

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

16 Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione

di Clara Carbone, Francesca Lecci, Federico Lega, Anna Prenestini, Andrea Rotolo, Rosanna Tarricone e Giovanni Valotti¹

16.1 La rilevanza della misurazione e valutazione delle performance nelle aziende sanitarie pubbliche

Lo scienziato sociale Daniel Yankelovic, nel suo libro «*Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business*» (1972), ha scritto una frase che riassume perfettamente il perché sia importante misurare in modo completo e ben approfondito i fenomeni per poterli gestire: «Il primo passo consiste nel misurare tutto ciò che si presta a essere agevolmente misurato. Questo va bene finché si riesce. Il secondo passo porta a trascurare ciò che non si riesce a misurare facilmente oppure ad assegnarvi un valore quantitativo arbitrario. Questo è artificiale e fuorviante. Il terzo passo porta a presumere che ciò che non può essere facilmente misurato non è veramente importante. Questo è cecità. Il quarto passo porta a dire che ciò che non è agevolmente misurabile non esiste. Questo è suicidio». Il pensiero di Yankelovic esprime la complessità della misurazione e implicitamente sottolinea quanto sia indispensabile per gestire le dinamiche aziendali prestando attenzione a ciò che è davvero importante e mettendo in discussione i tipici e fisiologici comportamenti organizzativi che ostacolano il miglioramento.

In particolare, cento anni di studi di economia aziendale e di scienza dell'organizzazione hanno messo in evidenza come gli individui e i gruppi sviluppino fisiologicamente delle dinamiche comportamentali di «difesa» rispetto alle aspettative aziendali di miglioramento delle loro performance (Weick, 1979; Le-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, sono da attribuirsi a Clara Carbone il § 16.5, a Francesca Lecci il § 16.3, a Federico Lega il § 16.1, a Anna Prenestini il § 16.2, a Andrea Rotolo il § 16.4, a Rosanna Tarricone il § 16.7 e a Giovanni Valotti il § 16.6.

Il presente capitolo è frutto di un percorso di tre anni di studio e confronto tra gli autori, i professionisti e il top management delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) coinvolte nel progetto Academy of Health Care Management and Economics di SDA Bocconi e Novartis Italia (2010-2012). Gli autori ringraziano vivamente tutti coloro che con la loro partecipazione al progetto AHCME hanno contribuito alla formazione di nuove conoscenze nel campo della strategia e del performance management nelle ASP e a Novartis Italia che ha sostenuto costantemente il progetto.

vitt, March, 1988, Kotter, 1996; Argyris e Schon, 1998; Lega, 2008). In particolare, le organizzazioni:

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

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

Appare evidente come, in questa prospettiva, misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire. In sintesi, misurare le performance può contribuire a creare benessere organizzativo; quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, anche la performance complessiva aziendale².

Nel passato anche recente, le aziende sanitarie hanno tardato non poco nell'introdurre dei sistemi pervasivi ed evoluti di performance management. I motivi fondamentali, a parere di chi scrive, sembrano essere sostanzialmente tre:

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

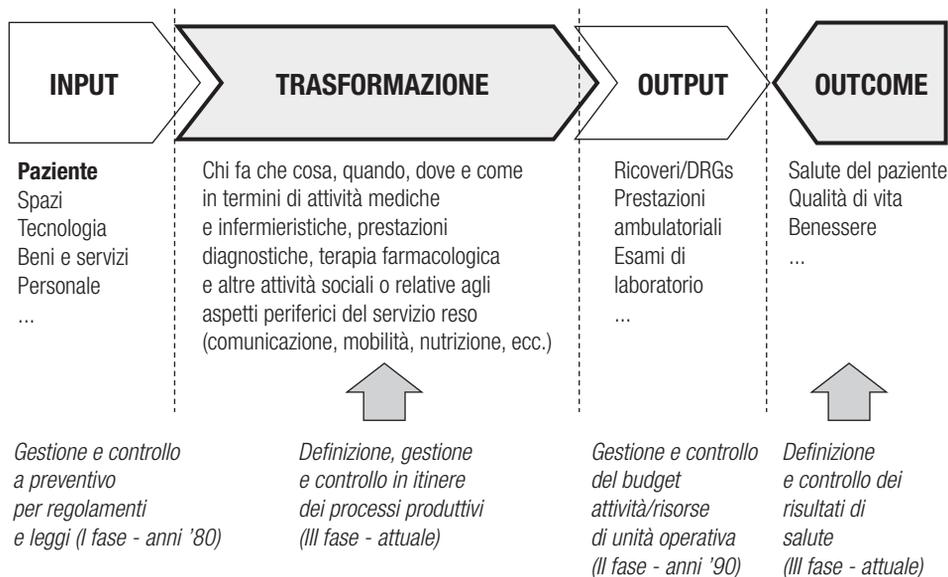
² Una sperimentazione condotta dalla FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) in 15 Asl con azioni mirate a migliorare l'ambiente lavorativo sotto tutti gli aspetti (da quello motivazionale a quello ambientale, passando per quello personale e familiare) ha dato risultati significativi: oltre il 77% dei dipendenti ha dichiarato di stare benissimo da un punto di vista psicologico e i lavoratori che si sono detti stressati dal loro impiego sono scesi dal 25% al 10%. Percentuali che si traducono anche in un aumento del 27% della produttività (Report del laboratorio FIASO «Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie», pubblicato a Marzo 2012).

Il venir meno delle prima condizione, per effetto dei processi di regionalizzazione e aziendalizzazione prima, e di crisi di sistema dopo, ha determinato la necessità di avviare processi di introduzione di sistemi di misurazione e management delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) italiane, superando le resistenze dei professionisti e rafforzando competenze e capacità della funzione di programmazione e controllo.

Le sfide che queste aziende si trovano a fronteggiare sul lato del contenimento dei costi, del miglioramento della qualità, dell'aumento dell'integrazione, del consolidamento della competitività, ecc., richiedono una partecipazione attiva nella gestione dei processi organizzativi – cioè nella gestione della c.d. «black box» che rappresenta la produzione – finora governata dal razionamento delle risorse e dal controllo sugli output, senza una reale conoscenza dei processi di trasformazione (e delle relative performance) da cui dipende l'assorbimento delle risorse e la qualità del servizio. Oggi diventa fondamentale recuperare la conoscenza di quanto avviene durante i processi di trasformazione, in un'ottica complementare al controllo tipico degli anni '80 sul razionamento degli input e a quello introdotto negli anni '90 sui risultati prodotti e sull'efficienza per Unità Operativa, attuato tramite il budget e il controllo di gestione per centro di costo (Figura 16.1).

In sanità si sta quindi cercando di passare da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria, a strumenti di *clinical governance* e, quindi, di valutazione e management della performance

Figura 16.1 **Gli oggetti del controllo in un'azienda sanitaria**



Fonte: Nostra rielaborazione da Lega (2001)

clinica che si basano sulle indicazioni provenienti dall'*Evidence Based Medicine* (EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali elaborati a livelli aziendale, ecc.).

Misurare oltre i costi e attraverso l'analisi dei processi che attraversano l'organizzazione implica indirizzare i sistemi di misurazione delle performance verso l'arricchimento delle dimensioni di attenzione (Figura 16.2). La direzione di sviluppo dei meccanismi di misurazione e management delle performance sembra dunque essere quella dei sistemi multidimensionali, costruiti per tenere sotto controllo le diverse aree di governo (economico-finanziaria, delle competenze e sviluppi professionali, dell'efficienza operativa, dei rapporti con i clienti, con le istituzioni, ecc.). L'utilizzo di misure monetarie e non monetarie limita il rischio di cadere nella visione «tunnel» (quel fenomeno fisiologico per cui l'attenzione del management si concentra sulle sole variabili oggetto di misurazione e controllo e, quindi, le sole percepite come responsabilizzanti).

La riflessione su come costruire e implementare tali sistemi di misurazione è ancora in fase di maturazione nel contesto italiano, essendoci diverse esperienze operative sperimentali ma una carenza di sistematizzazione complessiva in quadri concettuali chiari e riferiti alle specificità delle aziende sanitarie. Il presente

Figura 16.2 **Dal controllo di gestione alla gestione del valore con i sistemi di management delle performance**



Fonte: Cattabeni, Lega e Vendramini (2004)

contributo, come descritto nel successivo paragrafo 16.2, intende contribuire a colmare tale vuoto attraverso una proposta operativa frutto di una ricerca pluriennale. Lo studio ha innanzitutto ricostruito il *framework* teorico di riferimento; ha poi elaborato, assieme a un gruppo corposo di ASP, un modello di sistema multidimensionale di misurazione capace di rispondere ai diversi scopi cui dovrebbe prestarsi nella conduzione e rendicontazione dell'azione aziendale.

16.2 Contesto e metodo della ricerca

Partendo dalle premesse richiamate sopra, per rispondere ai crescenti e più raffinati fabbisogni di misurazione, il presente contributo si è posto due obiettivi di fondo:

- ▶ esaminare la letteratura scientifica sul performance management e alcune tra le attuali esperienze di applicazione dei sistemi di valutazione delle performance in Italia, per individuarne opportunità e limiti;
- ▶ proporre, di conseguenza, uno strumento di valutazione delle performance multidimensionale che abbia valenza informativa soprattutto per il *top management* aziendale e risponda alla necessità dell'azienda sanitaria di misurare (e quindi gestire) la creazione del valore attraverso la produzione di servizi. Tale sistema deve essere sviluppato nel rispetto dei vincoli dell'ambiente esterno, in relazione allo sviluppo dell'organizzazione stessa e in coerenza con la sua strategia e con la cornice istituzionale in cui opera.

