

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

17 Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare

di Corrado Cuccurullo

17.1 Attualità e rilevanza del tema

La gestione strategica, negli ultimi tre decenni, è diventata un tema dominante per la ricerca, la formazione universitaria e manageriale e per la pratica. Similmente, in ambito pubblico, benché con ritardo, comincia a occupare una posizione di rilievo tale per cui ricerca e pratica si sono concentrate, rispettivamente, sull'indagine e sull'applicazione di approcci strategici, sovente sotto l'impulso dei paradigmi di modernizzazione delle amministrazioni pubbliche. Rimane, però, tuttora non chiara l'influenza dei processi e dei modelli di management strategico sull'attività manageriale nelle aziende pubbliche, e in particolare in quelle sanitarie.

Si tratta, comunque, di un tema tanto attuale quanto rilevante sia sotto il profilo teorico sia pratico. La sua attualità è correlata alle evidenze emerse con recenti indagini (Anessi Pessina 2005), come:

1. la crescente differenziazione interaziendale e di ampiezza di spazi di autonomia;
2. la maggiore diffusione e il consolidamento dei sistemi gestionali;
3. l'ampliamento della gamma degli strumenti manageriali spesso in ottica funzionale, che, congiuntamente, determinano la necessità di una funzione trasversale di coordinamento, propria del management strategico.

La rilevanza del tema, sotto il profilo teorico, deriva, invece, dal fatto che, nonostante la maggiore attenzione ricevuta negli ultimi anni (Meneguzzo 2006; Cuccurullo 2003; Cuccurullo e Meneguzzo 2003; Kainich, Saita e Saracino 2002; Lega 1997; Del Vecchio 1995), sono ancora pochi gli studi. Sotto il profilo pratico, appare evidente che le aziende sanitarie sono, oggi, chiamate a confrontarsi con un ambiente esterno sempre più rapidamente mutevole e con *stakeholder* sempre più esigenti, entrambi fenomeni che rendono necessaria l'adozione di un sistematico approccio strategico per farvi fronte. Anzi, con riguardo a quest'ultimo aspetto, giova ricordare che migliori risultati si riportano quando si compren-

dono le dinamiche ambientali, sia anticipandole sia reagendo ai cambiamenti, e quando si presta importanza sia agli aspetti di efficienza economica sia agli aspetti non economici che riguardano un'ampia pluralità di *stakeholder* (Kirby e Sebastian 1998).

La finalità della ricerca è cominciare a testare su un campione limitato di aziende una metodologia di analisi della capacità strategica delle aziende sanitarie. In questo modo è possibile:

1. affinare la metodologia;
2. estenderla in futuro a un campione più esteso;
3. fornire valide indicazioni perché gli approcci di management strategico riescano a essere efficacemente adottati.

Anche con pochi casi studio emerge, tuttavia, la fotografia di un basso grado di capacità strategica delle aziende sanitarie pubbliche, che spesso si limitano a pianificare e che prestano ancora scarsa attenzione agli aspetti di implementazione, di processo e di supporto al cambiamento. Un risultato che lascia riflettere sul fatto che l'ampliamento della gamma degli strumenti in uso alle aziende sanitarie non è incorniciato in un approccio generale che infonda coerenza e sia rivolto al futuro.

L'articolazione di questo capitolo è così definita: nel par. 17.2 si illustrano sinteticamente i metodi adottati; nel par. 17.3 si descrive l'evoluzione della pratica strategica nelle aziende sanitarie pubbliche, per poi tracciarne, nel par. 17.4, un profilo sulla base del grado di maturità; nel par. 17.5 si riportano alcune riflessioni sullo stato della pianificazione strategica nelle aziende sanitarie e nel par. 17.6 si conclude con alcune riflessioni in merito alla progettazione di processi strategici.

17.2 Aspetti metodologici dello studio

Dal punto di vista metodologico, in riferimento alle finalità della ricerca – comprendere come le aziende sanitarie «fanno strategia» – si è ritenuto utile ricorrere al metodo dei *case studies*, che consentono di analizzare un fenomeno in modo sistematico e approfondito, prima di avviare una ricerca di maggiore estensione.

Sono stati selezionati quattro casi, considerati tipici, individuati in base alla varietà della natura aziendale (ASL, AO, IRCCS, policlinici), della localizzazione geografica (le aziende analizzate operano nelle seguenti regioni: Emilia Romagna, Liguria, Campania e Basilicata) e delle dimensioni.

I dati, di natura qualitativa, provengono da fonti diverse: rassegna della letteratura specifica, documenti istituzionali, interviste ai direttori generali.

L'analisi della letteratura ha consentito di incorniciare le riflessioni in merito al grado di capacità strategica delle aziende sanitarie, analizzando l'evoluzione storica della pratica, dalle prime esperienze ai giorni nostri. Ricostruendo il

profilo storico, nonostante sia abbastanza breve – le prime esperienze si intraprendono al termine degli anni Settanta – si osserva e si interpreta la dinamica delle esperienze reali, si rileva il ritmo con cui sono state condotte, si può presumere un'attendibile ulteriore evoluzione e, soprattutto, è possibile distinguere il distacco tra quanto applicato sul piano operativo e l'evoluzione di quanto indicato dalla teoria.

L'uso di documenti istituzionali è stato, invece, utile per riferirsi a fonti omogenee, per lasciare emergere talune convenzioni in uso, come, per esempio, struttura, formato e linguaggio, per ricondurre a modelli gli approcci utilizzati. I documenti istituzionali delle aziende sanitarie, come già rilevato in una precedente indagine (Cuccurullo 2000), sono composti da materiale assai eterogeneo, denominato strategico, e da altrettanti documenti, che contengono medesimi contenuti, ma diversamente definiti.

Attraverso l'analisi documentale possono emergere i riflessi di una realtà esterna – come per esempio, il grado di influenza che norme, piani e altre indicazioni regionali possono avere sui processi, sulle finalità e sui contenuti della strategia aziendale – nonché le regole e i temi che predominano in un determinato contesto aziendale, vale a dire elementi che aumentano la dimensione di conoscenza del fenomeno indagato. L'analisi documentale consente di indagare il passato e il presente della pratica strategica e, quindi, il suo impiego è complementare all'analisi della letteratura, anche se, è giusto ricordare che questo metodo utilizza rappresentazioni documentali ufficiali, sovente insufficienti per interpretare un fenomeno.

La rilevazione mediante intervista ai direttori generali o ai responsabili di specifici settori ha per obiettivo quello di accedere alla prospettiva dei soggetti che presiedono la funzione strategica e, quindi, di cogliere le loro categorie mentali, le interpretazioni e soprattutto le percezioni. Attraverso le interviste si può ampliare l'orizzonte conoscitivo anche alle probabili evoluzioni future sulla pratica strategica. Le interviste sono state condotte sulla base di uno schema di *item*, misurati attraverso la scala di Likert, basata su una lista di affermazioni (*item*), semanticamente collegate ad aspetti dell'oggetto su cui si intende indagare, sottoposta a un gruppo di soggetti «chiave» assieme a cinque possibili alternative di risposta: completamente d'accordo, d'accordo, incerto, in disaccordo, in completo disaccordo. A ciascuna di queste risposte si assegnano, rispettivamente, i valori 5, 4, 3, 2, 1 che hanno la funzione specifica di mettere in ordine le alternative di risposta. Il punteggio per ogni intervista, e quindi assegnabile al caso, è semplicemente la media dei punti alle risposte fornite sugli *item* dai direttori generali.

La griglia di *item* usata per misurare la capacità strategica sviluppata dalle aziende sanitarie – e quindi il grado di loro specifica maturità – è formata da 36 *item*, raggruppati in 8 dimensioni, riconducibili alle quattro distinte fasi che compongono la gestione strategica (Ginter, Swayne e Duncan 2004; Cuccurullo 2003) e quattro aspetti correlati che risultano critici per collegare le diverse fasi.

Ogni dimensione è utile per indagare particolari aspetti degli approcci strategici utilizzati:

- fase dell'analisi ambientale, distinzione tra analisi esterna e interna; sistematicità del processo analitico; ampiezza dell'analisi; prevalenza di analisi quantitative o qualitative;
- analisi SWOT, ricorso a un filtro per raggruppare informazioni rilevanti ai fini della formulazione;
- fase della formulazione, esplicitazione di strategie direzionali¹ (Cuccurullo 2003); identificazione di iniziative strategiche (Kaplan e Norton 2002); presidio del processo²;
- allocazione delle risorse e *project management*, influenza tra obiettivi strategici e di budget; coerenza tra strategie e politiche di gestione e tra risultati e risorse concesse; articolazione delle iniziative strategiche in obiettivi intermedi, ruoli di responsabilità e fasi di realizzazione;
- fase dell'implementazione, monitoraggio della realizzazione delle iniziative e del consumo di risorse; processo comunicativo interno ed esterno; presenza di ruoli che presidiano la fase; ricerca di obiettivi di breve periodo; politiche di *change management*;
- sistemi e processi di misurazione, uso di misure per obiettivi e progetti e loro multidimensionalità;
- fase del controllo, processi di *reporting* e di *benchmarking*;
- sistemi di *performance management*, collegamento tra risultati e strategie e quindi valutazione e incentivazione della dirigenza.

