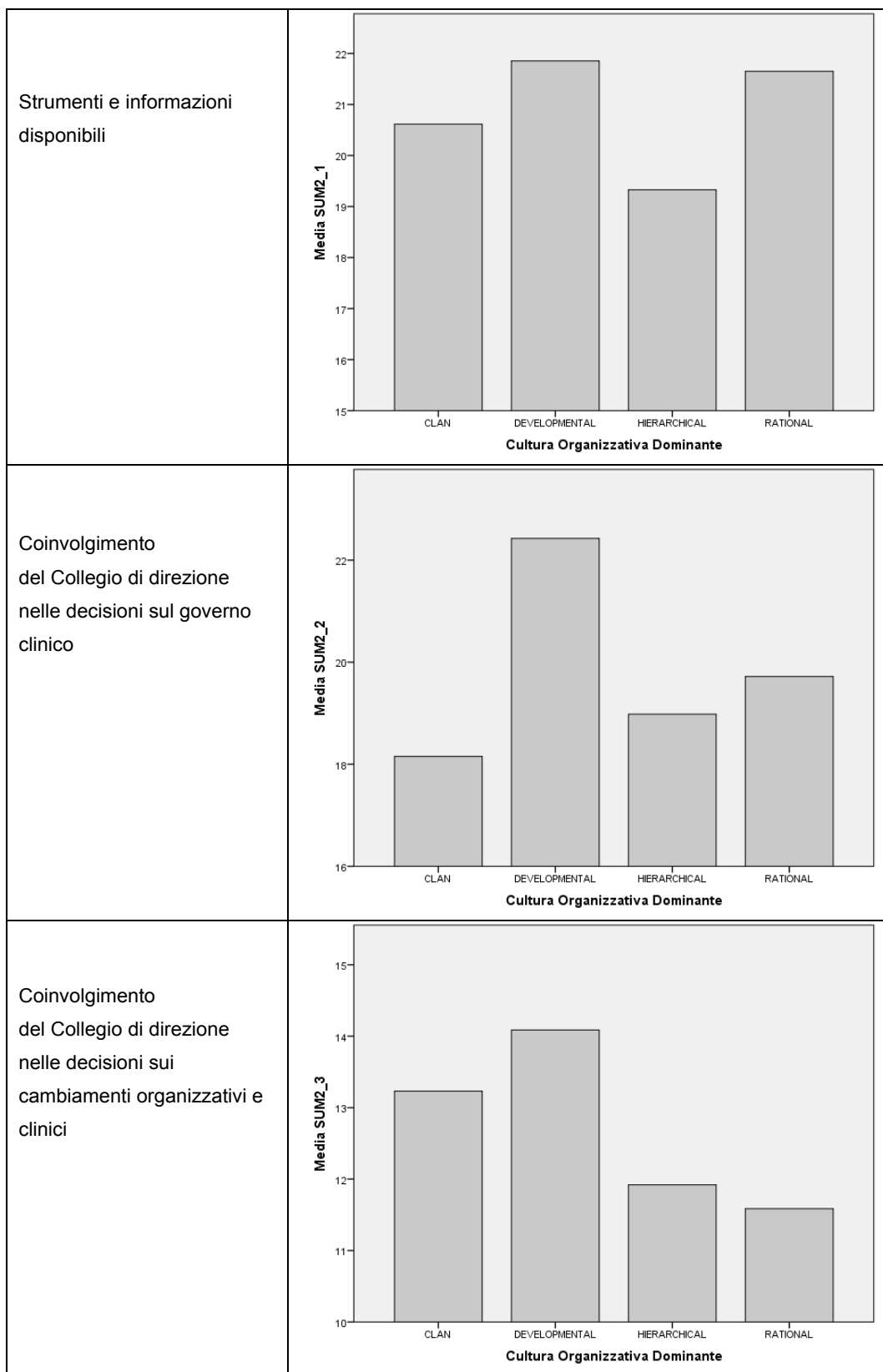
I risultati sono corroborati anche da analisi più sofisticate, basate su modelli multivariati che tengono conto dell’influenza di variabili individuali (es. anzianità di servizio, professione) e strutturali (es. dimensioni aziendali, cambiamenti istituzionali quali fusioni) sulle percezioni dei rispondenti. Anzi, rafforzano il distacco delle culture basate su un orientamento esterno (ossia sviluppo e razionali) rispetto a quelle basate su un orientamento interno. Con l’eccezione del terzo indicatore parziale, per cui le culture clan sembrano manifestare superiorità rispetto alle altre.

6. Conclusioni

Questo studio, partendo da un *gap* della letteratura, amplia le precedenti analisi empiriche che ipotizzavano un collegamento tra

Figura 5

Risultati per ciascuna delle tre dimensioni del governo clinico per cultura dominante



	SUM10	CLAN	SVILUPPO	GERARCHICA		SUM2_1	CLAN	SVILUPPO	GERARCHICA
CLAN	52.00	-	-	-	CLAN	20.62	-	-	-
SVILUPPO	58.13	p=0.06	-	-	SVILUPPO	21.85	p=0.37	-	-
GERARCHICA	50.16	p=0.53	p=0.00	-	GERARCHICA	19.33	p=0.32	p=0.00	-
RAZIONALE	53.11	p=0.71	p=0.01	p=0.03	RAZIONALE	21.65	p=0.43	p=0.78	p=0.00
	SUM2_2	CLAN	SVILUPPO	GERARCHICA		SUM2_3	CLAN	SVILUPPO	GERARCHICA
CLAN	18.15	-	-	-	CLAN	13.23	-	-	-
SVILUPPO	22.43	p=0.01	-	-	SVILUPPO	14.09	p=0.48	-	-
GERARCHICA	18.98	p=0.56	p=0.00	-	GERARCHICA	11.52	P=0.27	p=0.00	-
RAZIONALE	19.72	p=0.29	p=0.04	p=0.23	RAZIONALE	11.99	P=0.18	p=0.00	p=0.46

culture organizzative e aspetti specifici del governo clinico, senza però ottenere delle evidenze conclusive. I risultati riportati nel presente lavoro, invece, dimostrano l'esistenza di una relazione tra la cultura organizzativa del *senior management* aziendale e percezioni relative allo sviluppo di strumenti di governo clinico in azienda.

Da tali risultati possiamo arrivare a due maggiori implicazioni per i manager e per i *policy maker*.

Primo, le evidenze indicano che le pratiche di governo clinico sono maggiormente implementate in aziende con culture dominanti razionali e orientate allo sviluppo. Quindi, in generale, nelle aziende sanitarie che vogliono introdurre buoni sistemi di governo clinico sarà necessario investire su quelle caratteristiche delle culture dello sviluppo e razionali che portano a un maggiore coinvolgimento del Collegio di direzione e del *middle management* sulle tematiche del governo clinico: per esempio, un chiaro orientamento verso la soddisfazione degli *stakeholder* esterni e la definizione di chiari obiettivi e scopi per l'azione aziendale.

Secondo, la selezione del *top management* dovrebbe considerare lo stile di *leadership* che più facilita il consolidamento di culture razionali e dello sviluppo. Inoltre, anche la formazione del *top* e del *middle management* dovrebbe rinforzare le attitudini e gli approcci di *leadership* che sono più coerenti con le culture organizzative desiderate.

La finalità dell'analisi è stata, in primo luogo, quella di descrivere le culture del *senior management* delle aziende sanitarie di tre importanti regioni italiane e, in secondo luogo, quella di verificare se esiste una relazione tra cultura dominante nel *senior management* e grado di attenzione alle tematiche del governo clinico a livello di Collegio di direzione o dipartimentale.

Ulteriori sviluppi della ricerca potranno condurre, da un lato, all'ampliamento del campione di aziende su cui è valutata la cultura organizzativa dominante, dall'altro, alla misurazione dell'impatto delle culture organizzative sullo sviluppo del governo clinico andando oltre le percezioni dei rispondenti, ossia attraverso la verifica degli strumenti e delle attività effettivamente svolte in seno al Collegio di direzione e nei dipartimenti e la valutazione di indicatori *proxy* di risultati di *outcome* che discendono da un'efficace governo clinico aziendale.

Note

1. Per una disamina del concetto di cultura organizzativa e della letteratura a esso collegata, si rimanda a un contributo pubblicato sulla presente rivista (Prentestini, 2011).
2. In questo lavoro, il *Senior Management Aziendale* comprende il Direttore generale e i membri del Collegio di direzione ex art. 17 del D.L.vo 502/92 (Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Direttori di Distretto, di Dipartimento e di Presidio ospedaliero), nonché tutti gli altri ruoli che sono previsti all'interno dello stesso Collegio dalle normative regionali di riferimento.

Tabella 7
Confronti tra medie
e significatività statistica

B I B L I O G R A F I A

- CAMERON K.S. (1985), «Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness», *Working Paper n. 401b*, Graduate School of Business Administration, University of Michigan.
- CAMERON K.S., FREEMAN S.J. (1991), «Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness», *Research in Organizational Change and Development*, 5, pp. 23-58.
- CRISTOFOLI D., TURRINI A., VALOTTI G. (2007), *Da burocrati a manager: una riforma a metà. Primo rapporto sulla dirigenza pubblica italiana*, Egea, Milano.
- CRISTOFOLI D., TURRINI A., VALOTTI G. (2008), «Modernizzare la Pubblica Amministrazione italiana: Misure, risultati, nodi irrisolti», *Modernizzare i Governi: la sfida per il futuro. OCAP*, White Paper no. 1, OECD - Egea, Milano.
- DAVIES H.T.O., NUTLEY S.M., MANNION R. (2000), «Organisational culture and quality of health care», *Quality in Health Care*, 9 (2), pp. 111-119.
- DAVIES H.T.O., MANNION R., JACOBS A., POWELL A.E., MARSHALL M.N. (2007), «Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance», *Medical Care Research and Review*, 1 (64), pp. 46-65.
- DEAL T.E., KENNEDY A.A. (1982), *Corporate cultures*, Reading, Addison-Wesley, Ma.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2011), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.
- GEROWITZ M.B. (1998), «Do TQM interventions change management culture? Findings and implications», *Quality Management in Health Care*, 6 (3), pp. 1-11.
- GEROWITZ M.B., LEMIEUX-CHARLES L., HEGINBOTHAN C., JOHNSON B. (1996), «Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals», *Health Services Management Research*, 9, pp. 69-78.
- GRILLI R., TARONI F. (2004), *Governo clinico*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- GUTHRIE M. (2005), «Engaging physicians in performance improvement», *American Journal of Medical Quality*, 10 (5), pp. 235-238.
- JHA A., EPSTEIN A. (2010), «Hospital governance and the quality of care», *Health Affairs*, 29 (1), pp. 182-187.
- KAPLAN R.S., PORTER M.E. (2011), «The Big Idea: how to solve the cost crisis in health care», *Harvard Business Review*, 2011 (September), pp. 47-64.
- LEGA F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: segnali dal campo su come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica ed organizzativa», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- LEGA F., CALCIOLARI S. (2012), «Coevolution of Patients and Hospitals: How Changing Epidemiology and Technological Advances Create Challenges and Drive Organizational Innovation», *Journal of Healthcare Management*, 57(1), pp. 17-33.
- LOMBARTS M.J.M.H., RUPP I., VALLEJO P., KLAZINGA N.S., SUNOL R. (2009), «Differentiating between hospitals according to the "maturity" of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals», *Quality & Safety in Health Care*, 18 (suppl. 1), pp. i38-i43.
- MACLEOD D., CLARKE N. (2009), *Engaging for success: enhancing performance through employees engagement*. Department for business, innovation and skills, UK, www.bis.gov.uk/files/file52215.pdf
- MANNION R., DAVIES H.T.O., MARSHALL M.N. (2003), *Cultures for performances in health care: evidence on the relationships between organizational culture and organizational performance in the NHS*, University of York, York.
- MANNION R., HARRISON S., JACOBS R., KONTEH F., WALSH K., DAVIES H.T.O. (2009), «From cultural cohesion to rules and competition: the trajectory of senior management culture in English NHS hospitals, 2001-2008», *Journal of Research in Social Medicine*, 102, pp. 332-336.
- PETTIGREW A.M. (1979), «On studying organizational cultures», *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 570-581.
- PRENESTINI A. (2011), «Cultura organizzativa e cambiamento nelle Aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 80, pp. 27-46.
- PRENESTINI A. (in pubblicazione), «Esplorare le culture organizzative delle Aziende Sanitarie Pubbliche: analisi e confronto in cinque SSR», in E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2012*, Egea, Milano.
- QUINN R.E., ROHRBAUGH J. (1983), «A spatial model of effectiveness criteria: toward a competing values approach to organizational analysis», *Management Science*, 3, pp. 363-377.
- REINERTSEN J.L., GOSFIELD A.G., RUPP W., WHITTINGTON J.W. (2007), *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*, Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series white paper, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA.
- SCALLY G., DONALDSON L.J. (1998), «Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England», *BMJ* (4 July 1998), pp. 61-65.
- SCOTT T., MANNION R., MARSHALL M.N., DAVIES H.T.O. (2003), «Does organisational culture influence health care performance? A review on the evidence», *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(2), pp. 105-117.
- SCHIEIN E.H. (2010), *Organizational Culture and Leadership*, John Wiley & Sons, San Francisco (CA).
- SHORTELL S., JONES R., RADEMAKER A., GILLIES R., DRANOVE D., HUGHES E. et al. (2000), «Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients», *Medical Care*, 38 (2), pp. 201-217.
- SPURGEON P., MAZELAN P.M., BARWELL F. (2011), «Medical engagement: a crucial underpinning to organizational performance», *Health Service Management Research*, 24 (3), pp. 114-20.
- TAYLOR W.F. (1911), *The principles of scientific management*, Harper Bros, New York.

Partecipazione, commitment e informazioni di budget. I risultati di una ricerca empirica

MANUELA S. MACINATI, MARCO GIOVANNI RIZZO, BALDASSARE IPPOLITO

International literature has paid increased attention to the importance of budgetary participation in enhancing management accounting systems effectiveness. NPM reforms (DL.vo. 502/92) attributed a pivotal role to internal budget in enhancing clinicians' accountability surprisingly, no research has been conducted in the Italian National Health Service to investigate whether budgetary participation affects organizational commitment and satisfaction with budget information. The responses of 51 budget holder were analyzed using factor analysis and two regression models. The results confirmed that higher level of budgetary participation affects organizational commitment and t satisfaction with budget information.

Keywords: participation, commitment, budget information

Parole chiave: partecipazione, commitment, informazioni di budget

Note sugli autori

Manuela S. Macinati è professore associato di Economia Aziendale, Facoltà di Economia e CERISMAS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Marco Giovanni Rizzo è dottore di ricerca, ricercatore CERISMAS, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Baldassare Ippolito è dottore magistrale in Economia e gestione delle aziende sanitarie

Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro congiunto, i §§ 1, 2, 3 e 4.1 devono essere attribuiti a M.S. Macinati; i §§ 4, 4.3, 4.4 e 5.2 a M.G. Rizzo; i §§ 4.2 e 5.1 a B. Ippolito. Il § 6 è frutto della collaborazione tra gli autori

1. Introduzione

La pluralità di interessi di carattere politico, istituzionale ed economico che convergono nell'istituto sanitario pubblico ha richiesto una riflessione sul sistema di responsabilità che ricade sui professionisti sanitari. I professionisti sanitari, e i medici in particolare, sono infatti quotidianamente chiamati a operare delle scelte che, sebbene per loro natura finalizzate al raggiungimento delle efficacia clinica e dell'appropriatezza, sono in grado di influenzare in modo significativo i risultati aziendali di ordine economico-finanziario. Partendo da questa constatazione e dalla necessità di assicurare più elevati livelli di efficienza, il processo di riforma del Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha inciso profondamente sul sistema di *accountability* dei medici responsabili di struttura organizzativa. Coerentemente con quanto proposto dal movimento del New Public Management, alla tradizionale responsabilità di tipo professionale viene affiancata quella di ordine economico allo scopo di contemperare esigenze di natura clinica e di sostenibilità economica delle scelte operate che tendono a rendere il medico stesso «accountable» verso il sistema, l'azienda, i pazienti e i cittadini. In virtù del nuovo sistema di responsabilità, i medici, tradizionalmente legati ai valori e alla cultura professionale, sono chiamati a operare nel rispetto dei criteri di efficienza e di meccanismi di controllo.

L'introduzione del *budget*, insieme con alcuni cambiamenti di carattere organizzativo (introduzione del modello dipartimentale, disciplina dei direttori di dipartimento e della dirigenza medica), è probabilmente una delle manifestazioni più evidenti dell'assetto a

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Partecipazione, *commitment* e informazioni di *budget*
3. Modello di ricerca e ipotesi
4. Metodologia di ricerca
5. I risultati
6. Discussioni, conclusioni e futuri sviluppi della ricerca

supporto del nuovo sistema di responsabilità attribuito ai medici responsabili di unità organizzativa. In questo contesto, il *budget* rappresenta il meccanismo operativo per l'assegnazione di obiettivi e correlate responsabilità ai clinici (Perrin, 1988; Wickings, 1983) in modo da influenzarne i comportamenti individuali verso il conseguimento di obiettivi aziendali. Partendo dal presupposto che la disponibilità di informazioni sugli obiettivi da conseguire sia in grado di migliorare i processi decisionali (Hood, 1991-95), le informazioni contenute nel *budget* dovrebbero guidare il comportamento dei *budget holder* che, in funzione delle informazioni disponibili, dovrebbero selezionare il corso di azione più opportuno per il conseguimento degli obiettivi assegnati e, coerentemente con ciò, influenzare i comportamenti dei medici e degli altri professionisti sanitari appartenenti all'unità organizzativa. Questa impostazione normativa del rapporto tra disponibilità delle informazioni di *budget* e processo decisionale sottende un'interpretazione del *budget holder* quale soggetto razionale e «neutro», i cui obiettivi individuali e professionali sono irrilevanti ai fini dell'implementazione del sistema di controllo (Whitley, 1999). Simile interpretazione mal si concilia con la cultura e l'autonomia professionale che tradizionalmente caratterizzano il medico e induce a riflettere sul rapporto esistente tra la dimensione clinico/professionale e la dimensione gestionale/manageriale che convergono nel medico responsabile di unità organizzativa. (Hardy, Hardy, 1988). Il sistema cognitivo e comportamentale del medico si differenzia profondamente da quelle del *manager* chiamato al raggiungimento degli obiettivi aziendali (Leggat *et al.*, 2006). Tali divergenze potrebbero dar luogo, nel sistema di valori, a una «ambiguità di ruolo», fenomeno che si manifesta qualora gli individui non condividano pienamente i comportamenti e le attese di ruolo richiesti da certe posizioni (Hardy, Hardy, 1988; Willcocks, 1994). Ciò potrebbe riflettersi nella riluttanza da parte del *budget holder* a impiegare le informazioni di *budget* a supporto dei comportamenti individuali, con conseguente scollamento tra obiettivi formalizzati e risultati conseguiti.

La letteratura internazionale ha ampiamente analizzato il problema della scarsa accettazione da parte dei medici di responsa-

bilità di carattere economico ed evidenziato l'inefficacia delle informazioni di *budget* nel guidarne i comportamenti (Kurunmaki *et al.*, 2003; Lapsley, 1994; Pettersen, 1995, 2001; Jones, Dewing, 1997). Alcuni autori si sono concentrati sulla individuazione delle variabili in grado di incidere sull'accettazione del *budget* da parte dei medici responsabili di unità organizzativa. Tra queste, la letteratura internazionale ha sottolineato l'importanza del coinvolgimento dei professionisti sanitari nel processo di *budget* (Locke, Latham, 1990; Locke *et al.*, 1988; Renn, 1998; Shields, Shields, 1998). La partecipazione degli individui al processo di *budget* è lo strumento cardine attraverso cui il *budget* può essere interiorizzato dalle persone come strumento di confronto e di crescita organizzativa. Il coinvolgimento nel processo di *budget* dovrebbe da un lato favorire la consapevolezza e l'accettazione da parte del medico di responsabilità coerenti con la posizione funzionale rivestita e con il ruolo svolto; dall'altro dovrebbe indurlo a operare con tutta la sua professionalità e con il massimo impegno per il raggiungimento oltre che degli obiettivi professionali anche di quelli aziendali (Abernethy, Vagnoni, 2004).

L'idea di fondo è che un elevato coinvolgimento nel processo di *budget*, attraverso il suo ruolo motivazionale e cognitivo, sia in grado di influenzare positivamente la predisposizione dell'individuo verso gli obiettivi di *budget* e la sua percezione rispetto alle informazioni di *budget*.

Nonostante la centralità del tema, gli studi empirici sul ruolo svolto dai medici del Ssn nel processo di *budget* e l'impiego da parte loro delle informazioni offerte dai sistemi di programmazione e controllo rimangono limitati (Abernethy, Vagnoni, 2004; Macinati, 2010.)

Questo lavoro si inserisce nel filone di studi di *behavioural accounting* analizzando l'influenza della partecipazione dei medici responsabili di unità organizzativa al processo di *budget* sul livello di *commitment* verso gli obiettivi di *budget* e sulla soddisfazione rispetto alle informazioni offerte dallo stesso. A tale scopo è stata condotta una ricerca empirica in un'azienda ospedaliera rilevando, attraverso lo strumento del questionario, le percezioni dei medici responsabili di unità operativa.

Il resto del lavoro si articola in quattro sezioni. Il § 2 propone un inquadramento teorico della ricerca. Il § 3 descrive il modello di ricerca e, sulla base delle indicazioni provenienti dalla letteratura in materia di *behavioural accounting*, vengono formulate le ipotesi di ricerca. Il § 4 illustra la metodologia. Il § 5 espone i risultati di statistica descrittiva e inferenziale e nel § 6, infine, vengono discussi i risultati e presentate le conclusioni.

2. Partecipazione, *commitment* e informazioni di *budget*

Questo lavoro si propone di analizzare il ruolo svolto dal coinvolgimento nel processo di *budget* nel favorire il *commitment* verso gli obiettivi aziendali di *budget* e la percezione dell'utilità/soddisfazione delle informazioni in esso contenute. La teoria del *Goal setting* è basata sul presupposto che gli obiettivi e le intenzioni individuali determinano i risultati. Secondo Locke (1968), l'assegnazione di un obiettivo a un individuo è in grado di influenzarne l'attenzione, gli sforzi e la persistenza verso il raggiungimento dell'obiettivo stesso. Più specificatamente, l'assegnazione di obiettivi a un individuo è seguita dalle attività cognitive che l'individuo stesso pone in essere per interpretare gli obiettivi, ricercare e selezionare i piani che guideranno le sue azioni. Ciò influenza l'intenzione di agire che, a sua volta, è seguita dalle azioni dirette al raggiungimento degli obiettivi. Sebbene la teoria del *Goal setting* da un lato postuli una relazione causale tra assegnazione di obiettivi a un individuo e le azioni da questi compiute, dall'altro riconosce che le persone possano avere dei valori individuali che influenzano i processi cognitivi e impediscono o limitano il perseguimento degli obiettivi assegnati. Questa possibilità è particolarmente evidente nel caso dei medici e dei professionisti sanitari che, come precedentemente evidenziato, presentano una struttura motivazionale fortemente centrata sul paziente e una elevata autonomia professionale che potrebbe entrare in conflitto con l'assegnazione agli stessi di obiettivi di carattere economico-aziendale. Numerose ricerche hanno tuttavia evidenziato come gli individui possano essere motivati a porre in essere determinati comportamenti e, tra le variabili in grado di influenzare maggiormente le persone al perseguimento

degli obiettivi di *budget*, la letteratura internazionale ha individuato la partecipazione al processo di *budget* (Argyris, 1952; Becker, Green, 1962; Wallace, 1966; Hofstede, 1968; Brownell, 1981; Brownell, McInnes, 1986; Mia, 1988-1989; Nouri, Parker, 1998; Chong, Chong, 2002). Coerentemente con ciò, in questa ricerca, la partecipazione al processo di *budget* è ritenuta la variabile chiave in grado di influenzare il livello di *commitment* verso gli obiettivi di *budget* e la soddisfazione rispetto alle informazioni in esso contenute.

La partecipazione al processo di *budget* è interpretabile come il livello di coinvolgimento e di influenza che un manager ha nel definire il *budget* della propria unità organizzativa (Argyris, 1952; Brownell, 1982). Più specificamente esso è stato definito come «process whereby subordinates are given the opportunities to get involved in, and have influence on, the budget-setting process» (Chong, Chong, 2002, p. 68).

Il *commitment* verso gli obiettivi di *budget* è definito come «the degree to which an individual commits to attain a particular goal» (Wentzel, 2002) ed è riconosciuto che «if there is no commitment to goals, the goal setting does not work» (Locke *et al.*, 1988).

Il *commitment* verso gli obiettivi di *budget*, in contesti caratterizzati dalla limitatezza delle risorse a disposizione, assume un ruolo cruciale in quanto la tensione verso gli obiettivi di *budget* da parte dei manager influenza in larga misura la performance individuale e, indirettamente, quella dell'unità operativa e dell'azienda. Il *commitment* verso gli obiettivi di *budget* assume un ruolo del tutto peculiare all'interno delle aziende sanitarie data la prevalenza della cultura professionale rispetto a quella aziendale. La prevalenza della cultura professionale da parte dei *budget holder*, chiamati al raggiungimento di obiettivi aziendali distanti dalla propria cultura medica, potrebbe incidere negativamente sulla condivisione degli obiettivi di *budget* e dar luogo a comportamenti non funzionali al raggiungimento degli stessi.

La partecipazione al processo di *budget* svolge un ruolo motivazionale e cognitivo.

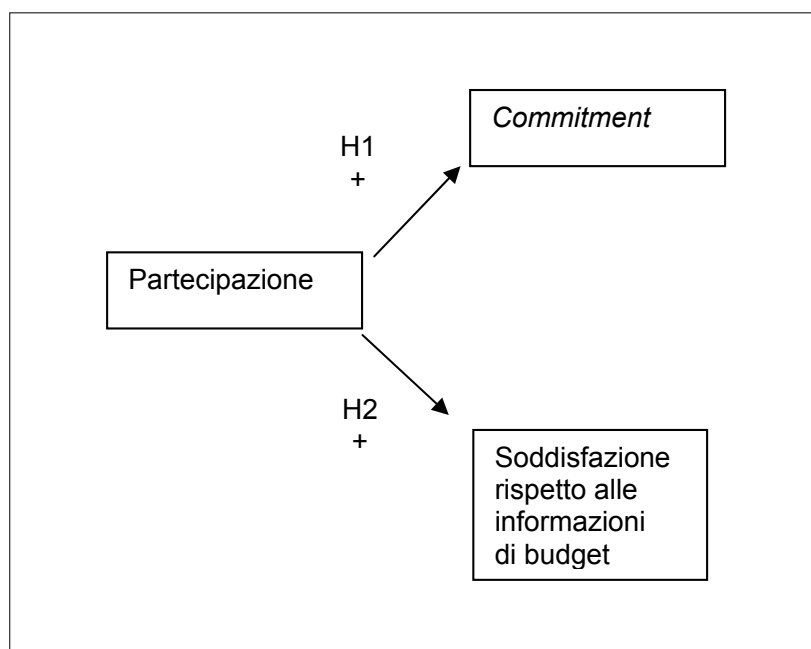
Per quanto riguarda il ruolo motivazionale, numerosi studi dimostrano che gli individui assumono un comportamento funzionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali

se condividono gli stessi e accettano di operare in vista del loro conseguimento (Locke e Latham, 1990; Locke *et al.*, 1988). Parallelamente, la mancata condivisione e tensione verso gli obiettivi aziendali si manifesta in termini di atteggiamenti e comportamentali ostili, performance individuale negativa e resistenza al cambiamento (Locke, Latham, 1990; Locke *et al.*, 1988; Renn, 1998; Shields, Shields, 1998).

Il coinvolgimento nel processo di *budget* svolge altresì un ruolo cognitivo. La partecipazione al processo di *budget*, infatti, consente di ridurre l'asimmetria informativa (Sivaramakrishnan, 1994) in quanto i manager vengono resi partecipi nella definizione e identificazione degli obiettivi e delle caratteristiche delle informazioni contenute nel *budget* (Abernethy, Vagnoni, 2004). La letteratura internazionale ha ampiamente analizzato il ruolo cognitivo svolto dalla partecipazione al processo di *budget* (Kren, 1992; Magner *et al.*, 1996; Chong, Chong, 2002; Chong, Jonhson, 2007). Tali studi evidenziano come la partecipazione al processo di *budget* permetta di migliorare la percezione di chiarezza, di utilità e di rilevanza del *budget* (Kenis, 1979; Govindarajan, 1986). Come evidenziato da Magner *et al.* (1996), la partecipazione, infatti, permette ai *budget holder* di esprimere e condividere con colle-

ghi e direzione aziendale le proprie opinioni e informazioni e includerle nel processo di definizione degli obiettivi. Ciò consente di migliorare la percezione della qualità delle informazioni contenute nel *budget* (Magner *et al.*, 1996) e, di conseguenza, permette di migliorare la soddisfazione del *budget holder* nei confronti delle informazioni stesse (Sivaramakrishnan, 1994), interpretata come la misura in cui gli utilizzatori ritengono che le informazioni soddisfano i loro bisogni informativi (Ives *et al.*, 1983). Come suggerito da Ang e Koh (1997, p. 171) «un sistema informativo tecnicamente superiore che è tuttavia percepito dagli utilizzatori come 'inadeguato' è un sistema inadeguato». Questi aspetti appaiono cruciali nel settore sanitario pubblico. La prevalenza della cultura professionale potrebbe influenzare negativamente la percezione dell'utilità delle informazioni di *budget* e dar luogo a fenomeni di ostilità verso l'impiego delle stesse a supporto dell'attività clinica. Il ruolo cognitivo svolto dalla partecipazione al processo di *budget* potrebbe invece migliorare la percezione da parte dei medici dell'utilità delle informazioni di *budget*.

Figura 1
Il modello di ricerca



3. Modello di ricerca e ipotesi

Coerentemente con quanto esposto nel § 2, è stato elaborato il modello di ricerca rappresentato nella **figura 1** che mostra le relazioni ipotizzate tra partecipazione, *commitment* e soddisfazione rispetto informazioni di *budget*.

Il modello evidenzia come la partecipazione al processo di *budget* sia considerata variabile indipendente e antecedente rispetto al *commitment* e alla soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget*, dimensioni le cui percezioni dipendono positivamente dalla misura in cui l'individuo si sente partecipe al processo di *budget*.¹

Da un lato, infatti, il ruolo motivazionale svolto dalla partecipazione al processo di *budget* agevola l'accettazione da parte dei medici di obiettivi di carattere economico-aziendale e permette di limitare atteggiamenti di rifiuto e di ostilità rispetto agli stessi. Il ruolo motivazionale svolto dalla partecipazione al processo di *budget* dovrebbe dunque influenzare positivamente il *commitment* da parte dei *budget holder* degli obiettivi defini-

ti in sede di *budgeting*. Conseguentemente, è stata formulata la seguente ipotesi di ricerca:

H1: esiste una relazione positiva tra partecipazione al processo di budget e commitment verso gli obiettivi di budget.

Dall'altro, nella misura in cui la partecipazione al processo di *budget* consente di influenzare la quantità e la qualità delle informazioni presenti nel *budget* si modifica la percezione dei partecipanti della soddisfazione rispetto alle informazioni medesime poiché aumenta la possibilità di intervenire direttamente sul contenuto informativo delle schede di *budget* e conseguentemente dei *report*. In sostanza, il ruolo cognitivo svolto dalla partecipazione al processo di *budget* consentirebbe ai medici di formalizzare parte del loro fabbisogno informativo nell'*output* del processo rendendoli più soddisfatti dei contenuti (Magner *et al.*, 1996). Sulla base di quanto precede è stata formulata la seguente ipotesi di ricerca:

H2: la partecipazione al processo di budget influenza positivamente la soddisfazione rispetto alle informazioni disponibili.

4. Metodologia di ricerca

Per testare le ipotesi di ricerca sono state individuate e operazionalizzate le variabili relative alla partecipazione, *commitment* e alla soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget*. La raccolta dei dati è avvenuta tramite l'ausilio di un questionario (§ 4.1). L'analisi è stata effettuata in un'azienda ospedaliera pubblica le cui caratteristiche sono espone nel § 4.2. I risultati relativi al tasso di ritorno del questionario sono presenti nel § 4.3 mentre il § 4.4 presenta i metodi utilizzati per il trattamento dei dati.

4.1. Il questionario

Il questionario si articola in tre aree di ricerca:

AREA 1: partecipazione percepita nel processo di *budget*;

AREA 2: *commitment* verso gli obiettivi di *budget*;

AREA 3: soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget*.

Ogni area di ricerca si compone di domande alle quali il rispondente è chiamato a fornire il proprio grado di accordo o disaccordo impiegando una scala Likert 1 - 7,² per un totale di 28 *item*. La descrizione delle domande è riportata nella tabella 1 insieme ad alcune analisi di statistica descrittiva che verranno presentate nel § 5.1.

Le scale impiegate per misurare le variabili di ricerca sono state tratte dalla letteratura internazionale, seppur adattate al contesto di ricerca. Più in particolare:

1) la partecipazione percepita nel processo di *budget* è stata misurata attraverso la scala di sei *item* elaborata da Milani (1975). La scala di Milani è stata ampiamente impiegata e validata in letteratura (per esempio, Brownell, McInnes, 1986; Chennhal, Brownell, 1988; Mia, 1988, 1989; Nouri, Parker, 1996, 1998; Chong, Chong, 2002);

2) il *commitment* verso gli obiettivi di *budget* è stato misurato impiegando la scala elaborata da Hollembeck *et al.* (1989). Essa si articola in sette *item*. Tale misura riflette una concezione del *commitment* come la determinazione individuale verso un determinato obiettivo (cognitivo, affettivo, comportamentale) e il mantenimento nel tempo di tale determinazione (Wright *et al.*, 1994). Tale misura è stata ampiamente impiegata nella ricerca in tema di *budget*. Data la peculiarità del contesto nel quale la misura verrà adoperata, caratterizzato dalla presenza di una forte cultura professionale, in questa ricerca la scala originale è stata rielaborata allo scopo di verificare l'esistenza di un diverso livello di *commitment* da parte dei *budget holder* nei confronti degli obiettivi di *budget* di carattere economico-finanziario e quelli di carattere sanitario. Questa distinzione comporta un aumento degli *item* a quattordici. Facendo riferimento alla tabella 2 e, alla luce delle indicazioni di Hollembeck *et al.* (1989), le domande del *commitment* dalla 1 alla 6 sono collegate alla sfera cognitiva, la 7 e la 8 a quella affettiva e le rimanenti alla sfera comportamentale;

3) lo strumento impiegato per misurare gli attributi del sistema di *budget* e la correlata soddisfazione da parte dei *budget holder*

è quello sviluppato da Doll e Torkzadeh (1988), modificato sulla base delle indicazioni di Abernethy e Vagnoni (2004). Lo strumento originario è stato ripetutamente impiegato in letteratura (Doll, Xia, Torkzadeh, 1994; McHaney, Cronan, 1988; Abernethy, Vagnoni, 2004) e la scala si compone di otto *item*. La scala intende valutare le percezioni dei rispondenti in termini di rilevanza, accuratezza, *layout* e tempestività delle informazioni contenute in generale nelle schede di *budget* e nei *report*.

Gli *item* presenti in ogni singola area di ricerca definiscono i costrutti teorici di riferimento utilizzati per costruire le variabili oggetto di studio e impiegate nelle analisi. I tre costrutti cui si fa riferimento sono partecipazione, *commitment* e soddisfazione delle informazioni di *budget*.

4.2. Il contesto della ricerca

L'azienda ospedaliera che ha rappresentato il contesto della ricerca è un ospedale pubblico di rilievo nazionale e di alta specializzazione situata nella Regione Lazio. L'azienda eroga prestazioni per acuti in regime di degenza ordinaria, di *day hospital* e *day surgery* e prestazioni ambulatoriali specialistiche delle branche mediche e chirurgiche.

Dispone di 581 posti-letto e nel 2010 sono stati effettuati circa 20.000 ricoveri ordinari e circa 8000 in *day hospital*. L'organismo personale dell'azienda è composto da 2.049 unità in totale (ruolo sanitario: 1663 unità; ruolo amministrativo: 168 unità; ruolo tecnico: 213 unità; ruolo professionale: 5 unità).

L'azienda si articola in dipartimenti e unità operative. Il modello dipartimentale adottato ha lo scopo di favorire l'integrazione tra strutture operative affini e complementari. Anche se la struttura dipartimentale è una articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse composta da più unità operative, ogni singola unità operativa è dotata di responsabilità e autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Ciascuna unità operativa presente nell'azienda si caratterizza per la presenza obbligatoria di un solo responsabile (dirigente medico) e per l'attribuzione di un

budget, nonché per la corrispondenza a uno specifico centro di costo.

Il processo di *budget* presente in azienda segue la logica *top down*. La direzione generale insieme al comitato di *budget* definisce gli obiettivi annuali aziendali di ogni singola unità operativa in base alle risorse disponibili e alle indicazioni contenute nel piano strategico pluriennale. Tali obiettivi, una volta deliberati dal comitato di *budget*, vengono formalizzati nelle linee guida. Le linee guida contengono, per ogni singola unità operativa, le schede di *budget* articolate in quattro aree (Area produttività; Area qualità; Area straordinario; Area progetti). In ogni area sono presenti gli obiettivi da raggiungere, gli indicatori e il relativo peso assegnato. Dopo la definizione delle schede di *budget*, queste, anche se provvisorie, vengono diffuse tra i *budget holder*, ossia ai dirigenti medici responsabili delle unità operative. Una volta diffuse le schede di *budget* provvisorie inizia il processo di negoziazione da parte dei *budget holder* con la direzione generale e il comitato di *budget*. A fine periodo, se le indicazioni dei *budget holder* vengono accettate, le schede vengono riviste e il processo di definizione del *budget* viene chiuso. Le unità operative (*budget holding*) presenti in azienda sono 70 e afferiscono a 9 Dipartimenti. I Dipartimenti presenti in azienda e le unità operative afferenti sono elencati nella tabella 1.

4.3. Il tasso di ritorno del questionario

Il questionario, dopo una fase pilota, è stato distribuito a tutti i *budget holder*, ossia ai responsabili di unità operativa ($n = 70$). I questionari sono stati consegnati nel mese di luglio 2010 e l'attività di raccolta dati si è conclusa nel mese di dicembre dello stesso anno.

La **tabella 1** espone i Dipartimenti presenti in azienda, le unità operative aziendali a essi afferenti in numero assoluto e il tasso di ritorno dei questionari. Il tasso di ritorno dei questionari è stato del 76%, per un totale di 53 questionari compilati dai responsabili delle unità operative afferenti ai diversi Dipartimenti. Nello specifico, in tre Dipartimenti (cardiovascolare, del farmaco e della tutela della salute della donna e del bambino) su nove si è registrato un tasso di ritorno del

Dipartimenti	N. unità operative afferenti	N. unità operative rispondenti	% tasso di ritorno dei questionari
Dipartimento Cardiovascolare	6	6	100%
Dipartimento di Chirurgia generale e Specialistica	10	5	50%
Dipartimento di Medicina interna e Specialità mediche	14	11	79%
Dipartimento di Neuroscienze e Organi di senso	10	6	60%
Dipartimento di Scienze radiologiche e Medicina di laboratorio	10	8	80%
Dipartimento emergenza e accettazione (DEA)	13	12	92%
Dipartimento del Farmaco	2	2	100%
Dipartimento Tutela della salute della donna e del bambino	3	3	100%
Dipartimento di Medicina trasfusionale	2	0	0%
Totale	70	53	76%

Tabella 1
Dipartimenti, le unità operative afferenti, le operative rispondenti, tasso ritorno dei questionari

100%. Dei sei Dipartimenti restanti cinque presentano un tasso di ritorno superiore al 50%, mentre dal Dipartimento di medicina trasfusionale non si sono avuti riscontri.

I rispondenti al questionario hanno un'età media di 55 anni di cui l'85 % di sesso maschile.

4.4. Metodi

Per raggiungere gli obiettivi di ricerca e testare le ipotesi i tre costrutti partecipazione, *commitment* e soddisfazione delle informazioni di *budget*, sono stati sottoposti ad analisi statistica descrittiva e inferenziale attraverso l'ausilio del *software* SPSS.

Le analisi di statistica descrittiva si sono concretizzate nel calcolo della media, moda, mediana e deviazione standard (D.S.) (§ 5.1).

Le analisi di statistica inferenziale sono state condotte in tre momenti differenti (§ 5.2):

- analisi fattoriale esplorativa e delle componenti principali per determinare i fattori latenti di ogni singolo costrutto;
- analisi della correlazione;
- regressione lineare.

5. I risultati

Nel paragrafo che segue sono esposti in primo luogo poi le analisi di statistica de-

scrittiva (§ 5.1) e, a seguire, quelle relative alle analisi di statistica inferenziale (§ 5.2).

5.1. La statistica descrittiva

Le analisi di statistica descrittiva sono riportate nella **tabella 2**. Tali analisi sono esposte in tabella sia con riferimento alle singole domande presenti nelle diverse aree di ricerca, sia considerando l'area in generale.

La prima dimensione di analisi si propone di verificare il grado di partecipazione percepito dai responsabili di struttura al processo di *budget* (AREA 1: partecipazione percepita nel processo di *budget*). In particolare, gli *item* considerati focalizzano principalmente l'attenzione su due aspetti: la soddisfazione circa il grado di partecipazione nel processo di *budget* e la percezione circa la possibilità di influenzare la definizione del *budget* attraverso momenti di discussione e confronto in sede di negoziazione. In generale, i risultati emersi dall'analisi dei valori mediani dell'intera area evidenziano un moderato livello di partecipazione con un valore medio di 3,90 su 7. Sebbene la media totale degli *item* relativa a quest'area sia vicina alla neutralità, esistono al suo interno delle differenze. A fronte di un buon giudizio (media: 5,02) circa il grado di coinvolgimento percepito nel processo di *budget* e di revisione dello stesso (media: 4,71), i valori medi, mediani e modali delle

Tabella 2

Analisi descrittiva degli item di ogni costrutto presente nel questionario (media, mediana, moda e deviazione standard D.S.)

AREA 1: partecipazione percepita nel processo di budget					
Etichetta e numero domanda	Descrizione domanda	Media	Mediana	Moda	D.S.
Partecipazione 1	Mi ritengo coinvolto/a nel processo di budget	5,02	5,00	7	1,91
Partecipazione 2	Mi ritengo coinvolto/a nel processo di eventuale revisione del budget a me assegnato	4,74	5,00	7	2,06
Partecipazione 3	La frequenza con la quale sono ascoltate le mie richieste, opinioni o suggerimenti rispetto all'elaborazione del budget a me assegnato è adeguata	3,43	3,00	2	1,86
Partecipazione 4	Ritengo di avere un'influenza sulla definizione del budget a me assegnato	3,51	3,00	1	2,13
Partecipazione 5	Il mio contributo ai fini della definizione del budget a me assegnato è rilevante	3,64	3,00	2	1,89
Partecipazione 6	La frequenza con la quale sono richieste le mie opinioni o suggerimenti rispetto alla revisione del budget a me assegnato è adeguata?	3,06	3,00	1	1,83
	Partecipazione	3,90	4,00	2	1,62

AREA 2: commitment verso gli obiettivi di budget					
Commitment 1	È facile prendere seriamente gli obiettivi di budget di carattere economico	4,32	4,00	6	2,08
Commitment 2	È facile prendere seriamente gli obiettivi di budget di carattere sanitario	5,60	6,00	7	1,63
Commitment 3	È realistico attendersi che gli obiettivi di budget di carattere economico siano raggiunti	4,36	5,00	6	2,08
Commitment 4	È realistico attendersi che gli obiettivi di budget di carattere sanitario siano raggiunti	5,17	6,00	6	1,90
Commitment 5	È improbabile che gli obiettivi di budget di carattere economico non debbano essere rivisti a seconda di come andranno le cose	2,94	3,00	4	1,51
Commitment 6	È improbabile che gli obiettivi di budget di carattere sanitario non debbano essere rivisti a seconda di come andranno le cose	3,34	3,00	2	1,73
Commitment 7	Mi preoccupa del raggiungimento degli obiettivi di carattere economico	5,06	6,00	7	2,02
Commitment 8	Mi preoccupa del raggiungimento degli obiettivi di carattere sanitario	5,19	7,00	7	2,48
Commitment 9	Sono fortemente intenzionato/a a raggiungere gli obiettivi di carattere economico	5,08	6,00	7	1,91
Commitment 10	Sono fortemente intenzionato/a a raggiungere gli obiettivi di carattere sanitario	6,13	7,00	7	1,49
Commitment 11	Non abbandono il perseguimento degli obiettivi di carattere economico	4,70	5,00	7	1,87
Commitment 12	Non abbandono il perseguimento degli obiettivi di carattere sanitario	5,91	7,00	7	1,89
Commitment 13	Ritengo che gli obiettivi di carattere economico siano dei validi obiettivi per cui impegnarsi	4,91	5,00	4	1,67
Commitment 14	Ritengo che gli obiettivi di carattere sanitario siano dei validi obiettivi per cui impegnarsi	6,28	7,00	7	1,39
	Commitment	4,93	5,07	(*)	0,92
	Commitment verso obiettivi economici	4,81	4,80	(*)	1,12
	Commitment verso obiettivi sanitari	5,82	5,80	(*)	0,99

AREA 3: soddisfazione rispetto alle informazioni di budget					
Sodd. Info 1	Il budget fornisce le informazioni di cui necessito per svolgere il mio compito	4,09	4,00	6	2,02
Sodd. Info 2	Il contenuto delle informazioni a me fornite incontrano i miei bisogni informativi	4,00	4,00	6	1,88
Sodd. Info 3	I report forniscono informazioni sufficienti	4,19	5,00	5	1,94
Sodd. Info 4	Le informazioni che ricevo sono accurate	4,09	4,00	5	1,90
Sodd. Info 5	Sono soddisfatto/a dell'accuratezza delle informazioni ricevute	4,06	4,00	3	2,03
Sodd. Info 6	Le informazioni ricevute sono presentate in un formato adeguato	4,36	5,00	3	1,94
Sodd. Info 7	Le informazioni che ricevo sono chiare	4,13	4,00	5	1,72
Sodd. Info 8	Le informazioni che ricevo sono tempestive	3,68	4,00	2	1,95
	Soddisfazione delle informazioni di budget	4,08	4,25	(*)	1,71

(*) Sono presenti diverse modalità.

domande relative alla frequenza con la quale sono ascoltate le richieste e i suggerimenti rispetto all'elaborazione o all'eventuale revisione del *budget* assegnato, si attestano al di sotto della neutralità lasciando intravedere una sostanziale insoddisfazione da parte dei rispondenti rispetto all'argomento oggetto di studio. Analogamente, l'influenza e il contributo alla definizione del *budget*, nonché alla frequenza con cui vengono accolte le opinioni e i suggerimenti presentano valori al di sotto della neutralità.

La seconda dimensione di analisi analizza il *commitment* verso gli obiettivi di *budget* da parte dei medici responsabili delle unità operative (AREA 2: *commitment* verso gli obiettivi di *budget*). Prendendo in esame il campione complessivo dei rispondenti (53), i risultati emersi evidenziano un livello di *commitment* generale abbastanza al di sopra della neutralità sia per gli obiettivi di carattere sanitario che economici, con un valore medio generale pari a 4,93 e mediana 5,07.

Con riferimento agli obiettivi di carattere economico, l'analisi dei risultati circa il *commitment* mostra come i *budget holder* siano abbastanza «committed» verso gli stessi obiettivi (media: 4,81; mediana: 4,80). Emerge, invece, un atteggiamento neutrale da parte dei *budget holder* relativamente alle domande poste in merito alla facilità di prendere seriamente gli obiettivi di *budget* di carattere economico (media: 4,32) nonché all'attesa che quest'ultimi siano raggiunti (media: 4,36). È tuttavia importante notare come gli stessi rispondenti percepiscono la necessità di una revisione degli obiettivi di carattere economico in funzione di «come andranno le cose» (media: 2,94; mediana: 3).

Con riferimento agli obiettivi di carattere sanitario, i valori medi e mediani registrati dalle relative domande complessivamente, mostrano come i *budget holder* sono molto «committed» a raggiungerli.

La terza dimensione di analisi è volta a verificare la soddisfazione percepita delle informazioni di *budget* da parte dei *budget holder* (AREA 3: soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget*). L'analisi dei dati mostra una sostanziale indifferenza da parte dei rispondenti. Maggiormente problematica appare la risposta relativa al quesito alla tem-

pestività delle informazioni di *budget* (media: 3,68; mediana: 2).

5.2. Le analisi di statistica inferenziale

Di seguito vengono esposti i risultati relativi a: i) analisi fattoriale; ii) analisi della correlazione; iii) modelli di regressione lineare.

I - Analisi fattoriale

L'analisi fattoriale esplorativa con *varimax rotation*³ e normalizzazione di Kaiser (Kaiser, Rice, 1974; Kaiser, 1970) è stata condotta su ogni costrutto al fine di trasformare gli item presenti in ognuno di essi (soddisfazione delle informazioni di *budget*: 8 item; *commitment*: 14 item; partecipazione: 6 item) in un numero inferiore di fattori da utilizzare nelle analisi successive.

Per valutare l'affidabilità interna delle misure utilizzate è stato calcolato il *Cronbach's Alpha*⁴ per ognuno dei tre costrutti. I valori assunti da tale coefficiente sono abbondantemente superiori a 0.70 per tutti e tre i costrutti.

L'appropriatezza dei dati sottoposti ad analisi fattoriale è stata verificata mediante due test: il *Kaiser-Meyer-Olkin*⁵ (test di adeguatezza campionaria) (KMO) e il *Bartlett* (test di sfericità). Dalla **tabella 3** è possibile rilevare che il Kaiser-Meyer-Olkin test è all'interno dei valori di *cut-off* per; il test di Bartlett è significativo per tutti e tre i costrutti.

Di seguito sono esposti i risultati relativi all'analisi fattoriale. La **tabella 4** mostra i fattori estratti per i tre costrutti.

La **tabella 5** mostra per ogni singolo costrutto il corrispondente fattore estratto, la denominazione assegnata, l'etichetta e la percentuale cumulata di varianza spiegata.

Con riferimento al costrutto «soddisfazione delle informazioni di budget», l'analisi fattoriale ha portato all'individuazione di un solo fattore (tabella 4) in grado di spiegare circa il 80% della varianza complessiva dello stesso (tabella 5). Il fattore estratto è stato denominato «Sodd. Info» (tabella 5).

Anche per il costrutto «partecipazione» l'analisi ha portato all'estrazione di un solo fattore (tabella 4) in grado di spiegare circa il 70% della varianza complessiva (tabella 5).

Tabella 3

I test di Kaiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Test	Descrizione costrutti	Sodd. informazioni	Partecipazione	Commitment
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,87	0,77	0,65
Bartlett's Test of Sphericity				
	Approx. Chi-Square	528,24	235,60	232,6
	df	28	15	45
	Sig.	0.000	0.000	0.000

Tabella 4Analisi fattoriale:
i fattori estratti

Costrutto/Area	Numero domanda	Numero fattori						
		1	2	3	4	5	6	7
Soddisfazione utilizzo info.	Sodd. Info 5	0,960						
	Sodd. Info 4	0,938						
	Sodd. Info 6	0,914						
	Sodd. Info 2	0,909						
	Sodd. Info 7	0,904						
	Sodd. Info 3	0,855						
	Sodd. Info 1	0,829						
	Sodd. Info 8	0,797						
Partecipazione	Partecipazione 4		0,886					
	Partecipazione 3		0,886					
	Partecipazione 5		0,855					
	Partecipazione 6		0,849					
	Partecipazione 2		0,807					
	Partecipazione 1		0,702					
Commitment	Commitment 8			0,852				
	Commitment 7			0,817				
	Commitment 12			0,688				
	Commitment 4			0,618				
	Commitment 1				0,871			
	Commitment 2				0,782			
	Commitment 11				0,619			
	Commitment 3				0,561			
	Commitment 9					0,881		
	Commitment 13					0,750		
	Commitment 10					0,671		
	Commitment 6						0,876	
	Commitment 5						0,593	
	Commitment 14							0,950

Costrutto	Numero fattore	Denominazione fattore	Etichetta	% cumulata varianza spiegata
Sodd. Info	1	Soddisfazione informazioni di budget	Sodd. Info	79,19
Partecipazione	2	Partecipazione	Partecipazione	69,41
Commitment	3	Dedizione verso gli obiettivi di budget	Dedizione	27,88
	4	Realismo degli obiettivi di budget	Realismo	43,47
	5	Determinazione verso il raggiungimento degli obiettivi di budget	Determinazione	56,31
	6	Raggiungibilità degli obiettivi di budget	Raggiungibilità	66,04

Tabella 5
Costrutti di riferimento, fattori estratti, denominazione dei fattori, etichetta e % cumulata di varianza spiegata

Spearman's rho		Sodd. info	Partecipazione	Dedizione	Realismo	Determinazione	Raggiungibilità
Sodd. info	Coeff. Coor. Sig.	1 .					
Partecipazione	Coeff. Coor. Sig.	0,572 0,000 (*)	1 .				
Dedizione	Coeff. Coor. Sig.	- 0,157 0,262	- 0,015 0,914	1 .			
Realismo	Coeff. Coor. Sig.	0,045 0,750	0,217 0,118	0,015 0,913	1 .		
Determinazione	Coeff. Coor. Sig.	0,340 0,013 (*)	0,468 0,000 (*)	0,153 0,275	0,016 0,910	1 .	
Raggiungibilità	Coeff. Coor. Sig.	- 0,196 0,159	- 0,229 0,099	- 0,069 0,622	0,011 0,936	0,025 0,859	1 .

(*) La correlazione è significativa.

Il fattore estratto è stato denominato «partecipazione» (tabella 5).

Per quanto riguarda il «commitment», dei 14 *item* originari sono stati estratti 5 fattori. I 5 fattori estratti sono in grado di spiegare il 73% circa della varianza complessiva del costrutto. Il fattore 7 è stato escluso dall'interpretazione e dalle analisi successive poiché cattura al suo interno un solo *item*.⁶

Il fattore 3 racchiude al suo interno le domande del *commitment* 8, 7, 12, 14. Tale fattore è stato denominato «dedizione verso gli obiettivi di budget» (tabella 5). Il fattore 4 racchiude le domande del *commitment* 1, 2, 11, 3 è stato denominato «realismo degli obiettivi di budget». Il fattore 5 include le domande del *commitment* 9, 13, 10 è stato denominato «determinazione comportamentale verso il raggiungimento degli obiettivi di

budget»,⁷ mentre il fattore 6, che include le domande del *commitment* 5 e 6, è stato denominato «raggiungibilità degli obiettivi di budget».

II - Correlazione

Al fine di individuare le eventuali relazioni tra le variabili oggetto di studio è stata predisposta l'analisi delle correlazioni ricorrendo all'indice di correlazione di Spearman. L'analisi delle correlazioni è stata condotta utilizzando i fattori estratti nell'analisi fattoriale (fattori 1-6, tabella 5). La significatività statistica è stata fissata a $p \leq 0.05$.

Nella matrice in **tabella 6** sono presentate le correlazioni.

Il primo legame significativo positivo e forte è quello tra la «Partecipazione» e la

Tabella 6
Analisi della correlazione

«soddisfazione delle informazioni di budget» (Sodd. Info) ($p < 0,000$; corr: 0,57).

Il secondo legame significativo, positivo e di intensità media è quello tra la «determinazione verso il raggiungimento degli obiettivi di budget» («determinazione») e la «partecipazione» ($p < 0,000$; corr: 0,46).

Il terzo legame significativo, positivo ma di entità medio-bassa è quello tra la «determinazione comportamentale verso il raggiungimento degli obiettivi di budget» («determinazione») e la «soddisfazione delle informazioni di budget» (Sodd. Info) ($p < 0,013$; corr: 0,34). Le altre variabili non presentano relazioni statisticamente rilevanti. L'analisi della correlazione è stata predisposta per individuare le variabili che presentano un legame significativo da poter poi inserire nel modello di regressione di cui al punto iii).

III - I modelli di regressione lineare

Per testare le due ipotesi di ricerca H1 e H2 (§ 3) si è fatto ricorso a due modelli di regressione lineare.

Il primo modello di regressione lineare (modello 1) è stato sviluppato per testare la prima ipotesi di ricerca H1. Tale modello intende valutare se la partecipazione nel processo di *budget* influenza positivamente il *commitment* verso gli obiettivi di *budget*. Per quanto riguarda il *commitment*, il fattore impiegato nella regressione è quello denominato «determinazione» poiché è l'unico fattore

che presenta una correlazione significativa con gli altri fattori oggetto di studio.

Nella **tabella 7** sono riepilogate le informazioni relative al modello 1.

La partecipazione riesce a spiegare il 23% circa della variabilità del *commitment* inteso come determinazione comportamentale verso gli obiettivi di *budget*. La regressione mostra come significativa la «partecipazione» ($p = 0,000$) con un coefficiente pari a 0,475; ciò sta a indicare un'associazione direttamente proporzionale, significativa e positiva della partecipazione sul «commitment». L'ipotesi di ricerca H1 può quindi dirsi verificata.

Il secondo modello di regressione lineare è stato sviluppato per testare la seconda ipotesi di ricerca (H2). Tale modello (modello 2) intende valutare se la partecipazione nel processo di *budget* influenza positivamente la soddisfazione nei confronti delle informazioni di *budget*.

Nella **tabella 8** sono riepilogate le informazioni relative al modello 2.

La variabile indipendente, «partecipazione», riesce a spiegare il 34% circa della variabilità della «soddisfazione nelle informazioni di budget» (Sodd. Info). La regressione mostra come significativa la «partecipazione» ($p = 0,000$), con un coefficiente pari a 0,579; ciò sta a indicare un'associazione direttamente proporzionale, significativa e positiva della partecipazione nei confronti della «soddisfazione delle informazioni di budget». Anche in questo caso la relativa ipotesi di ricerca (H2) può dirsi verificata.

Tabella 7
Modello 1

1. Model Summary					
R Square:	0,226				
2. ANOVA					
Test - F	14,89				
Sig.	0,000				
3. Coefficients					
	Unstandardized Coeff.		Standardized Coeff.	t	Sig.
	B	Std. Error	β		
Costante	0,000	0,122		000	1,000
Partecipazione	0,475	0,123	0,475	3,859	0,000 (*)

(*) Significativo al 99,9%.

6. Discussioni, conclusioni e futuri sviluppi della ricerca

Il lavoro si è proposto di verificare, attraverso l'analisi delle percezioni individuali dei *budget holder*, se e in che modo la partecipazione al processo di *budget* da parte degli stessi è in grado di influenzare da un lato il *commitment* verso gli obiettivi di *budget* e dall'altro la soddisfazione nei confronti delle informazioni di *budget*.

I risultati di statistica descrittiva (tabella 2) hanno evidenziato come i *budget holder* si sentano abbastanza coinvolti nel processo di *budget*, sebbene ritengano che il loro contributo e il loro *feedback* non sia in grado di influenzare il processo decisionale. Questo risultato può essere interpretato alla luce delle modalità di svolgimento del processo di *budget* (§ 4.2). In quest'azienda, infatti, il processo di *budget* segue la logica *top down* in cui la direzione e il comitato di *budget*, in base alle risorse disponibili, predispongono le schede di *budget* da sottoporre all'attenzione dei *budget holder* ai fini della negoziazione. Queste modalità di svolgimento del processo di *budget* sembrerebbero riflettersi in un limitato coinvolgimento sostanziale percepito da parte dei *budget holder* i quali ritengono di avere un margine di azione limitato sia in fase di definizione che in fase di revisione del *budget*. Il modesto coinvolgimento sostanziale, se verificato, può rappresentare un punto di debolezza ai fini di quel processo di responsabilizzazione che tanto vuole i medici impegnati

nella fase di programmazione ed elaborazione del *budget*, in modo da stimolarne il livello di motivazione e di percezione cognitiva. Va tuttavia evidenziata la variabilità delle risposte pervenute in tema di partecipazione sostanziale al processo di *budget* (deviazione standard elevata) che, presumibilmente, potrebbe essere attribuita al diverso peso in termini di volumi e risorse gestite che le singole unità operative in capo ai *budget holder* esercitano sulla direzione.

Per quanto riguarda il *commitment* verso gli obiettivi di *budget*, i risultati della ricerca evidenziano un diverso peso a seconda che si tratti di obiettivi di carattere economico o sanitario (tabella 2). Se da un lato, infatti, sembrerebbe essere ormai diffusa tra i medici una certa predisposizione verso il raggiungimento degli obiettivi di *budget*, dall'altro la peculiarità della loro cultura professionale li porta ad attribuire maggiore importanza agli obiettivi di carattere sanitario rispetto a quelli economici (area ricerca 2). Tale risultato, interessante per la sua valenza osservazionale, dimostra come il comportamento manageriale dei medici rispondenti sia prioritariamente indirizzato verso la dimensione sanitaria della gestione aziendale. A fronte di queste evidenze di carattere generale sul *commitment* dei medici rispondenti va notato come l'aspetto cognitivo del *commitment* richiami nuovamente le criticità presenti nel processo di *budget* adottato dall'azienda. Infatti, i rispondenti ritengono altamente probabile che gli obiettivi di *budget* (sia di carattere eco-

1. Model Summary					
R Square:	0,335				
2. ANOVA					
Test - F	25,675				
Sig.	0,000				
3. Coefficients					
	Unstandardized Coeff.		Standardized Coeff.	t	Sig.
	B	Std. Error	β		
Costante	0,000	0,113		000	1,000
Partecipazione	0,579	0,114	0,579	5,067	0,000 (*)

(*) Significativo al 99,9%.

Tabella 8
Modello 2

nomico che sanitario) debbano essere rivisti a seconda dell'evoluzione del contesto di riferimento, a sottolineare il limitato realismo percepito degli obiettivi di *budget*.

Dall'analisi dell'area relativa alla soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget* nel supportare il processo decisionale e di controllo è emerso come i *budget holder* manifestino un atteggiamento neutrale rispetto alle informazioni ricevute. Si tratta dunque di un'area di risultato estremamente critica e segnala l'inattitudine delle informazioni disponibili nel supportare il processo decisionale di controllo.

I risultati di statistica inferenziale relativi alla prima ipotesi di ricerca hanno evidenziato che nell'ambito dell'azienda analizzata una maggiore partecipazione al processo di *budget* ha un'influenza positiva sul *commitment* aziendale (modello 1) inteso come «determinazione comportamentale verso il raggiungimento degli obiettivi di *budget*». L'elevato coinvolgimento nel processo di *budget* svolge dunque un ruolo motivazionale nell'individuo stimolandolo alla condivisione, accettazione e raggiungimento degli obiettivi assegnati. Conseguentemente, al crescere del coinvolgimento nel processo di *budget* cresce anche il livello di determinazione comportamentale verso il raggiungimento degli obiettivi. Tali risultati confermano quanto già riportato in letteratura internazionale con riferimento al settore industriale (Argyris, 1952; Becker, Green, 1962; Hofstede, 1968; Searfoss, Monczka, 1973; Kenis, 1979) sul rapporto positivo tra la partecipazione e l'accettazione degli obiettivi di *budget*. Diversamente da quanto riportato dalla letteratura internazionale, nell'azienda sanitaria pubblica analizzata non si verifica una relazione positiva tra la partecipazione e la dimensione cognitiva e affettiva del *commitment*. Ciò indica che una maggiore partecipazione dei *budget holder* al processo di *budget* non stimola una maggiore interiorizzazione degli obiettivi di *budget* e non favorisce la possibilità di una maggiore assunzione delle informazioni di *budget* per lo svolgimento delle attività.

