

*Parte seconda*

**Gestione del cambiamento,  
modelli organizzativi e tecnologia**



# 9 **Le priorità aziendali deliberate, gli spazi di azione e le coerenze strategiche nei documenti di pianificazione istituzionale**

*di Francesca Lecci, Mario Del Vecchio e Francesco Longo*

## 9.1 **Introduzione**

A partire dal triennio 2008-2010 e in accentuazione durante gli anni del Covid e del post-Covid, nel SSN si è assistito ad una progressiva evoluzione da un precedente sistema di aziende largamente autonome verso un sistema di erogazione unitariamente coordinato, riconducibile a un modello di holding pubblica. Senza entrare nel merito di tale evoluzione (Bobini *et al.*, 2020), qui è sufficiente notare come la riduzione del numero delle aziende e lo spostamento del baricentro verso l'ente Regione sia avvenuto prevalentemente sulla base di ragioni economico-finanziarie (il controllo della spesa e le “economie di scala”), che avevano costituito, in prima battuta, il focus attorno al quale le aziende sanitarie avevano concentrato i propri sforzi gestionali nella prima fase del processo di aziendalizzazione. Al contempo, la crescente divaricazione tra risorse disponibili e bisogni di salute, ha reso esplicita la presenza di numerosi trade-off (Longo e Ricci, 2023) sui quali i manager delle aziende sanitarie sono chiamati ad operare mediante scelte strategiche chiare ed esplicite. In aggiunta a tali considerazioni, è noto come le condizioni ambientali (*constraint* economico-finanziari e rimodulazione degli assetti istituzionali) hanno imposto e stanno imponendo alle aziende di servizi sanitari di riorientare sia i rapporti con l'ambiente esterno (definizione del portafoglio di servizi e cambiamenti nelle modalità di offerta), sia la progettazione della struttura organizzativa interna (maggiore orientamento all'integrazione ospedale territorio, focalizzazione sui percorsi e sui processi assistenziali in maniera integrata) (Furnari *et al.*, 2019).

Si evidenzia, dunque, un duplice tensore: da un lato si rafforza il controllo regionale sulle dinamiche aziendali e, dall'altro, le aziende devono cercare di operare scelte che siano in grado di dare risposte alle crescenti istanze di cambiamento poste dal contesto di riferimento.

Nella dinamica capogruppo-partecipata, la letteratura sul tema evidenzia

come, in presenza di un processo di centralizzazione, molti meccanismi operativi vengono ad essere impattati, primariamente quelli che più sono coinvolti nel raggiungimento delle performance aziendali, vale a dire i processi di budget e i meccanismi di incentivazione economica (Rodrigues *et al.*, 2023; Deng, 2020).

Il lavoro di ricerca, dopo una ricognizione delle teorie di riferimento prevalentemente utilizzate in tema di autonomia manageriale delle aziende sanitarie e di spazi di influenza del policymaker/capogruppo (§9.2), dettaglia il framework e il metodo di ricerca (§9.3) e analizza gli obiettivi di performance, così come descritti nei Piani Integrati di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 di 30 Aziende sanitarie (§9.4), per identificare lo spazio di autonomia strategica e il potenziale ruolo della regione. Infine, vengono discusse le principali evidenze e tracciate le linee di ricerca future (§9.5).

## 9.2 Le teorie di riferimento

L'autonomia manageriale nelle aziende sanitarie italiane riveste un ruolo fondamentale, influenzando la capacità di queste organizzazioni di adattarsi ai bisogni dei pazienti e di mantenere la sostenibilità economica. In un contesto altamente regolato come quello sanitario italiano, i policy maker incidono in modo significativo sulle decisioni e sulle strategie gestionali, dettando spesso vincoli e orientamenti che definiscono il perimetro operativo delle aziende. Il servizio sanitario italiano, con le sue specificità regionali, offre un caso emblematico di come la gestione autonoma e la supervisione pubblica debbano trovare un equilibrio, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità delle prestazioni.

Da questo punto di vista emblematica appare l'esperienza del National Health Service (NHS) in Inghilterra. L'autonomia gestionale, concessa attraverso la creazione dei *Foundation Trusts*<sup>1</sup>, ha offerto agli ospedali una maggiore flessibilità operativa, incentivando un miglioramento dei servizi. Tuttavia, i risultati indicano anche che l'autonomia da sola potrebbe non essere sufficiente a incrementare la qualità delle prestazioni in modo significativo senza un adeguato supporto e supervisione (Verzulli *et al.*, 2018). La strategia della ear-

<sup>1</sup> I *Foundation Trusts* sono una tipologia di organizzazioni semi-indipendenti create all'interno del Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS) per fornire servizi sanitari pubblici. Sono stati introdotti dal governo britannico nel 2004 come parte di una riforma volta a decentralizzare il controllo del NHS e migliorare l'efficienza, la trasparenza e la responsabilità nella gestione dei servizi sanitari. Sono dotati di autonomia gestionale e finanziaria, hanno una governance democratica, con il Consiglio dei governatori composto da rappresentanti eletti dai membri locali, pazienti e dipendenti, ma sono soggetti a regolamentazione da parte di organi esterni, come *NHS England e Care Quality Commission (CQC)*, che ne monitorano la qualità dei servizi e la sostenibilità finanziaria.

*ned autonomy*, applicata dal governo britannico, ha infatti mostrato che la concessione di autonomia operativa agli enti sanitari locali può essere vantaggiosa solo se bilanciata da incentivi appropriati e da una supervisione mirata per evitare il rischio che gli obiettivi delle strutture divergano dagli obiettivi strategici centrali (Mannion *et al.*, 2005). La strategia degli incentivi, inoltre, ha mostrato negli ultimi anni tutti i suoi limiti, come rileva il rapporto sullo stato di salute del NHS pubblicato nel settembre 2024 “Ultimately, the incentives for organisations and their senior leaders work their way through to the frontline. In recent years, there have been few incentives for teams to change how they work, since neither their organisations nor their departments would be rewarded for doing so, since income was largely fixed through block contracts and the earned autonomy framework of foundation trusts was discontinued”<sup>2</sup>. Infatti, non a caso, in Paesi come i Paesi Bassi, la regolamentazione della performance sanitaria è diventata sempre più integrata, passando da una mera conformità normativa a un modello di *compliance* istituzionalizzata<sup>3</sup>. Questo approccio mira a mantenere un dialogo continuo tra enti regolatori e operatori sanitari, favorendo una regolamentazione adattiva che riduce la necessità di interventi coercitivi, ma richiede la collaborazione degli operatori (Erp *et al.*, 2020).

Dall’analisi della letteratura, dunque, emerge come il controllo del regolatore pubblico tenda ad esercitarsi soprattutto sugli obiettivi delle aziende sanitarie.

E, d’altra parte, in generale, quando la capogruppo aumenta la sua sfera di influenza sulle partecipate, i meccanismi operativi che risentono più rapidamente di queste pressioni sono i seguenti.

- ▶ **Sistemi di Controllo della Gestione:** la capogruppo spesso impone modelli di controllo centralizzati o decentralizzati in base agli obiettivi strategici, determinando un monitoraggio stretto o flessibile a seconda delle necessità. I sistemi di controllo della gestione nelle sussidiarie sono i primi a risentire delle pressioni della capogruppo per garantire il raggiungimento degli obiettivi finanziari e operativi del gruppo (Rodrigues *et al.*, 2023).

<sup>2</sup> <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66f42ae630536cb92748271f/Lord-Darzi-Independent-Investigation-of-the-National-Health-Service-in-England-Updated-25-September.pdf>

<sup>3</sup> Nel 2014, i Paesi Bassi hanno istituito il Kwaliteitsinstituut, un’agenzia indipendente incaricata di: (i) Stabilire linee guida e indicatori di performance sanitaria; (ii) Promuovere l’uso di dati standardizzati per confrontare la qualità delle cure; (iii) Creare un sistema di feedback per migliorare i risultati clinici e organizzativi. Questo rappresenta un chiaro passaggio verso l’integrazione istituzionale, poiché il miglioramento della qualità è diventato un obiettivo condiviso tra governo, operatori sanitari e assicuratori, piuttosto che un mero requisito normativo. Inoltre gli assicuratori hanno assunto un ruolo chiave, poiché negoziano contratti con gli ospedali in base agli indicatori di performance definiti dal Kwaliteitsinstituut e da altre agenzie, finanziariamente incentivano gli ospedali e gli operatori a fornire cure di alta qualità e utilizzano strumenti di benchmarking per confrontare la performance degli ospedali.

- ▶ **Meccanismi di coordinamento:** l'integrazione della conoscenza e il coordinamento delle attività sono modificati per facilitare il trasferimento delle competenze e il controllo delle operazioni locali. La capogruppo spesso implementa metodi di coordinamento basati su sistemi elettronici o contatti personali per ottimizzare la comunicazione e il controllo sulle attività delle sussidiarie, riducendone l'autonomia (Rabbiosi, 2011).
- ▶ **Controlli culturali e comportamentali:** in alcuni casi, le sussidiarie risentono di un aumento del controllo culturale, con la capogruppo che impone norme e valori per mantenere un'identità e una cultura aziendale uniformi. Questo tipo di controllo è frequente quando la capogruppo percepisce una forte discrepanza culturale con la sussidiaria, imponendo un'influenza sui comportamenti organizzativi e sugli obiettivi locali (Lovett *et al.*, 2009).
- ▶ **Allocazione delle risorse e decisioni di bilancio:** la capogruppo spesso impone limitazioni sulle risorse e sulle decisioni finanziarie (correnti e di investimento) per garantire l'allineamento con la strategia complessiva di gruppo. Questo tipo di controllo si applica particolarmente nelle aree con alta incertezza economica o in settori altamente regolamentati, portando a cambiamenti nei processi di budgeting delle sussidiarie (Deng, 2020).
- ▶ **Controllo sui processi di innovazione:** Quando la capogruppo incrementa la sua partecipazione e influenza, spesso limita l'autonomia delle sussidiarie nella gestione dei progetti innovativi per garantirne l'allineamento strategico, anche a scapito della capacità innovativa locale (Xu *et al.*, 2019).

In sintesi, l'autonomia manageriale è cruciale per la gestione efficiente ed efficace delle aziende sanitarie, ma deve essere bilanciata con il controllo e il supporto dei policy maker per preservare la sostenibilità complessiva del sistema. La collaborazione tra manager e regolatori è dunque essenziale per affrontare le sfide sanitarie italiane, specialmente in un contesto dove le pressioni esterne tendono a richiedere un continuo allineamento sui processi di cambiamento. Da questo punto di vista fondamentale risulta l'approccio di sense-giving, per aiutare i leader a costruire coerenza ideologica e a gestire situazioni di cambiamento continuo (Marshall, 2018), favorendo l'orientamento e la riconciliazione tra aspettative e realtà (Kraft *et al.*, 2018) e facilitando il coordinamento e l'azione collettiva (Foldy *et al.*, 2008).

## 9.3 Il metodo di ricerca

### 9.3.1 Gli obiettivi di ricerca e il framework di analisi

Alla luce delle considerazioni esposte, il presente capitolo si propone di analizzare come i vincoli normativi e le direttive regionali condizionino l'autonomia

manageriale delle aziende sanitarie pubbliche italiane, con l'obiettivo di comprendere in che modo tale relazione incida sulla definizione delle performance aziendali attese e sulla capacità di rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni di salute. L'argomento si inserisce in un contesto caratterizzato da una crescente attenzione al controllo strategico e alla razionalizzazione delle risorse, con implicazioni significative per le scelte operative e gestionali delle aziende sanitarie (Longo e Ricci, 2023).