In particolare, per raggiungere il secondo obiettivo, il lavoro di ricerca ha previsto il coinvolgimento di un campione di 30 ASP appartenenti a 9 regioni di medio-grandi dimensioni rappresentative dell'intero territorio nazionale (Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) allo scopo di definire un Cruscotto Direzionale Multidimensionale (di seguito, CDM) in grado di rappresentare sia uno strumento utile all'elaborazione e al controllo delle strategie e alla valutazione della performance aziendali, sia un contributo rilevante alla ricerca di una maggiore trasparenza nei confronti degli *stakeholder* e dei cittadini, nell'ottica della rendicontazione sociale.

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

1. Analisi della letteratura internazionale sui sistemi di performance management, sulle caratteristiche dei cruscotti multidimensionali a valenza strategica e sulle principali esperienze in atto a livello internazionale.
2. Analisi della normativa e dei documenti istituzionali relativi all'attuazione di sistemi di performance management, sia a livello nazionale sia nelle diverse regioni italiane.

3. Analisi della reportistica aziendale, generalmente prodotta all'interno delle ASP appartenenti al campione, per rispondere alle esigenze informative e di monitoraggio delle performance del top management aziendale.
4. Costruzione del CDM in termini di i) definizione e validazione delle aree e delle dimensioni fondamentali e ii) selezione e validazione degli indicatori per ogni dimensione.

La sintesi delle prime due fasi è riportata nei paragrafi 16.3 e 16.4 del presente lavoro. Tali fasi sono state necessarie, da un lato, per definire i principi di fondo cui si ispira il CDM (paragrafo 16.5) e, dall'altro, per orientare la progettazione di dettaglio delle aree, delle dimensioni e degli indicatori del CDM.

In questa sede si approfondiscono le fasi 3 e 4 che hanno poi specificamente condotto alla definizione dell'architettura del CDM a valenza strategica (riportato nel paragrafo 16.6).

Durante la terza fase, è stato chiesto alle aziende del campione di inviare i documenti aziendali relativi al monitoraggio e alla valutazione delle performance in uso al momento della richiesta³. Tali report sono stati analizzati e gli indicatori sono stati sistematizzati in tre grandi categorie: i) indicatori economici, ii) indicatori di produzione, iii) indicatori sul personale. Inoltre, tali misure sono state suddivise – in relazione alle loro specificità – per le Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere, tenendo così in considerazione le peculiarità dell'assetto istituzionale delle varie aziende coinvolte.

La quarta fase, relativa alla costruzione del CDM, ha tenuto conto dei seguenti aspetti: i) la definizione dei fini e degli obiettivi del CDM stesso (programmazione, monitoraggio, performance management, comunicazione, ecc.); ii) l'identificazione dell'utilizzatore o degli utilizzatori del CDM direzionale, nonché la mappatura del loro fabbisogno informativo; iii) la definizione delle caratteristiche funzionali del CDM e delle caratteristiche grafiche dello stesso.

Questa fase ha richiesto metodi, strumenti e attori coinvolti molto diversificati, potendosi suddividere in cinque sotto-fasi.

La prima sotto-fase, sulla base delle evidenze prodotte dalla letteratura che si occupa di performance management, ha condotto alla definizione delle aree di

³ In particolare, si richiedeva l'invio:

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

governo delle performance più rilevanti per il *top management* delle ASP e, conseguentemente, delle dimensioni di valutazione delle performance di cui tali aree si compongono.

La seconda sotto-fase si è occupata della predisposizione dei set di indicatori per ogni dimensione, a partire da quelli selezionati tramite l'analisi della reportistica aziendale della fase 3 e con l'aggiunta di ulteriori indicatori individuati nelle fasi 1 e 2. La selezione degli indicatori ha tenuto conto delle caratteristiche distintive di uno strumento gestionale di questo tipo: a) la tempestività, perché i report devono essere forniti al management responsabile nei tempi più brevi e comunque utili all'assunzione delle decisioni; b) la chiarezza, poiché i report devono essere immediatamente leggibili e interpretabili dai responsabili; c) l'affidabilità, in modo da assicurare al management la possibilità di prendere decisioni su basi sufficientemente solide; d) la selettività, al fine di fornire le informazioni prioritarie e non una semplice collezione di dati analitici difficilmente interpretabili nel loro insieme. Inoltre, un buon CDM direzionale deve essere in grado rilevare e rappresentare la performance d'azienda attraverso:

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

Durante la terza sotto-fase sono stati previsti 3 *workshop*, nella forma di *focus group*, che avevano come scopo la validazione del modello del CDM e, in particolare, delle aree e delle dimensioni inizialmente previste, la valutazione e la selezione finale degli indicatori a partire dai set proposti. A tali *focus group* hanno partecipato gli staff specialistici del campione di aziende (ad es. controller, responsabili dei servizi economico-finanziari, dei sistemi informativi, degli uffici governo clinico e risk management, ecc.)⁴. Ciò ha richiesto diversi passaggi metodologici, di seguito descritti:

- ▶ Durante il primo *workshop* sono state discusse aree e dimensioni di performance e sono state recepite alcune modifiche nell'impostazione generale del modello di CDM.
- ▶ Durante il secondo *workshop* si è chiesto agli staff di focalizzare l'attenzione sugli indicatori proposti, per effettuare una selezione che si basasse sui principi

⁴ In particolare, sono stati effettuati 3 *workshop* di discussione del CDM suddividendo le aziende per macro-area geografica (3 incontri per le aziende del Centro-Nord e 3 incontri per le aziende del Centro-Sud). La decisione di suddividere le aziende in due gruppi di medie-piccole dimensioni è stata dettata dalla necessità di costruire un rapporto quanto più possibile interattivo con le figure professionali coinvolte in aula e costituire, quindi, un momento di laboratorio formativo che potesse fornire riflessioni utili per lo sviluppo del modello di valutazione.

di riferimento e sulle caratteristiche riportate nel Box 16.1. Andando nel dettaglio, si è optato per un metodo (descritto nel Box 16.2) che consentisse ai professionisti di valutare ogni indicatore in termini di: (a) «rilevanza» della misura rispetto alle finalità informative per l'azienda e (b) di «accessibilità» dei dati, ossia della possibilità di ricavare la misura dai dati già disponibili in azienda. Le valutazioni pervenute sono state elaborate dai ricercatori per ricavare i quartili sulla base dei quali evidenziare le diverse fasce di indicatori: la fascia verde era quella con i valori di sintesi più elevati (potenzialmente gli indicatori da selezionare) e, all'opposto, la fascia rossa era quella con i valori di consistenza più bassi (indicatori potenzialmente eliminabili). Inoltre, è stato richiesto agli staff aziendali di aggiungere indicatori che si ritenevano interessanti per la dimensione oggetto dell'analisi ma che non erano stati contemplati inizialmente.

Box 16.1 La scelta degli indicatori

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

Nella scelta degli indicatori «indispensabili» è stato necessario privilegiare quelli che possiedono le seguenti caratteristiche:

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

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

Box 16.2 Il metodo di selezione degli indicatori

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

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

- ▶ Durante il terzo workshop, sulla base dei quartili elaborati per ogni dimensione e tenendo in considerazione gli indicatori aggiunti successivamente, è stato richiesto ai partecipanti al *focus group* di:
 - i. selezionare attentamente i 5 indicatori «che non possono mancare» («gli indispensabili») attraverso l'indicazione di un ordine di preferenza da 1 a 5;
 - ii. selezionare gli altri indicatori «da tenere sotto controllo» con un ordine di preferenza da 6 a *n*.
- ▶ Durante la quarta sotto-fase gli indicatori sono stati prima inviati e dopo discussi con esperti su diversi ambiti specialistici al di fuori delle ASP già coinvolte (ad esempio, la dimensione performance clinica è stata inviata a medici di direzione sanitaria, gli indicatori relativi al governo clinico e al *risk management* a esperti aziendali su tali materie, gli indicatori relativi alla dimensione socio-sanitaria ad un direttore per l'integrazione socio-sanitaria, ecc.). Questo panel ha commentato in maniera critica la proposta, integrando e modificando la selezione di indicatori effettuata precedentemente.
- ▶ È stato, infine, organizzato un ultimo *workshop* plenario, al quale sono stati invitati i principali destinatari dello strumento gestionale proposto, ovvero alcuni top manager delle aziende sanitarie, che hanno svolto un ruolo da *discussant* sull'architettura nel complesso e sugli indicatori selezionati.

Tabella 16.1 **Le sotto-fasi della quarta parte della ricerca**

Sotto-fasi	Obiettivi	Metodi	Attori coinvolti	Strumenti
4.1	Definizione delle aree di governo delle performance	Brainstorming	Gruppo di ricerca	Evidenze prodotte dall'analisi della letteratura
4.2	Predisposizione dei set di indicatori	Analisi e selezione indicatori sulla base di criteri predefiniti per i report direzionali (tempestività, chiarezza, affidabilità, selettività)	Gruppo di ricerca	– Selezione indicatori da analisi della reportistica aziendale (fase 3) – Selezione indicatori da analisi letteratura e documentazione istituzionale (fasi 1 e 2)
4.3	Validazione delle dimensioni e definizione degli indicatori	Focus group per macro-area geografica	– Gruppo di ricerca – Staff specialistici delle aziende (controllo di gestione, governo clinico, ecc.)	– 1° workshop: discussione delle aree e delle dimensioni di governo delle performance – 2° workshop: attribuzione di un punteggio agli indicatori sulla base di rilevanza e accessibilità e aggiunta di ulteriori indicatori – Elaborazione dei quartili per determinare le fasce di «consistenza» degli indicatori – 3° workshop: selezione degli indicatori dei primi 3 quartili secondo ordine di preferenza
4.4	Perfezionamento della selezione di indicatori	Panel di esperti	– Esperti sulle tematiche relative alle dimensioni di performance del CDM	– Validazione o integrazione della selezione di indicatori proposta dal focus group
4.5	Validazione dell'intero CDM	Focus group	– Direzioni strategiche delle aziende coinvolte	– Discussione e validazione dell'intero CDM

La Tabella 16.1 sintetizza i diversi passaggi della quarta fase della ricerca, relativa alla costruzione del CDM.

