



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE AZIENDALI
MANAGEMENT & INNOVATION SYSTEMS

Corso di Dottorato di Ricerca in

BIG DATA MANAGEMENT

XXXV CICLO

**BOARD GENDER DIVERSITY E PERFORMANCE DELLE
AZIENDE SANTARIE.
PRIME EVIDENZE EMPIRICHE NEL CONTESTO
ITALIANO.**

Docente Tutor

Ch.ma Prof. ssa AVERSANO NATALIA

Candidata

Dott.ssa ARDITO NADIA

Coordinatore

Ch.mo Prof. ANTONELLI VALERIO

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE 4

CAPITOLO 1- L'EVOLUZIONE DEGLI INTERVENTI NORMATIVI IN MATERIA SANITARIA 8

<i>PREMESSA</i>	8
<i>1.1 LA NASCITA DEL SSN: LA LEGGE N. 833 DEL 23 DICEMBRE 1978</i>	9
<i>1.2 L'IMPATTO DEL NPM SULLA GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE</i>	17
<i>1.3 REGIONALIZZAZIONE E AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO. I PUNTI CARDINE DELLA "RIFORMA BIS". D.LGS N. 502/1992 E D.LGS N. 517/1993.</i>	20
<i>1.3.1 IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO BASATO SUI LEA</i>	23
<i>1.4 LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN: LA "RIFORMA BINDI"</i>	28
<i>1.4.1 IL FEDERALISMO FISCALE</i>	31
<i>1.5 IL SSN ALLA LUCE DELLA RIFORMA DEL TITOLO V</i>	32
<i>1.6 DAL NEW PUBLIC MANAGEMENT AL NEW PUBLIC GOVERNANCE</i>	38

CAPITOLO 2 - LA PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE45

<i>2.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE</i>	45
<i>2.2 LA PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA: IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO</i>	49
<i>2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE PER LA DETERMINAZIONE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO NELLE AZIENDE SANITARIE</i>	55
<i>2.3.1 LE FINALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE NELLE AZIENDE SANITARIE</i>	55
<i>2.3.2 IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE</i>	57
<i>2.3 GLI INDICATORI DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE</i>	71
<i>2.3.3 INDICI DI STRUTTURA PATRIMONIALE – EQUILIBRIO PATRIMONIALE</i>	73
<i>2.3.4 INDICI DI LIQUIDITÀ – EQUILIBRIO FINANZIARIO</i>	75
<i>2.3.5 INDICI ECONOMICI – EQUILIBRIO ECONOMICO</i>	76
<i>2.4 LA MOBILITÀ SANITARIA E L'INDICE DI COMPENSAZIONE</i>	79

CAPITOLO 3 – LA GENDER DIVERSITY NELLE AZIENDE SANITARIE.....87

<i>PREMESSA</i>	87
<i>3.1 LA GENDER DIVERSITY: UNA PRIORITÀ A LIVELLO EUROPEO</i>	88
<i>3.2 GENDER DIVERSITY: ANALISI DELLA LETTERATURA</i>	91
<i>3.3 L'EQUILIBRIO DI GENERE NELLE AZIENDE SANITARIE</i>	96
<i>3.3.1 EQUILIBRIO DI GENERE E LIVELLI DI PERFORMANCE</i>	99
<i>3.3.2 EQUILIBRIO DI GENERE E PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE</i>	103

CAPITOLO 4 – GENDER DIVERSITY E IMPATTO SULLA PERFORMANCE: ANALISI SU UN CAMPIONE DI AZIENDE SANITARIE ITALIANE109

<i>4.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO</i>	109
<i>4.2 LA METODOLOGIA DI RICERCA</i>	110
<i>4.3 DEFINIZIONE DEL MODELLO E DELLE VARIABILI UTILIZZATE</i>	111
<i>4.4 I RISULTATI</i>	116

4.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI 119

CONCLUSIONI..... 122

BIBLIOGRAFIA..... 127

INTRODUZIONE

Negli anni Novanta, il movimento del *New Public Management* (NPM) ha introdotto diverse riforme nazionali che hanno profondamente ridisegnato il Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) introducendo regionalizzazione, managerialismo e sistema di quasi-mercato (Anessi-Pessina e Cantù, 2017).

Con la regionalizzazione si vede la governance della sanità italiana estrinsecarsi su tre livelli decisionali: il livello governativo centrale che assume funzioni di coordinamento e di indirizzo generale del sistema sanitario; il livello governativo intermedio, rappresentato dalle Regioni, con funzioni di indirizzo e di organizzazione; il livello aziendale, riguardante la produzione dei servizi, attraverso le funzioni assistenziali assegnate alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e alle Aziende Ospedaliere (AO).

Il NPM, inoltre, ha portato all'introduzione di principi e teorie di mercato nel settore sanitario finalizzati a rafforzare la concorrenza tra aziende sanitarie private e pubbliche e ad attivare continui miglioramenti nell'erogazione dei servizi sanitari (Anessi-Pessina e Cantù, 2017).

Il managerialismo ha portato all'adozione di tecniche di gestione del settore privato per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle aziende sanitarie pubbliche, chiedendo allo stesso tempo maggiori prestazioni e responsabilità (Anessi-Pessina e Cantù, 2017). In questo contesto di quasi mercato, il ruolo dei *Performance Measurement Systems* (PMS) e dei processi di valutazione diventa fondamentale per garantire la qualità e la comparabilità dei sistemi sanitari (Spano e Aroni, 2018).

L'ampliamento della sfera di autonomia, assegnata alle aziende sanitarie pubbliche, ha delle immediate ricadute nell'obbligo di realizzare gli obiettivi di salute, ma salvaguardando l'equilibrio economico-finanziario della gestione cui si lega la

responsabilità gestionale, assegnata agli organi di governo, e che si concretizza nella realizzazione del pareggio di bilancio.

Le aziende sanitarie, occupandosi degli interessi di più attori e parti interessate, si confrontano con un ambiente di riferimento magmatico. I dirigenti dell'organizzazione rappresentano i principali attori in grado di ridurre questa incertezza e gestire adeguatamente le relazioni con l'ambiente esterno (Reguera-Alvarado et al., 2017; Kilic e Kuzey, 2016). Pertanto, con l'affermarsi della *New Public Governance* (NPG), ai principi di efficienza ed efficacia tipici del NPM, si aggiungono altri criteri pertinenti quali la trasparenza, l'equità, l'etica e la sostenibilità sociale (Del Gesso, 2017) e la capacità di rendere conto dell'azione pubblica (*accountability*) ai diversi *stakeholders*. L'attenzione del *management* pubblico al raggiungimento dei risultati non si limita alla sola organizzazione, ma interessa il sistema sociale di riferimento nel suo complesso. Ciò porta ad una più ampia definizione di Corporate Governance nelle aziende sanitarie, in cui gli amministratori devono bilanciare adeguatamente la necessità di mantenere livelli adeguati di *performance* finanziaria con l'obiettivo primario del benessere della loro comunità (De Regge e Eeckloo, 2020).

La diversità di genere ha svolto un ruolo importante tra i vari aspetti pertinenti a tale scopo. Data la sua importanza, come meccanismo di governance centrale (Kilic e Kuzey, 2016; Uyar et al., 2020), l'equilibrio di genere nei consigli di amministrazione è ampiamente promosso da varie disposizioni normative nazionali e internazionali (Massetot e Maymont, 2015) e rappresenta uno degli obiettivi primari dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile di tutti i paesi membri delle Nazioni Unite. La presenza delle donne nei ruoli dirigenziali e di governance delle aziende sanitarie sarebbe auspicabile perché la *leadership* dinamica e inclusiva e la diversità delle loro conoscenze e competenze possono rappresentare un fattore trainante nel miglioramento finanziario

(Reguera-Alvarado et al., 2017). Inoltre, alla luce i recenti eventi pandemici hanno certamente esacerbato le richieste verso il settore sanitario, rendendo ancor più evidente la necessità, che lo stesso ha, in termini di nuovi approcci e metodi, per affrontare un ambiente turbolento e in continua evoluzione (Vrontis et al, 2022).

Questi nuovi approcci dovrebbero contemplare una maggiore partecipazione delle donne a tutte le fasi della gestione della salute pubblica, comprese la pianificazione, il processo decisionale e i sistemi di risposta alle emergenze. Tuttavia, nonostante le richieste delle autorità sanitarie che spingono verso questa direzione, le donne continuano ad essere sottorappresentate nelle principali organizzazioni sanitarie nazionali e globali (WHO, 2017) e persino nei governi e nelle legislature (UNDP, 2020).

La letteratura sottolinea l'importanza della diversità di genere negli organi di amministrazione, evidenziando come la loro presenza influenzi positivamente le prestazioni finanziarie (Reguera-Alvarado et al., 2017; Kilic e Kuzey, 2016). Inoltre, studi precedenti si sono concentrati principalmente sul settore privato, mentre solo pochi studi hanno analizzato questo rapporto nel settore pubblico (Naranjo-Gil et al., 2008; Abor, 2017; Saporito et al., 2019; Buchner et al., 2014; Tartaglia-Polcini et al., 2021; Naciti et al., 2021; Arena et al., 2019; Sicoli e Rijia., 2021).

Partendo da questi assunti, anche al fine di colmare queste lacune, il presente lavoro descrive come il perseguimento della diversità di genere nella gestione delle aziende sanitarie può portare ad apprezzabili risultati nella misurazione delle *performance* nella fornitura di servizi sanitari, analizzando il tema della diversità di genere nelle organizzazioni sanitarie italiane. Più specificamente, affronta le richieste per una maggiore rappresentanza delle donne nei ruoli di *leadership* esplorando l'impatto dell'equità di genere nelle aziende sanitarie pubbliche.

La domanda di ricerca da cui il lavoro prende le mosse è proprio quella di comprendere se la diversità di genere, nella direzione strategica delle aziende sanitarie, possa influire sulle prestazioni finanziarie delle stesse. A tal fine, lo studio si focalizza su un campione formato da 150 aziende italiane appartenenti al settore sanitario pubblico. La metodologia di ricerca prevede l'utilizzo di un modello OLS di regressione lineare multipla per testare l'associazione tra la presenza di donne in posizioni di vertice (ruolo di direttore generale, amministrativo e sanitario) nelle aziende sanitarie italiane e le loro prestazioni finanziarie. I risultati dimostrano che la partecipazione delle donne nella gestione strategica delle organizzazioni italiane di sanità pubblica, seppur sottorappresentata, genera un effetto positivo sulla *performance* delle aziende sanitarie.

I risultati potrebbero avere implicazioni pratiche per sostenere le azioni collettive delle Nazioni Unite per stabilizzare l'equilibrio di genere in tutte le posizioni decisionali. Questa ricerca potrebbe, altresì, essere utile per gli standard-setter e i professionisti per identificare gli indicatori di *performance* e le dimensioni di governance, oltre che per gli accademici che potrebbero utilizzarla come riferimento per lo sviluppo di analisi simili in aziende sanitarie private o in diversi contesti geografici.

Il presente lavoro di tesi è strutturato in quattro sezioni.

La prima descrive le varie tappe evolutive che hanno caratterizzato il sistema sanitario nazionale a partire dalla legge che lo ha istituito. Segue una seconda sezione nella quale si effettua una rassegna della letteratura relativa ai PMS.

Nella terza sezione, lo studio si focalizza sulla diversità di genere nel settore sanitario e nella quarta si riportano gli esiti dell'analisi empirica. Proprio quest'ultima sezione si pone l'obiettivo di rispondere alla domanda di ricerca.

CAPITOLO 1- L'EVOLUZIONE DEGLI INTERVENTI NORMATIVI IN MATERIA SANITARIA

PREMESSA

Nel corso degli ultimi anni il Sistema Sanitario Nazionale Italiano (d'ora in avanti "SSN") ha subito un profondo processo di trasformazione prioritariamente guidato da alcune variabili fondamentali, quali l'aziendalizzazione e la regionalizzazione, che hanno condotto il SSN verso una più efficiente gestione e organizzazione dei servizi sanitari. Detto processo trova la sua concretizzazione anche in virtù della spinta esercitata da alcune riforme legislative che hanno segnato delle tappe fondamentali e che si possono riassumere nelle seguenti:

- la Legge n. 833/1978, che segna l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la creazione delle Unità Sanitarie Locali (dette anche "USL");
- il D.Lgs. n. 502/1992, che segna l'avvio della regionalizzazione del Sistema Sanitario, con l'istituzione della Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere. Tale decreto, in risposta alla crescente pressione finanziaria, introduce una "differente" concezione di assistenza pubblica con l'obiettivo di agganciare la spesa sanitaria, in modo proporzionale, alla effettiva realizzazione delle entrate, non potendo più essere rapportata unicamente ai bisogni del cittadino;
- il D.Lgs. n. 229/1999 (detta anche riforma Bindi), che rafforza l'aziendalizzazione e istituisce i fondi integrativi sanitari per le prestazioni che superano i livelli di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale;
- la riforma del titolo V della Legge Costituzionale, n. 3/2001, che vede la tutela della salute diventare materia di legislazione di competenza, al contempo, tra lo Stato e le Regioni. In particolare, lo Stato determina i livelli essenziali di

assistenza (definiti anche “LEA”), mentre la competenza delle Regioni si estrinseca esclusivamente nella regolamentazione, organizzazione dei servizi sanitari e nel finanziamento delle Aziende Sanitarie.

L’obiettivo del presente capitolo è quello di ripercorrere i citati interventi normativi al fine di mettere in luce i cambiamenti succedutisi nella gestione dei servizi sanitari.

1.1 LA NASCITA DEL SSN: LA LEGGE N. 833 DEL 23 DICEMBRE 1978

Il processo di riforma della sanità italiana comincia con l’Unità d’Italia, da cui consegue l’esigenza di uniformare, su tutto il territorio nazionale, la legislazione inerente all’assistenza sanitaria e ospedaliera. Il coordinamento a livello nazionale delle attività sanitarie avviene però solo nel 1904, quando il governo Giolitti istituisce una specifica Direzione Generale per la Sanità quale referente unitario nazionale sulla materia.

Con la Legge 12 febbraio 1968, n. 132, “Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera” (c.d. legge Mariotti, dal nome dell’allora ministro della Sanità), si assiste ad una vera e propria svolta nell’organizzazione sanitaria. Le note conclusive a corredo del provvedimento, redatte dalla Commissione incaricata, fanno emergere l’improcrastinabilità di una riforma in campo sanitario: *“La riforma sanitaria (...) ha una sua propria menzione costituzionale che vale a sottolinearne l’urgenza e l’importanza (...) Occorre procedere alla razionalizzazione del settore con il decentramento alle Regioni delle funzioni normative e di controllo (...) Il finanziamento del servizio dovrà essere assicurato con una quota parte del bilancio statale”*.

Con la Legge n.132, non solo gli ospedali divengono “Enti Ospedalieri”, ma se ne disciplina l’organizzazione strutturale e la programmazione ospedaliera prevedendo un piano nazionale ed un piano regionale costituendo il *Fondo Nazionale ospedaliero per il finanziamento della spesa ospedaliera*.

Successivamente, il 14 febbraio 1968, entra in vigore un'altra importante legge di riforma dello Stato: la legge n. 108 "Norme per le elezioni dei consigli regionali delle Regioni a statuto ordinario" che, successivamente, con la Legge 16 maggio 1970 n. 281 "Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario" rende concreta l'istituzione delle Regioni e l'applicazione dell'articolo 117¹ della Costituzione. Il 14 gennaio 1972 viene emanato il DPR n. 4, con il quale si dispone il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza scolastica e di musei e biblioteche, di enti locali e dei relativi personali ed uffici.

In seguito, viene emanata la Legge 17 agosto 1974 n. 386 "Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria", che istituisce un *Fondo nazionale per l'Assistenza ospedaliera*, con decorrenza 1° gennaio 1975, individuandone i parametri per il riparto alle Regioni e trasferendo alle stesse i compiti in materia di assistenza ospedaliera. Tale Legge ha permesso la regionalizzazione degli Enti ospedalieri, attribuendo a ciascuna Regione il compito di emanare, nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, norme legislative nella materia "assistenza sanitaria e ospedaliera" (comunque).

Con la Legge 29 giugno 1977 n. 349, le mutue cessano di esistere e, con il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, attuativo della Legge 22 luglio 1975 n. 382, si compiono ulteriori passi verso la prossima riforma volta al completamento del trasferimento alle Regioni

¹ La precedente formulazione dell'art 117, prima dell'entrata in vigore della modifica del 2001, recitava testualmente: (1) "La regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre regioni: ordinamento degli uffici e degli enti amministrativi dipendenti dalla regione; circoscrizioni comunali; polizia locale urbana e rurale; fiere e mercati; beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera; istruzione artigiana e professionale e assistenza scolastica; musei e biblioteche di enti locali; urbanistica; turismo ed industria alberghiera; tramvie e linee automobilistiche di interesse regionale; viabilità, acquedotti e lavori pubblici di interesse regionale; navigazione e porti lacuali; acque minerali e termali; cave e torbiere; caccia; pesca nelle acque interne; agricoltura e foreste; artigianato; altre materie indicate da leggi costituzionali. (2) Le leggi della repubblica possono demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione."

delle materie indicate nell'art. 117 della Costituzione precisando le attribuzioni specifiche riconducibili al concetto di assistenza sanitaria e ospedaliera e individuando le residue competenze statali, le attribuzioni dei Comuni e delle Province.

Il 23 dicembre del 1978 la Legge n. 833, la cosiddetta “Riforma Sanitaria”, sopprime il sistema mutualistico ed istituisce il Servizio Sanitario Nazionale² (SSN) con decorrenza dal 1° luglio 1980. Modifica in maniera significativa l'intero sistema con la costituzione delle USL e l'introduzione di un apparato fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, conformemente al dettato costituzionale dell'art. 32.

Il Legislatore intende garantire a tutta la popolazione il gratuito accesso alle prestazioni sanitarie utili alla tutela della salute assumendo a modello il *National Health Service* (NHS)³ britannico e riprendendo il concetto di salute proposto all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁴: condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale (intesa non solo come assenza di malattia o infermità). Inoltre, mediante l'apparato programmatico e finanziario caratterizzante la Riforma, il legislatore si propone di garantire il coordinamento e l'omogeneità della politica sanitaria, associata ad un controllo della spesa pubblica.

² Ai sensi dell'art.1 della suddetta legge: “*il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.*”

³ Il National Health Service (NHS) è il sistema sanitario nazionale in vigore nel Regno Unito. L'NHS offre assistenza medica in tutto il Regno Unito a tutti coloro che vi risiedono, senza discriminazione tra parti geografiche, includendo nell'assistenza il primo soccorso, la degenza ospedaliera a breve e lungo termine, i servizi specialistici come quelli oftalmologici e odontoiatrici (questi ultimi effettuati tramite dentisti convenzionati). Essa entra in funzione il 5 luglio 1948 a seguito del National Health Service Act del 1946; conseguentemente diverrà parte integrante della società britannica, tanto da venire definita dal Cancelliere dello Scacchiere, Nigel Lawson, la national religion (religione nazionale). Gran parte dei servizi sono senza costi per i pazienti: essi sono assunti principalmente tramite tassazione. L'NHS è al mondo il più ampio e centralizzato servizio di sanità. Il NHS è stato riformato nel 1989, al fine di migliorare l'efficienza nell'impiego delle risorse impiegate, partendo dal presupposto della salvaguardia dei principi di universalità della copertura e di accesso alle cure sanitarie (secondo modalità indipendenti dal reddito individuale).

⁴ L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o World Health Organization, WHO in inglese), agenzia specializzata dell'ONU per la salute, è stata fondata il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 con sede a Ginevra. L'obiettivo dell'OMS, così come precisato nella relativa costituzione, è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute.

