



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari

**ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DEL BUDGET E DELLA
PRODUTTIVITÀ SCIENTIFICA DELLE UNITÀ DI RICERCA: IRCCS A
CONFRONTO**

*“Analysis of the budget distribution and scientific productivity of the research units:
comparison between IRCCS”*

Relatore: Chiar.mo

Prof. Luca del Bene

Studente:

Gaetano Cisternino

Anno Accademico 2020-2021

Ad Annalucia e Stella, guide preziose durante il percorso di studi.

Alla mia famiglia per il continuo sostegno.

Al Professore Luca del Bene, per la supervisione, disponibilità e il prezioso sostegno al raggiungimento di questo traguardo.

Al Dr. Francesco Giuliani, Direttore dell'U.O.C. dei Sistemi Informativi, Innovazione e Ricerca, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza e al Dr. Giuseppe Dalfino, Dirigente Analista IRCCS Saverio de Bellis, per avermi trasmesso competenza e conoscenza del mondo straordinario della "ricerca scientifica".

INDICE

INTRODUZIONE	9
CAPITOLO 1 – LA RIFORMA SANITARIA	11
1.1 EVOLUZIONE SSN E STATUS GIURIDICO IRCCS	11
1.2 DECRETI GIURIDICI DEGLI IRCCS.....	16
1.3 LE CARATTERISTICHE DEGLI IRCCS	18
CAPITOLO 2 – LE FUNZIONI DI MANAGEMENT.....	21
2.1 EVOLUZIONE STORICA.....	21
CAPITOLO 3 – GLI STRUMENTI DI MANAGEMENT	30
3.1 ANALISI DEGLI STRUMENTI DI MANAGEMENT	30
3.2 CONCETTO DI BUDGET	31
3.3 LA FORMAZIONE DEL BUDGET	34
3.4 LE FUNZIONI DEL BUDGET	35
3.5 SISTEMA INFORMATIVO E CONCETTO DI ABC,ABM E ABB	38
3.6 IL SISTEMA DI REPORTING.....	43
3.7 IL SISTEMA DEGLI INDICATORI	45
CAPITOLO 4 – IL MODELLO DI ANTHONY E IL SUO SUPERAMENTO.....	47
4.1 DESCRIZIONE MODELLO	47
4.2 IL MODELLO BRUNETTI	49
4.3 DEFINIZIONE DI PIANIFICAZIONE	53
4.4 DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO.....	54
4.5 CONCETTI DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO SECONDO AUTORI	55

4.6 CONCETTO DI GESTIONE NELLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA.....	57
4.7 DEFINIZIONE PIANIFICAZIONE OPERATIVA.....	58
4.8 IL CONTROLLO	59
CAPITOLO 5 – PERFORMANCE E MULTIDIMENSIONALITÀ: CONCETTI DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE.....	60
5.1 LA PERFORMANCE	60
5.2 MODELLI DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE	65
CAPITOLO 6 – CONCETTO DI RICONOSCIMENTO SCIENTIFICO PER GLI IRCCS E IMPACT FACTOR	69
6.1 IL RICONOSCIMENTO SCIENTIFICO	69
6.2 IMPACT FACTOR: ANALISI DELL’INDICATORE	71
6.3 LA RICERCA SANITARIA	74
6.4 RICERCA CORRENTE E FINALIZZATA:DIFFERENZE	76
6.5 MODALITA’ FINANZIAMENTO IRCCS	78
CAPITOLO 7 – CONFRONTO TRA IRCCS: CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA E IRCCS SAVERIO DE BELLIS, STORIA E STATUS GIURIDICO	80
7.1 METODO DI CONFRONTO	80
7.2 STORIA IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA.....	82
7.3 CRONOLOGIA.....	84
7.4 STORIA IRCCS SAVERIO DE BELLIS	85
7.5 CONTESTO GEOGRAFICO E CONTESTO SOCIALE A CONFRONTO	86
7.6 STRATEGIA IRCCS: MISSION A CONFRONTO.....	88
7.7 TEMI DI RICERCA SU CUI PUNTANO GLI IRCCS, VISION A CONFRONTO	89

CAPITOLO 8 – LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI GRUPPI DI RICERCA: IL CASO CASA SOLLIEVO DELLE SOFFERENZA	93
8.1 ANALISI PERFORMANCE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	93
8.2 COME L’IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA DISTRIBUISCE I FONDI AI GRUPPI DI RICERCA.....	96
8.3 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI GRUPPI DI RICERCA: IL CASO IRCCS SAVERIO DE BELLIS	100
8.4 DISTRIBUZIONE DEI FONDI AI GRUPPI DI RICERCA, IRCCS DE BELLIS	103
8.5 ANALISI COMPARATIVA TRA IRCCS	104
CAPITOLO 9 – ESEMPIO DI ASSEGNAZIONE BUDGET: IL CASO DI UN’UNITA’ DI RICERCA DELL’IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA.....	107
9.1 ANALISI CASO	107
9.2 FUND RAISING	112
9.3 GRANT MANAGEMENT.....	114
9.4 ANALISI FINALE DEL PROCEDIMENTO	115
CONCLUSIONI	117
BIBLIOGRAFIA	121
Note di approfondimento:.....	127
SITOGRAFIA	127
GIURISPRUDENZA CITATA.....	128

INTRODUZIONE

L'evoluzione legislativa nel contesto sanitario ha introdotto una serie di importanti cambiamenti nell'aspetto strategico e organizzativo delle aziende sanitarie. Il processo di aziendalizzazione, attraverso i decreti 502 del 1992 e 517 del 1993 ha trasformato il complesso delle funzioni amministrative, direttive e gestionali di un'azienda, introducendo nuove funzioni e strumenti nel "management sanitario". All'interno di uno scenario in continua evoluzione il settore sanitario è caratterizzato da una moltitudine di variabili da tenere in considerazione e lo stesso ha raggiunto una complessità importante per cui le richieste della collettività da soddisfare richiedono una crescente quantità di risorse economiche e strumenti in grado di garantire efficacia ed efficienza. Il seguente lavoro vuole analizzare le caratteristiche delle funzioni di management e i suoi principali strumenti, esaminando, nel contesto sanitario, i concetti di pianificazione strategica ed operativa, descrivendo in linea con la dottrina i concetti chiave di budget e misurazione delle performance. La logica del lavoro è utile per avere una visione critica di ciò che accade all'interno di alcune realtà sanitarie, tra queste si osserveranno gli IRCCS, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, presenti in un numero sempre più crescente nel panorama sanitario italiano. Curioso è analizzare se ciò che definisce il management aziendale in termini di pianificazione e strumenti, sulla base di ciò che prevede la letteratura, viene utilizzato nei suddetti Istituti che si occupano sia di assistenza sanitaria che di ricerca scientifica. Si è posta l'attenzione su come gli IRCCS distribuiscono il budget ai rispettivi gruppi di ricerca e in che modo avviene la misurazione delle performance in termini di ricerca scientifica. L'analisi è avvenuta confrontando due IRCCS presenti nello stesso territorio regionale, la Puglia, ma con natura giuridica differente. Gli IRCCS oggetto di analisi e confronto sono l'IRCCS Casa Sollievo delle Sofferenze di San Giovanni Rotondo e l'IRCCS Saverio de Bellis di Castellana Grotte.

La struttura del lavoro evidenzia nella prima parte una sintesi della riforma del sistema sanitario e in che modo questa ha influenzato gli IRCCS, seguita da un'accurata descrizione delle linee evolutive dei modelli di management, relativamente alle funzioni di management e alla loro evoluzione, ponendo attenzione su ciò che la letteratura offre in termini di strumenti di management. La seconda parte descrive un modello di riferimento, quello di Anthony, le sue applicazioni e la sua logica nel contesto sanitario, analizzando il suo superamento attraverso la descrizione del modello di Brunetti. La terza parte si concentra sulla descrizione del sistema di pianificazione e controllo analizzando i concetti, secondo alcuni autori, di pianificazione strategica, operativa e controllo e la loro utilità nel contesto sanitario; la sequenza logica del lavoro è utile per immergersi nella quarta e ultima parte del lavoro, per esaminare le modalità secondo le quali gli IRCCS applicano i concetti di management, l'uso degli strumenti posti in analisi e il concetto di performance, focalizzandosi sulla distribuzione del budget ai rispettivi gruppi di ricerca e i meccanismi di valutazione di questi ultimi da parte dei rispettivi IRCCS. In ottica generale il lavoro dell'IRCCS, oltre al processo assistenziale, è quello di fare ricerca e produrre articoli scientifici seguendo le indicazioni del Ministero della salute e la tematica di riconoscimento, la quale è differente tra i vari IRCCS.

Oltre a queste dimensioni poste in analisi, il confronto tra IRCCS pubblico e privato ha evidenziato differenze in termini di mission, da cui deriva una strategia differente.

CAPITOLO 1 – LA RIFORMA SANITARIA

1.1 EVOLUZIONE SSN E STATUS GIURIDICO IRCCS

Il nostro sistema sanitario è caratterizzato da un'importante evoluzione normativa. Attraverso la sua analisi si evidenzia come i numerosi cambiamenti abbiano influenzato sia il percorso di cura e di assistenza e sia i meccanismi legati al mondo della ricerca scientifica. Il Servizio sanitario nazionale (SSN) nasce come un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione sulla "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".¹

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la legge n. 833 del 1978, si definiscono i principi fondamentali su cui si basa cioè universalità, uguaglianza ed equità oltre ai principi organizzativi fondamentali per la programmazione sanitaria come la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria. Le innovazioni più significative riguardarono sicuramente i principi descritti ma soprattutto il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale a quello regionale e locale con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL), alle quali venne affidata l'amministrazione dell'assistenza sanitaria. Il SSN è strutturato secondo un'impostazione verticale che vede al primo livello, quello centrale, lo Stato e nei successivi livelli, intermedio, le Regioni e periferico, gli Enti locali, caratterizzati da una diversificazione delle competenze e il finanziamento del Servizio Sanitario

¹ www.salute.gov.it- Analisi del Servizio Sanitario Nazionale

Nazionale avviene tramite il Fondo Sanitario Nazionale, determinato annualmente con la legge di approvazione del bilancio dello Stato².

Il processo di rinnovamento, iniziato attorno agli anni '90, si concretizza con una seconda riforma sanitaria, avente lo scopo di riorganizzare il sistema modificando la natura giuridico-organizzativa e rafforzando i poteri delle regioni.

Dopo l'adozione della legge 833/1978, istitutiva del SSN, il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, successivamente modificato dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517³, costituisce il primo intervento legislativo volto a riorganizzare in maniera più efficiente il Servizio Sanitario Nazionale. Tale intervento normativo può definirsi una pietra miliare nell'ambito dell'organizzazione del SSN perché inaugura la cosiddetta fase "manageriale" che apporta una revisione profonda degli aspetti legislativi. La normativa, prevede, anzitutto, la separazione dell'attività di programmazione e di finanziamento da quella di gestione dell'attività sanitaria. La prima, infatti, è affidata al Governo e, precisamente, al Ministro della Sanità, cui compete l'adozione di un Piano Sanitario Nazionale di durata triennale, volto a garantire un'assistenza uniforme su tutto il territorio nazionale. Il compito della programmazione spetta invece alle regioni con l'adozione del Piano Sanitario Regionale che ha il compito di "regionalizzare" l'assistenza, in riferimento alle esigenze ed agli interessi locali. Per quanto riguarda la gestione, una posizione di rilievo viene attribuita alle USL, trasformate in Aziende sanitarie locali, dotate di propria personalità giuridica e di una propria autonomia patrimoniale, contabile e tecnica. Con questo nuovo regolamento, le aziende sanitarie sono tenute non solo alla realizzazione di risultati d'efficienza ed efficacia sul piano sanitario e tecnico-economico, ma anche ad una gestione che produca la soddisfazione dell'utenza in relazione alla qualità dei servizi erogati. La riforma inoltre prevede dei livelli uniformi di assistenza da assicurare ai cittadini, vincolati agli obiettivi della programmazione e all'entità del finanziamento.

²In proposito si vedano: Del Bene L., *Possibilità e vincoli per la pianificazione strategica nelle aziende sanitarie* cap.1.1, Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, Milano, Giuffrè

³ D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 305 del 30/12/1992*

I livelli uniformi di assistenza sono l'insieme delle attività che devono essere erogate dal SSN e rappresentano lo standard minimo di prestazioni che sono un diritto di tutti i cittadini, ai fini contabili e finanziari c'è una distinzione tra gli interventi sanitari e quelli socio-assistenziali: i primi sono a carico delle aziende sanitarie, mentre i secondi sono di competenza degli enti locali.

Successivamente, fu approvato il d.lgs. 229 del 19 giugno 1999⁴ meglio conosciuto come decreto Bindi, con il quale si provvedeva all'introduzione di diverse innovazioni rispetto alle precedenti riforme. Innanzitutto viene rafforzata ulteriormente la natura aziendale delle aziende sanitarie e viene introdotto il concetto di autonomia imprenditoriale delle unità sanitarie locali e degli ospedali, alle quali viene attribuita la denominazione di Azienda. Esse continuano ad essere strutture pubbliche, ma sono organizzate secondo un modello aziendale, con meccanismi di flessibilità, autonomia imprenditoriale e responsabilità diretta della dirigenza e vengono distinte in Azienda sanitaria locale (ASL) e Azienda sanitaria ospedaliera (ASO). Il Servizio Sanitario Nazionale viene in questo caso definito come il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) mentre i livelli essenziali ed uniformi d'assistenza sono definiti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse. Il decreto rafforza, inoltre, l'autonomia delle Regioni, le quali concorrono alla definizione del PSN e alla determinazione del fabbisogno complessivo del sistema. Tra le altre cose, il decreto rafforza l'introduzione di sistemi di responsabilizzazione dei risultati e prevede la formazione permanente e l'aggiornamento professionale per migliorare e adeguare le competenze e le conoscenze degli operatori all'evoluzione scientifica e tecnologica.

⁴ D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, recante *Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato in G.U. n.165 del 16/07/1999*

Un progressivo rafforzamento dei poteri regionali viene definito dalla fondamentale legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che apporta rilevanti modifiche all'art. 117 della Costituzione⁵. Tale atto normativo si prefigge l'intento di attuare progressivamente una maggior autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria alle regioni e agli enti locali. A tale scopo vengono rafforzati i poteri delle regioni in ambito sanitario, scolastico e di polizia locale. Per quanto concerne l'ambito sanitario, la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente in cui lo Stato è chiamato a dettare i principi di fondo che devono orientare la legislazione futura delle regioni.⁶

La filosofia di fondo di queste riforme ha interessato anche altre strutture presenti nel nostro panorama sanitario nazionale, i cosiddetti istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Il Ministero della Salute ha la vigilanza sugli IRCCS per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del paziente, anche perché sono di supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN per l'esercizio delle funzioni assistenziali al fine del perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale. Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere, alcune emergenti ed altre già consolidate nel tempo, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, vengono qualificate come IRCCS.⁷

Lo sviluppo scientifico e tecnologico sta vivendo, in questi anni, un momento di importante evoluzione, le cui implicazioni in ambito sanitario, economico, etico e sociale diventano sempre più concrete⁸

⁵ L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione, pubblicata in G.U. n. 248 del 24/10/2001 -Titolo V – Le Regioni, le Province, i Comuni*

⁶ In proposito si vedano *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*-www.salute.gov.it

⁷ Nota di approfondimento: L'attività clinica è finanziata dalla Regione di appartenenza dell'IRCCS mentre l'attività scientifica dal Ministero della Salute

⁸ Nota di approfondimento: La consapevolezza del potenziale che tale dinamicità rappresenta per la ricerca scientifica del Paese assume, pertanto, una centralità inedita e sottolinea la necessità di rafforzare le competenze e di organizzarle secondo una visione coordinata, omogenea e condivisa- Ministero della salute-disponibile su www.salute.gov.it

In tale scenario, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, quali poli di eccellenza e centri di riferimento per le attività di ricerca e di assistenza, sono investiti di una responsabilità particolare all'interno del panorama scientifico nazionale, in quanto rappresentano uno strumento dinamico per la promozione, lo sviluppo e l'applicazione di tecnologie innovative in ambito sanitario e biomedico. Diventa sempre più urgente ed importante, in tale contesto, che la rete degli IRCCS agisca come un unico sistema e per far ciò necessita di strumenti condivisi, procedure omogenee e linguaggio comune. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza di cui all'art. 13, comma 3, lett. d) del Decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i., il quale ha disposto il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici. Tale riordino prevede come aspetto prioritario la condivisione tra Ministero della Salute e Regioni, sia della trasformazione degli istituti pubblici in fondazioni, sia della definizione dei loro organi di gestione. Il decreto stabilisce, inoltre, che gli istituti che non verranno trasformati saranno organizzati sulla base di criteri che garantiscano le esigenze di ricerca e la partecipazione a reti nazionali di centri di eccellenza. Il Ministero della Salute continuerà a vigilare gli IRCCS per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza.

L'attività di verifica con commissione esterna per validare i requisiti IRCCS avviene ogni 2 anni; la commissione è composta da membri del Ministero della Salute e rappresentanti regionali.

1.2 DECRETI GIURIDICI DEGLI IRCCS

Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere vengono qualificate o confermate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale, che riguarda invece l'attività clinico-assistenziale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento di ricerca relativa alla disciplina per cui l'IRCCS è riconosciuto dal Ministero della Salute. Attualmente, gli Istituti che hanno ottenuto tale riconoscimento scientifico sono in totale 51, di cui 21 pubblici e 30 privati.

Alcuni elementi di analisi sono descritti nei seguenti decreti:

Decreto ministeriale 5 febbraio 2015. Modifica del decreto 14 marzo 2013, recante: "Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico"⁹

Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n.3¹⁰

Il riconoscimento del carattere scientifico di strutture pubbliche e private è soggetto al possesso, in base a titolo valido, dei seguenti requisiti:

- personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato;
- titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitario;
- economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature;
- caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale, al fine di

⁹ D.M. 5 febbraio 2015-Modifica del decreto 14 marzo 2013, *Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (15A02487) (GU Serie Generale n.78 del 03-04-2015)*

¹⁰ D. Lgs.16 ottobre 2003, n. 288. *Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3. Gazzetta Ufficiale n. 250 del 27 ottobre 2003*

assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale;

- caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata;
- dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati;
- dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti;
- certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute (art. 13 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e successive modificazioni e integrazioni).

L'organo regionale competente esprime il proprio parere in merito alla coerenza del riconoscimento con la propria programmazione sanitaria. Successivamente, il Ministero della Salute provvede a nominare una commissione di valutazione per ogni Istituto, formata da almeno due esperti nella disciplina oggetto della richiesta di riconoscimento. Entro trenta giorni dalla predetta nomina, la commissione esprime il proprio parere motivato sulla sussistenza dei requisiti normativamente richiesti, sulla completezza della documentazione allegata alla domanda e su quella eventualmente acquisita dalla struttura interessata. La commissione può procedere ai necessari sopralluoghi – le cosiddette “Site Visit” - e valutare gli elementi così acquisiti. Entro dieci giorni dal ricevimento del parere, il Ministero della Salute cura la trasmissione dei relativi atti alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'emanazione del parere di competenza.

Al termine del procedimento, il riconoscimento è disposto con decreto ministeriale, previa intesa con il Presidente della Regione interessata.

Il procedimento di conferma del carattere scientifico è disciplinato ai sensi dell'art. 15, comma 1, secondo cui ogni due anni le Fondazioni IRCCS, gli Istituti non trasformati e gli IRCCS di diritto privato inviano al Ministero della Salute i propri dati aggiornati attestanti la permanenza dei requisiti di legge, secondo quanto previsto dall'allegato B al Decreto ministeriale 5 febbraio 2015.

Sul sito del Ministero della Salute è pubblicato l'elenco degli IRCCS di diritto pubblico e privato che hanno ottenuto il riconoscimento o la conferma del carattere scientifico, nonché degli IRCCS per i quali è in corso il procedimento di conferma.

1.3 LE CARATTERISTICHE DEGLI IRCCS

Di seguito vengono elencate alcune caratteristiche dell'IRCCS, sia pubblico che privato, per quanto riguarda la natura giuridica e le aree di ricerca.

- **Natura giuridica**

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico hanno natura giuridica pubblica o privata. Gli IRCCS pubblici sono enti pubblici a rilevanza nazionale sottoposti al controllo regionale e alla vigilanza del Ministero della salute. Al Ministro spetta la nomina del direttore scientifico degli IRCCS pubblici nell'ambito di una terna di candidati selezionata da una apposita commissione. Gli IRCCS di diritto pubblico, su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca, possono essere trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Gli enti trasformati assumono la denominazione di Fondazioni IRCCS.

Sulla base delle stesse norme, appena descritte, vale lo stesso per gli IRCCS privati tenendo conto che essi hanno una maggiore libertà di azione ed il controllo su di essi viene effettuato soltanto sulla valenza delle ricerche effettuate.

- **Aree di ricerca**

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sia pubblico che privato, si occupano di ricerca clinica e traslazionale. Essi effettuano una ricerca che deve trovare necessariamente sbocco in applicazioni terapeutiche negli ospedali. La loro attività ha per oggetto aree di ricerca ben definite sia che abbiano ricevuto il riconoscimento per una singola materia (IRCCS monotematici) sia che l'abbiano ricevuto per più aree biomediche integrate (IRCCS politematici).

I 51 IRCCS presenti sul territorio nazionale, di cui 21 pubblici e 30 privati, afferiscono alle seguenti aree di expertise:

- Cardiologia
- Dermatologia
- Diagnostica Immagini
- Farmacologia
- Gastroenterologia
- Genetica
- Geriatria
- Malattie Infettive
- Medicina della complessità
- Neurologia
- Neuroriabilitazione
- Oculistica
- Oncologia
- Ortopedia
- Pediatria

- Psichiatria
- Riabilitazione

Verbale della commissione e decreto sono rispettivamente sul sito del Ministero della Salute, di fianco a ciascun IRCCS sottoposto a valutazione. Per stabilire come operativamente le norme e i regolamenti emanati a livello centrale si concretizzino nei singoli istituti diventa importante effettuare una analisi per stabilire un confronto tra IRCCS sia della stessa regione che di regioni differenti.¹¹

¹¹ In proposito si vedano: Linee guida IRCCS, Ministero della salute, disponibile su www.salute.gov.it

CAPITOLO 2 – LE FUNZIONI DI MANAGEMENT

2.1 EVOLUZIONE STORICA

In seguito all'analisi delle riforme si osserva come sia cambiato il modo di lavorare all'interno delle organizzazioni sanitarie, per la spinta di nuovi bisogni emergenti dati dall'evoluzione del quadro epidemiologico e demografico, dai progressi della medicina, della tecnologia e dalla maggior consapevolezza dei cittadini per la tutela della loro salute. La capacità di costruire progetti di miglioramento in sanità, lavorare in connessione con i diversi attori, esterni ed interni all'azienda sanitaria, gestire al meglio le risorse per garantire un miglior equilibrio tra costi e qualità dell'assistenza, richiedono una qualificazione del management aziendale. Sulla base della varietà degli elementi appena descritti, diventa necessario assicurare tutte le funzioni del management. Per la loro complessità esse sono molto differenti tra di loro. Si possono suddividere in cinque macro aree: pianificazione, organizzazione, gestione del personale, coordinamento e controllo. L'analisi dell'evoluzione dei modelli di management sottolinea come siano cambiati i concetti di pianificazione e organizzazione e come il contesto ambientale abbia influenzato le funzioni stesse. Oltre a descrivere le competenze gestionali e le sue peculiarità e gli aspetti organizzativi, è utile analizzare l'evoluzione dei modelli di management e alcune caratteristiche delle funzioni di management secondo alcuni modelli. Si può far riferimento allo schema interpretativo di Ansoff, il quale collega le caratteristiche dell'ambiente al sistema di management aziendale utile a produrre risposte coerenti con le aziende.¹²

Tra i vari autori che si sono occupati dell'evoluzione degli strumenti di analisi, delle funzioni di management ci sono anche Gluck, Kaufman e Walleck.

¹² ANSOFF H.I., *Management strategico*, Etas, Milano, 1980, pp. 70-94; ANSOFFNH.I., *Organizzazione innovativa*, Ipsoa, Milano, 1987, pp. 18-42

In uno studio del 1980 essi individuano quattro fasi fondamentali del processo evolutivo, ciascuna associata a determinati “valori” e priorità strategiche: funzioni in termini di pianificazione di breve termine, pianificazione di lungo termine, pianificazione strategica e il management strategico.¹³

L'evoluzione del concetto di pianificazione è legato ai numerosi cambiamenti ambientali; all'inizio la pianificazione era considerata come gestione previsionale, si trattava di un processo passivo il quale non prevedeva azioni specifiche; i documenti evidenziavano la sola variabile finanziaria senza prevedere i possibili scenari futuri. Approccio che presentava dei limiti riconducibili al fatto che il contenuto decisionale di tale processo risulta caratterizzato in realtà da un'eccessiva miopia fondata sulla centralità più degli obiettivi di breve termine che sullo sviluppo complessivo dell'organizzazione nel medio e lungo periodo.¹⁴ L'attività manageriale si svolgeva mediante il controllo ex post delle prestazioni, basato sul confronto tra bilancio di previsione e consuntivo, il cui scopo era quello di verificare e valutare il comportamento degli amministratori.¹⁵ Il contesto ambientale pone una revisione della relazione tra ambiente e azienda, non più sulla proiezione dei dati passati ma sulla previsione. Si presenta, quindi, un nuovo approccio al concetto di pianificazione.

Concetto di pianificazione che cambia ancora con le indicazioni relative alla *business policy* elaborate da Harvard Business School in cui la pianificazione è qualificata come funzione e il modello con cui si verifica è quello di decisione razionale.¹⁶

Si osserva già un'evoluzione dei modelli e una nuova definizione di possibili scenari in ottica di raggiungimento degli obiettivi e varie alternative strategiche associando un altro termine al concetto di pianificazione che è implementazione.

¹³Gluck F.W.,Kaufman S.P.,Walleck A.S., *Strategic management for competitive advantage*,in *Harvard Business Review*, july-august, 1980 e *The four phases of strategic management*, in *The Journal of Business Strategy*, winter, 1982. Cfr. P. LORANGE, *Processi di pianificazione strategica e sviluppo aziendale*, in *Sviluppo & Organizzazione*, novembre-dicembre, 1981

¹⁴ Poggi, identifica l'obiettivo di breve termine più importante nella “redditività finanziaria”Poggi A., *Pianificazione e controllo strategico in un'ottica di apprendimento dinamico*, Giuffrè, Milano, 1998, p. 27

¹⁵ Vitali P.,Anselmi L., *La programmazione nelle pubbliche amministrazioni*, Giuffrè, Milano, 1989

¹⁶ Simon H.A., *Causalità, razionalità, organizzazione*, Il Mulino, Bologna, 1985

Si va verso un'elevata burocratizzazione che caratterizza il processo di pianificazione nelle modalità operative e il mantenimento di una conseguenza logico temporale nelle fasi del processo. Ovviamente bisogna tener conto dell'ambiente in cui applicare tale modello. La pianificazione cambia nuovamente con l'impostazione long range planning¹⁷: diventa di lungo periodo, di tipo esplorativo con l'uso di tecniche di ricerca operativa e modelli matematici. Quando si pianifica a lungo termine è possibile fare previsioni su ciò che può avvenire da un punto di vista sociale ed economico. Il primo punto di analisi della pianificazione a lungo termine è la previsione pluriennale del fatturato. Le fasi successive sono i piani di produzione, di marketing, del personale e la fase finale consiste poi nell'aggregare le proiezioni che ne derivano in un piano finanziario, che presenta ancora i parametri tipici del budgeting e del controllo finanziario, ma che si estende su un orizzonte temporale più ampio.¹⁸ L'evoluzione dei modelli delle funzioni di management porta alla definizione di un nuovo modello secondo cui l'autore Ansoff considera la pianificazione una funzione costituita da una struttura gerarchica, con fasi rigide e non influenzata dai cambiamenti rapidi ambientali; tale modello definito management per estrapolazione. Il contesto ambientale inizia ad assumere un ruolo importante, nell'influenzare e condizionare alcuni processi; quando esso presenta elementi e caratteri discontinui viene teorizzata la pianificazione strategica, in cui viene posto maggiormente in risalto il rapporto tra azienda ed ambiente. Si passa così da un'estrapolazione ad un vero e proprio studio dell'ambiente che per l'azienda si configura sostanzialmente in un adattamento.