16.3 L'analisi della letteratura e l'inquadramento concettuale

Il concetto di performance, di derivazione anglosassone, è di per sé complesso, ampio e multidimensionale. Il termine «performance» fa riferimento alla capacità delle amministrazioni pubbliche di rispondere alle attese dei diversi portatori di interesse, quali: utenti e consumatori, cittadini e finanziatori dell'amministrazione pubblica, dipendenti, altre amministrazioni pubbliche, ecc. Negli ultimi anni si è assistito a una crescente attenzione nei confronti dei sistemi di valutazione della performance (Kaplan, Norton, 1996a; 1996b). Tale crescente attenzione ha determinato la nascita di numerosi modelli di misurazione, che hanno progressivamente spostato il loro focus dai risultati economico-finanziari alle determinanti degli stessi, a partire dalle attività e dai processi aziendali (si pensi alle logiche *activity-based*), fino alla coerenza delle strategie deliberate (ad esempio nei modelli *balanced scorecard*) (Dossi, 2010). Inoltre, come scrivono Arcari e Pels (1991, pag. 254) «il ricorso a misure non necessariamente monetarie si impone se l'obiettivo del controllo diventa quello di creare i presupposti per il governo delle determinanti dell'efficacia aziendale, senza peraltro trascurare il controllo dei fattori che impattano sui livelli di efficienza e di efficacia operativa». In altre parole, un sistema di controllo e governo organizzativo orientato al performance management, più che al solo *measurement*.

Nonostante la centralità del tema nel dibattito, non sempre appare chiaro a che cosa ci si riferisca quando si parla di performance e di risultati. In questa sede si è inteso fare riferimento all'esito dell'attività svolta dalle aziende sanitarie, ovvero alla complessiva capacità di definire e raggiungere i propri obiettivi.

Simons (2000) considera sistemi di misurazione e valutazione delle performance e sistemi di controllo come strumenti essenziali utilizzati dai manager al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati e realizzare le strategie definite. Questi sistemi comprendono tecniche di pianificazione e una vasta gamma di strumenti di gestione delle performance, che consentono ai manager di equilibrare le tensioni tra: risultati economici, crescita e controllo; performance di breve vs. performance di lungo periodo; aspettative dei diversi gruppi di soggetti; opportunità e attenzione oltre ai differenti stimoli comportamentali.

La misurazione della performance è dunque il processo che ha per esito l'identificazione e la quantificazione dei risultati prodotti da un'attività e dei contributi che hanno reso possibile lo svolgimento di tale attività (Boyle, 2001). La misurazione, peraltro, avviene sempre nell'ambito di una prospettiva che ne influenza l'esito e, pertanto, un sistema di misurazione che non identifichi secon-

do quale prospettiva vengono quantificate le attività è un sistema incompleto e potenzialmente manipolabile (Galli, 2009).

I sistemi di valutazione della performance sono stati inizialmente utilizzati dalle imprese, ma le aziende pubbliche hanno investito considerevoli risorse su questi nuovi strumenti, soprattutto al fine di migliorare il processo di responsabilizzazione e quello decisionale (Ittner e Larcker, 1998). Tuttavia, l'applicazione alle aziende sanitarie dei sistemi tradizionali di misurazione delle performance è stata oggetto di numerose critiche. Diversi studiosi hanno messo in dubbio la possibilità di indirizzare i comportamenti attraverso l'uso di appropriati indicatori (Broadbent et al., 1991; CCAF, 1987; Carpenter, 1990; Pollit, 1984; Smith, 1992; Williams, 1985) e hanno evidenziato il rischio di fornire rappresentazioni distorte della realtà. Ciò nonostante, è possibile pensare che il set di indicatori, se ben definito, possa orientare concretamente la condotta degli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali (Churchman, 1971; Perks e Glendinning, 1981).

Negli scorsi decenni, i sistemi aziendali di performance management nel settore sanitario, nella maggior parte dei casi applicati in contesto ospedaliero, non sono serviti a implementare e monitorare l'attuazione della strategia, quanto piuttosto sono stati utilizzati come strumenti di monitoraggio delle attività interne (Kollberg e Elg, 2011). In questo modo, essi hanno fallito nell'obiettivo di portare a un miglioramento della qualità e dell'erogazione dei servizi, generando in alcuni casi effetti negativi sulle caratteristiche dei servizi e de-professionalizzazione degli operatori (Adcroft e Willis, 2005). Un altro elemento di debolezza dei sistemi fino ad ora adottati è stata la mancata attenzione all'influenza di fattori collegati alle *policy* e il regime di regolazione del settore (Tawfik-Shukor et al., 2007), dimostrando una focalizzazione troppo orientata all'interno dell'azienda e in misura molto inferiore verso l'ambiente in cui essa opera.

Questo limite rischia, oltretutto, di indebolire fortemente la capacità delle aziende di definire le proprie strategie sulla base di un approccio *evidence based*, ovvero di una conoscenza approfondita sia delle dinamiche di trasformazione del contesto ambientale che dell'effettivo stato e andamento aziendale.

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

La Tabella 16.2 sistematizza i principali modelli di misurazione della performance che sono stati proposti dalla letteratura scientifica nel corso dell'ultimo

ventennio, presentandone in maniera sintetica le principali caratteristiche. I modelli proposti sono abbinati dalla struttura a matrice, che combina: (i) differenti prospettive (punti di osservazione) di misurazione, derivanti o dai principali stakeholder di riferimento o dalle classi di driver che sottendono la creazione del valore; (ii) differenti dimensioni (caratteristiche estrinseche degli indicatori proposti) di misurazione, derivanti dal diverso combinarsi delle variabili che presidiano al rispetto del principio di economicità aziendale.

Tabella 16.2 **Caratteristiche fondamentali dei principali framework per la misurazione delle performance**

Framework per la misurazione delle performance	Caratteristiche	Riferimenti
Piramide SMART (Strategic Measurement Analysis Reporting Technique)	Fornisce un modello per legare le strategie alle rispettive determinanti operative, definendo gli obiettivi a cascata dall'alto verso il basso e le relative misure dal basso verso l'alto. Vengono individuati quattro livelli: <i>corporate mission</i> ; <i>strategic business unit</i> (indicatori di mercato ed economico-finanziari); <i>business operating system</i> (indicatori di customer satisfaction, flessibilità, produttività); <i>department&work centres</i> (indicatori qualità, consegna, <i>process time</i> , costo).	Lynch e Cross (1991)
Matrice Risultati e Determinanti	Le misure di performance vengono distinte in due categorie: risultati (competitività e performance economico-finanziaria) e determinanti (flessibilità; grado di utilizzazione delle risorse; innovazione; qualità del servizio).	Fitzgerald et al. (1991)
Balanced Scorecard	Classifica gli obiettivi strategici dell'azienda in base a quattro principali prospettive: economico-finanziaria, clienti, processi interni, apprendimento.	Kaplan e Norton (1996)
Consistent Performance Measurement Systems (CPMS)	Gli indicatori di performance vengono classificati secondo i seguenti criteri: interni/esterni; globali/locali; in relazione alla struttura organizzativa e all'area di applicazione	Flapper et al. (1996)
European Foundation for Quality Management	Aiuta ad esplicitare fattori determinanti (leadership, gestione delle risorse umane, politiche e strategie, risorse, processi) e i risultati del processo di creazione di valore (<i>people satisfaction</i> , customer satisfaction, impatto sulla società, risultati aziendali).	EFQM (1996)
Intangible Assets Monitor	Gli <i>intangible assets</i> (risorse immateriali) vengono individuati a livello delle relazioni tra l'azienda e l'ambiente (immagine, fiducia, notorietà, etc.), della struttura organizzativa (informazioni, procedure, conoscenze diffuse, etc.), delle persone che operano nell'azienda (capacità, conoscenze, abilità, esperienze, etc.).	Sveiby (1997)
Skandia Navigator	Enfatizza il ruolo del «capitale intellettuale», identificando e misurando gli <i>intangible assets</i> , nonché le modalità di distribuzione, trasferimento e riutilizzo della conoscenza, per accrescere il valore dell'azienda. Gli indicatori di performance, che devono riflettere il processo di creazione di valore, vengono suddivisi in cinque categorie: economico-finanziari, clienti, processi, persone, innovazione e sviluppo.	Edvinsson e Malone (1997)
Value Reporting	Si focalizza sui diversi portatori di interesse (distinti in azionisti, clienti, fornitori, dipendenti, pubblica amministrazione), misurando la capacità dell'azienda di soddisfare le aspettative.	Wright e Keegan (1997)

Tabella 16.2 (segue)