17.3 Ricerca e pratica strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: un inquadramento storico

Cosa si intende oggi per strategia in ambito pubblico non è ancora chiaro. Non lo è, in verità, anche in generale, mancando una definizione condivisa e comunemente accettata, ma almeno, per le imprese, i benefici che derivano dall'uso di approcci strategici risultano chiari e radicati nella capacità di conseguire performance superiori ai diretti concorrenti.

Una simile chiarezza sui benefici garantiti da efficaci strategie, in ambito pubblico, non esiste e si scorgono differenti orientamenti in base al contesto culturale di studio. Nella prospettiva americana, Bryson (1995), autorevole riferimento in materia, in modo non equivoco, sostiene che la strategia è essenzialmente autoidentificazione, un modo per rendere coerenti le potenzialità dell'azienda rispetto agli indiriz-

¹ Si tratta della missione, della visione e degli obiettivi.

² Il presidio del processo può essere individuale (per esempio, il direttore generale); di gruppo (per esempio team multidisciplinare); esterno (per esempio consulente).

zi definiti dalla politica. La strategia si risolve, dunque, nell'identificazione di priorità strategiche (selezione di obiettivi e definizione di programmi) e nella definizione di obiettivi di cambiamento, utili a riorientare le aziende in termini di efficienza e produttività. Tale concetto è rafforzata dalla tesi di Moore (2001), altro influente autore americano, secondo il quale lo strumentario strategico è indispensabile per manager pubblici che intendono «creare valore pubblico»; tesi che lascia trasparire la visione di un modello, peculiare americano, dove politica e management si identificano e in cui la strategia assume la funzione di posizionare l'azienda pubblica rispetto sia agli *stakeholder* sia al management³.

In altri termini, la strategia in ambito pubblico, *mutatis mutandi*, è simile a quella in ambito privato, come dimostra una varia letteratura sul tema specifico concentrata sull'indagine del legame tra comportamento strategico aziendale e performance (specie ospedaliera e in ottica multidimensionale), che utilizzano *framework* ampiamente noti negli studi di strategia, come quelli che affondano le loro radici nell'*industrial organization*, che ritengono determinante le pressioni esterne, e nella *resource-based view*, più specificamente ancorati alle risorse e alle pratiche manageriali proprie di ciascuna azienda.

In Italia, come in alcuni paesi anglosassoni quali Regno Unito, Nuova Zelanda e Australia, le riforme dei sistemi sanitari hanno centrato la strategia su problemi di pianificazione e di implementazione di piani strategici in quasi-mercati. La strategia si configura, pertanto, come un processo formalizzato di pianificazione impiegato per definire e raggiungere obiettivi di lungo periodo. A differenza degli Stati Uniti, il modello normativo formale, in questi paesi, è rimasto fortemente tradizionale e, di conseguenza, la pianificazione strategica costituisce il programma per realizzare obiettivi definiti da altri soggetti – *in primis* le regioni – e per gestire il necessario cambiamento. La finalità degli approcci strategici è fornire alle aziende un'identità basata sulle funzioni assegnate e provvedere al necessario controllo.

La pratica operativa del management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche in Italia non è mai stata lineare, costante, sistematica e uniforme, ma ha proceduto con fasi alterne e incerte di blocco e riavvio (Cuccurullo e Meneguzzo 2005), fin dalle prime esperienze riconducibili agli anni Settanta, che non hanno mai determinato l'emergere o il consolidarsi di un approccio, potenzialmente trasferibile. Di volta in volta, si sono utilizzati strumenti diversi, si intendevano raggiungere finalità diverse, si sono manifestate criticità diverse, anche rispetto ad approcci che costituivano i pilastri fondanti delle esperienze, che hanno seguito un'evoluzione blanda e non radicale. In merito agli ambiti di sperimentazione, talune regioni si sono dimostrate particolarmente attive sul versante dell'adozione di approcci strategici, anche perché, proprio in base ai risultati o a un mutato qua-

³ Secondo Moore (2001), il valore pubblico si crea con azioni che sono fattibili sul piano operativo (prospettiva del management) e sostenibili e condivisibili sul versante politico e dell'opinione pubblica (prospettiva degli *stakeholder*).

Tabella 17.1 **Evoluzione storica della pratica strategica nelle aziende sanitarie italiane**

Anni Ottanta	1995-2001	Dal 2001
<i>Approccio</i>		
1. Programmazione regionale 2. Zero based budget 3. Logica a cascata (obiettivi-programmi-fattori produttivi)	1. Orientamento strategico di fondo 2. Strategia-struttura 3. Valutazione impatto economico-finanziario	1. Accountability 2. Governance socio-sanitaria locale 3. Multidimensionalità dei risultati
<i>Strumenti</i>		
Piani attuativi sanitari e locali	1. Piani come linee guida 2. Piani come linee guida e previsioni di spesa 3. Piani di rientro finanziario	1. Piani di rete e di governance locali 2. Bilancio sociale 3. BSC
<i>Finalità</i>		
Coordinamento attività	1. Attivazione di una visione 2. Coordinamento attività	Coinvolgere gli stakeholder
<i>Criticità</i>		
1. Basso grado di realizzabilità del piano 2. Rigidità 3. Inadeguata comprensione o scarsa attenzione alle tendenze ambientali	1. Tendenze al grip back 2. Basso grado di realizzabilità dei piani	1. Quali stakeholder coinvolgere 2. Come governare la pluralità di attori
<i>Ambiti di sperimentazione</i>		
Lombardia, Triveneto, Emilia Romagna	Lazio, Toscana, Lombardia	Emilia Romagna, Basilicata, Toscana, Marche

dro di riferimento, si scoprivano più pronte a modificare gli assunti di base su cui tali approcci si ergevano e quindi a riprendere le sperimentazioni in materia.

Nella Tab. 17.1 si riporta sinotticamente l'evoluzione della pratica strategica delle aziende sanitarie, sintetizzata sulla base della ricostruzione condotta da Meneguzzo (2005), con evidenza degli approcci e degli strumenti utilizzati, delle finalità che si intendevano conseguire, delle criticità che si sono manifestate e degli ambiti di sperimentazione.

In merito agli approcci, dalla fine degli anni Settanta, con le esperienze dei consorzi socio-sanitari di zona, fino a tutti gli anni Ottanta, le aziende sanitarie hanno impiegato modelli di tipo razionale per definire strategie in modo formalizzato con scopi precisi di integrazione. La formalizzazione consisteva nel rigoroso rispetto di un *set* di passaggi procedurali che dall'analisi conduceva, in modo quasi automatico, all'identificazione di obiettivi, alla definizione di programmi e al-

l'assegnazione dei fattori produttivi. Questi modelli presentavano il vantaggio di semplificare fortemente la realtà in cui le aziende operavano, anche se, di frequente, taluni eccessi si mostravano inadeguati a comprendere efficacemente le tendenze reali; altre volte questi stessi approcci aumentavano il rischio di resistenza organizzativa e, di conseguenza, i piani strategici diventavano irrealizzabili.

Una seconda caratterizzante fase prende avvio con il processo di aziendalizzazione degli anni Novanta e coincide con il periodo 1995-2001, in cui la più ampia autonomia, di cui godevano le appena costituite aziende sanitarie, favoriva (Cuccurullo 2003):

- in taluni casi e mai diffusamente, l'adozione di processi di formazione delle strategie basati su obiettivi di lungo periodo e di ampio respiro, vale a dire su «visioni», generalmente definite dai vertici aziendali, che rappresentavano un obiettivo deliberato in ampie linee, intorno al quale, in modo flessibile, si formavano emergendo le strategie;
- in altri casi, approcci strategici centrati su processi di trasformazione e sviluppo organizzativo, necessari di fronte alla modifica di contesto generata dalla riforma del SSN del 1992;
- in altri casi, ancora, a processi reattivi, ovvero a strategie centrate sul riflesso ad alcune pressioni esterne, come per esempio, la necessità di ridurre i disavanzi finanziari.

Questi approcci sono stati messi in crisi da due cause:

- i processi di riaccantonamento (*grip back*) regionale (Cuccurullo e Meneguzzo 2003), avviati in alcuni contesti proprio dal 2001, che hanno condotto, come evidente in questi anni, alla distinzione delle piattaforme organizzativo-logistiche da quelle di erogazione delle prestazioni sanitarie⁴;
- l'inefficacia o l'inesistenza del necessario supporto di processi di gestione del cambiamento strategico, che rendevano irrealizzabili i piani e generavano quindi frustrazione e inerzia.