Per raggiungere gli obiettivi dichiarati, è stata analizzata la sezione "2.2 Performance" dei PIAO 2024-2026, utilizzando il Process Classification Framework (PCF) sviluppato dall'American Productivity & Quality Center (APQC), uno strumento che consente una comprensione standardizzata e sistematica dei processi aziendali. Questo framework, opportunamente adattato al contesto delle aziende sanitarie pubbliche italiane, suddivide i processi in categorie e sottocategorie logiche, fornendo una tassonomia dettagliata che facilita il benchmarking e la valutazione comparativa tra organizzazioni. L'utilizzo del PCF consente di identificare aree di miglioramento, ottimizzare i processi e verificare l'allineamento tra autonomia gestionale delle aziende sanitarie e gli obiettivi strategici fissati a livello regionale (APQC, 2015).

Il framework PCF è articolato in dieci aree principali:

1. Sviluppo della Vision di medio lungo periodo e dei valori e definizione della strategia. Include i processi che aiutano a stabilire la visione, la missione e gli obiettivi di un'organizzazione. Riguarda le attività di pianificazione a lungo termine, come la gestione strategica, l'analisi del settore, lo sviluppo di strategie aziendali, la gestione dei rischi, l'allocazione delle risorse e l'innovazione<sup>4</sup>.
2. Sviluppo e gestione di nuovi servizi. Si riferisce ai processi di progettazione, sviluppo e lancio di nuovi servizi, e alla radicale revisione di quelli esistenti. Questa area include anche le innovazioni per rispondere ai cambiamenti del settore.
3. Gestione dei pazienti e dei canali di accesso/erogazione. Comprende i processi relativi all'engagement e alla gestione dei pazienti, alla comunicazione e alla scelta dei canali di cessione dei servizi.
4. Erogazione dei Servizi. Copre i processi operativi legati all'erogazione dei servizi. Per le organizzazioni sanitarie, questo può includere anche l'ottimizzazione della supply chain e la gestione logistica<sup>5</sup>.
5. Gestione delle Risorse Umane. Si occupa della gestione dei dipendenti lungo tutto il loro ciclo di vita all'interno dell'organizzazione, dalla selezione e assunzione fino alla formazione e allo sviluppo, alla gestione delle

<sup>4</sup> Questo item raggruppa l'item 1 e 13 del framework originale.

<sup>5</sup> Questo item raggruppa gli item 4, 5 e 6 del framework originale.

performance, alla compensazione e alla successione. Rientrano qui anche i processi di motivazione e gestione del benessere e della sicurezza dei dipendenti.

6. Gestione delle Tecnologie dell'Informazione (IT). Copre i processi IT necessari per supportare le operazioni aziendali, dall'infrastruttura tecnologica all'implementazione e gestione dei sistemi informativi, all'assistenza IT, alla gestione della sicurezza informatica, e all'ottimizzazione dei servizi digitali per garantire l'efficienza operativa.
7. Gestione Finanziaria e Contabile. Comprende i processi legati alla gestione delle finanze aziendali, inclusi contabilità, tesoreria, pianificazione e controllo di gestione, gestione delle performance finanziarie, gestione dei rischi e compliance. Questi processi assicurano la trasparenza e la rendicontazione finanziaria, nonché il rispetto delle normative fiscali.
8. Gestione degli asset delle risorse non umane. Riguarda i processi per gestire e mantenere le risorse materiali, incluse le attrezzature, i beni immobili e le risorse fisiche necessarie per l'operatività aziendale. Include anche la gestione dei contratti, la manutenzione delle strutture e la gestione della sostenibilità ambientale.
9. Gestione delle Conformità, dei Rischi e della Conoscenza. Include i processi per garantire il rispetto delle normative, la gestione del rischio e la protezione della conoscenza aziendale. Quest'area copre anche la gestione della compliance legale e normativa, la gestione dei dati e della conoscenza interna e la valutazione e gestione dei rischi.
10. Gestione delle Relazioni Estese (Partnership e Alleanze). Questa area include i processi di gestione delle relazioni con i partner strategici, le università, i fornitori e le altre organizzazioni esterne che collaborano con l'azienda. Si concentra sulla creazione di valore attraverso partnership strategiche, gestione dei fornitori, negoziazione dei contratti e collaborazione interaziendale.

In termini di impatto, si noti come le aree 1, 2 e 10 rappresentino, secondo il framework, aree a maggior impatto strategico, che tendono a generare cambiamenti di medio-lungo periodo, sono meno reversibili nel breve e modificano in maniera significativa i processi aziendali.

La scelta di adottare il Process Classification Framework è stata effettuata a seguito di un'analisi comparativa con il modello di eccellenza proposto dalla European Foundation for Quality Management (EFQM). Entrambi i modelli rappresentano strumenti consolidati per l'ottimizzazione organizzativa e il miglioramento delle performance, ma si distinguono per finalità, approccio metodologico e ambiti di applicazione, rendendo il confronto particolarmente significativo per individuare il framework più adatto alle specificità del contesto delle aziende sanitarie pubbliche italiane.



Il PCF dell'APQC è concepito principalmente come uno strumento operativo, ideato per fornire una tassonomia standardizzata dei processi aziendali. Questa struttura permette alle organizzazioni di mappare i propri processi interni, identificare inefficienze e ridondanze, e confrontarsi con altre realtà del medesimo settore attraverso il benchmarking (APQC, 2015). Il focus del PCF è centrato sulla gestione e sull'ottimizzazione dei processi operativi, con l'obiettivo di migliorare continuamente le attività aziendali attraverso l'analisi comparativa di dati esterni. Tale approccio consente di sviluppare una visione dettagliata delle aree critiche e di intervenire in modo mirato per incrementare l'efficienza e l'efficacia dei processi, favorendo al contempo una maggiore trasparenza e accountability nelle operazioni aziendali.

D'altra parte, il modello EFQM adotta una prospettiva più ampia e strategica, volta a promuovere l'eccellenza organizzativa in senso olistico. Questo modello non si limita alla mappatura dei processi, ma valuta una vasta gamma di dimensioni organizzative, tra cui la leadership, la strategia, l'innovazione, e la gestione delle risorse umane. L'EFQM pone particolare enfasi sull'autovalutazione come strumento per identificare punti di forza e aree di miglioramento, incentivando percorsi di innovazione e cambiamento organizzativo (EFQM, 2020). Inoltre, la struttura del modello facilita una comprensione integrata della qualità complessiva, incoraggiando le organizzazioni a perseguire il miglioramento continuo attraverso una visione sistemica e multidimensionale.

Il confronto tra i due modelli evidenzia come il PCF sia maggiormente orientato alla gestione dei processi, mentre l'EFQM mira a guidare le organizzazioni verso l'eccellenza, integrando nella sua analisi elementi culturali e strategici (Krippendorff, 2004), che però sono difficilmente intercettabili attraverso l'analisi documentale. Pertanto, il PCF si è rivelato particolarmente utile per l'analisi dei piani della performance, grazie alla sua capacità di suddividere i processi in categorie standardizzate che riflettono in modo chiaro le aree di autonomia gestionale e i loro allineamenti con gli obiettivi strategici del sistema sanitario.

Tra i vantaggi principali del PCF emerge, infatti, la possibilità di effettuare un'analisi approfondita e segmentata, che permette di verificare in modo sistematico come l'autonomia gestionale delle aziende sanitarie sia esercitata rispetto ai vincoli regionali.

Infine, grazie alla sua natura comparativa, il PCF promuove il benchmarking tra organizzazioni, offrendo opportunità di apprendimento reciproco e miglioramento continuo delle performance aziendali (Bowen, 2009).

### **9.3.2 Il metodo di analisi**

L'analisi dei documenti di pianificazione della performance rappresenta una metodologia di ricerca essenziale per esplorare l'autonomia strategica delle

aziende sanitarie e il ruolo di indirizzo delle autorità regionali. Questo approccio consente di esaminare i processi decisionali e i margini di autonomia concessi alle aziende sanitarie rispetto ai vincoli imposti da normative e direttive regionali. I documenti di pianificazione, che includono obiettivi specifici e indicatori di performance, offrono una visione strutturata delle strategie e delle priorità operative di tali aziende, facilitando l'identificazione delle aree in cui esiste effettivamente una flessibilità decisionale.

L'uso di documenti ufficiali di pianificazione e reporting come fonti primarie di dati presenta vari vantaggi: in primo luogo, essi forniscono informazioni standardizzate e dettagliate, che possono essere analizzate sistematicamente, garantendo al contempo elevata comparabilità dei risultati. Secondo Bowen (2009), l'analisi di documenti scritti consente di accedere a informazioni storiche e contestuali senza dover ricorrere a processi di raccolta dati dispendiosi, come le interviste o le osservazioni dirette. Inoltre, l'applicazione di metodologie di analisi del contenuto a questi documenti permette di quantificare e categorizzare sistematicamente le aree di autonomia e controllo, individuando modelli di governance e di influenza regionale. Krippendorff (2004) sostiene che l'analisi del contenuto sia particolarmente adatta per interpretare testi strutturati, consentendo una quantificazione rigorosa dei temi trattati e la rilevazione di pattern ricorrenti.

Attraverso tale approccio metodologico, è possibile ottenere evidenze empiriche robuste sul rapporto tra governance regionale e capacità strategica delle aziende sanitarie, nonché sulla capacità delle autorità regionali di influenzare le decisioni aziendali tramite l'imposizione di obiettivi specifici o vincoli normativi, sebbene non consenta di cogliere gli impatti derivanti da meccanismi informali di influenza reciproca e coordinamento istituzionale. Come indicato da Mayring (2014), l'analisi del contenuto consente di esplorare le dinamiche tra attori istituzionali, rendendo visibile il modo in cui le direttive regionali si traducono in linee di azione aziendale e in che misura le aziende sanitarie possono adattarsi a tali indicazioni. In questo modo, la ricerca non solo approfondisce le dinamiche di policy e di management sanitario, ma offre anche contributi utili per l'ottimizzazione della governance sanitaria, suggerendo possibili margini di miglioramento nella regolamentazione delle autonomie locali rispetto alle politiche sanitarie regionali.

## **9.4 I risultati**

### **9.4.1 Il campione analizzato**

I risultati presentati derivano dall'analisi di 30 Piani Integrati di Attività e Organizzazione 2024-2026.

I PIAO sono stati introdotti e disciplinati da una serie di atti normativi volti a semplificare e unificare la programmazione nelle aziende pubbliche italiane. Nello specifico il Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, all'articolo 6, ha istituito il PIAO come strumento unico di programmazione per le pubbliche amministrazioni, con l'obiettivo di migliorare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi offerti ai cittadini e alle imprese. La Legge 6 agosto 2021, n. 113 ha convertito con modificazioni il Decreto-Legge n. 80/2021, confermando l'introduzione del PIAO e definendone ulteriormente le finalità e i contenuti. Infine, il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 ha individuato e abrogato gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO, stabilendo quali documenti di programmazione preesistenti confluiscono nel nuovo piano integrato<sup>6</sup>.