I risultati di statistica inferenziale relativi alla seconda ipotesi di ricerca hanno evidenziato che una maggiore partecipazione al processo di *budget* esercita un'influenza positiva sulla soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget* disponibili (model-

lo 2). L'analisi effettuata, coerentemente con le indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale (Kren, 1992; Magner *et al.*, 1996; Chong, Chong, 2002; Chong, Johnson, 2007), mostra come la partecipazione al processo di *budget* permetta di migliorare la percezione di chiarezza, di utilità, di rilevanza del *budget* e, di conseguenza, la soddisfazione del *budget holder* nei confronti delle informazioni contenute nel *budget* stesso.

Dal punto di vista delle implicazioni della ricerca questo lavoro si inserisce nel dibattito esistente a livello internazionale in tema di *behavioural accounting* e rappresenta un primo tentativo di analizzare empiricamente il ruolo cognitivo e motivazionale svolto dalla partecipazione al processo di *budget* da parte dei medici di un'azienda del Ssn.

Il lavoro offre diversi spunti di riflessione di carattere operativo, sebbene i risultati non siano generalizzabili e i risultati risentano della soggettività delle percezioni individuali. In particolare, i risultati della ricerca evidenziano l'esigenza di un coinvolgimento non solo formale ma anche sostanziale dei *budget holder* e di una maggiore sensibilizzazione verso il raggiungimento gli obiettivi di carattere economico. Solo in questo modo la direzione potrà attendersi che ogni giorno i dirigenti prendano le migliori decisioni sui problemi che si presentano «potendo utilizzare piani e programmi come guida per le loro decisioni e le loro azioni» (Anthony, Young, 2002).

I risultati sulla neutralità percepita rispetto alla soddisfazione delle informazioni di *budget* suggeriscono di migliorare il contenuto informativo, la tempestività e l'accuratezza delle schede di *budget* e dei *report*. Una elevata soddisfazione nei confronti delle informazioni potrebbe migliorare il loro utilizzo la loro utilità e, di conseguenza, contribuire in maniera efficace all'assunzione di decisioni coerenti con gli obiettivi programmati. Per raggiungere questo obiettivo bisognerebbe tener conto di quelle che sono le aspettative degli utilizzatori nel momento in cui queste vengono strutturate. Ridefinire le caratteristiche delle schede di *budget* mediante l'ascolto delle criticità rilevate dagli utilizzatori e quindi aumentare il loro livello di partecipazione, potrebbe aumentare la loro soddisfazione.

Anche i risultati di statistica inferenziale offrono riflessioni di natura operativa. Il ruo-

lo svolto dalla partecipazione nel processo di *budget* nel migliorare la determinazione comportamentale verso il raggiungimento degli obiettivi e la percezione di utilità delle informazioni in esso contenute dovrebbe essere ulteriormente valorizzata dalla direzione aziendale anche per stimolare gli aspetti cognitivi e affettivi del *commitment* indirizzandoli verso gli obiettivi di *budget*. Alla luce del limitato coinvolgimento sostanziale percepito dai *budget holder*, la direzione aziendale dovrebbe dunque implementare modalità di partecipazione al processo di *budget* che non si risolvano in un mero formalismo, ma si sostanzino in un momento di confronto e di crescita organizzativa.

In conclusione, se è vero che il *budget* rappresenta una innovazione significativa del processo di aziendalizzazione al fine di rendere i medici responsabili del razionale impiego delle risorse, è altresì necessario creare le condizioni organizzative necessarie affinché esso possa operare in modo appropriato. Inevitabilmente la sua introduzione si scontra con la tradizionale cultura professionale e con l'autonomia clinica dei sanitari, ma compito dell'azienda è far leva su aspetti processuali e contenutistici in grado di limitare il conflitto di ruolo.

I futuri sviluppi del lavoro saranno orientati in primo luogo alla realizzazione di ulteriori analisi di statistica inferenziale per studiare gli eventuali effetti diretti e indiretti delle relazioni intercorrenti tra le variabili oggetto di studio simulando un modello di equazioni strutturali. In aggiunta, si potrebbero indagare eventuali effetti di moderazione di alcune variabili sulle relazioni già ipotizzate quali, ad esempio, la qualità delle informazioni di *budget* rispetto alla relazione tra partecipazione e soddisfazione relativa alle informazioni di *budget* o in alternativa l'effetto di moderazione di alcune caratteristiche demografiche dei rispondenti sulla relazione tra partecipazione e *commitment*. In secondo luogo, si prevede di predisporre una serie di interviste semistrutturate ad alcuni dei *budget holder* per individuare e chiarire le principali criticità avvertite. In terzo luogo si prevede di sottoporre il questionario all'attenzione di altre realtà aziendali per realizzare un *multiple case study*.

Un cenno meritano infine i limiti della ricerca. In primo luogo, il lavoro ha coinvolto i

budget holder di una singola azienda sanitaria e ne ha indagato le percezioni individuali che, evidentemente, sono influenzate dal contesto aziendale di riferimento. Pertanto, i risultati dello studio non sono generalizzabili. In secondo luogo, l'ordinamento causale delle variabili ricalca i presupposti del *framework* teorico del *Goal setting*. I risultati della ricerca potrebbero dunque variare se si scegliessero altri modelli teorici a supporto delle ipotesi di ricerca (Fisher, 1946) e si considerassero alcune variabili che potrebbero essere influenzate o essere influenzate dalla partecipazione, quali l'autorità (Abernethy, Vagnoni, 2004), l'orientamento manageriale dei medici (Abernethy, 1990; Abernethy, Stoelwinder, 1990) o il sistema di incentivi previsto dal processo di *budget* (Shields, Young, 1993; Macinati, 2010).

Note

1. È ormai prassi consolidata nella letteratura di *behavioural accounting* sottintendere la validità dell'ordinamento causale delle variabili così come sono state considerate nel presente studio (partecipazione, variabile dipendente rispetto al *commitment* e alla soddisfazione rispetto alle informazioni di *budget*) per due principali ordini di motivi. Il primo motivo trova fondamento nel *framework* teorico della teoria del *Goal setting* sottostante alle ipotesi di ricerca formulate nel presente lavoro. Il secondo, è strettamente legato ai risultati della ricerca in tema di *behavioural accounting*. Da un punto di vista meramente di ricerca applicata diversi autori hanno confermato mediante una serie di test statistici la validità della circostanza secondo cui la partecipazione sia considerata un aspetto antecedente nel processo di analisi delle percezioni dei *budget holder* aziendali rispetto ad alcune variabili di *outcome* seguendo l'approccio del *goal setting* (Argyris, 1952; Becker, Green, 1962; Wallace, 1966; Hofstede, 1968, Brownell, 1981; Brownell, McInnes, 1986; Mia, 1988, 1989; Nouri, Parker, 1998, Chong, Chong, 2002; Kren, 1992; Magner *et al.*, 1996; Chong, Johnson, 2007).
2. La *scala Likert* è una tecnica per la misura degli atteggiamenti individuali. Tale tecnica consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni (tecnicamente definite *item*) che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto a uno specifico oggetto.
3. Per approfondimenti si consulti Kaise (1985).
4. I valori del coefficiente sono compresi tra 0 e 1, ma il valore di *cut-off* minimo accettato in letteratura è 0.70 (Nunnally, 1978).
5. Il valore di *cut-off* del test è 0.60 (Kaiser, 1985).
6. I fattori 3-6 estratti sono in grado di spiegare il 66% circa della varianza complessiva del costrutto (tabella 5).
7. Il fattore 5 racchiude al suo interno solo item relativi alla sfera comportamentale.

B I B L I O G R A F I A

- ABERNETHY M.A., VAGNONI E. (2004), «Power, organization design and managerial behavior», *Accounting, Organizations and Society*, 29 (3-4), pp. 207-225.
- ANG J., KOH S. (1997), «Exploring the relationships between user information satisfaction and job satisfaction», *International Journal of Information Management*, 17(3), pp. 169-177.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (2002), *Non profit. Il controllo di gestione*, McGraw Hill, Milano.
- ARGYRIS C. (1952). *The impact of budget on people*, The Controllership Federation, New York.
- BECKER S.D. GREEN (1962), «Budgeting and employee behavior», *Journal of Business*, 35 (January), pp. 392-402.
- BROWNELL P., MCINNES M. (1986), «Budgetary participation, motivation, and managerial performance», *The Accounting Review*, 61 (October), pp. 587-600.
- BROWNELL P. (1982), «A field study examination of budgetary participation and locus of control», *The Accounting Review*, 57 (October), pp. 766-77.
- BROWNELL P. (1981), «Participation in budgeting, locus of control and organizational effectiveness», *The Accounting Review*, LVI (4), pp. 844-860.
- CHONG V.K., JOHNSON D.M. (2007), «Testing a model of the antecedents and consequences of budgetary participation on job performance», *Accounting and Business Research*, 37, pp. 3-19.
- CHONG V.K., CHONG, K.M. (2002), «Budget goal commitment and informational effects of budget participation on performance: A structural equation modeling approach», *Behavioral Research in Accounting*, 14, pp. 65-86.
- CHENHALL R.H., BROWNELL P. (1988), «The effect of participative budgeting on job satisfaction and performance: role ambiguity as an intervening variable», *Accounting, Organization and Society*, 13 (3), pp. 225-233.
- DOLL W.J., XIA W., TORKZADEH G. (1994), «A confirmatory factor analysis of the End-User Computing Satisfaction instrument», *MIS Quarterly*, 18 (4), pp. 357-369.
- DOLL W.J., TORKZADEH G. (1988). «The Measurement of End-User Computing Satisfaction», *MIS Quarterly*, 12(2), pp. 259-274.
- GOVINDARAJAN V. (1986), «Impact of participation in the budgetary process on managerial attitudes and performance: universalistic and contingency perspectives», *Decision Sciences*, 17, pp. 496-516.
- HARDY C. (1988), «The rational approach to budget cuts: Orte university's experience», *Higher Education*, 17, pp. 151-173.
- HOOD C. (1991), «A Public Management for all seasons?», *Public Administration*, 6 (3), pp. 3-19.
- HOOD C. (1995), «The New Public Management in the 1980s: Variation on a Theme», *Accounting, Organization and Society*, 20 (2/3), pp. 93-109.
- HOFSTEDE G.H. (1968), *The game of budgetary control*, Tavistock, London.
- HOLLENBECK J.R., KLEIN H.J., O'LEARY A.M., WRIGHT P.M. (1989), «Investigation the construct validity of a self-report measure of goal commitment», *Journal of applied psychology*, 74, pp. 951-956.
- IVES B., OLSON M.H. & BAROUDI J.J. (1983), «The Measurement of User Information Satisfaction». *Communications of the ACM*, 26(10), pp. 785-793.
- JONES C.S., DEWING I.P. (1997), «The Attitudes of NHS Clinicians and Medical Managers Towards Changes in Accounting Controls», *Financial Accountability & Management*, 13 (3), pp. 261-280.
- KAISER H.F. (1985), «The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis», *Psychometrika*, 23, pp. 187-202.
- KAISER H.F., RICE J. (1974), «Little Jiffy, Mark IV», *Educational and Psychological Measurement*, 34, pp. 111-117.
- KAISER H.F. (1970), «A Second Generation Little Jiffy», *Psychometrika*, 35, pp. 401-415.
- KENIS I. (1979), «Effects of budgetary goal characteristics on managerial attitudes and performance», *The Accounting Review*, LIV (4), pp. 707-721.
- KREN L. (1992), «Budgetary participation and managerial performance: The impact of information and environmental volatility», *The Accounting Review* 67 (July), pp. 511-526.
- KURUNMAKI L., LAPSLEY I., MELIA K. (2003), «Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care», *Manage. Acc. Research*, 14, pp. 112-139.
- LAPSLEY I. (1994), «Responsibility Accounting Revived? Market Reforms and Budgetary Control in Health Care», *Management Accounting Research*, 5, pp. 337-52.
- LEGGAT S.G., BARTRAM T., STANTON P. (2006), «People management in Victorian Community Health Services: an exploratory study», *Australian Journal of Primary Health*, 12, pp. 59-65.
- LOCKE E.A., LATHAM G.P. (1990), «A theory of goal setting and task motivation», Englewood Cliffs, Prentice-Hall, NJ.
- LOCKE E.A., LATHAM G.P., EREZ M. (1988), «The determinants of goal commitment», *Academy of Management Review*, 1, pp. 23-39.
- MACINATI S.M. (2010), «NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: lessons from two case-studies», *Financial Accountability & Management*, 26, pp. 4267-4424.
- MAGNER N., WELKER R.B., CAMPBELL T.L. (1996), «Testing a model of cognitive budgetary participation process in a latent variable structural equations format», *Accounting and Business Research*, 27, pp. 41-50.
- McHANEY R., CRONAN T. (1998), «Computer Simulation Success: On the Use of the End-user Computing Satisfaction Instrument: A Comment. *Decision Sciences*», 29(2), pp. 525-534.
- MIA L. (1989), «The Impact of Participation in Budgeting and Job Difficulty on Managerial Performance and Work Motivation: A Research Note», *Accounting Organizations and Society*, 14(4), pp. 347-357.
- MIA L. (1988), «Managerial Attitude, Motivation and the Effectiveness of Budget Participation», *Accounting, Organizations and Society*, 13(5), pp. 465-75.

- MILANI K. (1975), «The relationship of participation in budget setting to industrial supervisor performance and attitudes: a field study», *The Accounting Review*, 50 (2), pp. 274-284.
- NOURI H., PARKER R.J. (1998), «The relationships between budget participation and job performance: The roles of budget adequacy and organizational commitment», *Accounting, Organizations and Society*, 23, pp. 467-483.
- PERRIN J.R. (1988), *Resource Management in the NHS*, Van Nostrand Reinhold.
- PETTERSEN I.G. (1995), «Budgetary control in hospitals. Ritual, rhetoric and rationalised myths? » *Financial Accountability & Management*, 11 (3), pp. 207-21.
- PETTERSEN I.G. (2001), «Implementing Management Accounting Reforms in the Public Sector: the difficult journey from intention to effects», *European Accounting Review*, 10 (3), pp. 561-81.
- RENN O. (1998), «The role of risk perception for risk management», *Reliability Engineering and System Safety*, 59 (1), pp. 49-62.
- SEARFOSS D., MONCZKA R. (1973), «Perceived participation in the budgeting process and motivation to achieve the budget», *Academy of Management Journal*, 16 (December), pp. 541-54.
- SHIELDS J.F., SHIELDS M.D. (1998), «Antecedents of Participative Budgeting», *Accounting, Organizations and Society*, pp. 49-76.
- SIVARAMAKRISHNAN K. (1994), «Information Asymmetry, Participation and Long Term Contracts», *Management Science*, 40, pp. 1228-1244.
- WALLACE M.E. (1966), «Behavioural considerations in budgeting», *Management Accounting (Usa)*, pp. 3-8.
- WENTZEL K. (2002), «The influence of fairness perceptions and goal commitment on managers, performance in a budget setting», *Behavioral Research in Accounting*, 14, pp. 247-271.
- WHITLEY E.A. (1999), «Change? What really happens when new information systems are introduced», in *IS Research at the beginning of the Millenium: Searching for artifacts, metaphors and methodologies*, Charlotte, NC.
- WICKINGS I. (1983), «Consultants face the figures», *Health and Social Service Journal*, XCIII, pp. 1466-1468.
- WILLCOCKS L.P. (1994), «Managing Information Systems in UK Public Administration - Trends and Future Prospects», *Public Administration*, 72 (2), pp. 13-32.
- WRIGHT P., MCMAHAM G., MCWILLIAMS A. (1994), «Human resources and sustained competitive advantage: A resource-based perspective», *Int J HRM*, 5 (2), pp. 301-326.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

La razionalizzazione operativa della rete ospedaliera. La Road Map dell'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro

EMMA CARDAMONE, GERARDO MANCUSO, MARIANNA MAURO

The paper concerns the topics of organizational change due to the context. The search is aimed at contributing to the international debate on change management through a case study analysis, the Local Health Authority in Catanzaro (Calabria, in the South of Italy), according to a systemic perspective and using a theoretical framework that is well known in literature (Minelli and Rebor, 2009). In particular the process of reorganization of the hospital network – that led to the immediate conversion of two small hospitals – is analyzed. In order to understand the overall project development of the change process the organization's Road Map is presented.

Keywords: health care organization, operating rationalization, change management, inertia to change

Parole chiave: azienda sanitaria, razionalizzazione operativa, gestione del cambiamento, inerzia al cambiamento

Note sugli autori

Emma Cardamone è dottore di ricerca in Economia e Management in Sanità, Università Magna Graecia di Catanzaro

Gerardo Mancuso è direttore generale Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - Regione Calabria e direttore Unità Operativa Complessa di Medicina Interna - Presidio Ospedaliero Lamezia Terme, ASP di Catanzaro

Marianna Mauro è professore aggregato di Economia Aziendale, Università Magna Graecia di Catanzaro, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica

1. Oggetto e inquadramento

Il tema del cambiamento nelle organizzazioni, quale fenomeno caratterizzato da molteplici dimensioni di complessità e strettamente interrelato all'esistenza stessa di ogni azienda, è da sempre all'attenzione della letteratura nazionale e internazionale.

Sebbene siano diverse le scuole di pensiero che costituiscono l'articolato quadro di riferimento teorico del *change management* (Van De Ven, Poole, 1995), la prospettiva sistemica (Minelli, Rebor, 2009), consentendo una visione del processo di cambiamento il più possibile globale e multidisciplinare, appare essere l'approccio che meglio si adatta alle specificità delle organizzazioni moderne (Burke, 2002). Il cambiamento è attuato, infatti, secondo dinamiche complesse che si svolgono attraverso l'interazione sistemica di molteplici dimensioni organizzative e variabili ambientali (Burke, 2002; Burnes, 2004; Rebor, Minelli, 2007).

L'impressione generale della letteratura è che, proprio in virtù di tali implicazioni, almeno la metà degli interventi avviati nell'ottica del cambiamento non venga, poi, attuata correttamente e, di questi, la maggior parte non riesca a cogliere i benefici attesi (Kotter, 1995). Gli studiosi si mostrano concordi su due questioni rilevanti: da un lato, individuano come critico il ruolo del management per la concretizzazione del cambiamento (Fernandez, Rainey, 2006; Lega, 2006), dall'altro, riconoscono che proprio le organizzazioni sanitarie, anche in virtù della loro natura professionale, appaiono particolarmente resistenti all'innovazione (Mintzberg, 1989).

SOMMARIO

1. Oggetto e inquadramento
2. Obiettivi e metodologia della ricerca
3. La letteratura sui temi del cambiamento organizzativo: il *framework* teorico
4. L'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro
5. I risultati dell'analisi: le dimensioni rilevanti del processo di cambiamento
6. La *Road Map* dell'Asp di Catanzaro
7. Considerazioni conclusive

Quando, tuttavia, la trasformazione trae origine da mutamenti o evoluzioni specifiche del quadro normativo, le resistenze interne dovrebbero essere superate a priori dal vincolo di obbligatorietà delle azioni da porre in essere (Pralhad, Hamel, 1990).

Il presente lavoro affronta il tema della gestione del cambiamento organizzativo indotto dal contesto ambientale mediante l'analisi del processo di riorganizzazione che interessa l'Azienda sanitaria provinciale (Asp) di Catanzaro in adeguamento alle disposizioni previste dalla normativa regionale sull'accorpamento delle aziende sanitarie, legge n. 9 dell'11 maggio 2007 (ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis del DL.vo n. 502/1992 e s.m.i.), e in osservanza ai provvedimenti adottati in esecuzione del Programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale (si fa riferimento al Decreto del Presidente della Giunta regionale, in qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, DPGR n. 18 del 22 ottobre 2010), come previsto dalla legge n. 311 del 30 dicembre 2004 (Legge finanziaria per l'anno 2005). In particolare, sarà analizzato il processo di riordino della rete ospedaliera avviato dall'Asp di Catanzaro che ha portato alla immediata riconversione di due piccoli presidi.

Le caratteristiche dimensionali e di sviluppo organizzativo dell'Asp di Catanzaro, così come le problematiche che caratterizzano l'assetto istituzionale e territoriale di riferimento, rendono il caso aziendale particolarmente interessante per l'approfondimento delle dinamiche e dei processi di cambiamento organizzativo nei contesti ad alta complessità.

Nella sezione seguente sono individuati gli obiettivi e la metodologia della ricerca (§ 2); la letteratura sui temi del cambiamento organizzativo e il *framework* teorico assunto a riferimento per l'analisi sono presentati nel § 3; il § 4 propone l'indagine empirica, mentre il § 5 espone i risultati dell'analisi. Il § 6 illustra il progetto di riordino complessivo dell'azienda e le linee programmatiche per la realizzazione del cambiamento, nella sezione finale sono discusse alcune considerazioni conclusive.

2. Obiettivi e metodologia della ricerca

L'obiettivo della ricerca è di contribuire al dibattito internazionale sui temi del *change management* esplorando in profondità il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera di un'azienda sanitaria coinvolta in processi di cambiamento organizzativo di rilevante portata. In particolare, poiché le norme imposte come *driver* esterni del cambiamento, pur vincolando all'adozione di un nuovo modello aziendale, non possono da sole sostenere efficacemente l'evoluzione organizzativa (Rebora, Minelli, 2007), l'analisi è strutturata secondo due specifiche direttrici di indagine:

– l'inerzia al cambiamento quale fenomeno responsabile del rallentamento dei processi evolutivi, indagando le diverse forme di resistenza nella specificità di una azienda sanitaria pubblica;

– il ruolo del management aziendale nella gestione strategica del cambiamento, cercando di comprendere i meccanismi di gestione e le logiche di attivazione delle risorse aziendali in chiave di trasformazione.

Coerentemente a tali linee di indirizzo la ricerca propone un approccio di tipo esplorativo che utilizza la metodologia del *case study*.

L'analisi ha permesso di esplorare i meccanismi alla base del processo di cambiamento nell'unità in oggetto nell'ottica della loro gestione all'interno della programmazione strategica aziendale. La metodologia del caso studio risulta, infatti, assai utile quando si vuole descrivere approfonditamente e nella sua interezza un fenomeno, soprattutto se particolarmente complesso, al fine di ottenerne rielaborazioni originali ed eventuali spiegazioni di ordine generale (Eisenhardt, 1989; Fattore, 2005; Yin, 1994).

Inoltre, relativamente alla specificità delle tematiche inerenti al cambiamento organizzativo, sebbene le dimensioni di complessità e trasversalità di tali fattispecie pongano questioni rilevanti relativamente alla scelta del metodo di ricerca (Minelli, Rebora, 2009; Tsoukas, Chia, 2002), la letteratura sembra concordare sull'opportunità che lo studio per casi sia particolarmente idoneo nell'indagare fenomeni in continua evoluzione, caratteriz-

zati dall'intervento di molteplici attori e dalla stretta interdipendenza dell'unità d'analisi con l'ambiente esterno (Pettigrew, 1990).

L'indagine empirica è realizzata utilizzando a riferimento il modello proposto da Minelli e Rebora (2009) che consente la lettura del complesso fenomeno del cambiamento aziendale secondo un'ottica sistemica; la selezione del caso è effettuata secondo i canoni del campionamento teorico (Eisenhardt, 1989), sulla base della considerazione di alcuni fattori rilevanti: le peculiarità dello sviluppo organizzativo dell'azienda e del contesto istituzionale in cui essa è inserita che garantiscono, in virtù di specifiche dimensioni di complessità, l'interesse scientifico per la ricerca; la notevole ricchezza informativa garantita; la disponibilità e l'interesse del management aziendale alla collaborazione. La scelta è compiuta seguendo una strategia di campionamento di un caso *ad elevata sensibilità pubblica* (Patton, 2002), data la rilevanza politica e sociale di un fenomeno degno di attenzione e complesso qual è quello della riorganizzazione della rete dell'offerta sanitaria della Provincia di Catanzaro in virtù dell'applicazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario calabrese.

Privilegiando un approccio multi-prospettico (Fattore, 2005), gli strumenti primari di raccolta delle informazioni sono rappresentati da:

- analisi delle linee-guida e delle normative nazionali e regionali e della documentazione aziendale;
- interviste semi-strutturate alla Direzione strategica (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo) dell'Asp di Catanzaro;
- materiale di osservazione diretta ed etnografico.

L'aspetto etnografico della ricerca è indagato mediante la partecipazione a visite pianificate finalizzate a conversazioni e incontri informali con i ruoli aziendali di interesse.

Se, da un lato, la triangolazione degli strumenti di raccolta dei dati (Eisenhardt, 1989), cogliendo evidenze diverse degli stessi fenomeni, ha consentito di valutare la coerenza dello studio (Lofland, Lofland, 1995), dall'altro, la condivisione del processo di indagine e dei *report* informativi con gli inter-

locutori aziendali ha permesso di assicurarne la validità di costruito (Yin, 1994).

3. La letteratura sui temi del cambiamento organizzativo: il *framework* teorico

La dottrina sul cambiamento nelle organizzazioni è molto ricca; le scuole teoriche che contribuiscono a una migliore comprensione del *change management* sono numerose e molteplici appaiono i tentativi di sistematizzazione (Demers, 1999; Hage, 1999; Van De Ven, Poole, 1995). Per quanto riguarda, poi, il settore pubblico, anche se la numerosità delle pubblicazioni sul cambiamento appare più limitata, diversi autori hanno analizzato il fenomeno in sanità (Etheredge *et al.*, 1996; Heward *et al.*, 2007; Scott *et al.*, 2003). Gli studiosi, in particolare, riconoscono che:

- il management assume un ruolo critico nella concretizzazione del cambiamento nelle organizzazioni pubbliche (Abramson, Lawrence, 2001; Bingham, Wise, 1996; Borins, 2000);
- la complessità e l'alta professionalizzazione dei processi decisionali (Mintzberg, 1983), proprie delle organizzazioni sanitarie, rendono tali realtà resistenti all'innovazione e al cambiamento (Mintzberg, 1989).

Nell'ambito della dottrina, uno dei modelli più diffusi di analisi del *change management* è quello proposto da Minelli, Rebora (2009) (**figura 1**). Il *framework*, che privilegia una lettura sistemica del processo di cambiamento, fa riferimento a tre distinti ambiti di indagine:

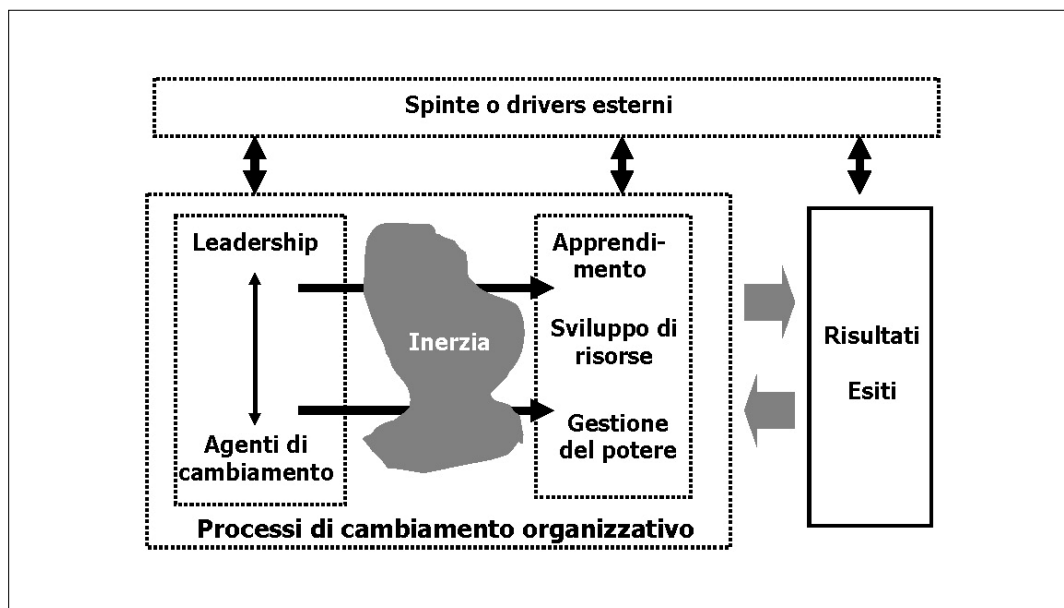
- 1) *lo sviluppo organizzativo* e l'*apprendimento organizzativo*, che riguardano l'evoluzione delle conoscenze, delle relazioni e dei valori condivisi;
- 2) la concezione dell'organizzazione *resource-based*, che interessa il sistema complessivo delle risorse aziendali;
- 3) *il potere organizzativo*, che coinvolge il sistema degli interessi e delle influenze.

Sul circuito critico *apprendimento/sviluppo di risorse/gestione del potere* agiscono sia fenomeni di *inerzia organizzativa* che azioni di *leadership* e da parte di *agenti del cambiamento*. Le *spinte* o *driver esterni* inducono

Figura 1

Il Modello di analisi del cambiamento organizzativo

Fonte: Minelli, Rebora (2009)



il *processo di cambiamento* il cui successo o insuccesso può essere misurato in termini di *risultati/esiti*.

4. L'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro

4.1. Gli aspetti di contesto

L'Asp di Catanzaro, con un organico di 3.831 unità di personale e un fatturato di circa 500 milioni di euro/anno,¹ si caratterizza per un bacino di utenza che coincide con l'ambito territoriale della Provincia di Catanzaro.

Sull'area individuata operano una azienda ospedaliera (l'Azienda Ospedaliera Pugliese - Ciaccio), un'azienda ospedaliero-universitaria (l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini), un istituto scientifico privato (la fondazione per la ricerca e la cura dei tumori «Tommaso Campanella» - Centro Oncologico d'Eccellenza, appartenente alla Regione Calabria e alla Facoltà di Medicina dell'Università Magna Graecia di Catanzaro) e diverse strutture private accreditate.

L'attività di assistenza sanitaria dell'Asp è profondamente influenzata, da un lato, dalle peculiarità del territorio, dall'altro, dalle specificità dello sviluppo organizzativo dell'azienda, attuato, nel tempo, in modo discontinuo e non omogeneo.

Il territorio provinciale si contraddistingue per la numerosità dei comuni afferenti e per la loro assai bassa popolosità. La Provincia di Catanzaro si estende su una superficie territoriale di 2.391,35 kmq che comprende 80 comuni ma censisce una popolazione residente di soli 368.597 abitanti con una densità abitativa di 154,14 abitanti/kmq, in confronto a un valore medio nazionale dell'ordine dei 201,16 abitanti/kmq. I comuni con una popolazione inferiore ai 5.000 abitanti rappresentano l'88,75% del totale provinciale (71 comuni su 80) mentre solo l'8,75% ha una popolazione compresa tra i 5.000 e i 10.000 abitanti. Infine, esclusivamente i Comuni di Lamezia Terme e Catanzaro registrano una popolosità superiore ai 10.000 abitanti (fonte: dati Istat 2011 - Comuni).

Il contesto geografico appare, inoltre, caratterizzato dalla netta prevalenza di zone collinari e di montagna; basti pensare che solo 26 comuni su 80 possono essere classificati come «non montani». Gli aspetti legati alla morfologia territoriale complicano notevolmente le dinamiche dell'assistenza allontanando, di fatto, la prestazione sanitaria dal cittadino e generando difficoltà sia in termini di distanza geografica (e quindi effettiva raggiungibilità del paziente) che di tempestività degli interventi. Il territorio provinciale è suddiviso in cinque distretti (Catanzaro, Catanzaro Lido, Soverato, Lamezia Terme, Re-

ventino) il cui polimorfismo oro-geografico (dovuto alla coesistenza di zone pianeggianti, collinari e di montagna) determina contesti socio-economici e ambiti assistenziali assai differenti anche all'interno della stessa area distrettuale. I vari comuni si caratterizzano per condizioni di viabilità delle strade e di distanza dalle strutture sanitarie e ospedaliere differenti; le zone montane, in particolare, presentano una percorribilità interna complessa che allunga notevolmente i tempi per l'assistenza. L'estrema disomogeneità e variabilità oro-geografica del territorio e la presenza di un sistema infrastrutturale carente e in gran parte obsoleto, che non garantisce condizioni di viabilità interregionale adeguate, influenzano in maniera significativa le attività di produzione ed erogazione dei servizi dell'Asp di Catanzaro nei termini della qualità e della continuità dell'assistenza garantita.

Per quanto riguarda l'evoluzione storica dell'assetto istituzionale e organizzativo dell'azienda, la costituzione dell'Asp è attuata mediante l'accorpamento delle due strutture sanitarie di Lamezia Terme e Catanzaro (rispettivamente Asl n. 6 e Asl n. 7). Tale procedimento sebbene già previsto dall'art. 7 della legge regionale n. 9 dell'11 maggio 2007 (ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis del DL.vo n. 502/1992 e s.m.i.), è per lungo tempo disatteso e portato a compimento effettivo solo a seguito della procedura di commissariamento dell'ente nel luglio del 2010.

Nonostante si sia formalmente avviato il processo di cambiamento convivono, sostanzialmente, all'interno della stessa azienda provinciale due distinti assetti organizzativi caratterizzati da importanti difetti di coordinamento e duplicazioni di unità e organismi. Il siffatto contesto genera condizioni di scarsa chiarezza rispetto a responsabilità e ruoli, forte disomogeneità nei servizi di assistenza forniti, diseconomie e situazioni di spreco di risorse: solo con l'attuazione delle indicazioni programmatiche regionali in esecuzione del Piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria si sta procedendo al ridisegno globale dell'azienda.

Le soluzioni di riordino predisposte sono state approvate dalla Direzione mediante l'emanazione dell'atto aziendale dell'Asp di Catanzaro. Poiché, tuttavia, tale atto è in

attesa della validazione regionale, le procedure di dismissione delle unità operative devono essere lette in chiave programmatica; saranno, infatti, rese effettive non appena lo strumento dell'atto aziendale sarà esecutivo. Il riordino della rete ospedaliera è, invece, ad oggi già operativo. Attualmente l'azienda sta affrontando la sperimentazione del nuovo assetto istituzionale e organizzativo sostenendo lo sviluppo dei meccanismi operativi e consolidando le attività di riorganizzazione e riqualificazione del personale attraverso interventi sistematici di informazione e formazione delle risorse umane.

4.2. La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera

Sulla base delle linee programmatiche regionali (già citato DPGR 18/2010), la rete di offerta ospedaliera è riconfigurata secondo un modello a raggiera (*hub and spokes*) con la costituzione di dipartimenti in cui una unità operativa svolge la funzione di polo di riferimento per la casistica complessa (*hub*) mentre le altre unità operative rappresentano le antenne per il polo centrale e trattano le procedure routinarie (*spokes*).

In tal senso, tenuto conto che sul territorio di competenza dell'Asp di Catanzaro operano quattro presidi ospedalieri (Lamezia Terme, Soverato, Soveria Mannelli, Chiaravalle), nell'ambito del progetto di riorganizzazione della rete di offerta provinciale, al presidio ospedaliero di Lamezia Terme con funzioni di *spoke*, sede di Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (DEA) di primo livello, sono attribuite le specialità di media diffusione e media complessità di trattamento mentre al presidio ospedaliero di Soverato classificato come *ospedale generale*, dotato di unità operative di medicina interna, chirurgia generale, anestesia, ortopedia e sede di pronto soccorso, sono attribuite le discipline di base. Il presidio ospedaliero di Soveria Mannelli, che fornisce prestazioni per acuzie ed è dotato di pronto soccorso, è classificato come *ospedale di zona montana* con posti di lungodegenza e *day surgery*. Il presidio ospedaliero di Chiaravalle è definito, al fine di assicurare la continuità assistenziale sul territorio, *Centro di Assistenza primario territoriale* (CAPT) con servizi di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità e sede

di punto di primo intervento operativo h12 o h24 secondo le esigenze sanitarie del bacino di utenza.

L'Asp di Catanzaro prevede l'offerta dei servizi classificando gli ospedali sulla base delle specifiche caratteristiche dimensionali e delle necessità di integrazione con la rete dell'emergenza-urgenza, individuando il numero di posti-letto necessari per garantire le attività di ricovero e le strutture corrispondenti (**tabella 1**).

Le linee-guida dell'intervento di razionalizzazione sono focalizzate sull'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri e sulla riduzione dei tassi molto alti di ospedalizzazione mediante la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo gli ambiti di cura residenziale e domiciliare. In particolare, la procedura di dismissione dalle funzioni ospedaliere è stata attuata nei presidi di Chiaravalle e Soveria Mannelli riconvertiti in strutture territoriali più flessibili e tali da soddisfare i requisiti di appropriatezza in numero di posti-letto per struttura. Mentre il presidio ospedaliero di Chiaravalle è stato completamente deospedalizzato, il presidio di Soveria Mannelli ha mantenuto, nella riconversione, 20 posti-letto in conformità con la regolamentazione degli ospedali di zona montana che prevede, per tali fattispecie, la necessità di garantire una

minima attività di degenza (DPGR 18/2010) (**tabella 2**).

Sul CAPT di Chiaravalle è programmato un progetto (già finanziato) per la realizzazione del primo ospedale territoriale della Regione Calabria, ovvero un ospedale diurno (senza degenza) che gestisca le competenze del territorio (quindi la diagnostica, l'ambulatorio, ecc.) centralizzando in una unica struttura fisica tutti i servizi di assistenza (che attualmente risultano scarsamente coordinati sul territorio) e integri al suo interno anche i servizi di medicina generale.

5. I risultati dell'analisi: le dimensioni rilevanti del processo di cambiamento

Sebbene le dinamiche di gestione del cambiamento nelle organizzazioni siano caratterizzate da una estrema variabilità e instabilità delle condizioni profilabili e degli elementi di processo coinvolti, la scelta di indagare mediante un approccio sistemico consente di evidenziare le relazioni tra i fenomeni e le variabili critiche caratterizzanti il progetto di sviluppo organizzativo (Burke, 2002; Reboira, Minelli, 2007).

Coerentemente all'impostazione metodologica dell'indagine empirica, la trattazione che segue approfondisce, in particolare, l'analisi del processo del cambiamento che coinvolge l'Asp di Catanzaro secondo le di-

Tabella 1

Asp di Catanzaro:
configurazione della rete ospedaliera

Fonte: nostra elaborazione
da dati Asp di Catanzaro

PRESIDIO OSPEDALIERO	RUOLO NELLA RETE DI EMERGENZA (DPGR 18/2010)	COMUNE	POSTI-LETTO
LAMEZIA TERME	SPOKE	LAMEZIA TERME	225
SOVERATO	OSPEDALE GENERALE	SOVERATO	79
SOVERIA MANNELLI	OSPEDALE DI ZONA MONTANA	SOVERIA MANNELLI	20
CHIARAVALLE	CAPT	CHIARAVALLE	0

Tabella 2

Asp di Catanzaro:
previsione posti-letto per struttura derivanti dal riordino

Fonte: nostra elaborazione
da dati Asp di Catanzaro

PRESIDIO	POSTI-LETTO ante DPGR 18/2010	POSTI-LETTO DERIVANTI CRITERI DI APPROPRIATEZZA (DPGR 18/2010)	POSTI-LETTO DERIVANTI DAL RIORDINO
	PO LAMEZIA TERME	281	225
PO BASSO IONIO SOVERATO	90	71	79
PO SOVERIA MANNELLI	102	39	20
CAPT CHIARAVALLE	28	14	0

mensioni rilevanti proposte da Minelli, Rebora (2009).

I driver del cambiamento

Nel caso in specie, la principale *spinta al cambiamento* proviene dalle disposizioni del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria e dai provvedimenti a esso associati (già citato DPGR 18/2010).

La stesura del Piano evidenzia la mancanza di un processo di razionalizzazione della rete sanitaria calabrese che determina condizioni di grave inefficienza e inappropriately nell'impiego delle risorse con conseguente scarsa sostenibilità del sistema e importanti effetti sui livelli di assistenza garantiti. Gli obiettivi principali del programma di riorganizzazione possono essere ricondotti a:

1) la ristrutturazione e riqualificazione, attraverso il bilanciamento territorio-ospedale, della rete dell'offerta assistenziale, che offre risposte di ricovero alla maggior parte dei bisogni di salute della popolazione e mostra forti carenze nelle fasi del processo clinico di prevenzione, diagnosi e terapia;

2) la riorganizzazione e il potenziamento degli organi e delle procedure di monitoraggio e controllo amministrativo-gestionale e di analisi della produzione.

La leadership e gli agenti del cambiamento

Le spinte ambientali che agiscono sull'assetto aziendale possono generare un cambiamento organizzativo reale solo se sostenute dall'azione costante di una serie di attori, assimilabili nella *leadership* e negli *agenti del cambiamento* (Rebora, Minelli, 2007), che operano in modo diffuso su diversi livelli organizzativi per l'attuazione della trasformazione.

Nel caso dell'Asp di Catanzaro, la *leadership* a supporto del cambiamento si esprime nel bilanciamento dei ruoli all'interno della Direzione strategica. In fase di programmazione del cambiamento la Direzione, nella consapevolezza dell'ampiezza delle azioni da realizzare, agisce come agente reale della trasformazione e promuove un progetto a partecipazione diffusa finalizzato a garantire

la comprensione dei contenuti del cambiamento e le sue implicazioni reali sull'organizzazione. Il piano si sostanzia nella predisposizione, con una cadenza sistematica (ogni 10 giorni) di specifiche riunioni, ognuna per ogni area/categoria professionale, a partecipazione diretta del vertice strategico. Il Direttore generale, che ha avviato e portato avanti per il primo anno di attività il progetto di trasformazione organizzativa con la nomina regionale di Commissario straordinario dell'Asp, assume un ruolo di confine assolutamente critico in ottica di *change management*, in quanto risulta il riferimento principale per le relazioni tra l'azienda e il livello istituzionale sovraordinato.

L'inerzia al cambiamento

Le trasformazioni prodotte dall'evoluzione della norma non inducono di per sé un immediato adeguamento nelle organizzazioni a causa di forme di *inerzia e resistenza al cambiamento* e/o preferenza alla continuità e alla stabilità organizzativa; tali problematiche caratterizzano, in particolare, una azienda sanitaria pubblica ove convivono varie categorie professionali di lunga tradizione, particolarmente coese e caratterizzate da rappresentanze sindacali e associative forti.

Nel caso in specie il progetto di riorganizzazione produce due provvedimenti rilevanti:

1) la predisposizione di un ampio piano di ricollocazione del personale e la ridefinizione della pianta organica aziendale;

2) la razionalizzazione dell'offerta dei servizi sul territorio.

Entrambe le azioni innescano un complesso e variegato sistema di inerzie comportamentali (di tipo organizzativo, in risposta alle nuove soluzioni previste).

Per quanto riguarda il processo di ricollocazione del personale, la Direzione aziendale conduce il delicato progetto di accorpamento di strutture conformando le procedure alle disposizioni di legge:² il personale in ricollocazione è gestito in mobilità d'urgenza e sono predisposti tavoli di informativa con i sindacati che consentano un precoce coinvolgimento delle organizzazioni di categoria e sindacali nell'azione programmatica.

Le piante organiche sono già state tarate rispetto ai fabbisogni, le disposizioni di mobilità saranno, quindi, obbligatorie per i dipendenti una volta ottenuta l'approvazione dell'atto aziendale. Poiché, infatti, l'atto aziendale deliberato, in attesa della validazione regionale, non è, di fatto, uno strumento esecutivo, la Direzione utilizza, in fase transitoria, una serie di strumenti operativi per la gestione della resistenza del personale al cambiamento.

Le inerzie organizzative riguardano, in maniera prevalente e secondo un ambito di confronto continuo all'interno dell'azienda, le categorie professionali dei medici, dei sanitari e degli infermieri, attraverso le rappresentanze sindacali delle diverse discipline e specialità.

Per quanto riguarda i medici, sull'organizzazione sanitaria grava una rete di interessi ramificati e consolidati, che si concretizzano in un sistema professionale fortemente verticistico e profondamente influenzato dalla politica regionale.

L'inerzia è, in questo senso, aggredita attraverso una aperta e radicale azione di lotta alle lobby che si sostanzia nella eliminazione di varie forme di deleghe che attribuivano responsabilità e funzioni, consentendo avanzamenti professionali non idonei.

Relativamente alla categoria professionale degli infermieri, le considerevoli manifestazioni di resistenza all'azione programmatica hanno preso la forma di vere e proprie azioni di protesta. In particolare, presso il presidio ospedaliero di Soveria Mannelli, si è costituito un gruppo molto sindacalizzato di 25/30 infermieri. In attesa dell'approvazione dell'atto aziendale questi sono gestiti attraverso l'applicazione di un dispositivo di legge che, mediante l'utilizzo di un ordine di servizio, dispone la rotazione del personale su base mensile consentendo la ricollocazione temporanea delle risorse umane.

Per quanto riguarda il secondo effetto indotto dal riordino, ovvero la razionalizzazione dell'offerta dei servizi sul territorio, la principale forma di opposizione al cambiamento è derivata dalle rappresentanze delle amministrazioni locali delle zone territoriali coinvolte.

Nell'ambito del processo di riconversione dei presidi i Sindaci dei comuni afferenti si sono strenuamente opposti alle disposizioni di

riordino dando vita, per un periodo di oltre 12 mesi, ad azioni di protesta di tipo collettivo e mobilitazioni pubbliche. In particolar modo presso il presidio di Chiaravalle hanno avuto luogo numerosi eventi pubblici che hanno determinato blocchi della circolazione stradale e sit-in di protesta.

La resistenza delle amministrazioni locali al cambiamento è stata gestita mediante il coinvolgimento diretto dei Sindaci nella fase di programmazione operativa, attraverso la condivisione del nuovo modello e l'esposizione dei benefici da questo risultanti in termini di qualità dei servizi per il cittadino. Nello specifico, sono state pianificate e realizzate numerose riunioni nell'ambito delle quali sono state esposte le motivazioni tecniche alla base della riconversione delle strutture evidenziando da un lato, le forti aree di criticità che avevano caratterizzato la prestazione d'assistenza e l'offerta dei servizi nei presidi in oggetto, dall'altro, chiarendo le linee programmatiche dello sviluppo futuro delle strutture.

In primo luogo, è stato necessario fare comprendere agli interlocutori che la presenza dell'ospedale (con attività di degenza sul territorio) non altera, di fatto, la storia imminente di salute del paziente ma, in questo senso, è rilevante, piuttosto, la presenza di una struttura che sia capace di svolgere procedure di indirizzo e assistenza appropriate. Attraverso una analisi dettagliata delle attività svolte negli ospedali è stato dimostrato che questi non erano reali presidi di salute per la popolazione. Le strutture erano mantenute attive per questioni prevalenti di interesse politico, piuttosto che per garantire risposta a effettivi bisogni di assistenza della popolazione. Entrambi i presidi si caratterizzavano, infatti, per la predominanza di attività a scarso contenuto specialistico; i posti-letto del presidio di Chiaravalle, in particolare, erano destinati, prevalentemente, a ospedalizzazioni ripetute di durata media dei sette giorni verso soggetti ultra 65enni e riguardavano patologie più appropriatamente gestibili in lungo assistenza. D'altra parte, per esempio, sebbene il volume delle prestazioni svolte nel reparto di chirurgia di Soveria Mannelli apparisse adeguato (erano registrati circa 600 interventi di chirurgia generale l'anno), l'analisi di dettaglio evidenziava la netta prevalenza di interventi di base che, secondo i criteri di appropriatezza, avrebbero dovuto

essere gestiti in regime ambulatoriale (*day surgery*) con notevoli vantaggi sia in termini della qualità del servizio reso che di efficienza operativa conseguita.

Il processo di informativa e coinvolgimento delle amministrazioni locali ha generato condivisione da parte dei Sindaci sui benefici della deospedalizzazione; ad oggi, tutti gli amministratori coinvolti hanno di buon grado condiviso e accettato i provvedimenti disposti.

Ulteriore ed essenziale strumento di comunicazione e divulgazione è, in tal senso, la Carta dei valori e dei servizi dell'Asp che esplicita le tipologie di interventi garantiti dall'azienda e le relative modalità di accesso per la popolazione.

Nell'Asp di Catanzaro il cambiamento incontra, infine, resistenze di tipo sistemico, ovvero inerzie culturali legate a procedure operative inefficienti e obsolete ma consolidate nelle routine organizzative e nella prassi aziendale, resistenze connesse a problemi di sovraccarico strategico (la gestione contemporanea di più linee di cambiamento) e un forte divario in termini di risorse.

Il divario tra le risorse e le abilità richieste dal contesto e quelle effettivamente disponibili appare assai consistente in virtù dell'insufficienza delle dotazioni proprie dell'azienda rispetto alla complessità e all'ampiezza dei servizi che devono essere attuati. Le aziende sanitarie gestiscono, oggi, risorse scarse in contesti ad alta complessità informativa e gestionale; particolarmente problematiche sono, quindi, le condizioni di operatività dell'azienda catanzarese che opera in regime di Piano di rientro e si caratterizza per un rilevante deficit di indebitamento di tipo strutturale (una perdita di esercizio superiore ai 56 milioni di euro per l'anno 2009, fonte: DPGR n. 43 del 31 maggio 2011).

L'azione gestionale finalizzata a contrastare l'inerzia sistemica si concretizza negli interventi di ridefinizione e potenziamento degli organi di staff alla Direzione strategica, con particolare attenzione alle attribuzioni di ruolo e al dimensionamento delle strutture, aspetti che appaiono fondamentali per attivare e sostenere la trasformazione. L'indirizzo prevalente è volto, da un lato, a responsabilizzare i diversi livelli aziendali sull'utilizzo ottimale delle risorse e rispetto agli obiettivi di programmazione; dall'altro, alla riqualificazione della professionalità dei dipendenti

coerentemente al previsto progetto di riorganizzazione delle risorse umane.

I processi di cambiamento: lo sviluppo delle risorse, l'apprendimento e la gestione del potere

Le leve di cui il management dispone ai fini della gestione delle forme di inerzia prevalenti e dell'attuazione del cambiamento sono rappresentate dai tre processi di sviluppo delle risorse, di apprendimento e di gestione del sistema del potere aziendale. Sebbene, infatti, lo sviluppo organizzativo sia il fondamento di ogni progetto di *change management*, nessun intervento genera un incremento reale degli *asset* aziendali se non è accompagnato, da un lato, da un processo di apprendimento e sviluppo delle competenze che agisca concretamente sui modelli e sui comportamenti organizzativi e, dall'altro, da una corretta gestione del potere aziendale che favorisca il percorso dell'apprendimento e lo sviluppo delle risorse secondo l'orientamento strategico tracciato (Rebora, Minelli, 2007).

Dal punto di vista dello sviluppo organizzativo e della gestione delle risorse, il processo di cambiamento dell'Asp di Catanzaro è stato realizzato, da un lato, mediante azioni sistematiche di razionalizzazione strutturale, dall'altro, attraverso investimenti consistenti a sostegno della trasformazione organizzativa.

La razionalizzazione strutturale della rete ospedaliera ha previsto, per i presidi riconvertiti, la chiusura delle unità operative in regime di ricovero e la destinazione ad altra sede delle corrispondenti attività (le unità di Chiaravalle presso Soverato e le unità di Soveria Mannelli presso Lamezia Terme). Il progetto ha consentito la dismissione di un numero complessivo di 49 strutture tra unità semplici, unità complesse e unità aggregate (tabella 3).

Infine, nell'ambito del riordino, è stato predisposto un piano di riconversione degli immobili e delle tecnologie che permette la ridestituzione e il riutilizzo delle attrezzature presenti nei presidi riconvertiti. È attivo, in questo senso, un progetto «fitti» che prevede, mediante la dismissione dei fitti degli immobili riconvertiti, un risparmio di circa 1,8 milioni di euro; l'indotto relativo al con-

Tabella 3

Asp di Catanzaro:
variazione numerica
delle strutture ospedaliere

Fonte: nostra elaborazione
da dati Asp di Catanzaro

AREA	UNITÀ OPERATIVE	SITUAZIONE PRE RIORDINO	SITUAZIONE POST RIORDINO	DIFFERENZA
PRESIDI OSPEDALIERI	COMPLESSE	56	41	- 15
	SEMPLICI	14	17	+ 3
	AGGREGATE	74	37	- 37
TOTALE		144	95	- 49

tenimento delle spese di gestione derivante dalla riconversione delle strutture è almeno doppio (fonte: Direzione strategica).

Per quanto riguarda l'investimento delle risorse a sostegno del processo di riordino, la rilevanza del patrimonio consolidato delle fonti organizzative, quale fattore critico per lo sviluppo delle competenze e delle capacità aziendali e, quindi, per la determinazione di un cambiamento che sia efficace nel tempo, è riconosciuta in maniera unanime dagli studiosi (Fernandez, Rainey, 2006); nessun tipo di evoluzione può, di fatto, essere attuata senza un adeguato investimento in termini di risorse (Rebora, Minelli, 2007).

In questo senso, gli investimenti principali dell'Asp di Catanzaro riguardano lo sviluppo e il consolidamento dei meccanismi operativi a supporto del processo attraverso:

- a) l'implementazione di un percorso di informatizzazione aziendale;
- b) un progetto sistematico di riorganizzazione e riqualificazione delle risorse umane.

In particolare, è stato avviato un progetto molto innovativo che riguarda l'informatizzazione di specifici ambiti di servizio, quali l'Assistenza domiciliare integrata (Adi, processo già realizzato) e la guardia medica (intervento in fase di attuazione).

Nel caso dell'Adi, la cartella clinica è già informatizzata, gli operatori che svolgono attività a domicilio sono dotati di un *iPad* attraverso il quale è possibile rilevare e aggiornare i dati del paziente trasmettendo le informazioni in tempo reale al medico che si trova in centrale operativa che è, a sua volta, in grado di effettuare, rapidamente, l'inquadramento del caso clinico.

È stata avviata, inoltre, la prima fase di un progetto (per un valore iniziale di investimento di circa 650 mila euro) che ha consen-

tito l'attivazione di un sistema di telemedicina tra i presidi ospedalieri.

La Direzione, infine, nel riconoscere nel personale una risorsa critica ai fini dell'attuazione della politica aziendale, ha definito quale obiettivo strategico dell'Asp di Catanzaro la messa in opera di un progetto sistematico di riorganizzazione delle risorse umane che si sostanzia in specifiche linee-guida:

- a) allocazione del personale secondo il profilo professionale con previsione di un livellamento economico nel caso di integrazione di altre funzioni o attività e con limitazione notturna (ciò garantirà la presenza esclusiva di unità di personale idoneo all'interno delle strutture h24);
- b) accesso alla mobilità interna secondo le esigenze di servizio e i carichi di lavoro;
- c) valorizzazione dei giovani talenti mediante l'assegnazione, in maniera indipendente dal ruolo professionale svolto, di funzioni strategiche anche a non dirigenti;
- d) previsione di un sistema di valutazione del personale attraverso l'implementazione di una reportistica periodica con obiettivi di risultato di breve e medio periodo e di un sistema di premialità basata sul merito (premi puntuali ai dipendenti associati a specifici risultati di efficacia e di produttività);
- e) definizione di un programma di formazione continua ed elaborazione di strumenti di lavoro, come le linee-guida aziendali, ai fini del conseguimento di un obiettivo complessivo di qualificazione professionale.

È possibile affermare che il *processo di apprendimento*, che riguarda i cambiamenti nelle conoscenze, negli stili di relazione e nei valori condivisi, si è realizzato per *trauma* (Crozier, 1964). Infatti, il cambiamento è avvenuto a seguito della «reazione a una crisi» iniziata con il commissariamento della sanità e prosegui-

ta con l'approvazione del Piano di rientro dal debito. L'apprendimento, dunque, si è sviluppato a seguito della messa in atto di una strategia ben definita attuata mediante lo sviluppo di azioni sistematiche di informazione; sono state, in questo senso, pianificate riunioni con tutti i dirigenti di struttura a cadenza mensile. La Direzione aziendale tiene in seria considerazione l'importanza della partecipazione al cambiamento tanto da investire, a supporto della stessa, l'allestimento di una nuova sala riunioni che, con una capienza di 150 posti, si configura come uno spazio reale di creazione e trasferimento della conoscenza.

Si tratta di uno spazio relazionale che diventa un vero e proprio ambito di apprendimento in quanto consente:

- di discutere in maniera formale e informale delle attività svolte, dei casi clinici incontrati, delle problematiche emerse valutando i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di performance;
- di verificare le attività formative e di addestramento svolte mediante la discussione e il confronto;
- di rendere esplicite le visioni, le esperienze e le capacità fino allo sviluppo, nel lungo periodo, di nuovi ruoli e modelli comportamentali.

Relativamente al *processo di gestione del potere*, poiché in un sistema burocratico professionale il potere effettivo del vertice aziendale è per sua natura particolarmente limitato dall'autonomia decisionale dei professionisti e dalle diverse forme di resistenza al cambiamento, la Direzione strategica, al fine di incidere concretamente sui comportamenti degli attori aziendali, ha attuato il cambiamento attraverso l'esercizio della propria autorità legittima facendosi promotrice di nuovi modelli di comportamento e di ruolo che puntano alla integrazione delle culture e delle conoscenze e alla condivisione di obiettivi e valori nell'ambito di un progetto aziendale che sia in grado di riconoscere e valorizzare le competenze dei collaboratori garantendo la crescita e l'avanzamento delle professioni.

6. La Road Map dell'Asp di Catanzaro

Le linee programmatiche del processo di cambiamento dell'Asp di Catanzaro, accan-

to alla riorganizzazione della rete ospedaliera che ha, ad oggi, consentito la riconversione dei due piccoli presidi ospedalieri di Chiaravalle e Soveria Mannelli, si realizzano in un progetto complessivo di riordino dell'assetto organizzativo aziendale che prevede due ulteriori direttrici di intervento:

1) *la riorganizzazione istituzionale*, mediante la ridefinizione e il potenziamento degli organi di staff alla Direzione strategica;

2) *la riorganizzazione dell'assistenza territoriale*, finalizzata ad assicurare una rete di servizi che, sviluppati secondo percorsi di integrazione territorio - ospedale - territorio, garantiscano governo della domanda sanitaria e cure primarie appropriate e continuative. Il potenziamento dell'attività territoriale diviene la chiave per la qualificazione di tutto il sistema.

L'*assetto istituzionale* dell'azienda sanitaria è stato rivisto mantenendo, accanto ai tradizionali presidi di supporto, alcuni specifici organi di staff alla Direzione generale ed eliminando le duplicazioni di funzioni. In chiave di riorganizzazione, nella definizione della tecnostruttura aziendale, sono state tenute in conto le caratteristiche dimensionali dell'azienda, le fonti di cui essa dispone o che intende acquisire al fine di assicurare lo sviluppo o il potenziamento di specifiche competenze.

Coerentemente con la missione dichiarata nell'atto aziendale e con una visione strategica rivolta a consolidare un sistema organizzativo in grado di garantire appropriatezza, tempestività, efficacia, qualità dei servizi offerti ai cittadini nell'ottica del miglioramento continuo, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza (Lea) e nell'economicità delle scelte rispetto alle risorse disponibili, nella revisione degli organi di staff è stata fatta particolare attenzione alla esigenza di sostenere in maniera appropriata i sistemi di programmazione e controllo (mediante la predisposizione di due organismi specifici deputati, rispettivamente, alla *Pianificazione e programmazione* e al *Controllo gestionale*) e di sviluppo e gestione delle risorse umane (attraverso la previsione di due organi *ad hoc* destinati, rispettivamente, alla gestione dello

Sviluppo organizzativo e delle Politiche del personale). L'obiettivo è, da un lato, quello di responsabilizzare i diversi livelli aziendali sull'utilizzo delle risorse e rispetto agli obiettivi di programmazione; dall'altro, di investire sul mantenimento e il potenziamento della professionalità dei dipendenti coerentemente al previsto progetto di riorganizzazione delle risorse umane.

Il riordino dell'assistenza territoriale dell'Asp di Catanzaro si sviluppa nella consapevolezza della generale debolezza della gestione dei bisogni assistenziali complessi, con riguardo, in particolare, alle patologie croniche e alle disabilità.

Lo sforzo riorganizzativo è volto a promuovere la costruzione di percorsi integrati di assistenza che garantiscano la continuità e l'appropriatezza della presa in carico del paziente. In questo senso è completamente ridefinito l'assetto dell'area territoriale al fine, da un lato, di risolvere le problematiche di coordinamento tra le strutture garantendo l'integrazione e l'uniformazione su scala aziendale dei processi di erogazione e accesso ai servizi, dall'altro, di razionalizzare la rete territoriale eliminando le repliche di funzioni.

La struttura di riferimento per la riorganizzazione territoriale è il dipartimento. In particolare, è previsto:

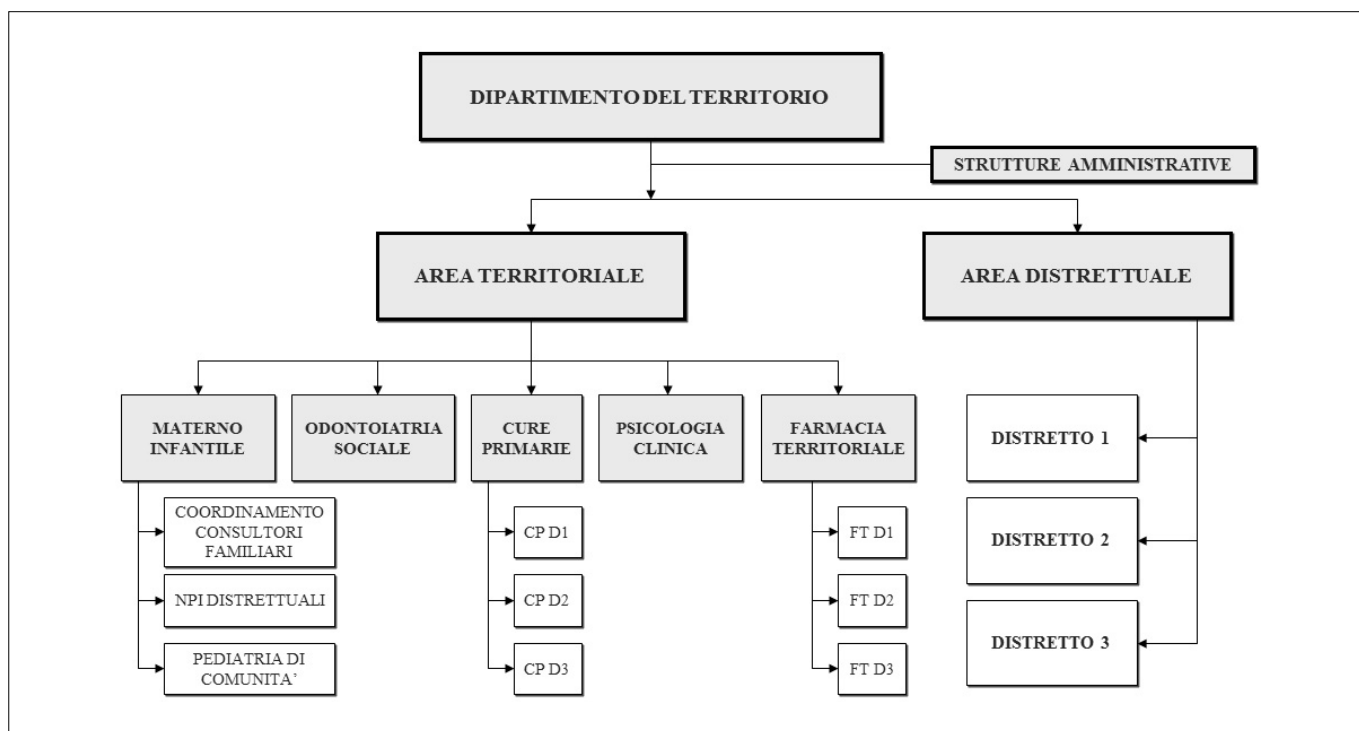
- il mantenimento, eliminando le duplicazioni di attività e di organismi, dei dipartimenti di tipo strutturale (o gestionale), che perseguono l'obiettivo principale dell'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovra ordinata rispetto alle unità operative che li costituiscono, ovvero *il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze e i Dipartimenti ospedalieri (di Specialità mediche, di Specialità chirurgiche, dell'Area dell'Emergenza e dei servizi sanitari)*;

- la soppressione dei dipartimenti funzionali *Materno-infantile e dell'Emergenza e accettazione* a favore di un unico *Dipartimento del Territorio (DT)* che integra orizzontalmente le unità operative e ha compiti di supporto alla programmazione e di coordinamento (figura 2).