Una terza fase, infine, si nota a partire dal 2001, quando si sono affermati approcci di formazione della strategia basati:

- su processi di negoziazione tra management e *stakeholder* esterni (*in primis* le regioni e le organizzazioni non profit) e interni (per esempio, reti esterne interne), più o meno ampi, formali e paritari, a seconda dei contesti in cui si sviluppano. Le strategie riflettono interessi e prospettive dei principali gruppi di *stakeholder* che conducono alla definizione di obiettivi anche subottimali

⁴ Si veda, a tale proposito, Anessi Pessina (2005).

e non propriamente aziendali. Se, da un lato, i modelli negoziali assicurano che i problemi di natura strategica siano valutati da differenti prospettive, dall'altro, espongono al rischio che la strategia, anche se formalizzata in un piano, possa essere spesso alterata e modificata da una serie di più o meno ragionevoli accomodamenti. In questi casi la principale criticità è definire l'ampiezza dell'area di negoziazione e dei soggetti, ritenuti portatori di interesse rilevanti, da coinvolgere;

- su processi analitici tesi all'individuazione di un chiaro posizionamento di ciascuna azienda all'interno del SSR. Tali modelli si fondano sull'assunto che la chiave strategica consista nell'analisi delle principali dinamiche dei SSR e sull'identificazione di una strategia aziendale fattibile per quel determinato contesto, in una continua e sistematica ricerca di coerenza tra condizioni esterne e strategie aziendali (per esempio, logiche collaborative e di rete, per la ricerca di economie di scala soprattutto sul versante amministrativo, e di sinergie tra unità progressivamente specializzate e potenzialmente complementari, soprattutto sul versante clinico).

La ricostruzione storica ci ha consentito di passare in rassegna l'intera gamma delle esperienze di gestione strategica condotta nelle aziende sanitarie pubbliche italiane e di comprendere le differenze dei diversi approcci adottati e anche i limiti. In termini generali, appare chiara una prevalenza, nelle diverse fasi storiche, di approcci analitico-razionali, di tipo prescrittivo e, quindi, delimitati esclusivamente alle fasi di pianificazione per la formazione delle strategie.

Il prossimo paragrafo si focalizzerà sugli approcci strategici oggi utilizzati per comprendere se si discostano da quelli in precedenza adottati, e quindi si è verificata un'evoluzione, oppure se continua il ricorso ad approcci pianificatori.

17.4 L'attuale grado di capacità strategica delle aziende sanitarie

Le capacità strategiche sono risorse intangibili che costituiscono un sottoinsieme delle capacità dinamiche (Eisenhardt e Martin 2000), che, a loro volta, fanno parte di quelle organizzative. La presenza di tali capacità si concretizza in una più solida e profonda integrazione tra strutture organizzative, risorse umane e processi di pianificazione strategica al fine di definire e realizzare, più efficacemente, gli obiettivi aziendali, comunque essi si siano formati.

Una maggiore capacità strategica si evidenzia quando gli approcci non sono più basati soltanto sulla pianificazione strategica, ma anche su aspetti implementativi e di controllo, configurando quindi un sistematico ciclo di gestione strategica (Ginter, Swayne e Duncan 2004; Cuccurullo 2003). Il management strategico consiste nel regolare il processo di analisi dei contesti interni ed esterni (analisi ambientale); nella definizione degli obiettivi aziendali, nello sviluppo delle politiche di gestione di lungo periodo e dei piani per il loro conseguimento (formula-

zione); nella realizzazione di piani, iniziative e progetti strategici (implementazione) e nel controllo della loro realizzazione (controllo strategico). Una più efficace gestione strategica si consegue con validi sistemi e processi di allocazione delle risorse, di misurazione e di *performance management*.

L'analisi dei documenti istituzionali, denominati o considerati strategici, e le interviste hanno lasciato emergere quattro differenti approcci che, in questa sede, si confrontano con un approccio ipotetico, definito di perfetto allineamento strategico in cui il grado di capacità strategica è massimo, ovvero in cui l'integrazione tra strutture organizzative, risorse umane e pianificazione strategica è maggiormente solida e profonda.

Nel caso di perfetto allineamento strategico (Fig. 17.1), sistemi e processi di allocazione delle risorse, di misurazione e *performance management* supportano efficacemente le diverse fasi di gestione strategica. Oltre all'analisi ambientale e alla formulazione, anche le fasi di implementazione e controllo sono adeguatamente presidiate, programmate e realizzate.

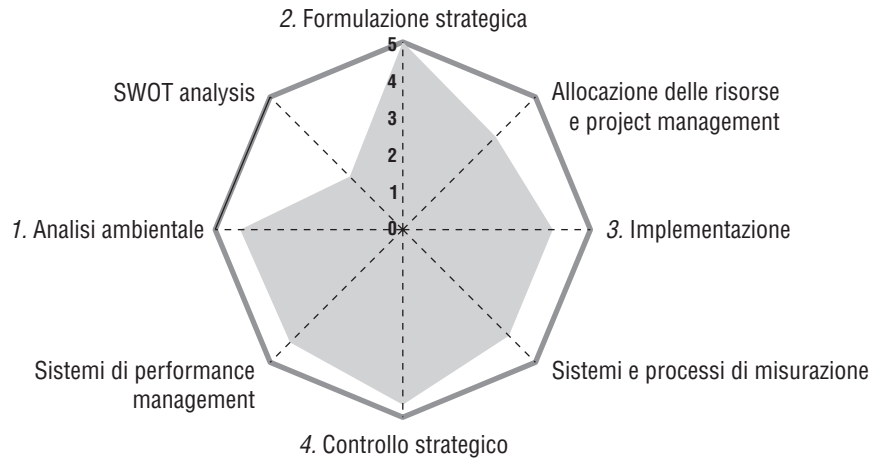
L'analisi ambientale considera sia il contesto interno sia quello esterno, mediante valutazioni quantitative e qualitative, che lasciano emergere una moltitudine di informazioni, successivamente filtrate dall'analisi SWOT. La formulazione delle scelte strategiche avviene su più livelli. Si definisce, innanzitutto, una cornice strategica e si articolano al suo interno obiettivi, progetti e iniziative, in base ai quali si provvede all'allocazione delle risorse e alla definizione dettagliata di responsabilità, tempi di realizzazione e risultati intermedi. L'implementazione è favorita dalla previsione di adeguate politiche di supporto al *change management* e di comunicazione e dall'attenzione sistematica della direzione generale o di un team sull'efficacia della fase. Obiettivi strategici e di budget sono perfettamente allineati, così come le politiche di valutazione e di incentivazione riflettono il conseguimento degli obiettivi strategici.

Il caso di perfetto allineamento è soltanto un caso ipotetico, utilizzabile per valutare lo scostamento con gli approcci utilizzati nella realtà, di seguito descritti.

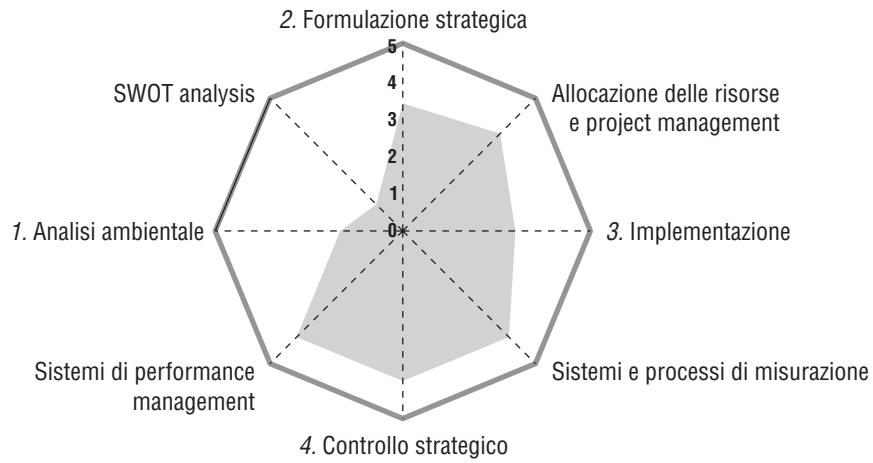
Nel caso A di Fig. 17.1, le dimensioni relative alle fasi della gestione strategica sono piuttosto bilanciate. La formulazione aziendale è più adeguatamente strutturata rispetto ad altre fasi: vi è una cornice strategica, in cui si iscrivono coerentemente obiettivi e progetti strategici. Paradossalmente proprio l'analisi ambientale è la meno strutturata: si osserva una maggiore focalizzazione sull'analisi ambientale esterna e una debole, quasi assente, analisi del contesto interno, che, presumibilmente, spiega anche il mancato ricorso all'analisi SWOT quale strumento di sintesi e di filtro dei risultati dell'analisi ai fini della formulazione. Implementazione e controllo sono ben strutturate. Strategia e obiettivi di gestione sono adeguatamente allineati, mentre le iniziative strategiche previste non sono articolate secondo una struttura di *project management* e il *change management* non è programmato anche se nei fatti realizzato. I sistemi di misurazione e di *performance management* sono adeguatamente strutturati e i loro processi sistematicamente svolti. L'analisi e la formulazione sono state svolte da un team interno multidisciplinare.