Nella selezione dei documenti da analizzare alla luce degli obiettivi del presente lavoro di ricerca, sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- ▶ Rappresentatività del campione per partizione geografica (Nord, Centro, Sud e Isole);
- ▶ Rappresentatività del campione tra aziende che esercitano anche la funzione di committenza (ASL/ATS) e aziende di erogazione (ASST/AO/AOU);
- ▶ Livello di aggiornamento del documento.

Con riferimento specifico a quest'ultimo punto vale la pena segnalare che non infrequentemente i documenti disponibili nella sezione Amministrazione Trasparente dei siti istituzionali aziendali mostrano livelli di aggiornamento incompleto<sup>7</sup>. La Tabella 9.1 e la Tabella 9.2 presentano, rispettivamente, l'elenco delle aziende di cui è stato analizzato il PIAO e la loro sintetica distribuzione per partizione e tipologia.

Sebbene sulle caratteristiche del PIAO esistano chiare indicazioni normative, i documenti analizzati presentano caratteristiche profondamente eterogenee, pur nel rispetto della struttura di massima indicata dal DL 80/2021 e ss.mm.ii. Stante, dunque, la profonda varietà nella presentazione dei contenuti, non è stato possibile utilizzare in maniera sistematica software di analisi o strumenti basati su sistemi di intelligenza artificiale, se non per una parte

<sup>6</sup> I principali documenti preesistenti che confluiscono nel PIAO sono i seguenti: (i) Piano della performance, (ii) Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT); (iii) Piano dei fabbisogni di personale (PTFP); (iv) Piano organizzativo del lavoro agile (POLA); (v) Programmazione della formazione del personale; (vi) Piano per le pari opportunità e il benessere organizzativo; (vii) Piano delle azioni positive (PAP).

<sup>7</sup> Nella maggior parte dei casi risulta aggiornata la sezione relativa alla "Trasparenza e Anticorruzione" e al "Piano dei Fabbisogni di Personale", ma non quella relativa alla Performance. Inoltre, si segnala che tutte le aziende della Regione Emilia-Romagna sono state escluse dall'analisi, visto che l'ultimo documento disponibile è quello relativo al triennio 2023-2025

Tabella 9.1 **L'elenco delle aziende analizzate**

| Partizione | Codice | Regione               | Denominazione               | Comune          | Tipologia |
|------------|--------|-----------------------|-----------------------------|-----------------|-----------|
| NORD       | 10     | Piemonte              | Asp To 4                    | Chivasso        | ASL       |
| NORD       | 30     | Lombardia             | Ats Milano                  | Milano          | ASL       |
| NORD       | 30     | Lombardia             | Ats Montagna                | Sondrio         | ATS       |
| NORD       | 50     | Veneto                | Ulss 6 Euganea              | Padova          | ATS       |
| NORD       | 60     | Friuli Venezia Giulia | Asl Friuli Occidentale      | Pordenone       | ASL       |
| NORD       | 70     | Liguria               | Asl 1 Imperiese             | Imperia         | ASL       |
| CENTRO     | 90     | Toscana               | Usl Toscana Centro          | Firenze         | ASL       |
| CENTRO     | 100    | Umbria                | Usl Umbria 1                | Perugia         | ASL       |
| CENTRO     | 110    | Marche                | Ast Macerata                | Macerata        | ASL       |
| CENTRO     | 120    | Lazio                 | Roma 4                      | Civitavecchia   | ASL       |
| SUD        | 130    | Abruzzo               | Asl Lanciano Vasto Chieti   | Chieti          | ASL       |
| SUD        | 140    | Molise                | Asrem                       | Campobasso      | ASL       |
| SUD        | 150    | Campania              | Asl Caserta                 | Caserta         | ASL       |
| SUD        | 160    | Puglia                | Asl Fg                      | Foggia          | ASL       |
| SUD        | 170    | Basilicata            | Asl Potenza                 | Potenza         | ASL       |
| SUD        | 180    | Calabria              | Asp Reggio Calabria         | Reggio Calabria | ASL       |
| SUD        | 190    | Sicilia               | Asp Trapani                 | Trapani         | ASL       |
| SUD        | 200    | Sardegna              | Asl Cagliari                | Cagliari        | ASL       |
| NORD       | 10     | Piemonte              | AO Santa Croce E Carle      | Cuneo           | AO        |
| NORD       | 30     | Lombardia             | ASST Crema                  | Crema           | ASST      |
| NORD       | 30     | Lombardia             | ASST Santi Paolo E Carlo    | Milano          | ASST      |
| NORD       | 30     | Lombardia             | ASST Giovanni Xxiii         | Bergamo         | ASST      |
| NORD       | 50     | Veneto                | AOU Verona                  | Verona          | AOU       |
| NORD       | 50     | Veneto                | AO Padova                   | Padova          | AO        |
| CENTRO     | 90     | Toscana               | AOU Careggi                 | Firenze         | AOU       |
| CENTRO     | 100    | Umbria                | AO Perugia                  | Perugia         | AO        |
| CENTRO     | 120    | Lazio                 | AOU Policlinico Tor Vergata | Roma            | AOU       |
| SUD        | 150    | Campania              | AOU Ruggi D'aragona         | Salerno         | AOU       |
| SUD        | 160    | Puglia                | AOU Consorziale Policlinico | Bari            | AOU       |
| SUD        | 190    | Sicilia               | Arnas Garibaldi             | Catania         | AO        |

Tabella 9.2 **Documenti analizzati per tipologia di azienda e partizione geografica**

|               | ASL/ATS   | ASST/AO/AOU | TOTALE    |
|---------------|-----------|-------------|-----------|
| NORD          | 6         | 6           | 12        |
| CENTRO        | 4         | 3           | 7         |
| SUD E ISOLE   | 8         | 3           | 11        |
| <b>Totale</b> | <b>18</b> | <b>12</b>   | <b>30</b> |

molto limitata del lavoro di ricerca. Questo ha comportato la necessità di leggere integralmente i documenti oggetto di analisi per complessive 4.659 pagine (Tabella 9.3) per poterli adeguatamente comprendere e classificare.

I PIAO sono mediamente lunghi 155,3 pagine, la lunghezza è più elevata nelle aziende del Nord e ridotta in quelle del Centro. Se si osserva la media per

Tabella 9.3 **Numero di pagine analizzate per tipologia di azienda e partizione geografica**

|               | ASL         | ATS        | ASST       | AO         | AOU        | Totale      |
|---------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| NORD          | 760         | 235        | 397        | 341        | 202        | 1935        |
| CENTRO        | 742         |            |            | 98         | 197        | 1037        |
| SUD E ISOLE   | 1329        |            |            | 134        | 224        | 1687        |
| <b>Totale</b> | <b>2831</b> | <b>235</b> | <b>397</b> | <b>573</b> | <b>623</b> | <b>4659</b> |

tipologia di aziende, si evidenzia che le ASL/ATS presentano documenti più lunghi (170,3 pagine), soprattutto nelle regioni del Centro, dove, però, risultano più contenute le dimensioni per le aziende di erogazione (Tabella 9.4).

Tabella 9.4 **Il numero medio di pagine per tipologia di azienda e partizione geografica**

|              | TOTALE       | ASL/ATS      | ASST/AO/AOU  |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| NORD         | 161,3        | 165,8        | 156,7        |
| CENTRO       | 148,1        | 185,5        | 98,3         |
| SUD E ISOLE  | 153,4        | 166,1        | 119,3        |
| <b>Media</b> | <b>155,3</b> | <b>170,3</b> | <b>132,8</b> |

In generale, la lunghezza mediana è pari a 138 pagine, la lunghezza minima è 38 pagine e quella massima 378 pagine. I livelli di variabilità che si osservano a livello complessivo permangono anche per partizione geografica e tipologia di azienda (Tabella 9.5), con le ASL e ATS che mostrano gradi di disomogeneità più accentuati rispetto alle aziende di erogazione.

Tabella 9.5 **Numero mediano, minimo e massimo di pagine per tipologia di azienda**

|         | TOTALE | ASL/ATS | ASST/AO/AOU |
|---------|--------|---------|-------------|
| MEDIANA | 138    | 154,5   | 117         |
| MINIMO  | 39     | 39      | 82          |
| MASSIMO | 378    | 378     | 244         |

A fronte di documenti comunque in media piuttosto corposi, la sezione dedicata alla definizione degli obiettivi e degli indicatori di performance si presenta, nei documenti, piuttosto limitata (Tabella 9.6): in media poco meno di 22 pagine, con percentuali di incidenza che vanno dal 5,8% nelle ASL del Nord Italia al 39% delle AOU del Nord o il 32% delle AO del Centro. In generale, la parte più corposa dei documenti tende ad essere rappresentata dalla sezione “2.3

Rischi corruttivi e trasparenza” e dalla sezione “3. Organizzazione e capitale umano”, che pesano, congiuntamente, più del 50% del totale

Tabella 9.6 **Il numero medio di pagine della sezione “Performance” per tipologia di azienda e partizione geografica**

|              | ASL          | ATS          | ASST         | AO           | AOU          | Totale       |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| NORD         | 10,75        | 15,00        | 14,00        | 21,50        | 80,00        | 19,83        |
| CENTRO       | 24,75        |              |              | 32,00        | 12,50        | 22,29        |
| SUD E ISOLE  | 25,50        |              |              | 16,00        | 16,00        | 22,91        |
| <b>Media</b> | <b>21,63</b> | <b>15,00</b> | <b>14,00</b> | <b>22,75</b> | <b>27,40</b> | <b>21,53</b> |

#### 9.4.2 La ricorrenza delle indicazioni regionali

Coerentemente con gli obiettivi del lavoro di ricerca, i documenti sono stati dettagliatamente analizzati per comprendere il grado di ricorrenza complessiva delle indicazioni regionali. A tal fine è stato utilizzato Nvivo, un software di *content analysis*, per capire quante volte si facesse riferimento a indicazioni regionali nell’ambito del documento. Per effettuare tale analisi è stato costituito un basket di parole (ad esempio, regione, regionale, regionali, DGR, LR, ecc...) e ne è stata misurata la sua ricorrenza rispetto alle parole “utili” (vale a dire tolti gli articoli, le preposizioni, gli avverbi, le congiunzioni, i pronomi e ogni altro elemento ritenuto privo di contenuto specifico).

L’analisi ha consentito di costruire un indice che misura quante volte, in media, in ogni pagina, ricorre la presenza della regione. La Tabella 9.7 mostra come la pervasività regionale sia maggiore nelle aziende del Centro e del Nord rispetto a quelle del Sud e delle Isole, e, ragionando per tipologia di azienda, mediamente più elevata in ASL e ATS rispetto alle strutture di erogazione.

Tabella 9.7 **Indice di ricorrenza regionale nei PIAO per tipologia di azienda e partizione geografica (media di ricorrenze per pagina)**

|               | ASL         | ATS         | ASST        | AO          | AOU         | Totale      |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| NORD          | 0,83        | 1,60        | 0,73        | 1,12        | 1,53        | 1,04        |
| CENTRO        | 1,46        |             |             | 1,20        | 0,97        | 1,29        |
| SUD E ISOLE   | 0,87        |             |             | 0,57        | 0,57        | 0,79        |
| <b>Totale</b> | <b>1,01</b> | <b>1,60</b> | <b>0,73</b> | <b>1,00</b> | <b>0,92</b> | <b>1,01</b> |

La stessa analisi è stata poi replicata limitatamente alla sezione “2.2 Performance”. Dalla Tabella 9.8 appare immediatamente evidente come, in media, l’influenza della regione nella parte di PIAO dedicata a definire obiettivi e indicatori di performance sia più elevata in tutte le classi di aziende e in tutte le

partizioni geografiche. Non stupisce il dato delle AOU, che subendo la duplice influenza delle regioni e dell'università, in media, rispetto alle altre tipologie di aziende, hanno un indice di ricorrenza regionale nella sezione "performance" leggermente più basso.