La previsione del Dipartimento del Territorio è finalizzata a risolvere le criticità, da un lato, del coordinamento dei ruoli e dei compiti al fine di garantire la continuità delle

Figura 2

Asp di Catanzaro: il Dipartimento del Territorio
Fonte: dati Asp di Catanzaro



attività svolte, dall'altro, della gestione della doppia dipendenza delle strutture dal coordinamento per funzione (dipartimenti) e per prodotto (distretti).

Il *Dipartimento del Territorio* è garante delle funzioni di gestione e coordinamento di tutte quelle strutture che precedentemente, senza alcuna valutazione di sistema, si limitavano a fornire risposte puntuali a specifiche domanda di assistenza; esso svolge compiti di organizzazione e controllo dei servizi logistici territoriali, al fine di rendere omogenee le procedure di erogazione delle prestazioni e degli interventi territoriali su tutto l'ambito provinciale, raccordando le attività interdistrettuali e garantendo unitarietà e continuità con l'assistenza ospedaliera.

Afferiscono al Dipartimento del Territorio le funzioni di gestione del personale (mobilità interna), di regolazione dell'esercizio alla libera professione *intramoenia*, di tutela della salute in ambito penitenziario, ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'1 aprile 2008, in collaborazione con il Dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze e con il Dipartimento di Prevenzione.

Trasversalmente al Dipartimento del Territorio sono previsti i distretti che, appunto coordinati dal DT, rappresentano l'articolazione territoriale fondamentale dell'azienda. Essi esercitano un ruolo di valutazione dei servizi territoriali, di analisi dei bisogni di salute, di orientamento del cittadino e di integrazione dei servizi erogati ai diversi livelli di assistenza dell'Asp.

Il rinnovamento della rete territoriale prevede la rimodulazione dei distretti, nonché la previsione dei Punti unici di accesso (Pua) distrettuali che, necessariamente integrati con la rete sociale, garantiscono equità e capillarità dei servizi e una globale presa in carico dei bisogni assistenziali. È sancito il passaggio dai cinque presidi esi-

stenti, che coincidono con le zone sociali, ai tre di nuova previsione, mediante l'accorpamento degli ambiti territoriali rispettivamente di Catanzaro e Catanzaro Lido e di Lamezia Terme e Soveria Mannelli (Reventino), mantenendo inalterato l'ambito territoriale di Soverato. La configurazione prevista consente il mantenimento della sovrapposizione tra ambiti distrettuali e zone sociali e articola il territorio provinciale nei tre distretti di *Catanzaro*, *Lamezia Terme* e *Soverato*. Ciascun distretto avrà un solo comune di riferimento come interlocutore istituzionale per le zone sociali corrispondenti (**tabella 4**).

Il territorio distrettuale è organizzato in sedici poli (con funzioni di piccoli pronto soccorso) sui quali, nell'ambito di un progetto di rinnovamento e potenziamento dell'offerta territoriale, è prevista la realizzazione di una rete di telemedicina. L'obiettivo sui poli è quello di riuscire a intercettare i codici bianchi del pronto soccorso degli ospedali che appaiono caratterizzati da frequenti situazioni di sovraffollamento: solo un numero ridotto di accessi segue, di fatto, il ricovero e la maggior parte dei casi risultano trattabili in modo efficace in altre strutture.³

A ciascun distretto rimane ascrivita, inoltre, la funzione di interagire con le strutture dell'emergenza territoriale al fine di condividere, in particolare con la medicina generale, una funzionale integrazione dell'assistenza primaria e della Continuità assistenziale (Ca) nella gestione delle urgenze. È, in questo senso, previsto un progetto complessivo di riorganizzazione delle attività della Ca al fine di superare il disallineamento del settore rispetto all'assistenza primaria, alla pediatria di libera scelta, ai servizi territoriali di emergenza/urgenza e di pronto soccorso qualificando e razionalizzando il modello organizzativo.

DISTRETTO	ZONA SOCIALE	COMUNE CAPOFILA
CATANZARO	CATANZARO CATANZARO LIDO	CATANZARO
LAMEZIA TERME	LAMEZIA TERME REVENTINO	LAMEZIA TERME
SOVERATO	SOVERATO	SOVERATO

Tabella 4
Asp di Catanzaro:
configurazione degli ambiti
distrettuali
Fonte: nostra elaborazione
da dati Asp di Catanzaro

La rete di continuità assistenziale della Provincia di Catanzaro si caratterizza per la presenza di 60 postazioni (guardia medica) sul territorio. Almeno la metà di esse non garantisce, ad oggi, un livello di assistenza che sia adeguato al notevole impegno economico richiesto in termini di professionalità, attrezzature e strutture dedicate. Le linee programmatiche riguardano, in particolare:

- la rivalutazione della localizzazione delle attuali postazioni di Ca sul territorio di competenza dell'Asp razionalizzando l'offerta provinciale;
- la predisposizione di una centrale operativa di coordinamento a livello provinciale;
- la programmazione di attività ambulatoriale strutturata in alcune postazioni strategiche dell'azienda.

Il piano prevede la chiusura di circa il 25% dell'attuale numerosità delle postazioni a favore di servizi di telemedicina.

Completano l'offerta territoriale, i *servizi farmaceutici aziendali* che svolgono funzioni di governo clinico del farmaco, il *Dipartimento interaziendale materno infantile* costituito con l'Asp di Vibo Valentia e l'Asp di Crotona e i laboratori di analisi.

In questo senso sono stati effettuati interventi puntuali finalizzati alla dismissione di quattro laboratori, rispetto ai sei preesistenti sul territorio provinciale, e al corrispondente rafforzamento dei restanti due attraverso l'implementazione dei punti prelievo; è stato, infine, predisposto un centro di endoscopia interventistica all'avanguardia e, ad oggi, unico sul territorio regionale.

Tenendo in considerazione la riconversione già attuata della rete ospedaliera, il progetto complessivo di riordino prevede, in sintesi, l'accorpamento di unità operative di specialità affini e operazioni di soppressione di unità operative duplicato di funzioni nella medesima disciplina e azienda/presidio consentendo la dismissione di un totale di 156 unità tra strutture dipartimentali, unità complesse e unità semplici (tabella 3 e **tabella 5**).

Il piano di riorganizzazione consentirà, dunque, la dismissione di un numero totale di 12 unità direttive dipartimentali e 2 unità direttive di distretto, nonché l'eliminazione di un totale di 55 unità operative complesse,

10 unità operative semplici e 77 unità operative aggregate.

Per concludere la progettazione dell'assetto organizzativo, una volta definita la macrostruttura dell'area territoriale e ospedaliera, è stato rivisto il processo di programmazione e controllo poiché rappresenta il meccanismo operativo di funzionamento fondamentale del sistema. La programmazione dell'attività tra distretti e dipartimenti prevede che ogni distretto elabori, coerentemente agli atti di indirizzo e programmazione di livello regionale e aziendale, il Programma delle attività territoriali (Pat) e i piani di committenza da condividere con i dipartimenti e le Direzioni sanitarie di presidio. La programmazione territoriale del distretto deve essere coerente con la programmazione sociale (piano di zona), espressione dell'ente locale (zona sociale), in modo tale da garantire l'univocità dell'accesso al sistema curante (DPGR 12/2011) attraverso la costituzione di Punti unici di accesso, ovvero una rete di *front office*, di prima codifica e di orientamento della domanda, e una rete di *back office* per la presa in carico dei bisogni assistenziali. Nel distretto, una Unità di valutazione multidimensionale (UVM) predispone, grazie all'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella Regione Calabria (SVAMA), i piani personalizzati di assistenza e individua l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali.

7. Considerazioni conclusive

Nel caso dell'Asp di Catanzaro il «fattore chiave di spinta al cambiamento» è rappresentato dall'evoluzione della legislazione di riferimento: i manager sono attuatori di un cambiamento inevitabile perché imposto dalla legge.

Il progetto di riorganizzazione, che si concretizza in interventi di accorpamento e dismissione di funzione di un numero consistente di strutture e unità operative, produce due provvedimenti rilevanti: da un lato, la predisposizione di un ampio piano di ricollocazione del personale e la ridefinizione della pianta organica aziendale; dall'altro, la razionalizzazione dell'offerta dei servizi sul territorio. Sull'organizzazione sanitaria gravava, tuttavia, un complesso e variegato sistema di inerzie di tipo comportamentale (orga-

AREA	UNITÀ OPERATIVE	SITUAZIONE ATTUALE	RIORDINO	DIFFERENZA
STAFF STRATEGICO	COMPLESSE	9	3	- 6
	SEMPLICI	5	5	/
	AGGREGATE	5	4	- 1
SUPPORTO SANITARIO	COMPLESSE	8	2	- 6
	SEMPLICI	5	4	- 1
	AGGREGATE	/	/	/
SUPPORTO AMMINISTRATIVO	COMPLESSE	12	5	- 7
	SEMPLICI	6	1	- 5
	AGGREGATE	14	7	- 7
DISTRETTUALE	DIREZIONI DI DISTRETTO	5	3	- 2
	COMPLESSE	15	3	- 12
	SEMPLICI	19	12	- 7
	AGGREGATE	12	/	- 12
DIPARTIMENTALE	DIREZIONI DI DIPARTIMENTO	19	7	- 12
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	COMPLESSE	13	7	- 6
	SEMPLICI	3	4	+ 1
	AGGREGATE	17	/	- 17
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	COMPLESSE	8	5	- 3
	SEMPLICI	1	/	- 1
	AGGREGATE	7	4	- 3
TOTALE		183	76	- 107

Tabella 5
Asp di Catanzaro:
variazione programmata
delle strutture dell'assetto
istituzionale e territoriale
*Fonte: nostra elaborazione
da dati Asp di Catanzaro*

nizzativo, indotto dalle soluzioni di riordino disposte) e di tipo sistemico.

La resistenza comportamentale prende la forma di:

- azioni di protesta sindacalizzata da parte di alcune categorie professionali (infermieri e professionisti sanitari) e delle amministrazioni locali (Sindaci dei comuni delle zone territoriali coinvolte);

- resistenze da parte dei professionisti medici per mezzo di *lobbies* in un sistema professionale fortemente verticistico e influenzato dalla politica regionale.

L'inerzia di tipo sistemico riguarda aspetti culturali legati a procedure operative inefficienti e obsolete, problemi di sovraccarico strategico (la gestione contemporanea di più linee di cambiamento) e il forte divario in termini di risorse.

L'azione della Direzione è continua e di ordine culturale, accompagnata da:

- investimenti consistenti nello sviluppo e nel consolidamento dei meccanismi operativi, attraverso l'implementazione di un percorso di informatizzazione aziendale e mediante un progetto sistematico di riorganizzazione e riqualificazione delle risorse umane;

- l'attenzione ai processi di apprendimento, per mezzo di un piano di formazione e informazione al cambiamento (incontri a cadenza sistematica e allestimento di una nuova sala riunioni di massima capienza), e alla diffusione dell'innovazione, mediante lo sviluppo di progetti pilota (telemedicina) e la realizzazione di nicchie informative (rimodulazione di alcuni ambiti assistenziali critici, informatizzazione dei processi relativi a specifiche procedure amministrative)

nell'ambito di un sistema aziendale scarsamente informatizzato;

– l'uso delle leve del potere nella proposta, da un lato, di nuovi modelli di ruolo e comportamento, dall'altro, di sistemi di valutazione della performance aziendale con ampio ricorso alla comunicazione e all'incentivazione dei risultati su base meritocratica coerentemente a un progetto di decentralizzazione dei processi decisionali che prevede la realizzazione di una costellazione di ruoli (*équipe* multi-professionali e *team* di progetto, gestiti con politiche meritocratiche) integrata e coesa nel *management team*.

Gli obiettivi principali della riorganizzazione dell'Asp di Catanzaro consistono nel:

– predisporre una struttura territoriale all'avanguardia e capace di fornire risposta appropriata ai bisogni di salute espressi dal territorio;

– avviare un processo di riqualificazione della funzione assistenziale dell'ospedale.

In questo senso, dal punto di vista dei primi risultati conseguiti nell'ambito del corpo sistematico di interventi, il processo di riordino ha riorientato la rete provinciale al rispetto dei requisiti di appropriatezza clinica, organizzativa e di efficienza operativa previsti dalle linee programmatiche regionali. Sono stati, inoltre, portati a compimento importanti interventi di razionalizzazione della spesa che hanno consentito di abbattere il debito consolidato dell'Asp (una perdita di esercizio superiore ai 56 milioni di euro per l'anno 2009) garantendo un risparmio all'azienda di circa 35 milioni di euro nell'ultimo anno. Il risultato è stato ottenuto senza alcun taglio di prestazioni o di servizi ma agendo efficacemente sugli sprechi attraverso l'utilizzo di forme innovative di acquisto dei beni per quanto riguarda, in particolare, le voci relative ai capitoli di spesa di acquisizione di beni e servizi (con un risparmio di circa 11 milioni di euro dal 2010 al 2011) e della farma-

ceutica (con un risparmio di circa 5,8 milioni di euro dal 2010 al 2011) e, semplicemente riducendo gli straordinari e annullando le indennità per quanto riguarda, invece, le voci relative al personale (con un risparmio di circa 3 milioni di euro dal 2010 al 2011).

La razionalizzazione della rete ospedaliera ha portato a compimento la prima fase del più ampio processo di sviluppo organizzativo dell'Asp di Catanzaro. L'azienda sta affrontando la sperimentazione del nuovo assetto istituzionale e organizzativo cercando di sviluppare i meccanismi operativi, consolidando i sistemi di programmazione e controllo e di valutazione delle risorse umane, favorendo l'apprendimento organizzativo attraverso azioni sistematiche di formazione. Gli obiettivi futuri di intervento si focalizzano su una attività di microprogettazione organizzativa di verifica e messa a punto delle soluzioni progettate. Affinché la dismissione programmata delle strutture e la ricollocazione del personale possa essere portata a compimento effettivo è necessario, tuttavia, attendere che lo strumento dell'atto aziendale, che dispone la riorganizzazione, diventi esecutivo, ovvero che ottenga la validazione dal livello istituzionale regionale.

Note

1. Tale valore comprende il finanziamento regionale in quota capitaria e la remunerazione a tariffa (Drg) per le prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali dei quattro presidi di competenza dell'Asp.
2. Si fa riferimento, in particolare, al Contratto collettivo nazionale di lavoro del 5 dicembre 1996 e s.m.i. e al DPGR, in qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro, n. 127 del 2 dicembre 2011.
3. L'inadeguatezza dei valori registrati a livello regionale rispetto ai dati nazionali (Percentuale codici di gravità assegnati dalle Centrali operative 118 agli interventi effettuati - rilevazione nazionale 2006 - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali) indica la necessità di sviluppare idonei interventi correttivi attraverso un processo di razionalizzazione dei servizi (per un approfondimento si veda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria).

B I B L I O G R A F I A

- ABRAMSON M.A., LAWRENCE P.R. (2001), «The challenge of transforming organizations: lessons learned about revitalizing organizations», in M.A. Abramson, P.R. Lawrence (a cura di), *Transforming Organizations*, Rowman & Littlefield, Lanham.
- BINGHAM L.B., WISE C.R. (1996), «The Administrative Dispute Resolution Act of 1990: How Do We Evaluate Its Success?», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 6 (3), pp. 383-411.
- BORINS S. (2000), «Loose Cannons and Rule Breakers, or Enterprising Leaders? Some Evidence about Innovative Public Managers», *Public Administration Review*, 60 (6), pp. 498-507.
- BURKE W.W. (2002), *Organization change: theory and practice*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- BURNES B. (2004), *Managing change: a strategic approach to organisational dynamics*, 4th edn, Prentice Hall, Harlow.
- CROZIER M. (1964), *Le phénomène bureaucratique*, Editions du Seuil, Parigi.
- DEMERS C. (1999), «De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui», *Gestion* 24 (3), pp. 131-139.
- EISENHARDT K.M. (1989), «Building theories from case study research», *Academy of Management Review*, 14 (4), pp. 532-550.
- ETHEREDGE L., JONES S.B., LEWIN L. (1996), «What is driving Health system change?», *Health affairs*, 15 (4), pp. 93-104.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FERNANDEZ S., RAINEY H.G. (2006), «Managing Successful Organizational Change in the Public Sector», *Public Administration Review*, March/April, pp. 168-176.
- HAGE J.T. (1999), «Organizational Innovation and Organizational Change», *Annual Review of Sociology*, 25, pp. 597-622.
- HEWARD S., HUTCHINS C., KELEHER H. (2007), «Organizational change- key to capacity building and effective health promotion», *Health promotion international*, 22 (2), pp. 170-177.
- KOTTER J.P. (1995), «Leading Change: Why Transformation Efforts Fail», *Harvard Business Review*, 73 (2), pp. 59-67.
- LEGA F. (2006), Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo, in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *Rapporto OASI 2006. L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*.
- LOFLAND J., LOFLAND L.H. (a cura di) (1995), *Analyzing Social Settings*, Wadsworth, Belmont.
- MINELLI E., REBORA G. (2009), «Imprese e amministrazioni pubbliche. Due modi diversi di gestire il cambiamento?», *Liuc Papers* n. 230, *Serie Economia aziendale* 33, pp. 1-46.
- MINTZBERG H. (1989), «Society has Become Unmanageable as a Result of Management», in Henry Mintzberg (a cura di), *Management: Inside our Strange World of Organizations*, New York, Free Press.
- MINTZBERG H. (1983), *Structuring in fives: designing effective organization*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- PATTON M.Q. (2002), *Qualitative Research & Evaluation Methods*, third edition, Sage Publications, Thousand Oaks.
- PETTIGREW A.M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», *Organization Science*, 1 (3), pp. 267-292.
- PRAHALAD C.K., HAMEL G. (1990), «The Core Competence of the Corporation», *Harvard Business Review*, May-June, pp. 79-91.
- REBORA G., MINELLI E. (a cura di) (2007), *Change management: come vincere la sfida del cambiamento in azienda*, Etas, Milano.
- SCOTT T., MANNION R., DAVIES HUW T.O., MARSHAL M. (2003), «Implementing culture change in health care: Theory and Practice», *International Journal of quality in health care*, 15 (2), pp. 111-118.
- TSOUKAS H., CHIA R. (2002), «On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change», *Organization Science*, 13 (5), pp. 567-582.
- VAN DE VEN A.H., POOLE M.S. (1995), «Explaining development and change in organizations», *Academy of Management Review*, 20, pp. 510-540.
- YIN R.K. (1994), *Case Study research: Design and Methods*, Sage Publications, London.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

L'assistenza sanitaria primaria in Europa: modelli, tendenze scenario per l'Italia

ELEONORA CORSALINI, GIOVANNI FATTORE

This article presents the most common Primary Care (PC) models in the European Union (EU). Starting from an attempt to provide a definition of PC, mainly through a review of the literature, the work reports data from 9 EU member states and suggests a synthesis of the main characteristics of three most common PC models. Each model is then discussed according to a set of criteria, including the most important functions of a PC system: continuity of care; control of the demand for PC services and gatekeeping. Some reflections on the Italian PC system follow.

Keywords: primary care models, EU health systems, general practice

Parole chiave: modelli di cure primarie, sistemi sanitari Ue, medicina generale

Note sugli autori

Eleonora Corsalini, CERGAS Università Bocconi
Giovanni Fattore è professore ordinario di Economia Aziendale, Università Bocconi

1. Introduzione

A partire da un'analisi svolta nell'ambito del progetto EUPrimeCare del 7° Programma Quadro, il presente lavoro inquadra e analizza la *primary health care* in alcuni sistemi dell'Unione europea (Ue). Uno degli obiettivi del progetto europeo consisteva nella descrizione dei modelli organizzativi e istituzionali della *primary health care (PHC)* nei sette Paesi partner del consorzio, allo scopo di individuare caratteristiche comuni e differenze e di definire alcuni schemi tipici ricorrenti. Il tentativo di diffondere e sistematizzare informazioni che riguardano i servizi di assistenza primaria europei è fondamentale: i *trend* demografici ed epidemiologici degli ultimi quindici anni sono andati nella direzione di un invecchiamento continuo e costante della popolazione, accompagnato da un aumento dei malati cronici, i quali richiederebbero cure costanti, continue e, nella maggior parte dei casi, in ambito extra-ospedaliero. I *policy maker*, oggi più che mai, hanno bisogno di conoscere quali sono i professionisti coinvolti nell'offerta dei servizi di PHC, come vengono erogati i servizi stessi, quali sono le leve di gestione e di cambiamento, e quali i possibili sviluppi futuri. Tuttavia, finora non ci sono stati molti studi che hanno esplorato questa parte dei sistemi sanitari in profondità e in ottica comparativa. Per questi motivi, e da queste premesse, l'articolo intende approfondire alcuni aspetti dell'analisi svolta nel progetto EUPrimeCare, descrivendo gli assetti istituzionali e organizzativi dei sistemi di PHC di nove Paesi dell'Ue in ottica comparativa, allo scopo di individuare alcuni «modelli europei» e, conseguentemente, di valutare questi modelli in base alle funzio-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Definizioni «europee» dell'assistenza sanitaria primaria
3. L'assistenza sanitaria primaria in nove Paesi dell'Unione europea
4. Elementi per una valutazione dei modelli di assistenza sanitaria primaria in Ue
5. Ssn: *trend* attuali e possibili sviluppi

ni fondamentali dell'assistenza primaria. Le informazioni e i dati di sistema per ciascun Paese sono stati raccolti dai volumi *Health Care Systems in Transition* di ciascun Paese e dallo *European Health for All Database*.

In premessa, è utile affrontare una questione terminologica. Il riferimento di questo lavoro è alla *primary health care*, espressione inglese che identifica un sistema di servizi sanitari che, come si vedrà in seguito, può avere perimetri diversi ma comunque più ampi di quelli che evoca l'espressione italiana «cure primarie». Per questo motivo nel prosieguo del lavoro verrà utilizzato il termine assistenza sanitaria primaria (Asp) invece che cure primarie, malgrado l'ampio utilizzo fatto nel nostro Paese di quest'ultima espressione, spesso intesa in modo più ampio di quanto il riferimento alle cure intenda.

L'articolo si apre con una *review* della letteratura internazionale volta ad analizzare l'evoluzione e l'eterogeneità delle definizioni di assistenza sanitaria primaria (Asp) (§ 2), seguita da una sintesi interpretativa che identifica le funzioni fondamentali attribuibili ai servizi di assistenza primaria (§ 2.1), che serviranno da base per la valutazione dei modelli. I §§ 3 e 3.1 descrivono in ottica comparativa i sistemi dei nove Paesi, che vengono successivamente categorizzati in tre modelli ricorrenti, sulla base di alcune dimensioni comuni (§ 3). Infine, viene proposta una valutazione dei tre modelli sulla base delle funzioni fondamentali dei servizi di assistenza primaria individuate precedentemente (§ 4). Alla luce dell'analisi e della valutazione svolte, il paragrafo conclusivo (§ 5) propone alcune riflessioni sul sistema italiano, cercando di tracciarne *trend* attuali e possibili sviluppi futuri.

2. Definizioni «europee» dell'assistenza sanitaria primaria

Condurre uno studio internazionale, in ottica comparativa, sull'assistenza primaria in grado di fornire schemi interpretativi ricchi e utili nella progettazione di politiche pubbliche risulta alquanto complesso per una serie di motivi.

In primo luogo, esistono molteplici e diverse definizioni di Asp. In Europa l'Asp viene definita in modo diverso, come profondamente diversi sono i confini del suo

raggio concreto d'azione nei Paesi europei; in alcuni Paesi essa non trova neppure spazio nel linguaggio delle politiche sanitarie (per esempio in Germania), in altri viene tendenzialmente ristretta ai servizi dei medici generalisti (per esempio in Italia) e in altri ancora l'Asp tende a coincidere con l'assistenza di comunità, arrivando a includere servizi specialistici e di sanità pubblica (per esempio in Paesi del Nord Europa).

Le difficoltà di inquadrare ampiezza e contenuti dell'Asp derivano dalla varietà dei sistemi sanitari, dei contesti normativi e dell'articolazione socio-demografica dei diversi Paesi (Boerma *et al.*, 2006; Meads, 2009b). Inoltre, né la letteratura scientifica né i documenti istituzionali aiutano a delineare univocamente i contenuti di questa parte del sistema sanitario.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha sottolineato per la prima volta il ruolo fondamentale dell'assistenza primaria nel 1978, con la *Dichiarazione di Alma Ata*: «Primary Care addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly; [...] involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community developments; [...] relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed» (OMS, 1978). Per quanto importante, questa definizione aiuta poco a definire precisamente i confini dell'assistenza primaria. Il suo valore sta piuttosto nel sottolineare il ruolo dei servizi di natura non specialistica, richiamando l'importanza di una prospettiva di comunità, dei servizi di prevenzione, promozione e riabilitazione e, non ultimo, della varietà delle figure professionali coinvolte nell'Asp.

In uno storico editoriale del *Journal of Public Health Policy* (1983) si tenta di spiegare cosa sia l'assistenza primaria in modo più specifico, suggerendo che «it is the care given by the first person the patient sees who has been trained in health care». L'articolo anticipa una delle tematiche più controverse, specificando che questo primo contatto cambia a seconda del Paese che si sta considerando: può essere un medico ambulante se ci troviamo in Cina, un'infermiera in Russia

o negli Stati Uniti, un medico di famiglia in Inghilterra o in Romania, un medico di medicina generale (Mmg) o un pediatra di libera scelta in Italia. L'articolo attribuisce agli operatori di assistenza primaria una responsabilità complessiva sulla salute del paziente, richiamando la filosofia olistica di Alma Ata ed evocando un ruolo attivo in tutto lo spettro dei servizi utili al buon mantenimento dello stato di salute: dalla prevenzione e promozione della salute, ai processi di diagnosi, cura e riabilitazione, al ricorso a servizi diagnostici e specialistici.

Un'altra definizione importante, recita che i servizi di Asp sono «those services addressing the most common problems by providing a mix of preventive, curative and rehabilitative services; integrating care when more than one health problem exists, dealing with the context of illness; organizing and rationalizing the deployment of basic and specialized resources» (Starfield, 1991). Questa definizione aggiunge alcuni nuovi elementi al concetto di assistenza primaria. L'Asp si compone di un *mix* di servizi di natura diversa che richiedono un lavoro d'integrazione per affrontare le comorbidità e per adeguare l'assistenza al contesto della malattia. Inoltre, la Starfield pone con forza il problema dell'organizzazione delle risorse. L'attenzione viene spostata sulle caratteristiche del sistema per mettere in luce alcuni temi che sono tutt'oggi alla base del dibattito sulla Asp: la necessità di integrazione tra i servizi erogati, e quindi tra i diversi professionisti coinvolti, e la razionalità e funzionalità delle risorse impiegate ai vari livelli del sistema sanitario.

Più recentemente, lo *European Forum for Primary Care* considera come servizi di assistenza primaria quelli rivolti agli individui nei loro contesti familiari e locali: la comunità di riferimento sembra essere il luogo naturale di erogazione di questi servizi, proprio per la loro natura aspecifica (o generalista) e per la finalità di miglioramento del *welfare* collettivo che perseguono. In un libro sulle riforme organizzative dell'assistenza primaria in Europa (Saltman, Rico, Boerman, eds., 2006), l'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie individua l'assistenza primaria in quei servizi «referring to a level of care between informal care and hospital care; or to a set of functions and activities;

or to a means of performing those functions and activities; or to a set of characteristics for the organization of health services», specificando poi che questi servizi consistono nella risposta del professionista al paziente che entra in contatto per la prima volta con il sistema sanitario. Questo approccio all'assistenza primaria è «considerably broader than the care delivered by a general practitioner or a family doctor, yet is considerably more restricted than the intersectoral concept of primary health care promulgated at Alma Ata»: proprio questo livello intermedio di servizi di assistenza primaria sarebbe al centro del processo di cambiamento in molti Paesi europei, costituendo l'oggetto dei tentativi di miglioramento del coordinamento e della continuità tra i servizi erogati. In sintesi, secondo l'Osservatorio le recenti riforme dei sistemi di assistenza primaria nei Paesi dell'Unione europea si concentrano sulla tipologia delle attività svolte, sulle modalità di erogazione dei servizi e sull'organizzazione del sistema, focalizzandosi in particolare sul raggiungimento di migliori livelli di integrazione e coordinamento all'interno dell'Asp e tra questa e l'assistenza specialistica.

Le definizioni sin qui riportate non sono alternative tra loro: esse richiamano elementi che senza dubbio aiutano a delineare le caratteristiche dell'assistenza primaria. Come suggeriscono i contributi dalla letteratura internazionale, l'eterogeneità dei servizi erogati dalla rete di assistenza primaria implica spesso il coinvolgimento di diverse professionalità: medici di medicina generale, pediatri, infermieri professionali, ostetriche, fisioterapisti, ginecologi e, a volte, anche altri professionisti. L'azione integrata di tali figure professionali è considerata cruciale per un esito efficace e appropriato dei servizi, e cioè per il raggiungimento di elevati livelli di continuità assistenziale, presa in carico complessiva del paziente e rispondenza alle sue attese (Calnan *et al.*, 2006). In questo senso, le modalità organizzative di erogazione dei servizi assumono particolare importanza, riguardando gli strumenti di coordinamento tra professionisti diversi. Inoltre, i servizi di assistenza primaria sono chiamati a dare risposte a tipologie di pazienti diversi e, a differenza della medicina specialistica, con *target* clinici indefiniti (Saltman, 2006): si rivolgono alla comunità, costituendo il primo contatto

del paziente con il mondo dei servizi sanitari, ma sono anche diretti a chi esce da un evento acuto e deve riabituarsi alla vita quotidiana, a chi è affetto da patologie croniche o altri tipi di disabilità e a chi presenta diversi tipi di dipendenza.

Un ulteriore e interessante spunto per una definizione di Asp proviene da Sepulveda e altri (2008), che definiscono la *Primary Care* come «care provided by personal physicians – family physicians, general internists, and general paediatricians – who are responsible for the entire health of an individual or family. Working closely with these generalist physicians are nurse practitioners and physician assistants. Primary care is the patient's entry into the health care system and the medical «home» for ongoing, personalized care» (Sepulveda *et al.*, 2008, 1). Qui si afferma chiaramente che il professionista preposto all'offerta dell'assistenza/primaria deve essere uno specialista generale. La specializzazione non è solo un approfondimento «specialistico» su specifiche patologie o condizioni di salute, ma può riguardare anche l'acquisizione di *expertise* specialistiche sulla gestione della varietà dei compiti a cui è chiamato lo specialista di Asp, come nel caso del Mmg e del pediatra di libera scelta in Italia. In effetti, a questo specialista medico viene generalmente attribuito un ruolo centrale nel sistema di assistenza primaria (Boerma, 2006; Calnan *et al.*, 2006; Borgonovi, 2010; Howell, 2010).

In assenza di una definizione univoca di assistenza primaria può essere utile fare anche riferimento alla definizione di medicina generale fornita da Euract (European Academy of Teachers in General Practice, 2005). Euract definisce il Mmg (*General Practitioner - GP*) attraverso la descrizione delle sue attività specifiche, permettendoci così di caratterizzare, almeno in parte, la gamma dei servizi sui cui interviene direttamente o indirettamente:

1) il Mmg è il primo punto di accesso al sistema per tutta la popolazione e per tutti i problemi di salute;

2) il Mmg svolge una funzione fondamentale per l'uso efficiente delle risorse del sistema, attraverso un'azione di coordinamento con gli altri professionisti dell'assistenza primaria e gli specialisti;

3) il Mmg sviluppa un approccio patient-centered, orientato cioè alla persona, alla sua famiglia e alla sua comunità: il medico di Asp non lavora su una specifica patologia, ma su uno specifico paziente, e segue in modo olistico l'evoluzione del suo stato di salute;

4) il Mmg gestisce sia gli eventi acuti che le patologie croniche ed è responsabile della continuità della cura in senso longitudinale, in relazione ai bisogni di salute dei pazienti;

5) inoltre, il Mmg è il presidio sanitario più capillare di una comunità ed è quindi chiamato a svolgere una funzione di tutela della salute collettiva a questo livello;

6) infine, il Mmg svolge anche attività di promozione della salute e di stili di vita sani, sollecitando i pazienti a una maggiore consapevolezza dei determinanti della salute e allo sviluppo di capacità individuali nella gestione di stili di vita salubri, promuovendo in questo modo anche l'*empowerment* del paziente.

3.1. Le funzioni fondamentali della Asp

Questa rapida revisione di alcuni contributi internazionali evidenzia che il significato di assistenza primaria è individuato i) attraverso l'analisi delle caratteristiche dei servizi offerti o ii) tramite la descrizione delle funzioni e responsabilità dei professionisti coinvolti nell'erogazione dei servizi stessi. Cercando di costruire una sintesi interpretativa dei contributi analizzati, il modello ideale di Asp dovrebbe essere in grado di rispondere a tre funzioni principali:

– ricomposizione della frammentazione delle conoscenze della medicina specialistica rispetto all'unicità della persona. Lo sviluppo di conoscenze sempre più complesse e approfondite su singole patologie genera uno specialismo che, inevitabilmente, stenta a mantenere una visione globale del paziente; ma proprio lo sviluppo delle specializzazioni aumenta la necessità di un lavoro di ricomposizione che viene attribuito all'Asp. L'operatore di assistenza primaria è quindi concepito come lo specialista della gestione olistica della salute del paziente;

– presidio sanitario sul territorio: in questo senso, i servizi di assistenza sanitaria primaria rappresentano il primo e più capillare contatto del sistema con i pazienti. Per certi

aspetti questa funzione si sovrappone con la precedente: la ricomposizione dello specialismo si fa nella comunità, vicino al paziente. Ma, inevitabilmente, il richiamo è anche a un presidio sanitario che affronti i piccoli problemi di salute in una prospettiva di primo soccorso facilmente accessibile, in grado di dare risposte senza rivolgersi ai livelli più elevati (e costosi) del sistema sanitario;

– mediazione tra paziente e sistema sanitario. Questa funzione è, ad avviso degli Autori, la più complessa perché sottintende la presa in carico totale, responsabile e responsabilizzante del paziente da parte dei professionisti dell'Asp: mediare significa, infatti, fungere da agente attivo tra il paziente e il sistema, e quindi da guida per il paziente, nel senso di indirizzarlo verso l'accesso ai servizi a più alta intensità di cura. Per svolgere questo ruolo, il Mmg ha a disposizione diversi strumenti, tutti necessari: oltre che con l'attività prescrittiva e con l'integrazione multiprofessionale, infatti, un efficace ruolo di governo dell'accesso all'assistenza specialistica viene svolto attraverso la promozione di stili di vita sani e una corretta informazione del paziente.

Queste tre funzioni, identificate come le principali di un sistema di Asp, saranno utilizzate più avanti per comprendere e valutare i diversi modelli di Asp presenti nei nove Paesi europei presentati nei prossimi paragrafi.

3. L'assistenza sanitaria primaria in nove Paesi dell'Unione europea

Sebbene l'Unione europea (Ue) abbia dato i primi segni tangibili di un interessamento per le politiche sulla salute dei suoi 27 Stati membri, la sanità dei cittadini europei è fortemente radicata nelle tradizioni nazionali ed è sotto il controllo degli Stati membri con modesti spazi di azione per politiche sovranazionali. Pertanto, e senza sorpresa, i sistemi di assistenza primaria in Europa presentano una marcata eterogeneità, sia nelle cornici normative che nei modelli istituzionali e organizzativi.

Anticipando qualche dettaglio, in Italia per esempio, il termine «assistenza primaria» riguarda principalmente le attività legate ai Mmg, non esistendo nemmeno un riferi-

mento normativo che espliciti formalmente i servizi che essa è chiamata a offrire: il Dpcm del 29 novembre 2001, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (Lea), contiene indicazioni riguardo all'Assistenza distrettuale, a sua volta formata dai servizi dell'Assistenza sanitaria di base (e, cioè, Mmg e Pediatri di libera scelta) e dell'Assistenza specialistica ambulatoriale. Non esiste una sezione dedicata all'assistenza primaria. In Paesi come la Spagna e la Finlandia, invece, l'assistenza primaria include ufficialmente, oltre che al primo contatto, servizi di prevenzione ed educazione sanitaria, alcune attività specialistiche (soprattutto psichiatrica e ginecologica), fino a travalicare i confini dell'area sanitaria per sfociare nell'assistenza sociale. In altre parole, l'assistenza primaria in questi Paesi assume le caratteristiche di quella che in Italia potrebbe essere chiamata «assistenza territoriale», comprendendo servizi multi-disciplinari e multi-funzionali erogati attraverso strutture complesse che organizzativamente ricordano una versione evoluta delle nostre *équipe* territoriali (Umbria), o nuclei di cure primarie (Emilia-Romagna), o casa della salute (Toscana). In altri Paesi, come la Francia e la Germania, i Mmg non hanno nemmeno la funzione di *gatekeeper* del sistema e i servizi di assistenza primaria presentano un'organizzazione molto frammentata.

3.1. Alcuni dati di sistema

A dimostrazione dell'estrema dispersione dei sistemi di Asp dell'Unione europea, sono stati analizzati i sistemi di nove Paesi: Germania, Italia, Inghilterra, Spagna, Finlandia, Ungheria, Estonia, Romania e Lituania. Le informazioni sui modelli organizzativi e le strutture dei sistemi sono state estrapolate dai volumi *Health Care Systems in Transition* dello *European Observatory on Healthcare Systems and Policies* di ciascun Paese, mentre i dati di sistema (principalmente socio-demografici, di spesa e relativi alle risorse dell'assistenza primaria) provengono dallo *European Health for All Database*. I Paesi sono stati scelti in modo da coprire sia sistemi a servizio sanitario nazionale (Ssn) che con assicurazioni sociali. Per il modello a Ssn si sono inclusi Paesi con sistemi sanitari accentrati (Inghilterra e Finlandia) e decen-

Paesi	Anno - HIT	Sistema sanitario	Copertura popolazione	Spesa sanitaria come % del Pil 2009	Spesa sanitaria pro capite (US\$ PPA) 2009	Numero di medici (per 1000 ab.) 2009	Numero di Mmg (per 1000 ab.) 2009
Germania	2004	Bismark (mutualistico)	100%	11,6%	4.218	3,64	0,65
Italia	2009	Beveridge (Ssn)	100%	9,5%	3.137	3,37	0,77
Inghilterra	2011	Beveridge (Ssn)	100%	9,8%	3.487	2,67	0,80
Spagna	2006	Beveridge (Ssn)	100%	9,5%	3.067	3,54	0,74
Finlandia	2008	Ibrido (mutualistico/sistema sanitario nazionale)	100%	9,2%	3.226	2,72 (*)	1,02
Ungheria	2004	Bismark (mutualistico)	100%	7,4%	1.511	3,02	0,35
Estonia	2008	Bismark (mutualistico)	93%	7,0%	1.393	3,26	0,82
Romania	2008	Bismark (mutualistico)	100%	4,5%	642	2,26	0,83
Lituania	2000	Bismark (mutualistico)	100%	6,6% (*)	1.300 (*)	3,65	0,69

(*) Anno 2008.

Tabella 1

Spesa, risorse e copertura in 9 sistemi sanitari dell'Unione europea

Fonte: European Health for All Database

trati (Italia e Spagna). Invece, per quelli con sistemi assicurativo-sociali si sono inclusi sia la Germania, per diversi aspetti il prototipo del modello in questione, che alcuni Paesi dell'Est che, sebbene formalmente abbiano un sistema assicurativo, non rispondono alla logica corporativa che informa ancora oggi il sistema tedesco.

Nella **tabella 1** vengono riportati alcuni dati di sintesi sui diversi sistemi sanitari.

Il campione comprende quattro sistemi con modello a servizio sanitario nazionale (tassazione generale e controllo diretto delle strutture sanitarie) e cinque con modello alla Bismarck (finanziamento tramite una o più assicurazioni sociali separate dalle reti di offerta dei servizi). I quattro Paesi con Ssn presentano caratteristiche simili in termini di spesa, mentre quelli a sistema assicurativo registrano una forte variazione nella spesa sanitaria principalmente attribuibile ai forti differenziali in termini di Pil tra Germania e Paesi entrati recentemente nell'Unione. In generale, comunque, i Paesi più poveri dell'Ue sono anche quelli che spendono quote più modeste del loro Pil per la sanità. Anche la densità dei medici è relativamente omogenea tra i nove Paesi, con l'eccezione della Romania che risente di flussi emigratori principalmente spiegabili con i rilevanti differenziali di retribuzione con gli altri Paesi della Ue. La libera circolazione dei professionisti sanitari se, da un lato, ha offerto sostanziali miglioramenti dei livelli retributivi di molti medici rumeni, dall'altro ha creato una vera e propria crisi di offerta interna che

dura ormai da diversi anni e che non sembra attenuarsi.

Anche il quadro sintetico sulla struttura anagrafica della popolazione mostra una certa omogeneità (**tabella 2**). Tutti i Paesi considerati registrano percentuali elevate e in crescita della popolazione anziana, anche se per ragioni parzialmente diverse. Se, infatti, nei Paesi più ricchi l'invecchiamento della popolazione deriva dall'effetto congiunto dell'aumento della vita attesa e della diminuzione della fertilità, nei Paesi dell'Est Europa a questi effetti si cumula anche quello di consistenti flussi migratori della popolazione in età lavorativa. Inoltre, come bene si evince dai dati sui livelli di salute, i Paesi entrati recentemente nell'Unione europea registrano un pesante ritardo che, tra l'altro, suggerisce l'importanza dello sviluppo dell'Asp.

In tutti i Paesi considerati, il perno dell'assistenza primaria sono medici di medicina generale/ di famiglia, in alcuni Paesi affiancati ai pediatri «di base» per l'assistenza ai bambini (**tabella 3**). In tutti i sistemi l'Asp gestisce alcuni servizi diagnostici, anche se la gamma dei servizi offerti e la variabilità all'interno dei Paesi, per esempio tra le regioni, è molto forte. In molti Paesi, inoltre, l'Asp offre servizi di assistenza domiciliare, ma anche in questo caso con forti differenze anche all'interno dello stesso Paese, come nel caso dell'Italia.

Eccetto che in Italia e in Germania, generalmente l'Asp eroga servizi di sanità pubblica quali *screening* e vaccinazioni per i bambini. Tipicamente l'erogazione di questi

Paesi	% popolazione > 65 anni 2009	Aspettativa di vita (uomini) 2009	Aspettativa di vita (donne) 2009	Mortalità infantile (per 1.000 nascite) 2009	Mortalità materna (per 100.000) 2008
Germania	20,53%	77,32 (3)	82,55 (3)	3,83 (3)	5,27
Italia	20,08% (1)	79,09 (1)	84,52 (1)	3,51 (1)	2,28
Inghilterra	16,35%	78,40	82,60	4,65	6,17
Spagna	16,62%	78,35 (1)	84,67 (1)	3,35 (1)	4,62
Finlandia	16,88%	76,74	83,56	2,65	1,70 (2)
Ungheria	16,48%	70,29	78,47	5,13	17,15
Estonia	17,09%	68,74 (1)	79,60 (1)	4,99 (1)	6,72 (3)
Romania	14,92%	69,88	77,46	10,12	19,83
Lituania	16,03%	67,57	78,76	4,93	8,56

(1) Anno 2008.
(2) Anno 2007.
(3) Anno 2006.

Tabella 2
Caratteristiche demografiche e livelli di salute della popolazione
Fonte: European Health for All Database

Paesi	Figura professionale principale per il PRIMO CONTATTO	Ampiezza dei servizi offerti dal medico di medicina generale (Mmg)				Mmg come gatekeeper (S/N)
		Salute pubblica	Visite a domicilio	Attività diagnostica	Piccoli interventi chirurgici	
Germania	Mmg, Pediatri, medici ambulatoriali			X	X	N
Italia	Mmg, Pediatri		X	X	X	S
Inghilterra	Mmg	X	X	X	X	S
Spagna	Mmg, Pediatri	X	X	X		S
Finlandia	Mmg, Pediatri, infermieri, ostetriche, dentisti, fisioterapisti, assistenti sociali	X	X	X	X	S
Ungheria	Mmg, Pediatri	X	X	X		S
Estonia	Mmg	X	X	X		S
Romania	Mmg	X	X	X		S
Lituania	Mmg, Pediatri	X	X	X		S

servizi avviene all'interno di centri di assistenza primaria (in Spagna e Finlandia) o tramite meccanismi di compensazione a tariffa dei Mmg che permettono (e incentivano) l'estensione delle loro funzioni assistenziali.

In Germania, i pazienti possono liberamente rivolgersi allo specialista senza passare per il Mmg. Inoltre, lo specialista può erogare prestazioni tipicamente di assistenza primaria, come la richiesta di test diagnostici e la prescrizione di farmaci per patologie comuni. Ma il caso tedesco è l'eccezione tra i Paesi considerati; negli altri otto Paesi i Mmg svolgono una funzione di *gatekeeping* (controllo all'accesso) della medicina specialistica. Tuttavia, è bene tenere presente che i meccanismi con cui questa funzio-

ne viene promossa e incentivata variano da Paese a Paese (e anche all'interno dei singoli Paesi); generalmente, tali meccanismi possono includere l'assegnazione di *target* di spesa indotta o batterie di indicatori di qualità assistenziale che premiano la presa in carico e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici con relativi meccanismi di monitoraggio e incentivazione.

In Germania, Estonia e Lituania i Medici di medicina generale sono liberi professionisti privati retribuiti dalle assicurazioni sociali (**tabella 4**). In Spagna, Ungheria e Romania, invece, sono dipendenti pubblici e generalmente lavorano in contesti fortemente controllati dalle aziende pubbliche di riferimento. In Inghilterra e Italia hanno

Tabella 3
Figure professionali e ampiezza della gamma di servizi nell'assistenza sanitaria primaria
Fonte: Health Care Systems in Transition dei nove Paesi presentati

Tabella 4

Tipologia di contratti per i medici nell'assistenza sanitaria primaria

Fonte: Health Care Systems in Transition dei nove Paesi presentati

Paesi	Tipologia di contratto per Mmg			
	Privato	Pubblico	Centralizzato	Decentralizzato
Germania	X			X
Italia		X	X	X
Inghilterra		X		X
Spagna		X		X
Finlandia	X	X		X
Ungheria	X		X	X
Estonia	X		X	
Romania		X	X	
Lituania		X	X	

contratti speciali con il Ssn che li pongono in una situazione di mezzo tra pubblico e privato; da un lato, i contratti tendono a presupporre un rapporto sostanzialmente esclusivo con il settore pubblico e regolano l'attività professionale (tempi di apertura degli ambulatori, attività assistenziali, reperibilità), ma, dall'altro, il medico mantiene un certo grado di autonomia dalle strutture organizzative delle aziende pubbliche e, tipicamente, mantiene un certo livello di rischio imprenditoriale nell'esercizio della professione (gestisce direttamente l'ambulatorio e le sostituzioni e ha un sistema retributivo più variabile di quello dei medici ospedalieri). Particolarmente interessante, infine, è la situazione della Finlandia dove, recentemente, l'assistenza primaria da parte di me-

dici privati indipendenti ha affiancato quella tradizionalmente offerta nei centri locali con medici dipendenti del settore pubblico.

Un tempo i sistemi di finanziamento dell'assistenza primaria si differenziavano nettamente in base al modello di riferimento: da un lato i sistemi alla Beveridge con finanziamento a quota capitaria o a salario, dall'altro i sistemi alla Bismarck con tariffe per prestazione (**tabella 5**). Negli ultimi anni questa caratterizzazione è diventata meno netta a fronte della nascita di sistemi misti di finanziamento in quasi tutti i Paesi Ue. Nei Paesi recentemente entrati nell'Unione europea i sistemi tariffari sono stati affiancati, e in alcuni casi quasi sostituiti, da un regime capitario. Anche in Germania, dove più forte è la tradizione del *fee-for-service*, sono stati

Tabella 5

Sistemi di pagamento e organizzazione del lavoro per i medici di assistenza primaria

Fonte: Health Care Systems in Transition dei nove Paesi presentati

Paesi	Modalità di finanziamento del Mmg			Modalità lavorative del Mmg		
	Stipendio	Quota capitaria	Fee for service	Studio singolo	Medicina di gruppo	PC center o health center (con altri professionisti)
Germania		X	X	X	X	
Italia		X	X	X	X	
Inghilterra	X				X	X
Spagna	X	X			X	X
Finlandia	X	X	X			X
Ungheria	X	X		X	X	
Estonia		X	X	X	X	
Romania		X	X	X	X	
Lituania		X	X	X	X	

introdotti schemi di pagamento ispirati alla presa in carico invece che alla retribuzione delle singole prestazioni erogate. D'altra parte, nei sistemi a Ssn è cresciuto l'interesse per l'introduzione di sistemi a retribuzione variabile in funzione del volume di attività, prevedendo tariffe per specifiche prestazioni o sistemi di pagamento in base ad obiettivi economici o assistenziali. Si può dunque affermare che è in atto un processo di convergenza tra i Paesi volto a sfruttare le potenzialità dei diversi sistemi retributivi come leva di gestione maggiormente attiva (e decentrata) dell'Asp. Questa convergenza è anche il risultato di una generale tendenza a una gestione più attiva della retribuzione come leva di management.

Anche rispetto agli assetti organizzativi si è assistito a forme di ibridizzazione dei modelli. In particolare, il modello del Mmg che opera individualmente, sostanzialmente retaggio della tradizione della medicina liberale e delle varie versioni europee del medico «condotto», è stato investito da politiche volte a promuovere lo sviluppo di pratiche di gruppo con differenti gradi di integrazione tra i professionisti. In tutti i Paesi considerati, ormai, sono diffusi modelli organizzativi in cui i medici condividono risorse fisiche e tecnologiche, fanno riferimento a percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e, infine, condividono i pazienti, se non altro per dare garanzie di continuità assistenziale. Tuttavia, se l'associazionismo è nettamente dominante in alcuni sistemi, come ad esempio quello inglese, è ancora poco sviluppato in realtà come quella italiana o di alcuni Paesi dell'Est Europa.

3.2. I modelli di assistenza sanitaria primaria in Ue

L'analisi dei sistemi di Asp presentata permette di proporre una categorizzazione dei sistemi stessi in tre modelli principali o ricorrenti, basati su tre macro-dimensioni: la gamma dei servizi offerti (*Ampiezza*), il ruolo degli operatori di Asp nella definizione dell'accesso ai servizi di livello superiore (*Accesso*), l'organizzazione degli ambulatori in relazione al grado di collaborazione tra i professionisti (*Modalità organizzative*).

Per quanto riguarda la prima macro-dimensione (*Ampiezza*), sono stati individuati tre principali tipologie di servizi:

- servizi di assistenza primaria intesi come servizi personali, di cura o di prevenzione, erogati da personale medico, infermieristico o socio-sanitario;
- servizi di assistenza primaria intesi come servizi diretti alla comunità locale (*community care*), con uno spettro molto ampio, che va da servizi di tipo preventivo a servizi diretti a pazienti bisognosi di una presa in carico in ottica longitudinale, come gli anziani e i malati cronici;
- servizi di assistenza primaria intesi come programmi verticali, organizzati a livello nazionale e implementati localmente; tipici dell'Europa dell'est, questi servizi riguardano soprattutto programmi di screening, campagne di vaccinazione, gestione dei pazienti HIV/Aids e dipendenze.

L'*Accesso* riguarda uno dei temi più caratterizzanti dell'assistenza primaria: la funzione di *gatekeeping*. Infatti, il medico generico può svolgere o meno una funzione di controllo dell'accesso ai servizi specialistici. Se questa funzione esiste, il Mmg rappresenta generalmente un riferimento importante per i pazienti; se invece questa funzione non è ufficialmente riconosciuta, i pazienti sono liberi di accedere ai servizi specialistici senza la previa indicazione del medico generico, che solitamente non è una figura di fiducia, anche perché gli stessi medici specialisti sono generalmente autorizzati a fornire prestazioni di Asp. Alcuni contesti, infine, presentano entrambe le possibilità.

La terza macro-dimensione (*Modalità organizzative*) racchiude e sintetizza le diverse possibilità di erogazione dei servizi, concentrandosi sulla specifica organizzazione delle modalità lavorative dei medici generici e degli altri professionisti dell'assistenza primaria: in alcuni sistemi i servizi primari vengono erogati principalmente in ambulatori da medici che lavorano individualmente; in altri, i medici di medicina generale lavorano soprattutto in gruppo, unificando la sede dell'ambulatorio; in altri sistemi ancora, medici generici, infermieri, e altre figure tipiche dei servizi primari, sono organizzati in unità

territoriali ed erogano servizi in modo coordinato e integrato.

Di seguito vengono riportate brevemente le caratteristiche dei tre modelli principali individuati.

Modello di assistenza primaria basato sulla libera scelta di servizi erogati da medici specialisti e generalisti

In questo modello, tipico dei sistemi Bismarck, come la Germania, l'Estonia e la Lituania, i servizi primari sono erogati da singoli professionisti nei loro ambulatori. Generalmente, si tratta di internisti, pediatri, geriatri e, ovviamente, medici di medicina generale. Molto spesso, i professionisti sono anche proprietari dell'ambulatorio, che lo gestiscono in piena autonomia.

I pazienti sono liberi di andare dal professionista di cui ritengono avere bisogno, senza che intervenga il medico generalista, il quale non ha alcuna funzione di *gatekeeping*; nonostante ciò, i servizi diagnostici vengono erogati solo dietro prescrizione di un professionista. In questi sistemi il finanziamento dei professionisti avviene da parte delle assicurazioni sociali, che li pagano in base a tipologia e quantità delle prestazioni erogate (*tariffe per prestazione*). Tuttavia, anche questo modello ammette meccanismi di responsabilizzazione del professionista rispetto al ruolo di «primo contatto» del paziente, come ad esempio la generalizzata introduzione di schemi con parziale finanziamento a quota capitaria.

Modello di assistenza primaria basato su medici di medicina generale che operano in pratiche individuali o di gruppo

In questo modello i pazienti scelgono un medico di medicina generale come figura di riferimento (Italia, Romania e Regno Unito). In alcuni sistemi, per i bambini è il pediatra che ricopre questo ruolo. Ogni medico generico del sistema ha una lista di pazienti propri, rispetto ai quali funge da vero e proprio *gatekeeper*: visite specialistiche, esami diagnostici, assistenza farmaceutica, ricoveri ospedalieri di elezione e anche trasferimenti in strutture di lungo-degenza sono accessibili attraverso la prescrizione del medico che ha in carico il paziente. In alcuni casi, è il grup-

po di medici ad avere una lista di pazienti, e non il singolo medico. Tipicamente, in questo modello, i medici sono principalmente retribuiti in base ad una quota capitaria che ha la doppia funzionalità di pagare la presa in carico invece dell'assistenza effettivamente erogata e di richiedere che il paziente sia assegnato a un medico, creando così un dispositivo relazionale specifico tra medici e pazienti.

La continuità assistenziale è assicurata dalla disponibilità del medico durante gli orari di ambulatorio, e da altri servizi fuori dagli orari stabiliti, che possono derivare da accordi tra i medici stessi o essere coperti da altri professionisti. Nel caso delle pratiche di gruppo, i medici riescono a potenziare la loro offerta assistenziale in termini di orari di copertura, presenza di operatori di supporto e, a volte, un minimo di specializzazione interna del lavoro.

Modello di assistenza primaria basato sui Centri di salute

Questo modello è tipico dei Paesi nordici, come Finlandia, Svezia e Islanda, ma anche di molti Paesi del Sud Europa, come Spagna, Portogallo e Grecia. Il Centro di salute può essere visto come un'evoluzione della pratica di gruppo: nel centro convivono GPs che lavorano in gruppo, coadiuvati da personale sanitario, principalmente infermieri, ostetriche, psicologi e dentisti, e da personale socio-sanitario, tipicamente assistenti sociali. Questa caratteristica fa del Centro di salute una vera e propria squadra multi-professionale, in cui diversi operatori di assistenza primaria lavorano in un contesto organizzato. In questo modello l'erogazione avviene quasi sempre in organizzazioni pubbliche, ed è gestito da manager pubblici, tipicamente sotto la responsabilità di istituzioni regionali o locali. Il personale è generalmente retribuito attraverso uno stipendio.

Questo tipo di organizzazione influisce sui compiti e responsabilità dei professionisti coinvolti: in particolare, gli infermieri possono svolgere delle attività che negli altri modelli sono generalmente di competenza dei medici, come ad esempio la gestione dei casi meno gravi e le vaccinazioni contro l'influenza.

4. Elementi per una valutazione dei modelli di assistenza sanitaria primaria in Ue

I tre modelli delineati sopra possono essere valutati alla luce delle recenti tendenze nei principali sistemi europei e in base alle tre funzioni fondamentali attribuibili alla Asp, così come individuate nel § 2.1.

Di seguito, si discutono le implicazioni dei tre modelli rispetto:

- 1) alla funzione di ricomposizione dello specialismo rispetto all'unicità e specificità del singolo paziente;
- 2) alle modalità di presidio del territorio;
- 3) alla funzione di mediazione che il medico svolge tra paziente e sistema sanitario.

Rispetto alla funzione di ricomposizione dello specialismo i modelli centrati sulla Medicina generale e sui Centri di salute appaiono maggiormente in grado di attuare uno specialismo «generalista» e, quindi, di proporre una medicina basata su di una visione olistica della salute del paziente. Entrambi i modelli, infatti, tendono a creare un'identità organizzativa e culturale dell'Asp che è impossibile trovare nel modello in cui i pazienti accedono direttamente agli specialisti. Il modello dei Centri di salute è in grado di ampliare lo spazio dell'assistenza primaria e quindi, almeno potenzialmente, di ampliare i servizi per una presa in carico globale del paziente. Tuttavia, questo rischia di avvenire al prezzo di un rapporto meno personalizzato tra medico e paziente, che è uno dei tratti distintivi (e di forza) del modello italiano e inglese. Il Centro di salute, se da un lato struttura la Asp in un sistema organizzato più articolato e maggiormente in grado di governare i comportamenti, dall'altro rischia di irrigidirsi in routine e di perdere forza nella reale capacità di prendere in carico in modo personalizzato. Un recente *position paper* dello *European Forum for Primary Care* (Meads, 2009) evidenzia come le recenti evoluzioni dei modelli di Asp nella Ue, che hanno portato a organizzazioni stratificate e complesse, potrebbero minare la personalizzazione del servizio, inficiando il lato umano del rapporto medico-paziente, ma anche rischiando di indebolire l'approccio generalista e al contempo personalizzato alla cura.

Il presidio capillare del territorio è un tema molto importante nel dibattito sull'assistenza primaria nei Paesi Ue. Infatti, i nuovi bisogni sanitari della popolazione europea, sempre più anziana, riguardano soprattutto una presa in carico continua, in situazioni non-acute, che per essere presidiate in modo appropriato richiedono il miglioramento del coordinamento tra i diversi professionisti del sistema per collegare i diversi servizi offerti sul territorio. Non sorprende, pertanto, che negli ultimi anni la parola-chiave delle evoluzioni organizzative dell'assistenza primaria in Europa sia integrazione (Boerman, 2006). L'integrazione, nelle recenti innovazioni dei sistemi europei, è intesa con diverse accezioni: come coordinamento tra Mmg, attraverso meccanismi di condivisione delle informazioni o di organizzazione per la copertura degli orari di assistenza; come fusione di diversi ambulatori, con il passaggio dall'ambulatorio individuale alle pratiche di gruppo; come integrazione e coordinamento tra diversi livelli di cura, tipicamente tra assistenza primaria e assistenza specialistica, al fine di monitorare effettivamente il percorso di cura e di avere un approccio orizzontale al trattamento della patologia; infine, la crescente complessità dei bisogni di salute richiede risposte sempre più articolate, che spesso comportano il superamento dei confini dei servizi sanitari fino a sfociare nell'area sociale, in alcuni casi (come in Italia) gestita da istituzioni diverse da quelle che governano il sistema sanitario (Corsalini, Vendramini, 2010).

Concentrando in un'unica sede fisica i diversi professionisti, il modello basato sui Centri di salute sembra quello che consente più degli altri un elevato livello di integrazione tra i servizi tipicamente erogati in ambito di assistenza primaria e quelli di assistenza secondaria e assistenza sociale sul territorio. Il modello basato sulla Medicina generale può garantire un buon presidio del territorio nella sua versione «di gruppo», mentre l'ambulatorio «singolo» perde di forza dal punto di vista della tenuta organizzativa del sistema. Infatti, un sistema in cui prevalgono medici di Asp individuali è generalmente debole nel leggere e interpretare i bisogni del territorio perché è basato su punti di osservazione troppo frammentati e modesti per numero di pazienti: la fram-

mentarietà organizzativa di tali modelli rende le informazioni sul territorio servito a loro volta frammentate e riduce la capacità di presidiare in modo appropriato la domanda della popolazione.