Figura 17.1 **Posizionamento dei casi rispetto al perfetto allineamento strategico**

Caso A



Caso B



Caso C

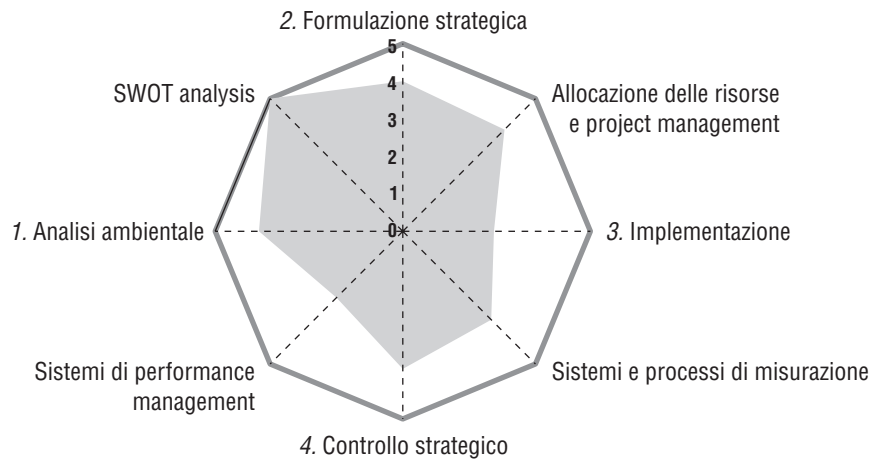
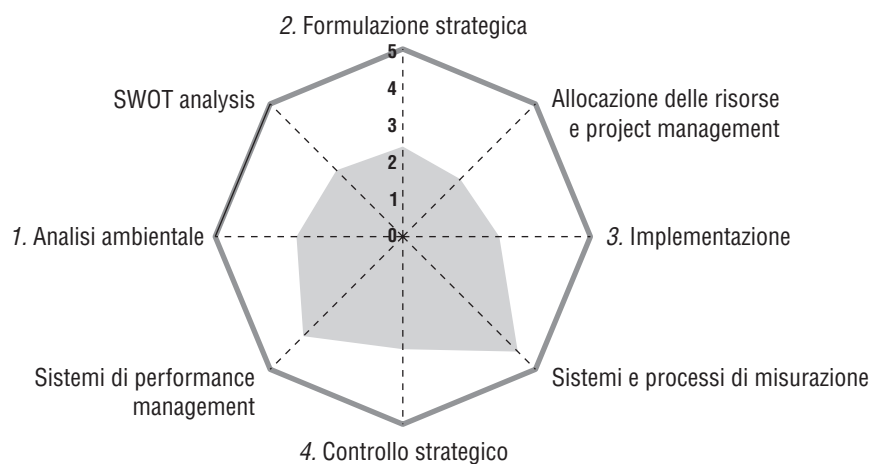
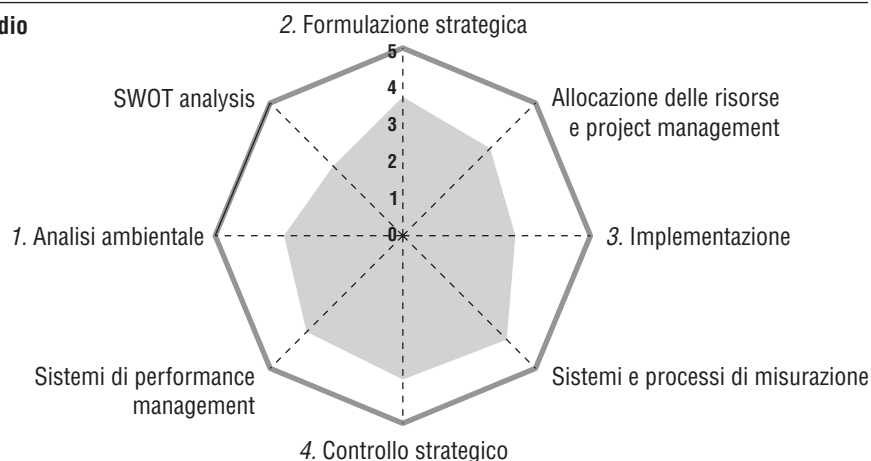


Figura 17.1 (segue)

Caso D**Caso medio**

Le caratteristiche di questo modello consistono in un processo analitico e formativo, centrale e critico all'interno del più vasto processo di management strategico, esplicito e articolato, orientato alla ricerca di una consonanza con le dinamiche dell'ambiente esterno e alla fattibilità dei progetti, che vengono di conseguenza dotati di adeguate risorse, utili a risolvere problemi strategici. L'approccio strategico seguito dall'azienda del caso A può definirsi, per le sue caratteristiche, bilanciato.

Nel caso B di Fig. 17.1 si evidenzia, comparativamente, una minore strutturazione delle diverse fasi della gestione strategica. L'analisi di contesto è limitatamente articolata e sviluppata: non riguarda vari aspetti, ma riflette soltanto la pianificazione regionale di sistema.

La parte di formulazione è, al contrario, molto ampia, ma la cornice strategica è

definita soltanto in termini di orientamento strategico di fondo – in altri termini, il complesso di valori e comportamenti, sovente implicito e non formalizzato, che determina le motivazioni, le modalità e i contenuti delle strategie aziendali (Coda 1988) – e dalla missione, che sembra indicare più la finalità istituzionale tipica delle aziende sanitarie che una precisa scelta strategica⁵.

Gli obiettivi costituiscono delle derivazioni degli obiettivi del PSR e sono articolati a cascata in obiettivi di sempre maggiore dettaglio, corredati da azioni strategiche e cronoprogrammi, risultati attesi e indicatori. Tale caratterizzazione determina una rilevante influenza del piano strategico sui meccanismi operativi di programmazione e controllo, con particolare riguardo all'allocazione delle risorse e del *project management*, con specificazione dei processi, dei tempi e delle risorse.

L'implementazione è seguita da un gruppo interno multidisciplinare che si riunisce con frequenza per monitorare il processo di realizzazione degli obiettivi strategici, mentre ancora ridottamente sviluppati sono la programmazione del cambiamento e la comunicazione.

I sistemi e i processi di misurazione sono adeguatamente strutturati, ma non ancora pronti per la rilevazione degli obiettivi in chiave multidimensionale.

Dal punto di vista del controllo, il processo di *reporting* è in fase di regolarizzazione, non sono effettuate analisi di *benchmarking*, ma soltanto confronti intertemporali. Controllo e *performance management* sono armonicamente allineati.

Le principali caratteristiche del caso B di Fig. 17.1 riguardano il raccordo tra pianificazione e programmazione (coerenza tra obiettivi strategici e operativi) mediante obiettivi dettagliati in modo gerarchico; un approccio tanto proceduralizzato e a cascata da poter essere definito, con un termine ricorrente nella pubblicistica internazionale sul tema, «operazionalizzazione della strategia». Per questo motivo, l'approccio impiegato dall'azienda del caso B può chiamarsi «prescrittivo».

Nel caso C di Fig. 17.1 la fase analitica riguarda gli aspetti ambientali sia esterni sia interni. Si tratta della parte più significativa dell'esperienza e la mole delle informazioni prodotte viene poi filtrata dall'analisi SWOT, strumentale alla definizione delle scelte strategiche che riguardano la cornice strategica e gli obiettivi, che vengono articolati in fasi e obiettivi intermedi. Rispetto a questo punto, sembra emergere un approccio analitico-razionale, arricchito da valutazioni condotte tramite l'ampio ricorso a matrici che congiuntamente considerano variabili di costo (costo per prestazione; costo per medico), di processo (indice di *case mix*) e di qualità, che inquadrano la realtà delle diverse unità operative. Questi schemi sono utilizzati per simulare gli impatti che possibili strategie possono determinare sugli aspetti economici, di produttività e specializzazione delle strutture aziendali.

⁵ Sulla differenza tra finalità istituzionale e missione si veda Cuccurullo (2003).

Le simulazioni sono state condotte con gli attori chiave, in sessioni sia individuali sia collettive, da un team interno multidisciplinare e da un agente esterno, allo scopo di ampliare la partecipazione al processo strategico e di giungere più rapidamente a soluzioni condivise.