Framework per la misurazione delle performance	Caratteristiche	Riferimenti
<i>Integrated Performance Measurement Systems</i> (IPMS)	È composto da cinque sistemi interconnessi: indicatori di performance per business attività o compito (<i>operational units</i>); indicatori di performance orientati ai processi per verificare l'allineamento dei business, attività e compiti (<i>local management system</i>); definizione delle priorità strategiche cui allineare indicatori di business e di processo (<i>tactical management system</i>); definizione delle esigenze strategiche provenienti dal contesto esterno per individuare margini di miglioramento (<i>developmental system</i>); definizione delle politiche e degli obiettivi di fondo dell'azienda (<i>corporate priorities and targets</i>).	Bititci et al. (1997)
<i>Comparative Business Scorecard</i>	Riprende la balanced scorecard tradizionale evidenziando le seguenti prospettive: soddisfazione degli stakeholders (in particolare i clienti); massimizzazione del valore per gli stakeholders (<i>business excellence</i>); <i>process excellence</i> ; apprendimento (teamwork, leadership, apprendimento continuo, qualità). Tali prospettive vengono strettamente correlate in un ciclo di miglioramento continuo.	Kanji (1998)
Prisma delle Performance	Integra cinque dimensioni: soddisfazione dello stakeholder (chi sono gli stakeholder chiave e quali sono i loro desideri e le loro necessità?); strategie (quali strategie devono essere messe in atto per soddisfare le richieste e le necessità degli stakeholder chiave?); processi (quali processi critici occorre implementare per operare e migliorare le strategie?); capacità (quali capacità occorrono per operare e migliorare questi processi?); contributo dello stakeholder (quali contributi è possibile richiedere agli stakeholder per mantenere e sviluppare le suddette capacità?).	Neely et al. (2001)

Le esperienze più importanti di sistemi di performance management multidimensionali nel settore sanitario sono state sviluppate nei Paesi anglosassoni (Regno Unito, Stati Uniti e Canada) e, generalmente, a livello di governo centrale del sistema sanitario. Un esempio su tutti è rappresentato dallo *Star Rating System* del NHS inglese – la cui evoluzione è oggi denominata *Annual Health Check* –, un sistema finalizzato alla valutazione delle performance e della qualità delle cure degli ospedali del Regno Unito, con l'obiettivo di favorire la possibilità di scelta delle strutture da parte dei pazienti. Questo sistema ha evidenziato tuttavia alcune importanti debolezze (Chang, 2006), riscontrate successivamente anche in altre tipologie di sistemi di performance management simili. La critica senza dubbio più rilevante è la mancanza di coerenza e allineamento tra gli obiettivi di governo del sistema a livello centrale e gli obiettivi aziendali (Chang, 2007).

Le esperienze fino ad oggi attuate a livello aziendale, soprattutto in Nord-America, sono state oggetto di studio e in letteratura trovano tentativi di analisi e modellizzazione. Le Pogam, Luangsay-Catelin e Notabaert (2009) cercano di individuare le dimensioni di performance più rilevanti e comuni ai sistemi di performance management multidimensionali di maggiore successo nelle aziende ospedaliere:

- ▶ la soddisfazione dei pazienti;
- ▶ la fiducia dei pazienti;
- ▶ la dimensione economico-finanziaria;
- ▶ la sicurezza;
- ▶ l'efficacia;
- ▶ la governance.

La vera e propria sfida è rappresentata dunque dalla difficoltà nel garantire un approccio bilanciato tra diverse prospettive e dimensioni, in grado di intercettare i driver di creazione del valore nelle aziende sanitarie e le condizioni che consentono di garantire economicità nel medio-lungo periodo. I modelli codificati dalla letteratura costituiscono, a tal fine, un utile chiave metodologica e un importante spunto di riflessione per rileggere le esperienze concretamente attivate (§16.4) e progettare un efficace sistema (§16.5) di misurazione delle performance delle ASP.

16.4 Il panorama italiano: come si misurano le performance

L'analisi delle esperienze italiane ha preso come riferimento due tra le più importanti applicazioni regionali di sistemi di misurazione delle performance in sanità (Toscana e Lombardia) e il Programma Nazionale Esiti dell'Agenas.

Tra le esperienze regionali, la scelta è ricaduta sulla regione Lombardia perché è stata uno dei primi SSR a recepire in maniera sistematica e proattiva le indicazioni della normativa nazionale sulle performance organizzative e individuali e trasparenza nelle amministrazioni pubbliche (d.lgs. 150/2009); sulla regione Toscana perché è stata pioniera nella definizione e attuazione di un sistema di misurazione e valutazione delle performance delle aziende sanitarie della propria regione; il sistema di misurazione sperimentato da Agenas, invece, è stato scelto perché è uno dei primi esempi di misurazione della qualità dell'intero SSN italiano.

16.4.1 Il sistema di misurazione di Regione Lombardia

Il modello di misurazione predisposto per le Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione Lombardia è stato strutturato per raggiungere molteplici obiettivi:

- ▶ essere collegato agli strumenti istituzionali (regionali e comunali) di programmazione annuale e pluriennale;
- ▶ recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria, ospedale o territoriale;
- ▶ evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;

- ▶ valorizzare e riqualificare i sistemi di *budgeting* aziendali;
- ▶ garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance;
- ▶ consentire confronti tra aziende del sistema sanitario regionale (*benchmarking*).

Lo strumento disegnato agisce su diversi ambiti, fornendo una vista complessiva sul SSR, fino a garantire un approfondimento sull'ambito strettamente aziendale, coinvolgendo allo stesso tempo altre istituzioni quali gli Enti Locali. Tale coinvolgimento è garantito dall'integrazione con i sistemi di programmazione annuali e pluriennali dei Comuni.

Il sistema si muove dunque contemporaneamente su diversi ambiti, dando luogo a un processo che si articola su diversi livelli:

1. un livello istituzionale di ordine strategico che definisce gli indirizzi di fondo pluriennali (PSSR) e annuali (regole) a cui le aziende sanitarie pubbliche di servizi sono tenute, per quanto di loro competenza, ad attenersi;
2. un livello strategico aziendale che declina a livello di singola realtà gli indirizzi strategici regionali;
3. un livello direzionale e operativo dove trovano collocazione gli strumenti di programmazione di breve periodo (budget, obiettivi e programmi aziendali).

Il sistema di misurazione delle performance adottato in Regione Lombardia è dunque orientato principalmente alla rilevazione delle performance organizzative, assumendo la prospettiva regionale dalla quale derivano le indicazioni strategiche di fondo. Infatti, nei suoi atti di indirizzo, la Regione Lombardia, dopo aver definito le tempistiche concernenti il ciclo di gestione della performance, si focalizza sul contenuto del Piano della Performance delle Aziende Sanitarie e sulle dimensioni di misurazione e valutazione della performance. Le principali dimensioni di valutazione relative alla fase di programmazione sono state individuate in:

- ▶ Economicità: intesa come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale e indebitamento.
- ▶ Efficacia esterna (impatto sui bisogni): riguarda il rapporto che intercorre tra l'azienda e l'ambiente esterno. Rappresenta la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività cui è chiamata a far fronte attraverso la sua attività caratteristica, quindi identifica gli impatti che produce nell'ambiente esterno e in particolare in termini di risposta ai bisogni. Tale dimensione misura gli esiti clinici (*outcome*) delle cure, nonché la loro appropriatezza, in linea con gli orientamenti del Piano Sanitario Regionale.
- ▶ Efficacia organizzativa: include vari aspetti tra cui il modello organizzativo, la formazione, lo sviluppo delle competenze, il benessere organizzativo e le pari opportunità.
- ▶ Efficacia interna: misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità.

Per quanto riguarda la misurazione delle performance gestionali:

- ▶ **Efficienza:** rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.
- ▶ **Qualità dei processi e dell'organizzazione:** si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi sanitari e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico-organizzativa.
- ▶ **Qualità dell'assistenza:** esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità della prestazione fornita al paziente.
- ▶ **Appropriatezza:** è intesa come appropriatezza organizzativa e non clinica, ossia si valuta quando una prestazione o un servizio vengono erogati in condizioni che consentono di utilizzare una quantità «appropriata» di risorse.
- ▶ **Accessibilità e soddisfazione dell'utenza:** se l'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni, è evidente come tale dimensione sia strettamente correlata alla fruizione dei risultati dell'attività dell'azienda da parte dell'utente. Dall'altro lato la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.

Nel 2012, la valutazione delle dimensioni fin qui esposte è stata tradotta dalla Direzione Generale Sanità in una metodologia per l'individuazione di un indice sintetico di performance per le strutture di ricovero. Secondo questo modello, la valutazione delle ASP regionali sarà effettuata lungo cinque dimensioni di misurazione e valutazione della performance: efficacia ex post, accessibilità, qualità ex ante, efficienza e appropriatezza.

16.4.2 Il sistema di misurazione di Regione Toscana

La Regione Toscana ha introdotto un sistema di valutazione della performance particolarmente articolato conosciuto come «bersaglio». Il *performance measurement system* è considerato uno strumento di governo del sistema sanitario regionale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo; il governo della spesa è integrato con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino (Nuti, 2008). In questo caso l'ambito di azione del sistema di *performance measurement* è prettamente regionale, poiché esso viene inteso come uno strumento di governo del sistema di aziende sanitarie dell'intera Regione. Allo stesso tempo, così come il sistema regionale di misurazione adottato in Lombardia, anche quello toscano è un sistema che adotta come oggetto la performance organizzativa di ogni azienda.

Il modello di valutazione è utilizzato non solo dal governo regionale, ma risul-

ta essere un importante strumento anche per le singole aziende. Queste ultime possono identificare il loro posizionamento rispetto alle altre organizzazioni che operano all'interno del sistema sanitario regionale.

La valutazione delle performance aziendali è sviluppata coerentemente con il modello nazionale, che prevede tre diversi livelli assistenziali: ospedale, territorio e prevenzione.