La funzione di mediazione che il medico di Asp svolge tra il paziente e il sistema sanitario ha una natura profondamente dinamica, la cui continua evoluzione dipende direttamente dalla particolare struttura organizzativa del sistema di assistenza primaria. Infatti, il ruolo di *gatekeeper* sta perdendo l'accezione secondo cui il Mmg è solo il responsabile dell'uso efficiente delle risorse del sistema (Calnan, 2006), per assumere il significato di responsabile del percorso di cura del paziente in senso complessivo: il filtro gestito dal Mmg è inteso come regolatore del consumo di servizi sanitari nell'ottica dell'appropriatezza e non solo dell'efficienza economica. Nei modelli più sofisticati, come quello basato sui Centri di salute o sulla Medicina generale di gruppo, in cui i Mmg lavorano in gruppo e integrati con altre figure professionali, il medico di famiglia assume addirittura responsabilità organizzative, tanto che si può parlare di funzione di «systemkeeping» (Bodheneimer, 1999). Si osserva come, in questi modelli, l'originale funzione di mediazione tra paziente e sistema è svolta in prima battuta dai professionisti di Asp che collaborano con il Mmg, e cioè, principalmente, infermieri professionali territoriali e assistenti medici. Queste figure professionali hanno acquistato negli anni recenti competenze tali da poter completamente sostituire il MMG nel primo contatto in casi semplici e routinari. Questa sorta di *downshifting* del ruolo di *gatekeeper* contribuisce all'indebolimento del rapporto personalizzato tra medico di base e paziente. Tuttavia, la delega di alcuni compiti base da parte del Mmg è inevitabile quando l'obiettivo è presidiare il territorio in modo capillare e seguire i pazienti complessi in modo olistico, in un percorso diagnostico e assistenziale di cui il medico di base diventa il primo responsabile. In conclusione, nei modelli basati sui Centri di salute e sulla Medicina generale di gruppo la mediazione tra paziente e sistema può risultare più efficace che negli altri modelli perché il paziente è guidato verso il consumo di servizi sanitari in modo più consapevole e più coerente rispetto ai suoi effettivi bisogni

tramite specializzazione e differenziarne delle competenze.

Un'ultima riflessione merita il tema del consumo delle risorse. Negli ultimi quindici anni, le riforme sanitarie europee (insieme alla recente riforma americana) hanno riguardato la ri-organizzazione della rete di assistenza primaria. Secondo diversi osservatori questa tendenza sarebbe dovuta al fatto che il rafforzamento della rete di servizi primari consentirebbe di migliorare l'assistenza sanitaria, colmare migliorando la continuità assistenziale e, non per ultimo, ridurre i costi generali del sistema sanitario (Epstein, 2001). L'attesa è che nei modelli basati sui Centri di salute e sulla Medicina generale (soprattutto quella di gruppo) si raggiungano livelli di efficacia superiori rispetto ai sistemi in cui l'assistenza primaria è molto frammentata o senza sua funzione di filtro al sistema. Efficacia è qui intesa soprattutto come diminuzione del consumo inappropriato di servizi specialistici e di emergenza: la presenza sul territorio di una figura, un centro, un gruppo di professionisti di riferimento per il paziente dovrebbe scoraggiare la richiesta immotivata di servizi ad alta intensità e, dunque, e quindi contribuire a una maggiore capacità di controllo dei costi.

5. Ssn: trend attuali e possibili sviluppi

La **figura 1** rappresenta una possibile interpretazione del sistema di assistenza primaria italiano, basata principalmente sulle disposizioni del DPCM 29 novembre 2001.

I servizi di assistenza primaria «inglobano» la medicina generale, nel senso che i Mmg, insieme ai Pediatri di libera scelta, sono le figure professionali principali per l'offerta dei servizi stessi. Questa affermazione è supportata dalle responsabilità affidate alla medicina generale in Italia (per legge) ed è in linea con definizioni e prassi internazionali.

Inoltre, l'assistenza primaria è per buona parte all'interno dell'assistenza distrettuale, nel senso che i servizi di assistenza primaria vengono offerti sul territorio, comunque al di fuori delle strutture ospedaliere.

Tuttavia, la regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), insieme al fatto che non esistono riferimenti normativi in merito, rende molto complessa una definizione univoca di assistenza primaria per

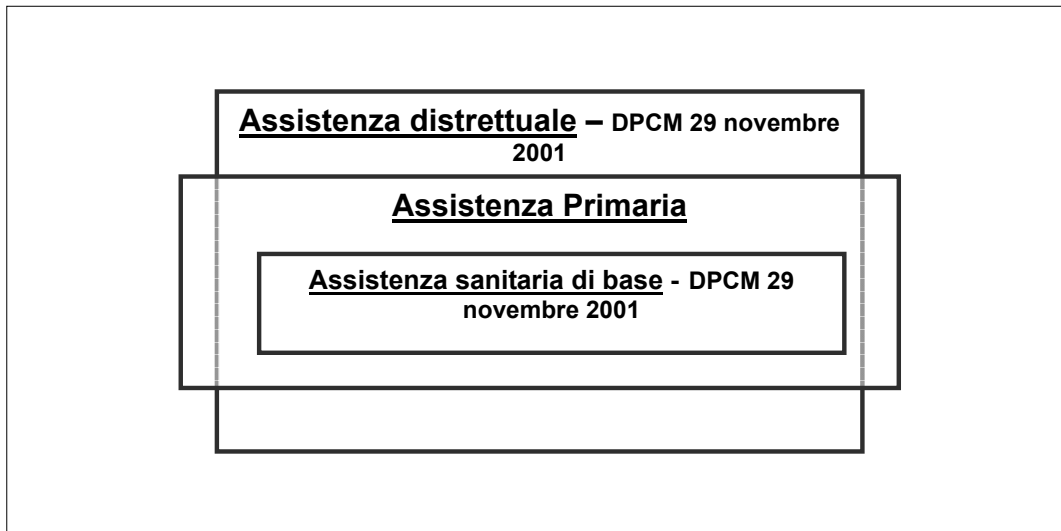


Figura 1
Assistenza primaria
in Italia

l'Italia. Inoltre, la tendenza è verso un'interpretazione locale del ruolo e della configurazione dei servizi territoriali, comprese le attività svolte dalla Medicina generale e dalla Pediatria di libera scelta. Questa disomogeneità è in parte anche dovuta al processo negoziale che riguarda i contratti della Medicina generale: accanto all'Accordo collettivo nazionale, sono previsti Accordi integrativi regionali che differenziano il trattamento e i compensi per i Mmg (Galli, Vendramini, 2008), cui si aggiungono accordi locali, gestiti da ogni Asl.

Nonostante questa eterogeneità, è possibile delineare alcuni tratti caratteristici comuni al sistema di Asp in Italia. Innanzitutto, l'attuale configurazione della medicina generale italiana identifica il nostro sistema come uno dei modelli di Asp basato sui medici di medicina generale che operano in pratiche individuali o di gruppo. Oggi solo il 25% dei Mmg condivide l'ambulatorio con altri colleghi, anche se alcune realtà eccellenti, concentrate nel Centro-Nord del Paese, presentano percentuali di associazionismo che superano abbondantemente il 50%.

Inoltre, si osservano alcuni *trend* di cambiamento nell'organizzazione dell'assistenza primaria comuni a diverse realtà locali, a prescindere dal sistema regionale di appartenenza:

- rafforzamento delle forme di integrazione professionale;

- aumento/miglioramento dei servizi di presa in carico continua, rivolti principalmente a pazienti cronici o complessi;

- assunzione dei Mmg di funzioni organizzative.

Le pratiche di gruppo dovrebbero permettere l'acquisizione di nuove risorse professionali e un re-indirizzo del lavoro dei medici. Supportati da staff e sistemi informativi, i Mmg troverebbero più facile concentrarsi sui compiti che il sistema attuale gli richiede, in particolare seguire pazienti complessi e coordinare e coordinarsi con i servizi specialistici. La pratica di gruppo, inoltre, è funzionale allo scambio di informazioni tra colleghi Mmg e con i colleghi specialisti: a questo proposito, l'implementazione di sistemi informativi adeguati è indispensabile. Inoltre, integrare pienamente i Mmg nei sistemi informativi del Ssn permetterebbe di ampliare gli spazi di analisi epidemiologiche, di utilizzo dei servizi e di studio delle micro-popolazioni dei singoli medici.

Un possibile futuro della medicina generale italiana potrebbe essere dominato da nuove micro-aziende di medici che si aggregano e unificano i loro rapporti con il sistema sanitario pubblico. Una volta consolidata la pratica di gruppo come modalità lavorativa unica, si potrebbe lasciare al paziente la possibilità di scegliere la pratica, e non più il singolo Mmg; l'ambulatorio associato, a quel

punto, diventerebbe una vera e propria piccola azienda, a cui si potrebbe anche lasciare gradi di libertà nella remunerazione dei suoi associati.

Il passaggio graduale a un'organizzazione della Asp a prevalenza di pratiche di gruppo consentirebbe al sistema italiano di rafforzare contemporaneamente le tre funzioni principali della assistenza primaria: migliorerebbe la capacità di ricomporre lo specialismo attorno alle caratteristiche cliniche e socio-demografiche del paziente; il presidio del

territorio sarebbe rafforzato da una migliore copertura delle ore di assistenza (potendo arrivare a forme di copertura 24 ore su 24, sette giorni alla settimana) e da maggior spazi basare l'azione assistenziale su adeguate informazioni sociali ed epidemiologiche di micro-comunità; infine, la mediazione tra pazienti e sistema sanitario sarebbe più efficace poiché in Italia le pratiche di gruppo possono garantire il minimo di sovrastruttura necessaria per gestire i rapporti con la medicina specialistica.

B I B L I O G R A F I A

- BOERMA W.G.W. (2006), «Coordination and Integration in European Primary Care», in Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W. (eds.) (2006).
- BOERMA W.G.W., DUBOIS C. (2006), «Mapping primary care across Europe», in Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W. (eds.) (2006).
- BORGONOVÌ E. (2010), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.
- BOYLE S. (2011), «United Kingdom (England): Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 13 (1), pp. 1-486.
- BUSSE R., RIESBERG A. (2004), «Health care systems in transition: Germany», WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- CALNAN M., HUTTEN J., TILJAK H. (2006), «The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface», in Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W. (eds.) (2006).
- CORSALINI E., VENDRAMINI E. (a cura di) 2010, *Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia*, Egea, Milano.
- DURÁN A., LARA J.L., VAN WAVEREN M. (2006), «Spain: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 8 (4), pp. 1-208.
- EDITORIAL (1983), «What is Primary Care?», *Journal of Public Health Policy*, vol. 4 (2), pp. 129-134.
- EPSTEIN A.J. (2001), «The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations», *Health Serv Res*, vol. 36, pp. 405-420.
- EUPRIMECARE PROJECT (2011), «Common Framework for Primary Care Models in Europe», Deliverable Work Package 1.
- EUROACT (2005), «The European definition of General Practice/Family Medicine», short version.
- GAÁL P. (2004), «Health care systems in transition: Hungary», WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- GALLI D., VENDRAMINI E. (2008), «I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto Oasi 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- GOLL M. (2010), «Ageing in the European Union: where exactly?», *Eurostat Statistics in focus*, vol. 26, pp. 1-15.
- HOWELL J.D. (2010), «Reflections on the past and future of Primary Care», *Health Affairs*, vol. 29 (5), pp. 760-765.
- KOPPEL A., KAHUR K., HABICHT T., SAAR P., HABICHT J., VAN GINNEKEN E. (2008), «Estonia: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 10 (1), pp. 1-230.
- LO SCALZO A., DONATINI A., ORZELLA L., CICCETTI A., PROFILI S., MARESSO A. (2009), «Italy: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 11 (6), pp. 1-216.
- MEADS G. (2009a), «The organisation of primary care in Europe: Part 1 Trends – position paper of the European Forum for Primary Care», *Quality in Primary Care*, vol. 17, pp. 133-143.
- MEADS G. (2009b), «The organization of primary care in Europe: Part 2 Agenda – position paper of the European Forum for Primary Care», *Quality in Primary Care*, vol. 17, pp. 225-234.
- OMS (1978), «Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care», Alma-Ata, 6-12 September 1978, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- SALTMAN R.B. (2006), «Drawing the strands together: primary care in perspective», in Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W. (eds.) (2006).

- SALTMAN R.B., RICO A., BOERMA W.G.W. (eds.) (2006), *Primary Care in the driver's seat?*, Open University Press, New York.
- SEPULVEDA M.J., BODENHEIMER T., GRUNDY P. (2008), «Primary Care: Can It Solve Employers' Health Care Dilemma?», *Health Affairs*, vol. 27 (1), pp. 151-158.
- STARFIELD B. (1991), «Primary care and health. A cross-national comparison», *Journal of the American Medical Association*, vol. 266 (16), pp. 2268-2271.
- VLĂDESCU C., SCÎNTEE G., OLSAVSZKY V., ALLIN S., MLADOVSKY P. (2008), «Romania: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 10 (3), pp. 1-172.
- VUORENKOSKI L., MLADOVSKY P., MOSSIALOS E. (2008), «Finland: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 10 (4), pp. 1-168.
- WHO/EUROPE (2000), «Health care systems in transition: Lithuania», WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengano figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Professioni al bivio: il caso degli specialisti di laboratorio

FRANCESCO LONGO, DOMENICO SALVATORE, VALERIA D. TOZZI

The professional status of most workers in health care has a strong impact on the organization of the activities. Clinical laboratories in Italy are a type of health care service in which some intra- and inter-professional change processes common to many health care services took place faster than in other cases. Among these processes: the intense use of technology, the change of work content and the loss of activities in favour of other professional groups and the merging of organizational units. Therefore, labs represent a unique case to study the current and future professional dynamics in health care. The effects of these dynamics on professional communities are co-determined by behaviour of professionals inside the community.

Keywords: clinical pathology laboratories, professionalism, professional dynamics, organizational change

Parole chiave: laboratori, professionalismo, dinamiche professionali, cambiamento organizzativo

Note sugli autori

Francesco Longo è professore associato, Università Commerciale «Luigi Bocconi» e CERGAS Università Bocconi

Domenico Salvatore è ricercatore, Università degli Studi di Napoli «Parthenope» e Istituto SDN

Valeria D. Tozzi è ricercatore, CERGAS Università Bocconi e Lecturer SDA Bocconi

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano Siemens Healthcare Diagnostics srl e gli esperti intervistati per la disponibilità che hanno mostrato durante il progetto di ricerca. Ringraziano inoltre Vincenzo Termine per l'assistenza prestata in alcune fasi del progetto

1. Introduzione

L'immagine di stabilità che le professioni devono esprimere verso l'esterno per legittimare le garanzie legali e di *status* di cui godono nasconde spesso l'aspetto dinamico di veloci e intensi cambiamenti. Si tratta di processi di trasformazione che toccano: a) l'insieme dei saperi distintivi della comunità messo in discussione dal progresso scientifico (per esempio, nuove terapie che modificano le pratiche nella gestione del malato); b) le condizioni di «confine» tra domini professionali: alcune attività sono contendibili tra più arene professionali – si pensi alla gestione dei pazienti con tumore al fegato a cavallo tra epatologo e oncologo; c) le forme di radicamento delle comunità all'interno dell'organizzazione delle aziende sanitarie attraversata da molteplici cambiamenti (si pensi a titolo esemplificativo ai modelli per intensità delle cure). Esiste una relazione profonda tra il grado di professionalismo delle diverse comunità che operano in sanità e l'organizzazione del lavoro e dei servizi che esse adottano.

La sociologia delle professioni ha spesso descritto il fenomeno della professionalizzazione come processo (Abbott, 1991; Bucher, Strauss, 1961; Wilensky, 1964) e ha, inoltre, spesso parlato del rischio di de-professionalizzazione dei medici (Haug, 1988; Light, 1991; Light, Levine, 1988) e dei tentativi di alcune categorie di ottenere lo *status* di professione (Adams, 2004; Baer, 1984; Coburn, 1988; Crook, 1965; Kelner *et al.*, 2004; McKendry, Langford, 2001; Searle, 1984) condividendo gli spazi occupazionali. Risulta condivisa all'interno delle diverse aree disciplinare che si occupano del tema (sociologia, storia, economia, solo per citarne alcune) la natura contingente nel tempo e nello spazio dei fenomeni di professionalismo (Abbott,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Metodo
3. Risultati
4. Conclusioni

1988): il sistema giuridico, la reputazione della professione nell'opinione pubblica e i luoghi di lavoro rappresentano le variabili principali di cambiamento. In questa sede, interesse prioritario è riflettere sulla ricaduta che i processi di cambiamento dei «luoghi del lavoro», intesi in senso ampio come assetti organizzativi e tecnici delle aziende sanitarie in uno scenario istituzionale in significativa trasformazione, hanno indotto nella popolazione di professionisti dedicata ai servizi di diagnostica di laboratorio. Il tema delle trasformazioni della professione, sfruttando i contributi che le scienze sociali hanno prodotto e applicandoli ai «laboratori», è letto alla luce dei cambiamenti che il sistema della sanità Italiana ha vissuto negli ultimi anni. Questo articolo presenta uno studio qualitativo della percezione della comunità professionale dei professionisti che lavorano nei laboratori di analisi sui processi in atto, delle dinamiche intra- e inter-professionali e delle percezioni della comunità sul proprio futuro. In questa sede ci si riferisce a un'eterogenea comunità professionale composta da medici di laboratorio, chimici e biologi che sono qui denominati «specialisti di laboratorio» poiché lo scopo del contributo è proporre alcune riflessioni sulle sorti di questa molteplicità di popolazioni professionali che attualmente collaborano, supportata dall'emergente ruolo dei tecnici di laboratorio, all'interno dei servizi di diagnostica in vitro, attualmente oggetto di importanti azioni di ridisegno da parte delle aziende sanitarie. La medicina di laboratorio in Italia rappresenta un caso di studio significativo per discutere delle dinamiche intra- e inter-professionali, perché negli ultimi venti o trent'anni è stata caratterizzata in maniera accentuata da alcuni fenomeni rilevanti per tutti i sistemi sanitari sviluppati e per le loro famiglie professionali. Tra questi fenomeni i principali sono:

- un'automazione dei processi operativi senza eguali nell'ambito delle occupazioni di tipo professionale. Le innovazioni introdotte a metà dello scorso secolo hanno rivoluzionato le basi cognitive e le routine dei professionisti, introducendo competenze tecniche nuove collegata alle «macchine»;
- un cambiamento del modo di esercitare la medicina sempre più orientata alla prevenzione e alla diagnosi precoce che ha reso il

laboratorio più centrale nei sistemi aziendali in sanità;

- l'ampliamento dei confini della popolazione professionale a più comunità, quelle dei biologi, dei chimici, dei medici specialisti nelle diverse specializzazioni e dei tecnici di laboratorio con domini professionali che si sono sovrapposti quasi completamente a quelli dei medici di laboratorio che hanno fondato la disciplina;

- la riduzione del numero e del livello di preparazione medio dei laureati in medicina che scelgono questa specializzazione (il cosiddetto «*shortage* medico» trova in questo ambito una delle sue manifestazioni più rilevanti); tale fenomeno tocca anche i biologi e i chimici;

- la nascita di nuove sotto-specializzazioni, come per esempio la genetica, che ampliano le basi cognitive alle quali fa riferimento una popolazione di professionisti con *background* differenti;

- una molteplicità di società scientifiche che rappresentano le specificità delle differenti coorti professionali che operano nei medesimi servizi (per esempio, Sibioc e Simel).

Se le professioni possono essere viste come processi che vedono protagonisti gruppi di soggetti eterogenei e segmentati (Bucher, Strauss, 1961), allora è utile descrivere l'impatto dei suelencati fenomeni sugli specialisti di laboratorio italiani allo scopo di generalizzare alcune riflessioni che toccano questa arena professionale e di comprendere anche le dinamiche di altre professionalità sanitarie che partecipano alla gestione delle aziende.

2. Metodo

Gli autori sono stati incaricati da Siemens Healthcare Diagnostics srl, filiale italiana di una multinazionale attiva nella fornitura di strumenti, reagenti e consulenza sia in diagnostica di laboratorio che in diagnostica per immagini, di lavorare sul tema dei ruoli svolti dai professionisti di laboratorio.¹ Per la realizzazione della ricerca è stato coinvolto una *panel* di sette professionisti di laboratorio apicali in diverse realtà aziendali dei servizi di diagnostica di laboratorio. Il campionamento è stato di convenienza, utilizzando la rete di contatti dell'azienda committente per

creare un *panel* stabile per tutta la durata dello studio (un anno).² Lo scopo principale di questa ricerca è stato valutare, attraverso le conoscenze e le percezioni dei componenti di questo *panel*, le ricadute indotte da importanti processi di cambiamento dei servizi su scala nazionale e regionale sul contenuto e sulle modalità di esercizio della professione. Le informazioni sono state raccolte utilizzando tre cicli di interviste telefoniche semi-strutturate con ciascuno dei sette componenti del *panel* della durata media di circa 40 minuti e dalla discussione delle evidenze emerse in tre incontri del *panel* della durata media di circa due ore e trenta.³ Ciascuna intervista telefonica è stata anticipata da una e-mail con la scaletta dell'intervista,⁴ è stata condotta da almeno uno degli autori di questo articolo e, con il consenso degli intervistati, è stata registrata e ascoltata da almeno due degli autori di questo articolo. Sono stati, inoltre, intervistati dagli autori quattro direttori tra generali e sanitari di aziende sanitarie pubbliche. Queste ulteriori interviste sono state programmate allo scopo di poter conoscere le prospettive delle direzioni aziendali sul laboratorio.

3. Risultati

La medicina di laboratorio è la specializzazione medica che diagnostica o monitora la condizione di salute del paziente attraverso lo studio di materiale biologico proveniente dal paziente. I campioni biologici vengono analizzati all'interno di laboratorio di analisi nei quali lavorano, oltre ai medici, professionisti con altri percorsi formativi come, per esempio, biologi, chimici e tecnici sanitari di laboratorio biomedico, e oltre a personale amministrativo, infermieristico e ausiliario. Un laboratorio riceve i campioni biologici di un paziente insieme alla richiesta di un elenco di test cui sottoporre i campioni. Nel caso dei pazienti ricoverati, le richieste e i campioni sono inviati da un reparto ospedaliero. Nel caso dei pazienti ambulatoriali, i campioni sono prelevati in punti prelievi, spesso sotto il controllo organizzativo del laboratorio, in base alle richieste dei medici specialisti o di medicina generale portate dai pazienti al laboratorio. I campioni, una volta raggiunto il laboratorio, sono analizzati grazie all'uso di appositi strumenti analitici e reagenti chimi-

ci. L'utilizzo dei questi strumenti e reagenti e la preparazione e movimentazione dei campioni biologici è un'attività che può essere svolta dai tecnici di laboratorio. Gli strumenti producono dei risultati per ciascun esame che, prima di essere inviati al medico che ha richiesto gli esami e al paziente, devono essere validati. Tale attività può essere svolta solo da specialisti di laboratorio che spesso, poiché un laboratorio di medie dimensioni analizza fino a centinaia di migliaia di campioni ogni anno, si avvalgono di *software* che pongono alla loro attenzione solo i risultati non rispondenti a determinati criteri.

La medicina di laboratorio può essere a sua volta divisa in sotto-specializzazioni che corrispondono a diversi settori di un laboratorio di analisi. Le definizioni più ristrette di medicina di laboratorio includono almeno la biochimica clinica (o chimica clinica), la microbiologia clinica e la patologia clinica ma definizioni più ampie, utilizzate in questo scritto, includono anche l'anatomia patologica, la medicina trasfusionale, la microbiologia e virologia, la biologia molecolare e la genetica medica.

A partire dagli anni Ottanta del 1900 l'apicalità dei servizi di diagnostica di laboratorio è stata «allargata» ai biologi e chimici e la professionalizzazione del personale tecnico ha popolato di nuove competenze e nuove aspettative di ruolo le strutture organizzative dedicate a tali servizi. Si è così determinata una sostanziale sovrapposizione di competenze tra medici, biologi e chimici nella percezione comune e la possibilità che il medesimo ruolo all'interno del laboratorio possa far capo a professionisti con *background* formativi eterogenei. Questo fenomeno ha indebolito la disciplina di medicina di laboratorio nelle possibilità di legittimare i confini del sapere che ne contraddistinguono la pratica: le condizioni di accesso occupazionale in medicina producono impatti sulle forme di innovazione e manutenzione del sapere che caratterizza la pratica clinica che distingue la comunità. Queste ragioni spingono a parlare di «diagnostica di laboratorio» come disciplina che raggruppa i saperi che muovono i servizi di diagnostica in vitro e di «specialisti di laboratorio» per intendere il soggetto collettivo. Per le motivazioni che si illustreranno in seguito appare non appropriato parlare di comunità,⁵ che condivide la professione.

Come tutte le professioni legalmente riconosciute, la medicina di laboratorio ha bisogno di confermare e rinnovare la propria legittimità all'interno di una società in mutamento. Nello specifico, il sistema sanitario italiano è soggetto a numerose dinamiche di cambiamento, in parte comuni a molti sistemi sanitari occidentali e in parte specifiche. In particolare, negli ultimi anni ha osservato una forte riduzione della quota di attività sanitarie erogate a pazienti in regime di ricovero in favore di quelle erogate in regime ambulatoriale (Ferré, Ricci, 2011), un federalismo sanitario che ha determinato assetti organizzativi regionali del settore sanitario profondamente differenti (Buglione *et al.*, 2001; Dirindin, Pagano, 2001), la generale riduzione del numero di unità organizzative nel Ssn e l'accentramento degli acquisti a livello sovra-aziendale (Amatucci, Mele, 2012), la tendenza a esternalizzare sempre più attività *non-core* (Mariani, Data, 2011), organizzare percorsi di diagnosi e cura per patologia (PDTA) e a razionalizzare alcuni consumi indotti da routine specialistiche attraverso forme di responsabilizzazione dei professionisti sulle questioni economiche (governo clinico) (Barbieri *et al.*, 2005; Tozzi, 2008). All'interno di queste dinamiche di cambiamento comuni a tutto il sistema sanitario italiano, la medicina di laboratorio è poi stata caratterizzata dai fenomeni peculiari citati nell'introduzione, relativi soprattutto alla crescente automatizzazione dei processi produttivi ed erogativi. Nei paragrafi 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6 sono riportate le percezioni degli intervistati sugli effetti di combinati di questi fenomeni in varie aree di interesse per la professione. Nel paragrafo 4, invece, sono riportate le riflessioni degli autori e le implicazioni per la professione.

3.1. La percezione dei professionisti sulle dinamiche organizzative dei servizi di laboratorio all'interno del sistema sanitario

I professionisti intervistati condividono la percezione di due realtà contraddittorie cui ritengono di assistere. Da un lato, le attività di laboratorio sono sempre più centrali all'interno dei processi medici. Dal lato opposto, però, gli intervistati riportano che le attività di laboratorio sono anche sempre più considerate dai colleghi clinici e dalle dire-

zioni aziendali come *commodity*, cioè servizi per cui c'è domanda ma che sono offerti senza differenze qualitative sul mercato perché la qualità è indipendente da chi li produce, dipendendo esclusivamente dalle tecnologie, percepite come un sistema sicuro e standardizzato, di cui non si percepiscono le possibili differenze o declinazioni interne.

La diagnosi delle condizioni di salute dei pazienti fa sempre più affidamento sulle tecniche di diagnostica di laboratorio e per immagini piuttosto che sulla semplice anamnesi del clinico. Sebbene ci siano molte critiche da parte dei clinici a questo fenomeno, che ha portato in alcuni casi estremi a una considerazione troppo scarsa dell'anamnesi e del colloquio con il paziente, è innegabile che le moderne metodiche di diagnostica strumentale offrano informazioni utilissime ai clinici per la diagnosi e che abbiano contribuito in maniera decisiva ai progressi della medicina negli ultimi decenni. «È lecito domandarsi se un paziente che arriva in pronto soccorso con un sospetto ictus sia salvato dal medico di pronto soccorso più che dal professionista di laboratorio che fornisce rapidamente i risultati» ha affermato uno degli intervistati. La crescita di importanza delle attività di laboratorio non sembrerebbe arrestarsi. Sempre di più, secondo gli intervistati, grazie ai progressi nella genetica il laboratorio sarà fondamentale non solo per la fase di diagnosi e monitoraggio ma anche per la scelta della terapia più adatta al singolo paziente e per la prevenzione di patologie a cui ciascuno è predisposto.

Ma il controllo di questa attività chiave non ha aumentato lo *status* professionale dei professionisti di laboratorio nei confronti del resto della comunità medica e della società. C'è, anzi, una concreta difficoltà a far percepire il valore aggiunto prodotto da bravi professionisti in laboratori ben gestiti rispetto a quello prodotto da professionisti meno bravi in laboratori mal gestiti. Le aziende sanitarie, per questo motivo, tendono a considerare il laboratorio non come un'area su cui investire per migliorare la qualità delle proprie prestazioni, ma piuttosto come un servizio necessario all'azienda, i cui «miglioramenti» significano «riduzione dei costi di produzione», non essendoci modo o utilità di aumentarne la qualità. Questa percezione del laboratorio come produttore di un servi-

zio *commodity* non trova rispondenza nella realtà secondo gli intervistati, soprattutto nei settori meno automatizzati. Si può produrre, invece, molto valore aggiunto attraverso la capacità di interpretare il significato clinico dei test di laboratorio da parte di qualcuno che, al contrario dei clinici specialisti o dei medici di medicina generale, ha la possibilità di conoscerli a fondo, di aggiornarsi e di conoscere tutte le problematiche analitiche e pre-analitiche. Gli intervistati ritengono che la causa di questa erronea percezione del laboratorio sia la scarsa conoscenza del lavoro da parte di chi non ci lavora, oltre alla mancanza di un contatto diretto col paziente da parte dei medici di laboratorio che elimina ogni possibilità di visibilità esterna. Secondo alcuni, però, la causa di questa percezione è anche causata da un comportamento diffuso tra molti professionisti di laboratorio che hanno spesso preferito limitarsi a svolgere i test richiesti sui campioni che gli sono inviati senza «uscire fuori del laboratorio» e lavorare in *team* con i clinici.

Le interviste al *top management* aziendale hanno confermato la percezione dei direttori generali e sanitari secondo cui, con le parole di un intervistato «tutti i processi produttivi standardizzati abbattano il bisogno di competenze gestionali» e tra i servizi, il laboratorio analisi è quello che più «si guarda l'ombelico» e meno «incuriosisce» gli altri professionisti. Il laboratorio appare un mondo a sé in ragione dello scarso numero di interdipendenze complesse tra questi servizi e quelli erogati da altre partizioni dell'azienda: come ha segnalato uno dei direttori sanitari intervistati «non esistono forme di scambio tra laboratorista e clinico: non condividono il paziente, non condividono personale o altri tipi di risorse. Se esistono rapporti di collaborazione sono di natura personale e non sono certamente condizioni generalizzabili».

3.2. La crisi delle vocazioni e sovrapposizione con altre professionalità interne al laboratorio

La medicina di laboratorio è oggi una specializzazione poco attrattiva per i giovani medici. Di seguito si approfondisce la riflessione sui medici di laboratorio nella consapevolezza che le questioni più centrali toccano anche chimici e biologi. Gli intervisti

ritengono che la scarsa attrattività della disciplina sia determinata dalla mancanza di contatto col paziente e dall'impossibilità di svolgere libera professione rinunciando alle conseguenti soddisfazioni economiche. Parallelamente, altre professionalità, in particolar modo quella dei laureati in biologia e, per un periodo limitato, quella dei laureati in chimica, hanno ottenuto dal punto di vista legale e sostanziale la possibilità di svolgere le stesse attività svolte dai medici. Le lauree in biologia e chimica richiedono meno anni di studio rispetto a quella in medicina e non limitano il numero di studenti in maniera rigida come avviene nelle facoltà di medicina e chirurgia. In merito alla pluralità delle comunità all'interno dei servizi di diagnostica in vitro, si osservano posizioni antitetiche: mentre la maggior parte dei medici durante le interviste si è detta convinta della necessità di un superiore *status* dei medici all'interno dei laboratori (definibile in termini sociologici «dominanza medica», Freidson, 2002; Kenny, Adamson, 1992; Tousijn, 2002), quanti avevano una laurea in chimica hanno affermato che nel laboratorio esiste un insieme di «professionisti di laboratorio» (medici, biologi e chimici ma non tecnici sanitari, secondo questo approccio) tutti con uguale dignità e nella sostanza quasi perfettamente equivalenti nelle attività che possono svolgere. Durante gli incontri del *panel* nessuno dei componenti ha argomentato da posizioni differenti e, quindi, questa dizione «professionisti di laboratorio» che assume una sostanziale equivalenza tra le diverse lauree è quella che è stata utilizzata dal secondo ciclo di interviste in poi senza essere smentita. Questa accezione sposa la percezione dei direttori generali e sanitari di aziende pubbliche che non intuiscono una sostanziale differenza tra l'estrazione professionale e il contenuto delle attività sviluppate all'interno delle unità organizzative o dei dipartimenti dei servizi da parte di medici o chimici: in generale la standardizzazione delle attività e la centralità delle tecnologie oramai mature non solo omogeneizzano i saperi, ma rendono indistinti i confini tra saperi e pratiche.

Negli ultimi venti anni c'è anche stato un processo di professionalizzazione dei tecnici di laboratorio, che oggi vengono formati attraverso un corso di laurea triennale e stanno ottenendo garanzie tipiche di una professio-

ne. L'aspetto di gestione della tecnologia è talmente importante all'interno delle attività di laboratorio che alcuni intervistati ammettono la possibilità di un «laboratorio di soli tecnici», osservando che in tale direzione si stanno orientando anche alcune scelte regionali. Inoltre, il processo di concentrazione dei laboratori, reso possibile dall'automazione che rende efficaci ed efficienti solo laboratori di dimensioni medio-grandi, ha portato a una riduzione del numero di professionisti di laboratorio di cui il sistema ha bisogno e del numero di posizioni di direttore disponibili per poter fare carriera all'interno dei laboratori.

All'interno della comunità, bisogna anche notare una forte frammentazione delle società scientifiche che, rispetto alle altre specialità, sono molte, piccole e conflittuali a tal punto da non condividere un'agenda dei problemi e a costruire una visione di *policy* comune. Si tratta di una questione «atavica» che in più occasioni si è tentato senza successo di risolvere, riconciliando le distanze tra le società scientifiche. Mancano luoghi di elaborazione e confronto sulle implicazioni che la trasformazione dei servizi di diagnostica di laboratorio, promossa da aziende e Regioni, sta producendo sulla morfologia dei saperi delle comunità e sulle relazioni tra esse. Altri temi sui quali gli intervistati segnalano la necessità di una visione condivisa, «di squadra», sono quelli della centralizzazione degli acquisti e della concentrazione fisica dei laboratori, fenomeni che stanno modificando significativamente la pratica e i sistemi di competenze richieste all'interno delle nuove organizzazioni.

Le opinioni del management aziendale intervistato convergono sull'idea che «se permane la “chiusura” del laboratorio, l'estinzione degli specialisti e l'appalto ai tecnici sarà inevitabile» e che una certa conflittualità interna penalizzi i professionisti («Fanno fatica a “fare gli alleati” tra di loro... ed è un peccato poiché per formazione e abitudine sono i più consapevoli ed esperti delle modalità di efficientamento dei servizi»). I laboratori costituiscono uno dei comparti con la maggiore disponibilità di evidenze quantitative e qualitative, utili per fare valutazioni di governo clinico nei singoli contesti locali, sia rispetto ai dati aggregati, sia rispetto al singolo medico proscrittore o il singolo cit-

tadino-paziente. Le azioni di governo clinico richiedono però un'attitudine a uscire dal proprio ambito professionale, per incontrare e discutere con altri professionisti, per attivare processi di audit basati sui dati effettivi di consumo sanitario, che non è diffuso nella cultura e nella prassi dei laboratoristi del Ssn, che tendono a isolarsi organizzativamente, rispetto ad altri colleghi, diversamente dalle attitudini sviluppati da altri servizi aziendali, come per esempio la farmacia.

3.3. La riorganizzazione dei servizi diagnostici

I servizi diagnostici *in vitro* stanno vivendo delle importanti trasformazioni organizzative, che si muovono in distinte direzioni: (a) accentramento e riduzione dei laboratori; (b) decentramento di alcuni servizi di base (*point of care* di reparto/dipartimento); (c) accorpamento dei servizi con quelli di diagnostica per immagini; (d) sviluppo delle condizioni di accessibilità per migliorare le condizioni di fruibilità per i pazienti.

L'accentramento e riduzione dei laboratori

L'accentramento dei laboratori per determinare economie di scala appare un fenomeno irreversibile, che verrà sospinto ulteriormente dalla crisi economica, soprattutto per le aree diagnostiche più frequenti e standardizzate. A fronte di questa consapevolezza, i singoli professionisti, nella percezione degli intervistati, possono cercare di contrapporsi a esso, in difesa delle proprie convenienze particolari, o provare a governare attivamente questi processi locali, per determinare delle soluzioni nel complesso razionali, centrate sulle competenze della professione, capaci di produrre valore per l'intera azienda sanitaria di riferimento. La seconda pista di lavoro appare quella a maggior consenso.

Il decentramento di alcuni servizi di base

I fenomeni di accentramento, possono richiedere, per mantenere giusti gradi di flessibilità e di immediata disponibilità, la diffusione di *point of care* per reparto o dipartimento. Tanto più è marcato e distante l'accentramento e la concentrazione, tanto più è probabile dover predisporre quote lo-

cali di flessibilità e disponibilità immediata. Nella percezione degli intervistati, i servizi distaccati non dovrebbero essere governati da personale che afferisce necessariamente al laboratorio in maniera gerarchica, ma potrebbe essere sufficiente un coordinamento di tipo funzionale. Questo impone una logica organizzativa diversa, a matrice, basata su elementi di *leadership* e di servizi, diversi dalla gerarchia e dal controllo diretto presenti all'interno del laboratorio. Il *point of care testing* è oramai un «fabbisogno irrinunciabile» del sistema rispetto al quale occorre sviluppare forme di controllo della qualità da parte dei grandi laboratori.

L'accorpamento dei servizi con quelli di diagnostica per immagini

Numerose aziende sanitarie stanno accorpando dal punto di vista logistico o organizzativo la diagnostica di laboratorio con la diagnostica per immagini all'interno di uno stesso dipartimento spesso denominato, in modo significativo, «Dipartimento dei servizi». Questa dizione evidenzia come entrambe le specialità siano considerate, più che specialità mediche in senso stretto, «funzioni diverse» che hanno lo scopo di essere a servizio delle altre specializzazioni mediche (quelle *core* di un'azienda sanitaria). Gli specialisti di laboratorio escono spesso perdenti da queste soluzioni organizzative perché finiscono offuscati dalle esigenze di una specializzazione con un maggior numero di medici, che coinvolge risorse finanziarie molto maggiori e che probabilmente gode di uno *status* professionale più alto. I dipartimenti dei servizi stentano, al momento, a costruire ed evidenziare le possibili sinergie (soprattutto in ambito di accesso e refertazione), per cui costituiscono secondo gli intervistati ancora delle «fusioni a freddo».

Il miglioramento delle condizioni di fruibilità per i pazienti

I cittadini richiedono sempre più servizi di facile accessibilità, come potrebbe essere l'accesso diretto ai servizi senza prenotazione, il ritiro dei risultati via internet o il prelievo decentrato o a domicilio. Ciò è determinato da due fenomeni apparentemente opposti che però hanno ricadute di servizio simili:

l'*empowerment* dei cittadini più colti e consapevoli; la crescita dei cittadini fragili che hanno difficoltà a muoversi. Le aziende sono molto sensibili a queste evoluzioni, la cui corrispondenza garantisce sviluppo di credibilità istituzionali. I professionisti di laboratorio hanno titolo per agire come esperti di progettazione dei servizi, anche quando questi tagliano trasversalmente la rete dei *setting* assistenziali (domicilio, farmacie, case della salute, poliambulatorio, ricovero, ecc.), oppure possono limitarsi a intervenire nei *setting* più vicini al loro controllo diretto.

3.4. Il rapporto di consulenza clinica con le altre specializzazioni mediche

Tutti gli specialisti del *panel* hanno rivendicato, con diversa intensità, la necessità di valorizzare le competenze cliniche all'interno dei laboratori di analisi. Competenze cliniche che prevalentemente possono essere utili: per selezionare le metodiche analitiche che offrono le migliori informazioni cliniche in un dato momento storico; e per fare consulenza ai colleghi specialisti nelle discipline cliniche sull'interpretazione dei risultati delle analisi e su qual è la strategia analitica migliore per rispondere a un quesito diagnostico di un singolo paziente o di gruppi di pazienti con la medesima condizione di salute. Attività di questo tipo sono utili se si assume che i clinici, soprattutto quelli meno specializzati e più generalisti, possono non conoscere bene quale sia l'esame migliore in ogni condizione o qual è il significato di un determinato risultato (per esempio se indica una patologia o è il risultato di una problematica pre-analitica). Questa esigenza è ancora rilevante per i sistemi sanitari nel momento in cui stanno spostando la cura di molte patologie o stadi di patologie sui servizi territoriali, sia sanitari, sia socio-sanitari. In questi ambiti i diversi professionisti (Mmg, infermieri professionali, ecc.), soprattutto in questa fase di trasformazione dei sistemi e di modifica di allocazione degli ambiti di cura dei pazienti, richiedono supporto clinico. In generale, tutti gli intervistati concordano che una delle traiettorie di valorizzazione delle competenze presenti all'interno dei laboratori si produce agendo un ruolo di consulente per il clinico, ruolo ritenuto molto utile al sistema sanitario. Infatti, se svolto bene, un laboratorio che

utilizza le competenze cliniche dei suoi professionisti offre diagnosi e monitoraggio più veloci e precise e maggiore appropriatezza dei consumi.

La scelta di valorizzare il ruolo di consulente clinico da parte dello specialista di laboratorio è una strategia tutt'altro che «conservativa» nei confronti di una popolazione di professionisti che risulterebbe spaccata tra quanti condividono questa prospettiva di rilancio e quanti ritengono opportuno non investire su queste nuove competenze. Infatti, è anche diffusa una visione del ruolo dello specialista di laboratorio di esecutore di prestazioni diagnostiche richieste da terzi. Per esempio, offrendo quanti più esami possibili (anche quelli che sono stati superati da nuovi esami che offrono informazioni cliniche migliori a parità di costi), elaborando i risultati per qualsiasi esame sia stato richiesto dai clinici, senza proporre la propria consulenza.

3.5. Il rapporto di consulenza clinica con le altre specializzazioni mediche

Nella seconda metà del 1900 era molto diffuso il fatto che, all'interno di un ospedale, molti reparti clinici avessero un laboratorio specializzato al proprio interno. Per esempio, nello stesso ospedale c'erano un laboratorio in endocrinologia, uno in gastroenterologia. Spesso i giovani clinici prestavano servizio in questi laboratori e, quindi, portavano nella loro attività successiva le competenze acquisite come medici di laboratorio. Uno degli intervistati ha dichiarato che «la centralizzazione dei laboratori allontana i clinici dai medici di laboratorio e induce i clinici a «sparare nel mucchio»» (cioè a prescrivere molti più esami di quelli realmente necessari a causa della scarsa competenza sui singoli test, nella speranza di includere anche quelli che porteranno informazioni cliniche utili). La concentrazione dei laboratori avvenuta negli ultimi decenni ha portato, infatti, insieme a enormi benefici economici e di qualità, anche a un distacco dalla clinica. Distacco prima fisico e poi culturale. Distacco che gli intervistati hanno dichiarato di voler colmare e che è oggi, certamente, una questione chiave per la professione. Colmare questo *gap* può avvenire recuperando un ruolo di consulenti clinici ai medici o sviluppando la fun-

zione di governo clinico, ovvero l'analisi dei dati aggregati di prescrizione, la valutazione della loro appropriatezza, per definire PDTA aziendali condivisi, per controllarne poi l'effettiva applicazione, attraverso processi di *audit* nei confronti dei medici prescrittori. A titolo d'esempio, si tratta di analizzare il comportamento prescrittivo dei Mmg (o di altri medici) rispetto agli esami di laboratorio, per attivare dei processi sistematici di confronto con loro, per discutere le migliori prassi per singola patologia o stadio di patologia. I laboratoristi sono coloro che, anche grazie allo sviluppo tecnologico, dispongono di tutti i dati aziendali necessari per il governo clinico, oltre a un'attitudine ad analizzarli per valutare l'efficacia e l'efficienza del proprio servizio.

Dalle interviste ai direttori di aziende sanitarie emerge una domanda di azioni di governo clinico che potrebbero coinvolgere gli specialisti di laboratorio. La percezione dei direttori è che possano essere conseguiti ancora ampi margini nella razionalizzazione della spesa per prestazioni di diagnostica, recuperando condizioni di appropriatezza, semplicemente rivedendo con una certa periodicità le routine diagnostiche che i clinici prescrivono e valutando l'efficacia delle routine attraverso la discussione multidisciplinare, l'*audit* clinico, ecc. È inevitabile che per compiere tali azioni, in alleanza con le direzioni aziendali, «lo specialista di laboratorio deve legittimarsi nei confronti dei clinici» che devono poter percepire un valore tangibile nella gestione dei malati di questa nuova forma di collaborazione.

Altro tema frequentemente associato alle azioni di governo clinico è quello del *reflex testing* che consente allo specialista di laboratorio di erogare routine diagnostiche appropriate, a fronte di un determinato quesito o di approfondire un'indagine che abbia dato risultati che lo richiedono, in modo autonomo senza aspettare un'ulteriore richiesta da parte del prescrittore. Se i professionisti di laboratorio segnalano l'utilità immediata per il paziente e per il clinico che gestisce il caso, le direzioni aziendali evidenziano lo scoglio amministrativo collegato alle procedure di prescrizione e tariffazione e la necessità di bilanciare la discrezionalità di approfondimenti riconosciuta allo specialista con la so-

stenibilità economica del *mix* medio di prestazione per singolo paziente.

3.6. Ricerca e formazione

Nella convinzione che i professionisti che contemporaneamente svolgono attività clinica, di ricerca e formazione non solo mantengano livelli motivazionali più alti, ma raggiungano anche delle performance assistenziali migliori, le Regioni più mature del Ssn sono orientate a coinvolgere tutti i clinici su ognuno dei tre fronti, a prescindere delle caratteristiche aziendali. I professionisti di laboratorio detengono alcuni vantaggi competitivi per svilupparsi in questa direzione: (a) i processi di lavoro sono largamente automatizzati, potendosi concentrare sulla componente più *brain intensive*; (b) il laboratorio dispone di ricchissime basi di dati su cui è possibile lavorare; (c) la crisi delle vocazioni richiede un investimento nella formazione dei giovani; (d) sviluppare la funzione di governo clinico e di riprogettazione organizzativa richiede di sviluppare competenze in questi campi, anche per valorizzare le evidenze quantitative disponibili. Questione ampiamente condivisa dagli intervistati è relativa alla riformulazione del percorso di formazione dello specialista di laboratorio.

4. Conclusioni

I professionisti di laboratorio sono, quindi, interessati da diversi fenomeni di cambiamento. Alcuni di questi riguardano prima i servizi in cui lavorano e, solo indirettamente, i professionisti: per esempio, l'automazione, la crescente centralità dei test di laboratorio in medicina, la territorializzazione dei servizi sanitari, l'accentramento funzionale nel Ssn sono fenomeni ambientali che, in larga misura, prescindono dalle azioni della comunità professionale e sono da essa subiti. Assumendo una posizione teorica detta del «determinismo tecnologico» (Smith, Marx, 1994) si potrebbe dire che questi fenomeni siano il *driver* principale dei cambiamenti che hanno subito i professionisti di laboratorio. Ma, soprattutto in contesti complessi come quelli professionali, le azioni collettive dei gruppi professionali o di segmenti interni a questi gruppi professionali sono importantissime nel determinare i risultati del proces-

so di cambiamento. L'evoluzione del ruolo dei professionisti di laboratorio non è determinata prevalentemente in modo esogeno dalle dinamiche ambientali che interessano le unità organizzative in cui questi professionisti lavorano ma è, piuttosto, conseguenza diretta delle azioni della comunità professionale in senso lato e dei suoi segmenti all'interno delle dinamiche ambientali. Sebbene le sorti dei servizi di laboratorio siano distinte da quella degli specialisti di laboratorio, esse sono intimamente legate. I contenuti e le forme di organizzazione dei servizi definiscono i confini del sapere disciplinare in misura maggiore per branche del sapere che operano con materiale biologico piuttosto che con il paziente. Le innovazioni attese sono sempre maggiormente collegate all'evoluzione della tecnologia e alla capacità predittiva degli esiti analitici. Questo elemento distingue in modo unico sia la popolazione degli specialisti di laboratorio sia il contenuto del loro «mestiere». Contenuto disciplinare e pratiche professionali all'interno delle strutture di diagnostica di laboratorio sono in connessione profonda e di reciproca interdipendenza.

4.1. Altre famiglie professionali interessate da fenomeni simili

Può essere utile proporre alcuni confronti con i processi di trasformazione degli scenari organizzativi di riferimento che stanno vivendo altre famiglie professionali del Ssn, in qualche modo sovrapponibili a quelli dei professionisti di laboratorio, per riflettere su come la scelta collettiva della categoria professionale possa influenzare significativamente il loro futuro ruolo svolto nel sistema.

La radiologia, per esempio, è un'altra specialità medica di servizio che, sebbene condivida con la medicina di laboratorio l'enorme sviluppo tecnologico e lo scarso contatto col paziente, offre oggi ai giovani medici soddisfazioni economiche e professionali molto maggiori. Al contrario dei radiologi, gli specialisti di laboratorio hanno spesso gestito direttamente la tecnologia anziché lasciarla completamente ai tecnici. Inoltre, i laboratoristi hanno investito molto sugli aspetti gestionali, diventando probabilmente nel sistema sanitario italiano i pionieri dei sistemi di gestione della qualità, del *benchmarking*, dell'informatizzazione e del con-

trollo di gestione. È interessante notare come l'esistenza di criteri «esatti» e oggettivi per la valutazione dell'applicazione dell'operato renda efficaci meccanismi di controllo delle procedure o dei risultati e, quindi, inefficiente il controllo esercitato attraverso la forma organizzativa del professionalismo (Freidson, 2001) rispetto a forme di controllo più semplici (Salvatore, 2006).

Anche i farmacisti delle aziende territoriali e ospedaliere non vedono i pazienti, non sono medici e fungono da vincolo esterno all'autonomia prescrittiva dei clinici. In molte aziende del Ssn hanno, però, saputo ritagliarsi un ruolo forte di governo clinico (per esempio con gli ospedalieri per la regolazione dei consumi dei *device* medici o con i Mmg per i farmaci) perché hanno costruito una alleanza con le direzioni aziendali, dimostrandosi efficaci nel governo clinico, coerentemente agli obiettivi aziendali.

L'oncologia ha avuto una rilevante trasformazione organizzativa, perché il significativo incremento della speranza di vita ha imposto la genesi e lo sviluppo di reti assistenziali lunghe, che partono dall'ospedale *hub*, intersecano con le medicine degli ospedali di prossimità, proseguono nei servizi ambulatoriali e nelle cure domiciliari. Molti oncologi si sono resi protagonisti del disegno e del governo dello sviluppo organizzativo delle reti, ritenendo la loro configurazione e il loro funzionamento parte decisiva delle determinanti di cura. È importante notare come le reti oncologiche siano oggi molto distanti, in alcune loro componenti, dal *setting* ospedaliero, che costituisce il perimetro iniziale della professione. Costruendo la rete, fisiologicamente ci si trova successivamente in posizione pivotale di *leadership* rispetto al suo funzionamento e governo, anche se magari non si agisce direttamente in molti nodi della rete medesima.

La nefrologia condivide con la diagnostica di laboratorio la centralità della tecnologia nelle proprie routine: come i servizi di laboratorio sono baricentrati sulle tecnologie, così la dialisi, attività *core* nel portafoglio nefrologico, è una prestazione *technology intensive*. Comune è la percezione che tale fenomeno possa «oscurare» il sapere della disciplina riducendo la qualità della prestazione alle performance di funzionamento delle macchine. Per entrambe

le discipline si tratta di un tratto endemico e irrinunciabile (la nefrologia nasce grazie ai trattamenti sostitutivi della funzionalità renale) che, nel caso della nefrologia, stimola riflessioni in merito alla tutela e allo sviluppo del sapere distintivo in un momento storico in cui le scelte sulla e della tecnologia non sono più ascrivibili al nefrologo (Dal Canton, Del Vecchio, 2009).

4.2. Le scelte strategiche dei professionisti di laboratorio

Secondo gli intervistati, «la percezione che, per lavorare in laboratorio, basti saper pigiare un bottone è infondata». Perché allora, seppure offrendo risposte diverse, nessuno degli intervistati si è scandalizzato quando gli è stata posta la domanda «ritiene che i professionisti di laboratorio siano destinati a una graduale estinzione?».

Le trasformazioni organizzative in corso sono molteplici, in direzioni opposte e tutte molto profonde. I professionisti di laboratorio hanno le competenze e un ruolo formale che potrebbe portarli a diventare co-protagonisti nella trasformazione della geografia e delle caratteristiche dei servizi diagnostici, garantendo loro un ambito di sviluppo nel ruolo professionale e aziendale. All'opposto possono limitarsi a governare solo ciò che si muove nel perimetro più stretto dei laboratori, ritagliandosi un ruolo meno centrale nella trasformazione dei modelli organizzativi e di servizio. Governare il processo di ristrutturazione è un meccanismo potenzialmente rilevante di *empowerment* professionale laddove, invece, forme di resistenza, non possono che rappresentare un processo di marginalizzazione nella geografia aziendale.

Poter rivestire un ruolo da protagonista nella riorganizzazione impone, innanzitutto, ai professionisti di laboratorio di rendere visibili le loro competenze cliniche, tecnologiche, organizzative, dovendo mostrare le specificità delle soluzioni apportate e il valore generato per l'azienda. Anche rimanendo nel perimetro stretto dei confini del laboratorio, per rilanciare il ruolo della professione è necessario mostrare le competenze di scelta e gestione delle tecnologie e organizzazione dei processi produttivi, che evidentemente, non sono tutti uguali, né dal punto di vista dell'efficienza, né dell'efficacia.

Il ruolo di consulente dei clinici è l'espressione più alta della missione del laboratorista (Bucher, 1962) e rappresenta una strada da percorrere per rendere visibile il valore aggiunto dei professionisti di laboratorio. Il tema del «rilancio» sulla clinica per gli specialisti di laboratorio si associa a due questioni. La possibilità di svolgere il ruolo di consulente clinico presuppone che vi sia una domanda di queste competenze nei confronti degli specialisti di laboratorio. Una simile domanda può essere alimentata da specifiche azioni che rendano visibili tali competenze tra comunità professionali. L'altra questione è associata al fatto che una strategia di questo genere ha bisogno di una qualche regia da parte della comunità (per esempio, selezionando le «alleanze» più efficaci tra le diverse comunità di specialisti, sviluppando studi specifici e valutando adeguate forme di divulgazione). In questa prospettiva, appaiono deboli le comunità degli specialisti di laboratorio che, pur condividendo servizi e responsabilità organizzative, non riescono a identificarsi in unitarie forme di aggregazione di interessi quali le società scientifiche.

Un altro modo per valorizzare le proprie competenze cliniche e organizzative è quello di contribuire al governo clinico nel Ssn. Si tratta di un ruolo molto difficile in sanità perché strutturalmente destinato a confrontarsi con l'autonomia clinica dei colleghi ma che, se svolto correttamente, può essere molto apprezzato da quegli stessi colleghi le cui scelte cliniche si supportano. Come nella prospettiva di ruolo illustrata in precedenza, le azioni di governo clinico non si sviluppano al «chiuso» del laboratorio ma prevedono forme di «apertura all'esterno» nei confronti sia del *top management* delle aziende sanitarie sia delle altre coorti professionali. Si tratta di ruoli «di relazione». Quello di governo clinico così come di consulente per il clinico, nel mondo medico necessita di forme di legittimazione che passano attraverso il rafforzamento della visibilità scientifica: ricerche, studi osservazionali, linee-guida sono solo alcuni degli strumenti che rendono visibile il sapere. Se i laboratoristi qualificassero maggiormente il proprio ruolo di consulenti dei clinici e di attori protagonisti delle iniziative di governo clinico (in collaborazione con altri soggetti quali le direzioni sanitarie e di dipartimento) non è detto che la posta-

zione dalla quale esercitare questa funzione debba rimanere in prevalenza il laboratorio. È possibile immaginare uno specialista che in laboratorio resti solo il tempo necessario a fare consulenza ai tecnici sulle metodiche da adottare, i test da offrire e sulla qualità dei processi analitici e pre-analitici e, invece, trascorra una parte rilevante della sua giornata lavorativa nei reparti ospedalieri e negli ambulatori territoriali a interagire con i clinici.

A causa della complessità insita nella funzione di supporto alla pratica e di governo clinico, alcune famiglie professionali, che pure ne avrebbero la titolarità e la capacità, la ricoprono poco: si pensi ai medici di organizzazione dei servizi territoriali. Altre famiglie professionali, in particolare i farmacisti, hanno invece saputo cogliere questo fabbisogno di governo del Ssn, sviluppando delle competenze e delle prassi. Laddove questo è avvenuto, ha dato loro un nuovo contenuto di ruolo e una diversa collocazione nella geografia professionale dell'azienda di riferimento. I crescenti vincoli finanziari che impongono un'allocazione delle risorse sempre più appropriata ed efficace e lo sviluppo delle patologie croniche, con prevalenze tra il 35-40% e incidenza sui consumi sanitari del 70-80%, impongono lo sviluppo di strutture logiche di governo clinico, di rispetto di PDTA, di processi di controllo dei protocolli definiti dai sistemi sanitari. L'esigenza stringente per i sistemi sanitari di costruire e rendere operativi strumenti di governo clinico può individuare nei professionisti di laboratorio i naturali attori protagonisti, capaci di contribuire non solo alla progettazione dei percorsi diagnostici, ma più in generale di quelli di accesso ai servizi e di cura. Il laboratorio, in questa direzione, detiene il grande vantaggio di disporre di solide e ampie banche dati sui consumi sanitari e sugli esiti clinici, che permettono sia di definire i PDTA *ex ante*, sia di controllarli *ex post*. È un ruolo cruciale nei sistemi sanitari, che sarà occupato da coloro che lo riterranno occasione di sviluppo professionale e di contributo al governo del sistema.

Un altro aspetto critico per i sistemi è la grande trasformazione dell'organizzazione e della geografia dei servizi. A questo proposito, è rilevante decidere i luoghi in cui collocare i laboratori e la loro distanza dai *setting* dove i clinici esercitano il proprio lavoro. La

citata territorializzazione dell'attività sanitaria richiede modi diversi di relazione con i clinici, e un laboratorio integrato all'interno di ogni reparto oggi non è certamente sostenibile, a causa dell'evoluzione tecnologica e organizzativa. La diffusione di nuove tecnologie di *point of care testing*, che permettono di decentrare alcuni esami grazie a piccoli strumenti utilizzabili in reparto, al letto del malato, o sul territorio, nelle farmacie e negli ambulatori, richiede di ridefinire i compiti dei medici di laboratorio, i meccanismi di accesso ai servizi e di refertazione, le procedure di controllo di qualità e sicurezza, i processi di *knowledge management* per gli operatori. In altri termini, si tratta di accompagnare lo sviluppo infrastrutturale dei servizi e di reingegnerizzare i processi di *front e back office* per gli utenti e per gli operatori.

Lo sviluppo tecnologico sarà sempre più differenziato a causa delle variabilità rispetto a quattro condizioni fondamentali del settore: (a) i differenti tassi di accentramento e concentrazione dei laboratori e le relative tecniche compensative di decentramento tra le diverse aziende del Ssn; (b) il tasso di specializzazione di alcune funzioni innovative; (c) la variabilità della geografia dei *setting* assistenziali in funzione della *mission* dell'azienda sanitaria di riferimento; (d) le modalità di acquisizione e finanziamento delle tecnologie a fronte della crisi economica che subiscono i sistemi di *welfare*. Il combinato disposto di questi elementi rende il governo della variabile tecnologica una funzione complessa, che richiede costante aggiornamento e sviluppo di competenze, che devono essere rese visibili e valorizzate agli occhi del management aziendale e degli *stakeholder* istituzionali.

L'integrazione tra clinica, ricerca e didattica richiede, a sua volta, uno sviluppo delle competenze e della prassi professionale, che potrebbe trarre grande profitto dalla maggiore circolazione possibile di esperienze e di saperi, favoriti dalla costruzione di reti di *knowledge transfer* tra laboratori, favorendo anche la compattazione della categoria e l'emergere di elementi di sintesi culturale e di *policy* della professione. La messa a fuoco di questo fabbisogno e la consapevolezza del potenziale di lavoro disponibile costituiscono un'altra importante occasione per sviluppare il ruolo dei professionisti di

laboratorio. Nel campo della ricerca e della formazione, in questo settore, esiste, inoltre, una più facile possibilità di lavorare in rete, confrontandosi su dati e modelli tecnologici o di servizio: questo richiede, però, di superare frammentazioni culturali o di rappresentanza. In merito ai percorsi formativi che danno accesso alla professione, occorre dirimere alcune questioni chiave: quali saranno i saperi distintivi che caratterizzeranno i medici di laboratorio, i chimici e i biologi? Le innumerevoli organizzazioni del lavoro esperite all'interno delle Regioni italiane testimoniano una confusione tra i saperi delle comunità percepita da numerosi portatori di interesse (clinici, manager, ecc.). Se la pratica confonde i saperi, ha senso che esistano percorsi formativi distinti in uno scenario di riduzione demografica delle professioni e delle vocazioni per le specialità che toccano la diagnostica di laboratorio? L'impressione che si percepisce è quella di una «arresa» alle soluzioni che il caso e le contingenze istituzionali produrranno nei diversi contesti istituzionali.

Dalle riflessioni proposte emerge che diversi ed eterogenei tra di loro sono i ruoli che potenzialmente potrebbero caratterizzare i professionisti di laboratorio in futuro: clinici o consulenti clinici; selezionatori e gestori di tecnologie; organizzatori di servizi diffusi in rete; responsabili di governo clinico; ricercatori e formatori. Difficilmente tutti i ruoli possono essere esercitati con uguale intensità, rilevanza e perseveranza. Probabilmente ogni attore locale può privilegiare un suo posizionamento specifico, definendo un proprio *mix* individuale nel portafoglio dei ruoli possibili, in base alle esigenze locali, alla sua storia e alle sue vocazioni e competenze. Ma la categoria nel complesso deve progressivamente disegnare un ruolo di riferimento e attivare i processi collettivi necessari per identificarlo, diffonderlo e praticarlo. Si tratta di definire una strategia professionale di medio-lungo periodo per la categoria. Nell'esercizio dei ruoli non sono rilevanti le dichiarazioni programmatiche o di principio, ma contano esclusivamente i posizionamenti effettivi esercitati e resi visibili agli occhi degli altri *stakeholder*.

La ricchezza dei ruoli proposti rende difficile che essi siano svolti contemporaneamente da tutti i professionisti di laborato-

rio, mentre è più probabile che essi attivino processi di specializzazione dentro le singole *équipe* professionali di laboratorio. Per esempio, alcuni colleghi possono occuparsi maggiormente di tecnologie, altri di governo clinico, altri di organizzazione, contribuendo nel complesso alla ricchezza di ruolo dei professionisti di laboratorio. Come svolgere contemporaneamente questi ruoli, quali competenze sviluppare e quali impatti sono possibili costituisce sicuramente un rilevante filone di ricerca futura.