Il tratto caratterizzante l'approccio consiste nel fatto che si aggregano dati che si elaborano mediante schemi che creano una tensione per analisi e intuizione, che stimolano l'interpretazione delle dinamiche ambientali, in cui le strategie emergono come prospettive, scenari, basate sulle percezioni dei soggetti che partecipano al processo strategico.

Le fasi di implementazione e controllo sono più deboli rispetto alle precedenti; risentono del fatto che i sistemi di misurazione e di performance *management* non sono ancora stati sviluppati.

Il modello, per la sua logica procedurale e per la partecipazione di più attori chiave, può definirsi di tipo «interattivo».

Nel caso D di Fig. 17.1 l'analisi ambientale esterna è approfondita, ma non quantitativa; la valutazione dell'impatto di minacce e opportunità è di tipo intuitivo. In modo identico è svolta l'analisi interna che, anche in questo caso, non riguarda tutte le aree funzionali dell'azienda e non considera le risorse intangibili. L'analisi SWOT, pur essendo considerata nel disegno metodologico del piano, non viene svolta: non si combinano, vale a dire, i risultati delle due analisi; assomiglia, invero, all'elencazione di opportunità e minacce, di punti di forza e di debolezza.

Anche con riguardo alla formulazione, si riscontra un *gap* tra disegno metodologico descritto e realizzato: la cornice strategica (le strategie direzionali) non è definita esplicitamente, ma sono indicati alcuni obiettivi di lungo periodo, che determinano, a cascata, obiettivi di gestione. Non sono previsti progetti strategici, né tantomeno un'articolazione secondo i criteri del *project management*. Di conseguenza, sul versante dell'implementazione vi è un'ampia incertezza circa il coinvolgimento attivo della leadership, sulla sistematicità del coordinamento e sulle politiche di *change management* e comunicazione. Più approfondita risulta, invece, la parte sui sistemi di misurazione, visto che si utilizzano delle misure, in ottica multidimensionale, e dei target per i tre anni che corrispondono all'orizzonte strategico del piano. Da tale marcata caratterizzazione deriva un forte orientamento del piano al controllo, benché non si prevedano attività di *benchmarking*, che nelle intenzioni è fondato su un valido sistema di *performance management*.

La pianificazione strategica è svolta da una specifica unità organizzativa interna. Il processo è simile a quello prescrittivo, per gli aspetti di analiticità, formalità e razionalità, ma differentemente dallo stesso, in cui la pianificazione è diretta dal vertice aziendale, nonostante la presenza dell'agente esterno, in questo caso è l'unità di staff a pianificare le strategie che i vertici si limitano ad approvare. Pertanto, l'approccio può definirsi pianificatorio in senso stretto.

17.5 Modelli di pianificazione e loro paradossi

L'analisi degli approcci utilizzati lascia emergere un profilo medio (Fig. 17.1, caso medio) caratterizzato da:

- fasi di analisi e di formulazione ampie e strutturate, che denotano un forte orientamento alla pianificazione, incentrate su cornici strategiche in cui si iscrivono obiettivi di maggiore dettaglio;
- una debole visione e analisi combinata del quadro di contesto;
- una scarsa identificazione di progetti strategici collegati agli obiettivi e un debole ricorso ad articolati sistemi di responsabilità, obiettivi operativi, tempi e risultati intermedi;
- un'evidente trascuratezza per le politiche di implementazione;
- un più marcato orientamento al controllo, attraverso la predisposizione di sistemi di misurazione, anche in presenza di non ancora strutturati sistemi di *performance management*.

Un elemento distintivo, ricorrente nei *case studies* analizzati, è l'assenza di parametri, criteri, filtri utili a ridurre la mole delle informazioni a dimensioni più gestibili, a individuare problemi strategici e priorità per l'elaborazione delle informazioni a supporto della formulazione. Un *framework* semplice, quale strumento di classificazione delle informazioni, è l'analisi SWOT che distingue opportunità/minacce e punti di forza/debolezza, la cui interazione rende più efficace la generazione di opzioni strategiche, come esemplificato nella Fig. 17.2.

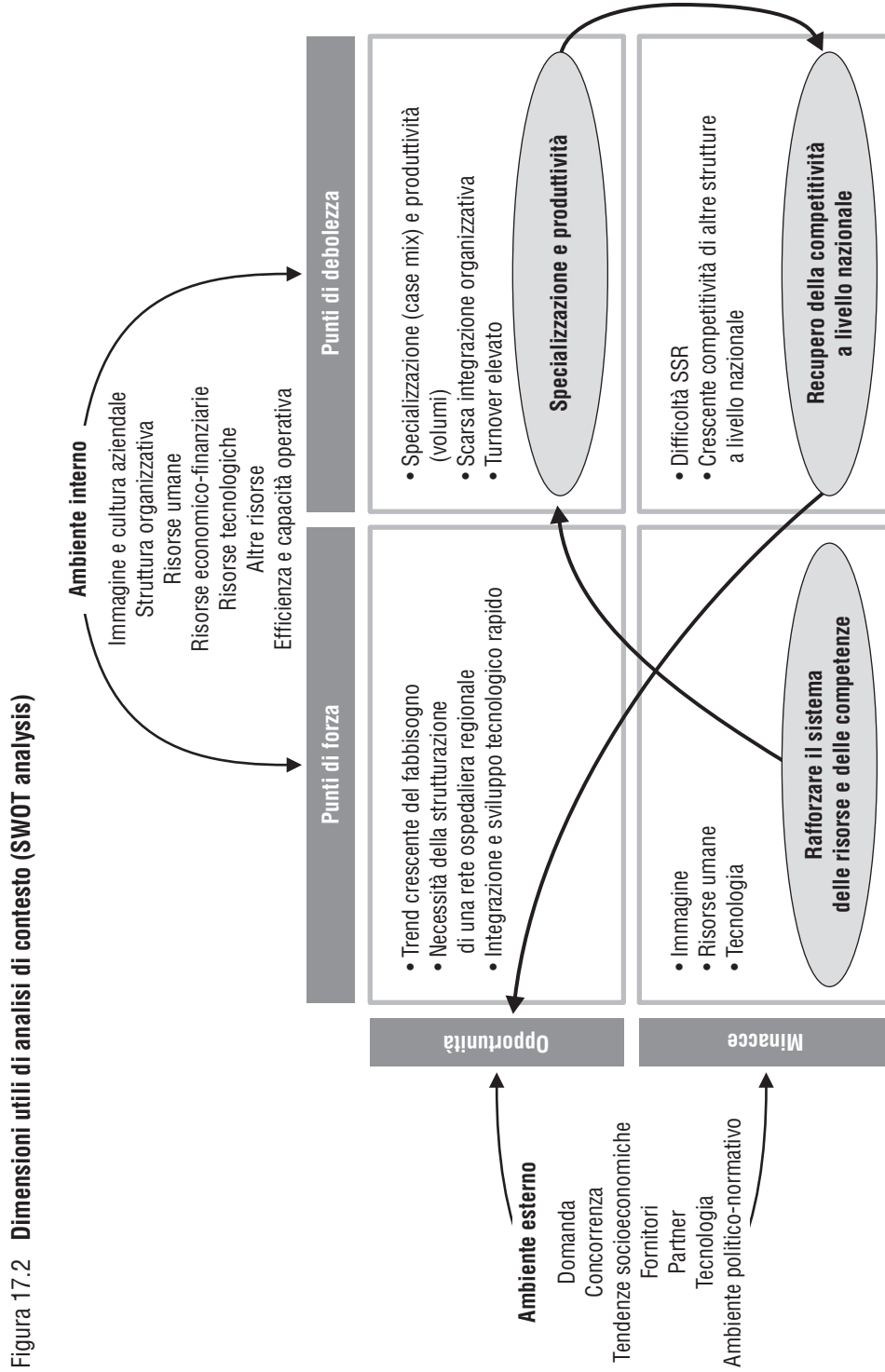
Un'altra caratterizzazione è l'assenza di qualsiasi valutazione del patrimonio di risorse intangibili, vale a dire:

1. delle relazioni con utenza, fornitori e partner;
2. delle conoscenze ed esperienze individuali e organizzative;
3. dei processi;
4. delle infrastrutture informative, ormai cruciali, anche in ambito pubblico per conseguire apprezzabili risultati in dimensioni diverse.

Le aziende sanitarie si caratterizzano intrinsecamente come aziende ad alta intensità di conoscenze: le risorse intangibili possono incidere sugli *outcomes* e sulla soddisfazione degli utenti, sui risultati economico-finanziari e sui processi operativi.

L'identificazione degli approcci utilizzati nella realtà per sviluppare la strategia aiuta a comprendere elementi importanti della stessa, compreso il concetto assegnato dalla pratica e i processi di elaborazione, e a definire possibili correttivi per migliorarli.