Il sistema si basa sulla misurazione e valutazione della performance di quattro categorie di output, classificati in quattro ambiti:

- ▶ la soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità a partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;
- ▶ la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- ▶ l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- ▶ la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione dell'azienda.

La valutazione complessiva del SSR Toscana avviene lungo alcune dimensioni di sintesi:

- ▶ la valutazione dei livelli di salute della popolazione. Questa tipologia di valori, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si modifica lentamente nel tempo: un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate in passato.
- ▶ La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale. Le aziende sanitarie toscane rispondono, infatti, non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome, ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale: devono operare in una logica di squadra per valorizzare sinergie e per garantire accesso ed equità a tutti i cittadini della regione. In questa dimensione si trovano infatti gli indicatori legati alla capacità di applicazione del piano sanitario regionale e delle delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.
- ▶ La valutazione socio sanitaria. In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione.
- ▶ La valutazione esterna. In questa dimensione viene considerata la valutazione data dai cittadini (in qualità di utenti) ai servizi sanitari erogati dalle aziende. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie.

- ▶ La valutazione interna. In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie, rilevato tramite indicatori sulla soddisfazione dei dipendenti e sul clima organizzativo aziendale.
- ▶ La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria. Si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono, quindi, oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo, ecc.) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna, ecc.).

I risultati che ogni anno emergono dalla rilevazione vengono raccolti in un report, posizionati graficamente all'interno di un bersaglio e sono liberamente accessibili dal pubblico⁵.

16.4.3 Il sistema di misurazione di Agenas

Il sistema di misurazione «Piano Nazionale Esiti (PNE)» di Agenas nasce con lo scopo di creare uno strumento che permetta di rilevare la performance del SSN italiano. L'Italia, infatti, alla luce degli impegni presi con l'OMS nel 2008, ha fino ad oggi perseguito in modo frammentato tale obiettivo, lasciandolo principalmente alle attività di misurazione intraprese delle singole regioni.

La finalità principale dello strumento è la rilevazione della qualità sul territorio nazionale attraverso criteri comuni ufficialmente riconosciuti. Il livello di applicazione di questo *performance measurement system* è dunque l'intero sistema SSN, attraverso la valutazione di tutte le aziende sanitarie che lo compongono e delle relative performance organizzative.

Al fine di portare a termine questo ambizioso percorso, Agenas ha intrapreso un programma specifico volto a realizzare i seguenti obiettivi (Di Stanislao, Carinci, 2012):

- ▶ revisione dei quadri concettuali esistenti a livello internazionale;
- ▶ identificazione di un insieme di partenza di indicatori di qualità del SSN;

⁵ I report del sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane sono accessibili on-line all'indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/sst/valutazione-delle-performance>

- ▶ progettazione e realizzazione di un protocollo permanente per la disseminazione dei risultati e lo scambio aperto degli strumenti di analisi statistica;
- ▶ progettazione e realizzazione di un protocollo di pubblicazione dei rapporti di performance per diverse classi di utenza, inclusi decisori, professionisti e cittadini;
- ▶ attivazione di un processo di confronto continuo con le classi di utenti evidenziate, teso a favorire l'applicazione comune dell'insieme di indicatori di qualità identificati.

Seguendo le indicazioni fornite dall'OMS, le principali dimensioni di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie sono state individuate in:

- ▶ Efficacia
- ▶ Efficienza
- ▶ Accessibilità
- ▶ Accettabilità (orientamento al paziente)
- ▶ Sicurezza
- ▶ Equità

A partire da queste dimensioni e sulla base di esperienze nazionali e internazionali analizzate dal gruppo di lavoro, il sistema è stato costruito lungo tre assi di «tutela e garanzia del SSN» – salute, risorse e diritti – e lungo un asse trasversale che è rappresentato dall'equità. Per quanto riguarda le dimensioni che compongono l'asse di tutela e garanzia del SSN, la rilevazione della salute avviene prevalentemente attraverso indicatori di efficacia, l'analisi delle risorse attraverso indicatori di efficienza, mentre i diritti sono rilevati facendo ricorso a indicatori che esplorano il concetto di *empowerment* dell'utente.

Per ciascuna dimensione, inoltre, sono stati individuati alcuni criteri di valutazione che raggruppano gli indicatori, suddivisi come segue:

- ▶ per la dimensione della salute: accessibilità e fruibilità, appropriatezza dei processi assistenziali, esiti;
- ▶ per la dimensione delle risorse: efficienza economica, efficienza organizzativa;
- ▶ per la dimensione dei diritti: umanizzazione, coinvolgimento dei cittadini/utenti.

I risultati raccolti saranno pubblicati all'interno di una piattaforma on-line accessibile da tutti e che permetterà di visualizzare le informazioni utili a seconda del proprio profilo (decisore, utente e tecnico). Ad esempio, l'utente potrebbe essere maggiormente interessato al tipo di offerta e alle caratteristiche del servizio offerto dalle strutture sanitarie, mentre il decisore sarà più propenso a usufruire di una visione multidimensionale.

16.4.4 Esperienze di misurazione delle performance in sanità a confronto

Le esperienze di misurazione delle performance in sanità sviluppate in Italia e analizzate nel presente capitolo mettono in evidenza le peculiarità che distinguono ciascun sistema.

Si è dunque cercato di mettere a confronto le tre principali esperienze di misurazione delle performance in sanità avviate al momento in Italia e rileggere tali sistemi alla luce di alcune caratteristiche per favorirne la comparazione (Tabella 16.3):

- ▶ Ambito di azione del sistema di misurazione;
- ▶ Oggetto del sistema di performance;
- ▶ Destinatari privilegiati del sistema;
- ▶ Dimensioni di valutazione;
- ▶ Tipologie di misure utilizzate;
- ▶ Finalità del sistema di valutazione.

Tabella 16.3 **Quadro sinottico delle principali esperienze di misurazione delle performance in sanità**

	Regione Lombardia	Regione Toscana	Agenas (PNE)
Ambito	Regionale	Regionale	Nazionale
Oggetto	Performance organizzativa	Performance organizzativa	Performance organizzativa
Destinatari	Regione	Regione	Decisori, tecnici, utenti
Dimensioni	<ul style="list-style-type: none"> – Economico-finanziaria – Qualità assistenza – Appropriatelyzza – Soddisfazione utenti 	<ul style="list-style-type: none"> – Valutazione livelli di salute della popolazione – Valutazione capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale – Valutazione socio sanitaria – Valutazione esterna – Valutazione interna – Valutazione efficienza operativa e performance economico finanziaria 	<ul style="list-style-type: none"> – Salute – Risorse – Diritti
Misure	<ul style="list-style-type: none"> – Economicità – Efficacia esterna – Efficacia organizzativa – Efficacia interna – Efficienza – Qualità dei processi e dell'org.ne – Qualità dell'assistenza – Appropriatelyzza – Accessibilità e soddisfazione dell'utenza 	350 indicatori monitorati e circa 50 indicatori di sintesi rappresentati sul bersaglio	<ul style="list-style-type: none"> – Accessibilità e fruibilità – Appropriatelyzza dei processi assistenziali – Esiti – Efficienza economica – Efficienza organizzativa – Umanizzazione – Coinvolgimento dei cittadini/utenti
Finalità	– Benchmarking regionale	– Benchmarking regionale	– Benchmarking nazionale

Le principali differenze che si evidenziano derivano dalle finalità e dai destinatari di ciascun sistema. Nella regione Lombardia e nella regione Toscana, infatti, si sono predisposti sistemi che adottano l'ottica del governo regionale con l'obiettivo di favorire il confronto, a livello centrale, delle aziende che compongono il sistema sanitario regionale. Al contrario, il Piano Nazionale Esiti di Agenas adotta un'ottica nazionale finalizzata al confronto esteso a tutte le aziende del SSN. In quest'ultimo caso, inoltre, i destinatari delle informazioni raccolte non sono solamente i decisori (come nei casi di Lombardia e Toscana), ma anche utenti e tecnici.

Si sottolinea invece come nessuno dei sistemi di performance management analizzati adotti la prospettiva delle aziende e si proponga come uno strumento di governo delle performance aziendali.

È comune invece a tutti e tre i casi il tentativo di misurare dimensioni della performance differenti, attraverso numerose misure e indicatori.

16.5 Dai limiti alle opportunità per la costruzione di un nuovo sistema di performance management

L'analisi della letteratura internazionale e delle esperienze di misurazione a livello nazionale ha consentito di evidenziare alcuni importanti *gap*, che questo lavoro si propone di superare attraverso la definizione di un nuovo strumento per la valutazione delle performance per le ASP. Fino a oggi, c'è stata una moltiplicazione degli indicatori senza un piano e un coordinamento che garantisca il presidio di tutte le dimensioni in modo omogeneo. Spesso, nelle aziende si assiste alla duplicazione di indicatori che presidiano aspetti analoghi o che entrano in conflitto tra loro (Evans et al., 2009). Alcuni studi (Love et al., 2008; Navarro-Espigares e Torres, 2011) hanno inoltre evidenziato il rischio di attribuire eccessiva importanza a indicatori di misurazione di qualità delle cure e dei servizi offerti, tralasciando la dimensione finanziaria. Un ulteriore limite, con particolare riferimento all'attuale trend di valorizzazione della soddisfazione dei pazienti e della qualità percepita, è la necessità di trovare misure standardizzate e validate che siano in grado di valutare l'esperienza del paziente in modo equilibrato e oggettivo (Elwyn et al., 2007). Se, da un lato, la sperimentazione di sistemi di performance management multidimensionale conta numerosi tentativi all'interno della realtà ospedaliera, dall'altro le aziende sanitarie che erogano servizi di cure primarie sono più indietro da questo punto di vista. Oggi però l'interesse verso la misurazione delle performance in quest'area, sempre più importante in tutti i sistemi sanitari, è crescente e sta stimolando le prime riflessioni e i primi casi studio. Infatti, le prime sperimentazioni hanno evidenziato che l'uso di tali sistemi può portare a un miglior uso delle risorse e a un conseguente miglioramento dei servizi (Amado, Santos, 2009).