Analizzare i possibili scenari e l'andamento dell'ambiente diventa fondamentale per definire obiettivi e strategie; ecco che pianificazione diventa strategica e si distingue da quella operativa; l'analisi ambientale diventa fondamentale per osservare tutti quelli eventi che possono diventare minacce oppure opportunità.

¹⁷ Ewing D.W., *Looking around: long range business planning*, in *Harvard Business Review*, July-August, 1956

¹⁸ In proposito si vedano: Majluf N.S., Arnold C. Hax, *La gestione strategica dell'impresa Copertina flessibile*, Edizioni scientifiche italiane, 1 gennaio 1991

Un ruolo fondamentale, con le loro esperienze, lo hanno gli attori del processo nel modello sintetizzato dall'autore Andrews.¹⁹ La pianificazione diventa processo decisionale, uno sviluppo logico-sequenziale nel quale il rispetto delle fasi viene informato alla logica del modello analitico-razionale di scelta ed in cui alla formulazione segue la sua implementazione. Nelle funzioni del management, la strategia e la sua formulazione diventa processo conoscitivo decisionale in cui occorre definire l'identificazione delle opportunità/minacce ambientali, valutare i punti di forza e debolezza dell'impresa. Una volta definita la strategia si chiude il processo di pianificazione e si passa all'attuazione attraverso la pianificazione operativa o programmazione che coinvolge unità differenti rispetto a coloro che si sono occupati di strategia. I sistemi di pianificazione possono essere implementati e in seguito rafforzati ed è ciò che accade negli anni successivi, in quanto ci si basa sulla convinzione che la formulazione della strategia fosse un processo di concepimento tramite l'uso di poche idee semplici e fondamentali. Una di queste riguarda la ricerca di un equilibrio tra fattori esterni e fattori interni, e come definisce Andrews “la strategia economica va vista come l'incontro tra competenze e opportunità che posizionano l'impresa nel suo ambiente”.²⁰ Il cosiddetto modello harvardiano definisce il processo di formazione della strategia come frutto di un'attività razionale e si sviluppa in modo sequenziale, per cui alla fase della formulazione segue quella dell'implementazione, e il processo di formazione è guidato dal top management.

Invece Ansoff cerca di evidenziare i limiti di questo modello definendo il processo decisionale come una procedura scomposta in una sequenza di fasi. Sulla base della descrizione dei modelli si evidenzia un concetto fondamentale: le caratteristiche ambientali influenzano l'applicabilità del modello e il successo della gestione aziendale dipende da una serie di condizioni, le quali sono la capacità di operare in condizioni di certezza in termini di tempi, obiettivi e risultati attesi.

¹⁹ Andrews K. R., *The concept of corporate strategy*, cit., p. 37

²⁰ Andrews K. R., *Business policy: text and cases*, Irwin, Homewood, 1982, p. 164

A partire dagli anni settanta, i modelli di approccio razionale alla soluzione dei problemi, tra i quali la pianificazione strategica sono messi in discussione; si cerca di apportare delle modifiche per consentire un approccio più ampio proponendo due elementi: il primo riguarda la formulazione degli obiettivi; essa viene inclusa come fase nel processo di conduzione strategica; il secondo si riferisce al fatto che il processo di conduzione strategica assume anche natura dialettica ed informale.²¹ La cosiddetta fase di ampliamento è caratterizzata dall'importante contributo dell'autore Porter sulla strategia competitiva e vantaggio competitivo utili allo svolgimento del processo di gestione strategica. Il primo di questi, secondo l'autore, si caratterizza di concetti tipici dell'economia industriale, allargando l'analisi relativa ai concorrenti e inserendovi il potere contrattuale di clienti e fornitori e la minaccia rappresentata dai potenziali nuovi. Rivede poi, secondo le caratteristiche del settore, le classi di strategie proposte dalla letteratura classica. Inoltre, Porter introduce il concetto di catena del valore, mediante la quale è possibile individuare le attività che creano valore ed individuare così le strategie più opportune per ottenere il vantaggio competitivo.²² Attraverso le influenze delle condizioni ambientali vi è la necessità di garantire coerenza tra le variabili ambientali (livello di prevedibilità degli andamenti) e sistema di gestione strategica; la rapidità con la quale si presentano mette in crisi il modello, poiché si richiede una risposta rapida, di conseguenza si va verso un modello che richiede un approccio di carattere informale.

²¹ Lorange P.-Vancil R.F., *Strategic Planning Systems*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1977; Lorange P.-B.S. Chakravathy B.S., *Managing the strategic process*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1991

²² Porter M.E., *La strategia competitiva*, Tipografia Compositori, Bologna, 1982; Porter M.E., *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di Comunità, Milano, 1987

La crisi della pianificazione strategica viene espressa da Mintzberg, l'autore afferma che “la pianificazione strategica non è il pensiero strategico. Anzi, la pianificazione strategica spesso danneggia il pensiero strategico facendo sì che i manager confondano la visione reale con la manipolazione dei numeri”.²³

Si definisce secondo l'autore che il “grande inganno” della pianificazione strategica è che essa sia identificata con la formulazione strategica, si va verso un concetto sottolineato dall'autore in cui la pianificazione, ha ostacolato, piuttosto che aiutato, i manager a stare in contatto per creare valide strategie.²⁴ Valutare i punti di forza e di debolezza, le opportunità e le minacce esterne è importante al fine di creare modelli e sistemi sofisticati ma a volte si perde di vista la fase di realizzazione, rischiando, così, di relegare la strategia a un livello astratto non attuabile nella realtà operativa. Il cosiddetto modello strategic planning considera automatica la relazione tra titolarità del top management e validità del piano e la condivisione dello stesso da parte di tutta l'organizzazione. In realtà, questo processo, tipicamente accentrato, limita la partecipazione e l'adesione psicologica e motivazionale dei partecipanti i quali vivono in modo distaccato la formulazione e l'attuazione del piano.²⁵ Secondo l'autore Mintzberg la strategia non è altro che l'output di un processo di “formazione”, che comprende al suo interno la formulazione, ma prende in considerazione anche altri fattori legati all'intuito e alla creatività. L'evoluzione verso nuovi modelli è caratterizzata da un concetto di strutturazione e formalizzazione definita “eccessiva” che fa della pianificazione, un processo conservativo.

La resistenza si verifica nei confronti dei cosiddetti cambiamenti pianificati, si aggiungono altre variabili, oltre alle influenza ambientali esterne anche alcuni fattori interni legati ai membri dell'organizzazione, come le relazioni interne. In seguito a tali limiti viene introdotto il modello di

²³ Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, 1992, p. 34.

²⁴ Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, cit., p. 202

²⁵ Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, cit., pp. 121-130

management strategico, in cui si introducono variabili organizzative come le persone, la cultura e i sistemi gestionali.²⁶

Secondo Ansoff tale modello è l'approccio sistemico alla gestione del mutamento strategico e consiste in una serie di elementi quali: il posizionamento dell'impresa attraverso le strategie e la pianificazione delle capacità; la risposta strategica in tempo reale attraverso la gestione per eventi e la gestione sistematica delle resistenze durante l'applicazione della strategia.

Prevedere gli elementi che possono creare mutamenti in tempo reale diventa fondamentale così come la definizione di strumenti in grado di farlo, ed è quello che cerca di fare lo strategic management, cioè definire la strategia sempre più in tempo reale.²⁷ Quindi nello strategic planning la strategia diventa l'output della pianificazione, nella gestione strategica la strategia precede la pianificazione.²⁸

Diventa utile integrare la dimensione operativa e quella strategica ("sistema duplice di management") e la soluzione futura potrebbe essere la formulazione di una strategia più versatile in contesto ambientale che si modifica nel tempo. La cosiddetta tensione al cambiamento che può verificarsi durante il processo può essere modulata dal cosiddetto approccio caratterizzato dal concetto di visione, che può essere vista come un'intuizione, un'idea generica sul prodotto finale e sul suo rapporto con i bisogni che devono essere soddisfatti. L'autore Normann afferma che la pianificazione si presenta come un susseguirsi ed accavallarsi delle fasi di ideazione-azione, durante le quali si viene a creare un apprendimento che influenza i comportamenti successivi.²⁹

Durante l'attività di realizzazione si acquisiscono nuove conoscenze, maturate durante l'attività, definito learning by doing il quale diventa elemento determinante che integra la pianificazione razionale con quelle che Mintzberg definisce strategie emergenti che vanno a comporsi nella strategia realizzata.³⁰

²⁶ Amigoni F., *Presentazione all'edizione italiana*, in Lorange P., *Pianificazione strategica*, cit., p. 17

²⁷ Ansoff H.I., *Managing strategic surprise*, cit., p. 23

²⁸ Poggi A., *Pianificazione e controllo strategico*, cit., p. 89

²⁹ Normann R., *Le condizioni di sviluppo dell'impresa*, Etas, Milano, 1979

³⁰ Mintzberg H., *Of strategies, deliberate and emergent*, in *Strategic Management Journal*, n. 3, 1985

Sulla base di queste analisi si può sottolineare come siano evolute le funzioni di management e i concetti di strategia, pianificazione e programmazione; lo stesso accade per un'altra funzione del management che è il controllo. In azienda la presenza di un sistema di controllo manageriale diventa fondamentale, in modo che favorisca “la probabilità che gli individui, che nell'azienda formano il sistema umano, assumano le decisioni e orientino le loro azioni in modo da garantire il raggiungimento delle linee strategiche più efficaci per l'unità o, comunque, si comportino in maniera coerente con tale finalità”.³¹

All'interno dell'azienda dunque, l'attività di controllo manageriale non si sostanzia unicamente in un processo di ispezione e verifica; come suggerisce la derivazione anglosassone invece, il controllo manageriale è anche e soprattutto attività di governo, supportando il management nel processo decisionale, e di guida del comportamento individuale e organizzativo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.³² L'autore Anthony, il cui modello sarà approfondito in seguito, ha elaborato un modello di controllo che si ispirava ad una concezione sistemica; egli infatti individua la fase di determinazione degli obiettivi dell'organizzazione e delle risorse necessarie al loro raggiungimento, nonché di tutte le attività connesse, come quella della pianificazione strategica. Anthony identifica, poi, nel controllo direzionale sia l'attività di pianificazione operativa di breve termine, sia quella di controllo vera e propria.³³

Si verifica quindi un duplice controllo: ex ante relativo all'attività di pianificazione operativa e c'è la consapevolezza da parte degli operatori che la misurazione delle prestazioni inciderà sui comportamenti conseguenti; si realizza poi, ovviamente, il confronto consuntivo tra prestazioni effettuate e quelle programmate, utilizzando il feed-back, in funzione di un'impostazione più razionale dell'attività futura. La supervisione nello svolgimento di compiti specifici identifica il controllo operativo, strumento tipico di verifica dell'efficienza degli operatori.

³¹ Ferraris Franceschi R., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Giappichelli Editore, 2010, p.5

³² Ferraris Franceschi R., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Giappichelli Editore, 2010, p.5

³³ Anthony R.N., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Etas, Milano, 1967, p. 26

L'approccio sistemico consente ad Anthony di studiare le caratteristiche delle parti componenti, riconducendole poi ad unità attraverso lo studio delle reciproche relazioni. Il sistema di controllo direzionale può svolgere adeguatamente le proprie funzioni di garanzia dell'impiego efficace ed efficiente delle risorse sulla base dell'accettazione, da parte dei componenti dell'organizzazione, delle regole di comportamento stabilite dalla struttura organizzativa: è implicita, quindi, in tale impostazione l'accettazione della visione gerarchica nella regolazione dei rapporti tra i componenti.

CAPITOLO 3 – GLI STRUMENTI DI MANAGEMENT

3.1 ANALISI DEGLI STRUMENTI DI MANAGEMENT

L'evoluzione legislativa, la continua ricerca e la complessità del sistema sanitario pongono la gestione manageriale delle aziende sanitarie e degli IRCCS osservati ad una continua analisi degli strumenti tecnico-gestionali. La nuova filosofia di gestione che interessa il campo sanitario ha portato in un contesto organizzativo e gestionale l'utilizzo di strumenti utili al controllo, all'aspetto gestionale-organizzativo e a quello decisionale.³⁴ Attraverso l'analisi delle informazioni presenti in letteratura si vogliono descrivere gli elementi principali che caratterizzano gli strumenti di management delle aziende sanitarie, la pianificazione strategica ed operativa, il controllo e valutare in ottica critica cosa accade all'interno dei rispettivi IRCCS posti a confronto. L'intero processo di riforma che coinvolge il settore sanitario e ulteriori aspetti legati all'aziendalizzazione richiedono l'introduzione di determinati strumenti tra i quali il budget, il sistema di reporting, il sistema informativo e un sintetico sistema di indicatori oltre alla contabilità generale e analitica. Strumenti, tecniche e logiche di programmazione sono ormai entrati nel nostro linguaggio comune. Sulla base della seguente sintesi verranno analizzati alcuni strumenti e la loro applicazione nel contesto sanitario e soprattutto negli IRCCS; tra questi il ruolo chiave del budget e il sistema degli indicatori approfondito nel capitolo della misurazione delle performance.

³⁴ In proposito si vedano: Del Bene L., *Linee evolutive dei modelli di management nella prospettiva della pubblica amministrazione*, Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, Giuffrè

3.2 CONCETTO DI BUDGET

Da quanto si è analizzato in letteratura si può dire che il budget può essere considerato come uno tra i principali strumenti, utilizzati dal controllo di gestione per valutare la performance aziendale.

Esso rappresenta comunque uno strumento fortemente interconnesso con la contabilità generale e con la contabilità analitica (definiti strumenti del controllo di gestione). La definizione più completa ed esaustiva del concetto di budget è la seguente: “Un budget è un programma di azione che è espresso in termini quantitativi, usualmente monetari, e che copre un predefinito arco temporale, solitamente un anno”.³⁵

Il budget è uno strumento che solitamente ha una durata annuale, in relazione al periodo amministrativo dell'azienda, poiché in questo modo è possibile ottenere una connessione con la contabilità generale. Generalmente, è anche suddiviso in sottoperiodi, tipicamente mensili, per consentire una maggiore visione analitica dell'andamento dell'azienda (può esserci anche una suddivisione in bimestri, trimestri, quadrimestri o semestri).³⁶ A discrezione del management aziendale, il budget, può assumere durata differente, in linea cioè con le esigenze e le caratteristiche aziendali.

Tale strumento, essendo articolato per centri di responsabilità, coinvolge l'intera organizzazione.

È costituito da un programma globale che definisce gli obiettivi (ovvero i risultati da conseguire) e le risorse correlate.

³⁵ In proposito si vedano: Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè

³⁶ Bencini F., Ferragina F., Ferragina V., Mancaruso M., *Come si prepara il Budget*, Gruppo 24ORE, Milano, 2013, p. 43

Gli obiettivi di solito sono riferiti ad un periodo di tempo breve; come analizza l'autore Robert Simon il budget presenta 3 differenti obiettivi:

- tradurre la strategia di business in un piano dettagliato per creare valore. Questo processo richiede che i manager si accordino sulle ipotesi, valutino le alternative strategiche e raggiungano il consenso su una strategia di business e sulla sua capacità di soddisfare le richieste dei differenti portatori di interesse;
- valutare se sono disponibili risorse sufficienti per realizzare la strategia definita;
- per attuare con successo la strategia, gli obiettivi finanziari devono essere collegati con gli indicatori chiave sugli input, il processo e gli output dell'impresa.”³⁷

Il budget in sanità presenta numerose caratteristiche, tra le quali una forte dipendenza dalle politiche nazionali e regionali; inoltre è caratterizzato da una complessità e disomogeneità dei processi produttivi/erogativi svolti e vi è la necessità di dover disporre di sistemi informativi contabili utili per fornire flussi informativi per i processi di programmazione e controllo.

Il budget rappresenta una traduzione in termini quantitativo-monetari delle ipotesi definite per il futuro, dal management aziendale, sia sotto l'aspetto reddituale, sia sotto quello patrimoniale e finanziario. Si può analizzare una prima distinzione tra budget economico, finanziario e patrimoniale.

Il budget economico rappresenta le scelte effettuate dalla direzione generale e con tale strumento si verifica la fattibilità economica dei programmi d'azione prescelti. Attraverso un'elaborazione del budget economico si ha una sintesi dei budget operativi elaborati con l'obiettivo di analizzare l'andamento dell'azienda sanitaria. Il budget economico permette di ottenere informazioni sulla redditività delle varie dimensioni considerate sulla base di una rielaborazione maggiormente analitica del conto economico e si può valutare la redditività globale della gestione.

³⁷ Simons R., *Sistemi di controllo e misure di performance*, Milano, Egea, 2004, p. 95

Nell'elaborazione del budget economico concorrono anche il budget finanziario e degli investimenti, in quanto da essi scaturiscono i riflessi economici della politica finanziaria e la partecipazione al processo economico di produzione dei servizi da parte dei fattori durevoli.

Il budget finanziario richiede l'accertamento delle risorse finanziarie ottenibili per acquisire i fattori produttivi richiesti dai diversi budget dei servizi, inoltre permette di verificare la fattibilità dei budget dei servizi. Si distingue in budget fonti e impieghi e budget di cassa; il primo considera tutti gli impieghi del periodo e tutte le fonti di finanziamento, invece il budget di cassa riguarda i flussi monetari (sia l'entrate che le uscite).

Il budget patrimoniale considera le fonti e gli impieghi che dovrebbero esser presenti alla fine del periodo di riferimento, anticipa la situazione del patrimonio al termine del periodo di budget, definito anche come stato patrimoniale preventivo riferito alla data di chiusura del budget. Si possono dunque descrivere elementi positivi e negativi, vantaggi e svantaggi dell'uso del budget.

Per quanto riguarda gli elementi positivi, attraverso l'utilizzo del budget, ci sono vantaggi in termini di attenzione sulla dimensione economico finanziaria; tale strumento obbliga a ragionare sul futuro e ad esplicitare strategie ed obiettivi, facendo in parte un'analisi critica del passato. Non mancano i punti critici come l'assenza di indicazioni strategiche ben definite; la lentezza dell'avvio del sistema è uno dei problemi che può creare la cosiddetta "cultura dello sviluppo indiscriminato di tutte le attività (logica incrementale)".³⁸

Il processo di budgeting, invece, può essere definito come l'insieme di procedure e attività che partecipano allo sviluppo del budget.³⁹ Il budget riflette le politiche aziendali che i responsabili operativi intendono porre in atto all'interno delle proprie aree di responsabilità, nell'ambito degli obiettivi assegnati dai vertici aziendali. Esso può essere definito un documento e al tempo stesso un

³⁸ In proposito si vedano: Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, 2000, cap. 2

³⁹ Langfield K., Thorne H., Hilton R.W., *Management accounting : information for managing and creating value*, McGraw-Hill, 2007, p.416

processo con cui, come definito da Saita⁴⁰ vengono esplicitate le politiche aziendali che devono essere attuate nell'ambito delle scelte strategiche effettuate.

Esse infatti “rappresentano le azioni che il management intende porre in atto all'interno delle proprie aree di responsabilità, nell'ambito degli obiettivi strategici”.

Il processo di budget è connesso con la pianificazione, si viene a creare un processo continuo all'interno del quale momento strategico ed operativo si fondono, seppure nella necessaria distinzione di funzioni e strumenti⁴¹.

3.3 LA FORMAZIONE DEL BUDGET

La formazione del budget, inoltre, avviene seguendo un processo bidirezionale:

- top-down
- bottom-up.

Con processo top-down si definisce una formazione del budget che avviene dalla direzione, e cioè dall'alto verso il basso. Il management quindi pianifica le differenti attività e gli obiettivi che le unità organizzative devono raggiungere. Il processo bottom-up, invece, riguarda una formazione del budget da parte delle aree aziendali operative, e quindi dal basso verso l'alto. La formazione del budget deve quindi seguire questa doppia impostazione per essere efficace. Anche la formulazione della strategia deve seguire questo processo bidirezionale e non deve essere coinvolta solamente la direzione aziendale, ma è opportuno che il coinvolgimento arrivi anche dalle aree operative.⁴²

Nel contesto sanitario si può definire il budget un processo bottom-up, uno strumento di gestione e non di verifica, fondamentale nella trasparenza delle decisioni. Nel processo di formazione del budget si tiene conto di due prospettive: organizzativa e quantitativo-contabile; in quest'ultima rientrano obiettivi, attività e risorse. Il processo di formazione è anche caratterizzato da elementi quali: attori

⁴⁰ Saita M., *Il budget economico, finanziario e patrimoniale*. Milano, McGraw-Hill, 1990, pag. 18

⁴¹ Bertini U., *Il sistema d'azienda*, Giappichelli Editore, 1990

⁴² Bencini F., Ferragina F., Ferragina V., Mancaruso M., *Come si prepara il Budget*, Gruppo 24ORE, Milano, 2013, p. 43

principali, fasi e documenti. Sulla base di questi elementi si è osservato nel confronto degli IRCCS, che verrà analizzato in seguito, che ci sono indicazioni, vincoli e obiettivi che caratterizzano il processo.⁴³

3.4 LE FUNZIONI DEL BUDGET

Il budget rappresenta quindi il risultato di un processo manageriale, quello di budgeting, la cui funzione è esplicitare in chiave numerica gli obiettivi perseguiti in modo tale da renderli misurabili consentendo un confronto con i risultati raggiunti attraverso un'attività organizzata di monitoraggio e reporting. Con tale analisi si definiscono le principali funzioni del budget.

Innanzitutto, con il budget, sono pianificate le differenti attività che devono essere svolte per raggiungere gli obiettivi programmati nell'anno a venire. Il management, in questo modo, cerca di anticipare gli eventuali problemi futuri, in modo tale da poter attuare gli interventi correttivi necessari. Esso può essere considerato come un importante strumento che permette al management di capire se quanto stabilito in precedenza nella fase di pianificazione strategica sia stato raggiunto nel modo corretto, permettendone quindi la misurazione della performance. Con il budget, le azioni e le decisioni prese da ogni unità organizzative sono indirizzate verso un obiettivo comune, nell'interesse dell'azienda nel suo complesso e ogni attività viene svolta con l'obiettivo principale di massimizzare l'efficacia e l'efficienza a livello generale. Esso ha quindi lo scopo di favorire l'integrazione organizzativa, ottenuta mediante lo scambio di informazioni tra i responsabili decisionali per negoziare i differenti obiettivi.⁴⁴ In questo modo, è anche possibile superare la visione di breve periodo e di orientamento ai singoli obiettivi che può caratterizzare il processo di budgeting, favorendo quindi un'integrazione a livello complessivo incoraggiando anche il dialogo e lo spirito di

⁴³ In proposito si vedano: del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*. Giuffrè, 2000

⁴⁴ Barbato M.B., *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, UTET, Milano, 1991, p. 327 e seguenti

squadra. Afferma in proposito Maria Bergamin Barbato: “La programmazione diventa quindi un mezzo di diffusione e crescita della cultura d’impresa, dove i fattori di successo costituiscono l’elemento aggregante e trascinante dell’organizzazione”.⁴⁵ L’elemento chiave per garantire coordinazione tra i diversi centri è rappresentato dalla comunicazione tra essi. Ciascuna componente dell’organizzazione deve essere adeguatamente informata sui piani e sulle politiche decise dal management.

È molto importante che gli obiettivi siano comunicati e compresi dall’intera azienda. Il budget può quindi anche assumere la funzione di strumento per la comunicazione interna, altra funzione fondamentale. Il budget può fungere inoltre da strumento motivazionale: con esso può essere influenzato il comportamento dei differenti responsabili in modo tale da indirizzarlo verso gli obiettivi pianificati.⁴⁶ È però opportuno tenere in considerazione alcuni elementi di debolezza del processo come i conflitti che in alcuni casi possono crearsi tra i differenti manager, con la possibilità di generare delle inefficienze. Infine, può supportare il management nelle decisioni concernenti l’allocazione delle risorse.

Riassumendo, le differenti funzioni che può avere il processo di budget per un’azienda sono le seguenti:

- Pianificazione delle differenti attività;
- Controllo delle attività;
- Responsabilizzazione e motivazione;
- Facilita la coordinazione e la comunicazione;
- Integrazione organizzativa;
- Valutazione delle performance dei manager;
- Allocazione delle risorse.

⁴⁵ Barbato M.B., *Programmazione e controllo in un’ottica strategica*, UTET, Milano, 1991, p. 329

⁴⁶ In proposito si vedano: Drury C., *Management accounting for business*, Edizione inglese, dicembre 2018

Sulla base delle analisi delle funzioni del budget si pone un'osservazione rilevante approfondita nel confronto degli IRCCS. La crescente mutevolezza e incertezza di variabili e vincoli esterni (si pensi, ad esempio alle linee guida del Ministero della salute) incidono sulla formulazione di strategie, definizione di obiettivi e valutazione degli stessi. Sarà quindi necessario che il sistema di budgeting sia uno strumento flessibile in grado di adattarsi a tale complessità e variabilità di contesto. Ad esempio, tra gli obiettivi di budget, nell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza si è analizzata la prospettiva della ricerca, analizzando le linee guida del Ministero della salute e gli obiettivi da raggiungere in tale prospettiva. Ai fini valutativi, ad ogni obiettivo è attribuito un diverso peso, a seconda dell'importanza che la Direzione vuole assegnare loro e sono stabilite delle regole che modulano il punteggio finale a seconda del raggiungimento pieno o parziale del target assegnato. Diventa fondamentale, nell'analisi del lavoro dei gruppi di ricerca dei rispettivi IRCCS, l'individuazione degli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere, le scelte strategiche e i responsabili delle azioni.⁴⁷

Una descrizione sintetica necessita la "scheda di budget". Essa ha un ruolo fondamentale nell'iter strategia-programma di azione e si tiene conto di alcuni fattori di condizionamento come l'ambiente esterno e l'evoluzione storica dell'azienda sanitaria. Il contenuto della scheda presenta indicazioni sia qualitative che quantitative; nelle prime entreranno gli obiettivi di budget e le caratteristiche tecnico organizzative-strutturali; per quanto riguarda le quantitative rientrano ad esempio personale, attività, prestazioni servizi e anche l'attrezzature. Ci sono altri elementi che possono essere inseriti nella scheda ma l'importante è che gli obiettivi siano condivisi, misurabili e soggetti al processo di controllo.

⁴⁷ Bubbio A., *Il budget nel governo dell'impresa*. Milano, Il Sole24Ore, 1995

3.5 SISTEMA INFORMATIVO E CONCETTO DI ABC,ABM E ABB

Oltre al budget, la conoscenza degli strumenti del management nelle fasi di pianificazione e controllo diventa fondamentale, così come quelli utili al controllo dell'efficienza e dell'efficacia. In base agli obiettivi da raggiungere per poter ottenere informazioni utili su di essi il sistema informativo rappresenta uno strumento appropriato; attraverso tale strumento è possibile controllare l'efficienza, una delle variabili considerata critica.⁴⁸ Si sottolinea l'importanza della contabilità analitica e del controllo direzionale, il primo utile al controllo dell'efficienza. Al processo decisionale diventa fondamentale il ruolo degli strumenti quantitativo contabili, i quali assumono un ruolo centrale, perché attraverso la conoscenza dei dati quantitativi è possibile avere una base su cui effettuare delle scelte. Uno strumento di supporto al potere decisionale è rappresentato dalla contabilità analitica, attraverso i suoi scopi assume un ruolo fondamentale nello scenario sanitario, come la valutazione delle performance in termini economici e il supporto alla contabilità generale.⁴⁹ Analizzando il panorama sanitario, sono necessarie informazioni contabili di tipo quantitativo che qualitativo poiché presenta un'elevata complessità e le diverse aziende sanitarie o gli IRCCS stessi eseguono importanti investimenti; l'uso del sistema informativo deve adattarsi alle differenti esigenze decisionali ed essere abbastanza flessibile.⁵⁰

L'evoluzione temporale caratterizzata da una modifica del controllo di gestione, dalla necessità di integrare le varie attività e soprattutto l'attenzione e la focalizzazione sul risultato finale hanno portato allo sviluppo di un nuovo strumento, l'ABC (Activity based costing).