Tabella 9.8 **Indice di ricorrenza regionale nella sezione "2.2 Performance" per tipologia di azienda e partizione geografica**

|               | ASL         | ATS         | ASST        | AO          | AOU         | Totale      |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| NORD          | 1,78        | 2,41        | 1,03        | 2,09        | 1,20        | 1,70        |
| CENTRO        | 1,52        |             |             | 1,25        | 1,37        | 1,44        |
| SUD E ISOLE   | 1,33        |             |             | 1,19        | 0,81        | 1,22        |
| <b>Totale</b> | <b>1,49</b> | <b>2,41</b> | <b>1,03</b> | <b>1,65</b> | <b>1,11</b> | <b>1,46</b> |

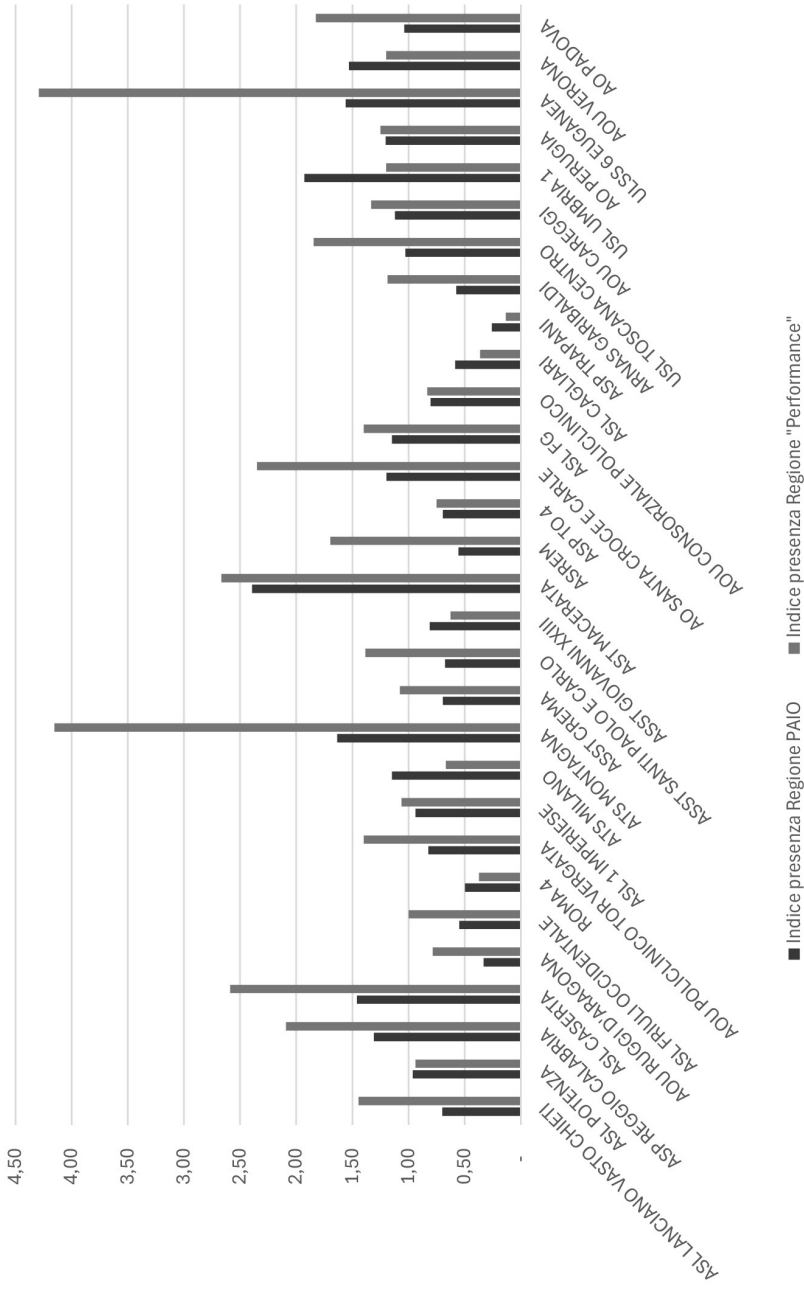
Merita particolare attenzione osservare l'estrema variabilità che si produce nel campione di aziende analizzato: a parità di tipologia di azienda e di contesto regionale, tale indice assume valori anche profondamente differenti: si prenda il caso di due ATS lombarde, vale a dire ATS Milano e ATS Montagna. Nella prima l'indice di presenza regionale è pari a poco più di 0,5 nella sezione performance, mentre, nella seconda, tale indice supera il valore di 4. Differenze simili, sebbene meno accentuate, sono osservabili tra AOU Verona e AO Padova o tra ASST Crema e ASST Giovanni XXIII (Figura 9.1).

Con pochissime eccezioni (ATS Milano, AUSL Umbria 1 e AOU Verona) in tutte le aziende l'indice di presenza della regione è maggiore nella sezione "Performance" rispetto al PIAO considerato complessivamente, ad indicare una maggiore influenza delle indicazioni regionali sulla strutturazione degli atti di programmazione aziendale. Si sottolinea, infine, come le ricorrenze regionali qui mappate non includono l'impatto di disposizioni nazionali, come quelle derivanti, ad esempio, dal Nuovo Sistema di Garanzia, dal PNE o da indicazioni AIFA.

### 9.4.3 Obiettivi e indicatori di performance

Il focus principale dell'analisi è costituito dalla comprensione di quali aree di performance siano considerate prioritarie dalle aziende sanitarie e se le stesse derivino dall'esercizio di una qualche forma di controllo da parte della regione. Per soddisfare questo obiettivo è stata indagata la sezione "2.2 Performance" dei PIAO. Va qui ricordato che, ai sensi delle indicazioni normative di riferimento, tale sezione accoglie la definizione degli obiettivi strategici, in coerenza con la missione istituzionale dell'azienda e il dettaglio degli obiettivi operativi derivati da quelli strategici. Inoltre, deve essere fornita una descrizione degli indicatori qualitativi e quantitativi per misurare il raggiungimento degli obiet-

Figura 9.1 **Indice di ricorrenza regionale per azienda (PIAO e sezione "Performance")**





tivi, delle metriche di valutazione per ciascun indicatore e delle soglie di risultato (target) e relativi benchmark.

Risultano sempre presenti gli indicatori di performance: nello specifico, nei 30 PIAO oggetto di analisi sono contenuti 1984 *key performance indicators* (KPI – Tabella 9.9), funzionali al conseguimento di un numero più contenuto di obiettivi di fondo (circa 660 obiettivi, vale a dire in media 3 indicatori di risultato per ogni obiettivo). Vale la pena esplicitare, invece, che solo in quattro dei casi analizzati è possibile rinvenire target e valori benchmark per i KPI definiti: nella restante parte dei documenti analizzati, in genere si rimanda a successivi atti di pianificazione aziendale (ad esempio la formalizzazione del budget) per la quantificazione dei risultati attesi. Quest'assenza è da imputare, in larga parte a un disallineamento dei cicli di programmazione aziendale rispetto ai tempi fisiologici per questo tipo di meccanismi operativi: non infrequentemente, infatti, obiettivi e indicatori vengono definiti in primavera inoltrata, le negoziazioni di budget si chiudono all'inizio dell'estate e, pertanto, nella fase di approvazione del PIAO (31 gennaio, come da indicazioni normative), ancora non sono maturi i tempi per l'operationalizzazione quantitativa delle performance attese.

Tabella 9.9 **Numero complessivo di indicatori di performance – KPI – classificati per tipologia di azienda e partizione geografica**

|               | ASL         | ATS       | ASST       | AO         | AOU        | Totale      |
|---------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|
| NORD          | 262         | 64        | 138        | 90         | 54         | 608         |
| CENTRO        | 361         |           |            | 40         | 117        | 518         |
| SUD E ISOLE   | 751         |           |            | 31         | 76         | 858         |
| <b>Totale</b> | <b>1374</b> | <b>64</b> | <b>138</b> | <b>161</b> | <b>247</b> | <b>1984</b> |

Complessivamente, ogni azienda si dota di un pool di 66 indicatori: il dato deriva però da una profonda variabilità territoriale (si passa dai 50 indicatori delle aziende del Nord, ai 74 di quelle del Centro e ai 78 di quelle del Sud e delle Isole) e un' altrettanto spiccata variabilità per tipologia di azienda, con ASL e ATS che hanno in media oltre il 50% in più di indicatori rispetto alle aziende di erogazione (Tabella 9.10).

Tabella 9.10 **Numero medio di indicatori di performance classificati per tipologia di azienda e partizione geografica**

|              | ASL       | ATS       | ASST      | AO        | AOU       | MEDIA     |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| NORD         | 66        | 32        | 46        | 45        | 54        | 51        |
| CENTRO       | 90        |           |           | 40        | 59        | 74        |
| SUD E ISOLE  | 94        |           |           | 31        | 38        | 78        |
| <b>MEDIA</b> | <b>86</b> | <b>32</b> | <b>46</b> | <b>40</b> | <b>49</b> | <b>66</b> |

Passando al contenuto della performance, come esplicitato nel §9.3.1, gli indicatori di risultato sono stati classificati utilizzando il Process Classification Framework (PCF) sviluppato dall’American Productivity & Quality Center (APQC), uno strumento che consente una comprensione standardizzata e sistematica dei processi aziendali. Questo framework, opportunamente adattato al contesto delle aziende sanitarie pubbliche italiane, consente di suddividere i processi attivati dalle decisioni aziendali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di performance in categorie e sottocategorie logiche, fornendo una tassonomia dettagliata che facilita il benchmarking e la valutazione comparativa tra organizzazioni.

La Tabella 9.11 presenta una rappresentazione sintetica di quanto le 10 aree del PCF siano attivate (in media e come valore minimo, massimo e mediano) da obiettivi e indicatori di performance nelle aziende del campione.