In sintesi, le principali problematiche sulle quali si vuole incidere con la proposta di CDM sono le seguenti:

- ▶ gli attuali sistemi di misurazione e controllo delle performance adottati dalle aziende sanitarie non sempre hanno il necessario respiro strategico, essendo in prevalenza focalizzati sulla gestione ordinaria delle aziende, sia dal punto di vista delle prestazioni cliniche, che da quello dell'efficienza e degli equilibri finanziari (Prenestini e Valotti, 2012);
- ▶ inoltre, i sistemi di performance management utilizzano meccanismi di feedback strategico (ossia, controllano ex post la coerenza tra quanto attuato e quanto pianificato in partenza) tralasciando totalmente le preziose informazioni generate da sistemi *feedforward* che mirano ad analizzare i segnali deboli che si producono nell'ambiente di riferimento soprattutto esterno, ma anche interno (Prenestini, 2008). Per risolvere tale problematica, i sistemi di controllo dovrebbero riprendere alcuni elementi del controllo *feedforward* e inserire alcune variabili che permettano all'azienda di controllare sistematicamente che cosa stia effettivamente accadendo nell'ambiente di riferimento (si pensi, ad esempio, alla necessità di monitorare cambiamenti nella demografia e nell'epidemiologia del territorio, ma anche le variazioni nei vincoli di spesa e dei tetti di finanziamento);
- ▶ i più importanti strumenti di performance management attualmente utilizzati dalle ASP, come ad esempio la *balanced scorecard*, sono mutuati da contesti molto differenti dai nostri SSR e calati nelle stesse aziende senza uno sforzo effettivo di contestualizzazione rispetto alle specificità dell'azienda e dei sistemi normativi ai quali esse devono aderire, venendo inseriti tra i sistemi di controllo interno spesso al mero scopo di adeguarsi a mode manageriali;
- ▶ alcuni sistemi di valutazione nazionali (ad esempio quello inglese) o regionali rispondono in primo luogo alla necessità di fornire ai livelli di governo sovraordinati indicazioni e dati funzionali al confronto e al monitoraggio delle aziende del gruppo pubblico e, quindi, non vengono costruiti con lo scopo principale di fornire al top management aziendale tutte le informazioni necessarie per capire se e come modificare strategie e piani di azione;
- ▶ infine, questi strumenti di controllo diagnostico sono costruiti con l'idea di rispondere a fabbisogni informativi interni o per «addetti ai lavori», mentre è sempre più forte la necessità di rendicontare ai cittadini il proprio operato, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Conferire un orizzonte multidimensionale e un respiro di medio-lungo periodo ai sistemi di performance management significa porsi l'obiettivo di stabilire un collegamento sistematico tra l'azienda sanitaria pubblica e il suo ambiente, promuovendone, di conseguenza, il miglioramento delle performance e la competitività.

Il contributo fondamentale che un sistema di misurazione e valutazione delle performance evoluto può dare al miglioramento della qualità delle strategie aziendali è, quindi, articolabile almeno su tre differenti piani (Prenestini e Valotti, 2012):

1. fornire elementi fondamentali di conoscenza nella fase di elaborazione o riformulazione della strategia;
2. monitorare il grado di attuazione dei progetti strategici chiave, assicurando al tempo stesso una verifica dell'effettiva traduzione operativa degli indirizzi strategici, nonché delle eventuali difficoltà, piuttosto che dei segnali positivi, riscontrabili in fase applicativa;
3. valutare l'impatto delle scelte di medio lungo periodo, ovvero degli effetti prodotti dalle stesse, sia sui bisogni finali che sul rafforzamento della capacità competitiva aziendale.

Il CDM proposto attraverso questo lavoro di ricerca intende approfondire tutti e tre i piani. Nel prossimo paragrafo saranno analizzate le logiche di fondo e la struttura del CDM che danno concretezza a questo proposito.

16.6 Risultati del lavoro di ricerca: logiche di fondo e architettura del CDM

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

In particolare, il CDM di valutazione delle performance a valenza strategica è stato costruito sulla base dei seguenti obiettivi di fondo:

- ▶ costruire uno strumento più raffinato e vicino alle necessità informative aziendali rispetto ai sistemi multidimensionali attualmente a disposizione delle ASP, avendo a tal fine coinvolto gli «addetti ai lavori» attraverso *focus group* e un *panel* di esperti;
- ▶ supportare l'alta direzione dell'azienda (in particolare, direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e, qualora previsto, il direttore socio-sanitario) nell'elaborazione dei processi decisionali strategici, raccogliendo dati e informazioni per monitorare le dinamiche ambientali del contesto istituzionale entro il quale le aziende operano (introducendo nello stesso strumento alcune variabili e informazioni relative al contesto esterno);

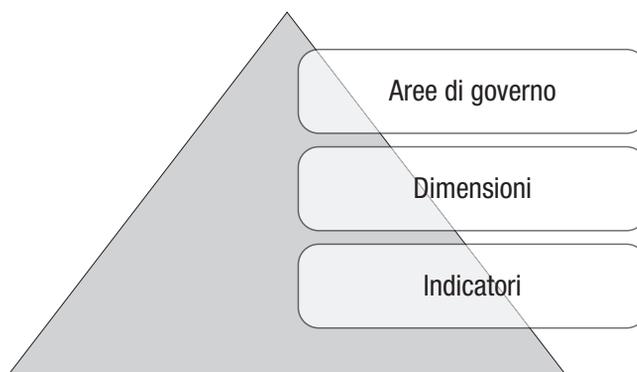
- ▶ favorire la validazione delle scelte strategiche intraprese e il monitoraggio dell'attuazione delle strategie aziendali attraverso il controllo di alcuni indicatori espressione dello stato avanzamento dei progetti strategici chiave;
- ▶ valutare le performance aziendali e le dinamiche organizzative attraverso una logica *drill down*, ovvero indicatori che supportano, con approfondimenti successivi, la possibilità di esplorare tutta la gerarchia di fenomeni sottostanti;
- ▶ offrire una visione dei dati e delle informazioni in ottica longitudinale per un confronto nel tempo delle performance dell'azienda;
- ▶ rispondere alle pressioni istituzionali provenienti dall'ambiente esterno, tra le quali la necessità di adeguarsi alle richieste della normativa sul Piano delle Performance aziendali (d. Lgs. 150/2009);
- ▶ riprendere logiche di rendicontazione sociale per rendere alcune delle aree del CDM direttamente fruibili da parte dei cittadini;
- ▶ non tralasciare la possibilità dei SSR di poter valutare e apprezzare le performance delle aziende sanitarie del proprio territorio attraverso tale strumento.

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

Il CDM proposto si fonda su di una struttura articolata su tre livelli logici (rappresentati in Figura 16.3), qui presentati dal livello massimo al livello minimo di dettaglio:

1. I circa cento indicatori di performance aziendale, che monitorano e permettono la valutazione dei risultati aziendali in ottica multidimensionale e strategica.
2. Le quattordici dimensioni omogenee di performance, che aggregano gli indicatori di performance in relazione all'omogeneità dei fenomeni che intendono misurare e valutare. All'interno delle dimensioni, possono essere previste

Figura 16.3 **Struttura logica del CDM**



delle diverse prospettive o sotto-dimensioni per rendere più agevole e precisa la lettura dei fenomeni oggetto di indagine.

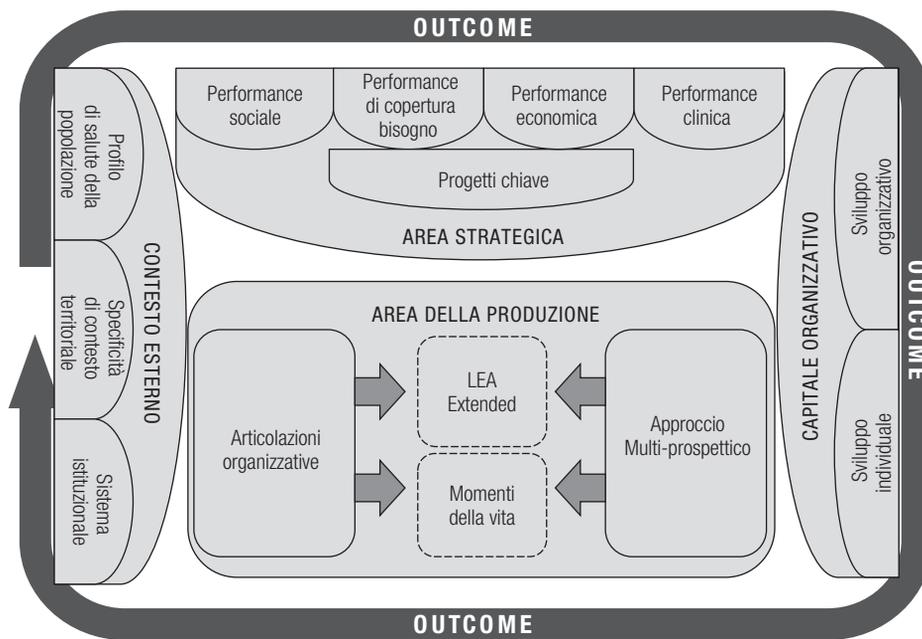
3. Le quattro aree di governo delle performance, che riuniscono le dimensioni individuate in macro-ambiti tematici. Questi ultimi rappresentano le «aree chiave» per il governo strategico da parte della direzione aziendale.