⁴⁸ Bergamin B. M., Sistema di controllo e cost management. Relazione presentata al Convegno: *dal Cost accounting al cost management. Principi, strumenti e prospettive*, Forlì, 1994

⁴⁹ Brusa L., *Contabilità dei costi. Contabilità per centri di costo e activity based costing*, Milano, Giuffrè, 1995, seconda ed., pagg. 30-34

⁵⁰ Bergamin B.M., *Programmazione e controllo*, op. cit., pag. 214

Come analizzato in letteratura ⁵¹ tale metodologia permette una migliore allocazione delle risorse per quelle attività identificate come strategiche, l'importanza deve essere solo strategica ma anche economica; diventa fondamentale l'analisi del consumo delle risorse per lo svolgimento delle varie attività. I lati negativi dell'applicazione riguardano il fattore temporale, i tempi si allungano, diventa complicata la scelta dell'attività strategica a causa di alcune variabili relative alla scelta stessa e all'aspetto ambientale, oltre alla frammentazione dei sistemi informativi presenti nelle aziende sanitarie. Diventa fondamentale nell'aspetto organizzativo la conoscenza delle modalità dell'utilizzo delle risorse, per verificare una serie di scelte che consentano il loro utilizzo o la loro riallocazione per ottenere non solo risultati in termini economici, ma anche sanitari e sociali. Nelle scelte di carattere strategico l'ABC risulta utile sia nel lungo periodo che nel breve, come sistema consente lo svolgimento del processo di gestione attraverso il contributo di coordinamento delle differenti attività.⁵² L'evoluzione verso l'ABM (activity based management) in ambito sanitario è utile per ridurre il gap tra i sistemi informativi di controllo e operatori; rappresenta un sistema di controllo direzionale che individua, nei processi aziendali e nelle varie attività, gli elementi centrali su cui esplicitare l'azione manageriale per migliorare l'efficacia e l'efficienza della combinazione produttiva. E' un sistema che consente un miglioramento delle operazioni e si pone come scopo il miglioramento delle performance delle attività a valore aggiunto, della qualità, eliminando gli sprechi e semplificando le attività.⁵³ In ottica futura sarebbe interessante utilizzare per l'IRCCS, analizzando il lavoro dei gruppi di ricerca, un maggior coinvolgimento degli operatori nella distribuzione di budget, in modo che non sia solo gestita a livello centrale ma possa rappresentare il cosiddetto "cambiamento migliorativo" durante la pianificazione strategica della ricerca da parte degli organi direzionali degli IRCCS.

⁵¹ In proposito si vedano: Quagli, *L'activity based costing* e Cooper R., *L'ascesa del calcolo dei costi per attività lungo la catena del valore (ABC): quali sono le caratteristiche di tale sistema?* e Cannavacciuolo L. *L'activity based costing in pratica. Una guida all'implementazione attraverso esempi ed applicazioni*, Liguori editore, gennaio 2013

⁵² Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, *La contabilità analitica nelle aziende sanitarie*, cap.3, Milano, Giuffrè

⁵³ Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, *Il controllo gestionale nelle aziende sanitarie-la contabilità analitica* cap.3 pg193-197 Milano, Giuffrè

Il budget come strumento di management, è stato oggetto di diverse critiche, dovute al fatto che sempre più spesso è considerato come uno strumento “obsoleto” e anche contraddistinto da differenti limiti. Per questo motivo, nel corso degli ultimi anni, sono emersi nuovi approcci di programmazione, per cercare soprattutto di contrastare tali limiti. Uno di questi è proprio l’Activity Based Budgeting (ABB), che sarà oggetto di approfondimento nella seguente descrizione. L’Activity Based Budgeting pone il focus soprattutto sul miglioramento della programmazione. La sua logica di costruzione diverge da quella tradizionale, in quanto, in questo caso, il budget è determinato da un modello basato sulle differenti attività svolte dall’azienda per produrre e vendere prodotti o servizi, anziché sui centri di responsabilità, come avviene nella metodologia tradizionale.

Può essere quindi visto come un approccio di programmazione innovativo che si fonda sui principi dell’Activity Based Management (ABM) e su un sistema di contabilità analitica basato sull’Activity Based Costing (ABC). Un sistema di determinazione dei costi basato sulle attività consente anche di creare un budget molto più realistico, in quanto vengono fornite informazioni utili a capire la relazione tra il livello di vendite previsto e il carico di lavoro, e tra quest’ultimo e la quantità di risorse necessarie.⁵⁴ Questa metodologia cerca quindi di individuare e generare una vera relazione tra obiettivi, processi, attività e responsabilità manageriali.

L’Activity Based Budgeting dunque è costruito in funzione dei processi necessari al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Per fare ciò, si esegue una previsione dei carichi di lavoro necessari per ciascun centro di responsabilità in termini di output che devono essere realizzati. I carichi di lavoro devono quindi essere scomposti nelle differenti attività che saranno necessarie per la realizzazione degli output. In questo modo è possibile compiere dei confronti con la capacità pratica in modo tale da migliorare i livelli di efficienza. Questo perché l’enfasi è posta sulle attività e sul loro consumo di risorse.⁵⁵

⁵⁴ Turney P.B.B., *Common Cents: The ABC performance breakthrough: How to succeed with activity based costing*, Cost Technology, 1991, p. 175

⁵⁵ Shim J.K., Siegel J.G., Shim A.I., *Budgeting basics and Beyond, Fourth Edition*, John Wiley & Sons. Inc., 2011, p. 394

Il processo di Activity Based Budgeting, come affermato da Peter B.B. Turney, si sviluppa nelle seguenti fasi:⁵⁶

- projections of sales volume and product and customer mix for the coming period create a potential demand for activities;
- the activity drivers measure the use of the activities by the cost objects;
- the volume of the activity drivers determines the work level of the related activities;
- the cost drivers of each activity determine the effort needed to meet the estimated demand;
- the level of effort for each activity determines the resources required.

È evidente quindi che la programmazione non avviene per specifici centri, ma analizzando le differenti attività che devono essere predisposte per soddisfare le previsioni dei volumi di vendita. È quindi una metodologia che si discosta da quella tradizionale proprio nel modo in cui sono determinati i costi. Solitamente, anch'esso inizia dalla stima delle vendite e dalla conseguente definizione del budget delle vendite. La fase successiva, a differenza del budget tradizionale che determina i vari budget operativi proprio in funzione di quello delle vendite, è stimare la domanda per l'output di ogni attività come misurata dai suoi "cost driver".

In seguito, è quindi possibile definire le risorse necessarie in funzione di quanto rilevato in precedenza. La differenza tra budget tradizionale e Activity Based Budgeting sta proprio nelle modalità con cui sono determinate le risorse necessarie: il primo le determina sulla base delle vendite stimate, il secondo usa le proiezioni di vendita per stimare le attività richieste e a sua volta le risorse necessarie. Con un sistema ad Activity Based Budgeting viene innanzitutto definito un piano che deve essere operativamente attuabile e solo in un secondo momento si procede con la programmazione finanziaria e la determinazione del budget finanziario e del budget patrimoniale.

⁵⁶ Turney P.B.B., *Common Cents: The ABC performance breakthrough: How to succeed with activity based costing*, Cost Technology, 1991, p. 175

Inoltre, se devono essere eseguite delle modifiche nella programmazione per raggiungere l'equilibrio finanziario, con modalità più semplici, il management può regolare i seguenti elementi a seconda delle necessità:⁵⁷ impiegando l'Activity Based Budgeting può essere predisposto un piano molto più efficiente e dettagliato rispetto alla metodologia tradizionale. Nonostante ciò, la sua diffusione non è stata all'altezza delle aspettative e questo è constatato da un suo basso impiego nelle realtà aziendali. Le ragioni di quanto detto sono principalmente riconducibili ai lunghi tempi di preparazione di cui necessita, soprattutto per quanto riguarda la rilevazione dei costi sostenuti riguardo alle differenti attività svolte e alla sua complessità in ambito operativo.⁵⁸ Inoltre, può essere molto complesso determinare la relazione presente tra le varie attività e i risultati che si prefiggono, soprattutto in condizioni sempre più d'incertezza, in cui solitamente operano le aziende. A fronte di quanto detto finora, è ragionevole pensare che questa innovativa metodologia possa essere intesa non in sostituzione delle metodologie tradizionali, ma d'integrazione, poiché può rappresentare un'importante fonte informativa.

⁵⁷ Bhimani A., *Contemporary Issues in Management Accounting*, OUP Oxford, 2006, p. 293 "Activity and resource consumption rates; o Resource capacity; o Resource costs; o Product or service demand quantity; o Product or service price"

⁵⁸ Anthony R.N., Hawkins D.F., Macri D.M., Merchant K.A., *Sistemi di controllo, Analisi per le decisioni aziendali*, McGraw-Hill, Milano, 2012, p. 287

3.6 IL SISTEMA DI REPORTING

Il concetto di reporting riguarda una serie di informazioni rilevanti per l'attività svolta, tra le quali l'ottenimento di determinati risultati e l'impiego di certe risorse. Non si tratta di un semplice strumento contabile, ma di uno strumento operativo che attiva il processo di controllo attraverso l'analisi delle informazioni in esso contenute. Per i responsabili rappresenta un sistema informativo che fornisce informazioni rilevanti per l'attività che viene svolta e determina l'attivazione del processo di controllo. In quanto sistema informativo, il reporting "tratta" i dati, ottenendo output variamente articolati in relazione agli aspetti economico, finanziari e patrimoniali e diversamente aggregati in funzione degli scopi valutativi e/o decisionali.⁵⁹

Nelle aziende sanitarie il sistema di reporting si riferisce a:

- finalità informative a cui è destinato;
- ai destinatari cui è diretto;
- alle caratteristiche che deve possedere.

L'analisi di questi elementi evidenzia la loro connessione e la finalità di tale strumento dipende dai soggetti a cui è indirizzato e dalle sue caratteristiche specifiche. Il reporting è un sistema che permette ai decisori e responsabili di ottenere dati utili per verificare l'andamento della gestione, in un'ottica presente e futura, facendo riferimento anche al passato. Questo processo avviene grazie a precisi algoritmi e mediante l'analisi degli scostamenti tra quantità e parametri diversi in relazione ad eventi temporali differenti. L'indagine sulle cause degli scostamenti è fondamentale per intervenire sulle modalità attuative, sugli obiettivi strategici o operativi tramite azioni correttive. Secondo l'autore Amigoni⁶⁰ si identificano quattro forme di rapporti: i consuntivi, i preconsuntivi, i report di ipotesi alternative di eventi o azioni future, il reporting per varianti.

⁵⁹ Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, il sistema di reporting*, Milano, Giuffrè

⁶⁰ Amigoni F., *Sistemi di controllo direzionale. Criteri di progettazione e di impiego*, Giuffrè Editore, Milano, 1979, p. 110

Si può osservare una caratteristica comune in alcuni: nei primi tre tipi di rapporti il confronto, momento fondamentale del processo di controllo, resta implicito; nel reporting per varianti diventa esplicito.

Un'ulteriore distinzione fa riferimento alle finalità del report e riguarda quelle informative o di valutazione. Nel primo caso, vengono portate a conoscenza dell'operatore alcune informazioni utili allo svolgimento della propria attività.⁶¹ Invece la finalità di valutazione si inserisce come supporto all'analisi dell'attività la quale permette l'attivazione del processo di controllo. In base alla distinzione i due tipi di report evidenziano differenze in merito alla frequenza ed al contenuto. Il report di carattere informativo sarà più frequente di quello valutativo, non essendo legato ad una tempistica funzionale alle esigenze del controllo; però potrebbe dipendere dal verificarsi di alcuni eventi la cui conoscenza risulta utile. Per quanto riguarda il contenuto nel report valutativo dovranno essere inseriti solamente i dati relativi alle variabili controllabili dal responsabile mentre nel report di carattere informativo possono essere inserite anche variabili non direttamente controllabili dal responsabile, ma che possono offrire informazioni utili per l'impostazione dell'attività. Il report informativo non fornisce una decisione vera e propria ma consente di ottenere le basi per eseguire una valutazione più approfondita della situazione su cui può fondarsi successivamente una decisione.⁶²

⁶¹ Brusa L., Zamproga L., *Pianificazione e controllo*, Etas, 1991, pp. 191-193

⁶² Del Bene L., *Il sistema di reporting* e Cfr. Bromwich M., *Standard costing for planning and controls*, in: *The accountant*, Apr.-May, 1969

3.7 IL SISTEMA DEGLI INDICATORI

Nell'analisi del sistema di indicatori è utile la definizione con cui si introduce il concetto di indicatore: “(Casati)-E’ necessario identificare una grandezza sintetica che rappresenti un fenomeno e che si presti a dare giudizi, ovvero che sia in grado di comprendere al suo interno i fattori che hanno determinato il fenomeno così come si è osservato; tale concetto rafforza la definizione di indicatore: un indicatore è una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito. Gli indicatori sono strumenti in grado di mostrare (misurare) l'andamento di un fenomeno; si tratta di strumenti utilizzati per monitorare o valutare il grado di successo o l'adeguatezza delle attività implementate. Presentano una pluralità di utilizzi e diverse funzioni, tra le quali si sottolinea l'utilità a supporto del monitoraggio e/o della valutazione.⁶³ Nello studio e nel confronto tra IRCCS fondamentale è stata l'analisi della differenza tra indicatori qualitativi e quantitativi; i primi importanti per qualità tecnica, organizzativa e percepita; nei secondi, invece, rientrano gli indicatori di produttività. L'analisi del sistema di indicatori sarà approfondito nel capitolo delle misurazioni delle performance, quando si introdurrà il concetto di impact factor come indicatore fondamentale per la distribuzione del budget ai gruppi di ricerca e il suo ruolo nella produttività scientifica. Utile sarà distinguere la configurazione che determinati indicatori possono assumere all'interno di determinati processi e strumenti, come quelli utilizzati nella misurazione delle performance; si distinguerà la configurazione leading e cioè “anticipati rispetto a determinati andamenti”, oppure lagging quando invece sono ritardati.⁶⁴

⁶³ In proposito si vedano: Del Bene L., Paolini A., *Monitorare la performance delle università per generare valore pubblico*, Franco Angeli Editore

⁶⁴ Cfr Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, La contabilità analitica nelle aziende sanitarie, L'approccio performance measurement*, pg 212

Ci sono altri tipi di indicatori che occorre citare a seconda del contesto del loro utilizzo, tra questi si identificano gli indicatori di appropriatezza, distinti in:

-clinica;

-organizzativa;

-territoriale.

Un'ulteriore distinzione riguarda gli indicatori di efficacia esterna ed interna e quelli di efficienza per l'output. Tra i primi rientreranno gli indicatori non monetari in linea con gli obiettivi raggiunti invece i secondi riguardano gli indicatori di costo.

CAPITOLO 4 – IL MODELLO DI ANTHONY E IL SUO SUPERAMENTO

4.1 DESCRIZIONE MODELLO

Le funzioni di management si sono sviluppate attorno a determinati contesti e in riferimento a modelli precisi. Nelle funzioni di management come pianificazione e controllo la letteratura offre un'importante trattazione attraverso l'analisi del modello di Anthony. Il modello "classico" che per molti anni ha caratterizzato lo "schema mentale" attraverso cui studiosi e operatori aziendali rappresentano il ciclo di pianificazione, programmazione e controllo si fonda sull'integrazione della visione di Anthony riguardo alla struttura del sistema delle decisioni aziendali con la fondamentale funzione di feedback informativo, la quale viene svolta dal sistema informativo aziendale.

L'autore R. Anthony identifica un'articolazione del sistema di controllo in tre grandi ripartizioni: pianificazione strategica, controllo direzionale e controllo esecutivo. A ciascuna delle tre ripartizioni vengono riconosciuti ruoli e finalità distinte, pur essendo chiamate a interagire all'interno del medesimo sistema di controllo per garantirne il corretto funzionamento. La pianificazione strategica viene definita da Anthony come il processo decisionale riguardante gli obiettivi dell'organizzazione, l'eventuale modifica degli stessi, le risorse da impiegare per il loro raggiungimento e le strategie che dovrebbero informare l'acquisizione, l'uso e l'assegnazione di tali risorse. La seconda ripartizione individuata da Anthony è quella del controllo direzionale, presentato come il processo attraverso il quale i manager verificano che le risorse siano state utilizzate in maniera efficace ed efficiente per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Nel fornire questa concezione del controllo direzionale, Anthony ne tratteggia già alcuni caratteri fondamentali quali la finalizzazione verso il controllo del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali e la focalizzazione sull'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

La terza, ed ultima, ripartizione individuata da Anthony è quella denominata controllo operativo individuato come il processo attraverso il quale si verifica che i compiti specifici siano svolti in maniera efficace ed efficiente. Da tale definizione emerge l'evidente intenzione di tenere distinte due forme di controllo dai caratteri e dalla natura del tutto diversi. Il fattore di discriminazione è individuato dall'autore nell'oggetto delle due forme di controllo, nonché nel livello di specificazione dei compiti sui quali l'attività di controllo viene esercitata. Con riferimento all'oggetto del controllo operativo, questo è identificato negli specifici compiti dei dipendenti, mentre il controllo direzionale fa riferimento all'attività dei dirigenti.⁶⁵ Si tratta di un modello che presenta punti di forza e alcuni punti critici. Elementi qualificanti sono la facilità di adozione e di implementazione del modello, ovvero nella possibilità di tradurlo in norme e procedure facilmente adottabili in contesti aziendali differenti. Nonostante questi punti di forza, i mutamenti ambientali hanno condizionato e sconvolto i mercati negli anni successivi all'elaborazione del modello stesso fino a provocarne la graduale perdita di rilevanza. L'idea di un modello strutturato su tre ripartizioni rigidamente definite e separate, sebbene strumentali l'una all'altra non si coniugava con un contesto in cui la gestione strategica e quella operativa erano sempre più strettamente legate, tanto da diventare molto spesso un "unicum".⁶⁶

Un ulteriore elemento di forte criticità del modello di Anthony è l'eccessiva focalizzazione su misure economico-finanziarie e l'assenza di focalizzazione sugli aspetti comportamentali degli individui. Ci sono stati numerosi fattori che hanno condotto, nel corso del tempo, all'affermazione di nuovi modelli e paradigmi i quali hanno ispirato nuovi approcci ai sistemi di programmazione e controllo.

⁶⁵ Anthony R.N., *Sistemi di pianificazione e controllo. Schema di analisi*, cit., p. 14

⁶⁶ Bergamin B.M., *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, 1991, p. 214

La letteratura suggerisce diverse interpretazioni del sistema di programmazione e controllo, tra queste vi è quella in cui il sistema di programmazione e controllo è considerato come un insieme di regole e di principi finalizzati a supportare e ad orientare i processi decisionali aziendali verso il perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione. In quest'ottica il sistema di programmazione e controllo diviene uno strumento di governo e guida dell'azienda.⁶⁷ Le diverse finalità di tale sistema sono:

- monitoraggio e supporto dell'attività decisionale;
- coordinamento nelle attività di gestione;
- responsabilizzazione di individui del processo al raggiungimento di obiettivi;
- funzione motivazionale;
- orientamento (direzione di marcia);
- occasioni di apprendimento e stimoli al cambiamento proposte attraverso il controllo;
- diffusione di una cultura meritocratica: il sistema di programmazione e controllo rappresenta un mezzo per favorire la diffusione di una cultura meritocratica all'interno delle organizzazioni

4.2 IL MODELLO BRUNETTI

Un altro importante contributo fu l'introduzione di un approccio sistemico al controllo, ripreso e approfondito negli studi di Brunetti, il quale dedicò nei propri lavori particolare attenzione alla definizione delle caratteristiche del sistema di controllo manageriale, considerato, all'interno della classificazione proposta da Anthony, come controllo direzionale o controllo di gestione. Il sistema di controllo direzionale è un insieme di principi, regole e strumenti messi a disposizione della direzione aziendale per prendere decisioni corrette in relazione agli obiettivi da raggiungere.

⁶⁷ Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 1992-Brusa L., *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano, 2012.

La qualifica di “sistema” fa riferimento alla presenza, all’interno del meccanismo di controllo, di un insieme di elementi tra loro interagenti, articolabili in una componente statica, la struttura, e in una componente dinamica, il processo. Il processo è la metodologia in base alla quale avviene l’attività di controllo e si sostanzia in un meccanismo di retroazione articolabile in diverse fasi.⁶⁸ Innanzitutto la direzione aziendale deve procedere con la definizione degli obiettivi e la loro traduzione in termini economici-monetari all’interno del budget. Il grado di raggiungimento di tali obiettivi viene poi rilevato attraverso una misurazione della prestazione effettuata, posta a confronto con la performance desiderata, rappresentata dagli obiettivi definiti in sede di budget. Se da tale confronto emergeranno degli scostamenti, sarà necessario provvedere ad una loro analisi per individuarne le cause e formulare le possibili azioni correttive. Attraverso un meccanismo di feedback, dunque, i risultati del processo di controllo vengono utilizzati al fine di modificare gli elementi del sistema stesso, siano essi le azioni necessarie per conseguire i risultati, gli obiettivi economici-finanziari o i programmi di azione e anche gli obiettivi strategici.⁶⁹

Il processo di controllo necessita tuttavia di una base, un fondamento, su cui poggiarsi: la struttura, componente statica del sistema, articolabile in struttura tecnico-contabile e struttura organizzativa. La struttura tecnico-contabile si traduce nella contabilità direzionale e contiene tutte le metodologie di misurazione necessarie per quantificare i risultati dei diversi sub-sistemi. Tale struttura si avvale del sistema informativo amministrativo, il quale, a partire da dati elementari, monetari e non, e tramite processi di elaborazione che prevedono l’utilizzo di una specifica strumentazione e di supporti informatici, produce utili informazioni economiche, fornite poi dal sistema di controllo di gestione, ai diversi manager coinvolti, a vari livelli, nella direzione dell’impresa.⁷⁰

⁶⁸ Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 2011

⁶⁹ Arcari A., *Programmazione e controllo*, McGraw-Hill Education, Collana: College, 2014

⁷⁰ Arcari A., *Programmazione e controllo*, McGraw-Hill Education, Collana: College, 2014

La contabilità direzionale, per fornire i dati quantitativo-monetari con i quali il processo di controllo si svolge, utilizza diversi strumenti, identificabili in: contabilità generale, contabilità analitica, sistema di budget e standard e sistema delle variazioni.⁷¹ La contabilità generale accoglie i valori derivanti dagli scambi monetari tra l'impresa e i terzi ed è la base per la redazione del bilancio di esercizio. All'interno del controllo di gestione, questo strumento consente di accogliere in modo sistematico e continuativo i valori consuntivi-effettivi dei costi dei fattori produttivi e dei ricavi di prodotto. La contabilità analitica, diversamente dalla contabilità generale, la quale fornisce valori aggregati riferiti all'impresa nel suo insieme, raggruppa i valori per specifici sub-sistemi aziendali, pervenendo così alla determinazione dei costi di centro, dei costi di prodotto, dei ricavi sezionali, dei risultati parziali per settori, divisioni o gruppi di prodotti. Il sistema di budget e standard invece, fornisce un supporto quantitativo-monetario al processo decisionale, diventando un utile strumento per valutare, in termini economici, le diverse alternative di azione, per scegliere poi quella ritenuta più conveniente. Tale sistema inoltre, permette di definire gli obiettivi da assegnare ai diversi responsabili coinvolti nella gestione dell'organizzazione. Infine, il sistema delle variazioni (*variance analysis*) rileva gli scostamenti tra i valori obiettivo, individuati dal budget e dagli standard, e i valori consuntivi, risultanti dalla misurazione della performance effettuata. Le informazioni raccolte tramite questi strumenti vengono poi selezionate e riassunte in documenti chiamati report, consultati dal management per effettuare analisi, valutazioni e scelte. L'altra componente strutturale del sistema di controllo è la struttura organizzativa, consistente nella definizione e assegnazione della responsabilità economica ai soggetti che, a vario livello, sono coinvolti nella gestione dell'azienda. L'organizzazione viene in questo modo suddivisa in centri di responsabilità, unità organizzative al cui vertice è allocato un manager che è ritenuto responsabile del conseguimento di uno specifico insieme di risultati e/o dell'uso di determinati fattori produttivi.

⁷¹ Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 2011

Il sistema di controllo manageriale risulta così formato da una componente statica e una componente dinamica, strettamente connesse tra loro. Il processo infatti, attraverso le diverse modalità di funzionamento, può modificare fortemente la struttura, la quale rappresenta la base su cui il processo opera e ha il potere di influenzarlo. Nella progettazione di una delle componenti del sistema dovranno dunque essere prese in considerazione le caratteristiche delle altre componenti, per assicurarsi che gli elementi del sistema siano tra loro coerenti e agiscano nella stessa direzione.⁷²

⁷² Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 2011

4.3 DEFINIZIONE DI PIANIFICAZIONE

Con il termine pianificazione aziendale, si intende la formulazione di un piano o programma, specialmente di carattere economico: pianificazione aziendale, commerciale; pianificazione dell'attività di ricerca e diversi tipi di pianificazione. Nell'ambito economico-aziendale è facile imbattersi nei termini pianificazione e programmazione riferiti al più generale "Sistema di Pianificazione, Programmazione e Controllo". Questo sistema rientra nell'ambito del sistema di amministrazione e controllo che, insieme al sistema della gestione e dell'organizzazione, costituiscono la fondamentale tripartizione dottrinale dell'economia aziendale teorizzata da Zappa⁷³; ad esso Saita aggiungerà il cosiddetto sistema della qualità.

E' importante distinguere i concetti di pianificazione e programmazione. La pianificazione consiste nell'anticipazione di una serie di decisioni tra loro coordinate. L'output della pianificazione è il piano, cioè il documento strategico nel quale sono ordinati in un sistema quantitativo preventivo i dati riguardanti la gestione futura nell'ambito delle previsioni attuate, degli obiettivi prefissi e delle combinazioni scelte per il loro raggiungimento. La programmazione, invece, riguarda il processo di determinazione operativo, sulla base dei dati previsti, degli obiettivi realizzabili in rapporto ai mezzi a disposizione. In pratica, la pianificazione, sulla base della definizione della strategia aziendale, va a mostrare come le stesse possono essere sviluppate nell'arco temporale del medio e lungo periodo. La programmazione, invece, si concentra sulla traduzione delle strategie evidenziate nel piano in programmi operativi. Quindi, i due concetti sono direttamente collegati rispettivamente alla visione strategica e a quella operativa.⁷⁴

⁷³ Zappa G., *Il reddito di impresa*, Giuffrè Editore, Milano, 1943

⁷⁴ Zappa G., *Il reddito di impresa*, Giuffrè Editore, Milano, 1943-Saita M., *Economia e strategia aziendale*, Giuffrè Editore, Milano, 2001

4.4 DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Considerare le tre componenti, pianificazione programmazione e controllo, nell'ambito di un unico sistema evidenzia come queste siano inevitabilmente legate tra di loro. Nell'ottica di questa osservazione si può dire che il sistema è fondato su due elementi strettamente connessi in una relazione di tipo logico. Il primo riguarda la formulazione degli obiettivi derivanti dalla visione strategica che mira ad ispirare le scelte della gestione futura. Il secondo è invece rappresentato dalle attività manageriali che permettono la realizzazione degli obiettivi formulati precedentemente. Nella formulazione degli obiettivi strategici rientrano le componenti previsionali, ossia la pianificazione e la programmazione. Nell'analisi dei concetti, abbiamo già sottolineato come questi due termini siano differenti ma a volte alcuni autori tendano ad attribuire agli stessi dei significati diversi.