Tabella 9.11 **Incidenza delle aree del PCF (valori medi, mediani, min e max)**

|   | MEDIA | MEDIANA | MINIMO | MASSIMO |
|---|-------|---------|--------|---------|
| Sviluppo della Vision di medio lungo periodo e dei valori e definizione della strategia | 2,0%  | 1,9%    | 0,0%   | 4,5%    |
| Sviluppo e gestione di nuovi servizi  | 6,6%  | 4,7%    | 0,0%   | 17,0%   |
| Gestione dei pazienti e dei canali di accesso/erogazione                                | 11,8% | 10,5%   | 0,0%   | 55,1%   |
| Erogazione dei Servizi  | 29,5% | 28,3%   | 10,3%  | 54,5%   |
| Gestione delle Risorse Umane  | 5,2%  | 4,5%    | 0,0%   | 19,2%   |
| Gestione delle Tecnologie dell'Informazione (IT)  | 9,4%  | 8,6%    | 0,0%   | 33,0%   |
| Gestione Finanziaria e Contabile  | 14,0% | 14,5%   | 0,0%   | 33,9%   |
| Gestione degli asset delle risorse non umane  | 8,6%  | 7,4%    | 0,5%   | 28,3%   |
| Gestione delle Conformità, dei Rischi e della Conoscenza                                | 10,1% | 9,5%    | 0,0%   | 21,5%   |
| Gestione delle Relazioni Estese (Partnership e Alleanze)                                | 2,8%  | 2,4%    | 0,0%   | 11,1%   |

Nello specifico, risultano quasi sempre assenti o poco presenti nella sezione “2.2 Performance” obiettivi e indicatori che attengono all’area PCF 1 “*Sviluppo della Vision di medio lungo periodo e dei valori e definizione della strategia*”: quest’area, all’interno della quale dovrebbero trovare collocazione KPIs relativi ad attività di pianificazione a lungo termine, a sviluppo di strategie aziendali e all’innovazione profonda, in tutti i documenti, anche per compliance alle disposizioni normative, è ricompresa in un’altra sezione del PIAO, vale a dire la sezione “2.1 Valore Pubblico”, dove però, dovrebbero essere rilette secondo la prospettiva degli stakeholder esterni all’azienda. Le linee-guida sulla predisposizione dei PIAO indicano, altresì, che tali attività di pianificazione di medio-lungo periodo vengano poi rilette secondo la prospettiva aziendale, in modo da esplicitarne gli impatti sul funzionamento dell’organizzazione. Dall’analisi dei documenti del campione emerge come tale seconda operazionalizzazione o risulta assente o viene presentata sotto forma di macro-obietti-

vi, traducendosi in percentuali esigue in veri e propri indicatori di risultato, in azioni e decisioni manageriali. Se volessimo osservare quest'area in termini di differenziazione territoriale (Tabella 9.12), noteremmo che è leggermente più presente al Nord e al Centro, rispetto alle aziende delle aree meridionali e insulari, ma la sua rilevanza nei documenti rimane comunque trascurabile. Non si osservano pattern significativi in termini di differenziazione per tipologia di azienda (Tabella 9.13).

L'area 2 del PCF, "*Sviluppo e gestione di nuovi servizi*", accoglie, tra gli altri, obiettivi e indicatori che attivano processi di sviluppo di protocolli clinici innovativi (creazione di linee guida e procedure operative per nuovi percorsi assistenziali); progettazione di nuovi servizi (implementazione di piattaforme per il monitoraggio remoto e sistemi di prenotazione online, di COT e altri servizi atti a gestire la transizione tra setting), sperimentazione di nuovi modelli di erogazione (ad esempio test di servizi innovativi come ambulatori mobili o unità multidisciplinari per malattie croniche, di case della comunità e ospedali di comunità). Quest'area, tendenzialmente è profondamente connessa all'area 1 PCF, e rappresenta la risposta strategica, in termini di innovazione nel portafoglio servizi, alle istanze poste dai cambiamenti nella vision, nei valori e nella strategia aziendale. Come sintetizzato in Tabella 9.11, questi indicatori sono presenti in media nel 6,6% dei casi, con una forte differenziazione territoriale (Tabella 9.12), dal momento che la presenza quando ci si muove dal Nord (9,6%) al Centro (6%) e poi al Sud e alle Isole (3,9%). Analogamente, dal momento che quest'area risulta molto interessata da alcune delle innovazioni introdotte dal PNRR (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT in primis), i relativi indicatori risultano più presenti nelle ASL, ATS e ASST (che da questi progetti sono particolarmente interessati) e meno nelle AO e AOU (Tabella 9.13).

L'area PCF 3 "*Gestione dei pazienti e dei canali di accesso/erogazione*" comprende tutte le attività legate al coinvolgimento, alla gestione e alla facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei pazienti. Questi processi mirano a garantire un'esperienza ottimale per i pazienti, assicurando continuità e qualità dell'assistenza. Rientrano in quest'area, tra gli altri, indicatori che attivano processi relativi a: (i) accoglienza e orientamento dei pazienti (ad esempio informazioni sui servizi e canali di prenotazione); (ii) gestione di programmi specifici in base alle esigenze individuali, specialmente per pazienti cronici o con bisogni complessi; (iii) coordinamento dei percorsi assistenziali, come integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali per garantire continuità assistenziale; (iv) gestione dei canali di accesso ai servizi fisici (in elezione, urgenza e domiciliari); (v) gestione dei canali di accesso ai servizi digitali come telemedicina o piattaforme di assistenza virtuale; (vi) gestione dei percorsi assistenziali e (vii) engagement del paziente e ottimizzazione della sua esperienza. Mediamente gli indicatori che appartengono a quest'area sono presenti in poco meno del

12% dei casi (Tabella 9.11), questa volta (Tabella 9.12) un po' meno al Nord (8,5%) e di più al Centro (17,2%) e al Sud (12,1%). Osservando la distribuzione per tipologia di azienda, risultano più interessate ASL e ASST (Tabella 9.13), che, come nel caso dell'area 2, sono interessate da quelle progettualità PNRR (come ADI e Telemedicina) che inevitabilmente ricadono in quest'ambito.

L'area PCF 4 "Erogazione dei Servizi" si concentrano sulle attività operative che assicurano la fornitura dei servizi sanitari ai pazienti. Nello specifico rientrano in quest'area indicatori che attivano processi relativi alla gestione delle prestazioni con riferimento a: (i) erogazione delle cure primarie (assistenza ambulatoriale, gestione di visite mediche, diagnostiche e terapeutiche); (ii) vaccinazioni e prevenzione (organizzazione e somministrazione di vaccini e campagne di screening); (iii) erogazione delle cure specialistiche; (iv) erogazione delle cure domiciliari e dell'assistenza sanitaria domiciliare; (v) gestione dell'ospedalizzazione (ricoveri ordinari, day hospital, regime diurno, terapie specialistiche, terapie intensive). Mediamente gli indicatori che si riferiscono a quell'area risultano quelli più presenti (29,5% dei casi, Tabella 9.11), con una discreta differenziazione territoriale (dal 26,2% delle aziende meridionali e insulari al 31,5% delle regioni centrali, Tabella 9.12) e per classe di aziende (dal 28,9% delle AO al 47,5% delle ATS, in virtù della grande focalizzazione di queste ultime sui processi di prevenzione primaria e secondaria), con l'eccezione delle due ASST analizzate, che paiono focalizzate su aree diverse da quella qui oggetto di analisi (Tabella 9.13). In linea di principio in quest'area assumono un peso predominante tutti gli indicatori atti ad incidere sulla produzione di prestazioni sanitarie al fine di ridurre le liste d'attesa.

I processi che rientrano nell'area PCF 5 "Gestione delle Risorse Umane" riguardano l'attrazione, lo sviluppo, la gestione e il mantenimento del personale, fondamentale per garantire un'assistenza sanitaria di qualità. Questi processi si concentrano su tutti gli aspetti del ciclo di vita lavorativo dei dipendenti,

Tabella 9.12 **Incidenza media delle aree del PCF per partizione geografica**

|   | NORD  | CENTRO | SUD E ISOLE | TOTALE |
|---|-------|--------|-------------|--------|
| Sviluppo della Vision di medio lungo periodo e dei valori e definizione della strategia | 2,4%  | 2,3%   | 1,4%        | 2,0%   |
| Sviluppo e gestione di nuovi servizi  | 9,4%  | 6,0%   | 3,9%        |        |
| Gestione dei pazienti e dei canali di accesso/erogazione                                | 8,5%  | 17,2%  | 12,1%       | 6,6%   |
| Erogazione dei Servizi  | 31,3% | 31,5%  | 26,2%       | 11,8%  |
| Gestione delle Risorse Umane  | 4,8%  | 5,5%   | 5,5%        | 29,5%  |
| Gestione delle Tecnologie dell'Informazione   | 9,0%  | 6,7%   | 11,6%       | 5,2%   |
| Gestione Finanziaria e Contabile  | 12,9% | 12,7%  | 16,0%       | 9,4%   |
| Gestione degli asset delle risorse non umane  | 11,0% | 7,3%   | 6,9%        | 14,0%  |
| Gestione delle Conformità, dei Rischi e della Conoscenza                                | 8,4%  | 8,6%   | 12,9%       | 8,6%   |
| Gestione delle Relazioni Estese   | 2,4%  | 2,2%   | 3,6%        | 10,1%  |

includendo la gestione operativa, strategica e il supporto alla crescita professionale. Rientrano in quest'area indicatori che attivano processi relativi a: (i) reclutamento e selezione (pianificazione dei fabbisogni di personale, ricerca e selezione dei candidati, gestione delle graduatorie e *onboarding* del personale); (ii) sviluppo e formazione (identificazione delle necessità formative, organizzazione di corsi di formazione, promozione della formazione continua e simulazioni e addestramento pratico); (iii) gestione delle performance (valutazione delle performance individuali, feedback e revisione delle performance e piani di sviluppo personale: creazione di percorsi personalizzati per la crescita professionale e il miglioramento delle competenze); (iv) gestione contrattuale e amministrativa (gestione delle assunzioni e cessazioni, gestione degli orari di lavoro, riconoscimento economico e benefit, gestione delle relazioni sindacali). Pur essendo un'area di particolare importanza per le aziende sanitarie, risulta poco presente nella sezione "2.2 Performance", in media solo nel 5,2% dei casi (Tabella 9.11), senza particolari differenziazioni a livello territoriale (Tabella 9.12) e per tipologia d'azienda (Tabella 9.13), con l'eccezione delle ASST e delle AOU, dove però, la maggior presenza di indicatori relativi alle risorse umane fa prevalentemente riferimento ai processi di dimensionamento degli organici che sono funzionali al conseguimento degli obiettivi di produzione e alle attività di formazione connesse alla gestione di nuovi canali di erogazione e ai processi di digitalizzazione in atto.

Nell'area PCF 6 "*Gestione delle Tecnologie dell'Informazione (IT)*" sono ricomprese le attività legate all'implementazione, manutenzione e utilizzo delle tecnologie digitali e informatiche per supportare l'efficienza operativa e il miglioramento dei servizi sanitari. Quest'area è cruciale per garantire che i sistemi IT siano sicuri, aggiornati e adeguati alle esigenze cliniche, amministrative e strategiche. Rientrano in quest'area indicatori che attivano processi relativi a: (i) pianificazione e strategia IT (specialmente l'identificazione delle esigenze tecnologiche per supportare sia i servizi clinici sia i processi organizzativi e la valutazione del fabbisogno tecnologico); (ii) gestione dell'infrastruttura IT; (iii) gestione dei sistemi informativi (implementazione di sistemi gestionali e di sistemi di gestione clinica, integrazione tra i sistemi); (iv) sicurezza informatica e gestione degli accessi (v) supporto tecnico e help desk; (vi) innovazione tecnologica (introduzione di soluzioni innovative come intelligenza artificiale, robotica e analisi dei big data), (vii) gestione dei dati e dell'analisi (creazione di *datawarehouse*: analisi dei big data sanitari). Anche in virtù dell'ampio impulso dato dal PNRR ai processi di digitalizzazioni, indicatori di questo tipo risultano molto presenti nel campione di aziende analizzato (Tabella 9.11), mediamente nel 9,4% dei casi, con una discreta (Tabella 9.12) differenziazione territoriale (dall'11,6% nel Sud e Isole al 6,7% nel Centro) e per classi di aziende (Tabella 9.13).