Con la legge 883/78, l'assetto istituzionale del SSN si basa sulla suddivisione dei ruoli e delle competenze partendo dal livello centrale per arrivare a quello territoriale:

- lo **Stato** (art. 3 e art. 5 della Legge n. 833/78) ha la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria ed era responsabile della programmazione nazionale e della determinazione dei *livelli di prestazione* da garantire a tutti i cittadini;
- le Regioni (art. 11 della Legge n. 833/78) esercitano la funzione legislativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato. Svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale predisponendo i Piani Sanitari Regionali. Inoltre, alle Regioni è affidata la programmazione e la gestione degli Enti locali: ciascuna Regione fornisce modelli organizzativi relativi alla gestione del personale e predispone i supporti di natura contabile ed informativa necessari alla gestione delle Unità operative;
- ai Comuni (art. 13 della Legge n. 833/78) sono attribuite tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, che non sono espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni. Ad essi spetta l'effettiva gestione ed erogazione del servizio attraverso apposite strutture operative del SSN denominate Unità Sanitarie Locali (USL) nelle quali confluiscono anche i tradizionali Ospedali;
- il Legislatore identifica nelle USL (art. 10, art. 19 e art. 15 della Legge n. 833/78) le istituzioni legittimate a perseguire la finalità del gratuito accesso alle prestazioni sanitarie utili alla tutela della salute e quindi li riconosce come enti titolari degli strumenti necessari alla gestione e al coordinamento delle attività

strumentali. Le USL, pur disponendo di una propria contabilità, sono finanziariamente dipendenti dai livelli preordinati.

È importante sottolineare come le USL non sono distinte dai comuni, né giuridicamente né a livello gestionale: i Comuni restano titolari delle competenze attuative nel campo dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, ma le USL diventano le principali protagoniste della politica sanitaria a livello locale, in quanto strutture operative territoriali del Servizio Sanitario Nazionale.

Il modello istituzionale così delineato consente di giungere a delle scelte, in materia sanitaria, frutto di diversi contributi, di natura locale e centrale allo stesso tempo, e, al contempo, favorisce la sovrapposizione di diversi centri autonomi di decisione.

Il sistema di programmazione e di finanziamento della legge 833 si fonda espressamente su due elementi: il Piano Sanitario Nazionale e il Fondo Sanitario Nazionale (d'ora in avanti anche "FSN").

PIANO SANITARIO NAZIONALE

La funzione di programmazione viene esercitata attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale (PNS) da parte dello Stato che, stabilendo le linee generali di sviluppo, rappresenta lo strumento principale per assicurare il coordinamento di tutto il sistema.

Le procedure di programmazione previste dall'art. 53 della Legge 833/78 prevedono che la competenza di predisporre il Piano spetti al Governo, su proposta del Ministro della Salute, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale.

Dunque, sulla base di quanto previsto dall'art. 55 della suddetta legge stabiliva, le Regioni predispongono ed approvano i *propri Piani Sanitari Regionali* attraverso i quali

definiscono i finanziamenti da distribuire alle USL, secondo le disposizioni della programmazione nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale, di durata triennale, è l'espressione della programmazione sanitaria a livello centrale che mette in luce i seguenti diversi aspetti:

- gli obiettivi da realizzare nel triennio;
- l'importo del FSN da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato;
- gli standard per la ripartizione del FSN tra le Regioni allo scopo di garantire un'omogenea ed equilibrata organizzazione dei servizi;
- gli indirizzi per la ripartizione tra le Unità Sanitarie Locali della quota del FSN assegnata alle varie Regioni;
- i criteri e gli indirizzi guida per l'organizzazione, da parte delle Regioni, dei servizi e delle prestazioni;
- le norme per la compilazione dei Piani Sanitari Regionali;
- le procedure per le verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano stesso.

Il compito di esaminare e approvare il PSN e le norme di finanziamento pluriennale resta in capo al Parlamento.

FONDO SANITARIO NAZIONALE

L'attività sanitaria viene finanziata attraverso l'istituzione di un apposito fondo, il Fondo Sanitario Nazionale, il cui ammontare è determinato, con cadenza annuale, con la Legge di bilancio.

Uno degli obiettivi della riforma è quello di favorire il passaggio dal meccanismo dei "contributi sanitari" a un sistema di *fiscalizzazione generale*. Con detta evoluzione, al prelievo nei confronti di alcune categorie limitate di contribuenti si sostituisce un modello impositivo correlato all'effettiva capacità contributiva di ogni cittadino. Le fonti destinate

ad alimentare il FSN, ai sensi dell'art. 69 della Legge 833/78 (Entrate del FSN, Titolo III Norme transitorie e finali), sono costituite da:

- contribuzioni obbligatorie di malattia rimosse tramite l'INPS;
- contribuzioni dei lavoratori statali;
- entrate dirette delle USL, rappresentate dai proventi derivanti da attività a pagamento svolte dalle stesse, dai presidi sanitari ad esse collegati, dai versamenti in loro favore da parte di Regioni ed Enti locali che, di fatto, integrano solo indirettamente il FSN, poiché si tratta di quote di diretta pertinenza delle unità.

I citati proventi, rispetto all'ammontare complessivo del fabbisogno finanziario, sono di importo modesto il che determina, per le USL, una situazione di forte dipendenza finanziaria dall'esterno, che molto spesso ha finito per incentivare una gestione piuttosto "disinteressata" rispetto alle ricadute di natura economico-finanziaria. In via residuale, contribuisce alla dotazione delle risorse del Fondo, l'integrazione da parte dello Stato fino al raggiungimento dell'importo complessivo della spesa sanitaria.

La ripartizione del FSN è stabilita dall'art. 51 del D.Lgs. 7833/78 secondo il quale, definito l'ammontare, si procede con una ripartizione delle somme stanziare tra tutte le Regioni, con delibera del Comitato Interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministero della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale e in quelli regionali. La ripartizione avviene anche in forza di indici e di standard definiti per la spesa sanitaria, con l'obiettivo di garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti nel Piano Sanitario Nazionale in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni. Queste ultime, per assicurare il raggiungimento dell'obiettivo di unificare il livello delle prestazioni

sanitarie, ripartiscono, a loro volta, tra le Unità Sanitarie Locali la quota loro assegnata per il finanziamento della spesa sanitaria.

L'emanazione dei Piani Sanitari Nazionali ha tardato a concretizzarsi; il primo PSN è del 1988, 10 anni dopo la Legge di istituzione il che, di fatto, determina l'insorgere di non poche problematiche nel perseguimento di molti degli obiettivi di riequilibrio e omogeneizzazione voluti dalla Riforma: il sistema non tarda ad entrare in una profonda crisi.

Inoltre, data la mancanza di adeguati coefficienti parametrici nelle modalità distributive adottate, finisce con il prevalere la logica di finanziamento basata quasi esclusivamente sui livelli di offerta esistenti, piuttosto che sulla stima dei livelli di domanda.

Il focus sul driver dell'offerta, e sulla quantità di fattori produttivi impiegati, ostacola l'adozione di un meccanismo di controllo dei costi, incentivando al contempo comportamenti tesi all'incremento proporzionale della spesa e, in un circolo vizioso, un accrescimento dei finanziamenti.

Il criterio utilizzato per la ripartizione del FSN tra le Regioni, e successivamente tra le USL di queste, è esclusivamente fondato sulla quantificazione della spesa storica per le strutture pubbliche e sulle rette giornaliere di degenza per le strutture private. Disancorare la spesa da qualsiasi altro fattore, se non l'andamento quantitativo nel tempo, determina una deresponsabilizzazione tanto delle Regioni quanto delle USL riguardo al rispetto dei vincoli di spesa predeterminati.

L'indipendenza tra finanza e sanità è determinante nella crescita esponenziale della spesa pubblica e nel disavanzo dei bilanci delle USL, sistematicamente sovvenzionate con le risorse dello Stato, andando ad accrescere sempre di più il proprio indebitamento.

1.2 L'IMPATTO DEL NPM SULLA GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

Sul finire degli anni Settanta, i principali paesi industrializzati hanno avviato una fase di revisione strutturale del proprio sistema di pubblica amministrazione.

Tale cambiamento è dovuto, da una parte, alla generale consapevolezza delle inefficienze incardinate nel tradizionale modo di operare tipico delle amministrazioni pubbliche e dall'altra, all'evidente necessità di un mutamento radicale del modello gestionale (Hood, 1991).

A stimolare questo processo ha contribuito la forte crescita della rilevanza economica delle Amministrazioni Pubbliche e l'insoddisfazione per la loro *performance*. Detto processo è stato avviato con una serie di riforme, a partire dai primi anni Ottanta, inizialmente nei Paesi anglosassoni⁵, per poi diffondersi anche in Europa e in Italia (Pollit e Bouckaert, 2017).

Le riforme che hanno investito il settore pubblico sono anche note come "*new public management*" (Hinna et al., 2006), una corrente di pensiero che in letteratura, rappresenta "la terza grande rivoluzione dell'economia moderna dopo quelle industriale e tecnologica" (Adinolfi, 2005).

Tale ondata di riforme, attraverso l'introduzione di principi teorici di ispirazione privata e strumenti operativi, ha avviato un processo di "aziendalizzazione" della Pubblica amministrazione volto a rendere il settore pubblico più snello e più competitivo e, allo stesso tempo, la pubblica amministrazione più sensibile alle esigenze dei cittadini.

Allo sviluppo del NPM hanno fornito il proprio contributo anche diverse istituzioni internazionali (OECD, Banca Mondiale, IMD, World Economic Forum) spinte

⁵ Il processo di riforma ricevette un forte impulso dalla vittoria di movimenti politici fortemente critici dell'intervento pubblico in economia negli Stati Uniti (Ronald Reagan, Presidente fra il 1981 e il 1989) e nel Regno Unito (Margaret Thatcher, Primo Ministro fra il 1979 e il 1990)

dall'esigenza di elevare i livelli di *performance* dei sistemi di produzione ed erogazione e, al contempo, di migliorare gli *output* e gli *outcome* delle attività.

Le riflessioni che sottostanno al processo di trasformazione sono tutte accomunate dalla tendenza ad applicare, alla gestione delle Pubbliche Amministrazioni, criteri analoghi a quelli tipici delle imprese private, quali:

- l'applicazione al settore pubblico delle logiche e delle metodologie proprie delle discipline aziendali;
- l'affermazione di un diffuso orientamento manageriale negli studi nazionali e internazionali afferenti al sistema di governo delle amministrazioni pubbliche. Questi hanno generato un filone di teorie fondato sulla ricerca di nuovi modelli decisionali promovendo l'introduzione di principi e criteri di governo economico volti alla responsabilizzazione sui risultati nonché alla trasparenza e all'etica dei comportamenti.

In Italia, il processo di riforma, ancora in corso, è iniziato a partire dagli anni Novanta e ha interessato, in prima battuta, gli enti locali e le aziende sanitarie e poi, progressivamente, tutte le realtà aziendali del settore pubblico (Anessi Pessina, 2000; Anselmi et al., 2013; Farneti, 2004).

Il termine più utilizzato in Italia in riferimento alle riforme gestionali che hanno interessato le Pubbliche Amministrazioni è "Aziendalizzazione" (Farneti, 2004) ⁶, spesso associata all'aumento del grado di autonomia dei manager e alla creazione di incentivi che ne orientano i comportamenti verso il raggiungimento di livelli più elevati di efficienza e di qualità dei servizi. L'avvento del NPM ha apportato innovazioni di rilievo sotto il profilo gestionale, organizzativo e contabile dirette ad accrescere la razionalità dei processi decisionali, ottenendo un miglioramento in termini di efficienza operativa ed

⁶ Farneti (2004, p. 247) ricollega il principio di *accountability* alla cultura del *new public management*, "in Italia meglio declinabile con il termine di *aziendalizzazione*".

allocativa e nell'efficacia delle attività, attraverso le quali le aziende assolvono alle proprie missioni istituzionali. L'elemento maggiormente rilevante risiede nelle modalità di gestione delle risorse pubbliche e nell'ampliamento della sfera di responsabilità degli enti e dei dirigenti alle condizioni di efficienza, efficacia e di economicità nell'organizzazione dei servizi diretti alla collettività.

Ed è in questa direzione che si sono mossi gli interventi normativi che hanno inteso disegnare, seppur non sempre con successo, il "percorso aziendale" delle pubbliche amministrazioni.

I driver del cambiamento sono rappresentati i) dall'innalzamento della pressione competitiva e dall'introduzione di meccanismi di finanziamento *demand driven* o di tipo premiale; ii) da sistemi di controllo direzionale e da tecniche volte all'analisi multidimensionale della *performance*; iii) da azioni per una maggiore flessibilità organizzativa e delle risorse umane. Gli elementi citati sono legati dalla ricerca di trasparenza negli strumenti di rendicontazione delle spese e di comunicazione, orientati a soddisfare le crescenti esigenze di accountability.

Nell'ambito del settore sanitario, le organizzazioni sono state coinvolte in un profondo processo di cambiamento in risposta alla più pressante necessità di monitorare e misurare le prestazioni (De Angelis, 2013) e di rispondere alle intense esigenze ambientali, pressioni economiche, politiche e sociali legate alle numerose ed eterogenee richieste delle parti interessate (Tartaglia Polcini et al., 2021).

1.3 REGIONALIZZAZIONE E AZIENDALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO. I PUNTI CARDINE DELLA “RIFORMA BIS”. D.LGS N. 502/1992 E D.LGS N. 517/1993.

Il NPM ha agevolato, negli ultimi anni, il processo di riforma che ha interessato il SSN italiano prevedendo l'introduzione di concetti quali il managerialismo, la regionalizzazione e il “*value for money principals*”. L'obiettivo principale era da ricercare nella trasformazione del modello burocratico promuovendo un sistematico e progressivo miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi erogati dal SSN, insieme alla razionalizzazione della spesa sostenuta per gli stessi.

I punti cardine del riordino della disciplina in materia sanitaria sono inseriti negli articoli nn. 2 e 4 del testo aggiornato del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e riguardano i processi di aziendalizzazione e di regionalizzazione del sistema sanitario.

IL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE

Il processo di aziendalizzazione ha la finalità principale di trasformare le Unità Sanitarie Locali in “Aziende Sanitarie” e di favorire lo scorporo degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione dalle USL per la loro costituzione in “Aziende Ospedaliere”. Il compito di individuare gli ospedali rispondenti ai requisiti previsti dalla normativa e di procedere pertanto al loro scorporo dalle aziende USL e alla loro trasformazione in Aziende Ospedaliere spetta alle Regioni.

L'art. 4 del D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 definisce l'USL come “*azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio sanitario delle comunità locali*”. Le stesse

prerogative attribuite alle nuove aziende USL vengono assegnate agli ospedali di “*rilievo nazionale*” e di “*alta specializzazione*”.

Gli altri ospedali, quelli sprovvisti dei necessari requisiti, rimangono all'interno delle ASL come “Presidi Ospedalieri” pur godendo di una maggiore autonomia gestionale.

Con il processo di aziendalizzazione si prevede invece che le ASL, ma anche le Aziende Ospedaliere, costituiscano un proprio patrimonio disponendo quindi di un'autonomia patrimoniale. Secondo le logiche della normativa, si accompagna all'autonomia patrimoniale anche una finalità economica assimilabile a quella aziendale, cioè il perseguimento di un equilibrio economico, valido nel tempo, che influisce al contempo sul relativo requisito dell'autonomia. L'equilibrio economico della gestione aziendale è l'unico risultato che garantisce alle aziende una sopravvivenza durevole sul mercato.

Il focus del processo di aziendalizzazione rappresenta la premessa per garantire una gestione coerente e razionale nel rispetto dei vincoli di spesa, che appaiono, alla luce delle considerazioni che precedono, ormai inderogabili, pur tenendo in considerazione il fine sociale delle aziende e delle prestazioni pubbliche.

Il processo di “aziendalizzazione” delle unità sanitarie è quindi interpretabile come l'introduzione di regole e meccanismi che cercano di assimilare il funzionamento del settore sanitario a quello del mercato.

IL PROCESSO DI REGIONALIZZAZIONE

Con l'attuazione dei decreti di riordino si assiste, via via, alla realizzazione di un progressivo decentramento regionale delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Lo scopo di questa delega è quello di coinvolgere un organismo di governo vicino alle esigenze e al consenso dei cittadini nell'attività trasversale di controllo della spesa e della gestione operativa del servizio.

Tale coinvolgimento consente di risolvere il vulnus della precedente impostazione nella quale le Regioni non disponevano, nel concreto, di strumenti atti a favorire il controllo della spesa, originatasi nelle singole USL, disancorata da qualsiasi meccanismo di verifica. La separazione tra i poteri di spesa, attribuiti a livello locale, e la responsabilità connessa al reperimento delle risorse necessarie, ricondotta invece all'Erario, è una delle cause principali della deresponsabilizzazione in merito al rispetto dei vincoli economici di bilancio, della incontrollabilità dei costi generati dalle strutture e del disinteresse verso i livelli di efficienza ed efficacia.

Prendendo le mosse dalle consapevolezze citate, la riforma bis vuole assegnare alle Regioni una serie di funzioni in grado di riconoscere loro un ruolo maggiormente incisivo, prevedendo:

- la definizione dei Piani Sanitari Regionali con indicazione delle attività sanitarie, assistenziali e sociali da erogare per i vari livelli uniformi di assistenza (di cui è responsabile lo Stato);
- la funzione di programmazione, indirizzo, coordinamento, controllo e supporto verso le ASL e le Aziende Ospedaliere, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate;
- la definizione dei criteri di finanziamento delle ASL e delle Aziende Ospedaliere;
- la funzione di vigilanza e controllo sulle ASL e sulle Aziende Ospedaliere e di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate;
- l'emanazione della normativa inerente alla gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle Aziende Sanitarie.

Da quanto sopra riportato, emerge una nuova posizione della Regione che diventa il centro dello scenario sanitario locale e assume la titolarità della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, la responsabilità della

programmazione sanitaria regionale e diventa l'interfaccia per la determinazione dei criteri di finanziamento. Lo Stato rimane responsabile esclusivamente dei livelli uniformi di assistenza, mentre si sposta sulle Regioni l'impegno di assicurare un determinato livello qualitative e quantitativo dei servizi da erogare e la responsabilità per il ripiano degli eventuali disavanzi.

L'intento della riforma in oggetto è quello di attribuire le risorse finanziarie in relazione al livello di domanda attesa da soddisfare configurata in relazione alla popolazione ed ai livelli di assistenza determinati in ambito nazionale.

1.3.1 IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO BASATO SUI LEA

Alla luce delle distorsioni provocate dai meccanismi di finanziamento introdotti dalla prima riforma del sistema sanitario n. 833/78, all'inizio degli anni '90 con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 si cerca di virare verso un nuovo sistema di finanziamento basato su una relazione diretta tra attività svolta ed ammontare delle risorse assegnate. Nel quadro di una rivisitata programmazione, i LEA vengono pianificati contestualmente con le risorse stanziare, così da mantenere un rapporto di compatibilità tra espansione della domanda e il connesso finanziamento.

Lo Stato non determina più l'ammontare del FSN sulla base dei bisogni sanitari indicati nella programmazione, ma sono invece gli obiettivi della programmazione ad essere determinati in base alle risorse finanziarie assegnate al SSN, tenendo in considerazione l'andamento dell'economia nazionale e la situazione del Bilancio Statale.

Nel caso in cui le Regioni volessero garantire standard di offerta superiori a quanto previsto in termini di livelli uniformi di assistenza dal Piano Sanitario Nazionale, dovranno farvi fronte ricorrendo a fonti economiche diverse, rinvenienti ad esempio dai risparmi su altre voci del Bilancio regionale. Il Legislatore ha pertanto voluto configurare

il nuovo assetto finanziario del SSN sancendo il principio della cosiddetta “*responsabilizzazione finanziaria*” delle Regioni⁷.