Per pianificazione si intende l'attività volta ad assolvere il compito di valutare la fattibilità delle idee, convertirle in linee precise, specificando mediante la definizione di obiettivi che le esprimano e individuare le alternative per la loro realizzazione. Lo sviluppo temporale è, conseguentemente, quello di medio e lungo periodo (3 – 5 anni). La programmazione, invece, tende a tradurre gli obiettivi formulati nell'ambito della pianificazione in scelte concrete, tenuto conto delle risorse a disposizione. La programmazione, nell'ambito dei sistemi di controllo tradizionali, costituisce l'elemento essenziale del controllo di gestione. Il controllo rappresenta la fase conclusiva del processo insito nel sistema e consente, di analizzare le differenze che sorgono tra le previsioni e quanto si è verificato.

Gli obiettivi che caratterizzano il sistema sono:

- stabilire la direzione di marcia da seguire;
- definizione e comunicazione delle strategie;
- attuazione delle strategie mediante la definizione degli obiettivi a breve termine;
- assegnazione degli obiettivi e loro raggiungimento;
- misurazione, comparazione e verifica dei risultati ottenuti rispetto a quelli programmati inizialmente.

Il tutto richiede che alla base del processo sussista un solido ed accurato sistema di misurazioni della gestione e quindi di strumenti e di metodologie coerenti con l'attività svolta. Tali strumenti diventano parte integrante del sistema.

4.5 CONCETTI DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO SECONDO AUTORI

Considerando il panorama sanitario le aziende sanitarie operano in contesti differenti ed è di notevole importanza analizzare la gestione del “momento strategico”; considerando i numerosi input sia esterni che interni diventa fondamentale tracciare un vero e proprio piano che soddisfi le necessità prefissate e definisca un percorso preciso per gli obiettivi da raggiungere tenendo conto delle risorse a disposizione. Sono state date molteplici definizioni di pianificazione strategica, a partire dalle più citate dell'autore Robert Newton Anthony, che addirittura analizza il concetto di pianificazione strategica aziendale sullo stesso piano della strategia militare. Anthony evidenzia come quest'ultima abbia un inizio e una fine, infatti nella battaglia la vittoria rappresenta l'obiettivo finale da raggiungere, mentre la strategia aziendale è in continuo divenire e strettamente connessa con la realizzazione degli obiettivi. Secondo Anthony, “essa è il processo con il quale vengono decisi gli scopi dell'organizzazione e le strategie per raggiungere tali scopi.”⁷⁵

⁷⁵ Anthony R.N., *Il controllo manageriale*, Franco Angeli, 1990, Milano

L'Autore definisce la pianificazione strategica come il processo decisionale riguardante gli obiettivi dell'organizzazione, l'eventuale cambiamento degli stessi, le risorse da impiegare per il loro raggiungimento e le strategie che dovrebbero informare l'acquisizione, l'uso e l'assegnazione di tali risorse. La definizione di pianificazione strategica a cui Anthony fa riferimento è quella della pianificazione a livello aziendale in quanto dotata di autonomia rispetto al controllo, rappresentando una delle tre parti del processo di pianificazione e controllo e riferibile ai vertici direzionali. Per sua natura, la pianificazione strategica rappresenta un processo fondato su elevata creatività e sull'uso di informazioni relative sia all'ambiente esterno sia all'ambiente interno. Analizzando la pianificazione strategica come processo, invece l'autore Luigi Brusa, afferma che "essa è un insieme di attività direzionali con cui si definiscono gli obiettivi di fondo della gestione, con cui si formulano le scelte".⁷⁶ Un'ulteriore definizione di rilievo è quella fornita da Paolini secondo cui questa è il "processo con il quale vengono decisi gli scopi dell'organizzazione e le strategie per raggiungere tali scopi".⁷⁷ Nell'analisi della terminologia è facile prevedere l'importanza della pianificazione strategica come processo che parte dalla definizione di alcuni scopi, e che si sviluppa tramite i mezzi con i quali gli stessi scopi vogliono essere realizzati. Ogni strategia presenta numerose alternative per poter essere realizzata, condizioni esterne e volontà degli organi direzionali. Il processo di pianificazione strategica si svolge in un arco temporale ben definito, di solito pluriennale mentre il budget costituisce la sua traduzione in termini annuali. Il momento strategico deve essere ben strutturato, altrimenti si creano effetti negativi sull'elaborazione del budget e viene a mancare dal punto di vista strumentale il nesso tra piano e budget, presentando anche quest'ultimo obiettivi di carattere strategico.⁷⁸

Tutto quello che riguarda il formarsi e il realizzarsi delle strategie aziendali ha a che fare con il sistema della pianificazione idealmente inteso, ma le fasi di tale processo, gli organi aziendali che vi si dedicano, gli strumenti organizzativi e informativi utilizzati possono essere molto diversi, in alcuni casi possono mancare e in altri possono non essere presi in considerazione, risultando poi utili o

⁷⁶ Brusa L., *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, 2012, Milano

⁷⁷ Paolini A., *Il controllo strategico. Uno schema di analisi*, Giuffrè, 1993, Milano

⁷⁸ In proposito si vedano Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè

indispensabili.⁷⁹ Analizzando un modello concettuale si descrive il processo strategico di una qualsiasi azienda suddiviso in tre fasi: ideazione, decisione e realizzazione.⁸⁰ L'ideazione o attività ideativa si compone sia di un profilo strategico attuale e sia di input strategici interni ed esterni in modo da avere un quadro della situazione tale in cui si possono individuare gli obiettivi strategici da realizzare; l'altra fase, quella decisionale rappresenta la fase che sintetizza ed arriva alla scelta definitiva rispetto alla precedente fase di ideazione. La fase decisionale, impone un'ulteriore riflessione sugli obiettivi strategici individuati e sulle alternative strategiche correlate. In ultimo la fase realizzativa che consente la messa in atto della strategia. La cosiddetta gestione del modello concettuale analizzato si esplica attraverso una serie di azioni collegate che dovrebbero essere coerenti con la strategia formulata anche mediante una formalizzazione del "programma": definito documento qualitativo che sintetizza la realizzazione della gestione strategica di breve termine. Attraverso la programmazione, gli obiettivi strategici di lungo periodo sono articolati in obiettivi specifici di breve periodo il cui raggiungimento è demandato all'organizzazione nelle singole aree aziendali. La programmazione, oltre a costruire un sistema di obiettivi direzionali ed operativi coerenti con quelli strategici, ha il compito di individuare e stabilire come reperire le risorse (intese in senso lato: monetarie, materiali, tecnologiche, umane) necessarie per il conseguimento degli obiettivi e da assegnare ai responsabili direzionali ed operativi.

4.6 CONCETTO DI GESTIONE NELLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

Chiaramente la gestione è il funzionamento di un'azienda, quindi, la conseguenza della gestione cognitiva è la gestione operativa: l'insieme delle operazioni (direzionali ed operative) che esplicitano il funzionamento quotidiano e continuo dell'azienda.

⁷⁹ Paolini A., Chiucchi M. S., Gatti M., *I sistemi di pianificazione e controllo della gestione*, Giappichelli editore, 2001

⁸⁰ Paolini A., Chiucchi M. S., Gatti M., *I sistemi di pianificazione e controllo della gestione*, Giappichelli editore, 2001

I caratteri qualificanti della gestione strategica, che interessano trattando della pianificazione, sono⁸¹: l'impatto strutturale degli obiettivi e delle azioni, il cambiamento che impone, il riferimento a lungo termine, l'azione importante sulle risorse, il riferimento all'azienda nella sua interezza. La gestione strategica può essere formalmente impostata e realizzata dalla pianificazione così che le risorse umane e strumentali dedicate producano un output definito piano: documento quali-quantitativo che sintetizza la formulazione e la realizzazione della gestione strategica di medio-lungo termine. Ci sono realtà più piccole dove la pianificazione strategica è quella di chi (uno o pochi soggetti) impone la propria missione, la propria visione, il proprio pensiero strategico.⁸² Diventa fondamentale nella gestione aziendale il concetto di pianificazione e controllo; per quanto riguarda la gestione spesso si fa riferimento ad una classificazione tra gestione strategica ed operativa, anche se sono un tutt'uno in quanto collegate dalla struttura competitiva e dalla struttura operativa.⁸³ La struttura competitiva, in particolare, è l'interazione consolidata dell'azienda con il suo ambiente di riferimento dove la gestione strategica si confronta per capire l'efficacia della strategia in atto e la gestione corrente si rapporta per capire l'efficienza dei rapporti instaurati con i soggetti di riferimento. La struttura operativa interna è quella organizzativa dove s'innesta la gestione aziendale, sia strategica che operativa.

4.7 DEFINIZIONE PIANIFICAZIONE OPERATIVA

Attraverso la pianificazione operativa si esprime la pianificazione strategica e lo strumento che consente di attribuire risorse e obiettivi per ciò che deve essere realizzato è il budget; quindi non solo strumento di attuazione del piano⁸⁴ ma definisce con chiarezza ciò che “si deve fare e ciò che deve essere fatto”.⁸⁵ Nella pianificazione operativa, il budget rappresenta un utile strumento per verificare il raggiungimento degli obiettivi e valutare il rapporto tra risorse impiegate e risultati raggiunti. Il

⁸¹ Galeotti M., Garzella S., *Governo strategico dell'azienda*, Giappichelli, Torino, 2013, pp. 13-14

⁸² Mintzberg H., *La formazione della strategia: strategie deliberate e strategie emergenti*, in *Problemi di gestione*, XVI/10, 1987, p. 6

⁸³ Galeotti M., Garzella S., *Governo strategico dell'azienda*, Giappichelli, Torino, 2013, pp. 13

⁸⁴ Barbato B.M., *Programmazione e controllo*, op. cit., pag. 324

⁸⁵ Nota di approfondimento BERTINI, *Il sistema d'azienda*, op. cit., pag. 120

budget non è solo distribuzione di risorse ma anche esplicitazione di obiettivi quantitativi orientato unicamente al breve termine;⁸⁶ nelle scelte strategiche attraverso il budget vengono determinati e attribuiti gli obiettivi intermedi, il cui raggiungimento si rivela necessario per ottenere quelli generali.

4.8 IL CONTROLLO

Il controllo viene definito come strumento in grado di influenzare il comportamento degli operatori e di guida verso gli obiettivi prefissati.⁸⁷ Nell'analisi differenziale tra controllo strategico e direzionale, l'uso del controllo direzionale presenta dei limiti riguardo la sua applicazione alla realtà sanitarie; tali limiti sono le mutate condizioni ambientali e la logica gerarchica. Come definito dall'autore Barbato⁸⁸ ad esempio, nel concetto di controllo sul budget occorre individuare nuovi strumenti di controllo direzionale e affinare le logiche del loro utilizzo. Invece il controllo strategico si propone di pianificare la strategia e di verificare a consuntivo se le attività aziendali creano valore.⁸⁹

Il processo di controllo, verifica la coerenza degli obiettivi di breve periodo con quelli di lungo periodo per poi svilupparsi durante l'azione del processo e al termine del periodo di osservazione. Quest'ultima è una fase di controllo fondamentale per permettere delle azioni correttive in caso di disallineamenti tra gli obiettivi definiti in fase di programmazione e i risultati conseguiti. Per quanto riguarda il controllo direzionale l'autore Anthony lo definisce come processo attraverso il quale i manager verificano che le risorse siano state utilizzate in maniera efficace ed efficiente per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il sistema di controllo direzionale nella sua totalità abbraccia tutti gli aspetti aziendali e fornisce ai manager informazioni preziose su ogni singola parte dell'azienda.⁹⁰

⁸⁶ Anthony R.N., *Sistemi di pianificazione e controllo. Schema di analisi*, ETAS, 1974 p. 14

⁸⁷ Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè.

⁸⁸ Barbato B.M., *Programmazione e controllo* op. cit. pagg. 28-29

⁸⁹ Saita M., *Economia e strategia aziendale*, Giuffrè Editore, Milano, 2001

⁹⁰ Anthony R.N., Dearden J., Vancil R.F., *Management Control Systems, Cases and Readings*, cit., p. 3: "It needs to be a total system because an important management function is to assure that all parts of the operation are in balance with one another"

CAPITOLO 5 – PERFORMANCE E MULTIDIMENSIONALITÀ: CONCETTI DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE

5.1 LA PERFORMANCE

Negli studi di management pubblico il concetto di performance è stato al centro di un grande dibattito. L'autore Tony Boivard sottolinea che la performance non è un concetto unitario con un significato univoco. Piuttosto va considerato come un complesso di informazioni relativamente ai risultati giudicati significativi da differenti stakeholder.⁹¹ In molti studi di management pubblico il concetto di performance viene assimilato al concetto di risultato⁹², anche se in realtà esiste una sottile distinzione tra i due concetti. Infatti le performance sono da un lato un'operativizzazione tangibile del risultato, che rimane invece un concetto più in generale. Inoltre le performance sono interpretabili come un concetto dinamico nel senso che includono non solo l'esito finale dell'azione (il risultato appunto) ma anche le condizioni e le modalità con le quali si è realizzato tale esito (in particolare efficacia ed efficienza). Gli studi di management pubblico concordano che il concetto di performance è multidimensionale e complesso. Gli autori Bouckaert e Halligan hanno sintetizzato due dimensioni principali in cui si articola il concetto di performance: ampiezza (span) e profondità (depth). Per ampiezza si intende una dimensione relativa al carattere multidimensionale del contenuto: risorse, processi, servizi; invece la profondità (depth) della performance riguarda la dimensione relativa al carattere multidimensionale del suo ambito di applicazione, cioè: individuo, unità organizzativa, complesso aziendale, politica pubblica.⁹³

⁹¹ Boivard T., *The political economy of performance measurement* in A. Halachmi e G. Bouckaert, *Organizational performance and measurement in the public sector*, ct p.147-1996

⁹² Bouckaert G., Halligan J., *Managing Performance*, Routledge, 2007, pp.15-18

⁹³ Bouckaert and Halligan, 2008

Al riguardo si riporta la definizione degli autori Bouckaert e Halligan , essi affermano che “span of performance is a horizontal expansion of the results dimension, depth of performance is a vertical dimension”.⁹⁴

Per “ampiezza” della performance si intende la multidimensionalità del contenuto, considerato all’interno della cosiddetta “catena del valore” rappresentata in termini di “input-processi-output-outcome”. La “profondità” del concetto di performance prende in esame la dimensione verticale, ovvero sia dei soggetti che a vario titolo sono coinvolti nelle politiche pubbliche, dal singolo dipendente fino all’ufficio/area organizzativa in cui presta la propria attività; dall’ente nella sua interezza fino all’intero “gruppo pubblico” formato dalla Holding. Nella performance aziendale, nel concetto di misurare è importante definire le dimensioni delle performance, che sono efficacia, efficienza, qualità e appropriatezza. L’efficacia può essere interna o esterna, nella prima si intende la corrispondenza dei risultati ottenuti con gli obiettivi programmati, nell’esterna la corrispondenza degli obiettivi programmati con i bisogni realmente espressi dalla collettività. L’efficienza riguarda invece un concetto fondamentale, capacità di minimizzare le risorse impiegate per ottenere un dato risultato.⁹⁵

La qualità assume significato differente e presenta diverse dimensioni analizzate nei concetti di alcuni autori; secondo “Donabedian”⁹⁶ si parla di: qualità organizzativa che riguarda la struttura, risorse, attrezzature ed edifici; di qualità professionale, che riguarda il processo erogativo, le prestazioni e la qualità percepita, cioè tutto ciò relativo all’esito come le condizioni di salute dovute agli interventi sanitari. Altri autori come “Liva e di Stanislao” si riferiscono ad altre dimensioni della qualità: quella “manageriale, tecnica e percepita”. La qualità manageriale riguarda le strutture, quella tecnica le procedure e quella percepita fa riferimento alla soddisfazione di clienti ed operatori. Il sistema degli indicatori ha un ruolo fondamentale nella misurazione delle performance. L’indicatore non è il fenomeno, ma rappresenta e riassume il comportamento del fenomeno più complesso, che si deve monitorare e valutare.

⁹⁴ Bouckaert G., Halligan J., *Managing Performance*, Routledge, 2007, pp.15-18

⁹⁵ Anthony R.N., Young D.W, *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw-Hill Education, 2002

⁹⁶ Donabedian A., *La qualità dell’assistenza sanitaria*, NIS, Roma, 1990

Nell'efficienza rientrano indicatori di rendimento e di produttività, nell'efficacia indicatori di output, di risorse e outcome. L'output fa riferimento a risultati intermedi, cioè tipologia e quantità dell'attività posta in essere (servizi erogati) mentre l'outcome a risultati finali, cioè effetto dell'attività posta in essere.⁹⁷

Le distinzioni tra output e outcome sono differenti:

- diverso grado di misurabilità;
- l'output è il risultato diretto dei processi aziendali e quindi può essere misurato osservando i processi stessi; l'outcome può essere misurato osservando gli effetti dell'attività sugli utenti;
- l'output può essere misurato al termine dei processi; l'outcome può essere apprezzato solo in archi temporali medio- lunghi;
- l'output tende a essere standardizzato; l'outcome tende a essere estremamente personalizzato.⁹⁸

La finalità della valutazione diventa fondamentale nel contesto analizzato. La natura esterna degli impulsi che hanno accelerato la diffusione ed il rafforzamento della valutazione in ambito pubblico (es. necessità di rendere trasparente la propria azione di fronte ai cittadini o la possibilità di accedere più facilmente alle risorse finanziarie), sottendono un rischio evidente.

L'accrescimento del livello di accountability delle unità del mondo pubblico non costituisce in sé l'obiettivo primario dei sistemi di misurazione della performance, che hanno invece per oggetto la valutazione e quindi il miglioramento del grado di efficacia delle attività, dei programmi e dei servizi pubblici. Nella proposta di ciò che la letteratura ci offre occorre analizzare alcuni modelli che permettono di misurare le performance; attraverso l'analisi di nuove metodologie, il sistema performance measurement pone particolarmente l'attenzione sull'efficacia e sull'efficienza poste in analisi e non solo sulla base dei dati economici, ma anche dei fattori che li determinano.⁹⁹

⁹⁷ Liva e di Stanislao, *Dimensioni e approcci alla qualità*, 1996

⁹⁸ Koontz M.T.&Craig W. T. *Measuring the Performance of Public-Private Partnerships A Systematic Method for Distinguishing Outputs from Outcomes* 08 Dec 2014

⁹⁹ In proposito si veda Rummeler G.A., A. P. Brache, *Come migliorare i risultati aziendali*. Milano, Angeli, 1992

Nel contesto di performance, misurare le performance significa:¹⁰⁰

- fissare degli obiettivi;
- stabilire delle grandezze, cioè degli **indicatori** che siano coerenti e significativi;
- rilevare sistematicamente (ad intervalli di tempo definiti) il valore degli indicatori.

Valutare le performance significa in sintesi interpretare il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato ottenuto) e argomentare quanto, come e perché tale contributo abbia inciso sul livello di raggiungimento delle finalità dell'organizzazione o azienda.¹⁰¹

Per misurazione della performance si intende un processo direzionale che permette di informare e orientare il gestore aziendale verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti;¹⁰² in altri termini, il concetto racchiude “le routine e le procedure formali basate sulle informazioni, che i manager utilizzano per mantenere o modificare le modalità di comportamento dell'organizzazione nello svolgimento delle attività”.¹⁰³ Un sistema di misurazione, di solito, comprende metodi sistematici di fissazione degli obiettivi dell'impresa insieme a rapporti periodici sui risultati, che indicano i progressi rispetto agli obiettivi di performance i quali possono essere sia di breve che di lungo periodo. Uno degli obiettivi di più lungo periodo è la capacità di innovare e adattarsi ai cambiamenti e alle dinamiche competitive. Quando si associa il termine performance in sanità, con il concetto di “performance measurement” si intende non un insieme ma un sistema di parametri, definito unitario e specifico. Ci sono delle indicazioni fondamentali da seguire le quali possono essere sintetizzate nelle seguenti fasi:¹⁰⁴

- in primis, “fare le cose giuste”;
- poi realizzare le varie attività;
- in seguito raggiungere i risultati attesi con una focalizzazione sui servizi erogati.

¹⁰⁰ Lynch, Richard L., and Kelvin F. Cross, *Migliorare la performance aziendale*, F. Angeli, Milano 1992

¹⁰¹ In proposito si vedano Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè

¹⁰² Silvi R., *La progettazione del sistema di misurazione e della performance aziendale*, G. Giappichelli Editore, 1995, p.47

¹⁰³ Simons R., *Levers of Control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*, Harvard Business School Press, 1995, p. 5

¹⁰⁴ Del Bene L., *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, La contabilità analitica nelle aziende sanitarie, L'approccio performance measurement*, Milani, Giuffrè

La seconda fase riguarda il farle in modo giusto in modo da utilizzare processi organizzativi efficaci orientati ai risultati e gestire le risorse per assicurare la sostenibilità dei servizi; in questa fase la focalizzazione è sulla gestione organizzativa.

La terza fase è analizzare il contesto specifico dell'organizzazione, in sintesi collegare tutti gli elementi alla funzione propria dell'ente; comprendere sia i fattori esterni che possono influire sui risultati e sia le aspettative degli "stakeholders".

Nella definizione degli obiettivi strategici e di performance aziendale bisogna tener conto di alcuni step. Primo fra tutti la cosiddetta "mission aziendale" e i fattori critici di successo. Essi non sono altro che variabili chiave sulle quali il management può agire con le proprie decisioni e che possono incidere in modo consistente sulla possibilità dell'azienda di tendere verso la propria missione. Per ciascuna azione o progetto vengono individuati parametri di performance: essi permettono di monitorare l'obiettivo strategico che si desidera conseguire; in seguito il parametro di performance viene tradotto in indicatore.¹⁰⁵ Per concetto di mission si intende la missione, o scopo, di un'organizzazione o impresa (la sua "dichiarazione di intenti"); si può affermare che la mission rappresenta la giustificazione stessa della sua esistenza, e al tempo stesso ciò che la contraddistingue da tutte le altre.¹⁰⁶

Il mission statement è il "manifesto" della missione e le tre domande fondamentali a cui dovrebbe rispondere un buon "mission statement" sono:¹⁰⁷

- ✓ "Chi siamo?"
- ✓ Cosa vogliamo fare?
- ✓ Perché lo facciamo?"

Su questa descrizione si segnala il contributo degli autori Kaplan e Norton e Lynch e Cross, analizzando le caratteristiche principali dei loro modelli.

¹⁰⁵ In proposito si veda Paolini A., e Del Bene L., *Monitorare la performance delle università statali per generare valore pubblico*, 2021

¹⁰⁶ Del Bene L., De Vito A., Milli C., Guarracino F., *MANAGEMENT CONTROL*, 2/2018, pp. 35-60

¹⁰⁷ In proposito si veda Williams, Linda Stallworth. "THE MISSION STATEMENT." *Journal of business communication*, 2008

5.2 MODELLI DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE

Gli autori Kaplan e Norton hanno proposto il modello della Balanced Scorecard (BSC) agli inizi degli anni Novanta partendo dalla considerazione che fosse possibile realizzare dei modelli quantitativi in grado di simulare il funzionamento delle organizzazioni attraverso l'esplicazione delle relazioni di causalità tra le diverse variabili critiche. Rappresenta, tale modello, un valido strumento per supportare l'attuazione di nuove strategie, per ottimizzare il processo di gestione strategica e di conseguenza per orientare il management nel passaggio dalla fase di formulazione a quella di implementazione della strategia. È dunque possibile definire la BSC come un vero e proprio strumento di gestione strategica che supporta la formulazione e l'implementazione della strategia a tutti i livelli funzionali coinvolti e che, come hanno affermato gli autori, si è dimostrato a livello internazionale il miglior metodo per la "realizzazione della strategia" attraverso una chiara formulazione della stessa in termini operativi e all'allineamento dell'intera organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati.¹⁰⁸ Le misure scelte dovranno essere concentrate e coerenti rispetto alle priorità individuate dalla strategia. Ad esempio, se la strategia è concentrata nell'ottenimento di una posizione di leadership di prodotto, l'impresa dovrà concentrare i propri indicatori nell'ambito del monitoraggio dei processi di innovazione. Al contrario, se l'obiettivo è quello di raggiungere l'eccellenza operativa, una maggiore attenzione dovrà essere prestata con misure nell'ambito dei processi gestionali operativi.

L'utilizzo del modello della Balanced Scorecard permette di avere una chiara visione della strategia attraverso la traduzione della stessa in obiettivi e misure all'interno delle quattro prospettive di analisi di seguito elencate:

- *Prospettiva dell'apprendimento e crescita*: descrive l'insieme dei beni immateriali (know-how, information technology, relazioni) fondamentali per la realizzazione della strategia e la loro funzione. Questa prospettiva include pertanto l'insieme degli asset intangibili che

¹⁰⁸ Kaplan, Robert S., and David P. Norton, *Using the balanced scorecard as a strategic management system*, 1996

supportano le attività alla base della proposta di valore nei confronti dei clienti target di riferimento e dei conseguenti risultati economico finanziari.

- *Prospettiva dei processi aziendali interni*: serve ad identificare quei pochi processi fondamentali che esercitano il maggior impatto sulla strategia.
- *Prospettiva del cliente*: descrive la proposta di valore offerta ai clienti target ed esprime il contesto di creazione di valore delle immobilizzazioni immateriali.
- *Prospettiva economico-finanziaria*: traduce nei tradizionali termini economico-finanziari i risultati materiali prodotti dalla strategia e sono quindi fondamentali per riepilogare i risultati economici legati all'implementazione della strategia.

Le misurazioni delle performance dovrebbero essere funzionali al miglioramento del processo di ricerca degli Irccs, al raggiungimento degli obiettivi e al soddisfacimento dell'utente.

L'altro modello è rappresentato dalla piramide delle performance, definita SMART (Strategic Measurement and Reporting Technique) di Lynch e Cross; essa nasce come un nuovo modello dovuto alla crescente insoddisfazione rispetto ai sistemi di misurazione di tipo tradizionale. Secondo gli autori nei modelli tradizionali ci sono elementi mancanti, tra i quali l'incapacità di collegare le attività operative agli obiettivi strategici, l'integrazione di informazioni di specie contabile e non e orientare l'azione individuale verso le esigenze dell'utente. In particolare, emerge la consapevolezza che i paradigmi dell'approccio tradizionale alla misurazione delle performance (enfasi sugli obiettivi individuali, enfasi su obiettivi di carattere economico-finanziario, orientamento all'interno) inducono comportamenti individuali non di rado antitetici rispetto a quelli strumentali alle strategie aziendali.¹⁰⁹ Per superare questi inconvenienti Lynch e Cross propongono un sistema di misurazione basato su un corretto bilanciamento tra differenti tipologie di obiettivi ed articolato su quattro distinti livelli.¹¹⁰

¹⁰⁹ Cfr. Lynch - Cross, 1992 e per approfondimenti in proposito si veda Striteska, Michaela, and Marketa Spickova. "Review and comparison of performance measurement systems." *Journal of Organizational Management Studies*, 2012

¹¹⁰ Lynch, Richard L., and Kelvin F. Cross., *Migliorare la performance aziendale*, F. Angeli, Milano, 1992

- Al vertice della piramide si colloca la vision che l'azienda intende perseguire e che costituisce il razionale riferimento per la formulazione degli obiettivi e per il successivo processo di misurazione delle performance individuali.
- La vision viene, poi, tradotta a livello di business unit in obiettivi strategici, definiti tenendo conto delle strategie prescelte. La misurazione delle performance si sviluppa a questo livello rispetto ad indicatori di mercato (es. quota di mercato, posizionamento competitivo, % di fatturato derivante dalla vendita di nuovi prodotti) ed economico-finanziari.
- Il terzo livello di articolazione del sistema è rappresentato dai processi. Gli obiettivi della business unit vengono infatti ulteriormente disaggregati al fine di comprendere quali performance a livello di processo ne renderanno possibile la realizzazione. La lettura dei risultati raggiunti nello svolgimento dei processi ritenuti in questo senso "critici", si sviluppa attraverso parametri evocativi della soddisfazione del cliente (es. customer satisfaction, tasso di fedeltà, fatturato medio per cliente, propensione al riacquisto), della flessibilità (es. lead time, % consegne puntuali, time to market) e della produttività (es. consumi unitari, margini, costo del venduto, valore aggiunto per dipendente, break even time).
- La base della piramide, infine, contiene gli obiettivi assegnati alle singole unità operative coinvolte nello svolgimento dei processi; a questo livello la misurazione delle performance si realizza attraverso l'impiego di indicatori di qualità.