4.3. L'azione collettiva dei professionisti di laboratorio

Alla luce delle considerazioni fatte circa il ruolo che i professionisti di laboratorio potrebbero ricoprire e delle esperienze mutuabili da altre categorie di professionisti in sanità, possono sorgere importanti riflessioni conclusive. A parere degli autori, il presidio delle conoscenze che decretano la buona qualità dei servizi di diagnostica di laboratorio è una questione di interesse collettivo e non solo dell'arena professionale che con tali conoscenze si identifica; essa gioca un ruolo fondamentale nelle spinte all'innovazione e nelle azioni di manutenzione in ambienti e momenti storici in trasformazione come quelli attuali. Sviluppare strategie di crescita professionale, come per esempio formare giovani professionisti e gestire l'accesso e le «credenziali» a una professione che sta modificando i suoi contenuti di lavoro, alimentare la domanda di competenze di diagnostica di laboratorio nel sistema anche attraverso le relazioni con altre comunità, rafforzare la matrice disciplinare, può essere un'azione deliberata o casuale. Nel primo caso, la collettività dei professionisti di laboratorio produce una visione di lungo periodo in risposta ai moti di cambiamento che la stanno attraversando; nel secondo, sono le contingenze dei piccoli gruppi (*élite*) che produrranno fenomeni di cambiamento su base tendenzialmente locale. I professionisti di laboratorio, negli ultimi trent'anni, non sembrano essere stati in grado di agire in modo collettivo, come comunità o come segmenti interni a una comunità. Rispetto alle caratteristiche idealtipiche che possiede una professione, l'eterogeneità dei percorsi formativi indebolisce il controllo sociale reciproco tipico dell'or-

ganizzazione basata sul professionalismo (Freidson, 2001). Il fatto che medici, biologi e chimici non abbiano un lungo percorso formativo comune e che siano quasi quotidianamente interdipendenti con i tecnici e con i clinici, rende difficile la creazione di una rete di relazioni tra specialisti di laboratorio densa e chiusa verso l'esterno. Questa chiusura e un processo forte di socializzazione durante la formazione aiuterebbero molto la formazione di un solido controllo sociale interno alla comunità professionale e, conseguentemente, l'azione collettiva espressione di tale comunità.

Difficile distinguere, oggi se il progressivo allontanamento dalla clinica sia stato causa o conseguenza di un differenziale di *status* con gli altri medici. È verosimile, però, che questo differenziale di *status* abbia alimentato un diffuso comportamento di «chiusura nei laboratori» che, implicitamente, ha permesso a molti di sottrarsi al confronto su contenuti clinici con i medici di altre specialità. Questo posizionamento di ruolo può essere invertito. A questo proposito, la citata automazione è molto forte su alcune specializzazioni di laboratorio e meno su altre più nuove, prima fra tutte la genetica, che rappresenta quindi un ambito naturale di recupero di centralità clinica.

L'evoluzione futura della professione si giocherà probabilmente molto sulla capacità di far percepire al sistema la centralità della competenza clinica del laboratorio, che può essere ampiamente rilanciata, soprattutto con l'incremento dei servizi territoriali, a minor tasso di specializzazione dei professionisti operanti (Mmg, medici delle cure intermedie, infermieri), e maggiore necessità dei meccanismi di consulto e supporto.

A fronte delle trasformazioni in atto, sembrano mancare luoghi di elaborazione di strategie esplicite per le specialità che trovano attualmente spazio nei laboratori di diagnostica. Un tratto distintivo dell'eterogenea famiglia degli specialisti di laboratorio è quello di operare all'interno delle medesime strutture organizzative (medici di laboratorio, chimici, biologi fanno parte della medesima *équipe*) e di non aggregarsi in istituzioni scientifiche che ne rappresentino interessi unitari. In questo contesto, appare naturale che la necessità di ricostruire una visione unitaria sulle prospettive di svilup-

po dei servizi nei quali si opera si esprima in luoghi di confronto che non sono quelli tradizionali delle comunità scientifiche. Dalle interviste emerge una «diagnosi condivisa e non comunizzata» sulle difficoltà che le discipline e i professionisti di laboratorio stanno vivendo, diagnosi che fatica a essere elaborata in seno a tutte le partizioni professionali che popolano i servizi di diagnostica di laboratorio e non alimenta dinamiche collaborative. La condivisione delle criticità che molteplici voci esprimono potrebbe essere la premessa concettuale alla formulazione di strategie «attive» e non subite o casuali, per salvaguardare quella parte di attività che fanno la qualità delle prestazioni di diagnostica in vitro. Il tema del posizionamento strategico sta occupando l'agenda di più comunità professionali, per esempio la nefrologia (Dal Canton, Del Vecchio) che, partendo da presupposti differenti rispetto alla specialistica di laboratorio, ne condivide però i cambiamenti di ambiente (si pensi alle innovazioni

istituzionali introdotte dalle Regioni in sanità).

Note

1. La ricerca commissionata agli autori ha avuto finalità esclusivamente scientifiche e non è stato chiesto agli autori di raccogliere o fornire al committente nessuna informazione direttamente utilizzabile per attività di *marketing*. I dati raccolti sono stati trattati solo dagli autori dell'articolo e non trasferiti in nessun modo al committente che ne è entrato in possesso solo nella versione aggregata da cui è tratto questo articolo.
2. Tutte le interviste sono state condotte nel 2011.
3. Nell'ultimo dei cicli di interviste telefoniche non è stato possibile intervistare un componente del *panel* che non era disponibile nel periodo programmato per le interviste. Durante i tre incontri dal vivo del *panel* la presenza media è stata di cinque componenti su sette a causa di indisponibilità a partecipare all'incontro in alcuni casi. Tutti i componenti hanno partecipato ad almeno due incontri su tre.
4. Le scalette utilizzate nelle interviste sono disponibili contattando gli autori.
5. La comunità professionale condivide orientamenti, valori e interessi distintivi della pratica agita (Goode, 1957).

B I B L I O G R A F I A

- ABBOTT A. (1988), *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, University of Chicago Press, Chicago.
- ABBOTT A. (1991), «The Order of Professionalization - an Empirical-Analysis», *Work and Occupations*, vol. 18 (4), pp. 355-384.
- ADAMS T.L. (2004), «Inter-professional conflict and professionalization: dentistry and dental hygiene in Ontario», *Social science & medicine*, vol. 58 (11), pp. 2243-2252.
- AMATUCCI F., MELE S. (2012), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento*, Egea, Milano.
- BAER H.A. (1984), «The drive for professionalization in British osteopathy», *Social science & medicine*, vol. 19(7), pp. 717-725.
- BARBIERI M., FILANNINO C., LONGO F., TOZZI V. (2005), «alla ricerca del governo clinico: esperienze a confronto» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- BUCHER R. (1962), «Pathology: a study of social movements within a profession», *Social Problems*, 10, pp. 40-51.
- BUCHER R., STRAUSS A. (1961), «Professions in Process», *American Journal of Sociology*, vol. 66 (4), pp. 325-334.
- BUGLIONE E., FRANCE G., LIBERATI P. (2001), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali: quattro paesi, quattro approcci*, Giuffrè, Milano.
- COBURN D. (1988), «The development of Canadian nursing: professionalization and proletarianization», *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, vol. 18 (3), pp. 437-456.
- CROOK R.K. (1965), «Professionalization of the nursing role», *The Canadian nurse*, 61(9), pp. 731-733.
- DIRINDIN N., PAGANO E. (2001), *Governare il federalismo: le sfide per la sanità*, Il pensiero scientifico, Roma.
- FERRÉ F., RICCI A. (2011), «La struttura del SSN» in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- FREIDSON E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- FREIDSON E. (2001), *Professionalism: The third logic*, University of Chicago Press, Chicago.
- GOODE W.J. (1957), «Community within a community: the professions», *American sociological review*, XXII, pp. 194-200.
- HAUG M.R. (1988), «A re-examination of the hypothesis of deprofessionalisation», *The Milbank Quarterly*, vol. 66 (suppl. 2), pp. 48-56.
- KELNER M., WELLMAN B., BOON H., WELSH S. (2004), «Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario», *Social science & medicine*, vol. 59 (5), pp. 915-930.
- KENNY D., ADAMSON B. (1992), «Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority», *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, vol. 15 (3), pp. 319-334.
- LIGHT D.W. (1991), «Professionalism as a countervailing power», *Journal of health politics, policy and law*, vol. 16 (3), pp. 499-506.
- LIGHT D.W., LEVINE S. (1988), «The changing character of the medical profession: a theoretical overview», *The Milbank Quarterly*, vol. 66 (Supplement 2), pp. 10-32.
- MARIANI P., DATA G. (2011), *Outsourcing per e con la sanità pubblica. Rapporti tra settore pubblico e privato*, FrancoAngeli, Milano.
- MCKENDRY R., LANGFORD T. (2001), «Legalized, regulated, but unfunded: midwifery's laborious professionalization in Alberta, Canada, 1975-99», *Social science & medicine*, vol. 53 (4), pp. 531-542.
- SALVATORE D. (2006), *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, Edizioni Albano, Napoli.
- SEARLE M. (1984), «The professionalization of anesthesiology - Again», *Social science & medicine*, vol. 18(4), pp. 323-327.
- SMITH M.R., MARX L. (1994), *Does Technology Drive History?: The Dilemma of Technological Determinism*, MIT Press, Boston.
- TOUSIJN W. (2002), «Medical dominance in Italy: a partial decline», *Social Science & Medicine*, vol. 55 (5), pp. 733-741.
- TOZZI V. (2008), «Confronto tra PDTA: il caso del carcinoma del colon retto», *Mecosan*, vol. 17 (67), pp. 21-38.
- WILENSKY H.L. (1964), «The Professionalization of Everyone?», *American Journal of Sociology*, vol. 70 (2), p. 137.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

L'evoluzione dell'accountability nel sistema sanitario italiano: quale ruolo per i controlli?

ELISABETTA REGINATO, CLAUDIA NONNIS

Within accountability relationships, internal control system can be used by the principal to reward or punish the agent's behaviour. NPM reforms introduced managerial accountability which requires the modernisation of internal control systems. To this end the European Commission has developed a reference model for the public sector: Public Internal Financial Control - PI_{FC}. The paper aims at contributing to the relevant debate on the usefulness of internal control systems and on their possible relationships with accountability. In particular the research, through an explorative approach, inquires whether, at the normative level, in the Italian health care sector the evolution of the internal control and of the sanction/reward systems corresponds to a higher degree of accountability.

Keywords: internal control, accountability, health care sector, PI_{FC}

Parole chiave: controllo interno, accountability, settore sanitario, PI_{FC}

Note sugli autori

Elisabetta Reginato è ricercatore di Economia Aziendale, presso il Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali dell'Università degli Studi di Cagliari, reginato@unica.it

Claudia Nonnis è ricercatore borsista, POR FSE Sardegna 2007-2013 L.R.7/2007, Regione Autonoma della Sardegna, clanonnis@tiscali.it

Attribuzione

L'articolo è il risultato del lavoro comune degli autori che ne condividono l'impostazione. In termini più specifici tuttavia, i §§ 1, 2, 3 e 6 sono di Elisabetta Reginato, i §§ 4 e 5 sono di Claudia Nonnis

1. Introduzione

Nel settore pubblico l'*accountability*, che nella sua accezione più ampia può essere intesa come l'esigenza di rendere conto dell'azione svolta in relazione alle responsabilità assunte, si presenta come uno dei fenomeni più poliedrici e allo stesso tempo più analizzati dalla letteratura (Mulgan, 2000; Pavan, Reginato, 2005; Pezzani, 2005; Stewart, 1984; Sinclair, 1995; Gruppo di studio e attenzione AIDEA, 2008). Il suo significato e i suoi contenuti sono stati modificati anche a seguito delle riforme in tema di *New Public Management* – NPM – (Barzeley, 2001; Hood, 1995; Pollit, Bouckaert, 2004); essa, infatti, non viene più intesa nel senso di rispetto formale delle regole e delle procedure – *accountability* contabile –, ma come necessità di rendere conto in maniera trasparente ed esaustiva delle modalità di impiego delle risorse assegnate e dei risultati raggiunti – *accountability* manageriale.

L'affermarsi di queste nuove modalità di rendicontazione comporta l'esigenza di ridisegnare i tradizionali sistemi di controllo che, nell'ambito delle relazioni di *accountability*, possono intendersi come strumento di riscontro a disposizione del principale per premiare o sanzionare le condotte dell'agente. Tali sistemi, infatti, basati essenzialmente sui controlli preventivi di legittimità, non prestano alcuna attenzione all'efficienza e all'efficacia dell'azione amministrativa (Sterck, Bouckaert, 2006; Del Vecchio, 2001). A conferma del crescente interesse per la modernizzazione dei sistemi di controllo della pubblica amministrazione in un'ottica di maggiore *accountability*, l'Unione europea ha sviluppato un modello di riferimento per

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Quesiti e metodologia della ricerca
3. L'*accountability* in sanità
4. L'evoluzione dell'*accountability*, dei controlli e del sistema sanzionatorio/premiante nel settore sanitario italiano
5. Il PI_{FC} quale modello di controllo di riferimento per il settore sanitario
6. Conclusioni

il settore pubblico: il *Public Internal Financial Control - PI/C*. Tale modello sancisce un'implicita relazione positiva tra il sistema dei controlli e l'*accountability* manageriale (De Koning, 2007).

La presente ricerca intende offrire un contributo al dibattito sul ruolo assunto dai sistemi di controllo nell'ambito delle relazioni e dei processi di *accountability*. A tal fine, lo studio si concentra sul settore sanitario che riveste un ruolo di grande importanza nei Paesi a economia avanzata per il suo impatto sia sulla qualità della vita, sia sulle finanze dei Paesi stessi. Nello specifico, oggetto di analisi è il sistema sanitario italiano che è stato uno dei primi in questo Paese a essere interessato dal processo di riforma e di ammodernamento del settore pubblico (Braganti, Persiani, 2002), definito con il termine «aziendalizzazione» (Anselmi, 2003; Borgonovi, 2005).

La trattazione sarà articolata come segue. Nel paragrafo successivo si esplicheranno i quesiti di ricerca e la relativa metodologia di indagine. Il terzo e il quarto paragrafo analizzeranno, rispettivamente, il significato attribuito al concetto di *accountability* in sanità e, con riferimento al caso italiano, la sua evoluzione normativa insieme a quella dei controlli e del sistema sanzionatorio/premiante. Nel quinto paragrafo il modello PI/C, assunto quale *framework* di riferimento, verrà esaminato nei suoi elementi chiave in relazione all'*accountability* e posto a confronto, al fine di valutarne la coerenza, con il modello di controllo del settore sanitario delineato dalla normativa vigente in Italia. Infine, nell'ultimo paragrafo verranno esposti i risultati dell'analisi condotta e si trarranno le relative conclusioni.

2. Quesiti e metodologia della ricerca

Come anticipato, l'articolo si propone, attraverso un approccio esplorativo, di offrire un contributo al dibattito sul ruolo assunto dai sistemi di controllo e sulle loro possibili relazioni con i processi di *accountability*. A tal fine, si analizza il settore sanitario che, nell'ambito del comparto pubblico in generale, è esposto più di ogni altro al rapporto diretto con una pluralità di *stakeholder* verso i quali diventa essenziale dimostrare i risultati dell'azione condotta. Nello speci-

fico, oggetto di analisi è il settore sanitario italiano che costituisce un caso di studio interessante in virtù della complessità delle relazioni di *accountability*, dovuta alle modifiche dell'assetto istituzionale introdotte dalle diverse riforme, e della presenza di un sistema sanzionatorio/premiante che rappresenta un elemento fondamentale ai fini della valutazione dell'efficacia dei meccanismi di «resa del conto».

L'obiettivo conoscitivo generale dello studio può poi essere meglio articolato in sub-obiettivi di ricerca:

1) evidenziare l'evoluzione normativa delle relazioni di *accountability* e delle modalità di realizzazione delle stesse – codici *accountability* – tra i diversi livelli di governo del sistema sanitario italiano;

2) identificare quali elementi che caratterizzano i componenti del PI/C sono più immediatamente correlati all'*accountability* e verificarne la coerenza con il modello di controllo nel settore sanitario delineato dalla normativa vigente in Italia;

3) indagare se, dal punto di vista normativo, all'evoluzione del sistema dei controlli e di quello sanzionatorio/premiante corrisponda un miglior livello di *accountability* nel settore sanitario.

Per rispondere ai diversi quesiti, verrà dapprima analizzata la letteratura in tema di *accountability* nel settore pubblico in generale e in quello sanitario in particolare. Successivamente verrà considerato, attraverso un'analisi longitudinale della normativa, il processo di riforma che ha condotto all'attuale assetto istituzionale del sistema sanitario italiano. Tale assetto costituisce la base sulla quale vanno a collocarsi i processi decisionali aziendali e la sua analisi sistematica può costituire un valido punto di partenza per individuare su quali aspetti occorre fare leva per promuovere un'effettiva cultura dell'*accountability* e dei controlli.

Si precisa poi che, nella ricerca condotta, con l'espressione «modello di controllo interno del settore sanitario» si intende: l'insieme degli strumenti e delle attività, posti in essere all'interno dei vari livelli di governo del sistema sanitario – aziende sanitarie, Regioni e Ministero della salute –, attraverso i quali il sistema stesso si autocontrolla e

fornisce una ragionevole assicurazione che siano raggiunti diversi obiettivi, tra cui la soddisfazione degli obblighi di *accountability*. Al fine di sistematizzare l'insieme delle previsioni normative che concorrono a delineare il suddetto modello di controllo è stato assunto quale *framework* di riferimento il PI/C, che verrà esaminato nei suoi componenti chiave. Nell'ambito di questi ultimi, saranno considerati solo gli elementi più immediatamente correlati all'*accountability*. Il PI/C, elaborato dalla Commissione europea – Ue – nella seconda metà degli anni novanta, rappresenta il modello di riferimento per il processo di ammodernamento dei sistemi di controllo interno del settore pubblico delle nazioni che vogliono entrare a far parte della Ue (De Koning, 2007; Cohen, 2007). Vista la sua validità, diversi Paesi tra cui la Francia, l'Austria, il Belgio e l'Olanda, seppure già stati membri, hanno scelto di conformarsi ai principi cui esso si ispira e di adottare gli strumenti che lo caratterizzano (AIIA - Ernest & Young, 2008). Detto modello include allo stesso tempo i principi del controllo interno – *internal control* – e della revisione interna – *internal audit* – e parte dal presupposto che, qualora un governo intenda raggiungere migliori livelli di *accountability* manageriale e di trasparenza, debba innanzitutto analizzare il sistema di controllo interno in essere e confrontarlo con i principali standard internazionali, quali quelli dell'*International Organization of Supreme Audit Institution - INTOSAI* e dell'*Institute of Internal Auditors - IIA* (De Koning, 2007, p. 23). Come affermato da Jones (2008) infatti: «il controllo interno è uno dei più importanti meccanismi per realizzare l'*accountability* e mette le organizzazioni nella condizione di poter monitorare in modo costante le loro operazioni».

Nel modello PI/C sono compresi, oltre a quelli che più comunemente possono essere definiti strumenti di controllo, altri elementi che coprono tutti i diversi aspetti dell'area amministrativa (Troupin *et al.*, 2010), quali per esempio l'attenzione all'integrità, ai valori etici e alle competenze professionali. Definire, dunque, un modello di controllo in ambito sanitario italiano da confrontare con quello internazionale comporta condurre un'analisi documentale, oltre che sulle disposizioni legislative in tema di controlli, anche su altri provvedimenti ritenuti rilevan-

ti. In particolare si procederà a identificare, nell'ambito dei suddetti provvedimenti, gli elementi del controllo interno che verranno poi ricondotti a una tassonomia derivante dal PI/C, al fine verificare fino a che punto concetti e strumenti nei due modelli coincidono.

3. L'*accountability* in sanità

La letteratura è ricca di contributi alla definizione del concetto di *accountability* che assume accezioni e significati diversi a seconda del contesto e del tipo di rapporto cui si riferisce (Stewart, 1984; Sinclair, 1995; Mulgan, 2000). In generale, una relazione di *accountability*, così come quella di agenzia (Mayston, 1993), coinvolge due parti: un principale – *accountee* – che delega i poteri e i compiti da svolgere, mette a disposizione le risorse necessarie e stabilisce il sistema premiante e sanzionatorio; un agente – *accountor* – che si impegna a portare a termine i compiti delegati e a rendere il conto della propria condotta all'*accountee* (Mulgan, 2000). All'attività di rendicontazione segue, infine, la valutazione del principale e l'applicazione del relativo premio o della sanzione; si configura a tal proposito un vero e proprio «ciclo» di *accountability* (Steccolini, 2003).

Parlare di *accountability* implica quindi stabilire chi deve rendere conto, a chi, come, per quali azioni e risultati e, infine, la natura degli strumenti sanzionatori o premianti a disposizione del principale (Fearon, 1999; Behn, 2001). Si ritiene, infatti, che l'assenza di un adeguato sistema di incentivi e sanzioni comporti una situazione di *accountability* debole (Brinkerhoff, 2004).

L'accezione più generale di «resa del conto» trova in ambito sanitario una sua precisa declinazione nella definizione proposta da L.D. Gamm (1996) secondo cui: «l'*accountability* delle organizzazioni sanitarie può essere definita in termini di capacità delle stesse di tener conto e di rispondere alle aspettative e agli interessi della comunità politica ed economica e dei pazienti. L'*accountability* è il processo attraverso il quale i vertici della sanità perseguono gli obiettivi di efficienza, qualità e accesso alle cure, così da soddisfare interessi e aspettative dei suddetti rilevanti soggetti.» Da tale definizione deriva, in breve, che le organizzazioni della sanità sono chiamate a dare dimostrazione e

a spiegare il valore da loro creato ai diversi gruppi di portatori di interesse – *stakeholder* – che a esse legittimamente si rivolgono (AHA Board of Trustees, 1999, p. 2). In questo senso, l'*accountability* può essere qualificata quale meccanismo idoneo a rispondere alle diverse esigenze e aspettative sociali (Dubnick, 2005, p. 380).

Al fine di chiarire ancora meglio il significato del concetto di *accountability* nel settore sanitario taluni autori ne considerano gli elementi componenti, quali: le parti coinvolte nel processo di rendicontazione – *the loci* –; gli ambiti entro i quali il delegato può essere ritenuto responsabile – *the domains* –; le modalità di rendicontazione – *the procedures* (Emmanuel, Emmanuel, 1996).

Identificare le categorie di *stakeholder* nel settore sanitario è un tema di particolare delicatezza e rilevanza. Un elenco esemplificativo, che non pretende di essere esaustivo e immutabile, ricomprende i cittadini – in qualità sia di fruitori dei servizi a domanda individuale e collettiva, sia di contribuenti –, il Ministro della salute, il Parlamento, i funzionari dei governi regionali e locali, gli organi delle aziende sanitarie, le associazioni professionali, gli erogatori di prestazioni sanitarie. Gli elencati portatori di interessi risultano legati tra loro da una fitta rete di relazioni di cooperazione, controllo e rendicontazione (Brinkerhoff, 2003), dando così vita a una complessa matrice di *accountability*. Gli ambiti entro i quali una parte può essere ritenuta responsabile si distinguono in: competenza professionale; condotta legale ed etica; risultati economici e finanziari; appropriatezza ed equità di accesso al servizio; sostegno alla salute pubblica; benessere delle comunità di riferimento. Infine, le procedure di *accountability* rappresentano le modalità di rendicontazione che i soggetti delegati adottano per la divulgazione dei risultati ottenuti (Emmanuel, Emmanuel, 1996).

Il presente lavoro si concentra sui suddetti elementi; in particolare si analizzano le relazioni di *accountability* che dipendono dall'architettura del sistema sanitario, la cui capacità di assolvere la propria funzione istituzionale dipende, a sua volta, dall'efficacia del contributo proveniente da ogni singolo attore che opera al suo interno. In un contesto multi-livello quale quello sanitario, caratterizzato da un'ampia ripartizione dei poteri e

dall'autonomia dei diversi attori, un'esigenza primaria è rappresentata dalla rendicontazione reciproca tra gli stessi. Nasce allora il concetto di *accountability* inter-istituzionale (Ongaro, 2003) che comporta una precisa definizione dei soggetti coinvolti – *the loci* – delle loro responsabilità – *the domains* – e una chiara formalizzazione dei meccanismi di rendicontazione dei risultati conseguiti – *the procedures*. Tali meccanismi definiscono i fabbisogni informativi, dai quali discendono gli strumenti e i documenti di rendicontazione atti a soddisfarli – codici di *accountability* – (Gray, Jenkins 1993; Reginato, 2010), la cui evoluzione è legata anche alle riforme in tema di NPM. Tali riforme sanciscono il superamento del modello burocratico, fondato sulla logica dell'adempimento, a favore di quello economico orientato alla «cultura» del risultato. Nell'ambito del primo modello l'idea di *accountability* che emerge è quella «contabile», che focalizza l'attenzione sul rispetto formale dei documenti di previsione e verifica la conformità dei comportamenti rispetto alle procedure e alle norme di riferimento. Il sistema informativo si basa sulla contabilità finanziaria e sui controlli di legittimità. Nel modello economico, legato al processo di aziendalizzazione della pubblica amministrazione, maggiore enfasi si pone sulla responsabilità dei dirigenti e delle diverse amministrazioni sul conseguimento dei risultati e sulle risorse impiegate (Pavan, Reginato, 2005). Nasce così il codice manageriale che, con specifico riferimento al settore sanitario, fornisce informazioni su: costi, qualità, efficacia, efficienza e appropriatezza dei servizi resi e tutela del patrimonio delle aziende sanitarie. Tali informazioni sono rese possibili da un sistema informativo basato sulla contabilità economico patrimoniale e analitica, sul controllo di gestione, sui sistemi di misurazione delle performance in termini di *output* ed efficienza e su documenti contabili quali il *budget* economico, lo stato patrimoniale e il conto economico. In sanità, in particolare, tra i diversi strumenti che assicurano l'efficacia clinica e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie il più rilevante è il governo clinico – *clinical governance* – inteso come: «sistema per mezzo del quale le organizzazioni si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati

standard assistenziali attraverso la creazione di un contesto nel quale l'eccellenza clinica possa prosperare» (Sally, Donaldson, 1998). I principali elementi del governo clinico, con particolare riferimento alla qualità clinica, sono: la gestione dei rischi – *risk management* –, l'*audit* clinico e la formazione continua, dei quali si dirà più avanti.

Nell'ambito delle relazioni di *accountability* l'agente, come detto, ha il potere di gestire autonomamente le risorse umane e materiali a disposizione, cosicché il sistema di controllo interno assume particolare rilevanza dal momento che può essere inteso quale strumento a disposizione del principale per ridurre gli effetti negativi delle asimmetrie informative e per premiare e sanzionare i comportamenti dell'agente. Nel contesto della sanità pubblica si osservano forti asimmetrie informative tra gli erogatori del servizio e gli attori posti a diversi livelli che hanno il dovere di controllare. Nel concreto, questi ultimi possono trovare difficoltà nel monitorare le prestazioni dei primi che spesso controllano le informazioni necessarie (Millar, McKevitt, 2000).

4. L'evoluzione dell'*accountability*, dei controlli e del sistema sanzionatorio/premiante nel settore sanitario italiano

Con la L. 833 del 1978 il legislatore italiano istituisce il Servizio sanitario nazionale – Ssn –, definendo un modello organizzativo basato su tre distinti livelli aventi autonomi e specifici poteri: centrale; regionale; locale (Olla, Pavan, 2000). A tale ultimo livello compete l'erogazione del servizio sanitario attraverso proprie strutture operative, le Unità sanitarie locali - Usl (Borgonovi, 2008). Il Ssn rappresenta, dunque, un contesto multilivello caratterizzato da una rilevante ripartizione di compiti e responsabilità, cui si accompagna il riconoscimento di ampi margini di autonomia dei diversi soggetti operanti nel sistema (Borgonovi, 1988) e in cui le relazioni di *accountability* possono essere definite di tipo inter-istituzionale. Le suddette relazioni si caratterizzano per la loro complessità, a seguito delle modifiche dell'assetto istituzionale introdotte dalle diverse riforme che hanno coinvolto il settore sanitario italiano. Per ognuna delle tre fasi di tale processo di riforma, dal 1978 a oggi, partendo dalle

esigenze informative, verranno definiti e sintetizzati attraverso l'uso delle tabelle 1, 2 e 3, gli strumenti/documenti di rendicontazione, il sistema di controllo e quello sanzionatorio/premiante.

Nella prima fase del processo di riforma il sistema di finanziamento si basa sull'istituzione di un apposito capitolo nel bilancio dello Stato, il Fondo sanitario nazionale – Fsn – collegato al fabbisogno indicato nel Piano sanitario nazionale – Psn – e destinato a essere distribuito alle Regioni e da queste alle Usl. Nei fatti, i trasferimenti di risorse statali vengono ancorati alla spesa storica, senza alcun collegamento con le prestazioni erogate nel periodo (Zangrandi, 1994). Questa situazione negli anni ha generato ingenti disavanzi periodicamente ripianati dallo Stato (Del Vecchio, 2000; Cantù, Carbone, 2007), portando così al diffondersi di una cultura generale basata su un atteggiamento di irresponsabilità economica e alla crescita incontrollata della spesa sanitaria (Pavan *et al.*, 2002).

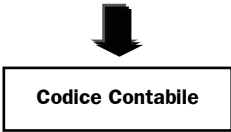
Dall'adozione della spesa storica quale criterio base per il trasferimento delle risorse statali scaturiscono determinate esigenze informative, soddisfatte attraverso strumenti/documenti tipici dell'*accountability* contabile che la norma individua nel bilancio, redatto in termini di cassa e di competenza finanziaria e nel relativo conto consuntivo. A tali documenti si aggiunge il rendiconto che le Usl sono obbligate a trasmettere trimestralmente alle rispettive Regioni e che queste a loro volta devono inviare ai Ministeri della sanità e del tesoro. Secondo il dettato normativo tale rendiconto fornisce una dimostrazione dell'avanzo e disavanzo di cassa e dei debiti e crediti dei bilanci già accertati alla data della resa del conto.

In quel periodo i sistemi di controllo si basano essenzialmente sui controlli preventivi di legittimità, non prestano alcuna attenzione all'efficacia e all'efficienza dell'azione amministrativa e, in caso di mancato invio dei rendiconti trimestrali, le risorse statali vengono trasferite in misura uguale alle corrispondenti quote dell'esercizio precedente (**tabella 1**).

Al fine di superare i limiti della L. 833/1978 rappresentati, oltre che dalla crescita insostenibile della spesa sanitaria, dalla scarsa attenzione all'efficienza del servizio sanita-

Tabella 1

Accountability, controlli e sistema sanzionatorio/premiante secondo la L. 833/1978

Strumenti/documenti di rendicontazione	Controlli	Sistema sanzionatorio/premiante
– Invio rendiconti trimestrali Usl e Regioni – Contabilità finanziaria a) Bilancio redatto in termini di cassa e competenza finanziaria b) Conto consuntivo 	– Preventivi di legittimità	– Trasferimento di risorse statali in misura uguale alle corrispondenti quote dell'esercizio precedente

rio, nei primi anni '90 prendono avvio le riforme *bis* e *ter*, attuate rispettivamente con i decreti legislativi n. 502/1992 e n. 229/1999 che modificano e integrano il primo. Tali decreti intervengono sull'assetto istituzionale attraverso un'estensione dei compiti e delle responsabilità assegnate alle Regioni – regionalizzazione – e avviano il processo di aziendalizzazione delle Usl (Coppola *et al.*, 2008).

Le Regioni assumono così il ruolo di capogruppo del proprio sistema sanitario¹ (Carbone *et al.*, 2010; Coppola *et al.*, 2008; Del Vecchio, 2008), avendo il compito di definire i principi sull'organizzazione dei servizi e sulle attività destinate alla tutela della salute, nonché i criteri di finanziamento delle aziende sanitarie. Attraverso il piano sanitario regionale – Psr² – viene individuato il quadro degli interventi volti a garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Psn, in coerenza con le esigenze specifiche della popolazione residente sul territorio. Una relazione sul suo stato di attuazione viene annualmente trasmessa dalla Regione al Ministro della sanità. All'estensione delle competenze si accompagna una maggiore responsabilizzazione in termini di rispetto del vincolo di bilancio e una più ampia autonomia finanziaria sia per la copertura dei Livelli essenziali di assistenza – Lea – superiori a quelli minimi definiti, sia per quella dei disavanzi delle loro aziende sanitarie.³ Cambia la logica di assegnazione delle risorse non più basata sul criterio della spesa storica, ma sul bisogno di assistenza – quota capitaria – e sul valore delle prestazioni effettivamente erogate – sistema tariffario – (Cantù, Jommi, 2001).

Con il processo di aziendalizzazione le Usl vengono trasformate in Aziende sanitarie locali – Asl –, enti strumentali della Regione dotati di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. Dalle Asl vengono scorporati alcuni presidi ospedalieri ad alta specializzazione e trasformati in Aziende ospedaliere – Ao – cui sono riconosciute le medesime prerogative. Ai soggetti operanti nel sistema vengono richieste informazioni su costi, qualità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati. Al fine di rendere disponibili tali informazioni sono introdotti nuovi strumenti/documenti di rendicontazione che evidenziano il passaggio dall'*accountability* contabile a quella manageriale.

Al direttore generale – DG – di ogni azienda sanitaria si impone di pubblicare annualmente i risultati delle analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo. Al collegio sindacale viene posto l'obbligo di comunicare alla Regione, con periodicità almeno trimestrale, i risultati della sua attività, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondati sospetti di gravi irregolarità, nonché di trasmettere, almeno ogni sei mesi, una relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda, rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda stessa. Tale collegio ha poi l'obbligo di trasmettere una relazione sul bilancio di previsione e sul rendiconto alla competente sezione regionale di controllo della Corte dei conti. Quest'ultima, nel caso riscontri situazioni di gravi irregolarità contabili e finanziarie, riferisce alla Regione interessata, affinché possa adottare i provvedimenti necessari.


Strumenti/documenti di rendicontazione	Controlli	Sistema sanzionatorio/premiante
<ul style="list-style-type: none"> - Relazione sullo stato di attuazione del Psr - Pubblicazione analisi dei costi, dei rendimenti e risultati da parte del DG - Invio relazioni da parte del Collegio sindacale - Contabilità economico patrimoniale <ul style="list-style-type: none"> a) <i>budget</i> economico annuale b) bilancio pluriennale di previsione c) bilancio consuntivo (SP, CE, NI) - Contabilità analitica <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Codice Manageriale </div>	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo di gestione del DG - Verifica dell'attività dei DG delle aziende sanitarie del Ssr - Controllo di regolarità amministrativo contabile del Collegio sindacale - Riforma dei controlli - D.L.vo 286/1999 	<ul style="list-style-type: none"> - Decadenza del DG nei casi di <ul style="list-style-type: none"> a) grave disavanzo b) violazione di leggi c) violazione del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione d) gravi motivi

Tabella 2
Accountability, controlli e sistema sanzionatorio/premiante secondo le riforme degli anni novanta

Viene formalmente sancito il passaggio dal sistema di contabilità finanziaria a quello di contabilità economico patrimoniale (Anessi Pessina, Pinelli, 2003). Il «nuovo» sistema informativo delle aziende sanitarie si basa su un *budget* economico annuale, un bilancio pluriennale di previsione e un bilancio consuntivo conforme alle norme del codice civile. Inoltre viene introdotta la contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità.

Rispetto alla prima fase della riforma vengono introdotti ulteriori controlli, come quello di gestione e di regolarità amministrativo contabile, affidati rispettivamente al DG e al collegio sindacale dell'azienda sanitaria, nonché la verifica, da parte delle Regioni, dell'attività dei DG delle aziende del Ssr. Tale sistema di controlli risulta ulteriormente affinato a seguito dell'emanazione del principale testo normativo di riferimento in tema di controlli per le amministrazioni pubbliche in generale: il D.L.vo. n. 286/1999. Si ritiene, tuttavia, che nonostante il miglioramento degli strumenti di rendicontazione e di controllo, il livello di *accountability* sia ancora piuttosto «debole» a causa della mancata definizione di un esaustivo sistema sanzionatorio/premiante. Quest'ultimo, infatti, si sostanzia essenzialmente nella possibilità riconosciuta alla Regione di dichiarare la decadenza e di sostituire il DG dell'azienda sanitaria nel caso in cui la gestione aziendale presenti una

situazione di grave disavanzo, in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, e quando ricorrano gravi motivi.⁴ Inoltre, le suddette riforme, con particolare riferimento alle modifiche del sistema di finanziamento, non hanno portato a un effettivo miglioramento nel controllo della spesa sanitaria, in un contesto caratterizzato comunque da considerevoli disavanzi e dalla certezza dei successivi ripiani (Arachi Zanardi, 2000) (**tabella 2**).

Nel tentativo di rafforzare il sistema di responsabilizzazione delle Regioni, il legislatore è intervenuto con il D.L.vo 56/2000 sul federalismo fiscale, con cui si ridefinisce il sistema di finanziamento del Ssn e il rapporto tra governo centrale e Regioni (France, 2001). Viene confermata la piena responsabilità di queste ultime nel ripiano degli eventuali disavanzi e decretata la formale abolizione del Fsn⁵ e del vincolo di destinazione delle risorse trasferite dallo Stato per il finanziamento dei Lea (Luiss, 2008). Nonostante questo, la responsabilità delle Regioni resta pressoché sulla carta. Lo Stato, infatti, assegna ripetuti fondi straordinari per la parziale copertura dei disavanzi sanitari regionali (Aguzzi *et al.*, 2006) e il decreto 56/2000 rimane in una sorta di «letargo» giuridico, sostituito nell'ultimo decennio da un sistema concertativo tra Stato e Regioni. Quest'ultimo è relativo sia all'ammontare

complessivo del finanziamento statale, sia alla sua distribuzione alle Regioni (Pammolli, Salerno, 2004).

Secondo il sistema concertativo spetta allo Stato stabilire annualmente, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, l'ammontare dei trasferimenti statali a favore delle Regioni per il finanziamento dei Lea. In particolare, in base a tale sistema, una volta definito l'ammontare annuale delle risorse statali da attribuire alle Regioni, viene erogata alle stesse un'anticipazione pari al 97-98% delle somme e si considera la restante parte quale quota «premiale». Tale quota verrà poi effettivamente elargita solo a seguito dell'esito positivo di una verifica annuale attinente al contempo agli aspetti economico-finanziari e assistenziali (Palumbo, 2010).

Sono inoltre previsti in capo alle Regioni specifici adempimenti e relative sanzioni (Luiss, 2008). Tali adempimenti, dapprima definiti con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 – base dell'attuale sistema di finanziamento e di rendicontazione (Persiani, 2008; Morley, Fletcher, 2010) – sono stati aggiornati e integrati negli anni dalle diverse norme e Intese Stato-Regioni, e da ultimo dal Patto per la salute 2010-2012. In particolare, essi riguardano l'obbligo del mantenimento dell'equilibrio di bilancio del Ssr e della copertura di eventuali disavanzi di gestione, nonché dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Lea.

Per soddisfare le nuove esigenze informative collegate ai suddetti adempimenti si è reso necessario l'affinamento degli strumenti/documenti di rendicontazione non solo in termini economici e finanziari, ma anche di adeguatezza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate. Si assiste così a un miglioramento del codice di *accountability* manageriale. Innanzitutto, nell'ambito di tali strumenti/documenti particolare attenzione è posta sui modelli CE (Conto economico), SP (Stato patrimoniale), CP (Conto economico di presidio a gestione diretta), LA (Riclassificazione dei costi per livello di assistenza), che le aziende sanitarie hanno l'obbligo di trasmettere alle rispettive Regioni. Queste ultime, a loro volta, sono tenute a inviare i corrispondenti consolidati al Ministero della salute. Tali modelli sono tutti consuntivi, mentre il modello CE e il relativo consolidato regionale sono anche preventivi e sono in-

viati a cadenza trimestrale oltre che annuale. Un ulteriore documento è la certificazione di accompagnamento al CE trimestrale, che le aziende sanitarie sono tenute a presentare alle rispettive Regioni e ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute.

Informazioni aggiuntive sono desumibili dal sistema di monitoraggio e garanzia dei Lea, nonché dai flussi afferenti al nuovo sistema informativo sanitario NSIS.⁶ Tra queste, particolare rilievo assumono quelle ottenute dalle schede di dimissione ospedaliera – Sdo – che gli istituti di ricovero pubblici e privati inviano, con periodicità almeno trimestrale, alle Regioni di appartenenza. Un numero più ristretto di tali informazioni è trasmesso mensilmente da queste ultime al Ministero della salute.

Si osserva rispetto al passato un più incisivo e dettagliato sistema dei controlli, che tenta di superare l'approccio prevalentemente di tipo ragionieristico (Finocchi Ghersi, Tardiola, 2010), a favore di un sistema di misurazione multidimensionale delle performance (Cepiku *et al.*, 2010). Tale sistema comprende: la verifica dell'equilibrio di bilancio del Ssr; il monitoraggio dei Lea; l'attività di verifica dell'attuazione e di monitoraggio dei Piani di rientro – Pdr –, di cui si dirà più avanti, svolte dal Tavolo di verifica degli adempimenti,⁷ dal Comitato Lea⁸ e dal Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria – SiVeAS;⁹ il controllo analitico delle cartelle cliniche e relative Sdo affidato alle Regioni. A tali controlli si aggiunge l'attività di valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili riservata alle Regioni. Questa attività, volta alla certificazione dei bilanci delle aziende del Ssr e del consolidato regionale, è resa difficoltosa dall'eterogeneità delle basi contabili tra Regioni e aziende sanitarie. A tal proposito interviene il recente D.L. 118/2011 in tema di armonizzazione contabile, che sottolinea l'esigenza di adottare un sistema di norme e di principi contabili uniformi e univocamente accettato quale condizione necessaria per garantire l'attendibilità e la confrontabilità dei bilanci (Anessi Pessina *et al.*, 2011).

Nello stesso periodo si assiste anche a una migliore definizione del sistema sanzionatorio/premiante che comprende, in primo luogo, un maggior numero di casi che pos-

sono comportare la decadenza del DG, come: la mancata o incompleta presentazione della certificazione di accompagnamento al CE trimestrale; l'omessa presentazione di un Piano di riequilibrio; la mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. Si evidenziano poi sanzioni di carattere finanziario cui si aggiungono ulteriori interventi straordinari statali a carattere sostitutivo. Nello specifico, qualora si registri il mancato rispetto dell'equilibrio di bilancio del Ssr, a fronte del quale non siano stati adottati idonei provvedimenti di totale o parziale copertura, la Regione interessata è assoggettata automaticamente all'innalzamento delle aliquote fiscali di talune imposte¹⁰ e al blocco del *turnover* del personale del Ssr, nonché al divieto di effettuare spese non obbligatorie. Se il disavanzo sanitario supera un certo limite, la medesima Regione è tenuta anche a presentare un Pdr¹¹ di durata triennale, la cui approvazione costituisce condizione per l'accesso al maggior finanziamento statale per l'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e per quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione di tale somme, rappresentate dalla quota premiale e da eventuali ulteriori risorse non erogate per via di inadempienze pregresse, avviene in due fasi: la prima a seguito dell'approvazione¹² del Pdr; la seconda a seguito della verifica positiva dell'attuazione dello stesso. Nel caso di mancata presentazione o di inadeguatezza del piano, il Consiglio dei ministri nomina il Presidente della Regione quale com-

missario *ad acta* per la sua predisposizione e attuazione. A tale nomina segue la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, l'incremento delle aliquote fiscali e la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del Ssr, nonché del direttore generale dell'assessorato competente (Fazio, 2010). Le medesime sanzioni sono previste nel caso sia accertata la persistente inadempienza della Regione nell'attuazione del Pdr.

Un ulteriore inasprimento del meccanismo sanzionatorio è sancito dal D.L.vo 149/2011. Quest'ultimo prevede la rimozione e l'incandidabilità per dieci anni a qualsiasi carica pubblica del Presidente della Regione nominato commissario *ad acta*, qualora sia stata accertata una situazione di grave dissesto finanziario, con riferimento al disavanzo sanitario, riconducibile alla sua diretta responsabilità con dolo o colpa grave.

Le Regioni che si rivelano incapaci di mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Lea, possono sottoscrivere un apposito Accordo, con relativo Pdr,¹³ con i Ministri della salute e dell'economia e finanze. Tale Accordo costituisce presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dello Stato, per l'anno in cui è stata accertata l'inadempienza e per quelli interessati dal piano stesso. Una parte del finanziamento sarà erogata a seguito della sottoscrizione dell'Accordo e il resto a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Pdr (**tabella 3**).


Strumenti/documenti di rendicontazione	Controlli	Sistema sanzionatorio/premiante
<ul style="list-style-type: none"> - Modelli CE, SP, CP, LA e relativi consolidati regionali - Certificazione di accompagnamento al CE trimestrale - Flussi informativi del sistema di monitoraggio e garanzia dei Lea e del NSIS <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Evoluzione Codice Manageriale</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica dell'equilibrio economico e finanziario del Ssr - Monitoraggio dei Lea - Verifica dell'attuazione dei Pdr - Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili delle aziende del Ssr - Controllo delle cartelle cliniche e relative Sdo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulteriori casi di decadenza del DG - Mancato accesso al maggior finanziamento statale - Innalzamento delle aliquote fiscali - Blocco automatico del <i>turnover</i> del personale del Ssr e divieto di nuove spese - Presentazione di un Pdr - Commissariamento Regione - Rimozione e incandidabilità del Presidente della Regione

Tabella 3
Accountability, controlli e sistema sanzionatorio/premiante nell'ultimo decennio

5. Il PI/C quale modello di controllo di riferimento per il settore sanitario

Come è stato detto in precedenza il PI/C rappresenta il modello di riferimento per il processo di ammodernamento dei sistemi di controllo interno del settore pubblico dei Paesi che presentano richiesta di ammissione all'Unione europea - Ue (De Koning, 2007; Cohen, 2007). Gli aspetti principali su cui tale modello si basa sono il controllo interno - *internal control* - e la revisione interna - *internal audit* - (De Koning, 2007; Cohen, 2007).

Nelle linee-guida INTOSAI (2004), basate sui principi del modello elaborato nel 1992 dal *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* - CoSO -, il controllo interno è definito quale processo gestito dalla direzione e dal personale dell'azienda considerata per fronteggiare i rischi e per fornire una ragionevole assicurazione che siano raggiunti gli obiettivi generali, funzionali al perseguimento della missione aziendale. In esso si distinguono cinque componenti tra loro fortemente interrelati: ambiente di controllo; valutazione dei rischi; attività di controllo; informazione e comunicazione; monitoraggio. Nell'ambito di tali componenti saranno considerati solo gli elementi più immediatamente correlati all'*accountability*.

La revisione interna, definita dall'IIA quale attività indipendente e obiettiva di *assurance* e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione (ECIIA, 2005, p. 24), ha per oggetto la valutazione del sistema contabile, delle operazioni di gestione e del sistema di controllo interno. Essa è svolta da un organo interno all'organizzazione e al contempo dotato di un certo ambito di autonomia. Il PI/C individua tre tipi di *internal audit* (Cohen, 2007; 137): il *compliance audit* - volto a verificare la conformità delle attività rispetto a leggi e *good practice*; il *system-based audit* - volto a fornire un'approfondita analisi del sistema di controllo interno, con lo scopo di valutare se sta funzionando in modo efficace e se contribuisce a raggiungere gli obiettivi organizzativi e a mitigare i rischi; il *performance audit* - volto a verificare se l'organizzazione ha operato secondo criteri di economicità, efficacia ed efficienza nel

raggiungimento dei propri obiettivi (Cohen, 2007, p. 137).

Al fine di valutare la coerenza tra il PI/C e il modello di controllo nel settore sanitario delineato dalla normativa vigente in Italia, è stato analizzato il principale testo normativo di riferimento in tema di controlli per le amministrazioni pubbliche in generale - D.L.vo 286/1999. Tale decreto definisce quattro tipologie di controllo interno - controllo di regolarità amministrativo contabile, controllo di gestione, valutazione della dirigenza, controllo strategico -, specifica per ciascuna di esse gli obiettivi, ma non delinea un esaustivo modello che possa essere messo a confronto con quello internazionale, che comprende anche elementi che coprono tutti i diversi aspetti dell'area amministrativa. Per tali ragioni, sono stati considerati anche altri provvedimenti che contengono i diversi elementi del PI/C e per il cui dettaglio si rimanda all'analisi di seguito effettuata e alla **tabella 4**, che riassume i risultati del confronto tra i due modelli.

Il primo componente del controllo interno secondo il PI/C è l'ambiente di controllo, che costituisce la base su cui tutti gli altri componenti possono svilupparsi. Tra i suoi elementi si distinguono: l'integrità e i valori etici; l'attenzione allo sviluppo di competenze professionali; la struttura organizzativa. Alcuni riferimenti su queste tematiche sono rinvenibili nella L. 241/1990. Lo sviluppo della cultura dell'integrità etica implica l'esistenza e l'implementazione di codici di condotta e di standard attesi di comportamento, che vanno comunicati sia all'interno che all'esterno del contesto organizzativo. A tal fine si prevede che ciascuna amministrazione del Ssn, al pari di ogni altra entità del settore pubblico, emani e pubblichi un «Codice di comportamento» e un «Codice disciplinare» - D.L.vo 165/2001 -, nonché un «Programma triennale per la trasparenza e l'integrità» con relativo stato di attuazione - D.L.vo 150/2009. In ambito sanitario sono stati adottati tre distinti codici disciplinari per le diverse aree di contrattazione collettiva.

I decreti legislativi succitati sottolineano l'importanza della formazione e dell'aggiornamento per la crescita professionale dei dipendenti pubblici. Questo tema è particolarmente sentito in ambito sanitario, tanto che con il D.L.vo 229/1999 è stata resa obbliga-

Tabella 4

Comparazione tra il modello di controllo PIfC e quello delineato dalla normativa italiana per il settore sanitario

Modello di controllo PIfC		Modello di controllo nel settore sanitario
Controllo interno		
Ambiente di controllo	Integrità e valori etici	<ul style="list-style-type: none"> - L. 241/1990 - Trasparenza e imparzialità - D.L.vo 165/2001 - Codice di comportamento e codice disciplinare - D.L.vo 150/2009 - Programma triennale per la trasparenza e l'integrità - Contrattazione collettiva
	Attenzione allo sviluppo di competenze professionali	<ul style="list-style-type: none"> - L. 241/1990 - Professionalità - D.L.vo 165/2001 - Ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche - D.L.vo 229/1999 - Obbligo di formazione per la direzione aziendale e per i professionisti del ruolo sanitario
	Struttura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - L. 241/1990 - Responsabilità del procedimento - D.L.vo 165/2001 - Organizzazione e disciplina degli uffici - D.L.vo 502/1992 - Competenze regionali; organizzazione delle aziende sanitarie - Atto aziendale - Delibere della G. reg. di assegnazione obiettivi ai DG - Delibere del DG di attribuzione deleghe ai dirigenti - Regolamenti interni
Valutazione dei rischi		<ul style="list-style-type: none"> - «Risk management in sanità. Il problema degli errori» - Documento elaborato dalla Commissione tecnica sul rischio clinico - D.M. 380 del 27/10/2000 e D.M. 135 del 8/7/2010 - Flussi informativi su Sdo e cartelle cliniche
Attività di controllo	Riconciliazioni tra registri contabili e documenti giustificativi	- D.L.vo 286/1999 e D.L.vo 123/2011 - Controllo di regolarità amministrativo contabile
	Verifiche di efficienza ed efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - L. 241/1990 - Economicità ed efficacia - D.L.vo 286/1999 e D.L.vo 502/1992 - Controllo di gestione - L. 196/09 e D.L.vo 123/2011 - Attività di analisi e valutazione della spesa - D.L.vo 502/1992 - Verifica dell'attività dei DG delle aziende sanitarie del Ssr - Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 e Patto per la salute 2010/2012 - Verifica dell'equilibrio di bilancio del Ssr - D.M. 12/12/2001 e Patto per la salute 2010/2012 - Monitoraggio dei Lea - Patto per la salute 2010/2012 - Verifica dell'attuazione dei Pdr - L. 133/2008 e D.M. 10/12/2009 - Controllo delle cartelle cliniche e relative Sdo - Progetto LASA e Sicurezza dei pazienti - D.M. 11/12/2009 - Istituzione del SIMES - Psn - Promozione utilizzo <i>audit</i> clinico
	Controlli sui sistemi IT	<ul style="list-style-type: none"> - D.L.vo 82/2005 - Codice dell'amministrazione digitale - D.M. 14/06/2002 - Istituzione della Cabina di Regia
Informazione e comunicazione	Informazione	<ul style="list-style-type: none"> - L. 241/1990 - Pubblicità - D.L.vo 150/2009 - Trasparenza - D.L.vo 82/2005 - Digitalizzazione - Accordo Stato-Regioni 22 febbraio 2001 - Sviluppo del NSIS
	Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> - L. 150/2000 - URP - Psn 2011/2013 - Promozione strategie di comunicazione
Monitoraggio		- D.L.vo 150/2009 - Monitoraggio da parte dell'OIV
Internal Audit		
Compliance audit		<ul style="list-style-type: none"> - D.L.vo 286/1999, D.L.vo 123/2011 e D.L.vo 502/1992 - Controllo di regolarità amministrativo contabile - D.M. 18/01/2011 - Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrative contabili delle aziende sanitarie del Ssr
System-based audit		No
Performance audit		No

toria la formazione per la direzione aziendale e per i professionisti del ruolo sanitario. Inoltre, l'attuazione di una politica per il miglioramento e la qualificazione delle risorse umane rappresenta uno dei punti focali dei Psn che si sono susseguiti negli anni.

Nelle amministrazioni pubbliche il principale riferimento normativo sull'organizzazione e disciplina degli uffici è rappresentato dal D.L.vo 165/2001. Ai principi in esso contenuti si aggiungono, in ambito sanitario, quelli presenti nel D.L.vo 502/1992 relativi, per esempio, alle competenze regionali e all'organizzazione delle aziende sanitarie. Per queste ultime ulteriori specificazioni sono contenute nell'atto aziendale, nei regolamenti interni, nelle delibere con cui il DG attribuisce le deleghe ai dirigenti, e in quelle con cui la Giunta regionale – GR – assegna gli obiettivi al DG.

Il secondo e terzo componente del sistema di controllo interno secondo il PI/C sono rispettivamente la valutazione dei rischi e le attività di controllo. Il secondo componente implica l'identificazione dei possibili rischi, la valutazione degli stessi e del loro impatto sull'organizzazione, nonché la definizione delle risposte più appropriate. Il terzo componente rappresenta l'insieme delle politiche e delle procedure che un'organizzazione attua per trattare i rischi che possono ostacolare il raggiungimento dei propri obiettivi (INTOSAI, 2004, p. 26). Le attività di controllo si dispiegano in tutta l'organizzazione, ai diversi livelli e in tutte le funzioni, e tra le tante si citano per esempio: le riconciliazioni tra registri contabili e documenti giustificativi; le verifiche di efficienza ed efficacia della gestione; i controlli sui sistemi di *Information Technology - IT*.

La valutazione dei rischi e le attività di controllo, insieme, costituiscono quello che viene comunemente chiamata gestione dei rischi – *risk management* –, intesa quale processo di identificazione e valutazione – *risk assessment* –, trattamento e monitoraggio dei rischi, nonché implementazione dei necessari controlli al fine di ridurre tali rischi a un livello accettabile – attività di controllo (Rossi, 2008). Il *risk management*, inoltre, può essere considerato come una risposta organizzativa al bisogno di ridurre gli errori e i loro costi, i cui aspetti – identificazione, valutazione e controllo (Dickenson, 1995) –

possono essere applicati al settore sanitario come ad altri settori (Vincent, Moss, 1995). Esso è ritenuto un elemento essenziale di un buon sistema di *corporate governance* e controllo interno (Del Vecchio 2003) e, in senso ampio, coinvolge tutti gli aspetti all'interno di un'organizzazione. Nella sanità questo implica andare oltre l'aspetto prettamente clinico (Moss, 1995) e considerare anche quei rischi sulla sicurezza delle strutture e sul luogo di lavoro, nonché quelli economici e finanziari.

In Italia non esiste una normativa sul *risk management* per il settore pubblico in generale. Nel settore sanitario, invece, le sue origini possono farsi risalire al 2003 quando il Ministero della salute con DM del 5 marzo ha istituito la «Commissione tecnica sul rischio clinico». A essa si deve l'elaborazione del documento dal titolo «Risk Management in sanità. Il problema degli errori», contenente una serie di suggerimenti per la gestione del rischio clinico, utili per gli operatori del settore. Tuttavia, finora, gran parte degli interventi sulla gestione dei rischi avviati nel settore sanitario pubblico italiano riguardano unicamente l'aspetto clinico – *clinical risk management*. Quest'ultimo è strettamente legato alla *clinical governance* in quanto per gestire efficacemente tutti i rischi clinici è necessario intervenire su ciò che viene «prodotto», ma soprattutto su «come» esso viene prodotto (Del Vecchio, 2003). Come già detto, la *clinical governance* è l'insieme di strumenti e meccanismi attraverso i quali le aziende sanitarie mettono in atto veri e propri sistemi di responsabilizzazione, gestione e governo dell'insieme dei processi clinici e assistenziali, e la sua promozione costituisce una delle priorità dei Psn 2006-2009 e 2011-2013.

Tra le principali iniziative adottate dal Ministero della salute in tema di rischio clinico si citano: l'utilizzo dei flussi informativi delle Sdo e delle cartelle cliniche; l'avvio del progetto «Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti»;¹⁴ la realizzazione di un sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – SIMES;¹⁵ la promozione dell'utilizzo dell'*audit* clinico. Quest'ultimo è volto a migliorare la qualità delle cure (Scarpato, 2011) attraverso il confronto sistematico della prestazione sanitaria erogata con standard prefissati, al fine di rilevarne gli scostamenti

e ridefinirla opportunamente (Starey, 2001). La prima iniziativa è volta a identificare e valutare i rischi e pertanto rientra tra le attività di *risk assessment*, mentre le altre rientrano tra le attività di controllo, al fine di garantire l'efficacia delle prestazioni cliniche.

Le riconciliazioni tra registri contabili e documenti giustificativi rientrano nell'ambito del controllo di regolarità amministrativo contabile, disciplinato per il settore pubblico dai Decreti legislativi n. 286/1999 e n. 123/2011, nonché dal D.L.vo 502/1992 per il Ssn. Come si vedrà più avanti, gli organi chiamati ad attuare tale controllo lo rendono più correttamente equiparabile alla revisione.

Tra le principali attività di verifica dell'efficienza e dell'efficacia della gestione poste in essere in ambito pubblico si evidenziano il controllo di gestione – D.L.vo 286/1999 – e l'attività di analisi e valutazione della spesa – L. 196/2009 e D.L.vo 123/2011. Principi generali a garanzia dell'economicità e dell'efficacia dell'azione amministrativa sono rinvenibili anche nella L. 241/1990 in tema di trasparenza e imparzialità. Nell'ambito del Ssn si segnalano la verifica sul «mantenimento dei Lea» e il controllo delle cartelle cliniche e delle relative Sdo, oltre al controllo di gestione. Quest'ultimo, tra gli strumenti manageriali introdotti con le riforme del Ssn degli anni novanta, è sicuramente quello più diffuso nelle aziende sanitarie italiane (Scheggi, 2006; Anessi Pessina, Cantù, 2006). Secondo il D.L.vo 502/1992 compete al DG, anche attraverso l'istituzione di un apposito servizio di controllo interno,¹⁶ verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate. Sebbene sia concessa ai DG una piena autonomia gestionale, la loro attività è sottoposta al controllo da parte delle rispettive Regioni con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari. A tal fine, queste ultime, all'atto della nomina assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e definiscono preventivamente i criteri di valutazione da adottare. Esse provvedono alla verifica trimestrale dell'equilibrio di bilancio del Ssn anche attraverso le certificazioni di accompagnamento al CE ricevute dalle aziende

sanitarie. A loro volta le Regioni sono assoggettate al controllo relativo allo stato di acquisizione delle suddette certificazioni e al rispetto degli obiettivi economico finanziari, da parte del Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti. Quest'ultimo si occupa altresì della verifica sul «mantenimento dei Lea», per la quale necessita della certificazione da parte del Comitato Lea.

Tale Comitato si avvale dei flussi informativi afferenti al NSIS, nonché delle informazioni desumibili dal sistema di monitoraggio e garanzia dei Lea. Il suddetto sistema è stato introdotto con il D.M. 12/12/2001, con l'obiettivo principale di valutare l'equità e l'uniformità nell'erogazione degli stessi sul territorio, a garanzia della tutela del diritto alla salute e all'accessibilità alle prestazioni del Ssn di tutti i cittadini. Esso è rappresentato da un *set* di indicatori, classificati per livello di assistenza e accompagnati da indicatori di risultato e contesto.¹⁷ Per la verifica sintetica dell'adempimento sul «mantenimento dei Lea», lo stesso Comitato ha creato, con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.Na.s –, un altro sistema di monitoraggio costituito da un *set* di indicatori per i diversi settori dell'assistenza. Gli indicatori sono stati appositamente selezionati dai rappresentanti del Comitato allo scopo di conoscere l'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio nazionale ed evidenziare le eventuali criticità. I risultati del monitoraggio sono pubblicati attraverso un rapporto nazionale annuale disponibile sul sito del Ministero della salute.

Inoltre, il Tavolo tecnico effettua, in sede congiunta con il Comitato Lea, le verifiche periodiche del raggiungimento degli obiettivi contenuti nei Pdr regionali adottati per disavanzo sanitario o per mancato adempimento di obblighi diversi dall'equilibrio di bilancio, come per esempio il «mantenimento dei Lea».¹⁸

Allo scopo di misurare la «virtuosità» delle Regioni nel garantire l'assistenza sanitaria, il Patto per la salute 2010-2012 sottolinea la necessità di affiancare il controllo sui Lea a quello di tipo economico finanziario sui bilanci. Il duplice obiettivo dell'uso razionale delle risorse e della qualità dell'assistenza erogata secondo criteri di appropriatezza è conseguito attraverso l'obbligo, posto a carico delle Regioni, di un controllo analitico an-

nuo sulle cartelle cliniche e sulle corrispondenti Sdo – L. 133/2008 e D.M. 10 dicembre 2009. A livello statale, i suddetti obiettivi sono realizzati attraverso le attività svolte dal SiVeAS.

Un'altra attività di controllo riguarda i sistemi di IT. Il principale testo normativo di riferimento su questa tematica per il settore pubblico in generale è il codice dell'amministrazione digitale – D.L.vo 82/2005. Con particolare riferimento al settore sanitario, il Ministero della salute ha istituito con proprio decreto del 14 giugno 2002 la «Cabina di regia» che svolge le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del NSIS. In particolare la Cabina di regia definisce e adegua nel tempo i contenuti informativi e le modalità di alimentazione del NSIS, in linea con gli orientamenti del Psn e le esigenze di monitoraggio sanitario.