I processi specifici di un'azienda sanitaria che rientrano nell'area PCF 7 "*Ge-*

Tabella 9.13 **Incidenza media delle aree del PCF per tipologia di azienda**

|   | ASL   | ATS   | ASST  | AO    | AOU   | TOTALE |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Sviluppo della Vision di medio lungo periodo e dei valori e definizione della strategia | 1,9%  | 3,5%  | 1,2%  | 2,7%  | 1,8%  | 2,0%   |
| Sviluppo e gestione di nuovi servizi  | 7,5%  | 4,7%  | 11,7% | 4,8%  | 2,8%  | 6,6%   |
| Gestione dei pazienti e dei canali di accesso/erogazione                                | 15,9% | 0,0%  | 8,9%  | 7,5%  | 8,8%  | 11,8%  |
| Erogazione dei Servizi  | 29,7% | 47,5% | 15,2% | 28,9% | 30,8% | 29,5%  |
| Gestione delle Risorse Umane  | 4,2%  | 4,7%  | 8,8%  | 4,0%  | 7,5%  | 5,2%   |
| Gestione delle Tecnologie dell'Informazione   | 10,4% | 1,2%  | 15,7% | 10,4% | 5,0%  | 9,4%   |
| Gestione Finanziaria e Contabile  | 12,2% | 15,0% | 10,5% | 17,2% | 18,7% | 14,0%  |
| Gestione degli asset delle risorse non umane  | 7,5%  | 4,7%  | 13,6% | 11,2% | 8,9%  | 8,6%   |
| Gestione delle Conformità, dei Rischi e della Conoscenza                                | 8,0%  | 15,3% | 10,0% | 12,0% | 13,4% | 10,1%  |
| Gestione delle Relazioni Estese   | 2,9%  | 3,6%  | 4,3%  | 1,4%  | 2,2%  | 2,8%   |

*stione Finanziaria e Contabile*” includono tutte le attività legate alla pianificazione, gestione e controllo delle risorse finanziarie, con l’obiettivo di garantire la sostenibilità economica e la conformità normativa. Questa area è cruciale per monitorare le performance finanziarie, ottimizzare l’allocazione delle risorse e supportare la strategia aziendale. Rientrano in quest’area indicatori che attivano processi di: (i) allocazione delle risorse; (ii) monitoraggio dei costi per singole unità operative, progetti o centri di costo; (iii) gestione dei ricavi; (iv) controllo dei costi e valutazione del grado di efficienza operativa; (v) gestione della tesoreria e della liquidità. Gli indicatori relativi a quest’area in media costituiscono il 14% del totale degli indicatori analizzati (Tabella 9.11), con una sostanziale omogeneità nelle aziende del Nord e del Centro (tra il 12% e il 13%) e una rilevanza più significativa (Tabella 9.12) nelle aziende meridionali e insulari (16%). Tali indicatori assumono un peso più importante nell’ambito dei produttori puri, come AO e AOU, dove arrivano a rappresentare tra il 17% e il 19% del totale.

Le attività che rientrano nell’area PCF 8 “*Gestione degli Asset delle Risorse Non Umane*” si concentrano sulla gestione delle infrastrutture fisiche, delle attrezzature, delle risorse materiali e degli asset tecnologici. Questi processi sono essenziali per garantire il corretto funzionamento delle attività cliniche e amministrative, la sicurezza e la sostenibilità ambientale.

I processi specifici di un’azienda sanitaria che rientrano nell’area PCF 8 – *Gestione degli Asset delle Risorse Non Umane* si concentrano sulla gestione delle infrastrutture fisiche, delle attrezzature, delle risorse materiali e degli asset tecnologici. Questi processi sono essenziali per garantire il corretto funzionamento delle attività cliniche e amministrative, la sicurezza e la sostenibilità ambientale. Rientrano in quest’ambito indicatori che innestano processi relativi a: (i) gestione delle infrastrutture e degli edifici (manutenzione ordinaria e straordinaria e adeguamento normativo); (ii) gestione delle attrezzature mediche; (iii) gestione della supply chain e dei materiali; (iv) gestione

dei contratti e dei fornitori; (v) gestione della sicurezza e dell'ambiente. Anche in questo caso, l'influenza del PNRR popola gli indicatori di quest'area (molti sono i KPI connessi all'adeguamento delle infrastrutture alle norme antincendio e agli investimenti in grandi tecnologie), che raggiunge in media il 8,6% del totale (Tabella 9.11), con un peso più significativo nelle aziende delle regioni settentrionali (Tabella 9.12) e nelle aziende di erogazione (Tabella 9.13).

I processi specifici di un'azienda sanitaria che rientrano nell'area PCF 9 "*Gestione delle Conformità, dei Rischi e della Conoscenza*" includono attività volte a garantire il rispetto delle normative, la gestione efficace dei rischi e l'ottimizzazione della gestione delle informazioni e delle conoscenze aziendali. Questa area è fondamentale per assicurare la sicurezza dei pazienti, la trasparenza delle operazioni e la conformità alle regolamentazioni vigenti. Gli indicatori che si riferiscono a quest'area incorporano metriche finalizzate a: (i) gestione della conformità normativa (identificazione dei requisiti normativi, implementazione di procedure di compliance, audit interni ed esterni e gestione delle non conformità); (ii) gestione del rischio (valutazione dei rischi clinici, gestione dei rischi operativi, pianificazione della mitigazione del rischio) (iv) sicurezza dei pazienti (adozione di protocolli per prevenire eventi avversi e migliorare la sicurezza dei pazienti); (iv) gestione della conoscenza aziendale (raccolta e archiviazione delle informazioni, gestione delle conoscenze cliniche). Questi indicatori, che sono più frequentemente di *conformance* che di *performance*, in media costituiscono l'10,1% del totale (Tabella 9.11), sono decisamente più presenti nelle aziende meridionali e insulari (12,9%, Tabella 9.12) e presentano una distribuzione profondamente eterogenea se osservati per tipologia di azienda (Tabella 9.13).

Infine, le attività che rientrano nell'area PCF 10 "*Gestione delle Relazioni Estese (Partnership e Alleanze)*" includono tutte le attività volte a costruire, gestire e valorizzare le relazioni con partner strategici, fornitori, istituzioni, università, enti di ricerca e altre organizzazioni esterne. Questa area è fondamentale per sviluppare collaborazioni efficaci, migliorare l'efficienza operativa e promuovere l'innovazione. Tra gli indicatori riferibili a quest'area si ricordano quelli relativi ad attività di: (i) identificazione e sviluppo di partnership; (ii) strutturazione delle relazioni con i fornitori; (iii) collaborazione con università e centri di ricerca; (iv) relazioni con le istituzioni; (v) gestione dei rapporti con altre aziende sanitarie e creazione di reti. Si tratta di un'area che raccoglie un numero piuttosto limitato di indicatori e mediamente inferiore al 3% (Tabella 9.11), che presenta discreti gradi di differenziazione territoriale (Tabella 9.12) e per tipologia di azienda (Tabella 9.13).

La Tabella 9.14 mostrano, al di là dei commenti di sintesi proposti, l'estrema variabilità che caratterizza i singoli contesti aziendali, a parità di cluster di appartenenza (aziende territoriali vs aziende di erogazione) e di contesto regionale di riferimento, nonostante alcuni tratti comuni a tutte le aziende come:



Tabella 9.14 **La distribuzione delle aree PCF per azienda**

|                             | PCF 1 | PCF 2 | PCF 3 | PCF 4 | PCF 5 | PCF 6 | PCF 7 | PCF 8 | PCF 9 | PCF 10 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Asp To 4                    | 3,6%  | 10,7% | 17,9% | 35,7% | 0,0%  | 10,7% | 14,3% | 3,6%  | 3,6%  | 0,0%   |
| Ats Milano                  | 4,5%  | 4,5%  | 0,0%  | 54,5% | 4,5%  | 0,0%  | 18,2% | 4,5%  | 9,1%  | 0,0%   |
| Ats Montagna                | 2,4%  | 4,8%  | 0,0%  | 40,5% | 4,8%  | 2,4%  | 11,9% | 4,8%  | 21,4% | 7,1%   |
| Ulss 6 Euganea              | 2,7%  | 8,8%  | 15,6% | 33,3% | 4,8%  | 7,5%  | 15,6% | 5,4%  | 4,8%  | 1,4%   |
| ASL Friuli Occidentale      | 1,9%  | 17,0% | 11,3% | 18,9% | 1,9%  | 7,5%  | 11,3% | 28,3% | 0,0%  | 1,9%   |
| ASL 1 Imperiese             | 2,9%  | 14,7% | 5,9%  | 44,1% | 5,9%  | 2,9%  | 8,8%  | 8,8%  | 5,9%  | 0,0%   |
| Usl Toscana Centro          | 1,9%  | 10,3% | 55,1% | 21,5% | 1,9%  | 1,9%  | 1,9%  | 0,9%  | 1,9%  | 2,8%   |
| Usl Umbria 1                | 1,4%  | 7,0%  | 11,3% | 42,3% | 2,8%  | 14,1% | 9,9%  | 1,4%  | 9,9%  | 0,0%   |
| Ast Macerata                | 2,4%  | 2,4%  | 9,5%  | 45,2% | 4,8%  | 7,1%  | 21,4% | 2,4%  | 2,4%  | 2,4%   |
| Roma 4                      | 2,8%  | 15,6% | 13,5% | 20,6% | 11,3% | 8,5%  | 2,1%  | 14,9% | 6,4%  | 4,3%   |
| ASL Lanciano Vasto Chieti   | 1,7%  | 2,5%  | 7,4%  | 11,6% | 6,6%  | 10,7% | 33,9% | 3,3%  | 18,2% | 4,1%   |
| Asrem                       | 0,5%  | 1,0%  | 2,1%  | 23,6% | 3,7%  | 33,0% | 8,9%  | 4,2%  | 21,5% | 1,6%   |
| ASL Caserta                 | 0,5%  | 2,7%  | 14,1% | 41,3% | 2,2%  | 8,7%  | 14,7% | 0,5%  | 10,9% | 4,3%   |
| ASL Fg                      | 2,9%  | 5,9%  | 20,6% | 17,6% | 5,9%  | 20,6% | 5,9%  | 8,8%  | 8,8%  | 2,9%   |
| ASL Potenza                 | 1,4%  | 1,4%  | 13,7% | 27,4% | 6,8%  | 9,6%  | 16,4% | 15,1% | 8,2%  | 0,0%   |
| Asp Reggio Calabria         | 1,8%  | 5,3%  | 12,3% | 19,3% | 7,0%  | 10,5% | 19,3% | 7,0%  | 10,5% | 7,0%   |
| Asp Trapani                 | 1,2%  | 3,7%  | 11,0% | 39,0% | 1,2%  | 12,2% | 11,0% | 3,7%  | 14,6% | 2,4%   |
| ASL Cagliari                | 0,0%  | 11,1% | 33,3% | 33,3% | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 11,1% | 0,0%  | 11,1%  |
| AO Santa Croce E Carle      | 3,4%  | 3,4%  | 6,9%  | 34,5% | 3,4%  | 10,3% | 17,2% | 10,3% | 10,3% | 0,0%   |
| ASST Crema                  | 1,5%  | 13,2% | 8,8%  | 10,3% | 7,4%  | 29,4% | 4,4%  | 7,4%  | 8,8%  | 8,8%   |
| ASST Santi Paolo E Carlo    | 0,0%  | 13,6% | 13,6% | 22,7% | 4,5%  | 13,6% | 0,0%  | 27,3% | 4,5%  | 0,0%   |
| ASST Giovanni XXIII         | 2,1%  | 8,3%  | 4,2%  | 12,5% | 14,6% | 4,2%  | 27,1% | 6,3%  | 16,7% | 4,2%   |
| AOU Verona                  | 1,9%  | 3,7%  | 11,1% | 44,4% | 3,7%  | 7,4%  | 11,1% | 7,4%  | 7,4%  | 1,9%   |
| AO Padova                   | 1,6%  | 9,8%  | 6,6%  | 24,6% | 1,6%  | 11,5% | 14,8% | 18,0% | 8,2%  | 3,3%   |
| AOU Careggi                 | 1,1%  | 4,3%  | 4,3%  | 30,1% | 2,2%  | 1,1%  | 23,7% | 12,9% | 17,2% | 3,2%   |
| AO Perugia                  | 2,5%  | 2,5%  | 10,0% | 27,5% | 7,5%  | 10,0% | 17,5% | 10,0% | 10,0% | 2,5%   |
| AOU Policlinico Tor Vergata | 4,2%  | 0,0%  | 16,7% | 33,3% | 8,3%  | 4,2%  | 12,5% | 8,3%  | 12,5% | 0,0%   |
| AOU Ruggi D'Aragona         | 1,9%  | 1,9%  | 7,7%  | 21,2% | 19,2% | 3,8%  | 21,2% | 7,7%  | 13,5% | 1,9%   |
| AOU Consorziato Policlinico | 0,0%  | 4,2%  | 4,2%  | 25,0% | 4,2%  | 8,3%  | 25,0% | 8,3%  | 16,7% | 4,2%   |
| ARNAS Garibaldi             | 3,2%  | 3,2%  | 6,5%  | 29,0% | 3,2%  | 9,7%  | 19,4% | 6,5%  | 19,4% | 0,0%   |