L'aspetto più rilevante di un simile modello è il legame tra corporate vision, obiettivi strategici e operativi, nonché la determinazione a cascata degli obiettivi e degli indicatori, sulla base dell'articolazione della struttura organizzativa. Così configurata la Piramide delle Performance si presenta come un sistema di misurazione evoluto sotto diversi punti di vista. Se si analizza nello specifico l'attività dell'IRCCS, all'interno della misurazione della performance c'è la misurazione e valutazione della ricerca; l'indicatore utilizzato è l'**impact factor** (IF), citato per la prima volta da

Garfield Eugene¹¹¹ e utilizzato per quanto riguarda la produzione scientifica e per la ripartizione agli IRCCS del finanziamento relativo alla ricerca corrente. Nella logica e misurazione delle performance c'è la misurazione e valutazione della ricerca, parametro fondamentale per analizzare la “produttività” dei gruppi di ricerca dei rispettivi IRCCS.

Osservando in maniera critica il lavoro degli IRCCS emerge una differenza nella logica di misurazione e valutazione delle performance, con alcuni elementi in comune con i principi del modello di Norton e Kaplan, la *balanced scorecard*, e di Lynch e Cross il cui modello è raffigurato mediante la piramide delle performance.¹¹² Nell'obiettivo del fare ricerca per soddisfare l'utente finale nel processo di cura e nel percorso assistenziale i gruppi di ricerca dei rispettivi IRCCS lavorano in una logica differente, la quale in un contesto di misurazione della performance aziendale propone l'analisi di indicatori non monetari che “dovrebbero basarsi sulla strategia che l'IRCCS persegue e dovrebbero comprendere parametri-chiave di successo delle attività di produzione, di gestione delle risorse e di ricerca e sviluppo”.¹¹³

¹¹¹ Garfield E. *Citation indexes for science, a new dimension in documentation through association of ideas*, Science 1955

¹¹² Kaplan R.S., Norton D.P., *L'uso strategico della balanced scorecard*, in: Harvard business review, Settembre-Ottobre 1996.- Lynch R.L., Cross K.F., *Migliorare la performance aziendale*, Milano, Angeli, 1992

¹¹³ JOHNSON, KAPLAN, *Ascesa e declino della contabilità direzionale*. op.cit., pag. 258. Nota da aggiungere “In un certo senso proseguono i due Autori l'esigenza di indicatori non monetari è un ritorno ai criteri di tipo operativo che erano all'origine di sistemi di contabilità direzionale (...) il principio ispiratore resta lo stesso: elaborare indicatori dei risultati”

CAPITOLO 6 – CONCETTO DI RICONOSCIMENTO SCIENTIFICO PER GLI IRCCS E IMPACT FACTOR

6.1 IL RICONOSCIMENTO SCIENTIFICO

Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere vengono qualificate o confermate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale, che riguarda invece l'attività clinico-assistenziale), finalizzato esclusivamente allo svolgimento di ricerca relativa alla disciplina per cui l'IRCCS è riconosciuto dal Ministero della Salute.¹¹⁴

Nel caso dell' IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza la tematica di riconoscimento è "Malattie genetiche, terapie innovative e medicina rigenerativa"¹¹⁵ mentre per l'IRCCS Saverio de bellis il riconoscimento scientifico è in "Gastroenterologia"¹¹⁶

In seguito all'analisi dei decreti ministeriali e dei principi normativi del riconoscimento scientifico per gli IRCCS, è importante approfondire tutte le procedure di misurazione e valutazione della ricerca scientifica da parte del Ministero della Salute, analizzando le due modalità di finanziamento degli IRCCS: **la ricerca corrente e la ricerca finalizzata.**¹¹⁷

La prima parte del lavoro di analisi riguarda i criteri di valutazione della ricerca corrente da parte del Ministero della Salute: le attività di ricerca corrente degli IRCCS, in linea con quanto definito nel Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, sono valutate e finanziate secondo le indicazioni presenti nella "programmazione triennale per gli IRCCS definita dalla Direzione generale della

¹¹⁴ Il decreto del ministero della Salute 14 marzo 2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 149 del 27 giugno 2013, stabilisce i criteri e la documentazione necessaria per il riconoscimento del carattere scientifico gli istituti pubblici e privati

¹¹⁵ Decreto 5 Dicembre 2012 pubblicato su www.trovanorme.salute.gov.it

¹¹⁶ DECRETO 27 febbraio 2006 con istanza del 12 gennaio 2004, GU n.54 del 6-3-2006

¹¹⁷ <https://www.salute.gov.it>

ricerca e innovazione in sanità del Ministero della salute”.¹¹⁸

Dall’analisi del documento emerge l’importanza di “produzione scientifica”, infatti il finanziamento è ripartito per gli IRCCS in una percentuale pari al 55%; le altre percentuali riguardano la capacità di attrarre risorse (10%), le attività assistenziali (20%), il trasferimento tecnologico (5%) e la capacità di operare in rete (10%). E’ stato utile studiare e approfondire la differente tematica di riconoscimento degli IRCCS presi a confronto nello stesso territorio regionale per analizzare la strategia interna della direzione scientifica e dei gruppi di ricerca dei rispettivi IRCCS nella produzione scientifica (55%). L’analisi permette di valutare come il Ministero della salute valuta gli IRCCS (Casa Sollievo della Sofferenza e Saverio de Bellis) e quali indicatori utilizza ai fini della distribuzione del finanziamento. Valutare la performance in sanità è divenuta nel tempo strumento fondamentale per la programmazione dei servizi e per l’allocazione delle limitate risorse disponibili. Molte agenzie nazionali e internazionali hanno elaborato indicatori di qualità per l’assistenza.¹¹⁹

Per quanto riguarda la produzione scientifica e la ripartizione agli IRCCS del finanziamento relativo alla ricerca corrente si utilizza un indicatore ben definito.

L’indicatore utilizzato è l’**impact factor** (IF), citato per la prima volta da Garfield Eugene.¹²⁰

Essendo molto articolato, quest’ultimo è stato approfondito perché rappresenta uno dei parametri più rilevanti da prendere in considerazione: stabilire il suo valore è cruciale per definire la produzione scientifica. Per definire il valore dell’impact factor sono stati analizzati i lavori di ricerca scientifici dei rispettivi IRCCS presi a confronto, gli articoli prodotti dalle unità di ricerca e il numero di citazioni presenti negli articoli.

Definito il concetto di indicatore, il lavoro di confronto è continuato analizzando i gruppi di ricerca degli IRCCS per definire l’importanza di una strategia interna di valutazione della produzione scientifica ai fini della valutazione del Ministero della Salute. Al tempo stesso si sono poste le basi per

¹¹⁸ In approfondimento si veda www.salute.gov.it

¹¹⁹ <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000069.pdf>

¹²⁰ Garfield E., *Citation indexes for science, a new dimension in documentation through association of ideas*, Science 1955

un altro aspetto interessante durante il lavoro di confronto: come l'IRCCS stesso valuta a sua volta i suoi gruppi di ricerca.

6.2 IMPACT FACTOR: ANALISI DELL'INDICATORE

L'indicatore principale di produzione scientifica degli IRCCS è molto articolato, perché il Ministero della Salute utilizza modalità di calcolo del parametro che riguardano diversi aspetti (il valore di Impact factor "grezzo", la posizione degli autori, la disciplina biomedica specifica, etc.)

Il parametro più rilevante da prendere in considerazione è il valore di **Impact Factor** della produzione scientifica.¹²¹

L'esigenza di misurare la produzione scientifica mediante questo parametro trova giustificazione in base ai seguenti principi: il mondo scientifico si è reso conto fin dagli anni '60 che è necessario individuare una misura quanto più possibile "oggettiva" del valore di un articolo scientifico, che nei record bibliografici è composto da:

- Titolo, Abstract, Corpo e Citazioni;
- più un articolo è citato e più è importante;
- una proxy di importanza è il numero di citazioni ricevute da un articolo.

Considerata una singola rivista, se essa presenta un Impact Factor elevato allora pubblica articoli che presentano molte citazioni. Ma come si calcola l'IF? Si consideri una rivista (anno 2020) e i suoi articoli; l'IF si calcola considerando il numero di citazioni degli articoli pubblicati sulla rivista nei 2 anni precedenti (2018-2019) diviso tutti gli articoli pubblicati nei 2 anni precedenti.

La regola è quindi:

IF = # citazioni articoli 2 anni precedenti / Tutti gli articoli nei 2 anni precedenti

¹²¹ Dong, P., Loh, M. & Mondry, A. The "impact factor" revisited. *Biomed Digit Libr* 2, 7 -2005

L'impact factor nasce con lo scopo di indicare il peso (il fattore d'impatto) di una rivista all'interno del suo settore disciplinare specifico ed è matematicamente parlando, il rapporto tra il numero complessivo di citazioni ricevute in un dato anno dagli articoli pubblicati da una certa rivista nei due anni precedenti e il numero di questi ultimi: in pratica è il numero medio di citazioni ricevute da un singolo articolo pubblicato da una determinata rivista in un certo lasso di tempo.

Per esempio, una rivista X ha pubblicato nel biennio 2018-2019 un numero di 200 articoli e questi hanno ricevuto nel 2020 un totale di 600 citazioni; l'impact factor sarà $600/200=3$; significa che in media ogni articolo pubblicato nel biennio 2018-2019 nella rivista X ha ricevuto 3 citazioni.

Pertanto, la conoscenza degli indicatori e degli strumenti sta assumendo sempre più un peso finanziario ed economico che va ben oltre il riconoscimento del proprio valore e merito da parte dei membri della comunità scientifica di riferimento.¹²²

Quindi se una rivista presenta un IF alto, i suoi articoli sono citati molto, se basso poco.

Quanto finora descritto si riferisce al così detto IF "grezzo".¹²³ A partire da questo valore il Ministero della salute elabora un IF "normalizzato" secondo una serie di calcoli che vengono descritti nel seguito. Un primo calcolo di normalizzazione deriva dal settore a cui la rivista appartiene. Si considerino diverse discipline con le relative riviste; se si calcola la media dell'IF delle riviste per ogni disciplina si ottengono valori anche molto distanti tra loro, ad esempio cardiologia 6, matematica 3, fisica 2 ecc. Lo stesso fenomeno si verifica se si considerano le discipline che afferiscono alla medicina: la Neurologia è un settore che comprende riviste la cui media è 3, la Cardiologia, ad esempio ha media 7. Se le risorse venissero quindi distribuite solo in base al valore dell'IF della rivista, un istituto di Cardiologia, anche se producesse meno di un istituto di Neurologia, potrebbe risultare con un valore più grande di Impact Factor e quindi con un finanziamento maggiore.

¹²² Piazzini, Tessa, *Gli indicatori bibliometrici: riflessioni sparse per un uso attento e consapevole -JLIS.It. Rivista italiana di biblioteconomia, archivistica e scienza dell'informazione*, 2010, vol. 1, n. 1, pp. 63-86

¹²³ Impact Factor grezzi (IFg) del Journal Citation Reports di Clarivate Analytics (fonte ufficiale) e in proposito si veda Nicola Beatrice, *gli indicatori bibliometrici: l'impact factor e la qualità della ricerca scientifica e sanitaria, Ente ospedaliero specializzato in gastroenterologia Irccs "Saverio de Bellis", Castellana Grotte (Ba)*

Con tale valutazione la Cardiologia verrebbe chiaramente favorita. Si è reso quindi necessario pensare ad una correzione sul valore di IF che tenesse conto delle diverse medie di valori di IF che caratterizzano le diverse discipline per consentire un confronto equo tra gli IRCCS.

Il Ministero della Salute ha ritenuto opportuno quindi “normalizzare” il valore di IF con la seguente modalità: si prende in considerazione una disciplina, ad esempio Cardiologia, si divide la distribuzione degli IF delle riviste in quella disciplina in 4 parti. Tali parti sono definite quartili, ogni quartile ha al suo interno il 25% delle riviste di quella data disciplina. Una rivista di Cardiologia che, ad esempio, presenta un valore IF pari a 5 rientra nel secondo quartile e si assegna quindi ad una pubblicazione su quella rivista un punteggio pari a 2, considerando che ogni quartile corrisponde un punteggio stabilito dal Ministero della Salute. Esiste poi la regola generale che un articolo su una rivista con un IF uguale o superiore a 10 assume un valore di IF normalizzato pari a 35.¹²⁴ Si comprende quindi come il Ministero della salute per non penalizzare istituti appartenenti a discipline le cui riviste hanno una media molto bassa (ad esempio la Riabilitazione) ha predisposto un sistema di normalizzazione dell’IF che rendesse più equa la distribuzione delle risorse. Inoltre, non tutte le pubblicazioni prodotte vengono valutate; il materiale di valutazione è il seguente: articoli e review su riviste “impattate”, lettere all’editore-studi multicentrici. La regola da seguire sull’impatto e sull’IF, oltre alla disciplina di appartenenza della rivista secondo il metodo dei quartili sopra riportato, è la valutazione della posizione degli autori.

Gli articoli sono prodotti tipicamente da più autori e vi sono regole per distribuire tra essi l’IF. In particolare, il Ministero assegna il 100 % dell’IF se il ricercatore dell’IRCCS preso in esame risulta essere il primo, il secondo o l’ultimo autore. Ogni anno, per ogni IRCCS, vengono valutati tutti gli articoli prodotti; se l’autore dell’IRCCS preso in esame risulta essere primo, secondo o ultimo viene assegnato quindi valore pieno.¹²⁵

¹²⁴ Nota di approfondimento, Impact Factor normalizzati (IFn) secondo i quartili proposti dal Ministero della Salute

¹²⁵ Programmazione Triennale 2018-2020 Istituti di Ricovero e Cura Carattere Scientifico (IRCCS) da pag4 in poi

6.3 LA RICERCA SANITARIA

Una sanità in linea con il progresso scientifico e tecnologico deve utilizzare lo strumento della ricerca e percepire questa come un vero e proprio investimento. Infatti, non c'è buona assistenza se non si fa una buona ricerca. Come strumento strategico, per la politica sanitaria, la ricerca finanziata dal Ministero della Salute presenta aspetti del tutto peculiari. Si articola in ricerca corrente e in ricerca finalizzata. La prima (ricerca corrente) è rivolta agli IRCCS, mentre la seconda (ricerca finalizzata) è aperta a tutti i ricercatori del SSN. Entrambe si propongono degli obiettivi prioritari per il miglioramento della salute della popolazione, per favorire la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari e delle pratiche cliniche, a migliorare l'integrazione multiprofessionale, la continuità assistenziale e la comunicazione con i cittadini.

La ricerca finalizzata è rivolta ai destinatari istituzionali: Regioni, ISS, ISPESL, AgeNaS, IRCCS pubblici e privati e IZS, incentrata sull'elaborazione di progetti obiettivo e a partire dal 2009 è aperta a tutti i ricercatori del SSN. Per la realizzazione dei progetti i destinatari istituzionali possono avvalersi della collaborazione di altri Enti di ricerca pubblici e privati, delle Università e anche di imprese pubbliche o private, sulla base di accordi, convenzioni o contratti per lo svolgimento, nell'ambito di attività di ricerca multicentrica, di specifici task progettuali.¹²⁶

La ricerca biomedica e l'innovazione tecnologica stanno caratterizzando e trasformando profondamente i processi di cura e i servizi sanitari. In tale contesto di innovazione, la strada da percorrere è quella di un patto nuovo dove Stato, Regioni, Università e imprese lavorino insieme per una strategia di promozione e supporto della ricerca e sviluppo (R&S), la cui applicazione rappresenta un punto qualificante ed essenziale per l'intero sistema nazionale.

¹²⁶ https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_ricerca_sanitaria.html

Con queste premesse, la conseguente strategia del Ministero della Salute è stata quella di favorire l'aggregazione degli Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, Regioni, IRCCS, ISS, IZS, ISPELS, con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca.

L'obiettivo dal punto di vista della ricerca sanitaria è quello di far crescere la consapevolezza che la ricerca è finalizzata al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino, che potranno essere verificate sotto forma sia di un nuovo farmaco più efficace, sia di un nuovo modello organizzativo con riduzione, ad esempio, dei tempi di attesa.¹²⁷

Questa impostazione trova un ulteriore riferimento nella situazione dei finanziamenti accordati negli ultimi anni, dove si è attuata la strategia di aumentare la massa critica della ricerca per affrontare problematiche a grande impatto sociale come le patologie tumorali, senza trascurare l'innovazione per il governo clinico e per l'ottimizzazione della dimensione organizzativa dei servizi sanitari.

Pertanto negli ultimi anni, proprio per esplicita volontà ministeriale, la ricerca traslazionale ha avuto particolare risalto creando sinergie tra ricerca di base e ricerca clinica, con la finalità ultima di trasferire nei tempi più rapidi possibili le più avanzate innovazioni e conoscenze al SSN e, dunque, al cittadino. I finanziamenti per la ricerca corrente hanno cadenza annuale e sono finalizzati ad assicurare che le Istituzioni coinvolte possano, nell'ambito del proprio riconoscimento, portare avanti le loro attività di ricerca istituzionale, nell'ambito delle linee di ricerca approvate. Queste sono ripartite attraverso la misurazione di performance scientifiche e assistenziali.

¹²⁷https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=3&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=003G0314&art.idArticolo=8&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2003-10-27&art.progressivo=0

6.4 RICERCA CORRENTE E FINALIZZATA:DIFFERENZE

La ricerca corrente ha come scopo quello di sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica. Essa, attuata attraverso la programmazione triennale dei progetti istituzionali degli organismi di ricerca nazionali, soggetti istituzionali pubblici e privati la cui attività di ricerca è stata riconosciuta dallo Stato come orientata al perseguimento di fini pubblici (Istituto superiore di sanità, Istituto nazionale contro gli infortuni sul lavoro, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Istituti zooprofilattici sperimentali). Ha una modalità di rendicontazione che si basa su diversi indicatori, sia clinici sia di produttività scientifica.

La ricerca finalizzata è svolta dai Destinatari Istituzionali (Regioni, Istituto Superiore di Sanità, INAIL, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e Istituti Zooprofilattici Sperimentali) nell'ambito delle specifiche materie di competenza. E' articolata in progetti ed ha la finalità di attuare gli obiettivi definiti dalle linee strategiche del Piano Sanitario e del patto della salute. Per la realizzazione dei progetti è possibile avvalersi della collaborazione di altri enti di ricerca pubblici e privati, delle Università e anche di imprese pubbliche o private, sulla base di accordi, convenzioni o contratti. L'aggiornamento del parco tecnologico degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è un elemento strategico fondamentale per raggiungere e mantenere livelli di eccellenza nell'ambito dell'attività scientifica di interesse pubblico.

A tale scopo, una parte delle risorse destinate alla ricerca sanitaria è indirizzata all'ammodernamento delle attrezzature scientifiche degli IRCCS, con particolare attenzione all'acquisizione di strumentazione ad alta tecnologia di ultima generazione.¹²⁸

¹²⁸ https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_ricerca_sanitaria.html



Fig 1. Modalità finanziamento Ministero della salute

Nella figura sopra riportata vengono presentate le due modalità attraverso le quali il Ministero della Salute finanzia gli IRCCS: la ricerca corrente e la ricerca finalizzata.

Invece la partecipazione a bandi estemporanei (ad esempio quelli relativi al covid19), ad iniziative di origine europea ma gestite a livello ministeriale (ad es. i bandi Trans-Scan, Eranet, Etc.) ed il contributo del 5X1000 rappresentano fonti alternative di finanziamento degli IRCCS da parte del Ministero della Salute, diverse dalla Ricerca Corrente e Finalizzata.

6.5 MODALITA' FINANZIAMENTO IRCCS

La direzione di ricerca e innovazione del Ministero della salute definisce le modalità di finanziamento IRCCS. Il finanziamento di specifici progetti di ricerca avviene con le risorse di parte corrente che derivano dal riparto del Fondo sanitario nazionale (artt. 12 e 12 bis d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502). Per l'assegnazione dei fondi si considerano la complessità e consolidata attività di ricerca realizzata dalla reti IRCCS.

Ciascuna rete invia al Ministero un programma o progetto da realizzare attraverso gli IRCCS, con l'obiettivo di ottenere una quota ministeriale. Solo in seguito al processo di valutazione del progetto o programma presentato dalla rete IRCCS si procederà all'assegnazione dei fondi ministeriali. Per consentire un miglioramento dell'efficacia degli interventi di cura e delle relative procedure, anche alla luce degli sviluppi e dei progressi della ricerca scientifica applicata, sono state destinate con norme primarie, (art. 1, comma 523, Legge 145/2018 e art. 23 quater, comma 4, Decreto legge 119/2018, convertito con modificazioni dalla L 136/2018) risorse agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) aderenti alle reti:

- Rete oncologica (Rete ACC) per lo **sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR- T** (euro 5 milioni per ciascuna annualità 2019-2020)
- Rete cardiovascolare (Rete CARDIO) per i **programmi di prevenzione primaria cardiovascolare** (euro 5 milioni per ciascuna annualità 2019-2020)

Per quanto riguarda l'erogazione dei finanziamenti il soggetto attuatore, individuato come capofila o esecutore, riceve il finanziamento in base ad una programmazione rateale, tenendo conto dello stato attuativo del progetto di ricerca da un punto di vista scientifico e finanziario.

Il soggetto attuatore del progetto, in qualità di capofila, svolge un'attività di coordinamento scientifico e finanziario degli interventi a carico degli enti partecipanti al progetto (partner).

La distribuzione delle risorse e la valutazione degli IRCCS avviene secondo i criteri del Ministero della Salute presenti a livello nazionale e consultabili sul sito ministeriale. Se un IRCCS non rispettasse una produzione scientifica del 55% (rispettando i criteri ministeriali) ma avesse superato la percentuale dal punto di vista assistenziale, si assegna sempre lo stesso punteggio stabilito dagli stessi criteri ministeriali. In seguito a tale analisi vi è l'importanza di stabilire e produrre degli indicatori.

Il meccanismo di finanziamento descritto si applica alle risorse derivanti agli IRCCS dalla Ricerca Corrente.¹²⁹ Ci sono, però, altri finanziamenti da tenere in considerazione se si vuole avere un quadro completo delle risorse per la ricerca scientifica impiegate dagli IRCCS. Infatti, esiste una distribuzione dei fondi su base competitiva che avviene in base all'approvazione o meno di progetti di ricerca presentati dagli IRCCS in risposta a bandi emanati dal Ministero della Salute. Quindi, se da un lato il finanziamento di ricerca corrente è determinato secondo le regole già descritte dalla produzione scientifica dell'IRCCS ed il 5 X 1000 è determinato dal numero di firme espresse dai cittadini nella propria dichiarazione dei redditi verso lo specifico IRCCS, è pur vero che sta assumendo un ruolo importante l'ammontare di risorse che l'IRCCS è in grado di attrarre vincendo bandi su base competitiva. Ciò nonostante, la maggior parte delle risorse per gli IRCCS derivano dalla ricerca corrente. Le attività di monitoraggio dei progetti di ricerca in rete sono svolte dalla Direzione di ricerca del Ministero della Salute attraverso un sistema denominato Workflow della ricerca, finalizzato alla creazione del Database Nazionale della Ricerca. Attraverso la consultazione on-line del sistema Workflow è possibile consultare ed estrarre i dati relativi allo stato attuativo dei progetti di ricerca in rete finanziati con i fondi del Ministero della salute per ciascun ente beneficiario.

¹²⁹ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5576&area=Ricerca%20sanitaria&menu=reti

CAPITOLO 7 – CONFRONTO TRA IRCCS: CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA E IRCCS SAVERIO DE BELLIS, STORIA E STATUS GIURIDICO

7.1 METODO DI CONFRONTO

Il seguente lavoro vuole evidenziare l'importanza di stabilire un confronto tra IRCCS pubblico, Saverio de Bellis e IRCCS privato, Casa Sollievo della Sofferenza. Il motivo del confronto scelto riguarda l'analisi e l'approfondimento di tutti gli elementi principali che concorrono alla distribuzione del budget delle unità operative di ricerca degli IRCCS. L'utilità del confronto è importante per approfondire i concetti di "funzionamento" degli IRCCS, analizzando le differenze che emergono tra IRCCS pubblico e privato, nei criteri di valutazione dei gruppi di ricerca che operano all'interno e nella distribuzione delle risorse ai rispettivi gruppi secondo i criteri del Ministero della Salute. Inoltre il confronto è fondamentale per capire come due IRCCS che condividono lo stesso territorio regionale, avendo dimensioni organiche e strutturali differenti, utilizzino indicatori utili per la distribuzione del budget alle rispettive unità di ricerca. Facendo riferimento al metodo di ricerca circa gli studi di caso multiplo di Yin¹³⁰, in cui si indagano più casi singoli, caratterizzati da esigenze di comparazione (in questo caso il confronto tra IRCCS di natura giuridica differente dello stesso territorio regionale) il cui obiettivo specifico è capire come distribuiscono le risorse provenienti dal Ministero della Salute (che finanzia l'attività di ricerca scientifica) ai rispettivi gruppi di ricerca.

¹³⁰ Yin, R., *Applications of case study research*, Newbury Park, CA: Sage Publishing, 1993

L'analisi dello studio di caso multiplo si è svolta secondo i seguenti step di confronto:

1°. Come funzionano gli IRCCS, confronto tra storia, contesto sociale e geografico; come la Regione finanzia l'attività clinica e come il Ministero della Salute finanzia l'attività di ricerca scientifica;

2°. Come il Ministero della Salute valuta la Ricerca, quali sono i criteri di valutazione e quali sono gli indicatori che il Ministero utilizza;

3°. Come l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza (privato) e Saverio de Bellis (pubblico) valutano l'attività di ricerca, quali indicatori utilizzano o quali sono da produrre.

Il lavoro di confronto si è reso possibile attraverso la supervisione dei dirigenti degli IRCCS, raccogliendo le informazioni e dati attraverso strumenti e software presenti e realizzati all'interno dei rispettivi IRCCS. Informazioni utili, le quali hanno fatto emergere come altri fattori quali la specializzazione degli IRCCS e la dimensione in termini di unità lavorative e gruppi di ricerca siano condizionanti per la distribuzione del budget e allocazione delle risorse. Entrambi gli IRCCS, condividono lo stesso piano sanitario regionale con modalità produttive differenti. Si è scelto, come IRCCS privato, la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza, specializzato in "malattie genetiche, terapie innovative e medicina rigenerativa" ed impegnato in numerosi progetti di ricerca scientifica. Si sono analizzati tutti gli elementi principali che concorrono alla distribuzione del budget delle unità operative di ricerca dell'IRCCS.

Dai processi attualmente implementati sono stati studiati gli indicatori in grado di misurare la produttività scientifica e di valutare le unità di ricerca da parte della Direzione Scientifica. Lo stesso si è fatto per il Saverio de Bellis, IRCCS pubblico, riconosciuto come struttura ospedaliera ad indirizzo specialistico gastroenterologico sia medico che chirurgico. L'ente ospedaliero Saverio de Bellis, prevalentemente orientato alla chirurgia gastroenterologica e alla gastroenterologia endoscopica, rappresenta un IRCCS importante in termini di ricerca e sperimentazione nella rete regionale.

7.2 STORIA IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

Casa Sollievo della Sofferenza è una struttura sanitaria creata e inaugurata dal suo Santo fondatore, Padre Pio. Situata a San Giovanni Rotondo in provincia di Foggia, rappresenta un centro di eccellenza non solo nel panorama pugliese ma anche a livello nazionale e internazionale. Importante è analizzare le sue umili origini, quando il 16 Maggio del 1947, con una semplice cerimonia, venne benedetta da Padre Pio la prima pietra della erigenda Casa Sollievo della Sofferenza. Tre giorni dopo, una ventina di operai senza un minimo di progetto iniziarono lo sbancamento della montagna per aprire una strada di accesso al futuro cantiere. In cassa vi erano appena quattro milioni di lire ma Padre Pio aveva voluto ad ogni costo che partissero i lavori.