Diverse norme affrontano il tema dell'informazione e comunicazione in ambito pubblico: la L. 241/1990, per la pubblicità; la L. 150/2009 per la trasparenza; il D.L.vo 82/2005 per la digitalizzazione. Nel settore sanitario con Provvedimento del 22 febbraio 2001 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo. Esso rappresenta lo strumento di riferimento per il governo della sanità mettendo a disposizione dei diversi livelli informazioni tempestive e qualitativamente e quantitativamente adeguate a soddisfare le diverse esigenze informative (Pellegrini, Toniolo, 2005). Tra i suoi principali obiettivi si evidenziano: supporto nel monitoraggio dei Lea a livello nazionale; integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali; monitoraggio dei costi, qualità, efficienza e appropriatezza dei servizi e delle liste di attesa (Lo Scalzo *et al.*, 2009). La consapevolezza dell'importanza della comunicazione è ben sentita nella programmazione sanitaria. Il Psn 2011-2013 evidenzia che, al fine di promuovere la trasparenza e l'*accountability*, è indispensabile adottare strategie fondamentali di informazione e comunicazione, anche istituzionale.

L'ultimo componente del controllo secondo il PIfC è il monitoraggio. Esso si concretizza in attività di supervisione continua e in verifiche specifiche del sistema di controllo interno, per assicurarne il mantenimento e il

miglioramento, anche attraverso la definizione e la realizzazione degli interventi necessari a risolvere le eventuali criticità rilevate. Il D.L.vo 150/2009 attribuisce all'organismo indipendente di valutazione – OIV¹⁹ –, istituito presso ciascun ente pubblico, le funzioni di monitoraggio del sistema di valutazione della specifica amministrazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni.

Con riferimento alla revisione interna, essa non è accolta come tale nella struttura di controlli delineata dal legislatore italiano. Come accennato in precedenza, a tale attività può essere in qualche modo ricondotto il controllo di regolarità amministrativo contabile. Secondo il D.L.vo 123/2011, esso si concretizza in un controllo di secondo livello (Marchi, 2008) svolto, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, dagli uffici centrali e periferici e dai Servizi ispettivi di finanza pubblica del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, nonché dai collegi di revisione e sindacali presso gli enti e organismi pubblici. Il controllo di regolarità amministrativo contabile, quindi, assume i tratti della revisione esterna o interna a seconda della collocazione del controllante rispetto al controllato. In ambito sanitario, secondo il D.L.vo 502/1992 spetta al collegio sindacale il compito di vigilare sull'osservanza della legge e dei regolamenti, verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, accertare la regolare tenuta della contabilità e della conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettuare periodiche verifiche di cassa (Persiani, 2008). Il collegio sindacale è un organo interno e al contempo dotato di un certo ambito di autonomia e pertanto l'attività da esso posta in essere è inquadrabile come *compliance audit*. Nell'ambito di questa si include anche la già citata valutazione straordinaria, da parte delle Regioni, dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende sanitarie e del relativo consolidato regionale, disciplinata dal Decreto del Ministero della salute del 18 gennaio 2011.²⁰

6. Conclusioni

Il settore sanitario è uno dei più complessi e critici del comparto pubblico; su di es-

so infatti convergono interessi economici, sociali e politici in virtù del rilievo e della peculiarità del «bene prodotto», la salute, e del suo impatto sulla spesa pubblica. Per tali ragioni il suddetto settore è più di ogni altro esposto al rapporto diretto con una pluralità di *stakeholder* verso i quali è chiamato a rendere conto in termini non solo economici, ma anche di efficienza nell'impiego delle risorse, efficacia, appropriatezza e qualità dei servizi – *accountability* manageriale. Se poi si considera il fatto che il contesto sanitario è caratterizzato da un'ampia ripartizione di poteri e responsabilità dei diversi attori che in esso operano, un'esigenza primaria è costituita dalla necessità di reciproca rendicontazione tra gli stessi. Si parla, a tal proposito, di *accountability* inter-istituzionale. Da ultimo, affinché tali relazioni di *accountability* siano effettive, occorre che i soggetti chiamati a rendere conto della propria condotta siano sottoposti a un processo di valutazione da parte di coloro che li hanno delegati al fine di essere premiati o sanzionati.

In tale processo di valutazione, un ruolo chiave è assunto dai sistemi di controllo la cui necessità di «modernizzazione» è oggetto di attenzione da parte della Commissione europea che ha sviluppato un modello di riferimento per il settore pubblico: il *PIfC*. Tale modello è stato assunto nello studio condotto quale *framework* di riferimento al fine di valutare, attraverso un approccio esplorativo, le possibili relazioni dei controlli interni con l'*accountability* manageriale. In particolare tali relazioni sono state osservate dal punto di vista normativo nel settore sanitario italiano caratterizzato da numerose riforme, che negli anni ne hanno modificato l'assetto istituzionale, e dalla presenza di un definito sistema sanzionatorio/premiante.

L'obiettivo conoscitivo generale è stato articolato in tre sub-obiettivi di ricerca. Il primo è volto ad analizzare l'evoluzione delle relazioni e delle modalità di *accountability* tra i diversi livelli di governo del sistema sanitario. A tal fine è stata condotta un'analisi longitudinale del processo di riforma del Ssn, da cui è emerso che le relazioni di *accountability* di tipo inter-istituzionale che lo caratterizzano si sono evolute nel tempo in termini di sempre maggiore responsabilizzazione delle Regioni e delle singole aziende sanitarie, non solo in termini di rispetto

dell'equilibrio economico e finanziario, ma anche di mantenimento dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Lea. Alla maggiore responsabilizzazione è seguita l'evoluzione degli strumenti di rendicontazione – codici di *accountability* –; nel corso di più di un trentennio di riforme si è, infatti, assistito a una progressiva transizione da una *accountability* contabile a una manageriale.

Il secondo quesito si propone di verificare la coerenza tra gli elementi del *PIfC* considerati più rilevanti ai fini del miglioramento del livello di *accountability* e il modello di controllo nel settore sanitario italiano. Gli elementi di quest'ultimo sono oggetto di limitate previsioni specifiche nella normativa di riferimento e sono in parte rinvenibili, sotto altra terminologia, in diversi provvedimenti legislativi di cui si è resa necessaria l'analisi. Dal confronto emerge una coerenza generale tra i due modelli, nonostante qualche differenza terminologica e concettuale. Peculiarità del settore sanitario, rispetto al settore pubblico italiano in generale, è la presenza di una normativa in tema di *risk management*, anche se gran parte degli interventi finora avviati riguardano unicamente il rischio clinico – *clinical risk management*. Quest'ultimo aspetto pone l'accento sulla necessità di prevedere nelle aziende sanitarie un efficace funzione di *risk management* in grado di integrare la gestione dei rischi clinici, insiti nei processi primari, con quella dei rischi non sanitari – emergenze, sicurezza strutturale, frodi – collocati nell'ambito delle attività di supporto (Cosmi, Del Vecchio, 2004).

L'ultima parte della ricerca ha inteso indagare se, dal punto di vista normativo, è possibile individuare delle relazioni tra il sistema dei controlli, quello sanzionatorio/premiante e l'*accountability* manageriale. Quest'ultima, come ha evidenziato l'analisi longitudinale, è stata introdotta nel sistema a partire dal processo di aziendalizzazione degli anni '90 ma, in particolare nell'ultimo decennio, ha visto un progressivo affinamento del contenuto informativo dei suoi strumenti di rendicontazione, non solo in termini economici e finanziari – modelli CE, SP e LA –, ma anche di adeguatezza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, misurate attraverso un *set* di indicatori di risultato e di contesto, tuttora in corso di rivisitazione. Tale fenomeno

sembra coincidere con il potenziamento del sistema sanzionatorio/premiante, definito proprio in quel periodo in modo più incisivo dagli Accordi Stato-Regioni. A questo proposito, per esempio, tali Accordi hanno previsto il commissariamento *ad acta* di quelle Regioni resesi inadempienti nell'adozione di provvedimenti necessari a ripianare la situazione di disavanzo in cui si trovano, e l'obbligo per le Regioni in squilibrio di bilancio di adottare un Pdr. A sua volta nel suddetto arco temporale di riferimento, al fine di dare concreta applicazione a tale sistema, si è assistito alla determinazione di più stringenti controlli, la cui attuazione è demandata a diversi organismi tra cui: il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dei Lea. Dalle considerazioni esposte, sembra potersi affermare che al potenziamento del sistema sanzionatorio/premiante e di quello dei controlli corrisponda un miglior livello di *accountability* nel settore sanitario. L'implicita relazione positiva tra il sistema dei controlli e l'*accountability* manageriale, sancita dal PifC, sembra così essere confermata nella sanità italiana.

Lo studio, di carattere esplorativo, è stato condotto a livello normativo, per cui non è stata verificata l'attendibilità del contenuto informativo dei documenti attraverso i quali i diversi livelli di governo del settore sono chiamati a rendere conto, né l'effettività del sistema di controllo in essere. Il contributo offerto dal lavoro è quello di aver provveduto a una sistematizzazione del quadro di riferimento normativo in termini di *accountability* e controlli in ambito sanitario, utile ai vari attori del settore per individuare gli aspetti su quali occorre intervenire per promuovere efficaci strumenti di controllo volti al miglioramento dell'*accountability*. Allo stesso tempo lo studio costituisce la base per future ricerche di natura empirica, volte a verificare se l'attuale modello di controllo sia in grado di stimolare comportamenti virtuosi nei soggetti responsabili dell'erogazione dei servizi sanitari.

Note

1. Il tutto si inserisce nella nuova concezione di Ssn designata dal D.L.vo 229/1999, che è appunto quello

di complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali - Ssr.

2. Al fine di assicurare la coerenza rispetto agli indirizzi contenuti nel Psn, il Psr è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e trasmesso al Ministro della salute.
3. Tale autonomia consiste nella facoltà di aumentare i contributi sanitari, le tasse locali e la compartecipazione alla spesa - *ticket* (Mapelli, 1999; Pellegrini, Toniolo, 2003).
4. Spetta alla Regione stabilire i criteri in base ai quali una situazione può essere considerata grave. In proposito si veda (Del Vecchio, Barbieri, 2001).
5. Le Regioni sono state compensate per l'abolizione del Fsn mediante l'introduzione della compartecipazione delle stesse al gettito di taluni tributi erariali (Cantù, Jommi, 2001).
6. In merito al sistema di monitoraggio e garanzia dei Lea e al NSIS si rimanda a quanto riportato nel successivo paragrafo.
7. Il Tavolo di verifica degli adempimenti ha due livelli: uno tecnico e uno politico. Il livello tecnico è istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante dallo stesso Ministero e composto da rappresentanti del Governo, delle Regioni e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali - Age.Na.S. Esso riferisce sull'esito delle verifiche al livello politico composto: per il Governo, dai Ministri dell'economia e finanze e della salute (o loro delegati); per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei presidenti delle Regioni e Province autonome.
8. È previsto che per la verifica di taluni adempimenti, come per esempio quello sul mantenimento dei Lea, il succitato Tavolo si avvalga delle risultanze delle certificazioni del Comitato Lea, istituito presso il Ministero della salute con il compito di controllare che l'erogazione dei Lea avvenga in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.
9. Il SiVeAS, istituito presso il Ministero della salute con Decreto del 17 giugno 2006, verifica che siano rispettati i criteri sia di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, in coerenza con i Lea, sia quelli di efficienza nell'utilizzo delle risorse, compatibilmente con i finanziamenti erogati. Al SiVeAS è inoltre affidata l'attività di affiancamento e controllo delle Regioni impegnate nei Pdr.
10. Il riferimento è all'Irap e all'addizionale regionale Irpef.
11. L'obbligo di presentazione del piano scatta nel caso in cui la Regione superi il limite fissato nella misura del 5% del finanziamento ordinario e delle maggiori entrate proprie, benché disponga delle opportune risorse di copertura, o per disavanzo inferiore al suddetto limite, in mancanza di tali risorse.
12. Dopo essere stato approvato dalla Regione, il Pdr è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio, di cui all'art. 3, c. 2 del Patto per la salute 2010-2012 - STEM -, e dalla Conferenza Stato-Regioni. L'adeguatezza del piano presentato è poi accertata, ai fini della sua approvazione, dal Consiglio dei ministri, che si esprime anche in assenza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza.

13. In generale, dette disposizioni si applicano nei confronti delle Regioni per le quali si rilevi il mancato rispetto di adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio. Si veda in proposito l'articolo 14 del Patto per la salute 2010-2012.
14. L'obiettivo principale del progetto è la prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci cd. *Look-Alike/Sound-Alike* – LASA –, che per somiglianza grafica o fonetica del nome possono essere facilmente confusi con altri.
15. Il SIMES prevede la gestione delle denunce dei sinistri e degli eventi sentinella. È definito evento sentinella quell'evento avverso di particolare gravità, che può comportare morte o grave danno al paziente e che, in quanto potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.
16. Il D.L.vo 150/2009, art. 14, c. 2 stabilisce che i servizi di controllo interno siano sostituiti dall'Organismo indipendente di valutazione delle performance.
17. Il Patto della salute 2010-2012 sottolinea come l'insieme di tali indicatori debba essere rivisto per tenere conto anche dell'accessibilità e della qualità dei servizi e di informazioni sull'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi della salute.
18. Si vedano in proposito gli artt. 13 e 14 del Patto della salute 2010-2012.
19. Il D.L.vo 150/2009, art. 14, c. 2 stabilisce che i servizi di controllo interno siano sostituiti dall'Organismo indipendente di valutazione delle performance.
20. Il D.M. succitato prevede, all'articolo 1, comma 2, che le Regioni sottoposte a piano di rientro effettui tale valutazione entro il 28 febbraio 2011, mentre le altre entro il 30 giugno 2011, prendendo come riferimento l'anno 2009, ovvero l'anno 2008, nel caso in cui i dati contabili relativi al 2009 non fossero completi e disponibili.

B I B L I O G R A F I A

- AHA BOARD OF TRUSTEES (1999), *Accountability - The Pathway to Restoring Public Trust and Confidence for Hospitals and other Health Care Organizations*.
- AGUZZI G., FATTORE G., LECCI F. (2006), «I Piani Sanitari Nazionali: quale ruolo per lo Stato nella programmazione di un sistema decentrato», in E. Anessi Pessina, Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), «Whither managerialism in the Italian National Health Service?», *International Journal of Health Planning and Management*, 21(4), pp. 327-355.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., PERSIANI N. (2011), «Armonizzazione contabile e revisione dei bilanci nelle aziende sanitarie pubbliche», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., PINELLI N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI, Egea, Milano.
- ANSELMINI L. (2003), *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli, Torino.
- ARACHI G., ZANARDI A. (2000), «Il federalismo fiscale regionale: opportunità e limiti», in L. Bernardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, il Mulino, Bologna.
- ASSOCIAZIONE ITALIANA INTERNAL AUDITORS (AIIA) - ERNST & YOUNG, (2008), *Il sistema di controllo interno nel settore pubblico*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BARZELEY M. (2001), *The New Public Management. Improving Research and Policy Dialogue*, University of California Press, Berkeley.
- BEHN R.D. (2001), *Rethinking Democratic Accountability*, Washington D.C.
- BORGONOVÌ E. (1988), *Il Ssn: caratteristiche strutturali e funzionali*, CERGAS, *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BORGONOVÌ E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BORGONOVÌ E. (2008), «Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale (prima parte)», *Mecosan*, 68, pp. 3-8.
- BRAGANTI M., PERSIANI N. (2002), *Il controllo di regolarità amministrativo-contabile sulle procedure delle aziende sanitarie ed ospedaliere*, Franco Angeli, Milano.
- BRINKERHOFF D. (2003), *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*, Abt Associates Inc., The Partners for Health Reform plus Project, Bethesda, MD.
- BRINKERHOFF D. (2004), «Accountability and Health System: toward conceptual clarity and policy relevance», *Health Policy and Planning*, 19 (6), pp. 371-379.
- CANTÙ E., CARBONE C. (2007), «I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- CARBONE C., FERRÈ F., LIOTTA A. (2010), «La struttura del SSN», in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- CANTÙ E., JOMMI C. (2001), «I sistemi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.

- CEPIKU D., FIORANI G., MENEGUZZO M. (2010), «Sostenibilità dei servizi sanitari e valutazione delle performance», in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La Sanità In Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato, Quaderni ASTRID*, il Mulino, Bologna.
- COHEN A. (2007), *Public Internal Financial Control: A New Framework for Public Sector Management*, The IIA Research Foundation.
- COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION (1992), *CoSO Report, Internal Control - Integrated Framework*.
- COPPOLA F.S., CAPASSO S., RUSSO L. (2008), *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, XX Conferenza della Società italiana di economia pubblica, Pavia, Università 25-26 settembre.
- COSMI L., DEL VECCHIO M. (2004), «Lo sviluppo della funzione risk management nelle aziende sanitarie: sanitarie: una prospettiva economica aziendale», *Difesa sociale*, 1, pp. 7-18.
- DE KONING R. (2007), PI²C, *Public Internal Financial Control; a European Commission initiative to build new structures of Public internal control in applicant and third-party countries*.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33, pp. 9-28.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Risk management e aziende sanitarie», in M. Del Vecchio, L. Cosmi (a cura di), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2008), «Le Organizzazioni pubbliche tra autonomia aziendale e priorità politiche», *Mecosan*, 65, pp. 3-6.
- DEL VECCHIO M., BARBIERI M. (2001), «I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», in E. Anessi-Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DICKENSON G. (1995), «Principles of risk management», *Quality in Health Care*, 4 (2), pp. 75-79.
- DUBNICK M.J. (2005), «Accountability and the promise of performance: in search of the mechanisms», *Public Performance and Management Review*, 28 (3), pp. 376-411.
- ECHIA (2005), *Position Paper on Internal Auditing in Europe*.
- EMMANUEL E.J., EMMANUEL L. (1996), «What is accountability in health care?», *Annals of Internal Medicine*, 124 (2), pp. 229-239.
- FAZIO F. (2010), «Il nuovo Patto per la salute: un punto di partenza», *Monitor* 25, pp. 7-9.
- FEARON J.D. (1999), «Electoral accountability and the control of politicians: selecting good types versus sanctioning poor performance», in A. Przeworski, S.C. Stokes, B. Manin (a cura di), *Democracy Accountability, and Representation*, Cambridge University Press.
- FINOCCHI GHERSI R., TARDIOLA A. (2010), «Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del SSN», in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La Sanità In Italia, Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Quaderni ASTRID, il Mulino, Bologna.
- FRANCE G. (2001), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali: quattro paesi, quattro approcci*, Giuffrè, Milano.
- GAMM L.D. (1996), «Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems», *Health Care Management Review*, 21 (2), pp. 74-86.
- GRAY A., JENKINS B. (1993), «Codes of accountability in the new public sector», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 6 (3), pp. 52-67.
- GRUPPO DI STUDIO E ATTENZIONE AIDEA (2008), *Innovazione e accountability nella pubblica amministrazione i drivers del cambiamento*, Rirea, Roma.
- HOOD C. (1995), «The new public management in the 1980s: variation on a theme», *Accounting Organizations and Society*, 20 (2/3), pp. 93-109.
- IIA (2001), *Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*, Institute of Internal Auditors.
- INTOSAI (2004), *Guidelines for Internal Control Standards for the Public Sector, International*.
- JCAHO (2001), *Sentinel Event Glossary of Terms*, Joint Commission Resources, OakBrook Terrace, IL.
- JONES M.J. (2008), «Internal control, accountability and corporate governance. Medieval and modern Britain compared», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21 (7), pp. 1052-1075.
- LO SCALZO A., DONATINI A., ORZELLA L., CICCETTI A., PROFILI S., MARESSO A. (2009), «Italy: Health system review», *Health Systems in Transition*, 11 (6), pp. 1-216.
- LUISS «GUIDO CARLI» - CENTRO DI RICERCA SULLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE «V. BACHELET» (2008), «Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale», Roma.
- MAPELLI V. (1999), *L'allocazione delle risorse nel servizio sanitario nazionale*, Ministero del Tesoro, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Roma.
- MARCHI L. (2008), *Revisione aziendale e sistemi di controllo interno*, Giuffrè, Milano.
- MAYSTON D. (1993), «Principals, agents and the economics of accountability in the new public sector», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 6 (3), pp. 68-96.
- MILLAR M., MCKEVITT D. (2000), «Accountability and performance measurement: An assessment of the Irish health care system», *International Review of Administrative Sciences*, 66 (2), pp. 285-296.
- MORLEY FLETCHER E. (2010), «Informatizzazione della sanità e riforma federalista», in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola (a cura di), *La Sanità In Italia, Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Quaderni ASTRID, il Mulino, Bologna.
- MOSS F. (1995), «Risk management and quality of care», *Quality in Health Care*, 4 (2), pp. 102-107.
- MULGAN R. (2000), «Accountability: an ever-expanding concept?», *Public Administration*, 78 (3), pp. 555-573.
- OLLA G., PAVAN A. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- ONGARO E. (2003), «Problematiche emergenti di accountability nel contesto del decentramento e delle riforme del management pubblico», in F. Pezzani (a cura di), *L'accountability delle amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

- PALUMBO F. (2010), «Il Patto per la salute, un'occasione per rilanciare la programmazione», *Monitor* 25, pp. 12-14.
- PAMMOLLI F., SALERNO N.C. (2004), «I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del "mercato" sanitario», Nota CERM 11/04, ottobre.
- PAVAN A., GUGLIOTTA A., REGINATO E. (2002), «Nuovi strumenti di programmazione e controllo e sistema di indicatori di performance nelle aziende sanitarie», in L. Anselmi, M. Saita (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- PAVAN A., REGINATO E. (2005), *Prospettive di accountability ed efficienza nello Stato italiano*, Giuffrè, Milano.
- PELLEGRINI L., TONIOLO F. (2003), «Le differenze fra le Regioni hanno radici antiche», *Monitor*, 5, Roma.
- PELLEGRINI L., TONIOLO F. (2005), «Tanti sistemi, tanti linguaggi», *Monitor*, 13, pp. 2-7.
- PERSIANI N. (2008), *Principi contabili e di controllo interno per le aziende sanitarie e ospedaliere*, Franco-Angeli, Milano.
- PEZZANI F. (2005), «L'accountability: l'analisi del contesto e le esigenze», in F. Pezzani (a cura di), *Logiche e strumenti di accountability per le Amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- POLLIT C., BOUCKAERT G. (2004), *Public management reform*, Oxford University Press.
- REGINATO E. (2010), «Accountability Perspectives in Italian Municipality Accounting Systems: the gap between regulations and practices», *Public Administration Quarterly*, 34 (4), pp. 552-590.
- ROSSI F. (2008), «I principi del controllo interno per le aziende sanitarie e ospedaliere», in Persiani N. (2008).
- SCALLY G., DONALDSON L.J. (1998), «Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England», *British Medical Journal*, 317 (7150), pp. 61-65.
- SCARPARO S. (2011), «Clinical Audit, Guidelines and Standards: A Productive Relation for Managing Clinical Practices», *Financial Accountability & Management*, 27 (1), pp. 83-101.
- SCHEGGI M. (2006), «Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Note a margine del dibattito in corso sul futuro possibile del SSN, Firenze, settembre», www.health-management.it.
- SINCLAIR A. (1995), «The chameleon of accountability: forms and discourses», *Accounting Organizations and Society*, 20 (2/3), pp. 219-237.
- STAREY N. (2001), «What is clinical governance», www.evidence-based-medicine.co.uk.
- STECOLINI I. (2003), «L'accountability delle pubbliche amministrazioni. Definizione, profili di classificazione, evoluzione», in F. Pezzani (a cura di) *L'accountability delle amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- STERCK M., BOUCKAERT G. (2006), «International audit trend in the Public Sector», *The internal Auditor*, 63 (4), pp. 49-53.
- STEWART J.D. (1984), «The role of information in public accountability», in A. Hoopwood, C. Tomkins (a cura di), *Issues in Public Sector Accounting*, Philip Allan Publishers Limited, London.
- TROUPIN S., PUT V., WEETS K., BOUCKAERT G. (2010), «Public Audit Systems: from trends to choices», paper presented at the 6th Transatlantic Dialogue Conference, Siena, 24-26 giugno.
- VINCENT C., MOSS F. (1995), «Clinical risk management: one piece of the quality jigsaw», *Quality in Health Care*, 4 (2), pp. 73-74.
- ZANGRANDI A. (1994), *Autonomia ed economicità nelle aziende pubbliche*, Giuffrè, Milano.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Armonizzazione contabile e rendiconto finanziario del Servizio sanitario regionale. Il caso della Regione Umbria

NICCOLÒ PERSIANI, ALBERTO ROMOLINI, FABRIZIO ROSSI, CLAUDIA GALANTI

The introduction of New Public Management (NPM) and of the accrual accounting did not bridge the differences between the various European accounting traditions. In our Country, different accounting methods endure in all public sector. In the Healthcare System these differences emerge more strongly. The recent rules of accounting harmonization seem to be the answers to this accounting disharmony, and represent a means of controlling public expenditure. This study aims to analyse the consolidated cash flow statements of regional healthcare system as a new tool for the harmonization. The paper is divided in two logical parts: in the first one we analyse how the new cash flow statements, provided by the Decree 118/2011; in the second part we analyse the consolidated cash flow statements that has been applied experimentally in the Umbria Region.

Keywords: accounting harmonization, consolidated cash flow statements, healthcare expenditure

Parole chiave: armonizzazione contabile, bilancio consolidato, rendiconto finanziario, spesa sanitaria

Note sugli autori

Si veda a fine articolo

Attribuzione

Si veda a fine articolo

1. Introduzione

Il tema dell'armonizzazione e della standardizzazione contabile è stato oggetto di numerosi studi in ambito nazionale e internazionale. Armonizzazione e standardizzazione sono state collegate, nella maggior parte dei casi, al fenomeno dell'internazionalizzazione, osservato sotto punti di vista diversi: il potere di mercato (Hymer, 1976), il ciclo di vita internazionale del prodotto (Vernon, 1996), i costi transnazionali (Teece, 1981; Caves, 1982).

A partire dagli anni novanta, le principali organizzazioni a livello internazionale hanno, invece, affrontato il tema dell'armonizzazione e della standardizzazione contabile con l'obiettivo di garantire una migliore comparabilità delle informazioni di bilancio (Campedelli, 2003). L'adozione di un linguaggio contabile condiviso è, infatti, legato all'introduzione di regole di generale accettazione, secondo l'approccio dell'armonizzazione contabile, o all'adozione di una soluzione preesistente ritenuta come *best practice*, secondo l'approccio della standardizzazione (Di Pietra, 2002). Il percorso di armonizzazione e standardizzazione contabile è stato istituzionalmente seguito dallo IASB (*International Accounting Standards Board*) e recepito dall'Unione europea (Ue). A livello europeo, l'armonizzazione ha subito una trasformazione verso un più rapido approccio di standardizzazione attraverso l'emanazione dei Regolamenti Ue 1606 del 2002 e 1725 del 2003.

I principali studi sull'armonizzazione e standardizzazione si concentrano sulle so-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'armonizzazione contabile nel Servizio sanitario nazionale italiano
3. Il rendiconto finanziario delle aziende e degli enti del Servizio sanitario italiano
4. Il metodo della ricerca
5. I nuovi strumenti contabili ed il rendiconto finanziario della Regione Umbria
6. Il bilancio consolidato e il rendiconto finanziario consolidato del Sistema sanitario della Regione Umbria
7. Conclusioni

cietà quotate. Alcuni Autori hanno, infatti, osservato che l'adozione di regole contabili condivise a livello internazionale determina un miglioramento dell'informativa di bilancio (Bartov *et al.*, 2005; Schipper, 2005; Daske, Gebhardt, 2006). Altri studi si sono, invece, occupati delle problematiche delle piccole e medie imprese (PMI) (Di Pietra, Evans *et al.*, 2008).

Diverso e più collegato alle specifiche finalità che essi rappresentavano è stato il procedere del tema dell'armonizzazione dei bilanci delle amministrazioni pubbliche e, più in particolare, dei bilanci degli Stati sovrani. In questo settore, infatti, da una parte, allo scopo di riuscire a perseguire più efficienti politiche di controllo della spesa, si è assistito all'adozione di strumenti e tecniche contabili mutate dalle imprese (Chan, 2003; Broadbent, Guthrie, 2008); dall'altra, in particolare per comparare le diverse politiche finanziarie e fiscali in ambito Ue, si è cercato di uniformare i sistemi rilevativi nazionali e la metodologia di calcolo di comuni indicatori.

Sul primo punto dobbiamo rilevare come, già dalla fine degli anni '90, alcuni Autori abbiano sostenuto l'opportunità di utilizzare gli stessi principi e sistemi contabili nelle imprese private e nelle aziende pubbliche (Micallef, Pierson, 1997; Antony, 2000; Papenfuß, Schaefer, 2009). Di contro, altri studi hanno evidenziato come le riforme nella prospettiva dell'adozione di strumenti e principi simili alle imprese non avessero prodotto i risultati sperati (Olson *et al.*, 1998; Broadbent, Laughlin, 1998; Lapsley, 1999; Nasi, Steccolini, 2008).

L'approccio alla «sovraposizione» tra pubblico e privato ha influenzato anche il percorso di armonizzazione contabile delle aziende pubbliche attraverso lo sviluppo degli *International Public Sector Accounting Standards (IPSASs)*, elaborati a partire dall'esperienza degli IAS/IFRSs. In Europa, in particolare, il percorso di armonizzazione deve necessariamente tenere in considerazione le differenti tradizioni contabili, gli strumenti e le regole che divergono nei vari Paesi e, talvolta, anche all'interno di ciascuno di essi (Lüder, Jones, 2003).

Sul secondo punto, invece, il problema dell'armonizzazione contabile delle amministrazioni pubbliche ha assunto una rilevan-

za sovranazionale, legata alla progressiva internazionalizzazione dei Paesi integrati nell'Unione europea. L'incipiente crisi finanziaria, che trova senza dubbio origine nella scarsa capacità di controllo sul debito pubblico dei diversi Paesi, ha, infine, posto nuovi quesiti e ambiti di riflessioni su tale tema. Essa ha, infatti, evidenziato la necessità di un maggiore rigore nella redazione dei bilanci nazionali allo scopo di garantire, da una parte, la verifica del rispetto dei parametri obiettivo concordati a livello europeo, dall'altra, una più puntuale pianificazione e programmazione della spesa in linea con una sempre più richiesta comune politica monetaria.

A questo percorso non è stato ovviamente estraneo il nostro Paese che, più di altri, ha sofferto il grave momento di crisi e, in un processo di federalizzazione della struttura pubblica *in itinere*, ha sentito l'esigenza di armonizzazione dei conti tra i diversi livelli di governo.

Non è un caso allora che gran parte dell'attenzione si sia concentrata sull'armonizzazione dei sistemi di rendicontazione della contabilità dello Stato con quelli degli enti locali e delle aziende sanitarie (che del livello regionale costituiscono la principale risorsa) nei quali hanno sino a oggi convissuto sistemi contabili diversi (Borgonovi, 2005), impostati, talvolta, sulla tradizionale contabilità finanziaria e, in altri casi, sulla contabilità economico-patrimoniale.

Si pensi, per esempio, che lo Stato utilizza la contabilità finanziaria; le Regioni (che nel processo di decentramento dello Stato italiano costituiscono il perno del nuovo sistema di deleghe ai territori) hanno sempre adottato una contabilità finanziaria basata su regole e forme diverse da quelle dello Stato e regolate con leggi proprie; gli enti locali hanno sempre usato una contabilità finanziaria integrata, spesso in modo solo formale, con quella economico-patrimoniale (Caperchione, 2003; Anessi Pessina *et al.*, 2008; Nasi, Steccolini, 2008); infine il Sistema sanitario e il complesso delle società partecipate dagli enti pubblici hanno impiegato una contabilità economico-patrimoniale.

Nella sanità il trasferimento alle Regioni di tutte le competenze organizzative, gestionali e contabili in materia sanitaria ha reso necessaria una più puntuale modalità di ren-

dicontazione e di controllo sui diversi modelli erogativi dei servizi adottati (Del Vecchio, 2008) e ha anche sviluppato nei diversi sistemi differenti culture e modalità di rendicontazione che, solo nel generale richiamo della norma ai principi contabili civilistici, hanno trovato elemento di comunanza. Tale situazione ha, peraltro, favorito la convivenza nel passato di molteplici normative contabili regionali (Persiani, 2006) e di diverse modalità di rendicontazione, il cui risultato effettivo è stato quello di impedire nel tempo un'efficace comparazione e monitoraggio.

La rilevanza della tematica è stata più recentemente accresciuta dai dissesti finanziari di interi sistemi regionali, i cui diversi sistemi contabili adottati hanno reso, nell'ambito dei relativi commissariamenti, estremamente difficile la quantificazione delle partite attive e passive dei bilanci delle proprie aziende.

Il dibattito che ne è scaturito sul modello contabile e di bilancio da adottarsi negli enti del Servizio sanitario si è allora concentrato fondamentalmente su tre aspetti.

Il primo è legato alla sua *strutturazione e al suo sistema di norme di riferimento*. È in quest'ambito che è stato approfondito il tema del rapporto tra principi contabili nazionali privatistici (richiamati dal D.L.vo 502/92 come norma uniformante per i bilanci delle aziende e degli enti del Servizio sanitario), la normativa specifica legata alla contabilità pubblica (oggi in corso di profonda rivisitazione in ottica di integrazione europea e di strutturazione del nuovo sistema informativo federale) e le diverse regolamentazioni delle singole Regioni (che, in quanto enti delegati alla gestione del Servizio sanitario, fino a oggi, sono state dotate di ampia autonomia nella normazione delle regole contabili da adottarsi).

Il secondo si è invece incentrato sull'*analisi di alcune specificità o casistiche* che non trovano applicazione nelle aziende industriali e commerciali e pertanto non sono regolate dai principi contabili (al cui modello si deve, come visto, uniformare la contabilità delle aziende sanitarie), essendo invece frequenti nella vita gestionale delle aziende sanitarie e ospedaliere. Hanno trovato, in questo ambito, trattazione e approfondimento i più svariati aspetti che, talvolta, non hanno mancato di suscitare un forte dibattito, ben più ampio di quello che la loro intrinseca complessità tecnica avrebbe meritato.

Il terzo, infine, si è concentrato sul *modello di controllo contabile della spesa sanitaria* che, come visto, oggi è in larga prevalenza gestito dalle Regioni. L'attenzione si è pertanto focalizzata sul sistema di relazioni tra bilancio delle aziende sanitarie e ospedaliere e bilancio della Regione, nonché sulla più opportuna strumentazione sottostante, in un contesto che, pur essendo basato su un sistema contabile costruito secondo le regole economico-patrimoniali proprie delle imprese, è applicato integralmente nell'ambito di una pubblica amministrazione caratterizzata da un sistema di finanza derivata.

La recente occasione della riforma della contabilità dello Stato e la revisione, in senso federale del sistema di monitoraggio, consolidamento e controllo della spesa, è stata allora colta come occasione per intervenire, anche nel settore sanitario, inserendo nel D.L.vo 118/2011 un titolo a questo appositamente dedicato. Come meglio si vedrà nelle pagine che seguono, il risultato raggiunto, se pur ancora lontano da un assetto definitivo, costituisce un potenziamento importante e si offre come valido presupposto per la costruzione del nuovo modello di monitoraggio della spesa nazionale.

2. L'armonizzazione contabile nel Servizio sanitario nazionale italiano

Il profondo ripensamento del sistema contabile del Servizio sanitario nazionale contenuto nel D.L.vo 118/2011 trova la sua origine in un contesto che è sicuramente più complesso del semplice dibattito sul metodo contabile e che risente dell'effetto e delle istanze dei tre grandi vettori di cambiamento che in questo momento stanno coinvolgendo il tema della programmazione e del controllo della spesa sanitaria da un punto di vista contabile.

Questi possono essere così sintetizzati:

a) *Federalismo*: il tema del federalismo è oggi il perno intorno al quale ruota tutto il dibattito sulla riforma della pubblica amministrazione nel nostro Paese. Per la sanità, esso assume un significato particolare e si richiama al fatto che la gestione della spesa sanitaria è l'ambito di autonomia più ampio oggi a disposizione delle Regioni. Possiamo addirittura dire che la sanità è stato il compar-

to della pubblica amministrazione in cui si è maggiormente misurata, in questi anni, la capacità di delega dello Stato e l'autonomia decisoria delle Regioni stesse. Appare, infatti, evidente come sia impossibile pensare a un forte sistema di delega che prescindano da una chiara e trasparente (ma soprattutto univoca) capacità di rendicontazione delle risorse utilizzate. Il nuovo sistema di rendicontazione si dovrà basare allora sulla costruzione di un chiaro e funzionale sistema contabile che garantisca un corretto equilibrio e rapporto tra Stato e Regioni. Proprio la logica federale, che in un primo tempo era stata erroneamente interpretata come autonomia normativa nella definizione delle regole contabili, in questa fase storica è stato motivo propulsore di una riforma normativa che ha interpretato l'omogeneità e la comparabilità dei dati contabili come presupposto di un corretto rapporto tra Stato e Regioni;

b) *Certificabilità*: il concetto di certificabilità compare nel nostro Servizio sanitario nazionale per la prima volta all'art. 11 del *Patto sulla Salute 2010-2012* quando dichiara che le Regioni «si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili»; altresì chiede alle Regioni di avviare procedure «per perseguire la certificabilità dei bilanci». Questo concetto, riprendendo percorsi avviati in alcune realtà regionali, pone al centro del dibattito il tema dell'attendibilità delle rilevazioni nonché quello della loro verificabilità;

c) *Armonizzazione*: l'armonizzazione e la conseguente standardizzazione contabile, infine, trova il proprio fondamento sia nel contesto comunitario, sempre più indirizzato a creare meccanismi di rendicontazione della spesa pubblica confrontabili e, perciò, verificabili, che in quello nazionale con la L. 42/2009 in materia di federalismo fiscale, come modificata dalla L. 196/2009 di riforma del sistema di contabilità pubblica. Obiettivo della legge era quello di superare la condizione di «federalismo contabile» che caratterizzava il settore pubblico italiano e che trovava, come detto, nella sanità una delle sue manifestazioni più evidenti. Dopo il D.L.vo 118/11, tale obiettivo appare aver trovato una risposta attraverso un percorso

che condizionerà nei prossimi anni la modalità di redazione dei bilanci. Nonostante il decreto parli di armonizzazione, il percorso avviato in sanità, in termini teorici, si inserisce nell'approccio alla standardizzazione dei sistemi contabili regionali.

L'analisi del Titolo II del D.L.vo 118/2011 porta a comprendere quali siano le effettive linee evolutive della contabilità delle aziende sanitarie e ospedaliere. In quest'ottica, le principali novità in materia possono essere così sintetizzate:

– la realizzazione di un modello contabile unico a livello nazionale. Nel recepimento del modello contabile delle imprese e nell'estensione dell'obbligo di utilizzo dei principi contabili nazionali si è, di fatto, superata la logica delle differenze regionali a favore di un unico modello nazionale. Tali principi, allo scopo di affrontare le specificità settoriali e le conseguenze contabili derivanti dalla natura pubblica di tali enti, sono pertanto stati integrati tramite deroghe specifiche tassativamente elencate;

– la focalizzazione dell'attenzione anche sulle spese gestite in via diretta dalle Regioni (per esempio contributi in c/esercizio, acquisti di servizi, ecc.) attraverso l'istituzione della c.d. «contabilità accentrata regionale». In sostanza, viene attivata all'interno del bilancio delle Regioni una contabilità separata finalizzata a rilevare gli utilizzi del fondo sanitario regionale gestiti direttamente tramite le strutture regionali. Tale innovazione comporta, da una parte, un più completo monitoraggio delle modalità di utilizzo delle risorse gestite direttamente dalle Regioni, dall'altra, impone un più complesso sistema di raccordo tra contabilità pubblica regionale ed economico patrimoniale delle aziende;

– la previsione di un bilancio consolidato a livello regionale che sintetizzi la spesa regionale con quella di enti, aziende e agenzie. Tale innovazione crea il presupposto del nuovo modello di monitoraggio della spesa sanitaria nel rapporto tra Stato e Regioni. Le aziende sanitarie e ospedaliere, che fino a ieri erano state il perno del sistema di gestione e monitoraggio della spesa, sono adesso subordinate a una logica *corporate*, incentrata sul nuovo ruolo che il sistema federale attribuisce alle Regioni. Con questo strumento

e con il precedente viene pertanto gestita la problematica del diverso modello contabile tra Regioni e aziende e, allo stesso tempo, viene offerto uno strumento unitario per analizzare e controllare le modalità di utilizzo di tutto il sistema di finanziamenti destinati alla Salute;

– infine, l'inserimento di uno specifico modello di rendiconto finanziario, quale componente obbligatoria del bilancio, finalizzato a un monitoraggio dei flussi di investimento e di liquidità dei diversi sistemi. Questo rappresenta una fondamentale novità e nel tempo costituirà il presupposto di nuove e interessanti analisi comparative sulla spesa sanitaria pubblica. È indubbio, infatti, che l'adozione della contabilità economico-patrimoniale abbia, nel tempo, portato a sottovalutare l'analisi finanziaria delle aziende sanitarie e le abbia allontanate dal sistema di regole e vincoli propri della finanza pubblica. Il nuovo modello di rendiconto finanziario diventa, invece, obbligatorio e parte integrante del bilancio, analogamente allo Stato patrimoniale e alla Nota integrativa.

Il combinato disposto di queste innovazioni offre una risposta alle problematiche innanzi citate e offre una strumentazione nuova su cui correttamente impostare un modello di monitoraggio e controllo della spesa.

In particolare, i vari canali di gestione della spesa (bilanci aziendali, bilancio regionale) vengono sintetizzati in un unico documento consolidato alla base della cui redazione viene adottato un corpo di principi contabili questa volta nazionale.

3. Il rendiconto finanziario delle aziende e degli enti del servizio sanitario italiano

In Italia, il rendiconto finanziario non è considerato dal Codice civile come allegato obbligatorio al bilancio. La sua assenza, pertanto, non è ritenuta una violazione del principio di rappresentazione veritiera e corretta della situazione economica, finanziaria e patrimoniale delle aziende. Dobbiamo tuttavia sottolineare come, proprio per l'importanza dell'informativa esposta in questo documento, i principi contabili italiani (CNDCEC, p. 40) hanno suggerito la sua compilazione almeno per le imprese di più grande dimensione. Deve allora essere letta come una im-

portante novità, tesa a meglio rappresentare le specificità del contesto pubblico, la previsione di tale strumento da parte del legislatore nel D.L.vo 118/2011.

Come anticipato, tale strumento dovrà, infatti, costituire il raccordo informativo tra le informazioni economico-patrimoniali, proprie della contabilità delle aziende sanitarie e ospedaliere, e le informazioni finanziarie, proprie della contabilità delle Regioni e dello Stato, sia a livello preventivo che consuntivo.

A tale scopo, infatti, per gli enti del Servizio sanitario è stata prevista la redazione di due specifici documenti (entrambi redatti secondo lo schema previsto nella **tabella 1**): il primo definito piano dei flussi di cassa prospettici (art. 25, c. 2), nel nuovo bilancio preventivo economico annuale, il secondo rendiconto finanziario (art. 26, c. 1), quale documento consuntivo; entrambi i documenti sono considerati quali parti integranti del bilancio di esercizio. La finalità dell'introduzione di tale strumento è evidente. In un comparto della pubblica amministrazione che per primo ha adottato la contabilità economico-patrimoniale, si cerca di recuperare la cultura delle informazioni a carattere finanziario allo scopo di rendere più efficace il monitoraggio dei trasferimenti di risorse dalle strutture centrali a quelle periferiche e di dotarsi di uno strumento di raccordo con i bilanci finanziari degli enti sovra-ordinati (Regione e Stato).

Il piano dei flussi di cassa prospettici è da interpretarsi come una proiezione finanziaria dei valori contenuti nel preventivo economico annuale raccordato con il preventivo finanziario approvato dalla Regione e con il piano degli investimenti.

Il rendiconto finanziario evidenzia, a consuntivo, il flusso di cassa generato dalle operazioni reddituali, dalle attività di investimento e dalle scelte di finanziamento. Esso esplicita, in sostanza, la modalità di utilizzo delle risorse finanziarie trasferite per l'erogazione dei servizi o per il sostegno alle politiche di investimento.

Pur non entrando nel merito dell'analisi degli aspetti formali e delle modalità di utilizzo del rendiconto finanziario, e rinviando per questo alla abbondante bibliografia in materia, si sottolineano i seguenti aspetti.

Si osserva innanzitutto che, da una parte, l'impianto adottato dal legislatore è coeren-

Tabella 1

Schema di Piano dei flussi di cassa prospettici e di Rendiconto finanziario previsto dal D.L.vo 118/2011

SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO		anno X	anno X-1
OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE			
(+)	risultato di esercizio		
	- Voci che non hanno effetto sulla liquidità: costi e ricavi non monetari		
(+)	ammortamenti fabbricati		
(+)	ammortamenti altre immobilizzazioni materiali		
(+)	ammortamenti immobilizzazioni immateriali		
Ammortamenti			
(-)	Utilizzo finanziamenti per investimenti		
(-)	Utilizzo fondi riserva: investimenti, incentivi al personale, successioni e donaz., plusvalenze da reinvestire		
utilizzo contributi in c/ capitale e fondi riserva			
(+)	accantonamenti SUM AI		
(-)	pagamenti SUM AI		
(+)	accantonamenti TFR		
(-)	pagamenti TFR		
- Premio operosità medici SUM AI + TFR			
(+/-)	Rivalutazioni/svalutazioni di attività finanziarie		
(+)	accantonamenti a fondi svalutazioni		
(-)	utilizzo fondi svalutazioni*		
- Fondi svalutazione di attività			
(+)	accantonamenti a fondi per rischi e oneri		
(-)	utilizzo fondi per rischi e oneri		
- Fondo per rischi ed oneri futuri			
TOTALE Flusso di CCN della gestione corrente			
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso regione e provincia autonoma, esclusa la variazione relativa a debiti		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso comune		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso aziende sanitarie pubbliche		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso arpa		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso fornitori		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti tributari		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso istituti di previdenza		
(+)/(-)	aumento/diminuzione altri debiti		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti (escl forn di immob e C/C bancari e istituto tesoriere)		
(+)/(-)	aumento/diminuzione ratei e risconti passivi		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/stato quote indistinte		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/stato quote vincolate		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per gettito addizionali Irpef e Irap		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per partecipazioni regioni a statuto speciale		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - vincolate per partecipazioni regioni a statuto speciale		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - gettito fiscalità regionale		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - altri contributi extrafondo		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Comune		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Asl-Ao		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/ARPA		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Erario		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Altri		
(+)/(-)	diminuzione/aumento di crediti		
(+)/(-)	diminuzione/aumento del magazzino		
(+)/(-)	diminuzione/aumento di acconti a fornitori per magazzino		
(+)/(-)	diminuzione/aumento rimanenze		
(+)/(-)	diminuzione/aumento ratei e risconti attivi		
A - Totale operazioni di gestione reddituale			

SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO		anno X	anno X - 1
ATTIVITÀ DI INVESTIMENTO			
(-)	Acquisto costi di impianto e di ampliamento		
(-)	Acquisto costi di ricerca e sviluppo		
(-)	Acquisto Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno		
(-)	Acquisto immobilizzazioni immateriali in corso		
(-)	Acquisto altre immobilizzazioni immateriali		
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Immateriali		
(+)	Valore netto contabile costi di impianto e di ampliamento dismessi		
(+)	Valore netto contabile costi di ricerca e sviluppo dismessi		
(+)	Valore netto contabile Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno dismessi		
(+)	Valore netto contabile immobilizzazioni immateriali in corso dismesse		
(+)	Valore netto contabile altre immobilizzazioni immateriali dismesse		
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Immateriali dismesse		
(-)	Acquisto terreni		
(-)	Acquisto fabbricati		
(-)	Acquisto impianti e macchinari		
(-)	Acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche		
(-)	Acquisto mobili e arredi		
(-)	Acquisto automezzi		
(-)	Acquisto altri beni materiali		
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Materiali		
(+)	Valore netto contabile terreni dismessi		
(+)	Valore netto contabile fabbricati dismessi		
(+)	Valore netto contabile impianti e macchinari dismessi		
(+)	Valore netto contabile attrezzature sanitarie e scientifiche dismesse		
(+)	Valore netto contabile mobili e arredi dismessi		
(+)	Valore netto contabile automezzi dismessi		
(+)	Valore netto contabile altri beni materiali dismessi		
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Materiali dismesse		
(-)	Acquisto crediti finanziari		
(-)	Acquisto titoli		
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Finanziarie		
(+)	Valore netto contabile crediti finanziari dismessi		
(+)	Valore netto contabile titoli dismessi		
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Finanziarie dismesse		
(+/-)	Aumento/Diminuzione debiti v/fornitori di immobilizzazioni		
B - Totale attività di investimento			
ATTIVITÀ DI FINANZIAMENTO			
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Stato (finanziamenti per investimenti)		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (finanziamenti per investimenti)		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (aumento fondo di dotazione)		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (ripiamo perdite)		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (copertura debiti al 31.12.2005)		
(+)	aumento fondo di dotazione		
(+)	aumento contributi in c/capitale da regione e da altri		
(+)/(-)	altri aumenti/diminuzioni al patrimonio netto*		
(+)/(-)	aumenti/diminuzioni nette contabili al patrimonio netto		
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti C/C bancari e istituto tesoriere*		
(+)	assunzione nuovi mutui*		
(-)	mutui quota capitale rimborsata		
C - Totale attività di finanziamento			
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A+B+C)			

te con quello proposto dai principi contabili internazionali, e in particolare con lo IAS 7 che considera il rendiconto finanziario come parte integrante del bilancio d'esercizio, e dall'altra ripercorre, nella sua duplice veste, le logiche del bilancio finanziario e del sistema di finanza derivata in cui opera il Servizio sanitario nazionale italiano. Possiamo addirittura sostenere che le esigenze manifestate dai principi contabili internazionali siano significativamente accresciute dalla normativa in materia sanitaria. Qui l'analisi dei flussi finanziari è interpretata come lo strumento che, in sede preventiva, consente di evidenziare la capacità di un'azienda (o di un sistema regionale) di far fronte ai suoi impegni finanziari nel breve termine, nonché di conoscere, in sede consuntiva, i flussi che hanno caratterizzato la gestione nel corso dell'esercizio. Esso, in sostanza, rappresenta, in pieno accordo con il modello di contabilità finanziaria proprio della Regione, le dinamiche di flusso legate alla gestione corrente e degli investimenti, misurando quale parte di esse contribuisca ai più generali equilibri dell'azienda.

In aggiunta, i dati del rendiconto finanziario, se confrontati nel tempo, offriranno un'analisi utile a rappresentare la storia del «debito» aziendale che ha sostenuto la spesa sanitaria. La comparazione nello spazio consente, invece, di comprendere le differenze e gli squilibri finanziari tra aziende sanitarie, favorendo il controllo contabile della spesa sanitaria a livello regionale.

Ulteriore aspetto significativo è il fatto che in un sistema caratterizzato dall'impiego della contabilità economico-patrimoniale (nelle aziende) e della tradizionale contabilità finanziaria nell'ente regolatore (la Regione), il rendiconto finanziario ipotizzato dal legislatore costituisce un possibile strumento di raccordo dei due sistemi contabili, attraverso la riconciliazione dei flussi di cassa delle aziende con i valori del sistema di bilancio pubblico regionale.

In particolare, in sede di preventivo, il dato consolidato dei flussi di cassa mostra la sostenibilità finanziaria delle scelte di gestione reddituale e degli investimenti. Scelte che, attraverso il documento «piano dei flussi di cassa consolidato», risulteranno misurate e trasparenti. In esso sarà possibile desumere informazioni inerenti le dinamiche

attese dalla Regione per quanto concerne, tra gli altri, i tempi di pagamento ai fornitori, i tempi di trasferimento di risorse tra Regione e aziende, l'ammontare dell'indebitamento esterno del sistema.

A consuntivo, è invece realizzato un meccanismo di riconciliazione dei valori finanziari del bilancio regionale con le risultanze dei rendiconti finanziari delle aziende sanitarie. Tale meccanismo viene evidenziato nel caso di seguito proposto, laddove dai bilanci aziendali si può giungere, attraverso il rendiconto finanziario, a una quadratura con i movimenti dei capitoli di entrata e di spesa della Regione.

Un ulteriore contributo che verrà dato dalla lettura dei dati sui flussi finanziari sarà quello di mappare le politiche degli investimenti e le modalità di finanziamento degli investimenti che il D.L.vo 118/11 e la normativa successiva stanno profondamente ripensando. In particolare sarà possibile analizzare, sia a livello aziendale che consolidato regionale, i flussi di risorse correnti utilizzati per finanziare investimenti o alternativamente i volumi di cassa destinati a investimenti usati per pagare le spese correnti.

In sintesi, l'analisi dei flussi attraverso lo schema proposto dal legislatore può essere osservata in due diversi momenti:

– a preventivo, nel piano dei flussi di cassa prospettici, il flusso di cassa complessivo rappresenta la situazione finanziaria in coerenza con gli obiettivi delle tre aree gestionali. Per l'area reddituale, si prevede un risultato di esercizio di sostanziale pareggio, una dinamica dei flussi di capitale circolante netto (CCN) in linea con i programmati tempi di pagamento e di incasso. Per l'area investimenti, si evidenzia un ammontare di risorse impiegate correlabili con le fonti di finanziamento di medio lungo termine, non essendo razionale pensare di utilizzare forme di indebitamento corrente o di breve periodo. Per l'area finanziamenti assumono particolare rilevanza la programmazione dei tempi di erogazione da parte delle Regioni e dello Stato e la proiezione degli effetti del rimborso dei mutui sui flussi di cassa, quale valutazione della capacità di indebitamento dell'azienda;

– a consuntivo, nel rendiconto finanziario, il flusso di cassa complessivo rappresenta

le entrate e le uscite dell'esercizio, distinte a seconda dell'appartenenza all'attività reddituale, di investimento o finanziaria. Il rendiconto finanziario offre anche informazioni in merito all'autofinanziamento, al finanziamento esterno dell'azienda, al grado di indebitamento, all'attività d'investimento e alle variazioni nella situazione patrimoniale, alle correlazioni tra le fonti di finanziamento e gli investimenti.

4. Il metodo della ricerca

Il presente lavoro, si propone di valutare la capacità informativa dei nuovi strumenti proposti dal D.L.vo 118/2011, e si focalizza in particolare sulle rilevazioni consolidate a livello regionale con particolare riferimento al rendiconto finanziario consolidato.

In particolare la nuova strumentazione contabile è stata applicata a un caso aziendale significativo allo scopo di testarne la funzionalità e la capacità informativa.

La ricerca è stata, pertanto realizzata secondo il seguente schema metodologico:

- selezione di un caso di studio (Eisenhardt, 1989; Ryan *et al.*, 2002; Yin, 2003) regionale significativo;
- riclassificazione dei bilanci degli esercizi 2009 e 2010 (gli ultimi disponibili al momento della raccolta dei dati) degli enti e delle aziende della Regione secondo i nuovi schemi previsti dal D.L.vo 118/2011;
- elaborazione del nuovo schema di rendiconto finanziario previsto dalla citata normativa per i due esercizi;
- elaborazione del rendiconto finanziario della contabilità accentrata della stessa Regione;
- costruzione del rendiconto finanziario consolidato;
- analisi dei dati.

La scelta di un intero contesto regionale è apparsa la più adeguata per approfondire tutti i livelli di elaborazione e consolidamento. Non sarebbe stato, infatti, sufficiente limitarsi all'osservazione del caso di una sola azienda o di singole aziende di diverse Regioni in quanto questa scelta non sarebbe stata dotata di tutte le informazioni desumibili dal consolidamento della contabilità accentrata regionale e non avrebbe consentito una completa

verifica dei nuovi strumenti normativi. Si sottolinea, come elemento di particolare rilevanza dell'analisi, la scelta della Regione su cui effettuare il caso di studio, ovvero la Regione Umbria. La scelta è caduta su di essa per alcuni specifici motivi:

- l'Umbria è considerata in Italia la Regione *benchmark* in termini di governo della spesa sanitaria (Pammolli, Salerno, 2011; Pammolli, Salerno, 2012). Essa offriva, pertanto, garanzia di adeguata complessità e modernità del sistema oggetto di monitoraggio;

- la stessa Regione, da anni, ha adottato volontariamente i principi contabili civilistici e redige, sempre facoltativamente, il bilancio consolidato del proprio sistema. Tale Regione appare allora una delle più avanzate in materia e quella che meglio di altre poteva favorire il processo di studio;

- sia le aziende che l'ente regionale adottano lo stesso sistema informativo (Sap) facilitando il reperimento dei dati, la loro standardizzazione e la loro qualità;

- infine, la Regione Umbria ha facoltativamente avviato un percorso di certificazione dei bilanci delle proprie aziende garantendo, oltre l'uniformità dei dati, un grado di trasparenza e attendibilità tra i più significativi a livello nazionale (Persiani, 2008).

Per tali ragioni il nuovo modello contabile è stato sperimentalmente applicato sui bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere dell'intera Regione come unità di base del futuro modello di controllo pubblico.

L'elaborazione del nuovo modello di bilancio e dei relativi consolidati e rendiconti finanziari ha consentito in definitiva di studiare anticipatamente la capacità informativa del nuovo sistema contabile.

5. I nuovi strumenti contabili e il rendiconto finanziario della Regione Umbria

Al fine di soddisfare gli obiettivi della ricerca nelle pagine seguenti vengono presentati i dati di sintesi riclassificati dei bilanci delle aziende sanitarie della Regione Umbria (**tabella 2**). Sulla base degli stessi bilanci (che costituiscono il sistema informativo tradizionale) sono stati, poi, calcolati alcuni indicatori al fine di osservarne la capacità informativa (**tabella 3**).

Tabella 2

Valori di bilancio al 31/12/2009 e al 31/12/2010 in €/mln delle aziende della Regione Umbria

Dati di bilancio	Asl 1		Asl 2		Asl 3		Asl 4		A.O. Perugia		A.O. Terni	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Attivo immobilizzato	46.6	50.5	102.9	91.9	106.7	111.0	80.8	83.1	74.5	78.7	49.8	51.3
Attivo circolante	66.3	57.2	163.3	156.1	60.8	55.3	77.8	101.1	98.6	93.7	64.2	60.8
Passività correnti	72.3	64.1	158.4	156.3	96.7	90.6	96.4	121.5	112.8	110.2	92.1	81.6
Passività consolidate	5.8	6.5	14.1	12.5	4.0	4.7	6.9	6.0	11.3	10.5	1.0	1.2
Patrimonio netto	34.8	37.1	93.7	79.2	66.8	71.0	55.3	56.7	49.0	51.7	20.9	29.3
Valore della produzione	258.6	256.8	628.0	618.4	321.6	317.0	425.7	426.2	311.3	309.4	171.1	167.1
Costi personale	84.1	82.8	107.6	105.4	107.9	105.3	84.3	84.7	135.1	133.1	83.7	82.1
Costi per acquisto beni	25.5	25.0	40.3	38.1	41.1	39.7	31.9	31.9	86.8	84.4	40.6	38.4
Costi per acquisto servizi	129.9	124.8	449.6	439.1	151.0	141.0	286.3	283.3	49.7	50.1	32.0	27.4
Altri costi e ricavi netti	19.0	24.1	30.5	35.8	21.6	31.0	23.2	26.3	39.5	41.6	21.3	19.2
Risultato d'esercizio	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	- 6.5	0.0

Tabella 3

Indicatori di bilancio al 31/12/2009 e al 31/12/2010 (valori assoluti) delle aziende della Regione Umbria

	Asl 1		Asl 2		Asl 3		Asl 4		A.O. Perugia		A.O. Terni	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
ROE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	- 0,31	0,00
ROI	0,03	0,00	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,05	0,03	- 0,01	0,03
Equity to total assets	0,75	0,73	0,91	0,86	0,63	0,64	0,68	0,68	0,66	0,66	0,42	0,57
Net Working Capital	- 6.010	- 6.868	4.901	- 198	- 35.932	- 35.325	- 18.560	- 20.464	- 14.246	- 16.497	- 27.930	- 20.746
Current Ratio	0,92	0,89	1,03	1,00	0,63	0,61	0,81	0,83	0,87	0,85	0,70	0,75
Quick Ratio	0,87	0,87	0,99	0,95	0,58	0,56	0,78	0,81	0,79	0,76	0,65	0,70

Dalla lettura dei dati e degli indicatori dei bilanci sopra riportati possiamo trarre alcune considerazioni di sintesi.

In particolare, l'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Umbria risulta confermato dall'analisi. Le aziende sanitarie umbre, a eccezione dell'azienda ospedaliera di Terni, presentano utili d'esercizio in crescita nel confronto tra 2009 e 2010, a testimonianza della capacità del sistema regionale di governare le dinamiche di spesa.

Utilizzando in particolare il ROE come misuratore del pareggio (e pertanto considerato positivo quanto più si avvicina allo 0) si evidenziano valori prossimi a 0 per il 2009, mentre per il 2010 il valore medio di - 0,05 è da attribuire alla rilevante perdita realizzata dall'azienda ospedaliera di Terni. Il pareggio economico delle aziende evidenziato dal precedente indicatore risulta confermato dal valore del ROI che si attesta intorno a 0,03 per entrambi gli esercizi, dato soddisfacente vista la natura pubblica dell'attività svolta.

Il fatto di maggior interesse si deduce soprattutto osservando la composizione del patrimonio delle aziende. Da questa emerge una buona capitalizzazione (fatto da considerarsi assolutamente eccezionale nel panorama nazionale italiano) e una sostanziale stabilità del capitale circolante netto nel biennio.

Lo studio è proseguito con l'elaborazione e l'analisi dei rendiconti finanziari delle stesse aziende utilizzando il modello proposto dal legislatore del D.L.vo 118/11. L'analisi dei dati è effettuata a diversi livelli:

- *aziendale*, attraverso l'elaborazione di singoli rendiconti finanziari (**tabelle 4 e 5**);
- *regionale*, attraverso l'elaborazione, prima, del rendiconto finanziario della gestione sanitaria accentrata, e dopo, del prospetto consolidato per l'intero Servizio Sanitario Regionale.

Per arrivare a una completa comprensione della performance in termini di liquidità del sistema sanitario regionale abbiamo utilizzato uno schema sintetico del rendiconto finanziario previsto dal D.L.vo 118/2011.

Con riferimento ai flussi generati dalla gestione reddituale, si osserva quanto segue.

Emerge una differenza significativa tra i flussi di CCN della gestione corrente nel confronto tra i due anni presi in esame: mentre nel 2009 i suddetti flussi risultano positivi per tutte le aziende sanitarie, nel 2010 quattro aziende mostrano flussi negativi.

Il totale delle operazioni di gestione reddituale segue, nel complesso, lo stesso andamento, pur diversificandosi da azienda ad azienda. Risulta, infatti, positivo per tutte le aziende nel 2009 mentre registra un forte decremento risultando, nel 2010, negativo per quattro aziende sanitarie.

L'attività di investimento, in media, è diminuita nell'anno 2010: si osservano decrementi consistenti per l'Asl 1, l'Asl 3, l'Asl 4, e l'A.O. di Perugia, mentre gli incrementi relativi alle due rimanenti aziende sono, in valore assoluto, molto più contenuti. In media, il flusso di cassa dell'attività d'investimento è stato pari a 6.575 €/000 per il 2009 e di 4.188 €/000 per il 2010, con un decremento percentuale del 36%.