Il SSN riformato si fonda, pertanto, su un sistema di finanziamento delle strutture sanitarie (ASL e AO) “misto”, basato sia sulla finanza di trasferimento che sulla tariffazione delle prestazioni, ma, nel complesso, disancorando la spesa sanitaria dai livelli di offerta preesistenti per agganciarla invece ai livelli di domanda attesa ed al volume di produzione con l’attesa di conferire maggiori incentivi verso il miglioramento della qualità dei servizi offerti e l’impiego efficiente delle risorse (Lazzini, 2003; Jommi e Del Vecchio, 2005).

Per quanto riguarda la quantificazione dei finanziamenti da trasferire alle strutture che erogano prestazioni alla popolazione residente nel territorio dell’ASL finanziatrice, si fa ricorso al sistema di finanziamento a prestazione, basato su un sistema di tariffe predeterminate ed amministrate a livello regionale⁸ (Marinò, 2001). Si tratta di un sistema di remunerazione basato su tariffe determinate a priori, applicabile per le prestazioni di specialistica ambulatoriale o per le prestazioni fornite in regime di ricovero:

- in merito alle prestazioni di specialistica ambulatoriale il D.M. del 15 aprile 1994 specifica che le tariffe si applicano alle prestazioni ospedaliere, specialistiche, di diagnosi strumentale, di laboratorio e riabilitative, in quanto previste dai livelli uniformi di assistenza. Per la remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si prendono a riferimento appositi tariffari ministeriali o nomenclatori regionali che classificano, all’interno di ogni singola

⁷ Art. 13 D.Lgs. 502/92 “Le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'art. 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo art. 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.”

⁸ “Un sistema di tariffe, in altri termini, è diretto a simulare il prezzo di cessione applicato ai prodotti e servizi sul libero mercato, ma a differenza di questi ultimi ed in dipendenza delle finalità principali perseguite dalle pubbliche autorità, le tariffe non vengono definite dalla tecnostruttura manageriale e, per la maggior parte, non sono adeguate a remunerare il complesso di fattori produttivi utilizzati nel processo di erogazione” (Marinò L, 2001; pag.105)

specializzazione, oltre 2000 tipi di prestazioni prevedendo per ognuna di queste una specifica tariffa. In questo contesto si inserisce anche il D.M. del 22 luglio 1996 che ha definito il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio.

- Per quanto riguarda invece la remunerazione delle prestazioni fornite in regime di ricovero si fa riferimento a tariffe specifiche basate sui *Diagnosis Related Group* (detti anche DRG) o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (detti anche ROD)⁹. Questi costituiscono un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri che individua, al suo interno, classi di ricovero clinicamente significative¹⁰ che racchiudono pazienti omogenei sotto il profilo diagnostico. Il sistema dei DRGs è un sistema iso-risorse, che ha lo scopo di raggruppare i pazienti, ricoverati in ospedale, in classi individuate in base ad una omogeneità dal punto di vista del consumo di risorse e quindi dei costi di produzione. Ad ogni gruppo è correlato un omogeneo “pacchetto di servizi” e di prestazioni diagnostico terapeutiche assumendo come presupposto l’appropriatezza delle scelte assistenziali dei medici¹¹ (Castro et al., 2014).

Il sistema di classificazione dei ricoveri basato sui DRG è costruito sulla base di informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) istituita dal D.M. 28 dicembre 1991 quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso, compilata da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La SDO costituisce una rappresentazione sintetica della cartella

⁹ L'introduzione di tale meccanismo all'interno del nostro sistema sanitario trae origine dall'esperienza statunitense che già dal 1983 applicava il cosiddetto Prospective Payment System (PPS), ossia un sistema di finanziamento pubblico basato su una tariffazione nazionale determinata prospetticamente. Il PPS nasce in America da una ricerca del gruppo di Robert Fetter (Università di Yale) nel 1977.

¹⁰ Secondo i criteri seguiti dai ricercatori statunitensi per classe significativa dal punto di vista sanitario deve intendersi una classe che racchiude pazienti omogenei sotto il profilo diagnostico. Descrivendo un DRG ad un medico, egli deve essere in grado senza esitazioni di individuare il processo clinico seguito nel trattamento del paziente.

¹¹ Ai sistemi di classificazione Iso-risorse, si contrappongono i sistemi Iso-severità che definiscono i gruppi di pazienti omogenei, non per la quantità di risorse assorbite, ma per la gravità delle condizioni cliniche.

clinica, finalizzata a consentire una raccolta corrente, economica e di qualità controllabile di alcune fra le informazioni contenute nella cartella stessa. Essa contiene tutte le informazioni necessarie e sufficienti per classificare secondo il sistema DRG ciascun caso trattato negli istituti di ricovero e, quindi, per individuare la relativa tariffa (Vanara, 1995).

Il complesso delle informazioni presenti nella SDO è stato originariamente previsto da D.M. 26 luglio 1993¹² che stabilisce, altresì, che tali informazioni vengano trasmesse ai livelli regionali e centrali con periodicità almeno trimestrale. Di conseguenza a ogni DRG viene attribuita una tariffa forfettaria predeterminata, la quale rappresenta la remunerazione per l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate durante il ricovero per le patologie rientranti in quella determinata classificazione (Vanara, 1995; Cinquini et al., 2005).

Il D.Lgs. 502/92, poi, attribuisce al cittadino la piena libertà di scelta delle strutture, parimenti del mondo pubblico o privato alle quali rivolgere la propria richiesta. Si possono quindi configurare delle fruizioni di servizi sanitari da parte di cittadini residenti in un ambito territoriale diverso rispetto alla struttura sanitaria contattata (Viceconte, 2012; Zuccatelli, 2012).

Da evidenze fattuali possono derivare proventi o oneri a carico dell'Azienda Sanitaria Locale e della Regione, a seconda se si tratta di mobilità attiva o passiva. In particolare, si parla di:

- Mobilità passiva extra regionale, quando un cittadino utente, residente della Regione in oggetto, riceve una prestazione presso una struttura sanitaria avente sede in una Regione differente;

¹² A far data dal 1° gennaio 2001, la nuova disciplina della SDO è stabilita dal DM 27 ottobre 2000, n. 380.

- Mobilità attiva extra regionale, quando un cittadino utente, residente in una Regione diversa, riceve una prestazione presso una struttura della Regione in oggetto;
- Mobilità passiva intra regionale, quando un cittadino utente, con residenza nel territorio dell'azienda sanitaria in oggetto, riceve una prestazione presso una struttura sanitaria di un'azienda sanitaria differente ma della stessa Regione;
- Mobilità attiva intra regionale, quando un cittadino utente, residente in un'azienda sanitaria diversa da quella in oggetto ma all'interno della stessa Regione, riceve una prestazione presso una struttura dell'azienda sanitaria in oggetto.

La somma algebrica tra valore delle prestazioni vendute e il valore delle prestazioni acquistate è nota in ambito sanitario come *saldo della mobilità* (Cinquini et al., 2005). Di conseguenza, per tali prestazioni si rende indispensabile un *sistema di compensazione*, a livello nazionale per quanto riguarda ogni singola Regione, e a livello regionale per quanto riguarda ogni singola Azienda Sanitaria, che si realizza tramite la valorizzazione delle prestazioni erogate in base alle tariffe adottate a livello regionale. Di conseguenza, tra le fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie si troveranno anche quelle entrate legate ai ricavi derivanti dalla cessione di servizi alle altre strutture del SSN regolati su base di tariffari regionali come conseguenza della mobilità dei fruitori delle prestazioni.

La mobilità e le risorse che ne conseguono dovrebbero agire come stimolo per l'azienda sanitaria in quanto dovrebbe attivare un meccanismo competitivo in grado di spingere verso il perseguimento di una maggiore qualità delle prestazioni al fine di evitare l'emigrazione sanitaria verso altre strutture e di attrarre parte della domanda sanitaria esterna.

Quindi, dai sistemi di finanziamento basati sulla remunerazione della singola prestazione scaturisce un impulso che determina l'aumento del volume delle attività ed il

contenimento dei costi unitari al di sotto del livello tariffario stabilito (Spandonaro, 2015). Da ciò emerge, o dovrebbe, un rilevante incentivo verso il miglioramento dei livelli di efficienza operativa, della qualità e tempestività dei servizi offerti. Il rischio presente è un aumento indiscriminato dei costi complessivi e della frequenza delle prestazioni inappropriate, in quanto la remunerazione proporzionale al numero dei casi trattati, laddove esista un margine positivo tra tariffe unitarie e costi unitari di produzione, diventa economicamente conveniente aumentare il livello di attività (numero di casi trattati). In questa circostanza, con l'incremento dei casi trattati si determinerà una riduzione dell'incidenza unitaria percentuale dei costi fissi sull'unità di prestazione ed una conseguente diminuzione del costo medio di produzione (Schiavone, 2008).

1.4 LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN: LA “RIFORMA BINDI”

Il processo di costruzione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, avviato nel 1978 con la legge 833 e, successivamente, tanto nel 1992 con il D.Lgs. n. 502 quanto nel 1993 con il D.Lgs. 517, si completa con il D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229. Detto provvedimento, noto anche come “Riforma ter” o “Riforma Bindi” ha lo scopo di emanare “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

Con riferimento alle USL e alle Aziende Sanitarie, il decreto conclude il processo di “aziendalizzazione” sancendo l'autonomia imprenditoriale in capo alle unità sanitarie locali¹³ e stabilendo che è il Direttore Generale a disciplinare l'organizzazione e le modalità di funzionamento dell'azienda con atto aziendale di diritto privato. Nell'atto aziendale si individuano le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico professionale assoggettate a rendicontazione analitica e vi si disciplina lo svolgimento

¹³ Art. 3 D.Lgs. 229/99: << ... Le unità sanitarie locali si costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato...>>.

della gestione. Secondo detto sistema, le aziende sanitarie pubbliche devono uniformare la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità, e sono tenute al rispetto dei vincoli di bilancio mediante l'equilibrio tra costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Il citato atto aziendale ha una natura giuridica mista tra statuto, regolamento generale dell'ente e regolamento del personale. In merito alla sua portata si prevede che possa:

- regolamentare gli atti formali mediante i quali l'azienda agisce e le norme di diritto privato mediante le quali l'azienda procede agli appalti e contratta la fornitura di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria;
- disciplinare l'attribuzione dei compiti al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, ai Direttori di distretto, ai Direttori di dipartimento e ai Direttori di struttura complessa, e i criteri e le modalità con cui affidare ai Direttori aziendali la direzione delle strutture e degli uffici.

Le altre novità introdotte dal provvedimento normativo riguardano principalmente:

- il potenziamento del decentramento in quanto affida ai Comuni le funzioni programmatiche e la partecipazione alla formazione dei Piani Sanitari Regionali (responsabilità primaria della gestione dei servizi affidata alle autonomie locali);
- il potenziamento del concetto di prestazioni minime ed uniformi garantite dal SSN introducendo il termine "essenziali" per rafforzare il concetto che i LEA individuano il complesso delle prestazioni assistenziali sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a tutti cittadini a titolo gratuito o con meccanismi compartecipativi alla spesa, confermando l'importanza del servizio come mezzo attraverso cui l'ordinamento tutela la salute¹⁴;

¹⁴ Il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri entrato in vigore il 23 febbraio 2002 ha definito i LEA mantenendo il loro raggruppamento in tre macroaree i) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; ii)

- la previsione di due sistemi di finanziamento per gli ospedali a seconda del tipo di prestazione offerta che si distingue tra “funzioni” assistenziali e “attività” assistenziali.

In merito a quest'ultimo aspetto si evidenzia che le funzioni essenziali, disciplinate al comma 2 dell'art. 8-*sexies* D.Lgs. n. 502/92 (articolo aggiunto dall'art. 8 D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229), sono attribuite alla competenza esclusiva dello Stato non trattandosi di attività remunerative, quali malattie rare, trapianti e programmi sperimentali. In detti casi, il corrispettivo è dato sotto forma di finanziamento sulla base dei costi unitari di produzione e dei volumi di attività svolta. Per quanto riguarda invece le attività assistenziali, la normativa prevede la remunerazione a tariffe predefinite per prestazione, così come previsto dal comma 4 dell'art. 8 - *sexies* D. Lgs. n. 502/92.

Il Legislatore prevede, inoltre, che tutte le strutture, pubbliche e private, possano ricevere solo un ammontare predefinito, indicato negli accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'art. 8-*quinquies*. In altri termini, individuato il tetto di spesa per ogni struttura, si lascia libertà di scelta in merito al tipo di prestazioni da rendere. Il fattore comune tra tutte le previsioni del provvedimento è il tentativo di arginare la spesa sanitaria.

L'adozione del D.Lgs. 229/99 determina l'abbandono definitivo del sistema concorrenziale pensato nel 1992 in favore di un approccio finalizzato a regolare l'accesso di nuovi soggetti al SSN in quanto l'autorizzazione, ai sensi dell'art. 8-*ter* del D.Lgs. n. 502/92, poi modificato dal D.Lgs. n. 229/99, viene considerata la condizione base per l'esercizio dell'attività sanitaria, rispondendo alla necessità di garantire le condizioni minime in ordine alla qualità delle prestazioni, richiesta per le istituzioni sanitarie e per gli studi professionali. Il Legislatore subordina il rilascio dell'autorizzazione, da un lato, al possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi e dall'altro ad una

assistenza distrettuale; iii) assistenza ospedaliera. È opportuno precisare che tali livelli sono da considerarsi "essenziali" e pertanto vi è, comunque, la possibilità da parte delle Regioni di utilizzare risorse proprie per erogare servizi aggiuntivi rispetto a quelli stabiliti dai LEA.

scelta, fondata sul fabbisogno complessivo e sulla localizzazione delle strutture presenti sul territorio, esercitata dalla Regione.

1.4.1 IL FEDERALISMO FISCALE

Trascorsi circa sei mesi dalla riforma Bindi, si avvia un nuovo iter parlamentare che ha condotto all'approvazione della Legge del 13 maggio 1999 n. 133 "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", cui fa seguito il D.Lgs. del 18 febbraio 2000 n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della Legge 13 maggio 1999 n. 133", che determina la soppressione, nell'arco di tre anni, del FSN, lasciando alle Regioni il compito di finanziare direttamente il proprio Servizio Sanitario.

Come già evidenziato nelle pagine precedenti, il compito istituzionale del FSN era quello di veicolare stanziamenti statali in favore delle Regioni che ne utilizzano le risorse per sovvenzionare i propri Fondi Sanitari Regionali. Una soluzione in grado di far fronte a tale travaso di risorse è stata individuata dal legislatore "federalista" attraverso una pluralità di compartecipazioni e addizionali su grandi tributi erariali, che si affiancano ad un preesistente tributo "proprio", l'IRAP, introdotto dal D.Lgs. 446/1997. (Anselmi et al., 2013)

In seguito, con la Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 viene emendato il Titolo V parte II della Carta e, con questo, riformato il sistema della finanza regionale.

Nello specifico, l'articolo 119 afferma il principio secondo il quale spetta alle autonomie regionali l'obbligo di finanziare le loro spese di funzionamento e di investimento, anche, e soprattutto, nel governo della Salute, con propri tributi e con le compartecipazioni statali, dovendo riconoscere agli eventuali trasferimenti effettuati dallo Stato la inderogabile *species* di interventi finanziari "speciali" finalizzati a risolvere particolari

fenomeni di “povertà estemporanea”. Il terzo comma dell’articolo 119 stabilisce che, con Legge dello Stato, sia istituito un “fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante”. Detto fondo assume la funzione di incrementare le entrate di quei territori caratterizzati da una minore capacità fiscale pro-capite, con l’obiettivo di finanziare le funzioni fondamentali e garantire gli stessi standard di prestazione nell’erogazione dei servizi di competenza nonostante gli squilibri economico-sociali (Viceconte, 2012).

Si determina quindi la presenza di un FSN di nuova *species* che continua ad esplicitare la sua caratteristica funzione istituzionale, anche se in compresenza collaborativa con il Fondo perequativo nazionale, con riferimento alla capacità di assicurare l’equilibrio economico, tra i vari e diversi territori, grazie all’intervento della solidarietà tra regioni.

1.5 IL SSN ALLA LUCE DELLA RIFORMA DEL TITOLO V

L’attuale vigenza del FSN è stata indebolita dall’esito dell’accordo raggiunto durante la conferenza Stato-Regioni conclusa l’8 agosto 2001 nel quale si sigla il “patto di stabilità” per il triennio 2002-2004. Lo stesso prevede la determinazione, per ogni singolo anno, delle risorse statali da utilizzare per finanziare la spesa sanitaria tenendo conto dell’andamento del prodotto interno lordo (il PIL). Le risorse finanziarie vengono ripartite dallo Stato tra le varie Regioni dando così vita ad un vero e proprio stanziamento del FSN (Marinò, 2013). In tal senso viene meno quella previsione normativa (di cui all’art.1, comma 1, lettera d) che, 18 mesi prima, sanciva la cessazione dei trasferimenti erariali previsti dall’art. 12, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Le considerazioni che precedono fanno supporre che i legislatori, via via succedutisi, non abbiano voluto, fino in fondo, riformare il sistema sanitario in senso tipicamente

federalista per le sottostanti preoccupazioni in termini di eventuali discriminazioni nell'ambito dell'offerta sanitaria nelle diverse aree territoriali del paese.

La rilevanza del nuovo orientamento federalista della Legge Costituzionale 3/01 si manifesta con il nuovo testo dell'articolo 117 che dispone l'inversione dell'enunciazione delle materie di competenza esclusiva e pone come più rilevante la competenza regionale rispetto a quella statale. Il secondo comma del citato articolo definisce l'ambito di materie in cui deve essere esercitata la potestà legislativa esclusiva da parte dello Stato, contrariamente a quanto previsto dal vecchio testo nel quale si regolamentano le materie di competenza regionale il comma 4 attribuisce alle Regioni, per tutte le materie non espressamente riservate allo Stato, una potestà legislativa residuale.

Va evidenziato che la "tutela della salute" risulta tra le materie a legislazione concorrente tra Stato e Regioni e che "l'ordinamento e l'organizzazione degli enti pubblici diversi da quelli statali" è materia di potestà legislativa regionale c.d. "residuale". Ne consegue, quindi, che l'organizzazione delle aziende sanitarie, essendo enti pubblici regionali, è materia di competenza legislativa regionale "piena". Si offre alle Regioni italiane la possibilità di scegliere per la sanità un autonomo modello organizzativo.

Il 5 giugno del 2003 viene approvata la "Legge La Loggia" n. 131 e si adegua l'Ordinamento della Repubblica alle modifiche introdotte al titolo V della Costituzione dalla Legge costituzionale 18 ottobre n. 3 del 2001 prevedendo le norme necessarie per rendere operative le nuove funzioni delle Regioni e degli enti locali. La riforma e il principio di sussidiarietà determinano, nell'ambito della legislazione, una maggiore rilevanza delle Regioni, mentre ai Comuni (art. 118 Cost.) spettano le funzioni amministrative.

La delega di un sempre crescente numero di materie alla sfera delle decisioni autonome dei livelli decentrati implica la realizzazione di quel principio di vicinanza tra cittadini -

elettori e organi di governo locali che fa parte dei motivi che spingono verso una forma di intervento pubblico meno centralista e prossimo alle caratteristiche di uno **Stato federale**.

La Legge Costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", modifica la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni. In particolare, viene ribaltato il criterio della residualità con l'assegnazione della competenza legislativa che passa alle Regioni, mentre allo Stato spettano le competenze richiamate nell'art. 117 della Costituzione.