Sulla base di questa impostazione logica, l'architettura del CDM è rappresentata nella Figura 16.4.

Il CDM direzionale si articola in quattro aree.

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

Figura 16.4 L'architettura del CDM



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

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

A fini esemplificativi, il Box 16.3 mostra alcuni degli indicatori relativi all'area del contesto esterno.

L'area «strategica» è costruita in relazione alla necessità delle direzioni aziendali di monitorare fenomeni che hanno impatto nel lungo periodo e riflette in modo privilegiato la valenza strategica del CDM proposto. Il governo delle performance strategiche, infatti, è particolarmente rilevante per il top

Box 16.3 Esempi di indicatori dell'area «contesto esterno»

Per la dimensione «profilo di salute della popolazione»:

- Tasso di mortalità infantile per 1000 nati vivi
- Speranza di vita alla nascita
- Tasso di incidenza patologie croniche per 1000 abitanti
- Tasso di mortalità per le prime quattro cause di morte secondo l'OMS. *Approfondibile secondo la logica drill-down.*
 - Tasso di mortalità per tumori
 - Tasso di mortalità per patologie dell'apparato cardiovascolare
 - Tasso di mortalità per patologie ischemiche
 - Tasso di mortalità per BPCO e infezioni polmonari

Per la dimensione «specificità del contesto territoriale»:

- Tasso di obesità della popolazione
- Incidenza della popolazione per fasce d'età

Per la dimensione «sistema istituzionale»:

- Vincoli sul turnover del personale derivanti da fattori esterni (normativa)
- Variazione percentuale dei tetti regionali
- Variazione spesa per acquisti di beni e servizi

management delle aziende sanitarie pubbliche, in quanto fa riferimento sia alla *mission* e alla *vision* di lungo periodo dell'azienda stessa, sia agli specifici obiettivi di carattere strategico che l'azienda si pone e alle azioni necessarie per raggiungerli. Soprattutto in periodi di decrescita delle risorse disponibili, il perseguimento dei fini ultimi dell'azienda sanitaria pubblica è possibile solo attraverso la creazione di valore. Tale valore discende dalla capacità dell'azienda di rispondere simultaneamente a diverse importanti questioni di carattere strategico:

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

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

L'area strategica può essere misurata lungo cinque dimensioni:

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

- ▶ «progetti chiave»: misura lo stato di avanzamento di alcuni progetti strategici per l'azienda.
Alcuni degli indicatori appartenenti a quest'area sono riportati nel Box 16.4.

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

- ▶ misurazione per articolazioni organizzative, per valutare le performance di singoli dipartimenti, distretti o di presidi e stabilimenti ospedalieri, frutto delle modalità di rappresentazione tipiche dei sistemi di budget. Questi ultimi nella loro globalità, tendono ad essere articolati su centri di responsabilità, vale a dire aree di risultato costituite «da un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda ed è guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese (Anthony, Young, 1992);
- ▶ misurazione per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), intesi in senso esten-

Box 16.4 Indicatori area «strategica»

Per la dimensione «performance sociale»:

- Tasso di fuga (mobilità passiva) per ricoveri o specialistica ambulatoriale
- Tempo medio pagamento fornitori
- % segnalazioni scritte negative pervenute all'URP
- Tasso di assenteismo

Per la dimensione «performance clinica»:

- % fratture femore operate entro 48 ore
- Tasso di mortalità intraospedaliera. *Approfondibile secondo la logica drill-down:*
 - Tasso di mortalità per infarto miocardico acuto esclusi i trasferiti ad altri ospedali e da altri ospedali
 - Tasso di mortalità per ictus cerebrali
 - Tasso di mortalità per frattura del femore
 - ...

Per la dimensione «performance di copertura del bisogno»:

- Tasso di adesione agli screening
- Tasso di ospedalizzazione standardizzato

Per la dimensione «performance economica»:

- Indice di liquidità
- Redditività EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization)
- Indice di disponibilità

Per la dimensione «progetti chiave»:

- Stato avanzamento progetti
- Scostamento costi dei progetti
- Indicatori specifici di qualità del progetto

sivo, per valutare le performance in diversi ambiti assistenziali quali cure primarie, assistenza ospedaliera, assistenza residenziale, assistenza socio-sanitaria ecc.;

- ▶ momenti della vita, che monitorano la performance per eventi specifici della vita di un individuo come, ad esempio, «avere un figlio», «vivere la terza età», ecc. con la finalità di articolare la performance non a partire dal punto di vista dell'offerta (in termini di articolazioni organizzative o sulla base dei livelli assistenziali) bensì secondo le caratteristiche della domanda, articolata sulla base dei momenti più rilevanti che possono caratterizzare la vita dell'individuo. Per tali caratteristiche questa prospettiva, pur potendosi applicare a qualunque tipologia di azienda sanitaria, esprime le sue massime potenzialità nelle ASL, che si fanno carico della salute degli individui costantemente e non solo nella fase acuta della malattia;
- ▶ misurazione attraverso un approccio multi-prospettico, che monitora le performance attraverso quattro prospettive, i) economico-finanziaria, ii) dei processi produttivi, iii) del governo clinico e iv) della ricerca e innovazione. Lo scopo è di rappresentare la performance dell'area della produzione sulla base di alcune dimensioni rilevanti, senza necessariamente segmentare i processi produttivi sulla base delle articolazioni organizzative nei quali sono attivati (prospettiva delle articolazioni organizzative), delle finalità ultime a cui rispondono (prospettiva dei LEA *Extended*) o dei pazienti a vantaggio dei quali sono messi in atto (prospettiva degli eventi della vita). Il Box 16.5 riporta alcuni esempi degli indicatori inseriti nell'area della produzione.

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

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

L'area del «capitale organizzativo» valuta il livello di maturità e di diffusione degli strumenti gestionali attivi in azienda, funzionali allo sviluppo individuale

Box 16.5 **Esempi di indicatori area «della produzione», «approccio multi-prospettico»**

Per la prospettiva «economico-finanziaria»:

- Valore del risultato economico (ASL)
- Incidenza del costo per consumi (ASL e AO). *Approfondibile secondo la logica drill-down:*
 - Consumi diagnostici
 - Consumi protesi
 - Consumi farmaci ed emoderivati
 - Consumi complessivi beni sanitari
- Incidenza del costo per acquisto di beni e servizi (ASL)
- Indice di fatturato (DO o DH) per posto letto (AO)
- Incidenza del fatturato prestazioni ambulatoriali (AO)

Per la prospettiva «dei processi»:

- Degenza media (complessiva o pre-operatoria)
- Tasso occupazione posti letto per ricoveri ordinari
- Indice di rotazione posti letto
- Tasso di occupazione sala operatoria
- % dimissioni protette su totale dimessi

Per la prospettiva «del governo clinico»:

- % parti cesarei NTSV
- Tasso operatorio

Per la prospettiva «della ricerca e innovazione»:

- Incidenza delle alte tecnologie
- Tasso di obsolescenza tecnologie (alte e medie)
- Produzione scientifica

(ovvero sviluppo delle risorse umane) e allo sviluppo organizzativo aziendale (ad esempio, sistemi di budget, sistemi informativi, marketing e comunicazione, ecc.). Le aziende sanitarie pubbliche, infatti, si fondano sullo sviluppo e il consolidamento dei meccanismi operativi (sistemi di programmazione e controllo, gestione delle risorse umane, comunicazione, ecc) che assolvono a varie funzioni di fondamentale importanza per l'azienda (Lega, 2008):

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

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

Sempre a carattere esemplificativo, il Box 16.6 riporta alcuni degli indicatori inseriti in quest'area.

Ciascuna delle aree del cruscotto, coerentemente con i propri indicatori, garantisce un migliore apprezzamento degli *outcome* dell'azienda, in termini di valutazione degli impatti prodotti.