Casa Sollievo della Sofferenza è stata inaugurata dal suo Santo fondatore il 5 maggio 1956 come clinica privata con una dotazione di 250 posti letto. A partire dal 1956, la Casa Sollievo è cresciuta nel tempo, grazie all'impegno di Padre Pio e dei tanti che lo hanno aiutato a realizzare la sua idea tanto da essere oggi un'importante realtà italiana e internazionale che opera nel settore dell'assistenza sanitaria, della ricerca scientifica e della formazione, con lo scopo di promuovere e tutelare l'integrità della persona secondo i principi della carità cristiana e della morale cattolica. Circondato da ampie zone verdi, l'Ospedale è costruito su un'area di centomila metri quadri e si sviluppa su nove piani per un totale di circa 887 posti letto, compresi letti a ciclo diurno e letti per cure intensive, distribuiti in 33 reparti di degenza medici e chirurgici. A questi si aggiungono 9 reparti di diagnostica e servizi.

Nel 1971 la Casa assunse la qualifica di Ospedale Provinciale (Decreto del Medico Provinciale del 4 agosto 1971) e dal 2 giugno 1980 quella di Ospedale Generale Regionale, (Decreto del Presidente della Regione Puglia n. 943, del 2 giugno 1980), provvedimento che ne ha determinato l'inserimento nel Sistema Sanitario Nazionale.

Dal 1991 l'Ospedale è riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)-Decreto dei Ministeri della Sanità e dell'Università e Ricerca Scientifica del 16 luglio 1991.¹³¹

La Casa Sollievo della Sofferenza si avvale di una struttura gestionale in linea con i criteri più moderni di funzionalità ed efficienza. A questa attività si affianca il Poliambulatorio «Giovanni Paolo II» inaugurato nel 2002. Si tratta di un complesso sanitario che sorge a 500 metri dall'Ospedale che con i suoi venticinque mila metri quadrati, distribuiti su sette piani, rappresenta un ulteriore passo in avanti verso la realizzazione di quella «Cittadella della Carità» sognata e desiderata da Padre Pio.

Dal 2 giugno 1980, Casa Sollievo della Sofferenza è accreditata con il Servizio Sanitario Regionale con Decreto del Presidente della Regione Puglia. L'attività di ricerca scientifica si svolge presso il polo ospedaliero centrale, il Poliambulatorio «Giovanni Paolo II», l'Istituto di Medicina Rigenerativa ISBReMIT e l'Istituto CSS Mendel di Roma. Affidata per testamento da Padre Pio da Pietrelcina al Vaticano, Casa Sollievo della Sofferenza dal 1970 è una Fondazione di religione e di culto posta sotto la vigilanza della Santa Sede nella persona del Cardinale Segretario di Stato del Sommo Pontefice.¹³²

¹³¹ In nota: documento codice etico css-www.operapadrepio.it

¹³² Casa Sollievo della Sofferenza, Le Origini, www.operapadrepio.it

7.3 CRONOLOGIA

- 1940 Costituzione del Comitato pro erigenda Casa Sollievo della Sofferenza.
- 1947 Inizio dei lavori di costruzione dell'Ospedale.
- 1956 Inaugurazione della Casa Sollievo della Sofferenza, comprendente: la Chirurgia Generale e l'Urologia con due sale operatorie; la Medicina con annessa Cardiologia; l'Ortopedia e Traumatologia; la Pediatria; l'Ostetricia- Ginecologia con sala operatoria autonoma e Sala parto; la Radiodiagnostica e Terapia Fisica; i Laboratori d'indagine clinica e il Servizio Trasfusionale. I letti disponibili erano 250. L'attività comprendeva inoltre i servizi delle centrali termica ed elettrica, della lavanderia e stireria, delle cucine. La Casa disponeva di una azienda agricola che forniva latte, uova e olio d'oliva.
- 1970 La Santa Sede, a cui Padre Pio ha donato la sua Opera, assume la gestione della Casa Sollievo della Sofferenza.
- 1971 La Casa Sollievo è classificata come Ospedale Provinciale.
- 1980 La Casa Sollievo è classificata come Ospedale Regionale.
- 1986 Inaugurazione dei reparti di alta specializzazione.
- 1991 La Casa Sollievo riceve la qualifica di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).
- 2001 Inaugurazione dell'Istituto Casa Sollievo della Sofferenza-Mendel di Roma, fondato da Luigi Gedda e da lui donato all'Opera di Padre Pio da Pietrelcina.
- 2002 Inaugurazione del Poliambulatorio Giovanni Paolo II.
- 2015 Inaugurazione dell'Istituto di Medicina Rigenerativa ISBReMIT.

7.4 STORIA IRCCS SAVERIO DE BELLIS

L'ospedale civile, risulta ufficialmente citato per la prima volta in documenti del comune di Castellana Grotte nel 1879. Nel 1913, grazie ad una donazione del Cavaliere del Lavoro Saverio de Bellis fu Giuseppe, l'Ospedale ha potuto avere la sede nella quale è rimasto allocato fino ad aprile 2008. Dal 1980 è iniziata la costruzione della nuova sede, inaugurata solo nel mese di Aprile 2008. Divenuto Ospedale Generale di Zona nel 1972 e qualificato come Ospedale Specializzato in Gastroenterologia nel 1978, grazie all'intensa attività scientifica avviata dal 1970 in campo gastroenterologico, nel 1982 è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Attualmente l'IRCCS "Saverio de Bellis" è una struttura ospedaliera ad indirizzo specialistico gastroenterologo medico e chirurgico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico. L'Ente Ospedaliero specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari in campo nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. L'IRCCS "Saverio de Bellis" è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Puglia nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, di ricerca e di formazione. Sul piano organizzativo la struttura è regolamentata sulla base della normativa regionale quale ente di ricerca non trasformato e pertanto la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale e dall'atto aziendale.

L'organizzazione e funzionamento dell'Ente è disciplinato, altresì, dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 288 del 2003, nonché dalle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie in quanto applicabili.

L'operare all'interno del Servizio Sanitario Regionale in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economico-finanziaria. Le scelte dell'Istituto dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema aziendale e di contribuire a quello più generale della Regione Puglia. L'Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia "Saverio de Bellis" è diventato, negli anni recenti, la sede regionale di riferimento per le patologie acute, croniche e neoplastiche dell'apparato digerente e, più recentemente, per le patologie metaboliche e alimentari. L'ente ospedaliero "Saverio de Bellis" è un Ente di diritto Pubblico, quale Ente ospedaliero, giusta D.P.R.P. N.16 DEL 26 FEBBRAIO 1972, e Istituto di ricovero e Cura a Carattere scientifico, giusto decreto del Ministro della Sanità del 31 marzo 1982 con sede legale operativa a Castellana Grotte in Via Turi, n.27.¹³³

7.5 CONTESTO GEOGRAFICO E CONTESTO SOCIALE A CONFRONTO

Una prima analisi di confronto riguarda la posizione degli IRCCS. Entrambi condividono il territorio pugliese, ma presentano una dislocazione diversa che può fare emergere condizioni differenti sia in senso geografico che sociale. Relativamente al contesto geografico Casa Sollievo della Sofferenza si trova a 566 m.l.s.m. in un comune italiano di 26.589 abitanti della provincia di Foggia, San Giovanni Rotondo. Da una prima analisi si evidenziano le difficoltà logistiche per raggiungere la Fondazione, dovute all'assenza di aeroporto e stazione ferroviaria (la più vicina è la stazione ferroviaria di Foggia).

Inizialmente, l'idea di un ospedale da realizzare su un territorio roccioso come quello garganico, in una zona arida e povera, apparve come il progetto di un utopista che amava sognare.

¹³³ In proposito si veda: www.irccsdebellis.it/Sitoirccs/homeirccs_gen.asp

Alla fine l'eccellenza sanitaria dovuta alla presenza di "luminari" che operavano all'interno e gli investimenti tecnologici della struttura sono diventati poli di richiamo per i numerosi pazienti che dovevano sottoporsi ad un percorso di cura. La presenza di un trasporto efficiente e integrato avrebbe aiutato di molto lo sviluppo della rete di collegamenti dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza per far fronte alle numerose richieste di cura a livello regionale, nazionale e internazionale.

Contesto differente per l'IRCCS Saverio de Bellis di Castellana Grotte, a circa 45 km dal capoluogo pugliese. Si tratta di un territorio distante da realtà strutturate, molto legato al turismo e all'enogastronomia; in termini salutistici il territorio acquisisce valore perché punta molto sulla coltivazione e cura dei prodotti locali. Castellana Grotte è contrassegnata da importanti collegamenti con il capoluogo pugliese attraverso la presenza di una rete ferroviaria importante e dell'aeroporto Karol Wojtyła.

Avere un sistema di trasporto integrato, flessibile e sicuro porta benefici ai numerosi utenti che necessitano di cure e percorsi assistenziali; inoltre rappresenta un punto di attrazione per i numerosi pazienti in un contesto regionale e nazionale. Migliorare i collegamenti ferroviari con il principale aeroporto incrementa l'accessibilità della Puglia per numerosi pazienti che devono seguire percorsi di cura. Ciò ha come effetto anche lo sviluppo economico del territorio.

7.6 STRATEGIA IRCCS: MISSION A CONFRONTO

Entrambe le strutture si pongono nel panorama di “eccellenze pugliesi” con differenti tematiche di riconoscimento scientifico. Premesso che l'obiettivo prioritario rimane la centralità del cittadino e la tutela e cura della salute, l'IRCCS "Saverio de Bellis" riconosce come propria missione il soddisfacimento del bisogno di salute della persona attraverso il perseguimento, in riferimento alle patologie gastroenterologiche e ai disturbi del metabolismo e dell'alimentazione, di obiettivi di formazione e di ricerca, prevalentemente traslazionale, in campo biomedico e in quello di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e cura. Attraverso le attività di ricerca e di assistenza, l'Ente ha come ulteriori finalità: il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito gastroenterologico, quale struttura di riferimento regionale di secondo livello; la valorizzazione della didattica ai fini della formazione di professionisti nell'ambito delle patologie gastroenterologiche, anche in collaborazione con Università e altri Enti di ricerca e di formazione sia nazionali che internazionali; l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del S.S.R. e delle Aziende Sanitarie Universitarie.

Altre finalità dell'IRCCS sono: la partecipazione all'attuazione del Piano Regionale della Salute e alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Puglia, missione definita come tutela della salute nella sua globalità in relazione al quadro di risorse a ciò destinate; l'adesione alle attività della rete nazionale degli IRCCS nelle patologie oncologiche, gastroenterologiche e dei disturbi dell'alimentazione e, più in generale, in quelle di competenza dell'Ente, riguardo l'inserimento dell'Ente in ambiti di ricerca europea ed internazionale.

L'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, con tematica di riconoscimento scientifico in malattie genetiche, terapie innovative e medicina rigenerativa, è guidato da una mission i cui punti principali sono sviluppare e produrre nuove ricerche nelle tematiche di riconoscimento, diverse nella forma e nei destinatari a cui sono rivolte, le iniziative di Casa Sollievo della Sofferenza sono mosse da un solo intento che rappresenta l'autentica e primordiale missione del Santo fondatore dell' Opera: il sollievo della sofferenza.¹³⁴

7.7 TEMI DI RICERCA SU CUI PUNTANO GLI IRCCS, VISION A CONFRONTO

Le linee di ricerca che porta avanti l'IRCCS de Bellis sono 3: medicina preventiva, predittiva e personalizzata, su cui si sviluppa l'attività. Per il futuro le linee di ricerca non si discostano, di molto da quelle citate, soprattutto per coerenza dalla tematica di riconoscimento IRCCS delle attività di ricerca e sperimentazione. Nella sua veste di struttura a carattere nazionale (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), inserita nel Sistema Sanitario Regionale e, di conseguenza, nella realtà territoriale, l'Ente persegue i seguenti obiettivi: sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito gastroenterologico e di scienze dell'alimentazione; potenziamento della ricerca traslazionale in gastroenterologia, prevalentemente in specifici settori della chirurgia dei tumori intestinali, pancreatici ed epatici, delle patologie croniche dell'intestino e dei disturbi dell'alimentazione; inoltre soddisfa le necessità legate alle richieste territoriali di indagini endoscopiche di II livello e di attività diagnostiche ed assistenziali.

¹³⁴ In proposito si veda :mission-www.operapadrepio.it;
www.sanita.puglia.it/web/debellis/unita'operative_det//journal_content/56/36092/ente-ospedaliero-s-de-bellis.

Tra gli altri obiettivi l'IRCCS De Bellis si impegna a svolgere anche un ruolo guida nella informazione e formazione della cittadinanza (empowerment) per la prevenzione e la cura delle malattie gastroenterologiche e alimentari nelle diverse età della vita: per esempio la prevenzione e cura della obesità e delle intolleranze alimentari. Le strategie di lungo periodo perseguite dall'IRCCS sono orientate a perseguire sempre più alti livelli di integrazione tra ricerca ed assistenza, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali; il progetto futuro dell'IRCCS è continuare ad essere il "punto di riferimento di eccellenza" a livello regionale e nazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo sia gastroenterologico che dei disturbi dell'alimentazione.

In ottica futura diventa fondamentale potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dei professionisti più esperti operanti nell'Ente, che ne caratterizzano l'eccellenza e le capacità di attrazione ai più "giovani" (empowerment del personale).

In ultimo la promozione dell'attività didattica assicura ai professionisti in formazione lo sviluppo di conoscenze specialistiche di eccellenza in ambito gastroenterologico e scienze dell'alimentazione; inoltre diventa strategico lo sviluppo di nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra unità operative di assistenza e ricerca e tra IRCCS e Servizio Sanitario Nazionale.¹³⁵

L'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza ha puntato in questi anni al consolidamento delle linee di ricerca secondo la tematica di riconoscimento dell'IRCCS, "Malattie Genetiche, Terapie Innovative e Medicina Rigenerativa", pur preservando il carattere distintivo dell'IRCCS e lavorando al contempo sulla qualità e valorizzazione di quei prodotti di ricerca che hanno il più ampio impatto sociale, attraverso pubblicazioni scientifiche, brevetti, protocolli clinici, sperimentali e terapie consolidate.

¹³⁵ Vision e modello organizzativo: Carta dei servizi Irccs Saverio de Bellis; www.sanita.puglia.it/web/debellis/unita-operative_det/-/journal_content/56/36092/ente-ospedaliero-s-de-bellis.

Nello specifico, nel prossimo futuro, per incrementare la ricerca scientifica si punterà, oltre che sui settori tradizionali (malattie genetiche e rare) su tre nuove direttrici fondamentali: la medicina rigenerativa, l'oncogenomica e l'oncologia sperimentale. A questo proposito è stato completato a fine 2014 il nuovo centro di Medicina Rigenerativa ISBReMIT (Institute for Stem-cell Biology, Regenerative Medicine and Innovative Therapies), istituto creato per sviluppare terapie innovative. Tra le nuove terapie, quella prioritaria è la terapia cellulare, ossia quella che prevede l'utilizzo di cellule staminali.

ISBReMIT è stato progettato, inoltre, in modo tale da poter produrre anche materiali virali (utili per la terapia genica) e nanomateriali, ovvero biomateriali autoassemblanti che rappresentano la nuova frontiera della medicina e dell'ingegneria tissutale.

Intorno a questa struttura 'core' ruotano una serie di altri laboratori di biologia molecolare e cellulare che ben si integrano con i laboratori preesistenti e con l'Ospedale. ISBReMIT va a completare, pertanto, quello che concettualmente è un vero e proprio bioparco, contenendo anche un'area dedicata all'avvio di società di biotecnologie, le classiche spin off e start up due delle quali sono già in fase di avvio. Dentro ISBReMIT verranno prodotte linee cellulari di cellule staminali cerebrali, o comunque di cellule staminali adulte, che rispettano completamente e totalmente le più stringenti regole dell'etica e della morale.

Nello specifico, dovendo aderire a queste regole, l'utilizzo dei materiali da morte naturale in utero per isolare cellule staminali cerebrali, richiede una tecnica talmente avanzata che è disponibile solamente a Casa Sollievo della Sofferenza: questo, rende ISBReMIT una struttura unica, disegnata per servire prima il territorio locale, quindi la Puglia, avendo un impatto diretto sull'attività della ricerca in ambito biomedico e biotecnologico a livello nazionale e internazionale.¹³⁶

¹³⁶ Report dell'attività scientifica 2013-2014-prof. Angelo Luigi Vescovi-
file:///C:/Users/user/Downloads/Report%20attivit a%20scientifica%202013-2014.pdf

Nell'analisi del lavoro dei gruppi di ricerca lo sviluppo del collegamento tra scelte strategiche ed operative è di fondamentale importanza nel definire gli obiettivi dei rispettivi IRCCS. E' prioritario nella gestione delle attività di ricerca l'inserimento di strumenti che impongono la determinazione degli obiettivi di performance del processo in cui le attività di ricerca sono inserite. Il sistema di misurazione delle performance dei gruppi di ricerca nella loro logica di progettazione assume delle caratteristiche differenti, le quali sono state analizzate nei loro approcci di misurazione e valutazione differente. (il seguente lavoro di misurazione e valutazione delle performance dei gruppi di ricerca si è svolto presso le direzioni scientifiche dei rispettivi IRCCS a confronto, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza e Irccs Saverio de Bellis)

CAPITOLO 8 – LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI GRUPPI DI RICERCA: IL CASO CASA SOLLIEVO DELLE SOFFERENZA

8.1 ANALISI PERFORMANCE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

Si analizzi il criterio con più peso per la valutazione e distribuzione delle risorse del Ministero della Salute: la produzione scientifica, che “vale” il 55% secondo quanto stabilito dai criteri ministeriali.¹³⁷ L'intento di Casa Sollievo della Sofferenza è quello di assegnare ai propri gruppi di ricerca le risorse ricevute per la Ricerca Corrente sulla base di criteri che, per quanto possibile, siano sovrapponibili a quelli adottati dal Ministero della Salute per distribuire le risorse tra i diversi IRCCS.

In un'ottica di vision aziendale diventa fondamentale per l'IRCCS supportare chi intraprende le azioni a livello operativo, la “comunicazione” della strategia ai gruppi di ricerca da parte della Direzione scientifica, quali sono gli obiettivi di ciascun gruppo di ricerca secondo le strategie dell'Irccs, e in linea con questi principi la proposta dell'utilizzo della balanced scorecard potrebbe determinare una maggiore coordinazione delle iniziative proposte ai gruppi di ricerca con gli obiettivi strategici finali.

L'obiettivo di ciascun gruppo di ricerca è produrre più articoli in linea con la tematica di riconoscimento dell'IRCCS, in una prospettiva di crescita interna si stimola ogni gruppo di ricerca a produrre lavori in linea con le richieste del ministero della salute per migliorare il processo assistenziale e per ottenere più fondi per la ricerca scientifica.

¹³⁷ www.salute.gov.it ; programmazione triennale IRCCS

La direzione scientifica valuta e analizza i gruppi di ricerca in una prospettiva dei processi interni migliorando la ricerca e il fare ricerca, introducendo nuovi sistemi informatici e tecnologici; e in una prospettiva dell'utente richiamare più pazienti a sottoporsi a cure specifiche offrendo loro percorsi assistenziali migliori attraverso i risultati delle ultime ricerche scientifiche. Per quanto riguarda l'aspetto economico si pone quindi il tema di dover selezionare, tra gli indicatori ministeriali, quelli che Casa Sollievo della Sofferenza riesce a misurare e ad applicare ai propri gruppi di ricerca per la distribuzione dei fondi e valutazione delle performance.

Va inoltre considerato che nella scelta dei criteri di misurazione l'aspetto strategico è fondamentale. Dato che Casa Sollievo della Sofferenza valuta come elemento prioritario la produttività scientifica, quindi il fare ricerca, il criterio principale di distribuzione delle risorse tra i gruppi di ricerca è proprio la produzione scientifica; cioè quanti articoli hanno prodotto i gruppi di ricerca. Nel caso dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza questa produzione ha un peso anche superiore al 55% di ciò che richiedono i criteri ministeriali, e il concetto di equilibrio economico è fondamentale e comprende molti aspetti che verranno analizzati in seguito. Le attività di monitoraggio diventano importanti per tutte le variabili che si vengono a creare, esse devono essere coerenti con l'intervento strategico intrapreso.

Va inoltre sottolineato che quanto riportato si riferisce al lavoro di analisi operato dalla Direzione Scientifica per la distribuzione delle risorse della ricerca corrente nella misurazione della performance per i gruppi di ricerca. Per quel che riguarda invece il Budget delle unità operative cliniche la dimensione della ricerca scientifica è presente ma con altri criteri.

La Direzione Scientifica utilizza quindi dei criteri simili a quelli adottati dal Ministero della Salute. La distribuzione delle risorse avviene in base ad una classifica dei lavori prodotti. Al di là del dato numerico di produzione scientifica (e quindi dell'IF normalizzato prodotto da ciascun gruppo) esiste un margine di libertà di premiare qualche gruppo di ricerca che si è distinto per la potenzialità della ricerca prodotta.

Interessante è sottolineare come alcuni IRCCS italiani distribuiscono i fondi che ricevono dal Ministero in maniera alquanto differente tra loro. C'è chi, ad esempio, divide semplicemente i fondi ricevuti per il numero di laboratori che operano nell'IRCCS adottando semplificazioni che prescindono dagli aspetti di produzione.

Da ciò deriva l'importanza di definire indicatori che conservino una distribuzione delle risorse quanto più possibile vicina ad un criterio di equità. Ciò servirà anche per spronare gruppi di ricerca, premiando chi fa di più, a beneficio di tutto l'IRCCS.

8.2 COME L'IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA DISTRIBUISCE I FONDI AI GRUPPI DI RICERCA

Tenendo conto dei criteri di valutazione della ricerca corrente (programmazione triennale-IRCCS-www.salute.gov.it), esiste una trasformazione dei criteri del ministero o meglio un adattamento degli stessi che consente ai gruppi di ricerca di esser valutati. Esiste inoltre uno strumento progettato all'interno dell'azienda ospedaliera che consente al personale deputato di registrare la produzione scientifica. Accedendo sulla rete intranet dell'IRCCS Casa Sollievo, cliccando su Direzione Scientifica- pubblicazioni scientifiche, si seleziona un reparto o unità e con l'opzione "visualizza", compare l'insieme delle pubblicazioni inserite all'interno del sistema intranet aziendale. Si tratta di un sistema importante per comprendere quali siano gli articoli pubblicati; un ricercatore può quindi verificare la presenza degli articoli nell'archivio dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza. E' possibile visualizzare il nome del ricercatore, il titolo dell'articolo, l'IF, l'IF normalizzato e quanto del normalizzato va attribuito alle singole unità di ricerca.

Distribuzione delle risorse: Si prende in analisi un articolo che ha il valore di IF riportato su JCR(Journal of Citation Reports) , e il valore di IF normalizzato calcolato per la singola unità secondo le regole del Ministero della Salute; quindi l'IRCCS Casa Sollievo prende in esame un articolo e lo valuta e questa valutazione genera un punteggio per il gruppo di ricerca; in seguito si eseguono le somme di tutti i punteggi ottenuti per ogni unità oggetto di valutazione.

E' una somma di tutti gli IF normalizzati: si immagini di avere 2 milioni di risorse da distribuire e in base alle somme descritte precedentemente si assegnerà la percentuale di risorse economiche che spetta alla singola unità. Il punteggio di ogni unità diviso la somma totale di tutte le unità oggetto di analisi genera una percentuale che corrisponderà alla percentuale delle risorse che l'unità dovrà ottenere.

Di seguito in sintesi l'analisi dei calcoli descritti:

Calcolo dell'Impact Factor normalizzato per il gruppo di ricerca j

$$(IF_G)_j = \sum_{i=1}^{A_j} (IF_N)_i$$

$(IF_G)_j$ = Impact factor normalizzato del gruppo di ricerca j

A_j = Numero di articoli prodotti dal gruppo j

$(IF_N)_i$ = Valore di Impact Factor normalizzato calcolato applicando al singolo articolo prodotto dal ricercatore del gruppo j le regole di normalizzazione che il Ministero della Salute applica agli articoli prodotti dall'istituto (le regole tengono conto di: impact factor normalizzato della rivista rispetto alla disciplina a cui essa appartiene, posizione degli autori, tipologia di articolo, etc.)¹³⁸

Calcolo dell'Impact Factor totale normalizzato di tutti i gruppi di ricerca dell'istituto

$$IF_{TOT} = \sum_{j=1}^M (IF_G)_j$$

IF_{TOT} = Impact factor normalizzato totale dei gruppi di ricerca

M = numero di gruppi di ricerca

$(IF_G)_j$ = Impact factor normalizzato del gruppo di ricerca j

¹³⁸ www.salute.gov.it programmazione triennale IRCCS

Calcolo del budget assegnato al singolo gruppo di ricerca

$$B_j = \frac{(IF_G)_j}{IF_{TOT}} * B$$

B = Budget totale assegnato dal Ministero della Salute all'IRCCS

B_j = Budget assegnato al gruppo di ricerca

(IF_G)_j = Impact factor normalizzato del gruppo di ricerca j

IF_{TOT} = Impact factor normalizzato totale dei gruppi di ricerca

Questo è un sistema di distribuzione importante, ma c'è un altro indicatore da tenere in considerazione, che è la capacità di attrarre risorse. Questo indicatore è presente anche tra i criteri di distribuzione della ricerca corrente del Ministero della Salute. Considerare quindi la produzione scientifica e la capacità di attrarre risorse su base competitiva ha un evidente significato strategico.

In altri termini, l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza riceve una quantità di risorse che distribuisce alle singole Unità e dà come peso l'80% per la produzione scientifica e il 20% per la capacità di attrarre risorse. Ciò viene inoltre pesato seguendo un approccio qualitativo finalizzato a premiare chi svolge ricerca dalle maggiori potenzialità, anche al di là del risultato numerico del singolo anno preso in considerazione. Si Immagini di essere una Unità di ricerca, come obiettivo si stabilisce che si deve raggiungere un IF normalizzato, quindi come Unità si deve puntare a produrre articoli di qualità sufficiente ad arrivare a quel valore di IF. Però si può scegliere la produzione di articoli per una sola rivista che ha IF elevato oppure ottenere lo stesso IF mediante la somma di articoli su riviste a basso impatto. In questo caso, l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, preferirà premiare le Unità che pubblicano anche pochi articoli ma su riviste più importanti, pesando sulla base di questo criterio i valori numerici di IF normalizzato ottenuti.

Va inoltre sottolineato che per la distribuzione delle risorse di ricerca corrente Casa Sollievo della Sofferenza valuta esclusivamente gli articoli coerenti con la tematica con cui l'IRCCS è stato riconosciuto (malattie genetiche, terapie innovative e medicina rigenerativa). Stesso criterio vale per il Ministero della Salute che accetta solo lavori coerenti con la tematica di riconoscimento. Casa Sollievo della Sofferenza può, come strategia interna, stimolare chi è coerente con il tema di riconoscimento, quindi come unità si cerca di pubblicare in maniera coerente.