La citata Legge Costituzionale ha posto le premesse per un ulteriore sviluppo del sistema verso un'organizzazione in senso federalistico (Claudi, 2003). Infatti, la posizione delle regioni risulta rafforzata, sebbene si inserisca in un quadro contraddittorio derivante dalla necessità di dover coniugare l'autonomia regionalistica con la sovranità e l'unitarietà dello Stato. Nell'ambito delle competenze costituzionali, le regioni assumono una posizione di parità con lo Stato, essendo la Repubblica *“costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato”*. Inoltre, viene attribuita alle regioni una potestà legislativa esclusiva e generale nelle materie non riservate alla competenza esclusiva dello Stato. Tuttavia, viene ancora affermata la supremazia dello Stato attraverso l'attribuzione ad esso della gestione dei rapporti internazionali e con l'Unione Europea, con le comunità religiose, dell'ordine pubblico, della sicurezza e della perequazione finanziaria; inoltre, allo Stato viene riservata la competenza esclusiva per la definizione dei principi fondamentali.

La Legge n. 3 del 2001, nel rafforzare i poteri regionali, nello stesso tempo ha riaffermato l'esigenza di assicurare l'omogeneità della tutela della salute sul piano nazionale nel rispetto dei principi di universalità ed equità sanciti dalla Costituzione.

Infatti, con riferimento all'ambito sanitario, le nuove disposizioni ripartiscono le competenze statali e regionali riservando, da un lato, alla legislazione esclusiva dello Stato *“la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti (uniformemente) su tutto il territorio nazionale”*¹⁵, dall'altro, inserendo la materia della *“tutela della salute”*¹⁶ in quelle di legislazione concorrente, con la determinazione dei principi fondamentali da parte dello Stato e una competenza legislativa e regolamentare (esclusiva) regionale. Va altresì sottolineato come il legislatore costituzionale abbia posto con estrema chiarezza in capo allo Stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un sistema di garanzia che appare costituito dai LEA, affidando, al contempo alle regioni la responsabilità diretta del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Sul territorio nazionale, il nuovo assetto istituzionale delle autonomie potrebbe implicare una diversificazione a livello organizzativo e funzionale dei modelli regionali. Ne deriva che la riserva allo Stato della determinazione dei LEA non è solo formale, riflettendo l'esigenza inderogabile di assicurare a livello centrale una tutela equa e uniforme dei diritti civili e sociali (Di Gaspare, 2002). Ciò emerge anche da una pronuncia della Corte Costituzionale che, nella sentenza n. 88 del 2003, ha evidenziato come l'art. 117, comma 2, lettera m) della Costituzione attribuisca al legislatore *“un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti”*.

Con il D.L. 18 settembre 2001, n. 437 *“Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”*, il legislatore ha disciplinato un procedimento *ad hoc* per la determinazione dei LEA: attraverso un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza

¹⁵ Art 117, comma 2, Cost.

¹⁶ Termine che sostituisce la vecchia locuzione *“assistenza sanitaria ed ospedaliera”*.

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Ma tale procedimento, con la L. del 30 dicembre 2004, n. 331 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", è stato parzialmente modificato. Infatti, il legislatore ha introdotto per la determinazione degli *“standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli di assistenza”* una procedura diversa che prevede, per la determinazione dei LEA, l'adozione di un regolamento del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia, *“sentita”* la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Ne consegue che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA costituiscono il livello *“essenziale”* che le regioni devono garantire a tutti i cittadini utenti; tuttavia, ciò non esclude che una regione virtuosa possa offrire servizi aggiuntivi e migliori prestazioni, non inclusi a livello nazionale (Torchia, 2010).

L'esigenza di garantire i LEA richiede dunque un equilibrio tra i livelli essenziali, che costituiscono, nel loro insieme, la soglia essenziale di assistenza erogabile a carico del servizio sanitario nazionale, a garanzia dei principi di uguaglianza di cui all'art. 3 della Costituzione e le risorse necessarie per assicurarli, in attuazione degli art. 119 e 120 della Costituzione.

Infatti, bisogna tener conto che la riserva di legge statale è direttamente collegabile all'art. 119 della Costituzione – laddove è prevista la possibilità per lo Stato di intervenire con risorse aggiuntive *“per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona”* – e all'art. 120 del medesimo testo costituzionale in cui, al secondo comma, prevede l'intervento sostitutivo del Governo nei confronti degli organi delle regioni e degli enti locali in caso di *“mancato rispetto dei trattati internazionali, o*

della normativa comunitaria, oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica ovvero quando lo richiedano la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica ed in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali”.

È importante, per il tema che qui si tratta, sottolineare come, in materia sanitaria, l'individuazione dei LEA abbia comportato un intenso scambio tra Stato e regioni tale da creare un nuovo modello di governabilità che possiamo definire “negoziale”. La stessa Corte Costituzionale ha affermato, nella sentenza n. 88 del 2003 e n. 136 del 2006, che, a causa della “forte incidenza” dei LEA sulle competenze regionali, le “linee generali” delle relative scelte devono essere adottate con legge “che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori”.

In ultimo, la legge di riforma costituzionale, come già accennato, si basa sulla previsione dei principi del federalismo fiscale indicati dal nuovo testo all'art. 119 della Costituzione. Anche su questo punto la Corte Costituzionale si è pronunciata¹⁷ affermando l'illegittimità dei finanziamenti in materie di competenze regionale a destinazione vincolata previsti da nuovi fondi statali, sebbene tale principio trovi alcune eccezioni specifiche, sia in quanto i fondi potrebbero riguardare materie di competenza trasversale statale, sia per garantire la continuità di alcuni servizi e non ledere l'interesse dei destinatari delle prestazioni.

Concludendo, sulla base di una lettura complessiva dello sviluppo del sistema sanitario fino a qui delineato, è possibile individuare gli strumenti idonei a garantire un processo di crescita effettivo in senso autonomistico delle regioni, ma tali da garantire e salvaguardare il diritto alla tutela della salute in modo da chiarire e governare la complessità e pluralità del settore sanitario.

¹⁷ Il riferimento è alle sentenze: n. 118 del 2006, n. 107 e 77 del 2005, n. 16, 49 e 423 del 2004.

1.6 DAL NEW PUBLIC MANAGEMENT AL NEW PUBLIC GOVERNANCE

Il contesto macroeconomico e geopolitico del periodo che ci occupa è, inoltre, caratterizzato da una maggiore complessità nell'assunzione delle decisioni pubbliche. In quest'ottica, le teorie della *Public Governance* si fanno strada per orientare la costruzione di modelli di *management* interistituzionali e intergovernativi, al fine di definire obiettivi comuni e condivisi attraverso politiche pubbliche che coinvolgano in modo cooperativo una pluralità di istituzioni.

L'orientamento manageriale negli studi ha dato vita allo sviluppo di un modello che si sintetizza nel NPG quale modello gestionale più coerente con il settore pubblico (Tartaglia Polcini et al., 2021; Aquino, 2013).

La nascita del nuovo approccio denominato *New Public Governance* nasce dalla consapevolezza di un limite intrinseco nel modello teorico del NPM: di aver studiato, cioè, il sistema pubblico con il presupposto di volervi trasferire, in toto e in modo automatico, le logiche aziendali del settore privato, confidando che bastasse solo l'applicazione di principi e strumenti per portare, quasi per inerzia, al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi pubblici, senza considerare le specificità gestionali delle amministrazioni pubbliche. Ne è conseguita la necessità di correggere il profilo di ricerca che ha condotto all'introduzione di più opportuni principi di gestione incentrati sullo sviluppo delle capacità di *governance* e che puntano l'attenzione sull'amministrazione pubblica, in quanto centro della crescita economica e sociale della collettività e del sistema di riferimento.

Emerge la netta contrapposizione con il tradizionale approccio di intendere il governo dell'amministrazione pubblica (o *government*) con il potere di dirigere i diversi attori del sistema socio-economico attraverso l'imposizione normativa di obblighi e divieti e che

racchiude i principi del preesistente modello burocratico, espressione di un approccio giuridico alla gestione, secondo cui l'autorità decisionale era esercitata in virtù di una relazione gerarchica e formale del sistema istituzionale.

Sulla scia evolutiva del NPM, il paradigma della NPG interpreta l'esigenza di trasformazione del *government*. La NPG, differentemente dal primo che si basa sull'organizzazione, ha un proprio focus anche sul suo ambiente che incentiva l'attivazione, da parte del *management* pubblico, di processi di coordinamento e interazione con i diversi interlocutori. La prospettiva di efficienza ed efficacia si amplia così dalla singola organizzazione all'intero sistema pubblico e alla rete interistituzionale, contemplando, al contempo l'obiettivo di miglioramento della produttività amministrativa con l'interesse collettivo.

I due obiettivi rappresentano il cuore del modello della NPG che si concentra sugli effetti (o *outcome*) che l'operato aziendale produce all'esterno dell'organizzazione, ampliando la dimensione di valutazione della *performance* aziendale. Non solo principi di efficienza, efficacia ed economicità, ma anche criteri ulteriori, tra cui trasparenza, correttezza, equità, responsabilità, etica, sostenibilità sociale e la capacità di rendere conto dell'azione pubblica (*accountability*) ai diversi portatori di interesse. Con l'affermarsi del modello di gestione della NPG si avvia una fase di apertura dell'amministrazione pubblica che trova fondamento nella collaborazione sistemica tra la pubblica amministrazione e il cittadino, poiché implica un sistema di governo responsabile, eticamente corretto ed equo delle risorse pubbliche (Cantù, 2002; Anessi-Pessina, 2000).

Quanto sopra rappresentato è coinciso con l'evoluzione dell'ambiente esterno nel quale è mutato il ruolo del cittadino che da destinatario passivo della prestazione, all'interno di un rapporto unidirezionale tra la pubblica amministrazione e l'utente, diventa soggetto attivo

di una relazione di tipo bidirezionale, nella quale egli è attore partecipe dei processi di definizione delle *policy* (Aquino, 2013).

La diffusione degli studi sui modelli manageriali di gestione, in risposta alle logiche evolutive del *NP*, di nuova introduzione nel sistema della Pubblica Amministrazione, vi immette il concetto di *governance* che rappresenta il tratto essenziale del processo di transizione dal paradigma burocratico a quello post-burocratico dell'amministrazione pubblica, decretando il superamento dello «schema autoritativo di *government*» a favore dello «schema reticolare di *governance*» (Corsi et al., 2016).

Nell'ambito del settore sanitario, il periodo della prima aziendalizzazione, durato indicativamente dieci anni dal 1990 al 2000, ha modificato profondamente gli assetti istituzionali e la *governance* delle aziende, conferendo autonomia e responsabilità al *management*, che ha ricevuto l'ingaggio di innovare le logiche e gli strumenti di gestione (Adinolfi, 2005).

Nei successivi primi dieci anni, anche in forza della riforma costituzionale del 2001, si è assistito alla progressiva evoluzione delle prerogative di governo delle regioni, con un continuo processo di accentramento e di riduzione del numero aziende pubbliche e delle *facility* erogative (ospedali, unità operative, magazzini, ecc.) al fine di favorire un trasversale obiettivo strategico del coordinamento (Donatini, 2020). Dopo la crisi economica del 2008 e in particolare dal 2010, il SSN ha rimarcato l'attenzione sul contenimento dei costi attraverso un vero e proprio razionamento della spesa. L'obiettivo è stato perseguito attraverso vincoli sempre più stringenti sui singoli fattori produttivi (il personale, i farmaci, i dispositivi medici, gli acquisti di prestazioni da privato accreditato, ecc.), sulla centralizzazione degli acquisti sanitari e realizzando pervasivo esercizio dei piani di rientro (Gigio et al, 2018). Per circa un decennio, si è ritenuto necessario perseguire la stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica per governare il debito

pubblico italiano ed è innegabile che le politiche di riequilibrio dei conti pubblici nazionali e regionali abbiano gravato profondamente sul sistema sanitario in quanto, di fatto, contraendo le erogazioni finali delle prestazioni di assistenza. La pressione sul rispetto dei vincoli di bilancio tende a limitare l'autonomia manageriale del livello aziendale in quanto strettamente connessa all'azione di contrazione della spesa e all'impossibilità di realizzare nuovi investimenti, il tutto con evidenti ricadute sulla qualità dei servizi e sulla crescita del sistema (Anselmi et al. 2013). L'assunzione di responsabilità economica e sociale, immediata conseguenza dell'introduzione del modello aziendale in sanità, determina la necessità di conciliare pressioni e istanze divergenti e gestire i rapporti con gli interlocutori aziendali secondo un orientamento improntato allo *stakeholder management approach*.

Infatti, l'esigenza di recuperare la produttività e di contenere i costi della gestione pubblica aveva dato un forte impulso all'espansione del movimento teorico del NPM contribuendo a spiegare il *focus* del *management* sull'efficienza interna, come anche l'introduzione di logiche di economicità, di risultato e di *performance*. L'eccessiva focalizzazione sull'interno dell'organizzazione e quindi sulle variabili *core* (quali la struttura, gli *input* di produzione, gli obiettivi, i processi e i comportamenti interni), ha causato una visione ristretta della *performance* dell'amministrazione pubblica. D'altra parte, il modello della NPG si focalizza sugli effetti (o *outcome*) che l'operato aziendale può produrre all'esterno.

Il NPG sicuramente rappresenta un modello di gestione più adatto al settore sanitario perché si concentra sui risultati dell'organizzazione, ampliando così il concetto di prestazioni organizzative (Palumbo, 2016; Aquino, 2013).

La definizione di schemi competitivi di quasi-mercato, è una condizione ritenuta fondamentale per l'aumento del grado di autonomia imprenditoriale e per la creazione di

incentivi che orientino le organizzazioni verso livelli di efficienza e di qualità dei servizi più elevati, in relazione all'aumento del grado di pressione competitiva. L'ipotesi teorica, alla base del sistema, è che la libera scelta, da parte degli utenti, delle strutture di produzione rappresenti una garanzia di una corretta allocazione delle risorse finanziarie che vada a premiare i produttori migliori, sulla scorta del gradimento espresso dalla domanda, a orientare i) l'offerta verso una maggiore attenzione ai bisogni, ii) i produttori verso una maggiore efficienza operativa, iii) il mercato verso una maggiore efficienza allocativa. Parallelamente, la libertà di scelta potrebbe risultare strumentale alla riduzione dell'iniquità, ponendo ognuno in condizione di accedere potenzialmente ai migliori servizi. L'assunzione di responsabilità non va quindi intesa quale attribuzione di priorità alle finalità di equilibrio economico-finanziario di Stato e Regioni, ma va tradotta quale strumento di miglioramento del processo di tutela del diritto alla salute. I principi di governo economico sottesi all'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche è da intendersi quale guida dell'azione aziendale del sistema di cura, la cui finalità essenziale resta, in ogni caso, il soddisfacimento dei bisogni di assistenza dei pazienti e dei cittadini. Questa lettura in relazione agli obiettivi finali non va di pari passo con i sistemi e gli strumenti di rendicontazione attualmente impiegati in sanità che non sono, ancora, in grado di cogliere appieno il valore degli *output* e degli *outcome* generati dalle aziende sanitarie mediante i processi di assistenza in quanto, per loro caratteristica intrinseca, presentano un elevato ancoraggio alla prospettiva del *value based*. Tutto ciò è in armonia con le logiche di *public governance*¹⁸ secondo cui l'azione di governo aziendale è strettamente connessa alla tutela degli interessi degli *stakeholder* coinvolti (Bubbico et al., 2006; Cepiku, 2005)

¹⁸ È opportuno sottolineare che in letteratura vi è un largo impiego del termine *governance*, frutto di approcci differenti e concettualizzazioni tutt'altro che univoche, per cui manca una definizione condivisa; con riferimento ai processi di innovazione della pubblica amministrazione si è, tuttavia, abbastanza concordi sulla concettualizzazione di *governance* come ampliamento del *government* e del *New public management*.

Nel settore sanitario, nonostante le riforme degli anni '90 abbiano radicalmente modificato il modello di governo delle aziende e gli strumenti di supporto ai processi decisionali, il processo non si è concluso e soprattutto non si è diffuso in maniera uniforme.

Per tali ragioni, all'interno delle aziende sanitarie pubbliche si assiste ad una accelerazione ulteriore nel senso dell'introduzione di tecniche avanzate di *general management*, nei modelli gestionali che hanno tenuto conto della peculiarità del settore e della sua rilevanza strategica per il controllo della spesa pubblica. Emerge chiara la necessità di analizzare le caratteristiche essenziali dei modelli manageriali esistenti e le dimensioni rilevanti che li caratterizzano, al fine di individuare criticità e soluzioni innovative in grado di incrementare il grado di efficienza ed efficacia della funzione direzionale delle aziende sanitarie, in un'ottica di costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e di soddisfazione degli utenti. (Longo e Ricci, 2021)

Diversi quindi sono i fattori che hanno spinto gli studiosi a ricercare caratteristiche rilevanti per definire una governance efficace, tra cui i costi sanitari in continuo aumento, l'aumento delle richieste dei cittadini, l'emergere di nuove malattie e trattamenti, i progressi tecnologici e un peso crescente dei bisogni della comunità (Peters et al., 1998; Rhodes, 1996)

L'introduzione di una prospettiva multidimensionale per valutare le *performance* delle organizzazioni sanitarie spinge le stesse a concentrarsi sulla composizione e sul ruolo del consiglio di amministrazione come elementi critici per garantire una buona *governance* (Buchner et al., 2014; Rainero et al., 2019).

Nelle aziende sanitarie, il driver critico del cambiamento per promuovere i principi di responsabilità e trasparenza è senza dubbio la *Corporate Governance* (CG), in cui i manager che "dirigono e controllano" le organizzazioni sono responsabili nei confronti

degli altri *stakeholders* quali i dipendenti, i fornitori, i clienti, nei confronti di coloro che forniscono risorse e soprattutto verso la comunità (Cadbury, 2000).

Essere trasparenti (*accountable*) per le aziende sanitarie significa soddisfare le molteplici esigenze di informazione degli *stakeholders* sull'uso delle risorse pubbliche e sulle *performance* raggiunte (Bonollo e Zuccardi-Merli, 2016). Per raggiungere questo obiettivo, le aziende sanitarie possono fare affidamento sulle pratiche di divulgazione per adempiere ai loro obblighi di responsabilità e convalidare la loro legittimità. Tra i diversi tipi di divulgazione, la comunicazione di informazioni relative al “*Performance Measurement*” (PM) (di cui si parlerà nel capitolo successivo) sembra avere un ruolo fondamentale nell'ottenere l'approvazione e la fiducia degli *stakeholders* in quanto offre una conoscenza sufficientemente obiettiva e razionale della realtà, riducendo così l'incertezza (Monfardini et al., 2013).

Il tema della *Corporate Governance* nelle Aziende Sanitarie sarà trattato più diffusamente nel capitolo 4, cui si rimanda.

CAPITOLO 2 - LA PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE

2.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE

L'interesse verso la misurazione della *performance* si è registrato anche in tempi molto meno recenti (Arnaboldi e Azzone, 2010), ma i PMS sono divenuti uno strumento centrale caratterizzante la trasformazione della pubblica amministrazione con l'avvento del NPM (Hood, 1991,1995). In seguito, in un contesto di crescenti pressioni derivanti dai tagli di costi e dalle iniziative di esternalizzazione, l'attenzione si è poi focalizzata sulla misurazione della qualità dei servizi. I PMS insieme ad altre tecniche manageriali hanno offerto soluzioni (Pollit e Bouckaert, 2017) al problema del contenimento della spesa pubblica e del miglioramento dei servizi. Nello specifico, l'attenzione era in particolare rivolta alla gestione dei risultati e alla capacità di misurare le organizzazioni pubbliche sulla base di un modello input-output (outcome) (Arnaboldi e Azzone, 2010). I PMS sono stati definiti come “un insieme di metriche utilizzate per quantificare efficienza ed efficacia delle azioni” (Marchand e Raymond, 2008) che permettono ai manager di:

- valutare le prestazioni della loro unità operativa e dei dipendenti ad essa annessi (Woolum, 2011);
- supportare la pianificazione strategica e l'allocazione delle risorse al fine di migliorare i risultati del programma (Hatry, 2006);
- contribuire all'apprendimento organizzativo (Halachmi, 2002).