Si osserva anche un'evidente riduzione complessiva dell'attività di finanziamento, che, in media, si dimezza nel 2010 rispetto all'anno precedente. In entrambi gli anni si assiste a un decremento dei crediti verso l'ente Regione per contributi in c/capitale

Tabella 4
Rendiconti finanziari sintetici aziende della Regione Umbria anno 2009.
Datì in €/000

	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	A.O. PG	A.O. TR
Risultato d'esercizio	62	12	33	14	173	12
+ ammortamenti	3.626	4.858	7.309	3.875	8.992	2.738
- utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva	- 4.627	- 4.261	- 4.768	- 2.602	- 4.108	- 3.226
- accantonamenti Fondi spese e rischi (al netto degli utilizzi)	3.487	1.687	4.065	6.396	6.993	1.082
Totale flusso di CCN della gestione corrente	2.548	2.296	6.638	7.682	12.050	606
+ aumento/ - diminuzione debiti (escluso fornitori imm.ni e C/C banca e ist. tesoriere)	8.586	11.958	1.424	3.721	- 2.023	13.913
+ diminuzione/ - aumento di crediti	17.419	175	- 6.236	5.806	- 145	13.301
+ diminuzione/ - aumento rimanenze	- 5	318	- 215	- 180,29	- 383	- 175
diminuzione/aumento ratei e risconti	2.080	2.697	1.708	2.078	1.172	- 19
A - Totale operazioni di gestione reddituale	30.628	17.444	3.318	19.107	10.671	1.024
B - Totale attività di investimento	- 2.194	- 13.838	- 8.650	- 4.007	- 9.444	- 1.318
C - Totale attività di finanziamento	2.005	13.943	5.443	5.536	15.917	564
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A + B + C)	30.439	17.548	112	20.637	17.144	270

	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	A.O. PG	A.O. TR
Risultato d'esercizio	68	27	39	16	228	- 6.485
+ ammortamenti	3.596	4.448	6.979	3.044	8.440	2.851
- utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva	- 3.091	- 3.238	- 6.402	- 2.392	- 7.918	- 2.746
- accantonamenti Fondi spese e rischi (al netto degli utilizzi)	- 709	- 7.781	- 2.437	4.463	4.484	1.547
Totale flusso di CCN della gestione corrente	- 136	- 6.545	- 1.822	5.131	5.235	- 4.833
+ aumento/ - diminuzione debiti (escluso fornitori imm.ni e C/C banca e ist. tesoriere)	7.943	11.007	3.565	- 27.077	1.735	11.500
+ diminuzione/ - aumento di crediti	- 3.937	- 10.546	- 5.305	10.452	- 6.891	2.751
+ diminuzione/ - aumento rimanenze	- 1.974	1.053	- 315	- 46	- 151	- 484
diminuzione/aumento ratei e risconti	1.608	112	1.732	- 534	- 641	280
A - Totale operazioni di gestione reddituale	3.504	- 4.920	- 2.146	- 12.074	- 714	9.214
B - Totale attività di investimento	- 791	- 14.615	- 2.399	- 640	- 4.297	- 2.385
C - Totale attività di finanziamento	502	13.957	4.445	114	3.372	- 531
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A + B + C)	3.214	- 5.578	- 99	- 12.600	- 1.640	6.298

Tabella 5

Rendiconti finanziari
aziende della Regione
Umbria anno 2010.
Dati in €/000

finalizzati a investimenti e, nello stesso tempo, l'erogazione di nuovi contributi per investimenti si presenta notevolmente ridotta rispetto all'anno precedente.

L'indiscusso equilibrio economico e la solida capitalizzazione evidenziata nei bilanci sono, come visto, accompagnati da un sostenuto finanziamento degli investimenti riequilibrato solo in parte dall'autofinanziamento aziendale.

Lo strumento del rendiconto finanziario a livello aziendale si mostra pertanto utile a comprendere le dinamiche di cassa delle singole aziende e a favorire analisi di *benchmarking* sulle performance finanziarie delle aziende stesse, obbligando il management a una nuova e più completa informativa sulle motivazioni gestionali che hanno portato al manifestarsi dei diversi flussi.

Quanto, se pur sinteticamente, evidenziato nelle pagine precedenti risulta tuttavia parziale se non integrato con i risultati ottenuti dalla gestione delle risorse destinate alla sanità a livello regionale.

Più innovativo risulta, infatti, l'impiego dello strumento del rendiconto finanziario a livello regionale. Appare evidente, infatti, come la sostenibilità del comportamento aziendale abbia senso se coordinata in una

strategia finanziaria regionale e in un analogo sistema di finanziamento.

A tale scopo sono stati elaborati i valori di bilancio (**tabella 6**) e il relativo rendiconto finanziario (**tabella 7**) della gestione sanitaria accentrata (GSA), cioè la quota del finanziamento del Servizio sanitario regionale direttamente gestita presso la Regione, ottenendo i valori che vengono presentati di seguito.

Pur nei suoi sintetici dati, la gestione accentrata evidenzia una notevole solidità patrimoniale e un significativo risultato economico. La formazione dell'utile di 10 €/mln, nei due esercizi deriva prevalentemente da logiche finanziarie, ovvero da entrate di competenza degli anni 2009 e 2010 non trasferite alle aziende nel medesimo periodo, e non altrimenti utilizzate dalla Regione.

Si osserva che, nel 2009, l'ente regolatore Regione ha assorbito liquidità, favorendo al contempo una significativa immissione di cassa alle aziende attraverso il pagamento di debiti pregressi per 53,1 €/mln. Tale dato si accompagna a una diminuzione di crediti (per lo più verso lo Stato) di circa 45,4 €/mln.

Il 2010 mostra, invece, valori di flusso da gestione reddituale assai meno significativi,

che anzi «drenano» liquidità alle aziende, per circa 7,8 €/mln, ovvero per un importo pari all'incremento dei debiti della GSA.

Proprio alla luce di questa lettura finanziaria emerge la necessità di disporre di uno strumento di sintesi dell'intera dinamica finanziaria del sistema sanitario regionale. Per questo scopo è stata prevista dal legislatore, ed è stata sperimentata in questa ricerca, la costruzione del rendiconto finanziario consolidato. Strumento quest'ultimo in grado di evidenziare gli effetti e le strategie finanziarie secondo una logica di sistema («corporate») che altrimenti rischia di sfuggire dalla lettura del bilancio dei singoli enti.

6. Il bilancio consolidato e il rendiconto finanziario consolidato del sistema sanitario della Regione Umbria

Lo Stato patrimoniale e il Conto economico consolidato (**tabella 8**) sono stati realizzati aggregando i documenti citati ed effettuando le necessarie correzioni e integrazioni previste dalla prassi contabile.

Lo storno delle partite infragruppo ha riguardato in particolare:

– i crediti e i debiti verso la Regione e verso le aziende sanitarie della Regione, che

	2010	2009
Attivo immobilizzato	0	0
Attivo circolante	301,1	292,9
Passività correnti	290,6	282,8
Passività consolidate	0	0
Patrimonio netto	10,5	10,1
Valore della produzione	31,4	31,9
Costi personale	–	–
Costi per acquisto beni	1,6	2,6
Costi per acquisto servizi	19,0	19,0
Altri costi e ricavi netti	0,3	0,2
Risultato d'esercizio	10,5	10,1

sono stati elisi per l'intero valore, in quanto riconducibili integralmente a operazione infragruppo;

– lo storno di costi e ricavi infragruppo all'interno del Conto economico, con conseguente riflesso sul Patrimonio netto nello Stato patrimoniale.

Da notare come il Servizio sanitario regionale chiuda il suo bilancio consolidato con un risultato d'esercizio positivo nel biennio

Tabella 6

Valori di bilancio 2009 e 2010 in €/mln della GSA della Regione Umbria

	2010	2009
Risultato d'esercizio	10.520	10.130
+ ammortamenti	0	0
– utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva	0	0
– accantonamenti Fondi spese e rischi (al netto degli utilizzi)	– 10.130	– 7.874
Totale flusso di CCN della gestione corrente	390	2.256
+ aumento/ – diminuzione debiti (escluso fornitori imm.ni e C/C banca e ist. tesoriere)	7.831	– 53.102
+ diminuzione/ – aumento di crediti	2.439	45.423
+ diminuzione/ – aumento rimanenze	0	0
diminuzione/aumento ratei e risconti	0	0
A - Totale operazioni di gestione reddituale	10.660	– 5.423
B - Totale attività di investimento	0	0
C - Totale attività di finanziamento	0	0
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A + B + C)	10.660	– 5.423

Tabella 7

Rendiconto finanziario Gestione Sanitaria Accentrata da dati bilanci consuntivi 2009 e 2010 in €/000

Tabella 8

Principali valori relativi al bilancio consolidato consuntivo 2009 e 2010 in €/mln

	2010	2009
Attivo immobilizzato	460.9	465.4
Attivo circolante	458.2	450.3
Passività correnti	553.0	549.0
Passività consolidate	43.0	41.4
Patrimonio netto	323.1	325.3
Valore della produzione	1.772.1	1.756.8
Costi personale	602.7	593.3
Costi per acquisto beni	267.8	260.2
Costi per acquisto servizi	743.9	714.7
Altri costi e ricavi netti	157.4	188.3
Risultato d'esercizio	0.3	0.3

Tabella 9

Indicatori del bilancio consolidato della Regione Umbria 2009-2010

	2010	2009
ROE	0,00	0,03
ROI	0,04	0,03
Equity to total assets	0,70	0,70
Net Working Capital	- 95.000	- 99.000
Current Ratio	0,83	0,82
Quick Ratio	0,77	0,77

preso in esame. Le perdite rilevate a livello di singola azienda nell'anno 2010 sono, infatti, ampiamente compensate dall'utile generato dalla gestione sanitaria accentrata.

L'analisi degli indicatori (**tabella 9**) offre informazioni di sintesi sul bilancio consolidato.

Evidenziamo subito come il risultato del sistema regionale, che la somma delle aziende voleva in perdita, risulta invece (come misurato dal ROE) di valore positivo se pur tendente allo zero a livello di consolidato per l'effetto compensativo ottenuto dalla somma degli utili a livello di GSA. Si recupera, infatti, una redditività positiva del patrimonio netto investito a livello di sistema sanitario regionale, neutralizzando il risultato negativo registrato da una sola azienda. Nel 2009

il ROE evidenzia ancora una migliore performance a livello consolidato (0,03) rispetto alla media delle aziende (0,00).

L'indice di struttura consolidato (0,70) rispecchia la solidità del sistema già osservata con riferimento alle aziende della Regione.

Il Capitale circolante netto risulta negativo (- 95 €/mln per il 2010 e - 99 €/mln per il 2009), in linea con quanto già osservato nelle singole aziende.

Il *current ratio*, con gli stessi valori pari a 0,82 per il 2009 e 0,83 per il 2010, conferma la solvibilità del sistema già osservata a livello aziendale, evidenziando un sistema regionale in sostanziale equilibrio finanziario.

L'indice di liquidità, infine, mostra, a livello di consolidato, lo stesso livello di copertura delle passività correnti (0,77) per entrambi gli anni, già rilevato in precedenza. La non totale copertura è riconducibile al ricorso all'indebitamento a breve termine per la copertura dell'attività di investimento.

La buona performance della maggior parte delle aziende umbre riscontrata attraverso l'analisi dei bilanci si riflette anche a livello di consolidato, denotando un sistema in sostanziale equilibrio.

Come detto in precedenza, attraverso la lettura del rendiconto finanziario consolidato (**tabella 10**) è possibile approfondire la dinamica finanziaria dei flussi di cassa dell'intero sistema sanitario regionale, che non potrebbe essere altrimenti valutata a partire dai rendiconti finanziari delle singole aziende.

I dati mostrano una sostanziale differenza di valori tra il 2009 e il 2010, con un flusso di cassa complessivo, rispettivamente, di 80,7 €/mln e 0,2 €/mln.

Nel 2009 il dato del flusso derivante dalla gestione reddituale (A) è caratterizzato da un aumento dei debiti correnti (+ 24,7 €/mln), dovuti per lo più a un allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori, e da una diminuzione dei crediti correnti (+ 34,3 €/mln), in maggioranza relativi a incassi su crediti verso lo Stato (come emerge dalla lettura del rendiconto finanziario della GSA). Nel 2010, il dato del flusso derivante dalla gestione reddituale risulta meno significativo, in quanto l'aumento dei debiti correnti (+ 12,4 €/mln) risulta per lo più compensato da un aumento dei crediti correnti (- 8,3 €/mln).

I saldi dei flussi derivanti dall'attività di investimento (B) e di finanziamento (C) nel

	2010	2009
Risultato d'esercizio	286	306
+ ammortamenti	29.356	31.397
- utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva	- 20.977	- 23.711
- accantonamenti Fondi spese e rischi (al netto degli utilizzi)	- 12.478	6.775
Totale flusso di CCN della gestione corrente	- 3.813	14.767
+ aumento/ - diminuzione debiti (escluso fornitori imm.ni e C/C banca e ist. tesoriere)	12.416	24.743
+ diminuzione/ - aumento di crediti	- 8.329	34.310
+ diminuzione/ - aumento rimanenze	- 1.917	- 642
diminuzione/aumento ratei e risconti	3.871	8.474
A - Totale operazioni di gestione reddituale	2.228	81.653
B - Totale attività di investimento	- 24.909	- 50.511
C - Totale attività di finanziamento	22.939	49.584
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A + B + C)	257	80.727

Tabella 10
Rendiconti finanziari consolidati anni 2009 e 2010 - Dati in €/000

biennio 2009-2010 si compensano reciprocamente. Gli investimenti (- 75,4 €/mln) sono quasi interamente coperti da nuovi flussi di finanziamento (+ 72,5 €/mln). Si evidenzia anche che nel 2010 gli investimenti e i correlati finanziamenti risultano dimezzati rispetto al 2009.

Dalla lettura del rendiconto finanziario consolidato emerge così la strategia finanziaria e di governo del sistema sanitario regionale. A fronte di un elevato indebitamento corrente del sistema, evidenziato dal valore negativo del CCN (- 99 €/mln nel 2009 e - 95 €/mln nel 2010) e di un ingente fabbisogno per la copertura degli investimenti, la Regione ha agito attraverso due strade:

- una ingente immissione di liquidità;
- una piena copertura degli investimenti attraverso erogazione di specifici finanziamenti in conto capitale.

Proprio l'attuazione di questa strategia che trova il suo culmine nel 2009 presenta, nell'anno successivo, un sistema solidamente consolidato e solvibile nei confronti dei fornitori, senza inficiare gli equilibri economici che, come detto, sono il parametro di riferimento delle verifiche dell'accordo Stato-Regione.

La lettura del rendiconto finanziario consolidato consente di comprendere l'andamento dei flussi finanziari del sistema sanitario regionale, evidenziando eventuali aumenti o diminuzioni e identificandone le relative cause.

Lo stesso schema di analisi non potrebbe essere ottenuto attraverso la lettura dei soli rendiconti finanziari delle aziende e della gestione accentrata della Regione. L'analisi dei dati del rendiconto finanziario consolidato consente, pertanto, di comprendere due delle più importanti dinamiche che contraddistinguono il settore sanitario pubblico, ovvero:

- 1) la copertura degli investimenti attraverso flussi che assicurino il mantenimento dell'equilibrio patrimoniale;
- 2) la variazione dei debiti/crediti della gestione operativa, quale volano di sostenimento degli impegni della gestione corrente.

7. Conclusioni

Dall'analisi dei dati presentati emergono con chiarezza le dinamiche economiche e finanziarie che caratterizzano il Sistema sanitario regionale ma soprattutto la ricchezza

informativa dei nuovi strumenti proposti dal legislatore. Si pone in evidenza soprattutto come il nuovo modello di bilancio proposto alle Regioni dal nuovo D.L.vo 118/2011 enfatizzi la logica di gruppo e si proponga come strumento di rendicontazione economico, finanziario e patrimoniale, sia preventivo che consuntivo, dell'intero sistema. Questo, lungi dall'indebolire le logiche del bilancio aziendale, fornisce uno strumento di rendicontazione e controllo più ampio e più ricco su cui, nel tempo, si baserà il rapporto Stato-Regioni e il suo sistema di monitoraggio.

Il ruolo del soggetto Regione come gestore di risorse sanitarie viene sicuramente enfatizzato non tanto e non solo come *holding* ma come protagonista e gestore all'interno del sistema.

Si evidenzia, inoltre, un importante ruolo, all'interno del sistema di rendicontazione, attribuito al bilancio consolidato e al nuovo rendiconto finanziario consolidato. Questo documento diventa, infatti, la sintesi della programmazione finanziaria del sistema e lo strumento di raccordo tra il bilancio finanziario regionale e quello economico in uso nel Servizio sanitario.

L'analisi condotta sui dati della Regione Umbria mette in luce con chiarezza questi aspetti. Non solo, infatti, vengono confermati i positivi risultati già oggetto di valutazione ministeriale, ma l'analisi risulta arricchita dall'esplicitazione delle strategie che tali positivi risultati hanno consentito: un'ingente immissione di liquidità e una piena copertura degli investimenti attraverso erogazione di specifici finanziamenti in conto capitale finalizzati al riequilibrio finanziario del sistema regionale.

L'implementazione ufficiale, dal prossimo anno, del modello potrà allora realizzare un sistema di monitoraggio in grado di favorire, contemporaneamente, sia il decentramento delle funzioni dal livello centrale alle Regioni che l'implementazione di un sistema di controllo in grado di verificare puntualmente non solo il rispetto degli equilibri di finanza pubblica ma anche l'efficienza gestionale adottata nei medesimi contesti.

Questo ipotizza per il futuro un sistema di monitoraggio piramidale articolato su tre livelli:

- un livello aziendale, incaricato di verificare il corretto impiego delle risorse e l'efficienza dei processi;

- un livello regionale, con compiti di disegno del modello erogativo e di elaborazione delle strategie economico-finanziarie a loro sostegno;

- un livello nazionale, che dovrà occuparsi di rendere compatibili i livelli precedenti con i vincoli di finanza pubblica derivanti dalla gestione del bilancio nazionale e dalla partecipazione italiana all'Unione europea.

Si deve inoltre sottolineare come il modello di rendicontazione e monitoraggio della spesa sanitaria costituisca il primo passo di un più articolato percorso di revisione della contabilità nazionale e regionale.

Si ricorda, peraltro, come il passaggio delle competenze relative alla gestione del Servizio sanitario nazionale alle Regioni sia stato in tutti questi anni il primo laboratorio in cui si siano sperimentate le nuove norme sul federalismo. È facile pertanto prevedere come la riforma contabile in atto segnerà inevitabilmente anche la futura normativa sui sistemi di rendicontazione e monitoraggio della spesa relativa a tutte le funzioni trasferite dallo Stato alle Regioni.

Note sugli autori

Niccolò Persiani è professore ordinario di Economia Aziendale, CUSAS-Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze, niccolo.persiani@unifi.it.

Alberto Romolini è ricercatore in Economia Aziendale, Facoltà di Economia, Università Telematica Internazionale Uninettuno, a.romolini@uninettunouniversity.net.

Fabrizio Rossi è ricercatore in Economia Aziendale, Facoltà di Economia, Università della Tuscia di Viterbo, fabrizio.rossi@unitus.it.

Claudia Galanti è assegnista di ricerca, CUSAS-Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze, claudia.galanti@unifi.it.

Attribuzione

Il contributo è frutto del lavoro congiunto degli autori. Tuttavia, i §§ 2, 3 e 7 sono attribuibili a N. Persiani, il § 6 a F. Rossi, i §§ 1 e 4 ad A. Romolini, il § 5 a C. Galanti.

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E., NASI G., STECCOLINI I. (2008), «Accounting reforms: determinants of local government choices», *Financial Accountability & Management*, 24 (3), pp. 321-342.
- ANTONY R.N. (2000), «The Fatal Defect in the Federal Accounting System», *Public Budgeting and Finance*, 20 (4), pp. 1-10.
- BARTOV E., GOLDBERG S.R., KIM M. (2005), «Comparative Value Relevance among German, U.S., and international accounting standards: a German stock market perspective», *Journal of Accounting, Auditing & Finance*, vol. 20 (2), pp. 95-119.
- BORGONOVÌ E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BROADBENT J., GUTHRIE J. (2008), «Public Sector to public service: 20 years of “contextual” accounting research», *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 21 (2), pp. 129-169.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R. (1998), «Resisting the New Public Management: absorption and absorbing groups in schools and GP practices in the U.K.», *Accounting and Accountability Journal*, 11 (4), pp. 403-435.
- CAMPEDELLI B. (2003), *L'internazionalizzazione della comunicazione economico-finanziaria d'impresa*, FrancoAngeli, Milano.
- CAPERCHIONE E. (2003), «Local government accounting system reform in Italy: a critical analysis», *Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management*, 15 (1), pp. 110-145.
- CAVES R. (1982), *Multinational enterprise and economic analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CHAN J.L. (2003), «Government Accounting: an assessment of theory, purposes and standards», *Public Money and Management*, 23 (1), pp. 13-20.
- CONSIGLIO NAZIONALE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI e CONSIGLIO NAZIONALE DEI RAGIONIERI, *OIC 12*.
- DASKE H., GEBHARDT G. (2006), «International Financial Reporting Standards and experts' perceptions of disclosure quality», *Abacus*, 42 (3/4), pp. 461-498.
- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- DI PIETRA R. (2002), *La cultura contabile nello scenario internazionale. Istituzioni, principi ed esperienze*, Cedam, Padova.
- DI PIETRA R., EVANS L., CHEVY J., CISI M., EIERLE B., JARVIS R. (2008), «Comment on the IASB's exposure draft “IFRS” for small and medium-sized entities», *Accounting in Europe*, 5 (1), pp. 27-47.
- EISENHARDT K.M. (1989), «Building Theorise from case study research», *The Academy of Management Review*, 14 (4), pp. 532-550.
- HYMER S. (1976), *The International Operations of National Firms: a Study of Direct Foreign Investment*, Mit Press, Cambridge.
- INTERNATIONAL ACCOUNTING STANDARD BOARD, *Ias 7 Rendiconto Finanziario*.
- LAPSLEY I. (1999), «Accounting and the New Public Management: instruments of substantive efficiency or rationalizing modernity?», *Financial Accountability and Management*, 15 (3/4), pp. 201-207.
- LÜDER K., JONES R. (eds) (2003), *Reforming governmental accounting and budgeting in Europe*, Fachverlag Moderne Wirtschaft, Frankfurt.
- MICALLEF F., PIERSON G. (1997), «Financial reporting of cultural, heritage, scientific and community collections», *Australian Accounting Review*, 7 (11), pp. 31-37.
- NASI G., STECCOLINI I. (2008), «Implementation of accounting reforms: an empirical investigation into Italian local Governments», *Public Management Review*, 10 (2), pp. 173-194.
- OLSON O., HUMPHREY C., GUTHRIE J. (1998), *Global Warning: debating international developments in New Public Financial Management*, Capelen Akademisk Forlag As.
- PAMMOLLI F., SALERNO N.C. (2011), *Le differenze regionali nella governante della spesa sanitaria*, working paper n. 2, www.cermlab.it.
- PAMMOLLI F., SALERNO N.C. (2012), *La sostenibilità dei sistemi sanitari regionali*, working paper n. 1, www.cermlab.it.
- PAPENFUSS U., SCHAEFER C. (2009), «Public financial reporting in true ad fair terms-discussion on shortfalls in Germany and recommendations for the reform agenda», *International Review of Administrative Sciences*, 75 (4), pp. 715-725.
- PERSIANI N. (2006), *Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le “microfondazioni” del federalismo*, Nota CERM, n. 10.
- PERSIANI N. (2008), *Principi contabili e di controllo interno per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere*, FrancoAngeli, Milano.
- RYAN B., SCAPENS R.W., THEOBOLD M. (2002), *Research method and methodology in finance and accounting*, Thomson, London.
- SCHIPPER K. (2005), «The introduction of international accounting standards in Europe: implications for international convergence», *European Accounting Review*, vol. 14, n. 1, pp. 101-126.
- TEECE D. (1981), «The multinational enterprise: market failure and market power considerations», *Sloan Management Review*, 22 (3), Spring, pp. 3-17.
- VERNON R. (1966), «International investment and international trade in the product cycle», *Quarterly Journal of Economics*, 80(2), May, pp. 190-207.
- YIN R.K. (2003), *Case study research: design and methods*, Sage.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengano figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Gli strumenti per le analisi dei bilanci di esercizio delle Asp dell'Emilia-Romagna

MARCO TIEGHI, SABRINA GIGLI

This work describes the instruments adopted by the Emilia-Romagna region to report the economic, financial and asset situation of its public service companies (herein referred to as ASP from the Italian «Aziende pubbliche di Servizi alla Persona»). The distinguishing feature is in providing this information within a social reporting document that is now a mandatory attachment to the financial statements of these companies as a result of regional legislative provisions. At the same time the characteristics of accounting instruments adopted allow a reading and a comment also in a large spectrum and so also referable to other typology of public firm like that of health system.

Keywords: financial statement analysis, financial statement, social report in public system

Parole chiave: analisi di bilancio, bilancio d'esercizio, bilancio sociale azienda pubblica

Note sugli autori

Marco Tieghi è professore ordinario presso il Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università degli Studi di Bologna
Sabrina Gigli è ricercatore presso il Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università degli Studi di Bologna

1. Il bilancio di esercizio delle Asp dell'Emilia-Romagna

A seguito del processo che ha portato alla costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), la Regione Emilia-Romagna (R.E.R.) ha dapprima predisposto, nel 2007, uno schema tipo di regolamento di contabilità¹ e poi ha provveduto, nel giugno del 2010, anche a emanare le «Linee Guida per la predisposizione del Bilancio sociale delle Asp dell'Emilia-Romagna».²

Le Asp emiliane e romagnole sono quindi attualmente dotate di un «sistema di bilancio» che prevede:

- il bilancio di esercizio inteso in senso stretto, composto cioè dallo Stato patrimoniale, dal Conto economico e dalla Nota integrativa
- e gli allegati obbligatori, costituiti dalla Relazione sulla gestione, dalla Relazione dell'organo di revisione contabile e dal Bilancio sociale.³

Con l'assetto adottato, ai documenti tradizionalmente componenti il bilancio di esercizio e ai primi due allegati spetterà la consueta funzione di rendicontare circa l'andamento economico e la situazione patrimoniale dell'Asp,⁴ mentre all'allegato costituito dal «bilancio sociale» spetterà in primo luogo la funzione di illustrare l'attività svolta dall'azienda e gli esiti da essa conseguiti sotto il profilo istituzionale.

Gli schemi di stato patrimoniale e di conto economico predisposti nel 2007 dal gruppo di lavoro regionale⁵ risultano sicuramente migliorativi e più soddisfacenti rispetto a quelli rispettivamente previsti dagli artt.

SOMMARIO

1. Il bilancio di esercizio delle Asp dell'Emilia-Romagna
2. L'allegato tecnico alle Linee-guida regionali per la predisposizione del bilancio sociale delle Asp
3. Lo schema di conto economico riclassificato
4. Lo schema di stato patrimoniale riclassificato
5. Il rendiconto finanziario di liquidità
6. Gli indici di bilancio
7. Alcune considerazioni finali

2424 e 2425 del Codice civile, tuttavia, essendo stati ottenuti attraverso un adattamento dei medesimi alle specificità delle Asp, essi continuano a riflettere alcuni limiti informativi che sono strutturalmente connaturati agli schemi originari.

Al riguardo occorre qui sottolineare che gli schemi di bilancio civilistici – introdotti con il D.L.vo n. 127 del 9 aprile 1991 – assumono come «oggetti di riferimento» le imprese (e in particolare quelle costituite in forma di società per azioni) e dunque non sono immediatamente idonei a rappresentare gli esiti gestionali di realtà aziendali diverse da quelle orientate alla generazione di «profitto».⁶

Il bilancio di esercizio è infatti uno strumento che – per poter svolgere efficacemente la propria funzione informativa – deve innanzitutto riflettere l'orientamento finalistico dell'azienda e, di conseguenza, le specificità dei circuiti operativi che caratterizzano strumentalmente la gestione della stessa.

Fermo l'assunto che si tratta di aziende pubbliche la cui *mission* non consiste certo nel dover generare reddito, bensì nel dare supporto ai bisogni della popolazione (o di *target* di popolazione) attraverso servizi di elevata rilevanza sociale, sotto il profilo operativo le Asp emiliane e romagnole si presentano come un arcipelago di soggetti quanto mai variegati, essendo costituite da più di una quarantina di realtà che, pur appartenendo formalmente a una medesima «categoria», presentano in concreto rilevanti differenze circa gli assetti proprietari;⁷ la tipologia, la complessità e le modalità di svolgimento dell'attività istituzionale; la dimensione; la presenza o meno di un patrimonio immobiliare fruttifero; ecc.⁸

Può tuttavia essere utile ricordare che la loro «strumentalità» rispetto alla copertura di bisogni ad alta rilevanza sociale si riverbera inevitabilmente sul loro fortissimo grado di dipendenza dal settore pubblico per quanto concerne l'andamento della dinamica economica e finanziaria, attraverso il riconoscimento di «ricavi» costituiti da tariffe e da varie forme di trasferimento, anche se le rette pagate dai privati (per intero o a integrazione della tariffa a carico dei soggetti pubblici) rappresentano ormai una componente fondamentale per il perseguimento delle condizioni di equilibrio economico e finanziario della gestione.⁹

Per le Asp che dispongono di un patrimonio immobiliare non utilizzato per l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari, a queste risorse economico-finanziarie si aggiungono anche i fitti attivi derivanti dalla sua locazione.¹⁰

Tutto ciò premesso, considerando dunque il perdurare di alcuni limiti informativi del bilancio di esercizio (contabilmente inteso) e cogliendo l'opportunità di utilizzare il bilancio sociale anche come strumento volto a dare maggiore completezza a questi profili, nelle linee-guida regionali adottate nel 2010 per la predisposizione dei bilanci sociali delle Asp sono stati previsti ulteriori strumenti, che da un lato riclassificano e da un altro integrano le informazioni già contenute nei prospetti contabili ufficiali.¹¹

L'oggetto di questo lavoro è proprio quello di presentare e commentare gli strumenti di analisi originariamente previsti dalla delibera della Giunta Regionale del giugno 2010.

Il 30 luglio scorso, tuttavia, la Regione Emilia-Romagna è di nuovo intervenuta sul tema, adottando un provvedimento che modifica il quadro degli strumenti in esame.¹² Ci ripromettiamo di analizzare in modo comparativo le novità introdotte rispetto agli strumenti in precedenza adottati in un futuro contributo.

2. L'allegato tecnico alle Linee-guida regionali per la predisposizione del bilancio sociale delle Asp

L'allegato B alle Linee-guida per la predisposizione del bilancio sociale delle Asp dell'Emilia-Romagna è denominato «Indicatori relativi alle risorse economico-finanziarie».

Lo scopo del documento è quello di fornire gli strumenti tecnici attraverso i quali dare struttura e spessore alle informazioni richieste in relazione alle risorse economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Asp.

Ciò premesso, l'allegato B presenta dapprima alcuni «indicatori analitici» volti a richiedere l'inserimento nel bilancio sociale delle Asp di informazioni economiche sulle prestazioni e sui servizi offerti.¹³

La parte più corposa è però quella successiva – riconducibile alle analisi di bilancio – nella quale sono riportati:

1) i prospetti di riclassificazione del conto economico e dello stato patrimoniale e lo schema del rendiconto finanziario di liquidità;

2) gli indici di bilancio;

3) alcune indicazioni circa la rappresentazione grafica della situazione patrimoniale e degli andamenti espressi dagli indici.

L'opzione esercitata è stata quella di utilizzare l'occasione del Bilancio sociale per mettere a punto strumenti che perseguono in realtà più di una finalità.

In primo luogo, gli strumenti in oggetto sono chiamati ad aumentare il grado di trasparenza della gestione aziendale verso tutti i possibili interlocutori dell'Asp, innalzando notevolmente – seppure per i soli lettori dotati di un minimo livello di competenze tecniche specifiche¹⁴ – il livello di conoscenza sulla situazione economico-finanziaria e patrimoniale che caratterizza l'Asp, contribuendo a rendere più completo ed evidente l'intero quadro informativo offerto con il complesso di documenti componenti, in senso esteso, il bilancio di esercizio.¹⁵

In secondo luogo, tuttavia, se opportunamente e correttamente utilizzati, essi possono avere una elevata valenza autodiagnostica per l'azienda e risultare quindi di supporto per il direttore e per gli amministratori delle Asp, con particolare riferimento a quelle realtà che non possono contare sugli strumenti propri della contabilità direzionale e che – dunque – devono utilizzare le risultanze della contabilità economico-patrimoniale anche al fine di ricavare indicazioni utili per il perseguimento delle condizioni di equilibrio economico-finanziario poste come vincolo sostanziale affinché la loro azione istituzionale possa perdurare nel tempo.

Infine, l'aver definito univalenti e omogenei strumenti di analisi faciliterebbe, ai livelli di governo provinciali e regionale, il monitoraggio e le verifiche circa lo stato di salute (o di non salute) economico-finanziaria delle Asp. È del tutto evidente che eventuali condizioni di dissesto da parte delle Asp andrebbero immediatamente a impattare sulla cittadinanza, con gravi ripercussioni sia in relazione al mantenimento della continuità dell'assistenza, sia sulle conseguenze indotte su quegli enti locali che sono da un lato proprietari delle aziende, ma dall'altro anche

garanti della esigibilità dei diritti dei cittadini.

3. Lo schema di conto economico riclassificato

In piena analogia col conto economico civilistico, assunto a riferimento per la contestualizzazione del conto economico predisposto nel 2007 dal gruppo di lavoro regionale, anche lo schema di riclassificazione adottato si basa sullo schema di conto economico di matrice tedesca, nell'ambito del quale la logica di rappresentazione della dinamica economico-reddituale riflette una diversa nozione di ricavo e di costo, intendendosi per «ricavo» ogni reintegro o incremento di valore e per «costo» ogni consumo o perdita di valore connessi con il processo produttivo.

Nello schema di riclassificazione adottato tale peculiarità si dispiega in seno all'area caratteristica della gestione, posto che il conto economico riclassificato ha – nell'impostazione qui accolta – il compito di evidenziare sequenzialmente i contributi via via forniti al risultato economico complessivo:

- dai componenti «caratteristici»;
- dai componenti «accessori»;
- dagli oneri finanziari;
- dai componenti straordinari;
- dagli oneri fiscali.

L'utilità di una tale articolazione è nota e dunque su di essa non ci si soffermerà ulteriormente.¹⁶

Dal conto economico di matrice tedesca sono derivati gli schemi a prodotto interno lordo e a valore aggiunto lordo, nei quali la logica di rappresentazione della dinamica economico-reddituale riflette una visione secondo la quale l'obiettivo «macroeconomico» attribuito alle imprese (non alla totalità delle aziende, si noti) è quello di massimizzare il divario fra la nuova ricchezza lorda prodotta (il Pil) e il consumo dei fattori produttivi (rappresentanti la ricchezza preesistente) richiesto affinché il processo produttivo potesse attuarsi.

In sostanza l'obiettivo implicitamente attribuito alle imprese è quello di massimizzare la generazione di *valore aggiunto*, cioè quel divario fra la nuova ricchezza lorda prodotta e la preesistente ricchezza consumata che

rappresenta la nuova ricchezza che l'impresa ha saputo creare e immettere nel sistema economico.

La significatività di tali schemi è massima nelle imprese industriali, nelle quali il processo produttivo si esplica attraverso una trasformazione fisico-tecnica dei fattori produttivi finalizzata all'ottenimento di prodotti. È variegata per le imprese di servizi e si attenua fortemente per le imprese mercantili (nelle quali un processo produttivo in senso fisico-tecnico è normalmente assente).

Sotto il profilo teorico, l'applicazione di tali schemi alle aziende pubbliche presenta alcune forzature.

In primo luogo, le aziende in oggetto non sono finalizzate alla generazione di «profitto», elemento residuale del valore aggiunto aziendale la cui tendenziale presenza costituisce, almeno tradizionalmente, la stessa ragione d'essere di un'impresa.

In secondo luogo, il sistema delle operazioni posto in essere da molte di queste aziende non è finalizzato alla generazione di valore aggiunto (come sopra definito), ma di «valore sociale» la cui determinazione è difficoltosa e comunque non ottenibile attraverso dati d'ordine contabile (Moore, 1995; Borgonovi, 1996; Rebora, 1999; Meneguzzo, 2006; Galluscio, 2011).

Ciò posto, per le aziende pubbliche i cui processi produttivi producono servizi che sono valorizzati sulla base di tariffe, esiste tuttavia la possibilità di determinare convenzionalmente gli aggregati e i valori differenziali che caratterizzano gli schemi di conto economico in oggetto, soprattutto se tali tariffe vengono utilizzate anche per remunerare le prestazioni erogate da imprese convenzionate/accreditate.

Tuttavia, per le realtà aziendali che si trovano in queste condizioni, tali considerazioni sconsigliano di pervenire fino alla determinazione del Valore aggiunto netto caratteristico (VANc), in quanto – oltre che poco attendibile e significativo – la sua esposizione potrebbe indurre nel lettore valutazioni fuorvianti rispetto alla reale *mission* aziendale.

Lo schema alternativo permette invece di quantificare il Margine operativo lordo caratteristico (MOLc), il quale rappresenta una grandezza di elevata significatività¹⁷ ed esprime ciò che rimane a disposizione

dell'azienda dopo aver coperto con i propri «ricavi» caratteristici tutti i costi caratteristici di natura finanziaria.

Rispetto al VANc, il MOLc è quindi caratterizzato da un più elevato grado di attendibilità, in quanto non risente della soggettività determinativa propria delle stime e congetture da cui scaturiscono gli ammortamenti, gli accantonamenti e talune svalutazioni.

Proprio per queste ragioni esso può quindi essere considerato anche come una «*proxigrezza*» della capacità dell'azienda di generare autofinanziamento nell'ambito delle proprie attività caratteristiche, dal momento che scaturisce dalla differenza di grandezze in larga parte riconducibili a riespressioni economico-reddituali di flussi finanziari connessi con entrate e uscite.

Questo si riconnette direttamente alla necessità di ricercare dalla gestione esiti anche economici tali da favorire il rispetto di quelle condizioni di costante e conveniente solvibilità finanziaria che costituiscono un vincolo ineludibile, univalente e trasversale per qualunque tipo di azienda.

In questo senso, pur a fronte di un inevitabile diverso grado di «oggettività» del valore attribuito alla produzione caratteristica¹⁸ (il PILc, appunto) che connota le imprese rispetto alle altre macrotipologie aziendali, lo schema di conto economico a PILc e MOLc appare meno sensibile dello schema a PILc a VANc all'orientamento finalistico (alla *mission*) dell'azienda e non induce il rischio che il lettore non esperto assuma come scopo dell'azienda la generazione di Valore aggiunto e si soffermi conseguentemente a soppesarne l'ammontare.

Quanto premesso rende dunque conto della condivisibilità della scelta operata dalla Regione di assumere per le Asp emiliane e romagnole lo schema di conto economico riclassificato a Prodotto interno lordo caratteristico (PILc) e a Margine operativo lordo caratteristico (MOLc), nella particolare configurazione proposta nella **tabella 1**.¹⁹

Al riguardo riteniamo utile sottolineare come lo schema adottato:

– al fine di enfatizzare il diverso grado di «oggettività» dei componenti positivi che formano il PILc, distingua gli stessi in funzione del grado di collegamento esistente fra «prestazione e controprestazione»;

Tabella 1
Conto economico
a «Pil e Mol caratteristici»

DESCRIZIONE	PARZIALI		TOTALI	VALORI %	
+ proventi da prestazioni tariffate		xxx			x%
+ proventi da prestazioni non tariffate		xxx			x%
+ proventi della gestione immobiliare		xxx			x%
+ altri proventi e ricavi caratteristici		xxx			x%
Proventi caratteristici totali netti			xxx		x%
+ contributi in conto esercizio		xxx			x%
+/- variaz. delle rimanenze di attività in corso:		+/-xxx			+/-x%
rimanenze iniziali di attività in corso	(xxx)			(x)%	
rimanenze finali di attività in corso	xxx			x%	
+ produzioni interne capitalizzate		xxx			x%
Prodotto interno lordo caratteristico (convenzionale)			xxx		100%
- Consumi di materie prime e di beni di cons. sanitari:		(xxx)		(x)%	
rim. iniziali di materie prime e di beni di consumo sanitari	(xxx)			(x)%	
acquisti di materie prime e di beni di consumo sanitari	(xxx)			(x)%	
rim. finali di materie prime e di beni di consumo sanitari	xxx			x%	
- Consumi di mat. prime e di beni di cons. tecnico-econ.:		(xxx)		(x)%	
rim. iniziali di materie prime e di beni di cons. tecnico-econ.	(xxx)			(x)%	
acquisti di materie prime e di beni di cons. tecnico-econ.	(xxx)			(x)%	
rim. finali di materie prime e di beni di cons. tecnico-econ.	xxx			x%	
- Consumi di serv. per attiv. sociosanitaria e socioassist.		(xxx)		(x)%	
costi per forniture di lavori e servizi	(xxx)			(x)%	
costi per fitti passivi	(xxx)			(x)%	
- Consumi di altri servizi:		(xxx)		(x)%	
costi per forniture di lavori e servizi	(xxx)			(x)%	
costi per fitti passivi	(xxx)			(x)%	
- Costi della gestione immobiliare fruttifera		(xxx)		(x)%	
Valore aggiunto lordo (convenzionale)			xxx		x%
- retribuzioni e oneri relativi:		(xxx)		(x)%	
Margine operativo lordo (Mol)			xxx		x%
- Ammortamenti:		(xxx)		(x)%	
delle immobilizzazioni materiali	(xxx)			(x)%	
delle immobilizzazioni immateriali	(xxx)			(x)%	
rettifica per quota utilizzo contributi in conto capitale	xxx			x%	
- Accantonamenti «ordinari»:		(xxx)		(x)%	
a fondi spese future	(xxx)			(x)%	
a fondi rischi	(xxx)			(x)%	
- Perdite di valore di elementi patrimoniali caratteristici dell'ativo circolante:		(xxx)		(x)%	
perdite su crediti	(xxx)			(x)%	
perdite presunte su crediti	(xxx)			(x)%	
altre perdite di valore «ordinarie»	(xxx)			(x)%	
Risultato operativo caratteristico (Roc)			xxx		x%
+ proventi della gestione accessoria:		xxx		x%	
proventi finanziari	xxx			x%	
altri proventi accessori ordinari (diversi dai fitti attivi)	xxx			x%	
- oneri della gestione accessoria:		(xxx)		(x)%	
costi della gestione mobiliare accessoria	(xxx)			(x)%	
altri costi acces. ord. (diversi da quelli della gestione Immob.)	(xxx)			(x)%	
Risultato operativo globale (Rog)			xxx		x%
- oneri finanziari		(xxx)		(x)%	
Risultato ordinario (Ro)			xxx		x%
+ proventi straordinari:		xxx		x%	
plusvalenze	xxx			x%	
sopravvenienze attive	xxx			x%	
insussistenze del passivo	xxx			x%	
altri proventi straordinari	xxx			x%	
- oneri straordinari:		(xxx)		(x)%	
minusvalenze	(xxx)			(x)%	
sopravvenienze passive	(xxx)			(x)%	
insussistenze dell'attivo	(xxx)			(x)%	
altri oneri straordinari	(xxx)			(x)%	
Risultato ante imposte (Rai)			xxx		x%
- imposte sul «reddito»:		(xxx)		(x)%	
IReS	(xxx)			(x)%	
IRAP	(xxx)			(x)%	
Risultato netto (RN)			xxx		x%

– a differenza di quanto normalmente accade, tenendo conto delle peculiarità delle Asp, ricomprenda l'attività della gestione immobiliare nell'ambito dell'attività caratteristica;²⁰

– separi i consumi dei fattori produttivi a fecondità semplice sulla base di sotto-aree della gestione caratteristica;

– evidenzi sia il consumo dei fattori produttivi durevoli costituiti dagli ammortamenti, sia l'effetto economico indotto dalla loro «sterilizzazione» a seguito del graduale accredito a conto economico dei contributi in conto capitale specificamente connessi;

– segnali esplicitamente la «convenzionalità» del macroaggregato costituito dal PILc e del valore differenziale costituito dal Valore aggiunto lordo.

Passando ora a esaminare e contestualizzare le voci di «risultato intermedio» evidenziate, si deve sottolineare come queste rappresentino, a eccezione (ovviamente) dell'ultima, «risultati economici» parziali, cui sono associabili specifiche capacità segnaletiche, e in particolare:

– il «Valore Aggiunto Lordo (convenzionale)» caratteristico – (VALc) – quantifica il valore differenziale emergente depurando il Prodotto Interno Lordo caratteristico – (PILc) – dal valore dei beni a fecondità semplice e dei servizi consumati nei processi produttivi aziendali. Per quanto prima specificato, il valore del PILc sconta una certa convenzionalità, stante la mancata valorizzazione delle prestazioni erogate sulla base di «prezzi» determinati da un «mercato». Tuttavia, assumendo le tariffe (e le integrazioni alle stesse) come *proxi* di «ricavi», questo aggregato può essere assunto come in qualche modo significativo del «valore economico» delle prestazioni e dei servizi erogati dall'Asp nel periodo. Minori problemi sorgono sul lato dei consumi, per i quali non sussistono analoghe forzature interpretative e determinative. In questo contesto, dunque, al VALc è attribuito il compito di misurare il *quantum* di risorse economiche che l'Asp ha saputo generare con i propri processi produttivi dopo aver sostenuto i consumi dei fattori produttivi a fecondità semplice connessi con tali processi;

– il «Margine Operativo Lordo» – (MOLc) – si ottiene sottraendo al VALc le retribuzioni e gli altri oneri relativi al personale. Per esso si rinvia a quanto si è già sottolineato in precedenza;

– il «Risultato operativo caratteristico» – (Roc) – quantifica il risultato economico attribuito, nel periodo, all'intera area caratteristica della gestione. In particolare, nello schema proposto può essere interpretato come la differenza fra le risorse economiche acquisite/ottenute dall'azienda attraverso le attività connesse con la gestione caratteristica e il costo di tutti i correlativi fattori produttivi;

– il «Risultato operativo globale» – (Rog) – quantifica il risultato economico attribuito, nel periodo, all'intera gestione degli investimenti aziendali. In particolare, nello schema proposto si ottiene sommando al Roc gli ordinari esiti economici generati dalla gestione di eventuali investimenti essenzialmente mobiliari (dato che quelli immobiliari sono considerati caratteristici);

– la voce «Risultato ordinario» – (Ro) – quantifica il risultato economico attribuito al periodo dopo aver tenuto conto degli oneri finanziari connessi con l'ottenimento, da parte dell'azienda, di finanziamenti diretti concessi da soggetti terzi;

– la voce «Risultato ante imposte» – (Rai) – quantifica il risultato economico attribuito al periodo dopo aver considerato anche gli effetti economici prodotti da fatti di natura «straordinaria», cioè da fatti definibili come eccezionali e infrequenti;

– la voce «Risultato netto» – (Rn) – quantifica l'esito economico ultimo complessivamente attribuibile, nel periodo, all'intera gestione. Esso esprime quindi la differenza fra tutti i componenti economici positivi e negativi di competenza del periodo ed evidenzia l'avvenuto o il mancato rispetto formale del vincolo economico posto all'espletamento dell'azione istituzionale dell'Asp.²¹

4. Lo schema di stato patrimoniale riclassificato

Lo schema di stato patrimoniale riclassificato previsto dall'allegato B alle Linee guida regionali per la predisposizione del bilancio sociale delle Asp dell'Emilia-Romagna è uno

schema «classico» di tipo destinativo-finanziario, ottenuto per adattamento dello stato patrimoniale ufficiale introdotto nel 2007.

Come è noto, lo stato patrimoniale denominato come «destinativo-finanziario» nasce dalla confluenza dei criteri classificatori «finanziario» e «destinativo-soggettivo» e conseguentemente dall'ibridazione dei rispettivi schemi di riclassificazione in uno schema che «coniuga» tali criteri classificatori, introducendo il criterio finanziario all'interno della modalità classificatoria di tipo destinativo-soggettivo ed esplicitando ulteriori sotto-aggregazioni, capaci di dare conto del diverso grado di liquidità/liquidabilità degli elementi «attivi» e del diverso grado di esigibilità per gli elementi «passivi» (cfr. Matacena, 1993; Tieghi, Gigli, 2009, pp. 67-82).

La logica di fondo della modalità di rappresentazione in oggetto è sostanzialmente di tipo *operazionale*, nel senso che gli elementi patrimoniali «attivi» e «passivi» vengono a essere reinterpretati, rispettivamente, come «investimenti» e «finanziamenti» in essere alla data di chiusura dell'esercizio, esprimendo in tal modo:

- in chiave *statica*, la «cristallizzazione» delle opzioni esercitate dagli amministratori nelle modalità di reperimento e di impiego delle risorse finanziarie e quindi la *struttura del capitale di funzionamento dell'azienda* esistente a tale data;

- in chiave *dinamica*, la «modificazione» di tale struttura dovuta agli esiti finanziario-monetari attesi nei successivi dodici mesi da tali operazioni in essere e quindi gli *effetti indotti, sulla complessiva dinamica finanziario-monetaria futura, dai realizzi degli investimenti e dai rimborsi dei finanziamenti esistenti all'inizio del nuovo periodo*.

In questo senso lo stato patrimoniale in oggetto si configura come una sorta di «documento ponte» fra il passato e il futuro dell'azienda:

- il *passato* è rappresentato infatti dalla struttura degli investimenti e dei finanziamenti esistente;

- il *futuro* è condizionato dai flussi monetari attesi rispettivamente dal realizzo e dal rimborso di una parte di tali investimenti e finanziamenti.

Il criterio «destinativo-finanziario» richiede pertanto di articolare tali investimenti e finanziamenti rispetto alla collocazione temporale dei previsti flussi di realizzo e di rimborsi a essi correlabili.

L'esito della contestualizzazione dello stato patrimoniale ufficiale allo schema di riclassificazione in oggetto è costituito dal prospetto riportato nella **tabella 2**.

Mentre l'analisi della dinamica economica è fortemente dipendente dall'orientamento finalistico dell'azienda – per cui passando da un'*impresa* a un'*azienda pubblica* le modalità di «lettura» del conto economico si modificano, spostando l'enfasi dalla verifica del conseguimento di una «condizione obiettivo» (la capacità dell'impresa di saper remunerare adeguatamente tutti i fattori produttivi impiegati), alla verifica del rispetto di una «condizione di vincolo» (il cosiddetto «pareggio di bilancio») – l'analisi della struttura dei finanziamenti e degli investimenti aziendali, sottesa dallo schema di stato patrimoniale qui commentato, è in un certo qual modo univalente, essendo essenzialmente volta a investigare:

- la composizione quali-quantitativa dei «finanziamenti» e degli «investimenti» in essere alla chiusura dell'esercizio;

- la composizione «temporale» di tali finanziamenti e investimenti;

- ideali correlazioni fra macroaggregati di finanziamenti e di investimenti temporalmente omogenei;

- grandezze differenziali di particolare valore segnaletico.

Ciò in quanto, attraverso la riclassificazione dello stato patrimoniale secondo le modalità descritte e le conseguenti analisi di tipo «verticale» e di tipo «orizzontale» (ulteriormente sviluppabili sia attraverso indici che attraverso margini), a essere investigate sono sostanzialmente situazioni strutturali in essere che nel futuro (a breve, a medio e a lungo termine) impatteranno sulla dinamica finanziario-monetaria e dunque sulla capacità dell'azienda di rispettare quella condizione di solvibilità che non è solo un vincolo per qualunque tipo di azienda – privata o pubblica – ma anche per ogni altro soggetto che ponga in essere operazioni o attività economicamente rilevanti.

Tabella 2

Stato patrimoniale
«destinativo-finanziario»

ATTIVITÀ - INVESTIMENTI	PARZIALI		TOTALI	VALORI %		
CAPITALE CIRCOLANTE			xxx			x%
<i>Liquidità immediate</i>		xxx			X%	
Cassa	xxx			x%		
Banche c/c attivi	xxx			x%		
c/c postali	xxx			x%		
.....	xxx			x%		
<i>Liquidità differite</i>		xxx			X%	
Crediti a breve termine verso la Regione	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso la Provincia	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso i Comuni dell'ambito distrettuale	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso l'Azienda Sanitaria	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso lo Stato ed altri Enti pubblici	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso l'Erario	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso Soggetti partecipati	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso gli Utenti	xxx			x%		
Crediti a breve termine verso altri Soggetti privati	xxx			x%		
Altri crediti con scadenza a breve termine	xxx			x%		
(-) Fondo svalutazione crediti	(xxx)			(x%)		
Ratei e risconti attivi	xxx			x%		
Titoli disponibili	xxx			x%		
.....	xxx			x%		
<i>Rimanenze</i>		xxx			X%	
Rimanenze di beni socio-sanitari	xxx			x%		
Rimanenze di beni tecnico-economici	xxx			x%		
Attività in corso	xxx			x%		
Acconti	xxx			x%		
.....	xxx			x%		
CAPITALE FISSO			xxx			x%
<i>Immobilizzazioni tecniche materiali</i>		xxx			X%	
Terreni e fabbricati del patrimonio indisponibile	xxx			x%		
Impianti e macchinari	xxx			x%		
Attrezzature socio-assistenziali, sanitarie o «istituzionali»	xxx			x%		
Mobili, arredi, macchine per ufficio, pc	xxx			x%		
Automezzi	xxx			x%		
Altre immobilizzazioni tecniche materiali	xxx			x%		
(-) Fondi ammortamento	(xxx)			(x%)		
(-) Fondi svalutazione	(xxx)			(x%)		
Immobilizzazioni in corso e acconti	xxx			x%		
.....	xxx			x%		
<i>Immobilizzazioni immateriali</i>		xxx			X%	
Costi di impianto e di ampliamento	xxx			x%		
Costi di ricerca, di sviluppo e di pubblicità ad utilità pluriennale	xxx			x%		
Software e altri diritti di utilizzazione delle opere d'ing.	xxx			x%		
Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	xxx			x%		
Migliorie su beni di terzi	xxx			x%		
Immobilizzazioni in corso e acconti	xxx			x%		
.....	xxx			x%		
<i>Immobilizzazioni finanziarie e varie</i>		xxx			X%	
Crediti a medio-lungo termine verso soggetti pubblici	xxx			x%		
Crediti a medio-lungo termine verso soggetti privati	xxx			x%		
Partecipazioni strumentali	xxx			x%		
Altri titoli	xxx			x%		
Terreni e Fabbricati del patrimonio disponibile	xxx			x%		
Mobili e arredi di pregio artistico	xxx			x%		
.....	xxx			x%		
TOTALE CAPITALE INVESTITO			xxx			100%

PASSIVITÀ - FINANZIAMENTI	PARZIALI		TOTALI	VALORI %	
CAPITALE DI TERZI			xxx		x%
<i>Finanziamenti di breve termine</i>		xxx		X%	
Debiti vs Istituto Tesoriere	xxx			x%	
Debiti vs fornitori	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso la Regione	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso la Provincia	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso i Comuni dell'ambito distrettuale	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso l'Azienda Sanitaria	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso lo Stato ed altri Enti pubblici	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso l'Erario	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso Soggetti partecipati	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso soci per finanziamenti	xxx			x%	
Debiti a b.t. verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale	xxx			x%	
Debiti a breve termine verso personale dipendente	xxx			x%	
Altri debiti a breve termine verso soggetti privati	xxx			x%	
Quota corrente dei mutui passivi	xxx			x%	
Quota corrente del trattamento di fine rapporto	xxx			x%	
Quota corrente di altri debiti a medio-lungo termine	xxx			x%	
Fondo imposte (quota di breve termine)	xxx			x%	
Fondi per oneri futuri di breve termine	xxx			x%	
Fondi rischi di breve termine	xxx			x%	
Quota corrente di fondi per oneri futuri a medio-lungo termine	xxx			x%	
Quota corrente di fondi rischi a medio-lungo termine	xxx			x%	
Ratei e risconti passivi	xxx			x%	
.....	xxx			x%	
<i>Finanziamenti di medio-lungo termine</i>		xxx		X%	
Debiti a medio-lungo termine verso fornitori	xxx			x%	
Debiti a medio-lungo termine verso la Regione					
Debiti a medio-lungo termine verso la Provincia					
Debiti a m.- l. termine verso i Comuni dell'ambito distrettuale					
Debiti a medio-lungo termine verso l'Azienda Sanitaria					
Debiti a medio-lungo termine verso lo Stato ed altri Enti pubblici					
Debiti a medio-lungo termine verso Soggetti partecipati					
Debiti a medio-lungo termine verso soci per finanziamenti					
Mutui passivi (quota a medio-lungo termine)	xxx			x%	
Trattamento di fine rapporto	xxx			x%	
Altri debiti a medio-lungo termine	xxx			x%	
Fondo imposte	xxx			x%	
Fondi per oneri futuri a medio-lungo termine	xxx			x%	
Fondi rischi a medio-lungo termine	xxx			x%	
.....	xxx			x%	
CAPITALE PROPRIO			xxx		x%
<i>Finanziamenti permanenti</i>		xxx		X%	
Fondo di dotazione	xxx			x%	
(-) Crediti per fondo di dotazione	(xxx)			(x%)	
Contributi in c/capitale	xxx			x%	
(-) Crediti per contributi in c/capitale	(xxx)			(x%)	
Donazioni vincolate ad investimenti	xxx			x%	
Donazioni di immobilizzazioni	xxx			x%	
Riserve statutarie	xxx			x%	
.....	xxx			x%	
Utili di esercizi precedenti	xxx			x%	
(-) Perdite di esercizi precedenti	(xxx)			(x%)	
Utile dell'esercizio	xxx			x%	
(-) Perdita dell'esercizio	(xxx)			(x%)	
TOTALE CAPITALE ACQUISITO			xxx		100%

segue **Tabella 2**
Stato patrimoniale
«destinativo-finanziario»

Chiarito ciò, lo schema specificamente predisposto non presenta particolari peculiarità, se non quelle che derivano dall'adattamento dello schema di riferimento generale rispetto al documento ufficiale in relazione:

- a una dettagliata articolazione dei soggetti con i quali l'Asp ha rapporti di credito/debito;
- alla inclusione dei contributi in conto capitale all'interno del capitale proprio, con modalità di gestione contabile degli stessi del tutto simili a quelle già previste per le aziende sanitarie pubbliche.²²

5. Il rendiconto finanziario di liquidità

L'attuale normativa civilistica in tema di bilancio di esercizio non prevede i rendiconti finanziari fra i prospetti contabili obbligatori.

Un vincolo in questo senso è invece presente per le società che redigono il bilancio di esercizio sulla base dei principi contabili internazionali IAS/IFRS.

In ambito pubblico, tuttavia, di recente tale obbligo è stato opportunamente prefigurato per le aziende sanitarie dal D.L.vo 118/2011.²³

Ciò premesso, il rendiconto finanziario di liquidità ha, come è noto, una elevatissima valenza informativa, risultando fra i rendiconti finanziari quello più idoneo a verificare le condizioni attraverso le quali l'azienda ha fronteggiato il vincolo della solvibilità.

Esso è poi l'unico documento potenzialmente componente il bilancio di esercizio caratterizzato dal requisito della «oggettività» dei valori esposti: infatti il riferimento a grandezze identificate nelle entrate e nelle uscite monetarie azzerava qualunque discrezionalità tecnica esercitabile dagli amministratori sia circa la verifica dell'esistenza dell'evento, sia circa la quantificazione degli ammontari che da questo discendono.²⁴

Occorre qui sottolineare che la sostituzione della tradizionale contabilità finanziaria con la contabilità «economico-patrimoniale» ha comportato il sorgere di un pericoloso «effetto collaterale» per le aziende pubbliche e cioè lo spostarsi dell'attenzione «interna» ed «esterna» dalla dinamica finanziaria a quella economica.

Laddove poi si considerino gli oggettivi maggiori «margin di discrezionalità» (e dunque di «manovra») che sono impliciti nel secondo sistema contabile rispetto al primo, si fa concreto il rischio che, a fronte di bilanci «in pareggio» o con lievi «perdite» (*meilius*: disavanzi economici), gli interlocutori aziendali si sentano sufficientemente rassicurati e che le direzioni aziendali e gli amministratori attenuino la loro attenzione rispetto alla necessità di operare un costante presidio dell'andamento finanziario-monetario della gestione, con grave nocimento per la tenuta a futuro del sistema aziendale.

Con questa premessa, la richiesta della Regione alle Asp emiliane e romagnole di predisporre il rendiconto di liquidità va quindi valutata in modo estremamente positivo e completa opportunamente la triade dei documenti contabili di sintesi che dovrebbero sempre comporre un bilancio di esercizio.

Nello specifico, lo schema accolto si presenta nella tradizionale forma contabile con inversione delle sezioni di conto, presentando prima la sezione del prospetto recante le «fonti» e poi quella concernente gli «impieghi».²⁵

Rispetto alla organizzazione dei flussi, si è in primo luogo separato il risultato monetario della «gestione corrente», dai flussi di liquidità generati e assorbiti dalla gestione extracorrente.

In relazione al primo, nel prospetto si perviene alla reinterpretazione in chiave monetaria del risultato economico di periodo proprio secondo la modalità «sintetico-indiretta», la quale rettifica via via il risultato economico esposto in bilancio fino a pervenire al flusso di liquidità generato (situazione fisiologica) o assorbito (situazione patologica) dalla dinamica economica.

I flussi monetari di gestione extracorrente sono invece riconducibili alle operazioni che hanno avuto per oggetto diretto l'ottenimento/rimborso di finanziamenti (qui distinti in finanziamenti da terzi e finanziamenti permanenti) e la dismissione/effettuazione di investimenti durevoli.

Il prospetto è poi completato da una «appendice» che consente di raccordare la consistenza di liquidità (nei vari elementi che la compongono) presente all'inizio del periodo amministrativo, con quella presente al termine dello stesso.

Tale «prospetto di raccordo» consente di verificare la coerenza fra quanto esposto negli stati patrimoniali iniziale e finale e i flussi di liquidità esposti nell'omonimo rendiconto riferito al periodo.

Tutto ciò premesso, lo schema di rendiconto di liquidità adottato è quello riportato nelle **tabelle 3 e 4**.

La lettura del documento non presenta particolari specificità, in piena coerenza con l'assunto che il vincolo di solvibilità è costante e univalente per tutte le tipologie aziendali.

Il documento accolto consente dunque di verificare attraverso quali modalità si è frongeggiato nel periodo tale vincolo.

Le caratteristiche tecniche proprie di uno schema a sezioni divise consente più agevolmente di apprezzare le diverse tipologie di «fonte» e di «impiego» di mezzi monetari e di verificare i collegamenti logici che dovrebbero gestionalmente caratterizzare le stesse in una lettura trasversale del documento.