Allo stesso modo, la Direzione Scientifica cerca di stimolare la capacità dei gruppi di ricerca di attrarre risorse. In alcuni casi la Direzione può anche premiare chi pubblica in settori diversi da quello del riconoscimento anche in virtù del fatto che la capacità di pubblicare può fungere da volano per l'attrazione di risorse mediante la partecipazione a bandi competitivi (in cui avere pubblicazioni è un criterio di valutazione importante) e ciò a beneficio di tutto l'istituto. Come si sottolineava in precedenza, i fondi per le attività di ricerca si ricevono sia dal Ministero della Salute che da altri enti finanziatori e la capacità di attrarre risorse diventa sempre più importante in virtù del fatto che, a monte le risorse per gli IRCCS restano praticamente invariate mentre aumenta progressivamente, negli anni il numero di IRCCS, e quindi diminuiscono in media le risorse per il singolo IRCCS.¹³⁹

¹³⁹ Nota: Il lavoro descritto è stato eseguito con la supervisione del Dr. Francesco Giuliani, consentendo l'accesso ai sistemi informatici della Direzione scientifica dell'IRCCS

8.3 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI GRUPPI DI RICERCA: IL CASO IRCCS SAVERIO DE BELLIS

Nell'analisi di valutazione dei gruppi diventa fondamentale studiare il ruolo, la posizione e la strategia di lavoro delle risorse umane che costituiscono i gruppi di ricerca. Essi rientrano in una struttura ben definita, una sorta di sistema a piramide; tale struttura è il fulcro fondamentale per il lavoro di ricerca e assistenza dell'IRCCS. L'analisi di suddivisione dei gruppi di ricerca in un sistema a piramide per l'Irccs de Bellis ha alcune similitudini con il modello di Lynch e Cross, il quale si concentra sul ricercare il collegamento tra strategia e attività traducendo gli obiettivi strategici dall'alto in basso (basandosi sulle priorità dell'utente) e le misure dal basso in alto. La piramide è suddivisa in quattro livelli nei quali al primo è collocata la visione elaborata dal top management; il secondo livello è riferito alle varie unità di business e comprende i relativi obiettivi in termini economico-finanziari e di mercato e le strategie necessarie al loro perseguimento. Al terzo livello vengono localizzati i sistemi operativi aziendali che gli autori identificano come il flusso di lavoro orizzontale che permette di far arrivare il servizio all'utente a cui interessa di ottenere un servizio coerente con le proprie esigenze e non quali e quante sono le funzioni e gli uffici coinvolti e all'ultimo livello appartengono i reparti operativi e gli obiettivi vengono tradotti in criteri operativi specifici: qualità, consegna, tempo di ciclo e sprechi.¹⁴⁰ Il punto centrale è l'organizzazione, più si investe secondo le direttive dell'Irccs de Bellis e più aumenta la performance dei gruppi di ricerca dell'IRCCS stesso. Con il sistema a piramide, nel processo di ricerca e valutazione si assegna una sorta di struttura ben definita dell'IRCCS. Riprendendo l'analisi del modello a piramide di Lynch e Cross, Il de Bellis conta 330 dipendenti strutturati, 22 di essi sono inseriti nel sistema a piramide con ruoli differenti e 61 borsisti che si occupano di ricerca. Le misure di performance devono essere coordinate in base alle strategie perseguite.

¹⁴⁰ Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, *la contabilità analitica delle aziende sanitarie*, p.218

Nell'analisi della struttura a piramide emerge come la comunicazione tra i vari livelli della piramide sia fondamentale e le misure di performance scelte permettono ad ogni livello di verificare, ad esempio ai gruppi di ricerca che ne fanno parte, il loro ruolo nel perseguimento degli obiettivi strategici; di motivare i gruppi di ricerca nella produzione scientifica e nelle attività di ricerca e costituire uno strumento di comunicazione.¹⁴¹ In questo modo si può monitorare l'attività di lavoro dei gruppi di ricerca in linea con gli obiettivi da perseguire e avere una visione continua di monitoraggio permette ai vertici direzionali di eseguire delle correzioni durante il percorso di ricerca e produzione. Il collegamento tra la performance di ciascun specifico gruppo di ricerca e la strategia e la performance dell'Irccs permette ai gruppi di ricerca d'incentrarsi sull'efficacia dell'intero sistema operativo più che su quella di un singolo gruppo. La valutazione è fondamentale nel meccanismo di produzione di ricerca, ma anche nell'assegnazione del budget interno e delle risorse che il Ministero della Salute destina all'IRCCS. La produttività scientifica è migliorata nel tempo, secondo gli organi direzionali, in un contesto di strategia "valutativa" applicare dei criteri stringenti nella valutazione delle performance porta risultati negativi. La ricerca è imprevedibile, il lavoro di ricerca e di produttività scientifica presenta tempi lunghi e a volte le scadenze di produzione dei lavori sono immediate.

La ricerca sperimentale presenta dei risultati che spesso sono esponenziali e alcuni gruppi non possono essere valutati come tutti gli altri; si tratta in sintesi di una valutazione multiparametrica nel rispetto sempre delle indicazioni e dei criteri stabiliti dal Ministero della Salute.¹⁴²

Gli organi della Direzione scientifica si basano su alcuni elementi che rientrano nella valutazione parametrica: la performance dei gruppi di ricerca nel rispetto di efficacia ed efficienza e capacità di fare brevetti (tenendo conto che esiste un regolamento interno).

¹⁴¹ In proposito si veda: LYNCH, CROSS, *Migliorare la performance aziendale*, op. cit., pag. 115

¹⁴² www.salute.gov.it-IRCCS

La valutazione prevede una serie di parametri da rispettare perché i gruppi di ricerca dell'IRCCS sono molto allargati. Al termine del lavoro di ricerca e produzione assegnato, i gruppi di ricerca e i singoli devono produrre una relazione finale la quale sarà valutata dal Direttore Scientifico. In ultimo il Direttore Scientifico interverrà con strategie di valutazione precise, alcune delle quali permetteranno ad alcuni gruppi di esser stimolati nel produrre di più. L'Irccs de Bellis cerca di creare sinergia tra i gruppi di lavoro tenendo conto che la “ricerca corrente”, secondo quanto stabilito dal Ministero della Salute, è un grande contenitore su cui insistono tutti i gruppi di ricerca che lavorano all'interno dell'IRCCS. Dal 2017, presso l'IRCCS Saverio de Bellis inizia l'evoluzione in ambito di ricerca scientifica. Il grande lavoro dei gruppi di ricerca ha permesso di ottenere rilevanti risultati in termini di ricerca scientifica, si è passati da 55 di Impact Factor a 337,41 di IF nel 2020. Un investimento importante della struttura ha permesso all'IRCCS Saverio de Bellis di esser la prima struttura in Puglia a poter condurre studi clinici di fase 1, avendo completato il percorso di accreditamento AIFA.

La ricerca clinica rappresenta il futuro della medicina moderna, garantendo al paziente le migliori terapie e al sistema sanitario nazionale un notevole risparmio economico. Le sperimentazioni cliniche prevedono quattro fasi, al termine di ciascuna, se i risultati sono positivi al punto da soddisfare gli obiettivi per i quali la sperimentazione è stata avviata, il farmaco passa a quella successiva.

8.4 DISTRIBUZIONE DEI FONDI AI GRUPPI DI RICERCA, IRCCS DE BELLIS

Nell'analisi della modalità in cui sono distribuiti i fondi ai vari gruppi di ricerca, si valuta la struttura dei vari gruppi come parametro di distribuzione. Si tratta di una valutazione della struttura del gruppo di ricerca che rientra nel sistema "piramidale" descritto in precedenza; si analizza il numero di ricercatori, il referente del team ed esiste uno storico di riferimento. Il team a volte è costituito da giovani ricercatori e non si può far riferimento ad uno storico. Esiste la struttura a piramide per far riferimento ai vari gruppi di lavoro. Ognuno di loro occupa una posizione all'interno della piramide ma la "valutazione" per la distribuzione dei fondi la esegue un Team interno dell'IRCCS con specifiche competenze valutative.

Nel corso del tempo si preferisce incontrare i vari gruppi di lavoro per l'analisi dell'andamento del lavoro di ricerca e ogni mese si analizza cosa fanno rispetto a ciò che è stato pianificato. Nella distribuzione delle risorse ai gruppi di lavoro dell'IRCCS si usano indicatori differenti; esiste e prevale una visione d'insieme nella distribuzione di risorse da parte dell'IRCCS de Bellis. Esistono però dei criteri meritocratici non codificati, ad esempio: chi non ha performato non è detto che non venga sottoposto a processo di analisi ma la sua valutazione avverrà nel tempo; così facendo rientrerà anch'esso nella distribuzione di budget. Il processo di valutazione avviene ogni anno, ci sono, a volte, gruppi emergenti che durante l'anno producono poco, però nella visione d'insieme che porta avanti l'IRCCS De Bellis anche i singoli o gruppi emergenti sono promossi. Si tratta di una strategia interessante perché prevale il lavoro unitario, di insieme, la cui cooperazione tra i gruppi di ricerca diventa fondamentale in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

Il lavoro che porta avanti la direzione scientifica dell'IRCCS de Bellis è quella di distribuire i fondi ai gruppi di ricerca premiando tutti coloro che rientrano nel sistema piramidale, facendo prevalere la visione unitaria e familiare dell'operato dell'IRCCS. Tale distribuzione è resa possibile perché vi è un numero limitato di risorse umane che operano all'interno, e si cerca di far prevalere la visione d'insieme e l'aspetto collaborativo nella visione strategica dell'IRCCS.¹⁴³

8.5 ANALISI COMPARATIVA TRA IRCCS

Dall'analisi comparativa dei due casi emergono dei punti in comune e delle differenze tra i due Irccs per quanto riguarda la distribuzione dei fondi ai gruppi di ricerca e i criteri di valutazione. Una base in comune riguarda i fondi che provengono dal Ministero della salute. Per la ricerca corrente, il Ministero della salute, distribuisce, per quanto stabilito nella sua programmazione triennale, una percentuale di risorse per la ricerca corrente pari al 55% ; questo criterio vale per tutti gli IRCCS. L'analisi comparativa evidenzia delle differenze nella distribuzione della stessa ai rispettivi gruppi di ricerca. Per quanto riguarda i gruppi di ricerca dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza l'aspetto prioritario è la produttività scientifica, quindi il fare ricerca e il criterio principale di distribuzione delle risorse tra i gruppi di ricerca è proprio la produzione scientifica, cioè quanti articoli hanno prodotto i gruppi di ricerca. Questo viene analizzato su una base triennale; lo stesso fa l'IRCCS de Bellis ma solo ed esclusivamente sull'anno corrente di produzione, utilizzando uno storico degli anni precedenti per analizzare eventuali cambiamenti o progressi in termini di ricerca. Entrambi gli IRCCS producono articoli scientifici in linea con la tematica di riconoscimento aziendale, ciò che distingue gli IRCCS è la differenza in numero dei componenti dei gruppi di ricerca.

¹⁴³ Nota: Il presente lavoro di analisi dati e osservazione del processo di valutazione dell'Irccs de Bellis si è svolto con la supervisione del Dr. Giuseppe Dalfino, dirigente analista IRCCS de Bellis

L'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza presenta numerosi ricercatori che afferiscono alle unità clinico assistenziali, strettamente connessi con la direzione scientifica dell'IRCCS. Per quanto riguarda l'IRCCS de Bellis, i ricercatori assunti tramite procedura concorsuale rientreranno nel sistema piramidale descritto in precedenza e saranno suddivisi a seconda del livello di appartenenza della piramide. Il lavoro di produzione di ricerca sarà su base annuale che sarà oggetto di valutazione.

L'organo di valutazione e monitoraggio è rappresentato dalla Direzione scientifica; per entrambi è il direttore scientifico, ma nel caso dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, essendo presenti numerosi gruppi di ricerca ci sarà un referente per ogni gruppo di ricerca; il sistema piramidale e il numero inferiore di ricercatori crea un vantaggio per l'IRCCS de Bellis in quanto la modalità di valutazione dei gruppi di ricerca viene fatta analizzando la produzione di articoli scientifici nell'anno corrente e utilizzando uno storico (ad esempio, ciò che si è prodotto l'anno precedente) per apportare interventi correttivi o eventuali modifiche. Nell'IRCCS de Bellis prevale la visione "familiare" e di insieme nella valutazione dei gruppi di ricerca, mentre per l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, essendo il parametro di valutazione su base triennale emerge come sia fondamentale stabilire delle logiche di calcolo che produrranno un sistema specifico nella valutazione e assegnazione di risorse. Le unità dei gruppi di ricerca dell'IRCCS de Bellis lavorano all'unisono per la produzione scientifica in materia di patologie dell'apparato gastrointestinale (in linea con la tematica di riconoscimento IRCCS) invece il lavoro dei gruppi di ricerca dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza è più complesso. Ci sono diverse tematiche di produttività scientifica su cui si lavora, la direzione scientifica presenta un team che monitorizza le attività dei gruppi di ricerca, stabilendo un'analisi triennale sulla produttività scientifica.

Da questa analisi emerge un'altra importante differenza nella distribuzione di risorse. L'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza premierà chi avrà prodotto di più nell'arco dei tre anni di riferimento, mentre l'IRCCS de Bellis premierà in maniera equa tutti i gruppi di ricerca e i ricercatori che rientrano nel sistema piramidale, poiché tutti hanno contribuito al lavoro di produzione scientifica.

Questa differenza presenta dei vantaggi per l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, perché tale modalità distributiva dei fondi porta i gruppi di ricerca ad impegnarsi in una maggior produzione e nel distinguersi dagli altri per ottenere un maggior numero di risorse, quindi è una modalità di stimolo per i gruppi a "fare ricerca e produrre articoli"; la direzione scientifica dell'IRCCS de Bellis preferisce mandare avanti il concetto di unità dei gruppi, coloro che rientrano nel sistema piramidale, borsisti, ricercatori lavorano in un'ottica "familiare" che porta ad una distribuzione equa a tutti i gruppi di ricerca. In termini di produzione scientifica dell'IRCCS, cioè di impact factor, questa visione familiare dell'IRCCS de bellis ha dimostrato di ottenere anche importanti risultati, come descritto nel paragrafo precedente, si è passati, a esempio da un IF (impact factor) di 55 del 2019 a 337,41 di IF nel 2020. Per l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza la modalità distributiva delle risorse spinge i gruppi di ricerca ad una sana competizione nel produrre di più in un'ottica sempre in linea con i criteri del ministero della salute e con la mission aziendale. Il confronto evidenzia come non esiste una strategia precisa da seguire per la produttività scientifica, ma l'intento per entrambi gli IRCCS resta il concetto di produrre e fare ricerca in un'ottica assistenziale. Tutto ciò che si produce è fondamentale in termini di assistenza ed emerge come entrambe le Direzioni scientifiche, nella loro ottica di strategia differente della distribuzione di risorse, perseguano il loro obiettivo di ricerca definito dalla programmazione del Ministero della salute.

CAPITOLO 9 – ESEMPIO DI ASSEGNAZIONE BUDGET: IL CASO DI UN’UNITA’ DI RICERCA DELL’IRCCS CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

9.1 ANALISI CASO

Dopo aver approfondito il concetto di budget nella descrizione degli strumenti di management, si descrive come uno degli IRCCS (Casa Sollievo della Sofferenza) posto a confronto distribuisce le risorse alle unità di ricerca e le modalità di calcolo legate all’assegnazione delle stesse e l’importanza di assegnare un “peso” per ogni voce presa in considerazione. Il parametro di riferimento è l’Impact factor (IF) legato alla produzione di articoli scientifici; si analizzerà come le unità di ricerca che operano all’interno dell’IRCCS ottengono risorse per la produzione degli articoli stessi e le modalità di calcolo con cui la Direzione scientifica dell’IRCCS distribuisce le risorse ai rispettivi gruppi di ricerca.

Una prima differenza che emerge tra L’IRCCS e le linee guida del Ministero della salute è che l’IRCCS considera la somma per ogni gruppo di ricerca degli IF dei tre anni precedenti rispetto all’anno corrente invece il Ministero della Salute considera soltanto l’anno precedente; in questa prima descrizione si evidenzia un prima modalità di adattamento, cioè l’IRCCS Casa Sollievo, considerando i tre anni di analisi di conseguenza si “adatta” alle linee Ministeriali ma non le segue in maniera letterale.

La scelta di considerare un periodo triennale è perché magari nell’ultimo anno il gruppo di ricerca può aver avuto un rendimento negativo ma nei due anni precedenti positivo, e allora considerando il triennio si mitiga l’effetto delle variazioni annuali. Ci sono diversi pesi applicati a differenti capacità di unità o laboratori, come può esser la capacità di gestire i finanziamenti.

La Direzione Scientifica di Casa Sollievo, nonostante sia possibile introdurre diversi indicatori, si concentra soprattutto sugli articoli che vengono prodotti e sul loro IF normalizzato oltre che sulla capacità di **fund raising**, in cui si possono ottenere risultati anche molto rilevanti ma che possono essere, in virtù del peso inferiore di questo indicatore, non determinanti quanto un miglioramento del valore di IF del gruppo di ricerca. Da ciò discende l'importanza di produrre articoli e fare ricerca scientifica nell'ambito della tematica di riconoscimento (concetto di coerenza scientifica).

L'analisi del file utilizzato per la valutazione dei gruppi di ricerca da parte della Direzione Scientifica evidenzia un **peso** rilevante sull'andamento dell'IF normalizzato degli ultimi "tre" anni (peso stabilito pari a 55%) e dell'ultimo anno (peso del 35%), un peso del 7% per il **Fund Raising** e del 3% per il **Grant Management**.

REPARTO/UNITA'	IF N 2017	IF N 2018	IF N 2019	PRODUTTIVITA' TRIENNIO: PESO 55	PRODUTTIVITA' PESO 35	FUND RAISING PESO: 7	GRANT MANAGEMENT PESO: 3
ANATOMIA PATOLOGICA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
DIABETOLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
CARDIOLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
EMATOLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
NEFROLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
GASTROENTEROLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
GENETICA MEDICA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
GERIATRIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
SBReMIT_CANCER STEM CELL	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
SBReMIT_EMATOPATOLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
SBReMIT_INGEGNERIA TISSUTALE	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
SBReMIT_UPTA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
SBReMIT_BIOMARKERS	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
LABORATORIO DI ONCOLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
MEDICINA FISICA RIABILITATIVA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
MEDICINA INTERNA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
VENDEL_CITOGENETICA	1	1	1	1,00	1,00	0,20	0,08
VENDEL_DIABETOLOGIA	1	1	1	1,00	1,00	0,10	0,08
VENDEL_GENOMICA CLINICA	1	1	1	1,00	0,00	0,50	0,08
VENDEL_HUNTINGTON	1	1	1	1,00	1,00	0,50	0,08
VENDEL_MOLECOLARE	1	1	1	1,00	1,00	0,50	0,08

Tab.1 Nell'analisi della tabella, il file Excel allegato come immagine, presenta nella prima colonna l'elenco delle unità di ricerca a cui va assegnata una fetta di budget sul piano economico. Sono elencate le unità che fanno ricerca scientifica in coerenza con le tematiche di riconoscimento IRCCS. Si immagini di assegnare un budget di 3.500.000 euro. Su un altro foglio di Excel si eseguono calcoli sugli IF degli ultimi 3 anni delle singole unità, sommando per ogni unità gli IF normalizzati del triennio analizzato.

	IF N 2017	IF N 2018	IF N 2019	IF triennio
ANATOMIA PATOLOGICA	12	13	15	40
DIABETOLOGIA	234	180	340	754
CARDIOLOGIA	35	2	3	40
EMATOLOGIA	80	70	53	203
EPATOLOGIA	89	75	26	190
GASTROENTEROLOGIA	250	260	263	773
Totali	700	600	700	2000

Tab.2 Nell'esempio riportato, si sceglie di analizzare l'unità Anatomia Patologica; si esegue la somma dell'IF TOTALE (triennio)=IF2017+IF2018+IF2019; inoltre si esegue la somma totale di tutti gli IF normalizzati di tutte le Unità di Ricerca del 2017, così per il 2018 e per il 2019.

In un'altra colonna dello stesso file si esegue un calcolo percentuale analizzando il triennio per ogni unità. Si valuta in percentuale il valore di IF prodotto nel triennio da ogni unità: il valore che sarà utilizzato per distribuire il budget si ottiene con la formula "IF triennio/totale degli IF". Così facendo si ottengono dei valori inseriti in un'altra colonna(come mostra la tabella successiva) che si nominerà **%triennio** e lo stesso si farà solo per l'IF dell'ultimo anno, cioè il 2019 in questo caso. In questo modo si costruisce il peso percentuale per ogni unità sulla base della produzione triennale e dell'ultimo anno.

	IF N 2017	IF N 2018	IF N 2019	IF triennio	% triennio	% ultimo anno
ANATOMIA PATOLOGICA	12	13	15	40	0,02	0,021428571
DIABETOLOGIA	234	180	340	754	0,377	0,485714286
CARDIOLOGIA	35	2	3	40	0,02	0,004285714
EMATOLOGIA	80	70	53	203	0,1015	0,075714286
EPATOLOGIA	89	75	26	190	0,095	0,037142857
GASTROENTEROLOGIA	250	260	263	773	0,3865	0,375714286
Totali	700	600	700	2000		

Tab. 3 La tabella mostra l’assegnazione alla **% triennio** di un peso di **0,55** e nella **%ultimo anno** un peso di **0,35**. Si eseguono dei calcoli successivi per assegnare il peso per ogni Unità sia per la produttività del “triennio” che per la produttività dell’ “ultimo anno”. In questo modo si otterrà, ad esempio per l’Anatomia Patologica, la produttività del triennio in percentuale, moltiplicando il peso assegnato, esempio $0,55 \times 0,02$ che è la percentuale di produttività del triennio dell’Anatomia Patologica come unità presa in esame; così per le altre unità fino ad ottenere i valori in percentuale della produttività del triennio con un peso assegnato dello 0,55 e i valori in percentuale della produttività dell’ultimo anno con un peso assegnato di 0,35.

I valori che si ottengono attraverso questo calcolo saranno inseriti nelle rispettive colonne Excel di **PRODUTTIVITA’ TRIENNIO, PESO 55%** e **PRODUTTIVITA’ ULTIMO ANNO, PESO 35%**.

Di seguito l'analisi degli ultimi due procedimenti descritti:

		IF N 2017	IF N 2018	IF N 2019	IF triennio	% triennio	% ultimo anno	Produttività triennio	Produttività
		12	13	15	40	0,02	0,021428571	0,011	0,0075
	ANATOMIA PATOLOGICA	234	180	340	754	0,377	0,485714286	0,20735	0,17
	DIABETOLOGIA	35	2	3	40	0,02	0,004285714	0,011	0,0015
	CARDIOLOGIA	80	70	53	203	0,1015	0,075714286	0,055825	0,0265
	EMATOLOGIA	89	75	26	190	0,095	0,037142857	0,05225	0,013
	EPATOLOGIA	250	260	263	773	0,3865	0,375714286	0,212575	0,1315
	GASTROENTEROLOGIA								0
	Totale	700	600	700	2000				

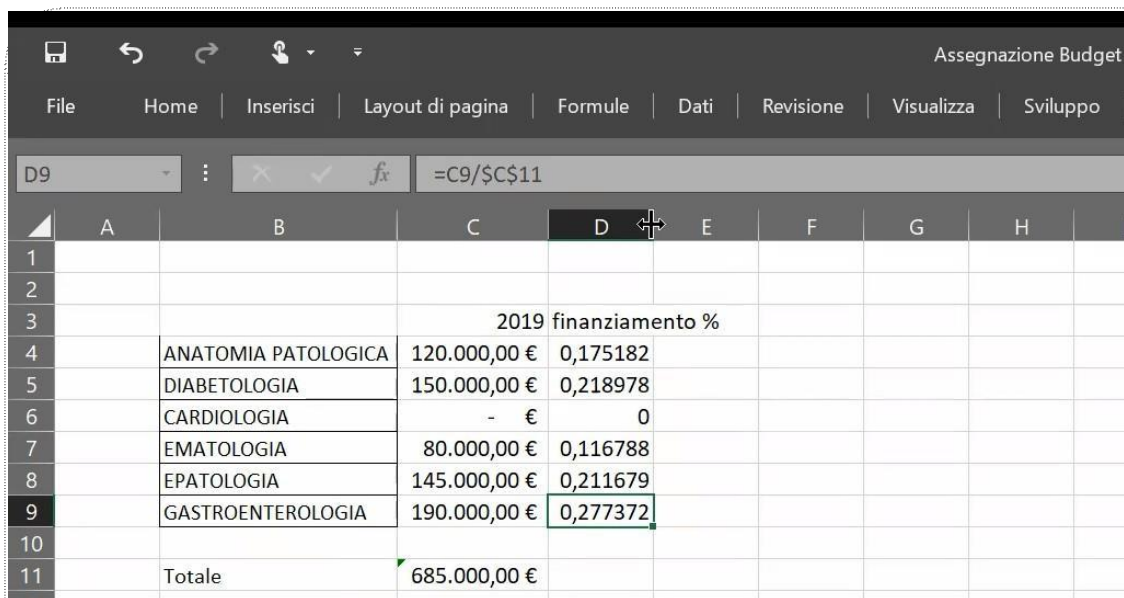
Tab.4 Illustrazione dei calcoli per ottenere la percentuale della produttività del triennio e dell'ultimo anno.

REPARTO/UNITA'	IF N 2017	IF N 2018	IF N 2019	PRODUTTIVITA' TRIENNIO: PESO	PRODUTTIVITA' : PESO 35	FUND RAISING PESO:7	GRANT MANAGMENT PESO:3	BUDGET ASSEGN
				55				€ 3.500.0
ANATOMIA PATOLOGICA	12	13	15	0,011	0,0075			
DIABETOLOGIA	234	180	340	0,20735	0,17			€
CARDIOLOGIA	35	2	3	0,011	0,0015			
EMATOLOGIA	80	70	53	0,055825	0,0265			
EPATOLOGIA	89	75	26	0,05225	0,013			
GASTROENTEROLOGIA	250	260	263	0,212575	0,1315			€
GENETICA MEDICA								
GERIATRIA								
ISBReMIT_CANCER STEM CELL								
ISBReMIT_EMATOPATOLOGIA								
ISBReMIT_INGEGNERIA TISSUTALE								

Tab.5 Inserimento nelle rispettive colonne di produttività triennio e produttività annuale dei valori ottenuti dai calcoli in base al peso assegnato.

9.2 FUND RAISING

Per le attività di fund raising viene realizzato un altro foglio Excel, nominato proprio **fund raising**, e si osservano nuovamente le unità di ricerca. Si analizzano attraverso queste attività i fondi ottenuti su bandi competitivi dell'ultimo anno; la logica di analisi è sempre la stessa: si esegue la somma totale dei fondi ottenuti dai progetti dell'ultimo anno (esempio 2019) e si assegna il finanziamento % sul totale, cioè la cifra assegnata ai progetti per ogni unità di ricerca (esempio 120.000 Anatomia patologica) diviso la somma totale ottenuta in precedenza (rappresenta la cifra totale ottenuta dall'istituto per i progetti del 2019). Quindi ciascuna unità presenta una percentuale di finanziamento della somma totale che ha ottenuto l'IRCCS.



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2									
3				2019 finanziamento %					
4		ANATOMIA PATOLOGICA	120.000,00 €	0,175182					
5		DIABETOLOGIA	150.000,00 €	0,218978					
6		CARDIOLOGIA	- €	0					
7		EMATOLOGIA	80.000,00 €	0,116788					
8		EPATOLOGIA	145.000,00 €	0,211679					
9		GASTROENTEROLOGIA	190.000,00 €	0,277372					
10									
11		Totale	685.000,00 €						

Tab.6 Illustrazione della modalità di calcolo

Assegnazione Budget - Excel

File Home Inserisci Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza Sviluppo Foxit PDF Power Pivot Che cosa si desidera fare?