- ▶ la difficoltà a rileggere eventuali obiettivi strategici e di vision presenti nella sezione “Valore Pubblico” secondo una prospettiva interna e in grado di catturare l’impatto che gli stessi devono produrre in termini di modificazione dei processi aziendali (PCF1);
- ▶ l’assoluta predominanza, con pochissime eccezioni, di indicatori afferenti alle aree della gestione dei canali (ad esempio il PS o la domiciliarità) e dell’erogazione dei servizi (PCF 3 e PCF 4);
- ▶ la presenza più o meno costante di una discreta quota di indicatori relativi alla gestione finanziaria e contabile (PCF /).



#### 9.4.4 Indicatori di performance e gradi di influenza regionale

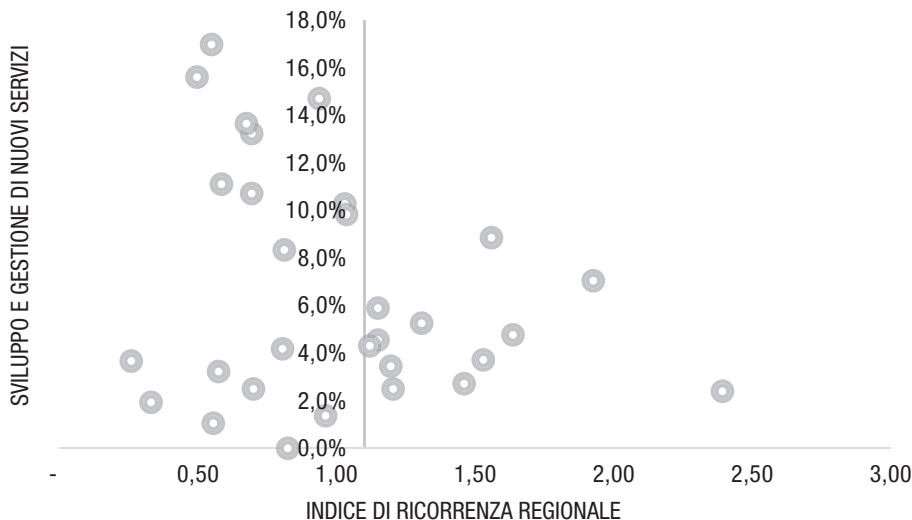
L'ultima parte dell'analisi ha inteso indagare il ruolo che la regione riveste nel definire le priorità aziendali. Per indagare questo aspetto è stata indagata la relazione che esiste tra indice di presenza della regione e tipologia di obiettivi e indicatori di performance presidiati.

Nello specifico, l'indice di presenza della regione (§9.4.2) è stato messo in relazione con due aree di performance:

- ▶ quella relativa allo sviluppo e gestione di nuovi servizi, perché, tra le aree a valenza strategica del modello (PCF1, PCF2 e PCF 10), vale a dire le aree in grado di orientare le performance aziendali nel medio-lungo periodo, rappresenta quella a maggior ricorrenza tra gli obiettivi e i KPI analizzati;
- ▶ quella relativa all'erogazione di servizi, che, tra le rimanenti aree non a rilevanza non strategica, appare quella a maggiore ricorrenza.

La Figura 9.2 evidenzia una piuttosto debole e statisticamente non significativa relazione tra l'indice di ricorrenza della Regione nei documenti di pianificazione aziendale e l'orientamento delle aziende sanitarie allo sviluppo e alla gestione di nuovi servizi. Se colleghiamo questo dato al fatto che, a parità di regione e tipologia di azienda, l'indice di ricorrenza regionale può essere profondamente differente, si evidenzia come in termini strategici le aziende sembrano poter identificare le loro priorità strategiche, fatte salve, chiaramente, le

Figura 9.2 **Relazione tra indice di presenza della regione e orientamento a sviluppo e gestione di nuovi servizi**



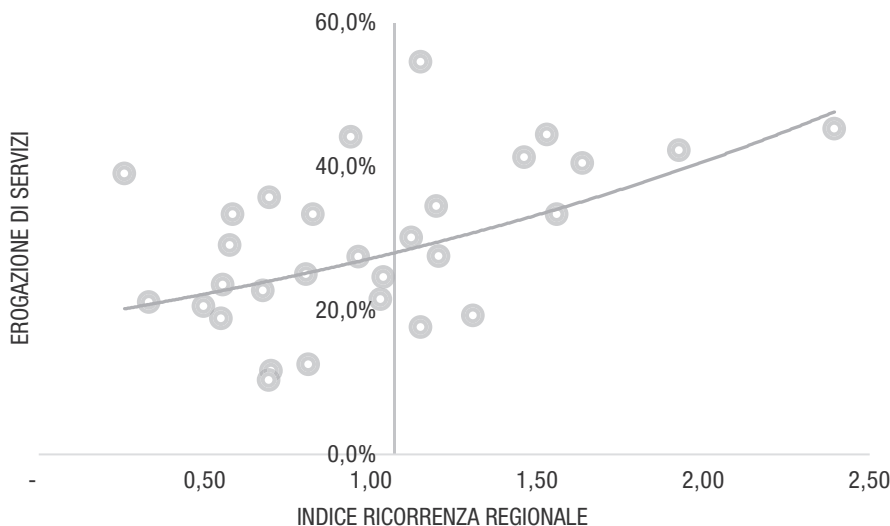
quelle definite dal PNRR, sulle quali tutte le aziende sembrano essere molto focalizzate in questa fase.

In particolare, se osserviamo le aziende sanitarie con un indice di ricorrenza regionale inferiore alla media (rappresentato dal punto in cui l'asse delle ascisse incontra quello delle ordinate), la situazione si presenta fortemente eterogenea. Al contrario, nelle aziende con indice di ricorrenza regionale superiore alla media, la tensione allo sviluppo di nuovi servizi si riduce in maniera significativa, parzialmente confermando come l'eccessiva aderenza agli obiettivi imposti dall'ente regolatore possa ridurre la flessibilità necessaria per esplorare e implementare soluzioni innovative (§9.2).

Di contro la Figura 9.3 mostra una relazione positiva esponenziale (anche in questo caso non statisticamente rilevante, seppure piuttosto evidente) tra l'indice di presenza della Regione nei documenti di pianificazione aziendale e l'orientamento delle aziende sanitarie all'erogazione di servizi. L'analisi parrebbe mostrare che un maggiore indice di presenza regionale si associ generalmente a una maggiore enfasi sull'erogazione dei servizi. In effetti la lettura dei documenti mostra come il tema dell'erogazione dei servizi finalizzato al contenimento delle liste di attesa sia prioritario per tutte le aziende e richiami, sistematicamente, precise indicazioni regionali in merito.

Tale risultato può riflettere la tendenza delle Regioni a garantire che le aziende sanitarie rispettino obiettivi centrali, come la soddisfazione dei bisogni essenziali della popolazione, spesso attraverso l'adozione di standard uniformi e il monitoraggio delle performance operative. Tuttavia, quando il riferimen-

Figura 9.3 **Relazione tra indice di presenza della regione e orientamento a erogazione di Servizi**



to alle indicazioni regionali diventa superiore alla media, le aziende sanitarie paiono privilegiare attività strettamente legate alla missione assistenziale più routinaria e consolidata, a scapito di iniziative più innovative o strategiche. Questo dato sottolinea l'importanza di bilanciare l'influenza regionale con la flessibilità operativa, per promuovere non solo l'efficienza ma anche l'adattabilità alle specificità territoriali.

## 9.5 Discussione e conclusioni

I risultati di questa ricerca forniscono un quadro del rapporto tra autonomia gestionale delle aziende sanitarie e controllo regionale, evidenziando implicazioni significative per la definizione delle priorità operative e strategiche nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale italiano. La progressiva centralizzazione delle decisioni a livello regionale, accentuatasi negli ultimi anni, ha avuto un impatto rilevante sul modo in cui le aziende sanitarie definiscono e perseguono i propri obiettivi di performance.

Un primo elemento di riflessione è legato alla struttura e alle caratteristiche dei documenti analizzati: i PIAO risentono molto del condizionamento normativo e mostrano di non aver ancora raggiunto un livello qualitativo tale da renderli documenti di pianificazione strategica efficaci: prova ne è il fatto che questi documenti tendono a sviluppare, in maniera quasi ipertrofica, quelle aree relative alla conformance (come le sezioni attinenti alla trasparenza e anticorruzione e quelle relative agli atti aziendali) e relegano la performance a una parte molto limitata del piano. La questione assume rilevanza gestionale se si pensa che, allo stato attuale, il PIAO di fatto costituisce l'unico strumento (assieme al budget, che al PIAO, peraltro, dovrebbe essere collegato) che ha l'obiettivo di formalizzare le priorità aziendali, a meno di incorrere in un anti-economico decoupling dei percorsi di pianificazione, che produrrebbe, tra l'altro, un'evidente violazione di quanto previsto dalle indicazioni normative di riferimento.