L'indagine svolta evidenzia una realtà ancora ancorata ad approcci centrati sulla pianificazione piuttosto che sulla gestione strategica: le aziende sanitarie mostrano, dunque, un tuttora limitato livello di capacità strategica.



Il marcato orientamento alla pianificazione consente di evidenziare gli articolati processi con cui si elaborano le strategie nelle aziende sanitarie, da cui sono tratti i casi.

Nel caso A, l'analisi ambientale esterna è particolarmente approfondita; è di tipo quantitativo; le minacce e le opportunità sono ponderate, in termine di impatto, sul funzionamento dell'azienda. Non altrettanto sistematica è l'analisi dell'ambiente interno. Le strategie direzionali sono chiaramente definite, peraltro tenendo conto di diversi *stakeholder* e non soltanto della regione; gli obiettivi di lungo periodo sono il risultato di valutazioni accurate e sono articolati in progetti strategici, distintamente classificati come:

- azioni di sviluppo dei servizi;
- azioni di governo, vale a dire di supporto allo sviluppo e al consolidamento dell'innovazione;
- azioni di sostenibilità economico-finanziaria, sintetizzate in un piano di rientro pluriennale.

La formulazione delle scelte strategiche è svolta da un team di professionalità interne all'azienda.

Il caso B, al contrario del precedente, presenta un'analisi poco dettagliata, senza alcuna valutazione e ponderazione delle opportunità, minacce, punti di forza e di debolezza in termini di impatto. Non si effettua un'analisi delle risorse intangibili, non si combinano i risultati dell'analisi. La parte più articolata è, senza dubbio, la sezione dedicata alle scelte strategiche: accanto a una cornice strategica

Figura 17.3 Il modello «bilanciato» di pianificazione del caso A

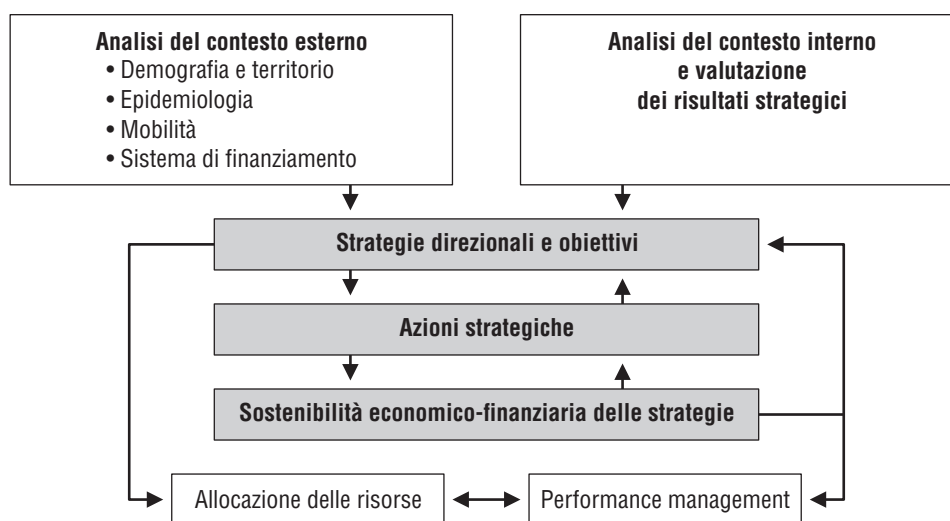
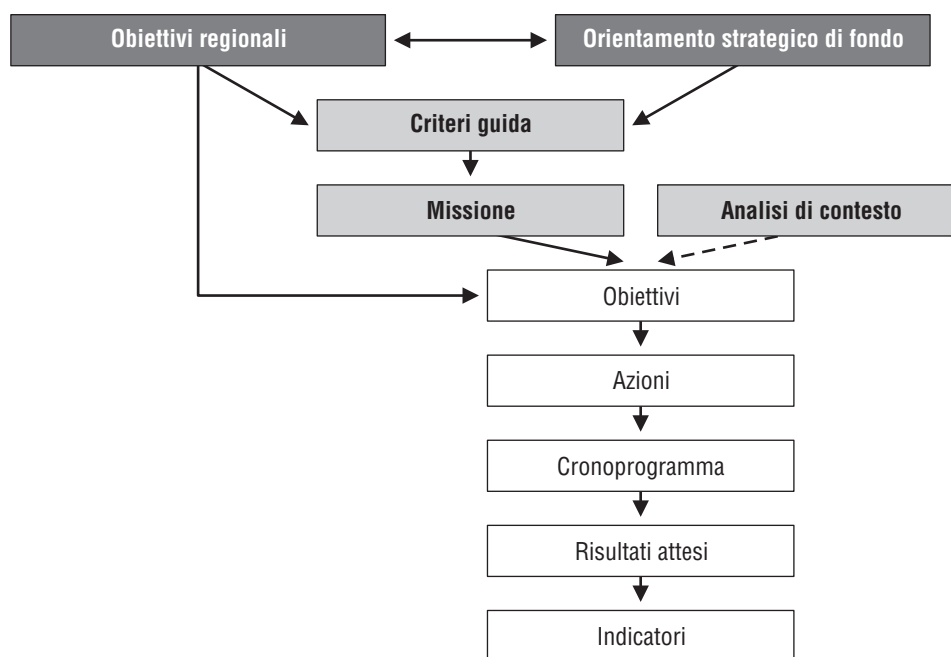


Figura 17.4 Il modello «prescrittivo» di pianificazione del caso B



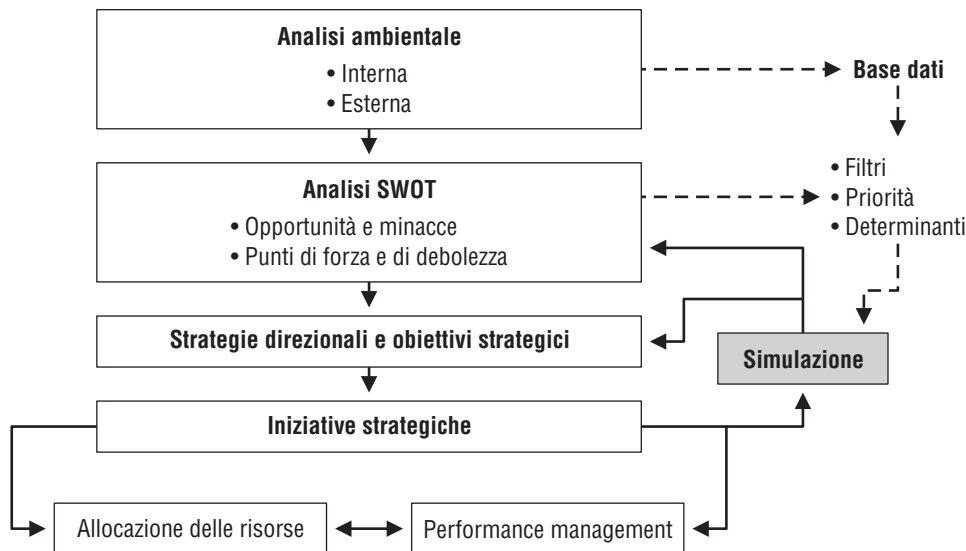
poco sviluppata e di tipo più istituzionale che analitica, si pongono obiettivi con vari gradi di dettaglio, con una precisa struttura di responsabilità, corredati di risorse strumentali e chiara individuazione dei tempi e dei risultati.

Nel caso C, vi è un maggiore bilanciamento tra analisi interna ed esterna ed è svolta un'analisi SWOT. Nonostante la natura dell'azienda lo permetta, le risorse intangibili non sono valutate, nemmeno dal punto di vista qualitativo. Anche la fase di formulazione è adeguatamente e sufficientemente sviluppata, ma a differenza del caso A le strategie sono definite tenendo conto unicamente della prospettiva della regione e non di altri *stakeholder*, a causa delle criticità finanziarie della medesima.

Nella Fig. 17.5 si nota la caratterizzazione della fase di simulazione, alimentata dai dati aggregati nella fase di analisi, che influenza sia l'analisi SWOT che la definizione degli obiettivi strategici, in una continua rimodulazione delle ipotesi fondanti e dei contenuti della strategia stessa, che emerge con il contributo attivo di una pluralità di attori chiave e da un processo, che seppure non continuo, non è comunque limitato temporalmente.

Nel caso D il modello di pianificazione è caratterizzato dalla preliminare considerazione delle strategie direzionali, che non costituiscono, come dovrebbe essere, scelte strategiche assunte sulla base dell'analisi ambientale (specialmente nel caso della visione strategica), ma sembrano essere aprioristicamente state determinate. Tali strategie direzionali attivano e orientano l'analisi e lo

Figura 17.5 Il modello «interattivo» di pianificazione del caso C



sviluppo di indirizzi strategici che vengono successivamente dettagliati fino alla definizione di indicatori e target multidimensionali.