Box 16.6 **Esempi di indicatori area «capitale organizzativo»**

Per la dimensione «sviluppo organizzativo»:

- Grado di rispetto delle tempistiche di budget
- Grado di informatizzazione degli acquisti aziendali
- Indice di copertura HTA per tecnologie acquisite
- Numerosità degli accessi al sito internet aziendale

Per la dimensione «sviluppo individuale»:

- Grado di differenziazione delle premialità dei sistemi di valutazione
- Livello di formazione ECM

16.7 **Considerazioni conclusive**

Lo sforzo condotto nell'elaborazione del modello di valutazione della performance delle aziende sanitarie, nell'impostazione generale sopra descritta, si è posto i fondamentali seguenti obiettivi:

- ▶ assicurare alle aziende uno strumento di reale supporto all'assunzione delle decisioni strategiche, capace al tempo stesso di fornire una visione sistemica e di insieme degli ambiti rilevanti di valutazione, oltre che di promuovere un orientamento al medio termine delle scelte di governo aziendale;
- ▶ favorire una selezione delle informazioni e degli indicatori rilevanti, superando il rischio del sovraccumulo di dati (tipico dei sistemi orientati alla gestione

dell'operatività) e focalizzandosi sugli aspetti capaci di determinare i risultati di lungo periodo, la crescita qualitativa e la solidità dell'azienda;

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

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

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

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

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

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

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

Rispetto ai diversi sistemi di performance management adottati nel panorama nel panorama sanitario, almeno tre sembrano essere gli ambiti di innovazione e di investimento che il CDM ha intrapreso (Tarricone e Valotti, 2012). In primo luogo, propone un sistema di valutazione delle performance aziendali che sia organico (rappresentazione integrata di tutti gli ambiti di valutazione rilevanti), selettivo (individuazione di sotto-ambiti e indicatori chiave) e comprensibile (rappresentazione efficace e fruibile dei risultati aziendali relativi ai diversi am-

biti e nell'insieme). In secondo luogo, si pone l'obiettivo di realizzare un efficace collegamento tra i processi di elaborazione e attuazione delle strategie aziendali e i sistemi di misurazione e valutazione della performance. Colmare i gap esistenti tra i due sistemi può infatti consentire un avvicinamento tra documenti formali di pianificazione e strategie effettivamente messe in atto, fornendo input più strutturati per assumere e sostenere nuove decisioni strategiche e consentendo adattamenti della strategia a fronte di un monitoraggio sistematico dell'impatto prodotto dalla stessa o di eventuali difficoltà attuative. Infine, il CDM introduce modalità sistematiche di rendicontazione della performance nei confronti degli *stakeholder* rilevanti e dei cittadini nel loro insieme. In particolare, la trasparenza sulla performance aziendale costituisce al tempo stesso una modalità per: (i) stimolare il miglioramento dei risultati, in aggiunta alle pressioni indotte dalle dinamiche competitive e dalla scarsità di risorse; (ii) favorire il controllo sociale e promuovere la partecipazione democratica; (iii) qualificare l'attività di programmazione attraverso uno sforzo di selezione e rappresentazione delle priorità; (iv) orientare le aziende e promuovere la responsabilità, attraverso l'introduzione di una consuetudine a rendere conto e, non da ultimo, promuovere l'integrità.

Bibliografia

- Adcroft A. e Willis R. (2005), «The (un)intended outcome of public sector performance measurement», *International Journal of Public Sector*, 18(5), pp. 386-400.
- Amado C.A. e Santos S.P. (2009), «Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres», *Health Policy*, 91(1), pp. 43-56.
- Anthony R. e Young D. (1992), *Il controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Milano, Mc-Graw Hill.
- Arcari A.M. e Pels J. (1991), «Professional Service Firms: standardizzare per crescere», *Economia e Management*, Gennaio 1991.
- Argyris C. e Schon D. (1998), *Apprendimento organizzativo: Teoria, metodo e pratiche*, Milano, Guerini e Associati.
- Bititci U.S., Carrie A.S. e McDevitt L. (1997), «Integrated performance measurement systems: a development guide», *International Journal of Operations & Production Management*, 17(5), pp. 522-534.
- Boyle D. (2001), «The trouble with too many numbers», in *AccountAbility Quarterly*, No 16, No 2.
- Broadbent J., Laughlin R. e Read S. (1991), «Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis», *Critical Perspectives on Accounting*, 2(1), pp. 1-29.

- Canadian Comprehensive Accounting Foundation (CCAF) (1987), *Canadian Hospitals: Accountability and Information for Cost Effectiveness – An Agenda for Action*, CCAF, Ottawa.
- Carpenter V.L. (1990), «Improving accountability: evaluating the performance of public health agencies», in *Government Accountants Journal*, Vol. XX-XIX No. 3, pp. 43-76.
- Cattabeni L., Lega F. e Vendramini E. (2004), *Primi cenni sulla valutazione multidimensionale delle performance delle aziende ospedaliere tra fini esterni ed usi interni*, Milano, Sanità Pubblica e Privata.
- Chang L. (2006), «Managerial Responses to Externally Imposed Performance Measurement in the NHS: An Institutional Theory Perspective», *Financial accountability and management*, 22(1), pp. 63-85.
- Chang L. (2007), «The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach. Limitations and implications», *International Journal of Public Sector Management*, 20(2), pp. 101-117.
- Chow C.W., Ganulin D., Haddad K. e Williamson J. (1998), «The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management», *Journal of Health Care Management*, 43, pp. 263-80.
- Churchman C.W. (1971), «On the facility, felicity, and morality of measuring social change», *The Accounting Review*, 46(1), pp. 30-35.
- Di Stanislao F. e Carinci F. (2012), «Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria», *Monitor*, 30, pp. 8-21.
- Dossi A. (2010), «Prefazione», in A. Bhimani, A. Caglio, A. Ditillo, M. Morelli, *Performance management*, Milano, EGEA.
- Edvinsson L. e Malone M.S. (1997), *Intellectual Capital: Realizing Your Company's True Value by Finding Its Hidden Brainpower*, Harper.
- EFQM (Hendricks K. and Singhal V.) (1996), «Quality Awards and the Market Value of the Firm: An Empirical Investigation», *Georgia Tech, Management Science*, Vol. 42, No. 3. March, pp. 415-436.
- Elwyn G., Buetow S., Hibbard J. e Wensing M. (2007), «Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective», *BMJ*, 335, pp. 1021-1022.
- Evans S.M., Lowinger J.S., Sprivulis P.C., Copnell B. e Cameron P.A. (2009), «Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure», *Internal Medicine Journal*, 39, pp. 648-654.
- Fitzgerald L., Johnston R., Brignall S., Silvestro R. e Voss C. (1991), *Performance Measurement in Service Business*, London, CIMA.
- Flapper S.D.P., Fortuin L. e Stoop P.P. (1996), «Towards consistent performance management systems», *International Journal of Operations & Production Management*, 16(7), pp. 27-37.
- Galli D. (2009), «I criteri di regolazione delle relazioni finanziarie intergovernative: analisi di alcune esperienze straniere», in AA.VV., *La misurazione della performance nelle pubbliche amministrazioni*, CNEL Documenti.

- Ittner C.D. e Larcker D. (1998), «Innovations in performance measurement: trends and research implications», *Journal of management accounting research*.
- Kanji G.K. (1998), «Measurement of business excellence», *Total Quality Management*, Vol. 9, No. 7., pp. 633-643.
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (1992), «The balanced scorecard. Measures that drive performance», *Harvard Business Review*, January-February, pp. 71-9.
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (1996a), «Using the balanced scorecard as a strategic management system», *Harvard business review*, 74(1), pp. 75-85.
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (1996b), «Linking the balanced scorecard to strategy», *California management review*, 39(1).
- Kollberg B. e Elg M. (2011), «The practice of the Balanced Scorecard in health care services», *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5), pp. 427-445.
- Kotter J.P. (1996), *Leading Change*, Boston, Harvard Business School Press.
- Le Pogam M., Luangsay-Catelin J. e Notebaert C. (2009), «La performance hospitalière: à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent», *Revue Management et Avenir*, 25, pp. 116-134.
- Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità. Il caso dell'azienda ospedaliera L. Sacco di Milano*, Milano, McGraw-Hill.
- Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea.
- Levitt B. e March G.J. (1988), «Organizational Learning», *Annual Review of Sociology*, 14, pp. 319-340.
- Love D., Revere L. e Black K. (2008), «A Current Look at the Key Performance Measures Considered Critical by Health Care Leaders», *Journal of Health Care Finance*, 34(3), pp. 19-33.
- Lynch R.L. e Cross K.F. (1991), *Measure Up. The Essential Guide to Measuring Business Performance*. London, Mandarin.
- Navarro-Espigares J.L. e Torres E.H. (2011), «Efficiency and quality in health services: a crucial link», *Service Industries Journal*, 31(3), pp. 385-403.
- Neely A., Adams C. e Crowe P. (2001), «The performance prism in practice», *Measuring Business Excellence*, 5(2), pp. 6-13.
- Nuti S. (2008), *La valutazione delle performance in sanità*, Bologna, Il Mulino.
- Perks R. e Glendinning R. (1981), «Performance indicators applied to nationalized industries», in *Management Accounting*, October 1981, pp. 22-4.
- Pollitt C. (1984), «Blunt tools: performance measurement in policies for health care», *Omega*, 12(2), pp. 131-140.
- Prenestini A. (2008), «Il controllo strategico nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 17, 65-82.
- Prenestini A. e Valotti G. (2012), «Controllo delle strategie e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche», in AA.VV., *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, Egea.

- Simons R. (2000), *Performance measurement and control systems for implementing strategy*, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Smith P. (1992), «Negative political feedback: an examination of the problem of modelling political responses in public sector effectiveness auditing», in *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 5 No. 1, pp. 5-20.
- Sveiby K.E. (1997), «The intangible assets monitor», *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 2(1), pp.73-97.
- Tarricone R. e Valotti G. (2012), «Il miglioramento del performance management nelle aziende sanitarie pubbliche: oltre le mode e le tradizioni», in AA.VV., *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, Egea.
- Tawfik-Shukor A.R., Klazinga N.S. e Arah O.A. (2007), «Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada», *BMC Health Services Research*, 7, p. 25.
- Weick K. (1979), *The social psychology of organizing* (2nd edition), Mass, Addison-Wesley Reading.
- Williams A. (1985), «Performance measurement in the public sector: paving the road to hell?», in Arthur Young Lecture (WP)7, *Department of Accountancy*, School of Financial Studies, University of Glasgow, Glasgow.
- Wright P.D. e Keegan D.P. (1997), «A comprehensive account of value», *Measuring Business Excellence*, 1(3), pp. 40-45.
- Yankelovic D. (1972). *Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business*, Standford, D. Yankelovic Inc.
- Yigitbasioglu O.M. e Velcu, U. (2012), «A review of dashboards in performance management: Implications for design and research», *International Journal of Accounting Information Systems*, 13(1), pp. 41-59.