I PMS devono essere dinamici e bilanciati per supportare al meglio il processo di *decision-making* tramite la raccolta, l'elaborazione e l'analisi delle informazioni (Marchand e Raymond, 2008).

Nell'ambito delle leve di azione del NPM, l'utilizzo della contabilità economica e finanziaria nonché l'uso di meccanismi per misurare la *performance* e valutarne i risultati hanno certamente rappresentato un passo significativo, segnando l'evoluzione della cultura aziendale. Infatti, il nuovo sistema di accounting è uno strumento di *governance* cruciale che fornisce ai manager informazioni utili sia a fini valutativi che decisionali (Malmrose, 2019).

Data la missione ricoperta dalle aziende sanitarie, le stesse devono conformare la propria attività ai canoni della trasparenza e della responsabilità nell'uso delle risorse pubbliche nelle prestazioni verso i diversi *stakeholders* (Pirozzi e Ferulano, 2016) e, in particolare, verso i contribuenti e i governi che ne rappresentano i principali fondatori (Purbey et al., 2007). Inoltre, le aziende sanitarie devono dimostrare di incorporare le aspettative delle parti interessate tramite l'erogazione di servizi di alta qualità (Purbey et al., 2007)

Alla luce di quanto precede, le aziende sanitarie hanno iniziato a perseguire l'efficienza e l'efficacia nella fornitura del servizio pubblico e una maggiore esigenza di misurare le prestazioni (Cifalinò e Vendramini, 2015). Molti ricercatori hanno manifestato un crescente interesse verso i PMS nel settore sanitario (Hood, 1995; Chang, 2006).

Alcuni studi hanno focalizzato l'attenzione sulla difficoltà di implementare un PMS nelle aziende sanitarie (Adair et al., 2006; Chang, 2006; De Vos et al., 2009; Cifalinò e Vendramini, 2015). Adair et al. (2006) hanno sottolineato come, anche a fronte di un consenso pressoché universale sui potenziali benefici del PMS, debbano essere fornite ulteriori prove, indicando che i PMS devono essere ulteriormente sviluppati e migliorati.

L'applicazione di un PMS e l'interpretazione dei risultati devono considerare le peculiarità della gestione delle organizzazioni sanitarie. Ad esempio, de Vos et al. (2009) ha evidenziato come le strategie efficaci per l'attuazione di indicatori di qualità nelle cure ospedaliere siano spesso insoliti. Chang (2006), invece, ha studiato le risposte delle

autorità sanitarie locali alle misure di *performance* indicate dal governo centrale. I risultati della sua ricerca hanno dimostrato che i responsabili delle autorità sanitarie percepiscono gli indicatori scelti dai governi centrali come un meccanismo di controllo dall'alto, incapace di cogliere i fattori che influenzano le prestazioni locali.

Alla luce di queste diverse difficoltà, lo studio di Cifalinò e Vendramini (2015), esaminando la diffusione e l'uso delle PMS nei servizi di assistenza sanitaria primaria in Italia, ha evidenziato che vi è ancora un limitato uso di misure prestazionali da parte delle USL.

Tradizionalmente, i PMS nelle organizzazioni sanitarie si sono concentrati esclusivamente sulle prestazioni finanziarie, ma non si può trascurare che le *performance* ospedaliere siano caratterizzate da un profilo multidimensionale, in quanto va considerata anche la finalità principale che è quella di erogare le cure ai pazienti.

Pertanto, è emersa la necessità di una prospettiva multidimensionale in grado di sfidare la complessità delle aziende sanitarie, andando oltre la tradizionale misura finanziaria (es. Handler et al., 2001; Purbey et al., 2007; Yang et al., 2009; Yuen e Ng, 2012; Nuti et al., 2013).

Attualmente, le organizzazioni sanitarie utilizzano principalmente processi di valutazione separati a seconda degli aspetti da valutare (a titolo esemplificativo si citano la qualità del servizio, l'efficacia clinica e le prestazioni finanziarie). L'utilizzo di singoli indicatori, tuttavia, non tiene conto della necessità di considerare un approccio olistico di stima delle *performance* che consenta una valutazione dei progressi dell'organizzazione da più dimensioni per determinare se gli standard prestazionali desiderati sono effettivamente raggiunti a tutti i livelli organizzativi.

La letteratura pone l'accento sulla questione e di seguito si forniscono dei brevi cenni sugli studi svolti sul tema che ci occupa.

Già a suo tempo, Walker (1996) aveva ritenuto che le percezioni di qualità, efficacia ed efficienza rilevate da pagatori, pazienti e agenzie governative non fossero esplicitamente considerate nei processi di valutazione indipendenti utilizzati nelle organizzazioni sanitarie. Da ciò scaturiva la necessità di ricorrere a sistemi integrati di PM che applicassero un modello in grado di utilizzare un approccio multidisciplinare per affrontare le complesse sfide gestionali nel settore sanitario.

Secondo lo studio di Yang et al. (2009), con l'avvento del NPM è stata data subito data rilevanza alle *performance* finanziarie delle aziende sanitarie, ponendo invece scarsa attenzione sulle *performance* non finanziarie. Al contrario, Handler et al. (2001) hanno sviluppato un quadro concettuale per valutare le prestazioni degli ospedali tenendo in considerazione quattro elementi intrinseci e cioè la mission, la capacità strutturale, i processi e i risultati degli ospedali.

Stewart e Locamy (2001) ritengono che i PMS delle aziende sanitarie debbano misurare più di semplici funzioni amministrative, perché soddisfare le aspettative dei consumatori è fondamentale per il successo nel mercato sanitario. Essi hanno altresì osservato che un modello integrato di PM per le organizzazioni sanitarie potrebbe favorire un'integrazione tra la strategia dell'organizzazione con le esigenze dell'ambiente sanitario contemporaneo.

Purbey et al. (2007) hanno proposto un nuovo quadro basato su una prospettiva multidisciplinare e interrelata che combina efficienza, efficacia e flessibilità. Successivamente, Yuen e Ng (2012) hanno adottato un quadro valutativo integrato basato sulla Balanced Scorecard (BSC) per valutare i PMS della Hong Kong Hospital Authority, rivelando indicatori di *performance* in evoluzione. Essi sottolineano che le aziende sanitarie pubbliche di Hong Kong devono prestare maggiore attenzione al controllo dei costi e alle attività facilmente misurabili a scapito della misurazione della qualità e di altri attributi meno facilmente misurabili, come il raggiungimento degli obiettivi sanitari. Nuti et al.

(2018), invece, studiano lo sviluppo di nuovi PMS sanitari per valutare il processo di creazione di valore basato sulla popolazione negli ospedali adottando una prospettiva incentrata sul paziente. L'accento è posto sulla ridefinizione dei PMS assunti da un gruppo di sistemi sanitari regionali italiani che hanno adottato un quadro di valutazione collaborativa.

2.2 LA PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA: IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Mantenendo il focus sulle aziende sanitarie nazionali, emergono alcune caratteristiche peculiari dovute all'evoluzione della situazione socio-economica della popolazione, alle innovazioni tecnologiche e alle aspettative dei pazienti che hanno determinato il sorgere di nuove sfide.

La massimizzazione dell'efficienza e la contemporanea capacità di rispondere al meglio alle esigenze dei richiedenti è divenuta una priorità che ha guidato nell'allocazione delle risorse, anche alla luce dell'imposizione di numerosi vincoli di bilancio imposti al servizio sanitario e che hanno indirizzato gli interventi verso una maggiore qualificazione e ottimizzazione della spesa. Non a caso, l'allocazione delle risorse tra le diverse regioni, correlate al fabbisogno sanitario vuole assicurare la sostenibilità tra i diversi sistemi sanitari regionali ed è requisito fondamentale per avere un'equa erogazione dei LEA sul territorio nazionale.

Le continue evoluzioni in termini tecnologici ma anche farmacologici hanno di fatto aumentato l'aspettativa media di vita della popolazione, determinando anche un crescente numero di anziani che presentano diverse patologie croniche e che si fanno promotori di una crescente domanda di prestazioni sanitarie.

Il tema dell'allocazione delle risorse è spesso oggetto di dibattito poiché la spesa sanitaria assorbe oltre i due terzi dei bilanci delle regioni. Il metodo per il calcolo del fabbisogno è oggetto di frequente confronto; tuttavia, sembra convogliare verso il principio di proporzionalità del finanziamento in ragione delle singole regioni.

Fino al 1997 il problema della definizione di un criterio di allocazione non ha rappresentato grosse problematiche poiché le risorse destinate alla sanità non apparivano scarse e le regioni non avevano alcun tipo di vincolo finanziario. Nel caso di deficit regionali, si poteva accedere ai piani di risanamento indipendentemente dal criterio adottato. Successivamente, con l'entrata dell'Italia nell'area Euro, il quadro economico-finanziario ha subito dei cambiamenti e si è resa palese la necessità di approdare verso sistemi più efficienti per l'allocazione delle risorse. I tentativi di contenere la spesa non sortirono, tuttavia, gli effetti desiderati e la spesa sanitaria, insieme alla capacità di generare deficit da parte delle regioni, finì per esplodere, almeno fino al 2005, quando i vincoli di bilancio furono irrigiditi. Divenne improcrastinabile la necessità di ridefinire un criterio di allocazione delle risorse, in grado di premiare le regioni più virtuose¹⁹.

Con la Legge 5 maggio 2009, n. 42, fu introdotto il concetto di costo e fabbisogno standard, rimandandone la definizione e misurazione ai decreti attuativi²⁰, da cui conseguirono difficoltà applicative.

L'obiettivo, teorico, riguardava la definizione di un livello "corretto" di risorse che fosse sufficiente ad assicurare le prestazioni sanitarie essenziali.

Con riferimento al costo *standard* si prevedeva il mantenimento di un certo livello di costi di produzione in modo riuscire a contenere la spesa sanitaria e misurare il livello,

¹⁹ I quaderni della Fondazione Farmafactoring, "L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia".

²⁰ Ai sensi dell'art. 2, lettera f), della L. n. 42/2009, la "determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni o alle funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettere m) e p), della Costituzione".

giudicato efficiente, del sistema produttivo, così da poter individuare eventuali scostamenti.

Entro i 24 mesi dall'entrata in vigore della Legge n. 42/2009 il legislatore avrebbe dovuto ampliare la definizione di costo e fabbisogno *standard* così da fornire uno strumento adeguato a stimare l'ammontare effettivo di risorse da destinare ai governi periferici.

Ma, di fatto, non si è mai pervenuti ad una definizione specifica, piuttosto hanno trovato spazio speculazione e interpretazioni poco coerenti con la teoria economica della minimizzazione di costi²¹. Tra queste si citano i) il D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68, che ha suggerito un criterio complesso basato sull'applicazione di criteri di comparazione e fasce di macro livelli assistenziali²² e ii) nel novembre 2012, la delibera del Consiglio dei Ministri che ha definito altri indicatori da utilizzare per le valutazioni (due in particolare: l'individuazione di quelle regioni che avevano ottenuto un equilibrio di bilancio, sia tramite il finanziamento del SSN che tramite entrate proprie e la successiva analisi di queste regioni in base ad indicatori che mettevano in rilievo sia le migliori *performance* nell'erogazione dei livelli essenziali, che i livelli di spesa).

In entrambi i provvedimenti legislativi citati, i criteri adottati sono differenti da quelli stabiliti nella Legge n. 662/96 (del costo *standard*).

Successivamente, nel tentativo di fare chiarezza, il legislatore con l'art. 1 del Nuovo Patto per la Salute 2014-2016 e la successiva legge 23 dicembre 2014 n. 190, ribadisce che i

²¹ “Nella teoria economica, condizione che si realizza quando l'impresa sceglie quella combinazione di fattori, definita dalle quantità acquistate degli input, che rende minimo il costo totale da sostenere per produrre una data quantità di beni.” Definizione tratta dal Dizionario Economia e Finanza.

²² Ai sensi dell'articolo 27, comma 5, del D.lgs. n. 68/2011, “in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, si applicano a tutte le regioni i valori di costo medi, rilevati per i 3 macro livelli assistenziali, nelle regioni di riferimento e moltiplicati per la rispettiva popolazione residente pesata. Le 3 regioni di riferimento sono individuate a partire da 5 regioni che risultano aver garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, non essere assoggettate a piano di rientro e certificate adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005. Inoltre, le regioni sono individuate in base a criteri di appropriatezza, efficienza e qualità dei servizi erogati, definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009”.

pesi con i quali decidere come destinare le risorse al SSN sono definiti dall'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662²³.

Allo stato attuale il criterio che viene comunque utilizzato, deciso di anno in anno in sede di conferenza Stato-Regioni, rimane quello della spesa storica con eventuali aggiustamenti come previsto dal D.lgs. n. 68/2011 poiché l'applicazione del nuovo metodo potrebbe cambiare in maniera significativa lo stato attuale e i precari equilibri di bilancio del fondo sanitario. La crisi economica ha infatti accresciuto le disuguaglianze con forti impatti sulla salute della popolazione; pertanto, un cambiamento non sembra possa essere rimandato ulteriormente²⁴.

Dopo la crisi economica iniziata nel 2007, in molti Paesi si è assistito ad una riduzione della spesa sanitaria: il tasso crescita della spesa sanitaria pro-capite dei Paesi Ocse è passato da una media annuale del 3,4% nel 2005-2009 allo 0,6% nel periodo 2009-2013.

In Italia il tasso di crescita medio annuale è stato del -1,6%²⁵.

La disciplina ad oggi in vigore prevede una definizione della disponibilità delle risorse, definito anche fabbisogno sanitario nazionale *standard*, che sia compatibile con i vincoli di bilancio e con la programmazione nazionale insieme alla capacità di assicurare i servizi di assistenza essenziali.

Nel 2016 la Conferenza delle Regioni ha affidato il compito di rivedere il controllo dei criteri per l'allocazione delle risorse del SSN alla Commissione Salute²⁶ con la direttiva di rispondere agli obiettivi di proporzionalità nel bisogno di salute inteso come effettivo

²³ Il CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del FSN alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie.

²⁴ Vincenzo Atella, Direttore scientifico della Fondazione Farmafactoring.

²⁵ Sanità24, il Sole 24ore, "Verso la Terza Repubblica/superare il criterio della spesa storica per una migliore allocazione delle risorse.

²⁶ La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome è la sede del confronto istituzionale e politico tra le Regioni. Essa è organizzata in undici commissioni di lavoro tra le quali è compresa anche la Commissione Salute. È formata da tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome. È in quest'assemblea che si analizzano e si discutono gli argomenti, gli atti amministrativi e le normative più importanti in ambito sanitario e sociosanitario.

bisogno dei LEA e di utilizzare un criterio di ripartizione applicabile a tutto il territorio nazionale in forza di uno studio effettivo di informazioni ottenute da database che abbiano validità scientifica.

Come anticipato, il modello di finanziamento è stato parzialmente modificato dalla legge 42/2009 sul federalismo fiscale che ha introdotto il costo standard come base per l'assegnazione di fondi nazionali alle regioni (Nicolò et al., 2022). Il costo standard si basa sulle spese pro capite di tre regioni di riferimento che vengono selezionate in base alle loro prestazioni finanziarie, sociali e sanitarie. I policymaker italiani intendevano migliorare la competitività di ogni regione inducendole ad aumentare l'efficienza dei loro servizi sanitari (Anessi-Pessina e Cantù, 2017) e la loro responsabilità (Spano e Aroni, 2018). Di conseguenza, le organizzazioni sanitarie sono diventate più responsabili per le loro prestazioni, definite come la capacità di migliorare l'esperienza di cura e la salute della popolazione mantenendo bassi i costi pro-capite della sanità (Gartner e Lemaire, 2022).

In un contesto così complesso, il ruolo dei PMS dei processi di valutazione è fondamentale per garantire la qualità e la comparabilità dei sistemi sanitari (Spano e Aroni, 2018). I PMS degli enti pubblici sono regolati dal D.Lgs. 150/2009. In base ad esso, il ciclo delle prestazioni è articolato in diverse fasi e si conclude con la segnalazione dei risultati indirizzati alle parti interessate (ad es. a governi politici e amministrativi, e agli organismi esterni competenti, ai cittadini, agli utenti, ai destinatari dei servizi).

Le aziende sanitarie italiane divulgano le proprie informazioni di *performance* redigendo una Relazione Annuale sulla *Performance* (D.Lgs. 150/2009), redatta in linea con le "Linee Guida della Relazione Annuale di *Performance*" secondo le modalità previste dal Dipartimento del Servizio Pubblico (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2018).

La Relazione Annuale sulla *Performance* è predisposta dalle aziende sanitarie per mostrare i risultati conseguiti in relazione agli obiettivi previsti e inseriti nel "Piano della *Performance*" dell'anno precedente. Questo documento evidenzia anche le risorse utilizzate ed eventuali deviazioni dagli obiettivi previsti. In accordo con la letteratura sulla rendicontazione pubblica, è imperativo per le aziende sanitarie, come aziende pubbliche, prestare particolare attenzione ai processi di reporting e alla divulgazione di informazioni sulle loro prestazioni (Caruana et al., 2018). Inoltre, poiché gli *stakeholders* hanno un forte interesse per le informazioni sulla *performance* che normalmente non sono rivelate nei bilanci tradizionali (Caruana et al., 2018), è essenziale fornire insieme completi, utili e significativi di dati finanziari e non finanziari (Cohen e Karatzismas, 2015; Caruana et al., 2018). Pertanto, la relazione annuale sulla *performance* rappresenta uno strumento di responsabilità pertinente che consente alle aziende sanitarie di facilitare la comunicazione con le parti interessate e acquisire legittimità. Dal momento che nel contesto sanitario italiano la maggior parte delle aziende sanitarie sono enti pubblici finanziati con risorse pubbliche (Aversano et al., 2023), la divulgazione di informazioni sulle *performance* nelle relazioni annuali sulla *performance* può anche rafforzare la consapevolezza degli *stakeholders* verso l'importanza e l'utilità della spesa sanitaria pubblica (Manes-Rossi et al., 2019). In questo modo, le parti interessate potrebbero essere più disposte a sostenere le aziende sanitarie con le risorse finanziarie necessarie per gestire i servizi sanitari, incoraggiando così la loro sostenibilità finanziaria (Manes-Rossi et al., 2019).

A tal fine, la letteratura sulla rendicontazione pubblica suggerisce che tutte le informazioni fornite in un documento rivolto ai cittadini dovrebbero essere complete e chiare in modo da essere facilmente comprese da coloro che non hanno esperienza in materia contabile e finanziaria (Cohen e Karatzismas, 2015; Caruana et al., 2018). Al fine

di ottenere informazioni credibili e obiettive, occorre dare priorità alla concisione dello stile e alla brevità del documento complessivo. Inoltre, le informazioni critiche, quali le informazioni sui risultati, dovrebbero essere ampiamente riportate attraverso rappresentazioni grafiche e tabellari (Cohen e Karatzismas, 2015).

In linea con queste caratteristiche, le Linee Guida (D. Lgs. n.150/2009) individuano alcuni contenuti minimi per la stesura delle relazioni, in particolare: una sintesi dei risultati conseguiti, analisi del contesto e delle risorse, misurazione e valutazione delle prestazioni (sia organizzative che individuali). Secondo gli orientamenti, occorre prestare particolare attenzione alla creazione di valore pubblico e al miglioramento del benessere degli utenti e delle parti interessate.

Alla fine, la relazione sulla *performance* deve essere pubblicata sui siti istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche, in una sezione specifica chiamata "Amministrazione trasparente".