Alla luce di queste considerazioni, non è, di conseguenza, sorprendente se, a causa della prevalenza degli approcci analitico-razionali, più propriamente di pianificazione, il concetto di strategia nella sanità italiana vada a coincidere con il concetto di piano e non con altre accezioni possibili, come direzione/percorso strategico o come prospettiva (Mintzberg, Ahlstrand e Lampel 1998), che pure sarebbero possibili e appropriati per le aziende sanitarie pubbliche.

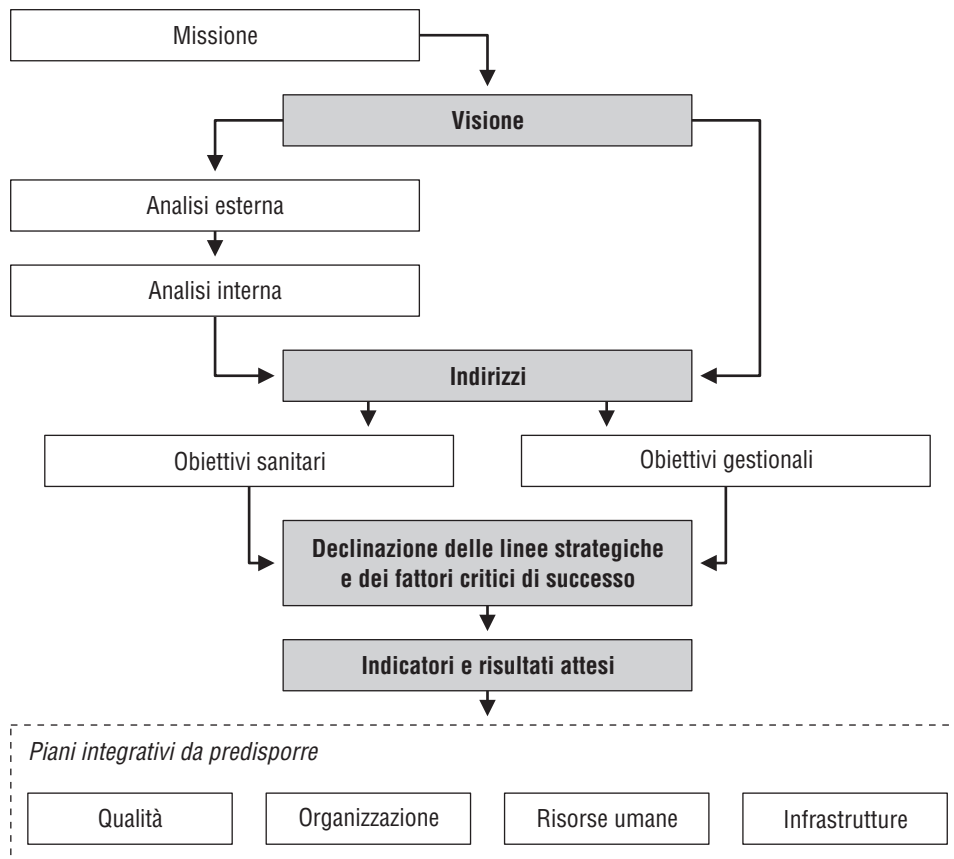
In particolare, la strategia:

- intesa come piano, assomiglia a un corso di azione, deliberato consapevolmente, a un *set* di linee guida per affrontare una situazione;
- intesa come direzione, consisterebbe nel percorso reale che compie un'azienda, dal punto di vista strategico, rispetto a corsi e opzioni possibili, che includono sia strategie deliberate che altre emergenti;
- intesa come prospettiva, coincide con il modo di percepire la realtà operativa in un contesto collettivo.

La strategia, nelle aziende sanitarie, non è ancora adottata come processo continuo, ma assume la caratterizzazione di una procedura analitica e formalizzata per assumere decisioni in modo integrato e orientate al futuro, con la spiccata finalità del controllo, ma senza o con limitata attenzione alle fasi realizzative.

Concepire la strategia quasi esclusivamente in termini di pianificazione espone

Figura 17.6 Il modello «di pianificazione» del caso D



a una serie di rischi. La pianificazione, in altre parole, si dimostra, sovente, inefficace a causa di quattro intrinseci paradossi (Mintzberg 1996):

- *paradosso dell'esclusione*, la pianificazione non funziona efficacemente senza il sostegno attivo dei ruoli di vertice o quando intorno a essa si creano climi di aperta o tacita ostilità. Si tratta di un rischio evidente perché la pianificazione tende ad accentrare le decisioni e disincentiva l'impegno implementativo necessario, dato che esclude le persone che devono conseguire gli obiettivi determinati. In taluni casi il paradosso dell'esclusione è enfatizzato dalla «sindrome della torre d'avorio», dal rischio, cioè, di spirali di autoreferenzialità dei vertici aziendali che pianificano in solitudine;
- *paradosso dell'obiettività*, la pianificazione strategica è un processo fortemente analitico, strutturato e formale. Si crede, falsamente, che determini scelte oggettive, che dovrebbero assumersi senza tenere conto delle preferenze, delle attese e

delle pressioni degli *stakeholder*. Tuttavia, in generale, ma ancora più particolarmente per le aziende pubbliche e sanitarie, la ricerca dell'oggettività, che comporta un'astrazione, aumenta il rischio di generare e alimentare la conflittualità con gli *stakeholder*. Tenere conto delle loro posizioni di fatto rende la pianificazione poco oggettiva. Comunque la soggettività non è affatto eliminabile a priori, considerato che le analisi ambientali sono comunque impregnate della soggettività dei pianificatori. Al contrario nelle aziende pubbliche la pianificazione dovrebbe essere un processo aperto per coinvolgere gli *stakeholder* e al fine di:

- ricercare il consenso in contesti fortemente politicizzati;
- sintetizzare più punti di vista;
- *paradosso dell'inerzia*, i piani sono utili strumenti a fini di coordinamento e di conseguenza devono caratterizzarsi per una limitata flessibilità. Modificarne anche soltanto una parte aumenta il rischio che possa diventare inefficace; in altre parole, il mito della pianificazione flessibile, oltre a essere un'attività logorante, genererebbe soltanto confusione. Di converso la marcata rigidità della pianificazione tende a generare resistenze a cambiamenti sostanziali, su cui di fatto si fondano i piani delle aziende sanitarie. Gli approcci strategici esclusivamente pianificatori potrebbero, quindi, innescare soltanto processi di cambiamento incrementale in contesti piuttosto stabili;
- *paradosso del controllo*, il paradosso più evidente è l'ossessione per il controllo, tipico, da un lato, delle aziende pubbliche, ancora ancorate al modello organizzativo burocratico, e, dall'altro, di tutte le aziende che temono l'incertezza e le discontinuità. Solo la pianificazione, con i suoi tre precedenti paradossi, non può bastare per situazioni instabili e imprevedibili, che caratterizzano anche le aziende sanitarie. A volte, poi, le aziende, pur non credendo molto nel valore della pianificazione, vi investono perché spinte da influenti soggetti esterni (per esempio le regioni) che ritengono, attraverso i piani strategici aziendali, di rafforzare il controllo. Ma di fatto, in condizioni di incertezza e discontinuità, rafforzare il controllo attraverso la pianificazione è illusorio e si corre il rischio di depotenziare, nella sostanza, sia i processi strategici sia gli strumenti.

17.6 Note conclusive in merito alla progettazione di un efficace processo strategico

L'obiettivo di questo capitolo è avviare una riflessione sugli approcci impiegati dalle aziende sanitarie pubbliche per elaborare e realizzare scelte strategiche, attraverso l'analisi di casi di tipo esplorativo, che consentono la ricostruzione di tali processi e di giungere a una serie di ipotesi da testare attraverso studi più ampi.