Tuttavia, sebbene ancora non nel pieno della loro maturità, i PIAO producono un impatto concreto sulla definizione dei contenuti delle responsabilità gestionali, perché sono i documenti dai quali originano i processi di budget. Infatti, l'articolo 8, comma 1, del Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81, stabilisce che il PIAO "assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione, previsti a legislazione vigente per ciascuna delle pubbliche amministrazioni, che ne costituiscono il necessario presupposto". Non a caso, infatti, nelle aziende che alla data di approvazione del PIAO risulti già negoziato il budget, quest'ultimo diventa parte integrante del piano. Laddove invece tale negoziazione non sia avvenuta, il PIAO esplicita che obiettivi ed indicatori presentati andranno poi ad essere operazionalizzati nei processi di budget.

Se si passa, dunque, ai contenuti dei piani si rileva come la classificazione dei KPIs attraverso il Process Classification Framework (PCF) ha permesso di evidenziare come alcune aree operative, in particolare quelle legate all'erogazione dei servizi e alla gestione finanziaria, siano maggiormente rappresentate nei documenti analizzati. Al contrario, dimensioni strategiche, come lo sviluppo di una visione di lungo periodo, lo sviluppo di nuovi servizi o la promozione di relazioni estese (aree PCF 1, PCF 2 e PCF 10), ricorrono nell'11,4% dei quasi 2000 KPIs analizzati. Questo sbilanciamento appare più evidente nei PIAO delle aziende sanitarie in cui l'indice di ricorrenza regionale è superiore alla media del campione.

Non a caso si rileva che al crescere della ricorrenza regionale nei PIAO, le aziende sanitarie paiono privilegiare attività strettamente legate alla missione assistenziale più routinaria e consolidata, a scapito di iniziative più innovative o strategiche. Questa scelta potrebbe limitare la capacità delle aziende di innovare e rispondere in modo proattivo ai bisogni emergenti delle comunità locali, sottolineando la necessità di un equilibrio più dinamico tra controllo regionale e autonomia operativa.

Al contrario, l'analisi mostra che al crescere della ricorrenza regionale nei PIAO, cresce l'orientamento delle aziende sanitarie verso l'erogazione di servizi. Questo dato riflette il ruolo della regione nell'assicurare la continuità e l'efficienza dei servizi essenziali, contribuendo a standardizzare le prestazioni nel tentativo di garantire un accesso equo per i cittadini: prova ne è il diffuso rimando, in tutti i documenti analizzati, agli obiettivi regionali di contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie. Tuttavia, questa focalizzazione operativa potrebbe implicare una minor attenzione verso obiettivi a lungo termine, come l'innovazione nelle formule di service design.

Sebbene il numero di documenti analizzati non consenta generalizzazioni, appare altresì evidente come lo spostamento sulla dimensione operativa a scapito di quella strategica sia ancora più forte nelle aziende delle regioni meridionali e insulari e meno in quelle settentrionali e centrali. Infatti, la Tabella 9.12 mostra come la somma degli indicatori delle aree PCF a più bassa rilevanza strategica (dalla PCF 3 alla PCF 9) sia superiore al 91% in queste aree (contro l'89,2% al Centro e l'85,6% al Nord).

Sebbene l'enfasi sulla produzione (PCF 4), la gestione dei pazienti e dei canali di accesso (PCF 3) e la sostenibilità economica (PCF 7) risultino predominanti (55,3% degli indicatori, senza sostanziali differenze per partizione territoriale), peculiare appare la limitata attenzione posta su obiettivi e indicatori di gestione delle risorse umane, che della produzione e della sostenibilità economica sono il più importante tra i fattori abilitanti, segno, anche in questo caso, di un non riconoscimento, da parte delle aziende, di poter avere spazio decisionale rilevante in questo ambito.

Il quadro complessivamente delineato presenta alcuni elementi di attenzio-

ne. Il primo e più rilevante deriva dal fatto che, nel momento in cui obiettivi e indicatori strategici e di visione sono poco presenti nei documenti di pianificazione (perché solo in capo alla regione o perché non comunicati), la strategia diventa opaca per tutti gli stakeholder aziendali. In questi casi, sebbene i PIAO siano dettagliati e le indicazioni regionali molto precise, il rischio è di spostare l'asse su processi di *sense-making*, ma non di *sense-giving*. Nello specifico, il *sense-making* è il processo attraverso cui le persone cercano di interpretare e comprendere eventi, situazioni o decisioni, soprattutto in contesti complessi o ambigui. Si tratta di un'attività di interpretazione e costruzione di significato che avviene a livello individuale e collettivo. Nei contesti aziendali, il *sense-making* aiuta i leader e i collaboratori a decodificare situazioni complesse e a dare un senso coerente alle priorità. Il *sense-giving*, di contro, è il processo attraverso il quale i leader cercano di influenzare il modo in cui gli altri percepiscono, comprendono e interpretano le situazioni. È un'attività intenzionale volta a trasmettere una visione condivisa, chiarire obiettivi e dare una direzione strategica all'organizzazione. Il *sense-giving* è essenziale per creare coerenza, allineamento e impegno nei confronti delle priorità aziendali. Se l'organizzazione privilegia il *sense-making* senza un adeguato focus sul *sense-giving*, si possono generare ritardi nell'azione, disallineamento tra livelli gerarchici, rischio di parcellizzazione delle decisioni e perdita di opportunità di coinvolgimento.

Questo aspetto è rafforzato da un evidente approccio “doctor-patient” di tipo tradizionale: vale a dire che le regioni tendono a fare la diagnosi dello stato di salute aziendale e a definire la profilassi, in logica top down, lasciando all'azienda (il paziente) la compliance terapeutica: questa dinamica può compromettere l'efficacia complessiva del sistema sanitario e generare tensioni organizzative. Se le aziende sanitarie venissero ridotte al ruolo di meri esecutori di direttive regionali, non solo potrebbero trovarsi prive della flessibilità necessaria per adattare le strategie alle peculiarità locali e a non avere spazio per la sperimentazione o per iniziative innovative a livello aziendale, ma si aumenterebbero le probabilità di osservare le seguenti problematiche.

- ▶ Disallineamento delle priorità, dal momento che il mancato coinvolgimento delle aziende nella definizione delle strategie potrebbe creare un divario tra i bisogni reali della popolazione e gli interventi implementati.
- ▶ Demotivazione del management aziendale, che potrebbe sentirsi marginalizzato e meno responsabile delle performance aziendali, riducendo il proprio impegno strategico. Questo rischio è amplificato quando le decisioni regionali sono percepite come irrealistiche o scarsamente praticabili.
- ▶ Compliance meccanica e non proattiva. La “compliance terapeutica” delle aziende potrebbe tradursi in una mera esecuzione delle direttive regionali, senza un'effettiva comprensione o adattamento alle dinamiche interne. Questo riduce l'efficacia degli interventi e genera inefficienze operative.

- Rischio di sovraccarico normativo, che tende a moltiplicare le richieste burocratiche e di rendicontazione verso le aziende, distogliendo risorse e attenzione dalla gestione operativa e dall'erogazione di servizi sanitari.

Diverse e facilmente applicabili sono le tattiche per mitigare i rischi derivanti da un tale approccio, in primis (i) la co-creazione delle strategie, che richiede di coinvolgere le aziende sanitarie nella diagnosi e nella definizione delle politiche per garantire che le soluzioni siano realistiche e adatte al contesto locale; (ii) una maggiore flessibilità operativa, che sappia lasciare margini di manovra alle aziende per personalizzare gli interventi in base ai propri bisogni specifici; (iii) il rafforzamento della comunicazione tra regioni e aziende, per allineare obiettivi e strategie, e all'interno delle aziende e (iv) l'adozione di un modello più orientato al monitoraggio collaborativo e al supporto delle aziende sanitarie, piuttosto che al controllo prescrittivo.

In conclusione, la ricerca sottolinea l'importanza di bilanciare il controllo regionale con la necessità di lasciare spazi di autonomia gestionale alle aziende sanitarie. Sebbene il controllo regionale assicuri standard uniformi e la continuità dei servizi essenziali, esso può limitare l'innovazione e la capacità di adattarsi ai contesti locali. È pertanto essenziale promuovere un approccio integrato, che combini il monitoraggio centrale con strategie di incentivazione e supporto all'autonomia.

## 9.6 Bibliografia

- American Productivity & Quality Center (APQC). (2015). *Process Classification Framework (PCF)*, <https://apqc.org>
- Bowen, G. A. (2009). *Document Analysis as a Qualitative Research Method*. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Bowen, G. A. (2009). *Document analysis as a qualitative research method*, *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Deng, T. (2020), “Reflections on the Construction of the Internal Financial Control System of Group Company Subsidiaries under the Financial Centralized Management System”, in *Journal of Financial Risk Management*, <https://doi.org/10.4236/jfrm.2020.93015>
- Erp, J., Wallenburg, I., & Bal, R. (2020), “Performance regulation in a networked healthcare system: From cosmetic to institutionalized compliance”, in *Public Administration*. <https://doi.org/10.1111/padm.12518>
- European Foundation for Quality Management (EFQM). (2020), *EFQM Model*, <https://efqm.org>
- Foldy, E., Goldman, L., & Ospina, S. (2008). Sensegiving and the role of cognitive shifts in the work of leadership”. *Leadership Quarterly*, 19, 514-529

- Kraft, A., Sparr, J. L., & Peus, C. (2018). “Giving and Making Sense About Change: The Back and Forth Between Leaders and Employees”. *Journal of Business and Psychology*, 33, 71-87.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Longo, F., & Ricci, A. (2023), “Introduzione”, in CERGAS (a cura di) *Rapporto sull'aziendalizzazione della Sanità in Italia (OASI)*, Milano, EGEA
- Lovett, S., Pérez-Nordtvedt, L., & Rasheed, A. (2009). “Parental control: A study of U.S. subsidiaries in Mexico”. In *International Business Review*, 18(5), 481-493. <https://doi.org/10.1016/J.IBUSREV.2009.05.001>.
- Mannion R., Goddard M, Kuhn M. and Bate A.(2005), “Decentralisation strategies and provider incentives in healthcare. Evidence from the English National Health Service”, in *Applied Health Economics and Health Policy*, Volume 4, pages 47–54.
- Marshall, S. (2018). *Sense-Giving and Leadership*. Springer, Singapore
- Mayring, P. (2014). *Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution*, Klagenfurt: Beltz Verlag.
- Rabbiosi, L. (2011), “Subsidiary Roles and Reverse Knowledge Transfer: An Investigation of the Effects of Coordination Mechanisms”, in *Journal of International Management*, 17(2), 97-113. <https://doi.org/10.1016/J.INT-MAN.2010.10.001>.
- Rodrigues, M., Alves, M., Oliveira, C., da Silva, A. F., & Silva, R. (2023). “Is it possible for leading companies to affect the control system of their subsidiaries?”, in *Cogent Business & Management*, 10. <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2283062>.
- Verzulli, R., Jacobs, R., & Goddard, M. (2018). “Autonomy and performance in the public sector: the experience of English NHS hospitals”, in *The European Journal of Health Economics*, Volume 19, pages 607–626, (2018)
- Xu, P., Zhang, H., & Bai, G. (2019). “Research on the Differentiated Impact Mechanism of Parent Company Shareholding and Managerial Ownership on Subsidiary Responsive Innovation: Empirical Analysis Based on ‘Principal–Agent’ Framework”, in *Sustainability*. <https://doi.org/10.3390/su11195252>.