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE PER LA DETERMINAZIONE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO NELLE AZIENDE SANITARIE

2.3.1 LE FINALITÀ DEL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE NELLE AZIENDE SANITARIE

La disponibilità di risorse limitate per la produzione di prestazioni sanitarie in un contesto caratterizzato dalla preponderante partecipazione pubblica implica degli obblighi di rendicontazione che richiedono la redazione di atti e documenti e il loro effettivo impiego da parte dei diversi manager pubblici per fornire le informazioni relative al perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità e qualità.

La contabilità economica e finanziaria è stata introdotta per la prima volta nelle aziende sanitarie nel 1992 con il D.Lgs. n. 502/1992, che, pur prevedendo l'obbligo di redigere un bilancio annuale, ha lasciato ampia autonomia nella sua predisposizione, che ha portato a una varietà di pratiche contabili, ostacolando la comparabilità dei bilanci (Torcivia, 2012).

Il Decreto interministeriale²⁷, emanato di concerto fra i Ministri del Tesoro e della Sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome, predispone un apposito schema che, senza limitare l'autonomia di ASL e Ospedali, si pone l'obiettivo di conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuale e, allo stesso tempo, dei conti consuntivi annuali al fine di garantire omogeneità ai valori inseriti nei prospetti. Lo scopo è quello di consentire all'Agenzia per i servizi sanitari una rilevazione comparativa di costi, rendimenti e risultati.

Lo schema di bilancio introdotto è allineato a quanto previsto dal Codice civile per il settore privato e fornisce al settore pubblico strumenti di contabilità e controllo più adeguati, ovvero la contabilità economico-patrimoniale in luogo della contabilità-

²⁷ Tale decreto è stato emanato il 20 ottobre 1994 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale solo il 25 maggio 1995. Ha previsto per le ASL e Aziende Ospedaliere uno schema di bilancio, cioè Conto Economico e Stato Patrimoniale, uniforme a livello nazionale, adattando lo schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie, con delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa. L'art. 5 del Decreto di riordino del servizio sanitario nazionale nel testo modificato dal decreto legislativo 229/1999 prevede quanto segue:

“..omissis..5) Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le Regioni emanano norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al Codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n.127, e prevedendo:

- a. la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b. l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- c. la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- d. la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- e. l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
- f. il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare, anche attraverso eventuali dismissioni e trasferimenti.

6) Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i ministri del Tesoro e della Sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. 7) La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995, la contabilità finanziaria è soppressa”.

finanziaria. All'emanazione del decreto ha fatto seguito anche un documento contenente le "Linee guida per il bilancio delle aziende sanitarie".

È prevista l'applicazione di un sistema di contabilità tenuto con il metodo della partita doppia e detta il piano dei conti che deve essere adottato per effettuare la rappresentazione delle voci di bilancio.

Come per le aziende private, il sistema informativo contabile determina il risultato economico dell'esercizio, attraverso la rilevazione dei fatti amministrativi che l'azienda sanitaria compie durante un periodo di tempo corrispondente all'anno solare (esercizio). L'insieme di questi strumenti consente alle amministrazioni di disporre di strumenti di programmazione e di controllo della gestione e consentire loro il governo della spesa ovvero il controllo autorizzativo preventivo sui singoli atti viene sostituito dalla logica del controllo economico complessivo sui risultati della gestione.

2.3.2 *IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE*

Il Decreto interministeriale Tesoro-Sanità del 20 ottobre 1994 dal titolo "*Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere*" ha la finalità di fissare, come previsto dal D.Lgs. 502/92 lo schema da seguire nella redazione dei bilanci pluriennali, annuali e conti consuntivi. Disegna lo schema di bilancio (Stato Patrimoniale e Conto Economico), uniformato, così come disposto dall'art. 5 del D.Lgs. 502/92, ai principi previsti dal Codice Civile per le aziende appartenenti al settore privato.

Il bilancio di esercizio si compone di tre documenti costituiscono "un tutto inscindibile":

- lo Stato Patrimoniale,
- il Conto Economico,
- la Nota Integrativa.

L'articolazione del bilancio di esercizio nei tre documenti citati e che ne costituiscono le componenti essenziali, risponde alle finalità del bilancio stesso, che possono essere sintetizzate nei seguenti obiettivi:

- fornire una periodica ed attendibile conoscenza del risultato economico conseguito nell'esercizio, ivi inclusa una chiara dimostrazione dei relativi componenti positivi e negativi di reddito (a questo obiettivo è finalizzato il Conto Economico);
- fornire una periodica ed attendibile conoscenza della connessa valutazione e composizione del patrimonio aziendale in modo da esprimere la situazione patrimoniale dell'impresa nonché la sua situazione finanziaria (a questo obiettivo è finalizzato lo Stato Patrimoniale);
- fornire elementi informativi essenziali affinché il bilancio di esercizio possa assolvere alla sua funzione di strumento di informazione patrimoniale, finanziaria ed economica dell'impresa in modo intelligibile e corretto (a questo obiettivo è finalizzata alla Nota Integrativa).

Il bilancio pensato dal decreto ministeriale non prevede uno specifico schema di Nota Integrativa, in quanto sono stati predisposti esclusivamente i criteri e i principi per la sua redazione, lasciando libera facoltà, alle singole Regioni, in merito alle integrazioni da apportare. Al pari del bilancio civilistico, si prevede di allegare la Relazione sulla Gestione, per i cui contenuti si fa riferimento all'articolo 2428 del Codice Civile, redatta a cura del Direttore Generale e la Relazione sul bilancio redatta a cura del Collegio dei revisori, che deve essere dedicata alla verifica della rispondenza del bilancio rispetto ai principi di redazione e fornire un quadro effettivamente veritiero e corretto della gestione aziendale (Bonollo e Zuccardi-Merli, 2016).

Il primo schema di bilancio delle aziende sanitarie e ospedaliere, proposto con il D. M. 20 ottobre 1994, non rappresentando uno schema vincolante, bensì una traccia teorica che ogni Regione poteva liberamente adattare sulla base delle proprie esigenze, portò le regioni a discostarsi dagli schemi ministeriali proposti, il che determinò delle carenze informative nei bilanci di quasi tutte le Regioni.

Il problema si poneva in particolare per alcuni elementi, come l'articolazione delle fonti di finanziamento e, nello specifico, la struttura, per criterio di assegnazione, dei contributi in conto esercizio (Lazzini, 2013).²⁸

Ulteriore aspetto da attenzionare era relativo alla mancata evidenza dell'entità della mobilità attiva e passiva, aspetto evidenziato solo da poche aziende sanitarie che ne fornivano rappresentazione in apposite voci.

Inoltre, solo alcune aziende sanitarie evidenziavano separatamente i contributi in conto esercizio derivanti dalla Regione rispetto a quelli provenienti da altri soggetti. Se le aziende ricevevano, quindi, finanziamenti da altri soggetti diversi dalla Regione (es. dalla Provincia) questo aspetto non veniva mostrato. Dalla lettura dei bilanci, caratterizzati da tali criticità, non era possibile individuare, quindi, il contributo offerto da ciascuna tipologia di provento alla composizione del risultato complessivo di periodo, né si poteva procedere a confronti di tipo spaziale con i bilanci di aziende di altre Regioni.

Tuttavia, mentre nei primi anni '90 l'esigenza di affermare la propria autonomia rispetto allo Stato era stata percorsa in vari ambiti, dagli inizi degli anni 2000 le Regioni intendono omogeneizzare l'informativa contabile, obiettivo realizzabile mediante un processo di convergenza verso un'uniformità degli schemi e dei principi contabili.

²⁸ Le voci non venivano distinte in finanziamenti in conto esercizio e in conto capitale. Oggi così come allora, i finanziamenti destinati alle aziende sanitarie locali sono di due tipologie: 1) i finanziamenti in conto esercizio o di parte corrente, i quali indicano l'ammontare dei mezzi finanziari che dovrebbero essere utilizzati per coprire le esigenze di funzionamento delle aziende sanitarie. Si fa riferimento al pagamento del personale, acquisto dei farmaci, dei materiali di consumo e così via; 2) i finanziamenti per investimenti o in conto capitale, che riguardano l'acquisto delle risorse da destinare alla nuova edilizia, alla ristrutturazione della vecchia e, elemento importantissimo, l'acquisto delle tecnologie.

Pertanto, le Regioni scelsero, in autonomia, degli schemi di riferimento su cui basare la rappresentazione dei propri dati.

Il legislatore, preso atto di questo meccanismo di convergenza, con D. M. 11 febbraio 2002 propose una versione revisionata del precedente schema ministeriale, il quale, da una parte, supera alcuni limiti, dall'altra, conserva alcune carenze informative (Anessi-Pessina, 2003). Nonostante la non obbligatorietà del contenuto di tale nuova normativa, alcune parti degli schemi di bilancio divennero vincolanti, stabilendo, dunque, le informazioni minimali che dovevano essere presenti negli schemi di bilancio. Si transitò da una impostazione "libera", verso un contenuto minimale²⁹ da cui si virò, poi, verso l'armonizzazione contabile, grazie all'adozione di principi contabili unitari per il settore sanitario.

L'armonizzazione della finanza pubblica giunse con il D. lgs. 118/2011 recante *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi"*³⁰, che attua gli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42 in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.

Il decreto, mediante l'adozione di uno schema di bilancio, di rendiconto finanziario e di relazione della gestione comune, ha l'obiettivo di armonizzare i bilanci delle regioni rendendoli uniformi; individua a tal scopo, in maniera rigorosa, i criteri da utilizzare nella valutazione delle poste di bilancio. Tale norma è di estrema importanza in quanto fa riferimento all'armonizzazione contabile non solo delle aziende sanitarie, ma di tutta la pubblica amministrazione.

²⁹ Nonostante non veniva espressamente indicato come compilare gli schemi, i prospetti dovevano mostrare i componenti che costituivano una specifica posta, a titolo di esempio: i ricavi da ticket, i ricavi dalle regioni, i ricavi da altri soggetti e così via.

³⁰ D. Lgs. n. 118 del 23.06.2011 pubblicato Gazzetta Ufficiale n. 172 del 26.07.2011

Il Titolo I del citato Decreto fa riferimento, infatti, ai principi contabili generali e applicati per le Regioni, le province autonome e gli enti locali.

Il Decreto dedica, inoltre, al settore sanitario un'intera sezione, ossia il Titolo II rubricato "*Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario*", prevedendo:

- i principi contabili e gli schemi di redazione del bilancio che le aziende sanitarie e ospedaliere sono tenute a rispettare in modo da conferire allo schema di bilancio una struttura uniforme, favorendo confronti di tipo spaziale³¹;
- la procedura di destinazione o di copertura del risultato di esercizio, prevedendo che l'eventuale risultato positivo sia portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti, e l'eventuale eccedenza sia, invece, accantonata a riserva;
- le modalità di adozione e di approvazione del bilancio.

L'art. 26 del D. lgs. n. 118/2011 stabilisce che il bilancio d'esercizio, che fa riferimento all'anno solare, si compone di stato patrimoniale, conto economico, rendiconto finanziario, nota integrativa e deve essere accompagnato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale. Il settore sanitario ha ricoperto il ruolo di precursore rispetto alla disciplina privatistica, nella quale il rendiconto finanziario figura tra i documenti obbligatori del bilancio solo di recente³².

È importante evidenziare che mentre le disposizioni del Codice civile in materia di bilancio stabiliscono in maniera esplicita i soggetti tenuti alla redazione del bilancio, il D. lgs. n. 118/2011 non si comporta alla stessa maniera; tuttavia, data la rilevanza e il ruolo assunto dal documento, la responsabilità della sua predisposizione grava in capo ai soggetti che assumono ruoli apicali all'interno delle aziende sanitarie.

³¹ A tal proposito acquisisce un ruolo determinante l'art. 29 del d.lgs. n.118/2011, rubricato "I principi di valutazione specifici del settore sanitario", il quale, al fine di realizzare modelli di rappresentazione dei fatti di gestione e di valori stimati che siano comparabili e attendibili, prescrive i criteri di valutazione delle poste del bilancio delle aziende sanitarie, che per le loro singolarità, potrebbero generare soggettività e discrezionalità in capo al valutatore, tale da compromettere i postulati esposti in precedenza. In tal modo sono stati definiti i principi di redazione i criteri di valutazione condivisi da impiegare nell'attività di stima delle poste di bilancio

³² L.gs. n.139/2015, rubricato Modifiche al codice civile, ha introdotto anche il rendiconto finanziario quale strumento facente parte del bilancio.

Riguardo l'iter di approvazione, il direttore generale di un'azienda sanitaria, il quale assume tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'azienda sanitaria stessa, adotta il bilancio entro il 30 aprile successivo alla chiusura dell'esercizio di riferimento e lo trasmette alla giunta regionale per l'approvazione definitiva.

Inoltre, il legislatore prevede che venga redatta una relazione a cura del direttore generale e una da parte del collegio sindacale³³.

La relazione sulla gestione redatta dal direttore generale ha la funzione di dare evidenza della situazione dell'azienda e dell'andamento della gestione, facendo particolare riferimento agli investimenti, ai ricavi e ai proventi, ai costi e agli oneri d'esercizio. Inoltre, il direttore generale ha l'obbligo di relazionare in merito all'eventuale scostamento tra i dati contenuti nel bilancio economico preventivo annuale e i risultati effettivamente conseguiti, nonché di riepilogare, per centri di responsabilità³⁴, i risultati della gestione in termini di analisi dei costi dei rendimenti. Ne emerge un documento rilevante e comprensivo mediante il quale si ha l'auspicio di superare le disuguaglianze riscontrate nei bilanci delle aziende sanitarie.

Il nuovo sistema di bilancio con l'adozione di principi contabili uniformi per tutte le Regioni riguarda le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni, le aziende ospedaliere universitarie e le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN.

Gli schemi di bilancio sono stati ulteriormente modificati dal Decreto del Ministero della Salute 20 marzo 2013³⁵, intitolato "Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del

³³ Il D. Lgs. n. 229/99 sostituisce il Collegio dei Revisori con il Collegio Sindacale, il quale dura in carica tre anni ed è composto da 5 membri di cui due designati dalla Regione, uno dal Ministro del tesoro, del Bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni.

³⁴ Il centro di responsabilità è un'Unità Organizzativa, composta almeno da un medico, che di regola ha la qualifica di Dirigente, da suoi collaboratori, da infermieri, da amministrativi e da altro personale ad esso dedicato. I soggetti del Centro di responsabilità rispondono alla Direzione del Dipartimento.

³⁵ Pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 30 alla Gazzetta ufficiale – Serie Generale, n. 88 del 14 aprile 2013.

Conto Economico e della Nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale”.

Si segnala, infine, che gli schemi proposti da tale decreto, rispetto a quelli del Decreto 20 ottobre 1994, non presentano sostanziali elementi di novità con riguardo alla forma ed alla struttura, mentre aggiornano il contenuto di alcune poste e, in taluni casi, offrono un’informativa di maggior dettaglio attraverso opportune integrazioni di quelle preesistenti.

SCHEMA DI STATO PATRIMONIALE

Il D.Lgs. n.118/2011 all’art. 26 stabilisce i documenti che compongono il bilancio stabilendo che questo si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, della nota integrativa e del rendiconto finanziario, inoltre deve essere corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale.

Tale decreto proponeva anche gli schemi ai quali il redattore del bilancio doveva obbligatoriamente attenersi.

Tuttavia, il decreto del Ministero della Salute del 20 marzo 2013, ha di fatto aggiornato tali schemi al fine di assicurare l’uniformità di trattamento contabile delle operazioni aziendali, in «funzione dell’applicazione dei principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci»³⁶.

La disposizione normativa prevede che lo stato patrimoniale abbia una forma a sezioni divise e contrapposte, in cui sono indicate due serie di elementi: nella sezione di sinistra si collocano le attività, nella sezione di destra si collocano le passività e il patrimonio netto.

Di seguito viene indicata la struttura e le voci proposte dal legislatore per quel che riguarda lo schema dello stato patrimoniale.

³⁶ Premessa al decreto del Ministero della Salute del 20 marzo 2013.

**Figura 1 – Schema di Stato Patrimoniale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere
Decreto 20 Marzo 2013**

STATO PATRIMONIALE ATTIVO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale _____</i>	Anno T	Anno T-1	VARIAZIONE T/T-1	
			Importo	%
A) IMMOBILIZZAZIONI				
I Immobilizzazioni immateriali	-	-	-	-
1) Costi d'impianto e di ampliamento			-	-
2) Costi di ricerca e sviluppo			-	-
3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere dell'ingegno			-	-
4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti			-	-
5) Altre immobilizzazioni immateriali			-	-
II Immobilizzazioni materiali	-	-	-	-
1) Terreni	-	-	-	-
a) Terreni disponibili			-	-
b) Terreni indisponibili			-	-
2) Fabbricati	-	-	-	-
a) Fabbricati non strumentali (disponibili)			-	-
b) Fabbricati strumentali (indisponibili)			-	-
3) Impianti e macchinari			-	-
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche			-	-
5) Mobili e arredi			-	-
6) Automezzi			-	-
7) Oggetti d'arte			-	-
8) Altre immobilizzazioni materiali			-	-
9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti			-	-
	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi		
III Immobilizzazioni finanziarie (con separata indicazione, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo)	-	-	-	-
1) Crediti finanziari	-	-	-	-
a) Crediti finanziari v/ Stato			-	-
b) Crediti finanziari v/ Regione			-	-
c) Crediti finanziari v/ partecipate			-	-
d) Crediti finanziari v/ altri			-	-
2) Titoli	-	-	-	-
a) Partecipazioni			-	-
b) Altri titoli			-	-
Totale A)	-	-	-	-
B) ATTIVO CIRCOLANTE				
I Rimanenze	-	-	-	-
1) Rimanenze beni sanitari			-	-
2) Rimanenze beni non sanitari			-	-
3) Acconti per acquisti beni sanitari			-	-
4) Acconti per acquisti beni non sanitari			-	-
	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi		
II Crediti (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)	-	-	-	-
1) Crediti v/ Stato	-	-	-	-
a) Crediti v/ Stato - parte corrente	-	-	-	-
1) Crediti v/ Stato per spesa corrente e acconti			-	-
2) Crediti v/ Stato - altro			-	-
b) Crediti v/ Stato - investimenti			-	-
c) Crediti v/ Stato - per ricerca	-	-	-	-
1) Crediti v/ Ministero della Salute per ricerca corrente			-	-
2) Crediti v/ Ministero della Salute per ricerca finalizzata			-	-
3) Crediti v/ Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali			-	-
4) Crediti v/ Stato - investimenti per ricerca			-	-

...segue

STATO PATRIMONIALE ATTIVO				<i>Importi: Euro</i>		
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale _____</i>			Anno T	Anno T-1	VARIAZIONE T/T-1	
					<i>Importo</i>	<i>%</i>
d) Crediti v/ prefetture			-	-	-	-
2) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma	-	-	-	-	-	-
a) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma - parte corrente	-	-	-	-	-	-
1) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente	-	-	-	-	-	-
a) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario ordinario corrente			-	-	-	-
b) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente L.E.A			-	-	-	-
c) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra L.E.A			-	-	-	-
d) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro			-	-	-	-
2) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per ricerca			-	-	-	-
b) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma - patrimonio netto	-	-	-	-	-	-
1) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per finanziamento per investimenti			-	-	-	-
2) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo di dotazione			-	-	-	-
3) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite			-	-	-	-
4) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti			-	-	-	-
3) Crediti v/ Comuni			-	-	-	-
4) Crediti v/ aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR da distribuire	-	-	-	-	-	-
a) Crediti v/ aziende sanitarie pubbliche della Regione			-	-	-	-
b) Crediti v/ aziende sanitarie pubbliche fuori Regione			-	-	-	-
5) Crediti v/ società partecipate e/o enti dipendenti della Regione			-	-	-	-
6) Crediti v/ Erario			-	-	-	-
7) Crediti v/ altri			-	-	-	-
III Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			-	-	-	-
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni			-	-	-	-
2) Altri titoli che non costituiscono immobilizzazioni			-	-	-	-
IV Disponibilità liquide			-	-	-	-
1) Cassa			-	-	-	-
2) Istituto Tesoriere			-	-	-	-
3) Tesoreria Unica			-	-	-	-
4) Conto corrente postale			-	-	-	-
Totale B)			-	-	-	-
C) RATEI E RISCONTI ATTIVI						
I Ratei attivi					-	-
II Risconti attivi					-	-
Totale C)			-	-	-	-
TOTALE ATTIVO (A+B+C)			-	-	-	-
D) CONTI D'ORDINE						
1) Canoni di leasing ancora da pagare					-	-
2) Depositi cauzionali					-	-
3) Beni in comodato					-	-
4) Altri conti d'ordine					-	-
Totale D)			-	-	-	-