A3 ANATOMIA PATOLOGICA

	A	B	C	D	E	F	G
	REPARTO/UNITA'	IF N 2017	IF N 2018	IF N 2019	PRODUTTIVITA' TRIENNIO: PESO 55	PRODUTTIVITA' : PESO 35	FUND RAISING PESO: 7
1							
2							
3	ANATOMIA PATOLOGICA	12	13	15	0,011	0,0075	0,0123
4	DIABETOLOGIA	234	180	340	0,20735	0,17	0,0153
5	CARDIOLOGIA	35	2	3	0,011	0,0015	0,0000
6	EMATOLOGIA	80	70	53	0,055825	0,0265	0,0082
7	EPATOLOGIA	89	75	26	0,05225	0,013	0,0148
8	GASTROENTEROLOGIA	250	260	263	0,212575	0,1315	0,0194

Tab.7 Nella tabella si illustra la seguente modalità: alla voce **finanziamento %** si assegna un peso di **0,07** e in un'altra colonna dello stesso file nominata **fund raising** si inserisce un valore ottenuto dal prodotto della “% finanziamento e il peso 0,07”; esempio, Anatomia Patologica, FUND RAISING= 0,175182 X 0,07, così per le altre unità. Si ottengono dei valori che saranno inseriti nella tabella all'interno della colonna con la voce **FUND RAISING PESO: 7%**

9.3 GRANT MANAGEMENT

L'ultimo foglio analizza per le unità di ricerca un'altra voce, cioè quanto si è speso per la ricerca corrente rispetto al budget assegnato nell'anno precedente. La logica è "più si spende e più si ha un punteggio buono". Si suppone che, ad esempio, l'anatomia patologica abbia speso il 90% dei fondi e così via per le altre unità. Per il Grant Management si assegna un peso pari a 0,03 e si esegue la stessa logica di calcolo per assegnare alla voce **Grant Management** il valore ottenuto dal prodotto della % dei fondi spesi per il peso assegnato che è 0,03.

	A	E	F	G	H
	REPARTO/UNITA'	PRODUTTIVITA' TRIENNIO: PESO	PRODUTTIVITA' : PESO 35	FUND RAISING PESO: 7	GRANT MANAGEMENT PESO: 3
1		55			
2					
3	ANATOMIA PATOLOGICA	0,011	0,0075	0,0123	0,0270
4	DIABETOLOGIA	0,20735	0,17	0,0153	0,0300
5	CARDIOLOGIA	0,011	0,0015	0,0000	0,0300
6	EMATOLOGIA	0,055825	0,0265	0,0082	0,0150
7	EPATOLOGIA	0,05225	0,013	0,0148	0,0105
8	GASTROENTEROLOGIA	0,212575	0,1315	0,0194	0,0267
9	GENETICA MEDICA				

Tab.8 Illustrazione del calcolo per il Grant Management; esempio di calcolo dell'unità di Anatomia Patologica, esempio: si ottiene per l'Anatomia Patologica, che ha speso il 90% dei fondi in GRANT MANAGEMENT il seguente calcolo: $0,9 \times 0,03 = 0,027$; tale valore, così come quello ottenuto per le altre unità sarà inserito nella tabella alla voce **GRANT MANAGEMENT, PESO:3%**.

9.4 ANALISI FINALE DEL PROCEDIMENTO

Come analisi finale, si inserirà all'interno del primo foglio di lavoro, dopo aver riportato tutti i valori di calcolo ottenuti, un'altra colonna con la voce SOMMA DI TUTTI I PESI ANALIZZATI. Si riporterà la somma totale dei valori di tutti i pesi per ogni singola unità di ricerca per poter procedere al calcolo finale. Per conoscere il budget da assegnare ad ogni singola unità di ricerca occorre ottenere la somma totale dei pesi analizzati per ogni Unità di Ricerca, e tale somma produrrà un valore. Quindi ciascuna Unità di Ricerca avrà un valore che corrisponderà alla somma totale dei pesi analizzati; in seguito, si procede sommando tutti i valori, che si ottengono da questa somma, di tutte le Unità di Ricerca per avere una cifra del totale della cifra corrispondente alla somma dei pesi.

	A	F	G	H	I	J
	REPARTO/UNITA'	PRODOTTIVITA' :PESO 35	FUND RAISING PESO:7	GRANT MANAGMENT PESO:3		BUDGET DA ASSEGNARE
1						
2						€ 3.500.000,00
3	ANATOMIA PATOLOGICA	0,0075	0,0123	0,0270	0,0578	€ 182.266,24
4	DIABETOLOGIA	0,17	0,0153	0,0300	0,4227	€ 1.333.731,19
5	CARDIOLOGIA	0,0015	0,0000	0,0300	0,0425	€ 134.105,66
6	EMATOLOGIA	0,0265	0,0082	0,0150	0,1055	€ 332.898,16
7	EPATOLOGIA	0,013	0,0148	0,0105	0,0906	€ 285.779,22
8	GASTROENTEROLOGIA	0,1315	0,0194	0,0267	0,3902	€ 1.231.219,53

Tab.9 Nella colonna I successiva al Grant management si esegue la somma totale dei pesi per l'unità di riferimento(eseempio Anatomia patologica).

La somma totale dei pesi per l'Anatomia Patologica sarà: $0,011+0,0075+0,0123+0,0270$ uguale a $0,0578$; si procede in seguito alla somma dei pesi totali (ottenuti dalla somma di produttività

trienno-totale-fund raising-grant management) per ogni Unità di ricerca, esempio $0,0578+0,4227+0,0425\dots$ (colonna I) ottenendo così una cifra utile per il budget da assegnare ad ogni singola Unità di Ricerca.

Per l'Anatomia Patologica, il budget da assegnare si ottiene dividendo la somma dei pesi totali (0,0578) con la somma totale di tutte le sommatorie dei pesi delle singole unità di ricerca (somma totale dei valori della colonna I =1,11) e moltiplicando il valore per la cifra totale presente nella colonna BUDGET DA ASSEGNARE (3.500.000 è l'ammontare totale da assegnare).

LOGICA DEL CALCOLO:

ANATOMIA PATOLOGICA = $0,0578/1,11 \times 3.500.000 = 182.266,24 \text{ €}$.

La cifra è indicativa, utile solo per analizzare la procedura di calcolo; alcuni valori di peso inseriti sono solo di esempio, quindi non veritieri, ma utili per comprendere la modalità di distribuzione del budget.

CONCLUSIONI

L'analisi e la descrizione dei modelli di management e degli strumenti di management, attraverso uno studio approfondito della letteratura, ha permesso di evidenziare come alcuni di essi possono essere applicati nel contesto di pianificazione strategica e operativa relativamente agli IRCCS. Conoscere le caratteristiche dei suddetti strumenti, ha permesso di approfondire come alcuni di essi possano essere integrati per migliorare il processo di distribuzione delle risorse. Gli IRCCS hanno una funzione di volano nell'applicazione delle conoscenze alla pratica clinica attraverso un percorso di valutazione di percorsi e processi, la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e di linee guida, la valutazione dei costi e dei processi organizzativi, l'impatto sull'utenza affinché gli interventi sanitari siano corretti e sostenibili. Si tratta di passare da un concetto generico di evidenza scientifica e da un modello di ricerca di trasferimento di fase 1 (quella comunemente definita "bench to bedside") ad una ricerca di trasferimento di fase 2 per valutare come i risultati scientifici funzionano quando sono applicati nella pratica. Tale approccio dovrebbe diventare un modello culturale di riferimento per tutto il SSN. In tal modo è possibile valutare l'efficacia pratica e la costo-efficienza degli interventi in un determinato ambito, oltre che definire le politiche per promuovere un utilizzo corretto degli strumenti diagnostici e terapeutici disponibili. Il passaggio successivo è quello della ricerca di trasferimento di fase 3 che utilizza metodologie scientifiche, sperimentali e non-sperimentali, per valutare i rapporti interdisciplinari tra interventi di politica sanitaria e fattori che possono intervenire con le strategie di gestione clinica e di sanità pubblica. In tal modo, è possibile affrontare i problemi sanitari partendo da principi di medicina basata sulle evidenze, attraverso la ricerca di trasferimento e la strategia sanitaria.

Il denominatore comune a tutti gli IRCCS è sicuramente la ricerca, ma quello che li differenzia da istituzioni come l'università, il CNR o altri enti di ricerca è lo stretto legame con la clinica.

In un periodo in cui le indicazioni ministeriali spingono a de-ospedalizzare e a favorire un approccio orientato al territorio, sarebbe anacronistico pensare di valutare gli IRCCS esclusivamente in base alla loro (più che importante) componente di ricovero e/o ambulatoriale.

Per sintetizzare, quello che differenzia gli IRCCS dalla maggior parte delle altre strutture del sistema sanitario è la vocazione e la produzione di ricerca; quello che distingue gli IRCCS dagli altri enti di ricerca è la clinica. Come già analizzato, gli IRCCS sono destinatari della ricerca corrente, del conto capitale e del finanziamento ministeriale degli ERAnet, mentre alla ricerca finalizzata concorre tutto il sistema sanitario. E' allora ragionevole proporre che gli IRCCS esprimano una vocazione alla ricerca biomedica più spinta rispetto agli altri enti del servizio sanitario, rivestendo un ruolo di hub nel trasferimento delle conoscenze. Pertanto è nodale che gli IRCCS nel piano triennale esplicitino, parallelamente alla ricerca, anche la quota (e la modalità) più specifica di ricerca traslazionale e clinica. In particolare verranno valutati in base alla loro capacità di fare rete, secondo gli indicatori che riterranno opportuno evidenziare in tale contesto. Infine, la valorizzazione della contemporanea presenza di competenze di ricerca e cliniche non potrà prescindere da un ruolo degli IRCCS come promotori e valutatori della innovazione e standardizzazione di percorsi diagnostici, assistenziali ed organizzativi realmente trasferibili ad altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale, come anche di altre strutture del SSN che si propongono tali finalità.

In tale ambito, appare cruciale il ruolo degli IRCCS nella definizione di linee guida, di modelli di accreditamento all'eccellenza e di valutazione delle tecnologie sanitarie, unitamente ad altre strutture di eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale.

E' vero che la qualità di un sistema sanitario non può reggere solo su alcune strutture. Il concetto di ricerca ed assistenza deve essere diffuso in tutto il SSN al fine di migliorarne la qualità, l'efficienza e l'economicità. Pertanto il modello degli IRCCS deve essere diffuso a tutte le strutture del SSN al fine di importare la cultura della ricerca e determinare con questo una visione critica dei processi. Solo questo potrà determinare un cambiamento positivo del SSN evitando qualsiasi resistenza.

All'opinione pubblica il mondo della ricerca scientifica sembra spesso distante rispetto ai termini "budget e rendicontazione". Invece l'analisi specifica dell'attività degli IRCCS e la conoscenza delle sue procedure hanno fatto emergere come "produrre ricerca" abbia un ruolo chiave nella gestione aziendale. Attraverso un'analisi di confronto si è voluto illustrare l'importanza di conoscere all'interno dello stesso territorio regionale la differenza di "modelli e strumenti di management" tra IRCCS pubblico e privato ai fini della distribuzione delle risorse. Non solo, nel presente lavoro si sottolinea l'importanza di conoscere gli strumenti di misurazione, analisi, valutazione e distribuzione delle risorse che il Ministero della Salute riconosce agli IRCCS stessi. Emerge quindi come la ricerca costituisca una voce importante nel budget degli IRCCS, ed in particolar modo la ricerca corrente che viene valutata secondo gli indicatori presentati nel lavoro di confronto tra gli IRCCS. Il lavoro di misurazione delle performance e distribuzione del budget ha evidenziato differenze tra gli IRCCS nelle modalità, le quali hanno fatto emergere che non esiste una strategia precisa da seguire.

Una proposta di miglioramento potrebbe essere il “fare rete tra gli IRCCS stessi”; condividendo lo stesso territorio regionale si possa contribuire a migliorare il processo di ricerca scientifica e contemporaneamente il processo clinico assistenziale per l’utente. Dal confronto sono emersi alcuni punti interessanti: ad esempio il lavoro di “unità” tra i gruppi di ricerca, di uno degli IRCCS (de Bellis), nel “fare ricerca e produrre articoli scientifici” ha determinato un aumento della produzione stessa; scegliere la modalità di collaborazione “d’insieme e unitaria” tra i vari gruppi rispetto ad una sana competizione nel lavoro di ricerca e produzione ha evidenziato vantaggi nel raggiungimento dell’obiettivo. Al tempo stesso la visione “d’insieme e unitaria” può avere il rischio di non produrre stimoli nei ricercatori che si contraddistinguono nei gruppi di ricerca e di conseguenza ne risente la loro performance, influenzando la produzione scientifica stessa. Si è analizzato come stimolare i gruppi di ricerca e valutarli su un piano triennale può determinare vantaggi in termini di produzione scientifica, come il caso dell’altro IRCCS posto a confronto (CSS). L’analisi di confronto all’interno dello stesso territorio regionale possa essere di stimolo alle strutture che sono coinvolte nel fare “rete” e collaborare per migliorare il processo clinico assistenziale e la “ricerca scientifica”. Il termine “ricerca” sia punto fondamentale non solo ai fini del processo clinico assistenziale ma anche dell’equilibrio aziendale come lo è per gli IRCCS. Il presente lavoro sia di stimolo per il miglioramento di tutti gli aspetti gestionali relativi a strutture sanitarie che operano nel campo dell’assistenza, non dimenticando che il loro utilizzo è di fondamentale importanza nel processo di ricerca scientifica.

BIBLIOGRAFIA

- Amigoni F., *Sistemi di controllo direzionale. Criteri di progettazione e di impiego*, Giuffrè Editore, Milano, 1979, p. 110.
- Amigoni F., *Sistemi di controllo direzionale. Criteri di progettazione e di impiego*, Giuffrè Editore, Milano, 1979, p. 110.
- Andrews K.R., *Business policy: text and cases*, Irwin, Homewood, 1982, p.164.
- Andrews K.R., *Business policy: text and cases*, Irwin, Homewood, 1982, p.164.
- Andrews K.R., *The concept of corporate strategy*, Irwin, 1987, p.37.
- Andrews K.R., *The concept of corporate strategy*, Irwin, 1987, p.37.
- Ansoff H.I., *Managing strategic surprise*, California Management Review, 1975, p. 23.
- Ansoff H.I., *Managing strategic surprise*, California Management Review, 1975, p. 23.
- Anthony R.N., *Sistemi di pianificazione e controllo. Schema di analisi*, ETAS, 1974 p. 14.
- Anthony R.N., *Sistemi di pianificazione e controllo. Schema di analisi*, ETAS, 1974 p. 14.
- Anthony R.N., Young D.W, *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw-Hill Education, 2002.
- Anthony R.N., Young D.W, *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw-Hill Education, 2002.
- Anthony R.N., Hawkins D.F.,Macri D.M.,Merchant K.A., *Sistemi di controllo, Analisi per le decisioni aziendali*, McGraw-Hill, Milano, 2012, p. 287.
- Anthony R.N., Dearden J., Vancil R.F., *Management Control Systems,Cases and Readings*, cit., p. 3: “It needs to be a total system because an important management function is to assure that all parts of the operation are in balance with one another”.
- Arcari A., *Programmazione e controllo*, McGraw-Hill Education, Collana: College, 2014.
- Arcari A., *Programmazione e controllo*, McGraw-Hill Education, Collana: College, 2014.
- Barbato M.B., *Programmazione e controllo in un’ottica strategica*, UTET, Milano,1991, p. 327 e seguenti.
- Barbato M.B., *Programmazione e controllo in un’ottica strategica*, UTET, Milano,1991, p. 329.
- Bencini F., Ferragina F., Ferragina V., Mancaruso M., *Come si prepara il Budget*, Gruppo 24ORE, Milano, 2013, p. 43.

- Bencini F., Ferragina F., Ferragina V., Mancaruso M., *Come si prepara il Budget*, Gruppo 24ORE, Milano, 2013, p. 43.
- Bergamin B.M., *Programmazione e controllo*, op. cit., pag. 214.
- Bergamin Barbato M., *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, 1991, p. 2014.
- Bergamin B. M., Sistema di controllo e cost management. Relazione presentata al Convegno: *dal Cost accounting al cost management. Principi, strumenti e prospettive*, Forlì, 1994.
- Bergamin Barbato M., *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, 1991, p. 214.
- Bertini U., *Il sistema d'azienda*, Giappichelli Editore, 1990.
- Bertini U., *Il sistema d'azienda*, Giappichelli Editore, 1990.
- Bhimani A., *Contemporary Issues in Management Accounting*, OUP Oxford, 2006, p. 293.
- Bhimani A., *Contemporary Issues in Management Accounting*, OUP Oxford, 2006, p. 293.
- Bhimani A., *Contemporary Issues in Management Accounting*, OUP Oxford, 2006, p. 293
“Activity and resource consumption rates; o Resource capacity; o Resource costs; o Product or service demand quantity; o Product or service price”.
- Boivard T, *Political Economy Perspectives on Performance Measurement*, Palgrave Macmillan, London, 2008.
- Boivard T, *Political Economy Perspectives on Performance Measurement*, Palgrave Macmillan, London, 2008.
- Bouckaert G., Halligan J., *Managing Performance*, Routledge, 2007, pp.15-18.
- Bouckaert G., Halligan J., *Managing Performance*, Routledge, 2007, pp.15-18.
- Bromwich M., Standard costing for planning and controls, in: *The accountant*, Apr.-May, 1969.
- Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 2011.
- Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 1992.
- Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 2011.
- Brunetti G., *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, 1992.

- Brusa L., *Contabilità dei costi. Contabilità per centri di costo e activity based costing*, Milano, Giuffrè, 1995, seconda ed., pagg. 30-34.
- Brusa L., *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano, 2012.
- Brusa L., *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano, 2012.
- Brusa L., ZAMPROGNA L., *Pianificazione e controllo*, Etas, 1991, pp. 191-193.
- Brusa L., ZAMPROGNA L., *Pianificazione e controllo*, Etas, 1991, pp. 191-193.
- Bubbio A., *Il budget nel governo dell'impresa*, Il Sole24Ore, Milano, 1995.
- Bubbio A., *Il budget nel governo dell'impresa*, Il Sole24Ore, Milano, 1995.
- Bubbio A., *Il budget nel governo dell'impresa*. Milano, Il Sole24Ore, 1995
- Cannavacciuolo L. *L'activity based costing in pratica. Una guida all'implementazione attraverso esempi ed applicazioni*, Liguori editore, gennaio 2013.
- Donabedian A., *La qualità dell'assistenza sanitaria*, NIS, Roma, 1990.
- Del Bene L., *Possibilità e vincoli per la pianificazione strategica nelle aziende sanitarie* cap.1.1,Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, Milano,Giuffrè.
- Del Bene L.,*Linee evolutive dei modelli di management nella prospettiva della pubblica amministrazione*,Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, Giuffrè.
- Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, Giuffrè, 2000, cap. 2.
- Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, *La contabilità analitica nelle aziende sanitarie*,cap.3, Milano,Giuffrè.
- Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie,*Il controllo gestionale nelle aziende sanitarie-la contabilità analitica* cap.3 pg193-197 Milano,Giuffrè.
- Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie, *il sistema di reporting*, Milano,Giuffrè.
- Del Bene L., Paolini A.,*Monitorare la performance delle università per generare valore pubblico*,Franco Angeli Editore.
- Cfr Del Bene L., Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie,*La contabilità analitica nelle aziende sanitarie,L'approccio performance measurement* ,pg 212.
- Bene L.,De Vito A.,Milli C., Guarracino F., *MANAGEMENT CONTROL*,2/2018, pp. 35-60.
- Drury C., *Management accounting for business*, Edizione inglese,dicembre 2018.
- Ewing D.W., *Looking around: long range business planning*, Harvard Business Review, 1956.

- Ewing D.W., *Looking around: long range business planning*, Harvard Business Review, 1956.
- Ferraris Franceschi R., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Giappichelli Editore, 2010, p.5.
- Ferraris Franceschi R., *Sistemi di pianificazione e controllo*, Giappichelli Editore, 2010, p.5.
- Galeotti M., Garzella S., *Governo strategico dell'azienda*, Giappichelli, Torino, 2013, pp. 13-14.
- Galeotti M., Garzella S., *Governo strategico dell'azienda*, Giappichelli, Torino, 2013, pp. 13-14.
- Garfield E. *Citation indexes for science, a new dimension in documentation through association of ideas, Science 1955.*
- Gluck F. W., Kaufman S. P., Walleck A. S., *Strategic management for competitive advantage*, Harvard Business Review, 1980.
- Gluck F. W., Kaufman S. P., Walleck A. S., *Strategic management for competitive advantage*, Harvard Business Review, 1980.
- Halachmi A., Bouckaert G., *Organizational performance and measurement in the public sector*, 1996, p.147.
- Halachmi A., Bouckaert G., *Organizational performance and measurement in the public sector*, 1996, p.147.
- JOHNSON, KAPLAN, *Ascesa e declino della contabilità direzionale*. op.cit., pag. 258. Nota da aggiungere “In un certo senso proseguono i due Autori l’esigenza di indicatori non monetari è un ritorno ai criteri di tipo operativo che erano all’origine di sistemi di contabilità direzionale (...) il principio ispiratore resta lo stesso: elaborare indicatori dei risultati”.
- Koontz M.T.&Craig W. T. *Measuring the Performance of Public-Private Partnerships A Systematic Method for Distinguishing Outputs from Outcomes* 08 Dec 2014.
- Kaplan, Robert S., and David P. Norton, *Using the balanced scorecard as a strategic management system*, 1996.
- Langfield K., Thorne H., Hilton R.W., *Management accounting : information for managing and creating value*, McGraw-Hill, 2007, p.416.
- Langfield K., Thorne H., Hilton R.W., *Management accounting : information for managing and creating value*, McGraw-Hill, 2007, p.416.
- Lorange P., *Pianificazione strategica*, McGraw-Hill Education, 1996, p.17.
- Lorange P., *Pianificazione strategica*, McGraw-Hill Education, 1996, p.17.

- Lynch, Richard L., and Kelvin F. Cross, *Migliorare la performance aziendale*, F. Angeli, Milano 1992.
- Majluf N.S., Arnold C. Hax, *La gestione strategica dell'impresa*, Copertina flessibile, Edizioni scientifiche italiane, 1 gennaio 1991.
- Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, 1996, pp. 121-130.
- Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, 1992, p. 34.
- Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, 1996, pp. 121-130.
- Mintzberg H., *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, 1992, p. 34.
- Mintzberg H., Waters J. A., *Of strategies, deliberate and emergent*, Strategic Management Journal, n. 3, 1985.
- Mintzberg H., Waters J. A., *Of strategies, deliberate and emergent*, Strategic Management Journal, n. 3, 1985.
- Mintzberg H., *La formazione della strategia: strategie deliberate e strategie emergenti*, in *Problemi di gestione*, XVI/10, 1987, p. 6.
- Normann R., *Le condizioni di sviluppo dell'impresa*, Etas, Milano, 1979.
- Paolini A., *Il controllo strategico. Uno schema di analisi*, Giuffrè, 1993, Milano.
- Paolini A., Chiucchi M. S., Gatti M., *I sistemi di pianificazione e controllo della gestione*, Giappichelli editore, 2001.
- Paolini A., Chiucchi M. S., Gatti M., *I sistemi di pianificazione e controllo della gestione*, Giappichelli editore, 2001.
- Piazzini, Tessa, *Gli indicatori bibliometrici: riflessioni sparse per un uso attento e consapevole* -JLIS.It. *Rivista italiana di biblioteconomia, archivistica e scienza dell'informazione*, 2010, vol. 1, n. 1, pp. 63-86.
- Poggi A., *Pianificazione e controllo strategico*, Giuffrè Editore, 1998, p. 89.
- Poggi A., *Pianificazione e controllo strategico*, Giuffrè Editore, 1998, p. 89.
- Porter M.E., *La strategia competitiva*, Tipografia Compositori, Bologna, 1982; Porter M.E., *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di Comunità, Milano, 1987.
- Quagli, *L'activity based costing* e Cooper R., *L'ascesa del calcolo dei costi per attività lungo la catena del valore (ABC): quali sono le caratteristiche di tale sistema?*
- Rummler G.A., A. P. Brache, *Come migliorare i risultati aziendali*. Milano, Angeli, 1992
- Saita M., *Economia e strategia aziendale*, Giuffrè Editore, Milano, 2001.
- Saita M., *Economia e strategia aziendale*, Giuffrè Editore, Milano, 2001.

- Shim J. K., Siegel J. G., Shim A.I., *Budgeting basics and Beyond*, Fourth Edition, 2011, p.394.
- Shim J. K., Siegel J. G., Shim A.I., *Budgeting basics and Beyond*, Fourth Edition, 2011, p.394.
- Silvi R., *La progettazione del sistema di misurazione e della performance aziendale*, G. Giappichelli Editore, 1995,p.47.
- Simons R., *Levers of Control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*, Harvard Business School Press,1995, p. 5.
- Simon H.A., *Causalità, razionalità, organizzazione*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- Simon H.A., *Causalità, razionalità, organizzazione*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- Simons R., *Sistemi di controllo e misure di performance*, Milano, Egea, 2004, p. 95.
- Turney P.B.B., *Common Cents: The ABC performance breakthrough: How to succeed with activity based costing*, Cost Technology, 1991, p. 175.
- Vitali P.,Anselmi L., *La programmazione nelle pubbliche amministrazioni*, Giuffrè, Milano, 1989.
- Williams, Linda Stallworth. "The Mission Statement." *Journal of business communication* ,2008.
- Yin, R.,*Applications of case study research*, Newbury Park, CA: Sage Publishing, 1993.
- Zappa G., *Il reddito di impresa*, Giuffrè Editore, Milano, 1943.
- Zappa G., *Il reddito di impresa*, Giuffrè Editore, Milano, 1943.

Note di approfondimento:

- *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*-www.salute.gov.it

-Nota di approfondimento: L'attività clinica è finanziata dalla Regione di appartenenza dell'IRCCS mentre l'attività scientifica dal Ministero della Salute

-Nota di approfondimento: La consapevolezza del potenziale che tale dinamicità rappresenta per la ricerca scientifica del Paese assume, pertanto, una centralità inedita e sottolinea la necessità di rafforzare le competenze e di organizzarle secondo una visione coordinata, omogenea e condivisa- Ministero della salute-disponibile su www.salute.gov.it

-Impact Factor grezzi (IFg) del Journal Citation Reports di Clarivate Analytics (fonte ufficiale) e in proposito si veda Nicola Beatrice,*gli indicatori bibliometrici: l'impact factor e la qualità della ricerca scientifica e sanitaria,Ente ospedaliero specializzato in gastroenterologia Irccs "Saverio de Bellis", Castellana Grotte (Ba)*

SITOGRAFIA

- www.salute.gov.it
- https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/unita-operative_det/-/journal_content/56/36092/ente-ospedaliero-s-de-bellis-
- www.operapadrepio.it
- http://www.irccsdebellis.it/Sitoirccs/homeirccs_gen.asp
- https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5576&area=Ricerca%20sanitaria&menu=reti
- https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_ricerca_sanitaria.html
- https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=3&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=003G0314&art.idArticolo=8&art.id

[SottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2003-10-27&art.progressivo=0](#)

- <https://doi.org/10.1186/1742-5581-2-7>
- <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000069.pdf>
- www.trovanorme.salute.gov.it
- [documento codice etico css-www.operapadrepio.it](#)
- [Casa Sollievo della Sofferenza,Le Origini,www.operapadrepio.it](#)
- www.irccsdebellis.it/Sitoirccs/homeirccs_gen.asp
- www.sanita.puglia.it/web/debellis/unita'operative_det//journal_content/56/36092/ente-ospedaliero-s-de-bellis.
- [Vision e modello organizzativo:Carta dei servizi Irccs Saverio de Bellis;www.sanita.puglia.it/web/debellis/unita-operative_det-/journal_content/56/36092/ente-ospedaliero-s-de-bellis](#)
- [Report dell'attività scientifica 2013-2014-prof. Angelo Luigi Vescovi-file:///C:/Users/user/Downloads/Report%20attivita%20scientifica%202013-2014.pdf](#)
- www.salute.gov.it ; programmazione triennale IRCCS

GIURISPRUDENZA CITATA

- D. Lgs.7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato in G.U. n. 305 del 30/12/1992.*
- D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, *recante Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato in G.U. n.165 del 16/07/1999.*
- L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione, pubblicata in G.U. n. 248 del 24/10/2001 -Titolo V – Le Regioni, le Province, i Comuni.*

- D.M. 5 febbraio 2015-Modifica del decreto 14 marzo 2013, *Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (15A02487) (GU Serie Generale n.78 del 03-04-2015).*
- D. Lgs.16 ottobre 2003, n. 288. *Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3. Gazzetta Ufficiale n. 250 del 27 ottobre 2003.*