Si riportano alcune note conclusive che possono avanzarsi con questo studio preliminare:

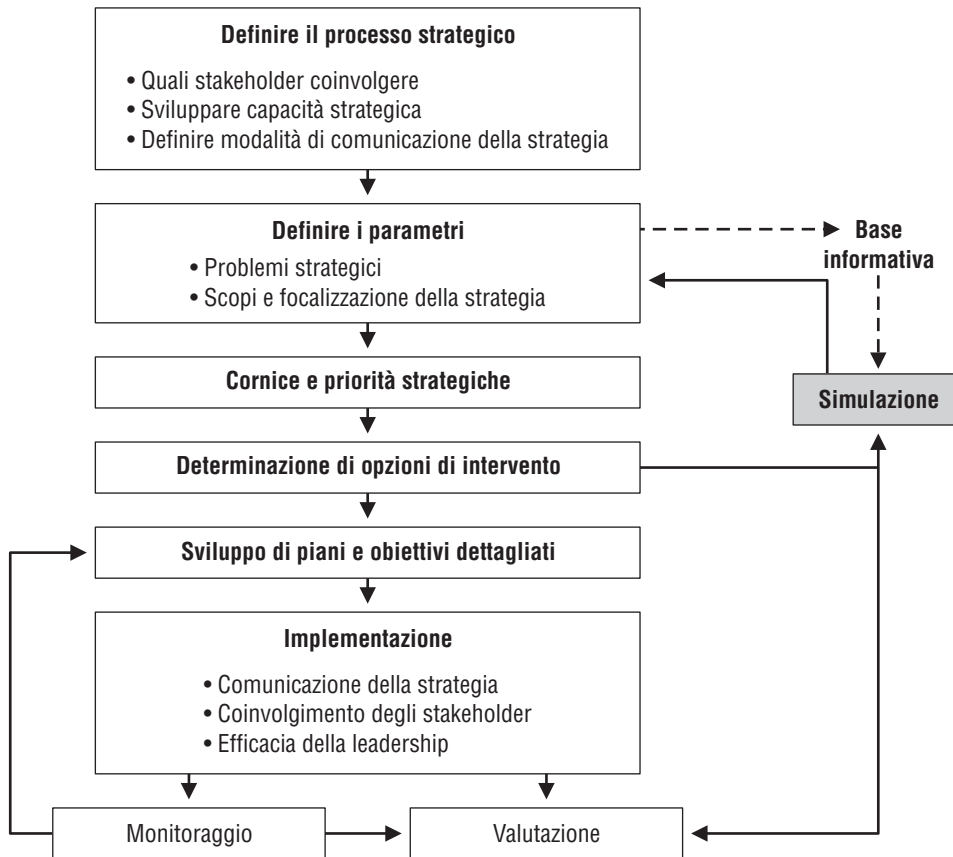
- la strategia non è un processo continuo, data la scarsa considerazione che riceve

- la fase di implementazione e il sovente mancato allineamento di sistemi e processi di allocazione delle risorse, di misurazione e di gestione dei risultati;
- finisce con il caratterizzarsi per essere soltanto pianificazione, peraltro condotta con un'elevata eterogeneità di contenuti, finalità e processi. Manca ancora un modello comune e condiviso e oggi, come in passato, quindi, la pratica segue percorsi non uniformi nello svolgere processi strategici; è ancora incerta e alterna, come nei due decenni precedenti;
 - rimangono ancora non chiari i benefici reali, in termini di performance multidimensionale, indotti dall'uso di approcci strategici, anche se, giova precisare, che l'azienda del caso A, a seguito dell'avvio del secondo ciclo di pianificazione strategica, svolge un'approfondita valutazione che riguarda i seguenti aspetti:
 - la variazione quali-quantitativa dell'offerta ospedaliera;
 - il posizionamento aziendale;
 - l'immagine (fidelizzazione dei cittadini) e credibilità (rispetto degli impegni)
 - rispetto dei tempi e dei volumi di investimento;
 - l'assetto organizzativo, *in primis* l'integrazione dei processi;
 - la centralità del cittadino (qualificazione della risposta; accessibilità; partecipazione ecc.).

Ciò lascia presupporre che la capacità strategica sia correlata al ciclo di vita dell'esperienza strategica aziendale. Pertanto, una seconda area di futura indagine dovrà riguardare il numero delle aziende che pianificano, il ciclo di pianificazione e i risultati ottenuti.

Ciò che sembra mancare, in generale, alle aziende sanitarie è fondare la formazione della strategia su approcci di tipo cognitivo e, poi, concentrarsi sulla gestione e sulla modulazione continua dell'implementazione, senza soluzione di continuità tra pianificazione e gestione. Le aziende sanitarie sono, dal punto di vista interno, burocrazie professionali (Mintzberg 1985), realtà in cui è impossibile controllare gerarchicamente e definire la strategia a livello centralizzato (Mintzberg 1996, p. 298). In tali contesti, le strategie sono frammentarie, spesso individuali, continuamente dinamiche; non sono definibili a priori e non possono essere rigidamente formalizzate in un piano. L'approccio preferibile è che la strategia si sviluppi attraverso un sistematico confronto, una continua interazione, che vanno a costituire un processo decisionale collettivo (Mintzberg 1996, p. 300) di riformulazione continua delle scelte strategiche. Conviene, pertanto, in questi contesti definire la cornice strategica, fissare, cioè, le linee principali, seguire attentamente l'intero approccio strategico e determinare, con ampia flessibilità, gli obiettivi.

La formazione delle strategie coincide, in questi casi, con processi mentali che utilizzano *frame*, mappe, schemi con cui leggere e interpretare la realtà operativa, che stressano una dinamica creativa della strategia, che si concentrano su ciò che sta accadendo e su come utilizzare le informazioni per assumere delle decisioni. Il compito del management è di prestare continua attenzione ai risultati, alle strategie che funzionano e a quelle che non funzionano. La strategia diventa, in questi casi,

Figura 17.7 **Un modello di efficace processo strategico**

un processo continuo che condensa varie strategie che emergono da processi di apprendimento, dato che, a causa della complessità, non tutte le strategie possono definirsi allo stesso momento. Tale processo di apprendimento può allargarsi fino a diventare collettivo, coinvolgendo vari *stakeholder* interni ed esterni, enfatizzando il ruolo che attese e interessi di vari soggetti giocano nella definizione e nella realizzazione delle strategie, respingendo le diverse forze di resistenza al cambiamento.

Nella Fig. 17.7 si schematizza un possibile processo di management strategico potenzialmente efficace per le aziende sanitarie pubbliche, incentrato su sette distinte fasi:

1. la progettazione del processo strategico, stadio in cui stabilire quali *stakeholder* considerare e le modalità di un loro coinvolgimento, quali conoscenze e competenze interne e/o esterne impiegare per sviluppare la strategia e quali modalità di comunicazione della strategia adottare;

2. la definizione di una cornice che stabilisca ambiti, confini e tempi del processo e soprattutto ne fissi scopi e priorità;
3. la costruzione di un patrimonio informativo;
4. l'identificazione dei problemi e delle priorità strategiche su cui incentrare le potenzialità di intervento;
5. la valutazione delle opzioni strategiche, attraverso validi e adeguati criteri anche mediante la simulazione, particolarmente consigliata nell'ambito di «burocrazie professionali» e lo sviluppo di progetti strategici con specifica determinazione delle risorse assegnate, dei tempi, dei risultati e delle responsabilità;
6. l'implementazione, con un curato processo di comunicazione e di stimolo delle risorse umane impegnate;
7. la valutazione per misurare gli effetti della strategia e indagare le determinanti di successi e fallimenti.

Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Bryson J.M. (1995), *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Coda V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*, Torino, Utet.
- Cuccurullo C. (2002), «La pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: metodi e strumenti di elaborazione di un piano strategico», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Cuccurullo C. (2003), *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGraw-Hill.
- Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2003), «Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: tendenze in atto nell'era del federalismo fiscale», *Rapporto CEIS-Sanità 2003*, Roma.
- Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2005), «Dai piani strategici ai piani per la salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie Italiane», *Rapporto CEIS 2005*, Roma.
- Del Vecchio M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: un'introduzione», *Mecosan*, (4)14, pp. 20-32.
- Eisenhardt K.M., Martin J.A. (2000), «Dynamic Capabilities: What are They?», *Strategic Management Journal*, n. 21, pp. 1105-1121.
- Ginter P.M., Swayne L.E., Duncan W.J. (2004), *Strategic Management of Health Care Organizations*, V ed., New York, Blackwell.

- Kainich F., Saita M., Saracino P. (2002), *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Milano, Il Sole 24 Ore.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2002), *Balanced scorecard. L'impresa orientata dalla strategia. Balanced scorecard in azione*, Torino, Isedi.
- Kirby E.G., Sebastian J.G. (1998), «The Effect of Normative Social Forces on Managed Care Organizations: Implications for Strategic Management», *Journal of Healthcare Management*, 43(1), pp. 81-95.
- Lega F. (1997), «Prospettive e limiti per un approccio dialettico alla pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, (6)24, pp. 11-27.
- Meneguzzo M. (2006), «La strategia e la governance delle amministrazioni pubbliche», in L. Hinna, M. Meneguzzo, R. Mussari, M. Decastri, *Economia delle aziende pubbliche*, Milano, McGraw-Hill.
- Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J. (1998), *Strategy Safari. A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management*, New York, Free Press.
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione delle organizzazioni*, Bologna, Il Mulino.
- Mintzberg H. (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, Torino, Isedi.
- Moore M.H. (2003), *La creazione di valore pubblico: la gestione strategica nella pubblica amministrazione*, Milano, Guerini.
- Rebora G., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, Utet.