...segue

STATO PATRIMONIALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO				Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale _____		Anno T	Anno T-1	VARIAZIONE T/T-1	
				Importo	%
A) PATRIMONIO NETTO					
I Fondo di dotazione					
II Finanziamenti per investimenti					
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione					
2) Finanziamenti da Stato per investimenti					
a) Finanziamenti da Stato ex art. 20 Legge 67/88					
b) Finanziamenti da Stato per ricerca					
c) Finanziamenti da Stato - altro					
3) Finanziamenti da Regione per investimenti					
4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti					
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio					
III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti					
IV Altre riserve					
V Contributi per ripiano perdite					
VI Utili (perdite) portati a nuovo					
VII Utile (perdita) dell'esercizio					
Totale A)		-	-	-	-
B) FONDI PER RISCHI ED ONERI					
1) Fondi per imposte, anche differite					
2) Fondi per rischi					
3) Fondi da distribuire					
4) Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati					
5) Altri fondi oneri					
Totale B)		-	-	-	-
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO					
1) Premi operosità					
2) TFR personale dipendente					
Totale C)		-	-	-	-
D) DEBITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)					
		Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi		
1) Mutui passivi					
2) Debiti v/Stato					
3) Debiti v/Regione o Provincia Autonoma					
4) Debiti v/Comuni					
5) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche					
a) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per spesa corrente e mobilità					
b) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente I.E.A					
c) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra I.E.A					
d) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per altre prestazioni					
e) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti a patrimonio netto					
f) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione					
6) Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione					
7) Debiti v/fornitori					
8) Debiti v/Istituto Tesoriere					
9) Debiti tributari					
10) Debiti v/altri finanziatori					
11) Debiti v/istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale					
12) Debiti v/altri					
Totale D)		-	-	-	-
STATO PATRIMONIALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO				Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale _____		Anno T	Anno T-1	VARIAZIONE T/T-1	
				Importo	%
E) RATEI E RISCONTI PASSIVI					
1) Ratei passivi					
2) Risconti passivi					
Totale E)		-	-	-	-
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A+B+C+D+E)				-	-
F) CONTI D'ORDINE					
1) Canoni di leasing ancora da pagare					
2) Depositi cauzionali					
3) Beni in comodato					
4) Altri conti d'ordine					
Totale F)		-	-	-	-

Fonte: Supplemento Ordinario n. 30 alla Gazzetta ufficiale – Serie Generale, n. 88 del 14 aprile 2013.

SCHEMA DI CONTO ECONOMICO

Il D.Lgs. n. 118/2011 propone uno schema di conto economico basato sullo schema civilistico. Infatti, anche per le aziende sanitarie il conto economico si presenta in forma scalare, ad un'unica sezione, ed è articolato per aree di gestione, le quali, confrontate, consentono di evidenziare risultati intermedi e poi, infine, il saldo, ossia il reddito prodotto nell'esercizio calcolato come contrapposizione di componenti positivi e negativi di reddito. I costi sono classificati per natura, ossia in base alla causa economica dell'evento che ha prodotto il costo e lo schema ha una configurazione a valore e costi della produzione.

Il conto economico presenta le seguenti classi contrassegnate con le lettere maiuscole:

- A) Valore della produzione
- B) Costi della Produzione
- C) Proventi e Oneri Finanziari
- D) Rettifiche di valore di attività finanziarie
- E) Proventi e oneri straordinari
- F) Imposte sul reddito d'esercizio.

Ogni classe si articola ulteriormente in più voci contraddistinte da numeri arabi; alcune di queste sono distinte in sotto voci segnate da lettere alfabetiche minuscole.

Lo schema a valore e costi della produzione mette in luce due risultati intermedi: A-B, ossia la differenza tra il valore e i costi della produzione e il risultato ante imposte.

È così possibile individuare quattro diverse aree di gestione:

- Area della produzione, che include le classi A e B, ossia i componenti positivi e negativi di reddito connessi alla produzione realizzata;

- Area finanziaria, che include le classi C e D, che fanno riferimento ai componenti positivi e negativi di reddito di natura finanziaria e le voci concernenti le rettifiche di valore;
- Area straordinaria, ossia i proventi e gli oneri straordinari;
- Area tributaria.

Di seguito viene indicata la struttura e le voci proposte dal legislatore per quel che riguarda il conto economico.

**Figura 2 – Schema di Conto Economico delle ASL e delle Aziende Ospedaliere
Decreto 20 Marzo 2013**

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale _____	Anno T	Anno T-1	VARIAZIONE T/T-1	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio				
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale				
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo				
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - ricolati				
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura L.E.A				
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura extra L.E.A				
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro				
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)				
6) Contributi da altri soggetti pubblici				
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca				
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente				
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata				
3) da Regione e altri soggetti pubblici				
4) da privati				
d) Contributi in c/esercizio - da privati				
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti				
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti				
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria				
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche				
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia				
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro				
5) Concorsi, recuperi e rimborsi				
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)				
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio				
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni				
9) Altri ricavi e proventi				
Totale A)				
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni				
a) Acquisti di beni sanitari				
b) Acquisti di beni non sanitari				
2) Acquisti di servizi sanitari				
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base				
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica				
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale				
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa				
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa				
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica				
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera				
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale				
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F				
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione				
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario				
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria				
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)				
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari				
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie				
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria				
q) Costi per differenziale Tariffe TUC				
3) Acquisti di servizi non sanitari				
a) Servizi non sanitari				
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie				

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale _____</i>	Anno T	Anno T-1	VARIAZIONE T/T-1	
			Importo	%
c) Formazione			-	-
4) Manutenzione e riparazione			-	-
5) Godimento di beni di terzi			-	-
6) Costi del personale	-	-	-	-
a) Personale dirigente medico			-	-
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico			-	-
c) Personale comparto ruolo sanitario			-	-
d) Personale dirigente altri ruoli			-	-
e) Personale comparto altri ruoli			-	-
7) Oneri diversi di gestione			-	-
8) Ammortamenti	-	-	-	-
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali			-	-
b) Ammortamenti dei fabbricati			-	-
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali			-	-
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti			-	-
10) Variazione delle rimanenze	-	-	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie			-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie			-	-
11) Accantonamenti	-	-	-	-
a) Accantonamenti per rischi			-	-
b) Accantonamenti per premio operosità			-	-
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati			-	-
d) Altri accantonamenti			-	-
Totale B)	-	-	-	-
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-	-	-	-
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari			-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari			-	-
Totale C)	-	-	-	-
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni			-	-
2) Svalutazioni			-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	-	-	-	-
a) Plusvalenze			-	-
b) Altri proventi straordinari			-	-
2) Oneri straordinari	-	-	-	-
a) Minusvalenze			-	-
b) Altri oneri straordinari			-	-
Totale E)	-	-	-	-
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	-	-	-	-
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	-	-	-	-
a) IRAP relativa a personale dipendente			-	-
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente			-	-
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)			-	-
d) IRAP relativa ad attività commerciali			-	-
2) IRES			-	-
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)			-	-
Totale Y)	-	-	-	-
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-	-	-	-

Fonte: Supplemento Ordinario n. 30 alla Gazzetta ufficiale – Serie Generale, n. 88 del 14 aprile 2013.

SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO

Il rendiconto finanziario rientra tra i documenti che costituiscono parte integrante del bilancio d'esercizio delle aziende sanitarie ex art. 26 del D. Lgs. n. 118/ 2011.

Il rendiconto finanziario è un prospetto che evidenzia in maniera analitica le variazioni che hanno movimentato un determinato aggregato di valori finanziari o valori finanziari semplici in un determinato arco temporale (Teodori, 1994).

Individuato l'oggetto finanziario, si dà evidenza alla dinamica dei flussi monetari e finanziari, ossia le variazioni positive (aumentative) e le variazioni negative (diminutive) di un determinato oggetto finanziario, così da giustificare il passaggio dalla consistenza iniziale al primo gennaio alla consistenza finale al 31 dicembre del medesimo anno.

Considerata l'uguaglianza con gli schemi di bilancio tradizionale, non si dà evidenza degli schemi di rendiconto finanziario, nota integrativa e relazione sulla gestione delle aziende sanitarie.

2.3 GLI INDICATORI DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE

Al fine di poter esprimere un giudizio sulla capacità del bilancio di esercizio, redatto dalle aziende sanitarie, di fornire informazioni utili alla comprensione della dinamica gestionale da esse adottata va ricordato che il processo di creazione della ricchezza non è riconducibile unicamente a un valore economico, poiché detta ricchezza non può essere espressa esclusivamente attraverso il valore della produzione che compare in bilancio.

In altri termini, il bilancio delle aziende sanitarie è uno strumento informativo utile a descrivere ed interpretare la situazione economica, finanziaria e patrimoniale dell'azienda sanitaria, ma meno utile ai fini del giudizio di sintesi sull'efficacia del comportamento istituzionale delle aziende, il cui core business non è rivolto alla produzione di reddito, ma alla produzione di prestazioni a tutela della salute.

L'estensione degli schemi di bilancio dal mondo privato alle aziende sanitarie consente loro di disporre di strumenti in grado di governare la gestione. Allo stesso modo, si possono estendere loro, seppur parzialmente, anche le logiche fondanti dell'equilibrio della gestione aziendale e cioè l'efficienza, l'efficacia e l'economicità. Il conseguimento, ma soprattutto il mantenimento nel tempo dell'equilibrio consente il permanere dell'azienda stessa senza che la stessa ricorra sistematicamente ad altre fonti di finanziamento. La verifica dell'equilibrio è possibile attraverso l'adeguata lettura dei documenti che compongono il bilancio, allo scopo riclassificati e da cui possono essere tratti gli indici di bilancio, che rappresentano una misura sintetica dello stato di salute dell'azienda nel tempo. Sull'analisi dei risultati influiscono alcune condizioni alla base della determinazione dei bilanci aziendali nel momento di passaggio dalla contabilità finanziaria a quell'economica e che, ancora oggi, non hanno esaurito gli effetti distorsivi sui prospetti di bilancio. Nello specifico si tratta dei seguenti:

- la determinazione del patrimonio aziendale nel momento di costituzione delle aziende sanitarie e gli effetti da esso prodotti sulla veridicità dell'attivo patrimoniale e sul piano economico degli ammortamenti realizzati annualmente;
- l'assenza di regole di comportamento da seguire nella contabilizzazione di alcune voci. Da ciò consegue la disomogeneità di alcune rappresentazioni contabili e di alcuni aggregati di costo;
- la disomogeneità nella contabilizzazione e nella scelta dei metodi di valutazione.

La compresenza delle fattispecie che precedono crea delle distorsioni per le quali risulta complesso effettuare un confronto interaziendale regionale fra le diverse aziende sanitarie. Dette criticità possono essere parzialmente superate dai dettagli rappresentati nella nota integrativa.

Qui a seguire si riportano alcune informazioni di sintesi relative ai principali indicatori in uso nell'analisi di bilancio, suggeriti dalla dottrina sull'argomento (Fiori et al., 2003) e che possono, pertanto, essere estesi anche alle aziende sanitarie.

2.3.3 INDICI DI STRUTTURA PATRIMONIALE – EQUILIBRIO PATRIMONIALE

L'analisi dell'equilibrio patrimoniale ha l'obiettivo di esprimere un giudizio sulla solidità patrimoniale dell'azienda. Con essa si cerca di determinare se le fonti di finanziamento scelte sono adeguate a finanziare le attività aziendali e, più in generale, se l'azienda risulta essere eccessivamente indebitata o presenta, invece, un equilibrato rapporto fra capitali propri e mezzi di terzi.

L'analisi dell'equilibrio patrimoniale nelle aziende sanitarie prende le mosse dalle politiche di investimento intraprese dall'azienda nel corso degli anni, al fine di valutare le ricadute che queste hanno nello sviluppo e nel mantenimento della solidità patrimoniale.

Solidità e solvibilità dell'azienda sono entrambe foriere della capacità aziendale di far fronte ai propri impegni nei tempi previsti dagli accordi contrattuali.

Gli indicatori in letteratura sono numerosi, tuttavia per lo svolgimento dell'analisi del presente lavoro, sono stati selezionati alcuni indicatori, ritenuti particolarmente rilevanti e che di seguito si rappresentano:

- **coefficiente di rinnovo degli investimenti:** calcolato come percentuale dei nuovi investimenti materiali sul totale delle immobilizzazioni materiali, valorizzato al costo storico. Detto indicatore, nel sistema degli indici patrimoniali, ha l'obiettivo di mantenere alta l'attenzione delle aziende sanitarie sulle problematiche del rinnovo delle immobilizzazioni. Si concentra su quelle materiali in considerazione del fatto che ad esse sono riconducibili gli investimenti in tecnologia sanitaria, necessaria, seppur da sola non

sufficiente, per mantenere alta la qualità delle prestazioni offerte. È indubbio che si tratti di un settore ad alto contenuto tecnologico, dove la capacità diagnostica e di cura sono strettamente correlate alla disponibilità dei mezzi messi a disposizione dalla tecnologia esistente. La propensione dell'azienda ad investire in questo senso è i) un indicatore proxy della volontà di mantenere costante il livello qualitativo delle prestazioni offerte, ma anche ii) un'importante chiave di lettura degli equilibri economici poiché la realizzazione di nuovi investimenti aumenta i costi legati all'investimento (ammortamento annuo) e quelli relativi ad altre attività di gestione ad esso collegate (es. costi di manutenzione dell'investimento, costi generali o specifici connessi con il suo utilizzo) (Cinquini et al., 2005);

- **tasso di obsolescenza:** calcolato, con riferimento alle immobilizzazioni materiali sanitarie, dal rapporto fra gli ammortamenti globalmente effettuati (accumulati nel Fondo ammortamento) e il costo storico dei beni. La scelta di questo indice è strettamente correlata alla precedente perché, se il coefficiente di rinnovo degli investimenti fornisce una misura della capacità prospettica dell'azienda di adeguarsi agli standard tecnologici offerti dalla moderna tecnologia sanitaria, il tasso di obsolescenza misura l'attenzione dell'azienda ad operare con strumenti fisico sanitari non obsoleta, ma efficaci. L'indicatore misura quanto delle strumentazioni in uso sono state già oggetto di ammortamento. La sua importanza è, inoltre, connessa anche all'attività di programmazione che effettua l'azienda, nel senso che, per indici che tendono all'unità, ne scaturisce maggiore urgenza del piano di rinnovo degli investimenti. Sul piano dell'equilibrio economico questo determina anche una

spia di attenzione legata a un potenziale aumento dei costi connesso al rinnovo degli investimenti (Barzan et al., 2019; Cantù et al., 2015).

- **Capitale circolante netto:** Indicatore di generazione delle risorse finanziarie. Il capitale circolante netto misura il margine residuo di attivo circolante al netto degli impieghi a breve dell'azienda. In questo senso è segnaletico della capacità della gestione aziendale di produrre liquidità, disponibile a breve termine (Cinquini et al., 2005).

2.3.4 INDICI DI LIQUIDITÀ – EQUILIBRIO FINANZIARIO

La liquidità esprime la solvibilità di breve termine di cui dispone l'azienda, cioè la sua capacità di far fronte, in ogni momento, ai pagamenti dovuti. Configura un equilibrio finanziario dato dalla disponibilità della liquidità necessaria per assolvere, alle diverse scadenze, ai propri impegni. Gli indici di liquidità possono essere costruiti partendo dal rendiconto finanziario che, esaminando le entrate e le uscite finanziarie, indaga sulle modalità di creazione della liquidità, attraverso la gestione. Viceversa, può evidenziare le cause che hanno prodotto un assorbimento di liquidità. L'impiego del rendiconto finanziario per l'analisi della gestione delle aziende sanitarie costituisce un'importante innovazione negli strumenti di valutazione economico finanziaria applicati a tali aziende grazie all'introduzione della contabilità economico-patrimoniale.

Ai fini del presente lavoro, la scelta è ricaduta solo su alcuni indici in quanto ritenuti più esplicativi di altri e che di seguito si rappresentano:

- **indice di elasticità finanziaria:** calcolato come il rapporto tra il capitale circolante netto (detto anche CCN) e il valore della produzione. Il CCN misura il margine residuo di attivo circolante al netto degli impieghi a breve dell'azienda. Assume importanza in quanto è in grado di misurare la capacità della gestione aziendale di

produrre liquidità nelle sue diverse tempistiche (immediata, differita e disponibile a breve termine). La considerazione al denominatore del valore della produzione rappresenta una ponderazione che consente la comparazione relativa alle aziende sanitarie. L'indicatore è impiegato a livello internazionale nelle aziende sanitarie³⁷ (Cinquini et al., 2005);

- ***il rapporto di indebitamento***: calcolato come il rapporto tra i mezzi finanziari di terzi rispetto al totale del passivo. L'indicatore è utilizzato per valutare l'esposizione debitoria delle aziende sanitarie (Tartaglia-Polcini et al., 2021; Barzan et al., 2019; Cantù et al., 2015, Armeni et al., 2014).

2.3.5 INDICI ECONOMICI – EQUILIBRIO ECONOMICO

In linea generale, l'analisi dell'equilibrio economico aziendale ha l'obiettivo di valutare la capacità del soggetto economico di realizzare una gestione aziendale basata su criteri di economicità che gli consentano di conseguire un fatturato in grado di superare i costi per la sua realizzazione e che quindi possa remunerare adeguatamente i fattori utilizzati e fornire un compenso proporzionale ai risultati raggiunti al soggetto economico (Giannessi, 1969).

Questa definizione, per essere estesa al mondo sanitario, necessita di alcuni aggiustamenti dovuti alla mission e alla particolare tipologia di azienda.

Va evidenziato che il soggetto economico, nel caso delle aziende in oggetto, è pubblico poiché l'azienda rappresenta lo strumento, impiegato dallo Stato, per garantire ai cittadini la realizzazione di un diritto costituzionalmente garantito. Va da sé che l'immediata conseguenza di tale peculiarità determina l'impossibilità di remunerare il soggetto economico. L'azienda è chiamata a erogare servizi sanitari di qualità per migliorare la

³⁷ Per ulteriori approfondimenti si veda: «Hospital report 2001 - Acute care» of the Canadian Institute for Health Information (<http://www.hospitalreport.ca>)

salute dei cittadini (mission), ma certamente non a garantire un compenso al soggetto economico.

Quindi, l'equilibrio economico per le aziende sanitarie si raggiunge quando, nel complesso, i ricavi eguagliano i costi sostenuti per il loro conseguimento che consiste nell'erogazione dei servizi sociosanitari impiegando al massimo dell'efficienza le risorse assegnate per la loro realizzazione in sede di programmazione.

L'analisi dell'equilibrio economico, che ha lo scopo di verificare l'adeguata remunerazione dei fattori produttivi e l'efficienza del loro impiego, viene realizzata suddividendo l'indagine rispetto alle singole aree della gestione caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria e tributaria.