In questo senso il rendiconto di liquidità agevola anche la lettura dinamica degli stati patrimoniali riclassificati, esplicitando le cause che hanno portato a una modifica di quei margini (margini di struttura, CCN, margine di tesoreria) che caratterizzano l'analisi orizzontale dello stato patrimoniale destinativo-finanziario.

Concludiamo il commento del rendiconto di liquidità ribadendo che se anche le aziende in oggetto non sono certo finalizzate alla generazione di reddito, una situazione non patologica dovrebbe evidenziare la capacità dell'azienda di generare strutturalmente un adeguato livello di autofinanziamento (cioè un *Net Cash* di gestione corrente positivo).²⁶

6. Gli indici di bilancio

A completamento del quadro strumentale sopra illustrato, le Linee-guida della Regione Emilia-Romagna per la redazione del Bilancio sociale delle Asp contemplano anche una selezione di indici di bilancio.

Stanti sia le specificità delle Asp, sia le finalità perseguite attraverso tali strumenti di analisi, la selezione è stata piuttosto severa, limitandosi a prevedere:

- a) l'indice di conservazione del patrimonio netto;
- b) i due indici di onerosità finanziaria;
- c) l'indice di incidenza della gestione extraoperativa;
- d) gli indici di incidenza del costo dei fattori produttivi sul PILc;
- e) i rapporti di composizione dei costi caratteristici aziendali;
- f) gli indici di copertura e di auto copertura delle immobilizzazioni;
- g) gli indici di liquidità generale e primaria;
- h) i tempi medi di pagamento dei debiti commerciali;
- i) i tempi medi di incasso dei crediti per ricavi relativi ai servizi istituzionali resi.

Da ciò si può osservare che, rispetto alla classica impostazione adottata per le analisi di bilancio delle imprese, è sostanzialmente assente l'analisi della redditività, in piena coerenza con una *mission* aziendale che si rapporta alla dimensione economica come a un vincolo e non già come a un obiettivo.

In altri termini, in aziende pubbliche come le Asp si è correttamente ritenuto che non abbia senso – e che anzi sia potenzialmente fuorviante e pericoloso – proporre l'utilizzo di indicatori di redditività, quali il Roe e il Roi, che sono invece classicamente e correntemente utilizzati per le imprese.²⁷

L'analisi della dinamica economica è quindi limitata a verificare sinteticamente l'effetto sul risultato netto derivante dai componenti economici extraoperativi (oneri finanziari, componenti straordinari e imposte) e ad approfondire l'analisi della gestione caratteristica in primo luogo attraverso l'incidenza dei fattori di costo sul PILc (cioè sul «valore della produzione caratteristica») e successivamente a indagare le strutture dei costi caratteristici aziendali, escludendo invece i rapporti che esprimono tassi di redditività.²⁸

In assenza del Roe e considerando sia le anomalie che legano le variazioni del capitale netto al risultato di periodo per effetto della sterilizzazione,²⁹ sia la molteplicità di cause che possono portare a variazioni del capitale netto stesso, è stato accolto un indicatore che, rapportando l'ammontare del capitale netto («proprio») finale a quello iniziale, consente di verificare, in termini sintetici ed

Tabella 3

Rendiconto finanziario di liquidità (*)

FONTI di CASH			
DESCRIZIONE	PARZIALI		TOTALI
Flusso di CASH generato dalla gestione corrente (se è > 0)			xxx
+/- utile/perdita dell'esercizio	xxx/(xxx)		
+ ammortamenti	xxx		
- quota utilizzo contributi in c\capitale	(xxx)		
+ accantonamenti ai fondi rischi e oneri (al netto degli utilizzi)	xxx		
+ minusvalenze contabili	xxx		
- plusvalenze contabili	(xxx)		
+ minusvalenze realizzate	xxx		
- plusvalenze realizzate	(xxx)		
+ altri componenti reddituali negativi non monetari	xxx		
- altri componenti reddituali positivi non monetari	(xxx)		
+/- variazione in diminuzione/aumento delle rimanenze di magazzino	xxx/(xxx)		
+/- variazione in diminuzione/aumento dei crediti verso gli utenti	xxx/(xxx)		
+/- variazione in diminuzione/aumento delle fatture/note da emettere	xxx/(xxx)		
+/- variazione in diminuzione/aumento di altri crediti «non finanziari»	xxx/(xxx)		
+/- variazione in diminuzione/aumento di ratei e risconti attivi	xxx/(xxx)		
-/+ variazione in diminuzione/aumento dei debiti verso fornitori	(xxx)/xxx		
-/+ variazione in diminuzione/aumento delle fatture da ricevere	(xxx)/xxx		
-/+ variazione in diminuzione/aumento dei debiti verso l'erario	(xxx)/xxx		
-/+ variazione in diminuzione/aumento di altri debiti «non finanziari»	(xxx)/xxx		
-/+ variazione in diminuzione/aumento di ratei e risconti passivi	(xxx)/xxx		
Fonti di CASH generate dalla gestione extracorrente			xxx
Aumenti di finanziamenti a medio-lungo termine		xxx	
Incassi da assunzione di nuovi mutui	xxx		
Incassi dall'ottenimento di altri finanziamenti diretti da terzi	xxx		
.....	Xxx		
Aumenti di finanziamenti permanenti		xxx	
Incassi per conferimenti da soci	Xxx		
Incassi di contributi in c\capitale	Xxx		
.....	Xxx		
Diminuzioni di investimenti a medio-lungo termine		xxx	
Incassi da cessione di immobilizzazioni tecniche (valore di realizzo)	xxx		
Incassi da cessione di immobilizzazioni finanziarie (valore di realizzo)	xxx		
Incassi da cessione di altre immobilizzazioni (valore di realizzo)	xxx		
TOTALE FONTI di CASH			xxx
<i>Totale a pareggio: riduzione del CASH</i>			xxx
IMPIEGHI di CASH			
DESCRIZIONE	PARZIALI		TOTALI
Impieghi di CASH assorbiti dalla gestione extracorrente			xxx
Diminuzione di finanziamenti a medio-lungo termine		xxx	
Pagamenti per rimborso dei mutui (quota capitale)	xxx		
Pagamenti per rimborso di altri finanziamenti diretti da terzi	xxx		
.....	xxx		
Diminuzione di finanziamenti permanenti		xxx	
.....	xxx		
Aumenti di investimenti a medio-lungo termine		xxx	
Pagamenti per acquisto delle immobilizzazioni tecniche	xxx		
Pagamenti per acquisto delle immobilizzazioni finanziarie	xxx		
Pagamenti per acquisto delle altre immobilizzazioni	xxx		
TOTALE IMPIEGHI di CASH			xxx
<i>Totale a pareggio: aumento del CASH</i>			xxx

(*) Nell'allegato in oggetto, in calce al prospetto di rendiconto finanziario, è specificato che: «Nell'ambito delle variazioni, rispettivamente relative agli altri crediti «non finanziari» e agli altri debiti «non finanziari», previste per la determinazione del flusso di cash di gestione corrente, devono essere ricomprese anche le variazioni dei crediti e dei debiti verso i Comuni, l'Azienda Usl, ecc., derivanti dalla erogazione delle prestazioni (quindi relative a crediti e debiti che abbiano avuto come contropartita un effetto imputato a conto economico). Non vanno quindi ricomprese nelle situazioni suddette le variazioni di crediti riconducibili all'ottenimento di contributi in conto capitale o a conferimenti dai soci».

Tabella 4

DISPONIBILITÀ LIQUIDE (CASH) esistenti all'inizio del periodo:		xxx/(xxx)
Cassa	xxx	
Banca c\corrente	xxx	
C\corrente postale	xxx	
Meno: debiti vs Istituto Tesoriere per anticipazioni	(xxx)	
+/- Aumento o diminuzione di CASH nel periodo		xxx/(xxx)
DISPONIBILITÀ LIQUIDE (CASH) esistenti alla fine del periodo:		xxx/(xxx)
Cassa	xxx	
Banca c\corrente	xxx	
C\corrente postale	xxx	
Meno: debiti vs Istituto Tesoriere per anticipazioni	(xxx)	

epilogativi, se nel periodo questa grandezza sia globalmente aumentata o diminuita.

In questo senso il quoziente in oggetto fornisce indicazioni circa la capacità/incapacità dell'Asp di conservare il valore nominale del proprio patrimonio netto.

Gli altri indici selezionati sono di normale utilizzo e non richiedono particolari commenti.

Nel dettaglio presentiamo ora i vari quozienti di bilancio, così come proposti dalle Linee-guida.

a) *Indice di conservazione del patrimonio netto*

$$\frac{\text{Capitale proprio } T_1}{\text{Capitale proprio } T_0}$$

L'indice esprime in modo sintetico la variazione complessivamente subita nel periodo dal capitale netto (o proprio) dell'Asp per effetto delle variazioni connesse all'andamento della gestione, alla «sterilizzazione» degli ammortamenti e all'ottenimento di contributi in c\capitale e donazioni vincolate.

È dunque espressivo della capacità/incapacità dell'Asp di sapere mantenere/ potenziare nel tempo il proprio capitale netto.

b) *Indice di onerosità finanziaria*

$$\frac{\text{Oneri finanziari}}{\text{Capitale di terzi medio}}$$

$$\frac{\text{Oneri finanziari}}{\text{Capitale di terzi esplicitamente oneroso medio}}$$

L'indice esprime l'onerosità media dei

finanziamenti dell'Asp ottenuti dai soggetti terzi e viene calcolato con due modalità (la prima è quella richiesta, la seconda è da considerarsi facoltativa).

La prima è del tutto convenzionale, in quanto rapporta gli oneri finanziari (espliciti) del periodo con il valore totale medio dei finanziamenti direttamente o indirettamente riferibili a soggetti terzi. Il valore che ne deriva è dunque strutturalmente sottostimato.

La seconda modalità prevede invece una correlazione fra i predetti oneri finanziari e i finanziamenti da terzi medi che li hanno generati. È quindi un indice che determina con maggiore puntualità l'onerosità finanziaria delle operazioni che hanno per oggetto diretto l'ottenimento di finanziamenti da soggetti terzi.

c) *Indice di incidenza della gestione extra-operativa*

$$\frac{\text{Risultato netto}}{\text{Risultato operativo globale}}$$

L'indice di incidenza della gestione extra-operativa segnala indirettamente il «peso» degli oneri finanziari, dei componenti economici straordinari e del carico fiscale sull'andamento della gestione.

d) *Indici di incidenza del costo dei fattori produttivi sul PILc*

Si tratta di indici già presenti e determinati nelle colonne contenenti i valori percentuali del Conto economico a PILc e MOL.

Essi esprimono l'incidenza delle macrotipologie di consumi e del costo del lavoro sul valore che quantifica convenzionalmente il «Prodotto Interno Lordo» della gestione caratteristica dell'Asp.

e) *Rapporti di composizione dei costi caratteristici aziendali*

Si tratta di indici che, assumendo pari a 100 il totale dei costi caratteristici aziendali, determinano i rapporti di composizione dei medesimi con riferimento alle principali macrotipologie di costo.

f) *Indici di copertura e di autocopertura delle immobilizzazioni*

$$\frac{\text{Capitale fisso (Immobilizzazioni)}}{\text{Capitale proprio e Finanziamenti di terzi a medio-lungo termine}}$$

$$\frac{\text{Capitale fisso (Immobilizzazioni)}}{\text{Capitale proprio}}$$

Si tratta di indici volti a investigare le modalità di copertura dei fabbisogni finanziari connessi con gli investimenti durevoli.

In tal senso:

– l'indice di copertura delle immobilizzazioni investiga una condizione «di minimo», verificando se i fabbisogni finanziari connessi con gli investimenti durevoli sono stati comunque coperti con forme di finanziamento durevole;

– l'indice di auto copertura delle immobilizzazioni investiga invece una condizione «di ottimo», verificando se a fronte di tale fabbisogno risultano bastevoli i finanziamenti costituiti dal solo capitale proprio.

g) *Indici di liquidità generale e primaria*

$$\frac{\text{Capitale circolante}}{\text{Finanziamenti di terzi a breve termine}}$$

$$\frac{\text{Liquidità immediate e differite}}{\text{Finanziamenti di terzi a breve termine}}$$

Si tratta di indici volti a esprimere sintomi circa il grado di solvibilità aziendale.

In tal senso:

– l'indice di liquidità generale investiga una condizione «di minimo», verificando

se la totalità degli investimenti «circolanti» (di breve termine), che dovrebbero tornare in forma liquida nei dodici mesi successivi alla chiusura dell'esercizio, sono maggiori dell'ammontare complessivo dei finanziamenti da terzi di breve termine, che dovrebbero essere rimborsati o estinti sempre nell'arco dei dodici mesi successivi alla chiusura dell'esercizio;

– l'indice di liquidità primaria investiga invece una condizione «di ottimo», considerando, ai fini di tale confronto, le sole liquidità (immediate e differite).

h) *Tempi medi di pagamento dei debiti commerciali*

360

Acquisti di beni e servizi/debiti medi vs fornitori

L'indice determina il tempo medio di pagamento dei fornitori di beni e servizi dell'ASP. Ovviamente si tratta di un indice generale che fornisce una indicazione di massima dei tempi stessi, in quanto i valori reali per singole tipologie di fornitori potrebbero risultare in concreto anche significativamente diversi.

i) *Tempi medi di incasso dei crediti per ricavi relativi ai servizi istituzionali resi*

360

Proventi da prestazioni/crediti medi per prestazioni

Si tratta di un indice generale, in qualche modo speculare al precedente, che determina i tempi medi di incasso a fronte delle prestazioni erogate dall'Asp.

Indici maggiormente significativi potrebbero essere ottenuti segmentando le diverse tipologie di proventi delle prestazioni e rapportando coerentemente le stesse ai crediti a esse inerenti.

7. Alcune considerazioni finali

Anche se centrate sulla predisposizione del bilancio sociale delle Asp emiliane e romagnole, crediamo che, attraverso l'allegato tecnico che abbiamo qui esaminato e commentato, le Linee-guida predisposte dalla R.E.R. offrano un contributo importante per migliorare la trasparenza circa lo stato di salute/non salute di queste aziende e dunque, in ultima analisi,

circa la verifica della loro effettiva possibilità di poter continuare a svolgere le attività istituzionali che discendono dalla missione loro assegnata, offrendo un contributo che può essere utilizzabile al di là dei confini geografici che connotano questa regione.

Gli schemi contabili di sintesi e i quozienti di bilancio in esso previsti si prestano infatti a essere adottati (o a essere assunti come riferimento di partenza) sia da parte di singole Asp operanti in altri ambiti territoriali, sia da parte di altre Regioni che sentano la necessità di far illustrare o di monitorare gli andamenti economici e finanziari e la situazione patrimoniale di questa tipologia di aziende.

Tuttavia quella su base geografica non è l'unica e, probabilmente, nemmeno la più interessante opzione che si offre per un impiego più ampio del quadro strumentale qui illustrato.

A ben vedere, infatti crediamo che sia l'impianto complessivo, sia le caratteristiche di fondo che caratterizzano gli strumenti prima esaminati (Conto economico a PILc e MOLc, Stato patrimoniale destinativo-finanziario, rendiconto finanziario di liquidità, selezione di alcuni indici di bilancio), possano costituire una proposta (senz'altro migliorabile, ma già efficace) anche per analizzare gli andamenti economici e finanziari e la situazione patrimoniale di altre tipologie di aziende pubbliche.

In particolare, ci sembra che le caratteristiche dei singoli strumenti commentati – previo il necessario adattamento delle voci di dettaglio riportate nei prospetti di riclassificazione del conto economico e dello stato patrimoniale, nonché delle voci riportate nel rendiconto finanziario – siano tali da poter essere adottate in relazione alle aziende sanitarie pubbliche, al fine di monitorarne l'andamento degli esiti economici, finanziari e – di conseguenza – patrimoniali indotti dalla gestione.

Ovviamente molte Regioni, fra le quali (non a caso) appunto l'Emilia-Romagna, hanno già provveduto da tempo a dotarsi in proposito di propri specifici strumenti.

Un ulteriore miglioramento sulla completezza e significatività dei bilanci di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche deriverà inoltre da quanto previsto da D.L.vo 118/2011 (anche in relazione alla adozione del rendiconto finanziario di liquidità).

Tuttavia nel nostro Paese permangono ancora situazioni meno avanzate, rispetto alle quali i prospetti e gli indici qui illustrati in relazione alle Asp potrebbero avere una propria utilità nell'offrire un primo nucleo da cui far derivare un sistema coordinato di strumenti per le analisi dei bilanci di esercizio anche di queste aziende.

Tornando al tema dell'utilizzo in seno ai bilanci sociali, siamo peraltro fermamente convinti che la predisposizione e la pubblicazione di informazioni tecnicamente idonee e adeguate a rappresentare e a far verificare queste «dimensioni» della gestione aziendale sia una condizione necessaria ma non sufficiente.

In termini più generali, riteniamo infatti che nel nostro Paese occorra ancora lavorare molto per far crescere quella cultura della «esigibilità» e dell'effettivo utilizzo delle informazioni attraverso cui si esplica la «resa del conto» da parte di soggetti pubblici.

Senza una piena consapevolezza e una piena assunzione del ruolo di «controllo sociale» che dovrebbe caratterizzare le varie categorie di «stakeholder» (ma più in generale la collettività), la predisposizione e pubblicazione di documenti contenenti informazioni «sociali» e/o contabili da parte di aziende o di enti pubblici rischia di risultare un atto che oscilla caso per caso fra il mero rispetto di un adempimento formale e un'azione finalizzata alla gestione del consenso.

I bilanci sociali – e in particolare gli strumenti attraverso i quali le pubbliche amministrazioni dovrebbero dare conto delle scelte che hanno operato, delle risorse che sono state impiegate e dei risultati che sono stati conseguiti sotto il profilo istituzionale – possono risultare effettivamente utili solo se innescano un reale confronto e un «contraddittorio» con i soggetti a cui sono rivolti.

La «contendibilità» delle informazioni deve quindi generare un costante confronto dialettico fra chi, ai diversi livelli, amministra la «cosa pubblica» e i cittadini (anche attraverso le loro organizzazioni).

Perché siano effettivamente utili, non basta quindi prevedere strumenti potenzialmente idonei a innalzare il livello di trasparenza delle pubbliche amministrazioni (anche se ciò è già meritorio in sé), ma occorre «insegnare» ai destinatari come essi possano essere usati.

Note

1. Del. G. R.E.R. n. 2007/279, approvata il 12 marzo 2007.
2. Cfr. Del. G. R.E.R. 2010/741, approvata l'8 giugno 2010.
3. Sulle funzioni e le caratteristiche di questo documento si rinvia a Tieghi (2011).
4. Stante la consueta assenza dei rendiconti finanziari fra i prospetti contabili obbligatoriamente componenti il bilancio di esercizio, le informazioni di natura prettamente finanziaria saranno invece recuperate attraverso il rendiconto di liquidità da presentare all'interno del bilancio sociale.
5. Cfr. allegato n. 5 al Regolamento regionale di contabilità economico-patrimoniale per le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), di cui all'articolo 25, comma 12 della L. reg. 12 marzo 2003, n. 2.
6. Si rammenti in proposito il faticoso percorso di progressivo aggiustamento che ha caratterizzato l'introduzione e l'implementazione degli schemi di conto economico e di stato patrimoniale in seno alle aziende sanitarie pubbliche. Di fatto solo con il D.L.vo 118 del giugno del 2011 – quindi quasi 17 anni dopo la predisposizione dei primi schemi contenuti nel DM 20 ottobre 1994 – a livello centrale si è pervenuti ad indicare documenti contabili di sintesi finalmente soddisfacenti e idonei a riflettere gli esiti economici, finanziari e patrimoniali derivanti dall'attività istituzionale che caratterizza queste aziende.
7. In via prevalente i «soci» sono costituiti da Comuni, anche se non mancano altri soggetti (ad esempio fondazioni di origine bancaria). È però del tutto intuibile il diverso impatto sui meccanismi di *governance* delle Asp derivante, per esempio, da una situazione in cui un importante Comune possiede da solo il 98% delle quote sociali, rispetto ad altre situazioni in cui la compagine sociale sia costituita da più di una decina di Comuni di piccola/media dimensione, dei quali nessuno detenga la maggioranza assoluta delle quote.
8. Al solo fine di dare una sommaria idea del loro grado di eterogeneità, si osservi che, delle 44 Asp che risultavano attive alla fine del 2011, per quanto concerne l'attività istituzionale, 37 si occupano di anziani, 26 di disabili, 18 di minori, 11 di emarginati, 8 di famiglie, 7 di immigrati e altre di *target* di popolazione ancora più specifici. Tuttavia (come emerge implicitamente sommando tali valori) molte Asp operano simultaneamente in più settori (ad esempio 25 si occupano sia di anziani che disabili, 14 di anziani, disabili, minori, ecc.). Anche i processi operativi connessi con la gestione dei servizi socio-sanitari e sociali appaiono variegati, seppur riflettendo in prevalenza le attività che già caratterizzavano tradizionalmente il *core* di attività delle Ipab (sono rispettivamente 35 e 37 le Asp che gestiscono servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, mentre gli stessi servizi sono rivolti ai disabili rispettivamente da 13 e 14 Asp). Fra le altre varie attività, non mancano i casi di erogazione diretta di denaro ai soggetti tutelati (13 Asp). Per quanto concerne i dati di bilancio (riferiti all'esercizio 2009) il valore della produzione era superiore a 30 mln di euro per 2 Asp; ricompreso fra 30 e 20 mln per 1 Asp e fra 20 e 10 mln per 12 Asp.
9. Nel bilancio di esercizio relativo al 2010 dell'Asp Giovanni XXIII – in assoluto fra le più rilevanti della regione per dimensione – su un valore della produzione pari a 33.633.487 euro, ben 8.739.913 euro erano riferibili a rette e rimborsi di utenti privati, a fronte dei 10.268.055 euro riconosciuti dal Comune di Bologna per rette, rimborsi e affitti e dei 11.359.675 euro dovuti dall'Ausl di Bologna per oneri a rilievo sanitario rette e rimborsi sanitari. Cfr. Bilancio sociale 2010, p. 31.
10. A questo riguardo occorre sottolineare alcune peculiarità. La proprietà degli immobili in questione deriva per lo più dalle donazioni e dai lasciti operati nel tempo a favore degli enti poi confluiti nelle Asp. In questo senso essi rappresentano concretamente l'implicito riconoscimento della meritorietà dell'azione istituzionale svolta nel corso della vita (in alcuni casi ultracentenaria) di tali enti. A differenza di quanto accade nelle imprese (ovviamente diverse da quelle immobiliari) o in alcune aziende non profit (ad esempio alcune fondazioni), la gestione immobiliare non si configura quindi come «esterna» all'attività caratteristica ma, derivando proprio da questa, può essere intesa come ad essa strettamente connessa. Il problema semmai è quello di gestire con oculatezza e trasparenza tale patrimonio immobiliare. Da un lato, infatti, l'Asp può rafforzare la propria funzione sociale affidando a condizioni calmierate a fasce deboli di popolazione determinati alloggi. Questo però richiede l'adozione ed il rispetto di meccanismi di assegnazione pienamente trasparenti. Dall'altro, per gli immobili aventi caratteristiche diverse (immobili commerciali, terreni agricoli, ecc.), l'Asp dovrebbe cercare di ottimizzare il rendimento nel tempo delle operazioni di locazione, così da poter ottenere risorse significative con cui sostenere la propria attività istituzionale. In altri termini, una gestione immobiliare efficiente può avere un ruolo importante nel contribuire al rispetto dei vincoli finanziari ed economici posti alla gestione aziendale, «sovvenzionando» idealmente aree di attività istituzionale potenzialmente in disequilibrio, quali sono talvolta quelle direttamente connesse con l'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari. Allo stato attuale, tuttavia, dalla lettura dei bilanci di esercizio delle Asp che si trovano a disporre di ingenti patrimoni immobiliari parrebbero essere ancora possibili, in proposito, significativi margini di miglioramento.
11. Una proposta parallela di strumenti per l'analisi dei bilanci delle Asp è stata formulata da E. Bracci (2010). Lo studio comprende anche gli esiti di una ricerca condotta sui bilanci di esercizio di 23 Asp emiliane e romagnole relativi al 2008.
12. Del. G.R. 30 luglio 2012, n. 1130 «Linee guida per la predisposizione del bilancio sociale delle ASP dell'Emilia-Romagna - Modifiche alla DGR n. 741/2010», pubblicato sul B.U.R. del 29 agosto 2012.

13. In particolare:
- dati economici di costo (e – se disponibili – di ricavo e per differenza di risultato) relativi alle singole aree di attività istituzionale (dati elaborati dalla contabilità analitica aziendale, se presente);
 - indicatori relativi ai costi medi per prestazione;
 - le tariffe regionali per i servizi accreditati;
 - le quote di contribuzione dovute dagli utenti, eventualmente assunte a proprio carico (in misura totale o parziale) dai Comuni, per gli assistiti in condizioni economiche disagiate;
 - il rimborso, da parte dell'Ausl, delle prestazioni sanitarie;
 - indicatori di morosità.
14. Occorre infatti sempre ricordare che quello dei bilanci è un linguaggio che non è concepito per rivolgersi direttamente al comune cittadino. In questo senso anche il principio generale della «chiarezza», espressamente richiamato all'art. 2423, II c., C.C., in relazione ai caratteri che deve possedere l'informativa di bilancio, non è genericamente rivolto al «bonus pater familias».
15. Al riguardo si pensi, ad esempio, al contributo informativo offerto ai lettori esterni dalla presentazione del rendiconto finanziario di liquidità.
16. In proposito si rinvia, fra gli altri, a Paganelli (1986), pp. 26-29.
17. Fra gli analisti finanziari questa grandezza è nota anche come *Earning Before Interest Taxes Depreciation and Amortization - EBITDA*.
18. Della convenzionalità di misurare il valore della produzione aziendale attraverso l'utilizzo di tariffe, si è già detto. Per alcune aziende si va ben oltre: si pensi ad esempio al significato addirittura fuorviante che assume il «valore della produzione» nei conti economici delle Asl, essendo tale valore costituito in via prevalente dai contributi in conto esercizio periodicamente riconosciuti sulla base della popolazione «pesata» di riferimento, quindi a prescindere dai processi produttivi effettivamente posti in essere dall'azienda.
19. Per un esame delle differenze e delle caratteristiche specifiche degli schemi di conto economico a PILc e VANc e a PILc e MOLc derivati dallo schema generale a PILc e VALc, si rinvia a Tieghi, Gigli (2009), pp. 44-52.
20. Si vedano, al riguardo, le osservazioni già esposte in precedenza.
21. Occorre infatti sempre considerare che il patrimonio netto si ridurrebbe anche in presenza di un «pareggio di bilancio» per effetto delle particolari modalità contabili seguite nella procedura di «sterilizzazione» degli ammortamenti.
22. In estrema sintesi, il meccanismo contabile individuato per le aziende sanitarie pubbliche ed esteso alle Asp può essere così descritto:
- il contributo in conto capitale impiegato per l'acquisizione di un cespite è iscritto all'interno del patrimonio netto;
 - il valore del cespite è quindi determinato dal costo sostenuto per la sua acquisizione al lordo del contributo medesimo;
 - le periodiche quote di ammortamento sono determinate in modo «pieno» sul predetto valore ed in tale misura iscritte fra i costi nel conto economico;
 - a fronte di tali costi occorre ridurre proporzionalmente il contributo all'interno del netto, accreditando il conto economico della «quota di utilizzo» del contributo medesimo considerata di competenza del periodo, la quale, come componente positivo, va indirettamente a rettificare la quota di ammortamento del cespite, operando in tal modo la «sterilizzazione» di quest'ultima;
 - supposta la piena coincidenza fra il valore del cespite e l'ammontare del contributo, attraverso questa procedura si perviene ad una progressiva e correlata riduzione sia del valore attribuito al cespite nell'attivo patrimoniale (per effetto degli ammortamenti periodici), sia dell'ammontare del contributo (per effetto delle annuali «quote di utilizzo»), fino al potenziale simultaneo azzeramento di entrambi i valori.
- Al riguardo dobbiamo sottolineare che la soluzione indicata «ibrida» le due modalità di gestione contabile tradizionalmente previste per i contributi in conto capitale ed è foriera di distorsioni sostanziali sulla rappresentazione economica e patrimoniale delle aziende pubbliche in oggetto, in quanto, in assenza di altri movimenti che nel periodo abbiano inciso direttamente sul patrimonio netto, la variazione subita dal medesimo non può più coincidere con quella indicata dal risultato netto esposto nel conto economico.
- È infatti del tutto evidente che, per effetto della procedura contabile indicata, il patrimonio netto si riduce sostanzialmente anche in presenza di un conto economico formalmente in pareggio o a fronte di un «utile di esercizio» di ammontare inferiore alle «quote di utilizzo» dei contributi in conto capitale «girate», quali componenti positivi di competenza del periodo, al conto economico.
- Da questo discende un progressivo depauperamento del patrimonio netto (dei «mezzi propri») pur in presenza di conti economici che risultassero sempre in «pareggio» e la contestuale necessità di provvedere sistematicamente alla erogazione di contributi in conto capitale e/o alla periodica «ricapitalizzazione» dell'azienda.
23. In proposito si deve tuttavia osservare che alcune Regioni avevano già richiesto la predisposizione di tale documento nell'ambito delle norme concernenti la redazione dei bilanci di esercizio delle proprie aziende sanitarie. Al riguardo si veda, ad esempio, la del. G. Regione Emilia-Romagna n. 416/2005 del 16 febbraio 2005.
24. Così invece non è:
- 1) sia per i flussi economico-reddituali, per alcuni dei quali è soggettiva la determinazione dell'ammontare (ad es. ammortamenti) se non addirittura la decisione circa le stesse condizioni di esistenza (ad es.: accantonamenti a fondi rischi, perdite presunte su crediti, altre svalutazioni, ecc.);
 - 2) sia per i flussi finanziari di CCN, i quali derivano anche dalle variazioni subite da elementi patrimoniali che risentono delle «scelte tecniche» soggettivamente operate dagli amministratori (nuovamente si pensi, ad esempio, alla svalutazione dei crediti a breve e alla costituzione/alimentazione di fondi per rischi e di fondi per oneri a breve termine).
25. Tale inversione delle sezioni contabili – le fonti sono infatti associabili al segno contabile «avere» e gli

impieghi al segno contabile «dare» – riflette la sequenza logica delle operazioni: prima occorre reperire le risorse finanziarie e poi queste potranno essere impiegate.

26. Lo schema consente peraltro di verificare anche la «qualità» di questa grandezza: è infatti intuitivo che in una buona situazione questa non possa dipendere soprattutto da un aumento dei debiti verso fornitori in presenza di volumi di attività sostanzialmente costanti. Questo implicherebbe infatti che il risultato monetario in oggetto è stato ottenuto ritardando i tempi di pagamento ai fornitori, espediente questo

di «corto respiro» e tutt'altro che indicativo di una situazione finanziaria sana.

27. Vi è quindi una divergenza profonda rispetto al modello di analisi proposto da Bracci, nel quale si riafferma per le Asp un modello di analisi della redditività basato sul ROE, sul ROI e sul ricorso alla leva finanziaria. Cfr. Bracci (2010), p. 101 e ss.
28. Un'analisi di redditività operativa si potrebbe proporre limitatamente alla gestione degli immobili a reddito.
29. Al riguardo si rinvia a quanto già illustrato nella precedente nota 22.

B I B L I O G R A F I A

BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRACCI E. (2010), *L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona*, Maggioli, Rimini.

GALLUSCIO C. (2011), *Le aziende sanitarie pubbliche: alcune riflessioni in tema di bilancio e di valore*, Rirea, Roma.

MATACENA A. (1993), *Il bilancio di esercizio. Strutture formali, logiche sostanziali e principi generali*, Clueb, Bologna.

MENEGUZZO M. (2006), «Creazione di valore e sviluppo

del capitale sociale: la sfida per il sistema della PA italiana», *Rirea*, Roma.

MOORE M. (1995), *Creating public value*, Harvard University Press, Cambridge.

PAGANELLI O. (1986), *Analisi di bilancio*, Utet, Torino.

REBORA G. (1999), *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini & Associati, Milano.

TIEGHI M., GIGLI S. (2009) *Gli strumenti per le analisi del bilancio di esercizio*, Il Mulino, Bologna.

TIEGHI M. (2011), «Le linee guida per il bilancio sociale delle ASP dell'Emilia-Romagna», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 7, pp. 6-10.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Academy of Health Care Management and Economics (a cura di)

STRATEGIA E PERFORMANCE MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

EGEA, MILANO, 2012, € 16,00, PP. 130 - ISBN/EAN: 9788823843110

Le Aziende sanitarie pubbliche (Asp) sono oggi chiamate a dotarsi di sistemi manageriali volti al governo delle strategie e delle performance aziendali in risposta a un ambiente esterno caratterizzato da dinamismo epidemiologico, demografico, sociale, tecnologico ed economico. Il libro affronta il tema della strategia delle Asp e il collegamento con i sistemi di misurazione e valutazione delle performance, approfondendo: – il concetto di strategia per le Asp; – le caratteristiche delle scelte strategiche nelle Asp; – i processi di formazione delle strategie nelle Asp; – il reale svolgimento dei processi di elaborazione e realizzazione della strategia attraverso un'analisi empirica di 16 casi aziendali; – le modalità per la gestione del cambiamento per affrontare e superare le resilienze interne; – l'opportunità di costruire dei sistemi di controllo strategico con un forte collegamento con i sistemi di misurazione e valutazione delle performance. Il libro è il frutto dello studio e del confronto tra i ricercatori SDA Bocconi, i professionisti e il top management delle Asp del progetto Academy of Health Care Management and Economics di SDA Bocconi e Novartis Italia.

INDICE PREFAZIONE - 1. L'IMPORTANZA DELLA STRATEGIA PER LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 1.1 LA FUNZIONE FONDAMENTALE DELLA STRATEGIA: ORIENTARE IL MANAGEMENT - 1.2 LA FUNZIONE COLLATERALE DELLA STRATEGIA: RESPONSABILIZZARE IL MANAGEMENT - 2. LA STRATEGIA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 2.1 COS'È LA STRATEGIA: UN SOLO SOSTANTIVO PER TANTI SIGNIFICATI - 2.2 LE SCELTE STRATEGICHE NELLE ASP: CARATTERISTICHE E CONTENUTI - 2.3 INDIVIDUARE E OCCUPARE LO SPAZIO STRATEGICO DELLE ASP - 2.4 IL MANAGEMENT STRATEGICO PER IL GOVERNO DELLE STRATEGIE - 3. LA FORMAZIONE DELLE STRATEGIE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 3.1 GLI APPROCCI ALLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA - 3.2 LA CENTRALITÀ DEI PROCESSI RAZIONALI DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA - 3.3 LE STRATEGIE EMERGENTI - 4. I PROCESSI DI FORMAZIONE DELLE STRATEGIE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE ITALIANE: UN'INDAGINE ESPLORATIVA - 4.1 LA METODOLOGIA DELL'ANALISI - 4.2 LE CASE HISTORIES: LE SCELTE STRATEGICHE DELLE ASP - 4.3 CONCLUSIONI DALLE EVIDENZE EMPIRICHE - 4.4 LE LEZIONI APPRESE - 5. LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO STRATEGICO NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 5.1 IL CAMBIAMENTO TRA FISILOGIA E PATOLOGIA ORGANIZZATIVA - 5.2 IL PROCESSO E GLI STADI DEL CAMBIAMENTO STRATEGICO - 5.3 CAMBIARE LE PERSONE PER CAMBIARE L'ORGANIZZAZIONE - 6. CONTROLLO DELLE STRATEGIE E PERFORMANCE MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 6.1 PERCHÉ COSTRUIRE UN SISTEMA DI CONTROLLO STRATEGICO NELLE ASP - 6.2 OGGETTO, MECCANISMI E FUNZIONI - 6.3 LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA DI CONTROLLO STRATEGICO PER LE ASP - 6.4 SPINTE AMBIENTALI, PROCESSI DI RIFORMA ED EVOLUZIONE DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE - 6.5 MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE E QUALITÀ DELLE STRATEGIE - 6.6 UN'AGENDA PER IL FUTURO - 7. IL MIGLIORAMENTO DEL PERFORMANCE MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: OLTRE LE MODE E LE TRADIZIONI - APPENDICE - ALLEGATO 1. TRACCIA INTERVISTA SEMISTRUTTURATA

Fondazione Farmafactoring - Vincenzo Atella, Giuseppe De Rita (a cura di)

IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE: RAPPORTO 2011

FRANCOANGELI, MILANO, 2012, € 25,00, PP. 206 - ISBN: 9788856847994

La quinta edizione del Rapporto della Fondazione Farmafactoring è incentrata sulla problematica della spesa delle Regioni e sulle regole del federalismo. La Legge n. 42-2009 in materia di federalismo fiscale e il più recente «Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei

costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario» hanno introdotto una serie di importanti novità che incidono sui rapporti finanziari tra governo centrale e periferia, tema quest'ultimo molto dibattuto. Uno dei punti chiave di tale legge prevede che il finanziamento dei livelli essenziali avvenga con riferimento a standard di costo e di fabbisogno ed è proprio la definizione e la misurazione di tali standard uno dei principali problemi che gli operatori e i policy maker si trovano in questo momento ad affrontare. Il Rapporto offre una serie di spunti e di riflessioni basati su analisi empiriche ottenute a partire da dati di spesa a livello regionale, mai analizzati prima d'ora, provenienti dal Progetto SISSI realizzato dalla SIMG e dal Ceis Tor Vergata. L'analisi dei differenziali di costo regionali costituisce il leitmotiv dell'intero lavoro, che si è sviluppato attraverso lo studio delle determinanti di tali differenziali e delle relazioni che intercorrono tra spesa e stato di salute delle persone. In particolare, si è cercato di mettere in evidenza le caratteristiche differenziali ed evolutive dei diversi contesti regionali rispetto alla domanda di salute, e cioè al contesto socio-demografico e alla epidemiologia. Inoltre, è stata posta l'attenzione su come differenze di spesa tra Regioni possano essere la risultante di modelli organizzativi diversi, soprattutto in merito all'organizzazione dei modelli di Primary Care, che è stata una delle funzioni al centro delle riforme di molti Paesi europei. Infine, la disponibilità dei dati del progetto SISSI ha permesso di eseguire interessanti analisi sulla spesa sanitaria a livello di singola patologia con l'obiettivo di spiegarne le cause a partire dalle diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di erogazione delle prestazioni (mix dei livelli di assistenza) e alle modalità di governo della medicina generale (accordi, associazionismo, budget di Mmg, ecc.). Inoltre, sono stati analizzati i differenziali di costo tra i diversi contesti regionali, per alcune patologie di riferimento, in base alla struttura organizzativa della Regione, alla sua tipologia di management e alla presenza di Piani di rientro.

INDICE PREFAZIONE, DI GIUSEPPE DE RITA - INTRODUZIONE, DI VINCENZO ATELLA - PARTE I. UN'ANALISI MULTIMENSIONALE DELLA SANITÀ ITALIANA - 1. LA SPESA SANITARIA E I VINCOLI DI FINANZA PUBBLICA - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. LA SITUAZIONE DELLA FINANZA PUBBLICA E LA DISPONIBILITÀ DELLE RISORSE PER IL SSN - 1.3. IL PROCESSO DI ALLOCAZIONE DELLE RISORSE ALLE REGIONI - 1.4. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA E I RISULTATI DI ESERCIZIO DEL SSN - 1.5. LA TENUTA DEI CONTI E I PIANI DI RIENTRO - 1.6. LA DEFINIZIONE DEI LEA ED IL LORO FINANZIAMENTO: I PROBLEMI ANCORA IRRISOLTI - 1.7. CONCLUSIONI - 2. LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA SANITARIA - 2.1. GLI ASSETTI ISTITUZIONALI - 2.2. LE STRUTTURE DI OFFERTA - 2.3. I LIVELLI DI ATTIVITÀ - 3. LA DOMANDA DI SALUTE E LA PERCEZIONE DELLA QUALITÀ DELL'OFFERTA - 3.1. UN CRUSCOTTO ALTAMENTE QUALITATIVO - 3.2. GLI INDICATORI DELLA DOMANDA SANITARIA - 3.3. GLI INDICATORI DELLA QUALITÀ DELL'OFFERTA - 4. I COSTI DELLE CURE NEL SISTEMA SANITARIO: UN'ANALISI DISAGGREGATA - 4.1. INTRODUZIONE - 4.2. L'AFFIDABILITÀ DELLE STIME - 4.3. LA SPESA SANITARIA PUBBLICA ITALIANA: UN CONFRONTO TRA I DATI HEALTH SEARCH E I DATI UFFICIALI DEL MINISTERO DELLA SALUTE - 4.4. I TREND DELLA SPESA - 4.5. LA SPESA A LIVELLO REGIONALE - 4.6. LA SPESA LUNGO IL CICLO DI VITA DEI PAZIENTI: UN'ANALISI PER GENERE E MACROREGIME - 4.7. LA SPESA PER LIVELLO DI COMORBILITÀ - 4.8. LA SPESA PER PAZIENTI CON SPECIFICHE PATOLOGIE - 4.9. CONCLUSIONI - PARTE II. GLI APPROFONDIMENTI - 5. LE DISPARITÀ NELLA SANITÀ REGIONALI: L'IMPATTO DEI PIANI DI RIENTRO - 5.1. OBIETTIVI E METODOLOGIE DELL'ANALISI - 5.2. I PIANI DI RIENTRO E IL COMMISSARIO AD ACTA - 5.3. LA DINAMICA CENTRIPETA DEGLI INDICATORI SANITARI TRA REGIONI IN PIANO DI RIENTRO E ALTRE REGIONI - 6. IL PUNTO DI VISTA DEI PAZIENTI SULLE SANITÀ DELLE VARIE REGIONI - 7. LE ASPETTATIVE DEI CITTADINI IN UNA SANITÀ A FINANZA STRETTA - 8. STRUMENTI DI GOVERNO PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE IN MEDICINA GENERALE - 8.1. INTRODUZIONE - 8.2. LE ESPERIENZE REGIONALI E AZIENDALI NELL'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO PER LA MEDICINA GENERALE - 8.3. METODOLOGIA - 8.4. LA CONTRATTAZIONE E LO SVILUPPO DEL GOVERNO CLINICO: I PDTA E GLI STRUMENTI DI CLINICAL GOVERNANCE NEGLI ACCORDI REGIONALI DEI CICLI DI CONTRATTAZIONE 2000-2004 E 2005-2009 - 8.5. ANALISI DEI DATI 8.6. CONTATTI MEDI CON MMG ALL'ANNO PER PATOLOGIA - 8.7. SPESA MEDIA PER FARMACI E SPECIALISTICA PRESCRITTA DAL MMG PER PATOLOGIA - 8.8. CONCLUSIONI - 9. FEDERALISMO ED EGUALIANZA: IL CASO ITALIANO. WELFARE: DIVARIO SUD E RESTO DEL PAESE, QUESTIONE AMMINISTRATIVA E «GOVERNO MISURABILE» - 9.1. PREMESSA - 9.2. WELFARE E FEDERALISMO - 9.3. IL «GOVERNO MISURABILE» E LA QUESTIONE AMMINISTRATIVA NELL'ORDINAMENTO FEDERALE

Matteo Lippi Bruni, Sara Rago, Cristina Ugolini

**IL RUOLO DELLE MUTUE SANITARIE INTEGRATIVE.
LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO NELLA COSTRUZIONE DEL NUOVO
WELFARE DI COMUNITÀ**

IL MULINO, BOLOGNA, 2012, € 22,00, PP. 269

Il volume analizza le diverse forme organizzative e di intervento delle società di mutuo soccorso attive oggi in Italia nel settore sanitario e socio-sanitario, muovendo da una rico-

struzione del ruolo che hanno svolto storicamente per il sostegno dei propri associati in condizioni di fragilità, sotto i profili istituzionali, giuridici e fiscali entro cui queste società hanno operato fino a oggi, individuando i loro possibili spazi di crescita. Si pone in evidenza la potenzialità che tali organizzazioni hanno di conciliare gli emergenti bisogni di copertura e l'articolarsi della domanda di assistenza in un contesto di crescenti costi per la salute dei cittadini. Attraverso l'accurata presentazione delle evidenze emerse da un'indagine empirica condotta dagli autori sull'attività delle mutue sanitarie integrative, emergono indicazioni sulle possibili strade da percorrere per assicurare una migliore protezione dei cittadini con un più ampio sistema di servizi integrati di welfare. Il libro si conclude con una riflessione sul valore aggiunto della mutualità sanitaria integrativa nelle sue molteplici dimensioni: economica, sociale, culturale e istituzionale.

INDICE 1. LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO: ANALISI DI CONTESTO - 2. LA MUTUALITÀ INTEGRATIVA VOLONTARIA OGGI - 3. I RAPPORTI TRA SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E MUTUALITÀ SANITARIA INTEGRATIVA: RUOLI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO - 4. CARATTERISTICHE DELLE MUTUE SANITARIE INTEGRATIVE E PRESTAZIONI GARANTITE: EVIDENZE EMPIRICHE - 5. IDENTITÀ ED ORGANIZZAZIONE: IL VALORE AGGIUNTO DELLA MUTUALITÀ SANITARIA INTEGRATIVA

Roberto Vaccani

RIPROGETTARE LA SANITÀ. MODELLI DI ANALISI E SVILUPPO

CAROCCHI FABER, ROMA, 2012, € 33,00, PP. 352 - ISBN: 9788874666188

I sistemi sanitari detengono il primato della complessità organizzativa e come tali rappresentano una sfida per chi si occupa di concreta gestione aziendale. La straordinaria differenziazione di attività, competenze e processi lavorativi rende precarie la visione e la gestione integrata del sistema salute: il rischio della frantumazione del corpo complessivo dell'organizzazione in singoli sottosistemi aziendali è, infatti, sempre dietro l'angolo. È dalla configurazione complessiva, generalizzata, pensata e progettata del sistema salute che nascono, si stabilizzano e si diffondono i valori e l'ideologia complessiva di una sanità nazionale. Gli impianti organizzativi, con la loro logica strutturale e con lo spirito delle regole su cui si fondano, esercitano una quotidiana e pervasiva pedagogia di sistema. L'altissima e diffusa discrezionalità che caratterizza le aziende sanitarie richiede non comuni stili manageriali, autorevoli e negoziali. Questo volume passa in rassegna alcuni modelli fondamentali di diagnosi e progettazione di impianti organizzativi complessi e di conduzione dei processi sociali e lavorativi che sono alla loro base. I modelli trattati teoricamente sono affiancati e validati da concreti esempi applicativi, sperimentati in ambito sanitario.

INDICE PREFAZIONE, DI *FULVIO MOIRANO* - PARTE PRIMA. LEGGERE L'IMPIANTO ORGANIZZATIVO NEL SUO INSIEME - 1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA PER LA DIAGNOSI E LA RIPROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA - 1.1. PREMessa - 1.2. CONFUSIONE SUL CONCETTO DI ORGANIZZAZIONE - 1.3. UNA VISIONE SISTEMICA DELL'ORGANIZZAZIONE - 1.4. STRUTTURA DI BASE - 1.5. SISTEMI OPERATIVI - 1.6. PROCESSI SOCIALI - 1.7. LEGAMI DI RECIPROCA INFLUENZA - 1.8. L'ANALISI SISTEMICA COME STRUMENTO DI DIAGNOSI ORGANIZZATIVA - 1.9. ALTERNATIVE DI PROGETTO DI INTERVENTO E CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO (CAMBIARE L'ORGANIZZAZIONE OPPURE ORGANIZZARE IL CAMBIAMENTO?) - 1.10. TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE E RIFERIMENTI DI ANALISI SISTEMICA - 1.11. ESPERIENZE. LE ESPERIENZE TOSCANI DI OSPEDALI PER INTENSITÀ DI CURA, DI *FRANCESCO BELLOMO* - IL CASO CUNEO, DI *FULVIO MOIRANO* - IL CASO DI UNIFICAZIONE ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVA DI TRE ASL, DI *FULVIO MOIRANO* - 2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ: LA DIALETTICA DIFFERENZIAMENTO/INTEGRAZIONE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE - 2.1. DIVIDERE E CONGIUNGERE - 2.2. LIVELLO DI INCERTEZZA CHE IL SISTEMA DEVE AMMINISTRARE - 2.3. LIVELLO DI PLURALITÀ E DIVERSIFICAZIONE DEI BENI/SERVIZI PRODOTTI - 2.4. LIVELLO DI INTERDIPENDENZA NECESSARIO A RAGGIUNGERE I RISULTATI ORGANIZZATIVI - 2.5. LIVELLO DI DISCREZIONALITÀ DECISORIA DECENTRATA INDOTTO DAI BENI/SERVIZI PRODOTTI - 2.6. DIMENSIONE ORGANIZZATIVA - 2.7. I PROCESSI D'INTEGRAZIONE - 2.8. STRUMENTI D'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA - 2.9. LA COMPOSIZIONE DEGLI STRUMENTI DI INTEGRAZIONE - 2.10. L'INTEGRAZIONE IN AMBITO SANITARIO: AREE CRITICHE - 3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ: PIANI DI LAVORO E DIREZIONE PER OBIETTIVI - 3.1. LA METODOLOGIA DEI PIANI DI LAVORO - 3.2. IL PIANO DI LAVORO - 3.3. OBIETTIVI GENERALI - 3.4. SOTTOBIETTIVI RISULTATO - 3.5. LA DEFINIZIONE DELLE AZIONI UTILI A PERSEGUIRE I SOTTOBIETTIVI RISULTATO - 3.6. CONDIZIONI ORGANIZZATIVE ALL'INTERNO DELLE QUALI AVVENGONO LE AZIONI - 3.7. DEFINIZIONE DI INDICATORI CONCRETI DI VERIFICA DEI RISULTATI - 3.8. LE RESISTENZE - 3.9. ESPERIENZE - L'ASL DI DESENZANO: UN CASO DI RIORGANIZZAZIONE CONCERTATA DI DIVISIONI OSPEDALIERE, DI *ROSSELLA GUGLIIONI* - PARTE

SECONDA. FORMAZIONE PERMANENTE DI SISTEMA - 4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO: OBBLIGO CULTURALE O RAGIONE ORGANIZZATIVA? - 4.1. LA FUNZIONE FORMATIVA NELLE ORGANIZZAZIONI: LA LEGITTIMITÀ CONQUISTATA - 4.2. BISOGNI, DOMANDE, OFFERTE DI FORMAZIONE: UN DIFFICILE ACCORDO - 4.3. PRECONDIZIONI ORGANIZZATIVE PER FARE FORMAZIONE - 4.4. LE DIVERSE TIPOLOGIE FORMATIVE - 4.5. I FABBISOGNI FORMATIVI IN SANITÀ/LIMITI OGGETTIVI DELLA FORMAZIONE, TRA BISOGNI ORGANIZZATIVI E BISOGNI FORMATIVI/UN APPROCCIO LOGICO ALL'ANALISI DEI BISOGNI - 4.6. I LIMITI SOGGETTIVI DELLA FORMAZIONE, LE FRONTIERE DELLA PERSONALITÀ - 4.7. SVILUPPO PROFESSIONALE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO - 4.8. ESPERIENZE - L'ESPERIENZA TOSCANA PER LA TRASFERIBILITÀ DELLA FORMAZIONE NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, DI *PAOLA MAGNESCHI* E *FABIO CAPEZZUOLI* - L'ESPERIENZA DI TRIESTE: L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA TERRITORIALE, DI *MAILA MISLEJ* - NASCITA DI UN SERVIZIO INTERAZIENDALE PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE ULCERE AGLI ARTI INFERIORI, DI *MAILA MISLEJ* - 5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI - 5.1. IL «PLUSPOTERE» DIREZIONALE - 5.2. DISTINZIONE TRA COMPETENZE E ATTITUDINI - 5.3. UN MODELLO DI CLASSIFICAZIONE DELLE ATTITUDINI INDIVIDUALI - 5.4. ESPERIENZE - IL CASO DELLA SELEZIONE ATTITUDINALE DEI DIRETTORI GENERALI - REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA, DI *LIONELLO BARBINA* - L'ESPERIENZA DELLA VALUTAZIONE ATTITUDINALE DEI DIRETTORI GENERALI - REGIONE PUGLIA, DI *ROBERTO VACCANI* - 6. IL SISTEMA PREMIANTE - 6.1. CHE COS'È UN SISTEMA PREMIANTE? - 6.2. TIPOLOGIE DI SISTEMI PREMIANTI E LORO AZIONE - 6.3. IL SISTEMA PREMIANTE AZIENDALE - 6.4. DIFFERENZIAZIONE ETICA DEI SISTEMI PREMIANTI - 6.5. DIFFERENZIAZIONE SETTORIALE DEI SISTEMI PREMIANTI - 6.6. CHE COSA PREMIARE, CON CHE COSA PREMIARE - 6.7. LOGICHE E TECNOLOGIE PREMIANTI ALTERNATIVE - 6.8. RIFLESSIONI CRITICHE SUL SISTEMA PREMIANTE E SUI COMPORTAMENTI DA ESSO INDOTTI NELLE AZIENDE SANITARIE - 6.9. ESPERIENZE - CASO-TESTIMONIANZA: INTERVISTA A UN DIRETTORE GENERALE DI AZIENDE SANITARIE REGIONALI E NAZIONALI, RISPONDE *FULVIO MOIRANO* - NOTE - BIBLIOGRAFIA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

ANGELI F., MAARSE H.
Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations
Health Policy, 2012, 105 (2-3), pp. 265-272

ERUS B., AKTAKKE N.
Impact of healthcare reforms on out-of-pocket health expenditures in Turkey for public insurers
European Journal Health Econ., 2012, Jun, 13 (3), pp. 337-46

REBBA V., RIZZ D.
Ticket e gestione delle liste di attesa per una prestazione specialistica ambulatoriale pubblica in presenza di un'alternativa privata: un modello agent-based
Politiche Sanitarie, 2012, 13 (1), pp. 19-30

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

HENSCHKE C.
Provision and financing of assistive technology devices in Germany: A bureaucratic odyssey? The case of amyotrophic lateral sclerosis and Duchenne muscular dystrophy
Health Policy, 2012, 105 (2-3), pp. 176-184

FERRÈ F., CUCCURULLO C., LEGA F.
The challenge and the future of health care turnaround plans: Evidence from the Italian experience
Health Policy, 2012, 106 (1), pp. 3-9

DE BELVIS A.G.O., FERRÈ F., SPECCHIA M.L., VALERIO L., FATTORE G., RICCIARDI W.
The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector
Health Policy, 2012, 106 (1), pp. 10-16

WILLAN A.R., ECKERMANN S.
Value of information and pricing new healthcare interventions
Pharmacoeconomics, 2012, Jun 1, 30 (6), pp. 447-59

MERSHED M., BUSSE R., VAN GINNEKEN E.
Healthcare financing in Syria: satisfaction with the current system and the role of national health insurance a qualitative study of householders' views
Int Journal Health Plann Manage, 2012, Apr-Jun, 27 (2), pp. 167-79

LEITER A.M., THEURL E.
The convergence of health care financing structures: empirical evidence from OECD-countries
European Journal Health Econ, 2012, Feb, 13 (1), pp. 7-18

ECONOMIA DEL FARMACO

LEXCHIN J.
International comparison of assessments of pharmaceutical innovation
Health Policy, 2012, 105 (2-3), pp. 221-225

HOOMANS T., SEVERENS J.L., VAN DER ROER N., DELWEL G.O.
Methodological quality of economic evaluations of new pharmaceuticals in The Netherlands
Pharmacoeconomics, 2012, 30 (3), pp. 219-27

DESAI P.R., CHANDWANI H.S., RASCATI K.L.
Assessing the quality of pharmacoeconomic studies in India: a systematic review
Pharmacoeconomics, 2012, Sep 1, 30 (9), pp. 749-62

WONDER M., BACKHOUSE M.E., SULLIVAN S.D.
Australian managed entry scheme: a new manageable process for the reimbursement of new medicines?
Value Health, 2012, May, 15 (3), pp. 586-90

BOURKE J., ROPER S.
In with the new: the determinants of prescribing innovation by general practitioners in Ireland
European Journal Health Econ, 2012, Aug, 13 (4), pp. 393-407

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

STEENBAKKERS M., JANSEN M., MAARSE H., DE VRIES N.
Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities
Health Policy, 2012, 105 (2-3), pp. 288-295

TCHOUAKET E.N., LAMARCHE P.A., GOULET L., CONTANDRIOPOULOS A.P.
Health care system performance of 27 OECD countries
Int Journal Health Plann Manage, 2012, Apr-Jun, 27 (2), pp. 104-29

JIMÉNEZ-MARTÍN S., PRIETO C.V.
The trade-off between formal and informal care in Spain
European Journal Health Econ, 2012, Aug, 13 (4), pp. 461-90

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

BILSTED PROBST H., BUTT HUSSAIN Z., ANDERSEN O.
Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians - A national Danish project
Health Policy, 2012, 105 (1), pp. 65-70

SCHULTZ C., ZIPPEL-SCHULTZ B., SALOMO S.

Hospital innovation portfolios: key determinants of size and innovativeness

Health Care Manage Rev, 2012, Apr-Jun, 37 (2), pp. 132-43

NEMBARD I.M.

All teach, all learn, all improve?: the role of interorganizational learning in quality improvement collaboratives

Health Care Manage Rev, 2012, Apr-Jun, 37 (2), pp. 154-64

TATAW D.

Toward human resource management in inter-professional health practice: linking organizational culture, group identity and individual autonomy

Int Journal Health Plann Manage, 2012, Apr-Jun, 27 (2), pp. 130-49

CETANI T., MAROSCIA D.

La valutazione della performance ospedaliera attraverso la misurazione dei carichi di lavoro della dirigenza medica. Il caso del presidio ospedaliero di Matera

Politiche Sanitarie, 2012, 13 (2), pp. 83-93

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

PALMER L., JOHNSTON S.S., ROUSCULP M.D., CHU B.C., NICHOL K.L., MAHADEVIA P.J.

Agreement between Internet-based self- and proxy-reported health care resource utilization and administrative health care claims

Value Health, 2012, May, 15 (3), pp. 458-65

MESSORI A., CHESI G., MACCARI S., LIGABUE R., NICOLINI F.

Cartella clinica informatizzata per un Dipartimento di area internalistica organizzato per intensità di cure: strumento per migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure sanitarie

Politiche Sanitarie, 2012, 13(2), pp. 83-93

CROCE D., SCOLARI F.

La valutazione della performance organizzativa in Regione Lombardia: le linee guida dell'OIV per le aziende sanitarie pubbliche lombarde

Sanità pubblica e privata, 2012, 2/3, pp. 77-85

KIDHOLM K., EKELAND A.G., JENSEN L.K., RASMUSSEN J., PEDERSEN C.D., BOWES A., FLOTTORP S.A., BECH M.

A model for assessment of telemedicine applications: mast

Int Journal Technol Assess Health Care, 2012, Jan, 28 (1), pp. 44-51

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

CAVAZZA M., JOMMI C.

Stakeholders involvement by HTA Organisations: Why is so different?

Health Policy, 2012, 105 (2-3), pp. 236-245

MITTMANN N., EVANS W.K., ROCCHI A., LONGO C.J., AU H.J., HUSEREAU D., LEIGHL N.B., ISOGAI P.K., KRAHN M.D., PEACOCK S., MARSHALL D., COYLE D., TAYLOR S.C., JACOBS P., OH P.I.

Guidelines for health technologies: specific guidance for oncology products in Canada

Value Health, 2012, May, 15 (3), pp. 580-5

GARTLEHNER G., WEST S.L., MANSFIELD A.J., POOLE C., TANT E., LUX L.J., LOHR K.N.

Clinical heterogeneity in systematic reviews and health technology assessments: synthesis of guidance documents and the literature

Int Journal Technol Assess Health Care, 2012, Jan, 28 (1), pp. 36-43

DRUMMOND M., NEUMANN P., JÖNSSON B., LUCE B., SCHWARTZ J.S., SIEBERT U., SULLIVAN S.D.

Can we reliably benchmark health technology assessment organizations?

Int Journal Technol Assess Health Care, 2012, Apr, 28 (2), pp. 159-65

VALUTAZIONI ECONOMICHE

KRUSE M., SØRENSEN J., GYRD-HANSEN D.

Future costs in cost-effectiveness analysis: an empirical assessment

European Journal Health Econ, 2012, Feb, 13 (1), pp. 63-70

HAJI ALI AFZALI H., KARNON J., GRAY J.

A proposed model for economic evaluations of major depressive disorder

European Journal Health Econ, 2012, Aug, 13 (4), pp. 501-10

TESTI A.

La valutazione economica dei modelli di priorità: il caso dei ricoveri chirurgici di elezione

Politiche Sanitarie, 2012, 13 (1), pp. 31-38

UN'OCCASIONE UNICA VALIDA FINO AL 31 DICEMBRE 2012

È UN'OFFERTA REGALO

«i 333 di Ragiusan»

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE

Vi prego di voler spedire all'indirizzo sotto riportato l'opera completa

i 333 fascicoli di Ragiusan

(dal 1984 al 2011)

+ il CD-rom RaBitSan

al prezzo promozionale e complessivo di € 9.000,00 (anziché € 22.320,00).

Pertanto:

Barrare la casella che interessa

- Accludo **assegno bancario o circolare**, non trasferibile, intestato a **SIPIS S.r.l.** - Roma
- Ho versato l'importo sul **vs/c.c.p. n. 72902000** intestato a **SIPIS S.r.l.** - Roma - Viale Parioli, 77, come da ricevuta allegata
- Ho versato l'importo con **bonifico bancario** (con eventuali spese di commissione bancaria a mio carico) sul c.c. della Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM

..... lì

Firma

(In caso di Ente, U.s.l., Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

N.B. Chi, in quanto già abbonato negli anni precedenti, ha interesse a completare l'opera (i 333 fascicoli di Ragiusan) con le annate arretrate mancanti, o con qualche fascicolo consegnato all'amico e non più restituito, potrà richiederli al prezzo promozionale sotto indicato:

- n. copie del fascicolo n. al prezzo promozionale di euro 70,00 cadauno fino ad esaurimento delle scorte;
- n. copie dell'annata arretrata al prezzo speciale di euro 570,00 cadauna fino ad esaurimento delle scorte.

Il pagamento dovrà avvenire entro il 31/12/2012, contestualmente all'ordine con le modalità sopra indicate.

La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

DESTINATARIO

Ragione sociale

Servizio

Via

C.a.p. Località

Prov. Fax Tel.

Da restituire, in busta chiusa, per evitare eventuali ritardi, disguidi o smarrimenti, o mediante fax al n. 068085817 o e-mail sipised@tin.it

Costo dell'abbonamento per l'anno 2012: € 350,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2012 è fissato in:

€ 350,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

- per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
- per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
- per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
- per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti. Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2012 per l'estero è fissato come segue: € 350,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 450,00, per il resto del mondo (più spese postali).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 345,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 345,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 345,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 345,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 345,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 345,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 345,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 345,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 345,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 345,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 350,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620) € 350,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692) € 350,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688) € 350,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 350,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600) € 350,00 *
Volume 20°, annata 2011 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 616) € 350,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 5.907,50, anziché € 6.950,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.