Anche in questo caso, è stata operata una scelta in merito ad alcuni indicatori ritenuti più esplicativi di altri e che di seguito si rappresentano:

- **incidenza sul valore della produzione del risultato operativo (IRO)**: individuato dal rapporto tra il margine sanitario netto (reddito operativo) e il valore della produzione. L'indice viene utilizzato per valutare la redditività aziendale derivante dalle attività di gestione caratteristica in rapporto al valore della produzione ed esprime la capacità della gestione sanitaria di contenere i costi della produzione tipica entro i limiti della remunerazione assegnata (ASL) o dei contributi connessi all'attività erogata (AO). In letteratura tale indicatore è definito anche “**Ros della gestione caratteristica corrente**”. In considerazione del fatto che il risultato di esercizio può avere un significato fuorviante con riferimento al settore pubblico e sanitario, si preferisce utilizzare l'indice **ROS** che include il reddito operativo, invece che il reddito netto come misura della redditività aziendale, focalizzando quindi l'attenzione sulla *performance* economica derivante dalla gestione caratteristica. Nonostante ciò, non è escluso l'utilizzo di indici che adoperano il

risultato di esercizio al fine di confrontare ulteriormente le *performance* aziendali (Barzan et al., 2019; Cinquini et al., 2005);

- **redditività totale o “profit margin”**: calcolata come il rapporto fra il reddito netto sul valore della produzione. Si tratta di un indicatore utilizzato per valutare la redditività aziendale in rapporto al valore della produzione (Barzan et al., 2019);
- **indice di compensazione**: calcolato come rapporto tra il saldo della mobilità attiva e il saldo della mobilità passiva relativa all’attività ospedaliera, ambulatoriale e di riabilitazione e il totale dei costi della produzione. Questo rapporto esprime l’attrazione o la fuga di risorse in termini percentuali sul totale dei costi della produzione. Il quoziente considera la mobilità sia in compensazione regionale che quella connessa alla fatturazione attiva e passiva che intercorre direttamente tra le aziende sanitarie³⁸(Cinquini et al., 2005);
- **ROI (Return on Investment)**: esprime l’efficienza con la quale viene utilizzato il capitale investito nell’azienda. È calcolato come rapporto fra il margine sanitario netto (reddito operativo) e il capitale investito. Tale indice è calcolato solo con riferimento alle AO, nelle quali l’esistenza di un sistema di tariffazione delle prestazioni che lega i ricavi correnti al volume dell’attività svolta (DRGs), rende significativo il calcolo di questo indice. Detta considerazione non può invece ritenersi valida per le Asl dove i ricavi sono quasi del tutto scollegati dal volume delle prestazioni erogate e legati, invece, a parametri diversi (quota capitaria). Va comunque precisato che le tariffe corrispondenti ai DRGs non sono assimilabili ai prezzi di mercato, ma rappresentano dei **costi standard** costruiti. Il ROI va interpretato come indice che sintetizza la capacità dell’azienda di valorizzare,

³⁸ Le voci di riferimento sono puntualmente riportate nel piano dei conti delle aziende sanitarie, vedi decreto GRT n. 8102 del 24 dicembre 2004.

anche economicamente, i propri investimenti (Riccio e Prosperi, 2007; Cinquini et al., 2005);

- **ROA (Return On Asset)**: è calcolato come rapporto tra il reddito operativo e l'attivo netto ed esprime la redditività della gestione caratteristica, a prescindere dalla struttura finanziaria di cui l'azienda è dotata (Tartaglia-Polcini et al., 2021; Armeni et al., 2014; Kaissi e Begun, 2008; Burns et al., 2005)

L'analisi effettuata permette di esprimere un giudizio sulla gestione dell'azienda, che tenga conto diversi parametri e non soltanto del livello di redditività, ma anche delle modalità di ottenimento della stessa, verificando quindi le caratteristiche e gli equilibri della struttura patrimoniale e la solidità finanziaria dell'azienda. Da questo punto di vista, il bilancio di esercizio rimane un importante strumento di informazione, perché consente di valutare le *performance* aziendali in termini di valore economico.

Inoltre, con l'analisi di bilancio si può migliorare ed arricchire l'interpretazione degli andamenti gestionali, ma anche cambiare la logica del monitoraggio e passare dalla misurazione delle *performance* al controllo delle stesse, intesa come capacità della tecnostuttura di incidere su alcune variabili gestionali chiave al fine di ottenere determinati risultati, precedentemente programmati.

Il bilancio d'esercizio è il frutto di un complesso processo di valutazione dei fatti di gestione ed i risultati sintetici che ne scaturiscono sono il prodotto delle scelte strategiche e gestionali sviluppate nel corso della gestione dall'organizzazione.

2.4 LA MOBILITÀ SANITARIA E L'INDICE DI COMPENSAZIONE

Il tema del finanziamento del SSN rappresenta un aspetto fondamentale delle problematiche connesse alle esigenze di tutela della salute. È d'immediata evidenza, infatti, lo stretto legame tra l'effettività del diritto alla salute, costituzionalmente garantito

dall'art. 32 Cost., e le risorse finalizzate alla sua tutela. Inoltre, considerato che la spesa sanitaria è la più importante tra le voci di spesa di competenza regionale, il tema del finanziamento del S.S.N. si lega alle esigenze di contenimento della spesa pubblica e alle istanze del federalismo fiscale (Viceconte, 2012)³⁹.

La crescente necessità di verificare la correttezza della gestione delle risorse sanitarie ha portato all'introduzione del modello del Federalismo Fiscale (Legge 133/99), che impone ai governi regionali di finanziare il proprio servizio sanitario direttamente con le proprie tasse (Viceconte, 2012).

Il modello di finanziamento dallo stato alle regioni è stato parzialmente modificato dalla legge 42/2009 sul federalismo fiscale che ha introdotto il costo standard come base per l'assegnazione di fondi nazionali alle regioni (Nicolò et al., 2022). Il costo standard si basa sulla spesa pro capite di tre regioni di riferimento selezionate in base alle loro prestazioni finanziarie, sociali e sanitarie. Il D.Lgs. n. 68 del 2011, disciplina (artt. 25-30) anche la determinazione dei costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario. Secondo il decreto i fabbisogni *standard* dovrebbero essere determinati in base ai parametri di alcune Regioni di riferimento (cd. Regioni *benchmark*): tali sarebbero le tre Regioni (tra cui obbligatoriamente la prima) scelte dalla Conferenza Stato-Regioni in una rosa di cinque migliori individuata dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per i rapporti con le Regioni, sulla base di criteri stabiliti con D.P.C.M., previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni "migliori" saranno individuate alla luce di indicatori di efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni e di rispetto dell'equilibrio economico; la scelta dovrà tenere conto, inoltre, di un criterio di rappresentatività geografica del territorio nazionale e considerare una Regione di piccole dimensioni (Viceconte, 2012).

³⁹ Non a caso, già con il D.Lgs. n. 56 del 2000 si era tentato di avviare un "percorso federale" per il fisco italiano, anticipando quanto previsto dalla modifica del Titolo V, Parte II, della Costituzione, di cui alla l. cost. n. 3 del 2001, che ha riformulato l'art. 119 della Costituzione.

I policymaker italiani volevano migliorare la competitività di ogni regione inducendoli ad aumentare l'efficienza dei loro servizi sanitari (Annessi-Pessina e Cantù, 2017) e la loro responsabilità (Spano e Aroni, 2018).

Poiché le aziende sanitarie pubbliche sono finanziate in proporzione al volume di servizi prodotti, sono diventate sicuramente più responsabili per i loro servizi, cercando di migliorare l'esperienza di assistenza mantenendo bassi i costi pro capite della salute (Gartner e Lemaire, 2022).

In particolare, le indicazioni della riforma realizzata con il D.Lgs. n. 502/1992, che ha previsto la costituzione delle ASL e delle AO, vogliono che le prime siano finanziate con una quota capitaria (presumibilmente pesata in funzione dei diversi bisogni), mentre le seconde fossero sovvenzionate successivamente in base all'attività svolta effettivamente (Spandonaro, 2015).

In questo contesto, un fenomeno che spesso aumenta i costi senza modificare la qualità dell'assistenza è la mobilità sanitaria (Zuccatelli, 2012).

La mobilità sanitaria è un diritto dei cittadini, che possono rivolgersi a qualsiasi azienda sanitaria, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta alle loro esigenze di salute (Posteraro, 2018; Porcu, 2007).

Com'è noto, il SSN assicura l'assistenza sanitaria ai cittadini registrati presso le ASL della propria residenza, prescindendo dal fatto che la prestazione richiesta (e di cui il cittadino fruisca) sia concretamente eseguita nella Regione in cui questi risiede; e ciò in quanto l'ordinamento riconosce, con legge primaria, in attuazione del principio costituzionale suddetto, un diritto del singolo (interpretato chiaramente non in senso assoluto, ma in relazione ad altre esigenze anch'esse rilevanti per il mantenimento del SSN) di ottenere cure, comunque a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza (Posteraro, 2018, Gigio et al., 2018).

L'opportunità di spostarsi nello Stato per ottenere le prestazioni sanitarie di cui si necessita risulta così correlata al principio di eguaglianza *ex art. 3 Cost.*, in base al quale la titolarità di un diritto costituzionale e il suo godimento non possono subire limitazioni in ragione del luogo in cui una persona si trova o risiede.

La mobilità si pone come fattore perequativo che produce un effetto compensativo delle diseguaglianze e accresce, in siffatto modo, la tutela complessiva del diritto alla salute, soprattutto nei casi in cui la presenza di ostacoli di tipo geografico o economico rischierebbe di comprometterne l'effettività (Porcu, 2007).

La mobilità ha delle importanti implicazioni di carattere economico legate alla necessità di rimborso delle spese di ricovero dei residenti nella ASL presso strutture esterne al suo territorio di competenza (*compensazioni interaziendali e interregionali*). Su ogni ASL, infatti, pesa l'onere economico dei ricoveri di tutti i residenti nel proprio territorio indipendentemente da dove questi avvengano (Fiorentini et al., 1999).

A livello regionale, particolare interesse è rivolto ai propri residenti che utilizzano le strutture sanitarie fuori regione. Questo fenomeno è noto come la *mobilità sanitaria ospedaliera extraregionale*. Si distingue, quindi, fra *mobilità passiva* (secondo la quale i residenti si spostano verso strutture esterne alla propria regione) e *mobilità attiva* (che attiene invece ai servizi prestati su non residenti, in altre parole flussi da altre regioni) (Porcu, 2007).

In Italia il fenomeno della mobilità sanitaria è in costante aumento. È un indicatore indiretto della qualità del SSN e comporta importanti conseguenze (economiche, finanziarie e sociali) (Posteraro, 2018).

Da un punto di vista finanziario, ogni paziente che riceve cure da un'azienda sanitaria in una regione diversa dalla sua regione di residenza genera un utile per l'azienda sanitaria di destinazione e un costo dello stesso importo per l'azienda sanitaria nella regione di

origine, che porta la Regione di residenza a pagare il servizio alla regione che si prende cura del paziente (Ferrè e Ricci, 2012; Posteraro, 2018).

Questa situazione si verifica perché le Regioni devono far fronte con risorse proprie ai saldi negativi derivanti dalla mobilità sanitaria: il paziente che si sposta fa sì che la sua Regione di residenza debba pagare la prestazione a quella che lo prende in cura; posto che il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali è basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse che prevede l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente, mentre il finanziamento delle strutture che erogano servizi è attuato con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si prevede la compensazione dei costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il suddetto finanziamento pro-capite⁴⁰.

Per tali motivi, alla fine dell'anno, quando si ripartisce il FSN, si tiene conto del saldo tra mobilità attiva e passiva dei pazienti e si aumenta o si diminuisce, in base ad esso, la quota di accesso delle singole Regioni al fondo: quelle in cui prevale la prima ricevono più denaro; quelle in cui prevale la seconda finanziano i centri di eccellenza delle loro "antagoniste".

In considerazione del fatto che la compensazione economica delle prestazioni tra le Regioni si basa sulla Regione di residenza, il fenomeno della mobilità sanitaria condiziona in modo rilevante i dati che si raccolgono: essi, infatti, finiscono per considerare anche la mobilità interregionale cd. Fittizia; quella mobilità, cioè, che si sostanzia senza che vi sia alcuno spostamento reale di paziente da una regione all'altra e che quindi è correlata

⁴⁰ L'art. 12, comma 3, lett. b), d.lgs. n. 502/1992 stabilisce che la *compensazione* della mobilità sanitaria interregionale deve avvenire in sede di riparto del FSN, sulla base delle contabilità analitiche relative a singoli casi fornite dalle USL e dalle AO tramite le regioni e le province autonome. La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute del 23 marzo 1994, del 9 maggio 1996 e del 28 gennaio 1997. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Commissione Salute hanno approvato, in tempi diversi, i documenti che hanno modificato e al contempo integrato le citate note ministeriali. Le Regioni e Province Autonome hanno assunto di recente un nuovo documento come Accordo per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria. Questo documento, con l'obiettivo di avviare una procedura uniforme, definisce in maniera univoca le prestazioni da compensare e che dovranno essere dimostrate tramite modelli riassuntivi e i dati analitici in formato elettronico delle prestazioni erogate.

all'erogazione di prestazioni a cittadini che, pur risultando residenti altrove, dimorano concretamente (per motivi di studio o lavoro) nel territorio in cui poi ricevono il servizio (Moirano, 2012).

Negli ultimi anni, al fine di governare e contenere il fenomeno della mobilità sanitaria, alcune Regioni – confinanti tra loro – hanno collaborativamente individuato meccanismi di controllo per individuare l'insorgenza di comportamenti distorsivi della mobilità e hanno firmato accordi interregionali che prevedono dei tetti di spesa fissi per date prestazioni sanitarie erogate in regime di mobilità (e quindi regolano i flussi dei pazienti).

A partire dal d.lgs. 502/92, e, successivamente, con D.Lgs. 229/99, la compensazione della mobilità sanitaria è stato un elemento importante per riconoscere l'effettiva attrattività delle regioni più performanti e per misurare la capacità produttiva dell'azienda sanitaria individuale (Moirano, 2012). Infatti, è considerato uno degli indicatori di efficacia gestionale (Cantù, 2002) e può quindi essere utilizzato per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti da diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come un indicatore della reputazione degli stessi (Cinelli et al., 2021).

Secondo quanto previsto dal SSN, le Regioni e le singole ASL hanno l'obiettivo di contenere la mobilità, limitando i flussi in uscita ed incentivando i flussi in entrata, pur garantendo la libertà di scelta dell'individuo, attraverso la soddisfazione della domanda e mediante la ricerca di efficienza delle proprie strutture (Porcu, 2007). Ciò spiega il crescente interesse rivolto alla conoscenza del fenomeno ed alla ricerca di strumenti d'analisi che siano in grado di descrivere e confermare analiticamente l'evidenza di determinati flussi nell'attività di ricovero e, nello specifico, studiarne la frequenza e l'ampiezza.

A livello nazionale ed internazionale, risultano condotte alcune ricerche basate sulle motivazioni che determinano le migrazioni sanitarie; altri ricercatori hanno prospettato

uno studio del fenomeno utilizzando l'approccio demografico in ambito economico-sanitario e collegando le informazioni sui flussi di ricovero delle regioni con le caratteristiche demografiche e sanitarie dei pazienti, seguendo un'ottica esplorativa (Porcu, 2007).

In Italia, alcuni autori hanno posto l'attenzione sulla mobilità sanitaria, un indicatore di *performance* finanziaria delle aziende sanitarie italiane che assume rilevanza strategica nella valutazione della qualità delle aziende sanitarie (Posteraro, 2018; Gigio et al., 2018; Porcu, 2007; Cinquini et al., 2005; Cinelli et al., 2021).

Posteraro (2018) analizza le cause e gli effetti della mobilità sanitaria in Italia. Egli conclude che la maggior parte dei movimenti dei pazienti tra le regioni sono legati a ricoveri effettuati per ottenere un servizio migliore rispetto a quelli all'interno della regione di residenza, dove questi sono anche disponibili, ma sono considerati non sufficientemente affidabili. L'effetto che ne deriva è di natura economica in quanto solleva la necessità di compensare i costi sostenuti per i servizi resi ai cittadini in diverse aree regionali diverse da quelle che hanno ricevuto finanziamenti regionali pro capite. Gigio et al. (2018) confrontano la mobilità dei pazienti in diverse regioni italiane nel 2014, concludendo che la mobilità passiva tende a riflettere, soprattutto, la qualità inferiore, reale o percepita, dei rispettivi sistemi sanitari. Porcu (2007) presenta un metodo di analisi della mobilità sanitaria attiva e passiva extra-regionale della Sardegna negli anni 2001-2004. L'analisi ha dimostrato che la mobilità della salute è legata agli indicatori di efficienza. Cinquini et al. (2005) analizzano la *performance* delle aziende sanitarie nella regione Toscana nell'anno 2004, utilizzando tra gli indicatori di *performance* economica, l'*indice di compensazione*, che esprime l'attrazione o la fuga di risorse, in percentuale dei costi totali di produzione. Cinelli et al. (2021), nell'analisi del settore sanitario italiano, valutano la mobilità regionale italiana per l'anno 2019

utilizzando variabili diverse, riconoscendo la mobilità sanitaria tra i principali indicatori di efficacia manageriale.

CAPITOLO 3 – LA *GENDER DIVERSITY* NELLE AZIENDE SANITARIE

PREMESSA

Il presente capitolo si focalizza sulla *gender diversity* quale elemento trainante della ristrutturazione del modello di *governance*. È opinione condivisa che in passato, anche molto recente, non ci siano stati grossi spazi tra gli organi apicali di aziende pubbliche e private, a prescindere dalla loro dimensione, di ruoli manageriali e professionali ricoperti da esponenti del sesso femminile, rimasto lungamente fortemente sottorappresentato (CE 2020)⁴¹.

Solo recentemente si comincia a profilare un'accennata inversione di tendenza, ancora lontana da una distribuzione equa di sessi. La concentrazione di ruoli e cariche manageriali tra i componenti del sesso maschile non ha permesso di cogliere pienamente le sfaccettate competenze e capacità che le donne hanno dimostrato di saper apportare in qualsiasi tipo di organizzazione, in forza di un loro diverso approccio. Ne è conseguita una perdita in termini di potenziale capacità competitiva e crescita economica per molte delle aziende di respiro europeo (CE 2012; CE 2017)⁴².

Ed è in tale direzione che, soprattutto in tempi recenti, le istituzioni e i *policymakers* europei stanno spingendo verso la promozione della parità di genere nelle posizioni apicali e di leadership gestionale e strategica, tanto in campo politico quanto in quello economico puntando un'attenzione crescente verso la rimozione di stereotipi e discriminazioni che lungamente hanno caratterizzato la vita professionale delle donne. Il fine comune di dette azioni è quello di abbattere il cosiddetto *glass ceiling* (soffitto di

⁴¹ Commissione Europea (2020). Comunicazione della commissione al parlamento europeo, al consiglio, al comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni. Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025.

⁴² Commissione Europea (2012). Proposta di direttiva del parlamento europeo e del consiglio relativa al miglioramento dell'equilibrio di genere tra gli amministratori non esecutivi delle società quotate in borsa e misure connesse. Commissione Europea (2017) Parere del Comitato economico e sociale europeo sul «Piano d'azione dell'UE per il 2017-2019 — Affrontare il problema del divario retributivo di genere»).

cristallo) che, di fatto, ha impedito loro l'assunzione, nel tempo, di incarichi e responsabilità apicali nelle aziende. Non a caso, il raggiungimento dell'uguaglianza di genere, che rappresenta uno dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che gli Stati si sono impegnati a raggiungere entro il 2030, assume una forte centralità anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che fa della parità di genere una delle sue tre priorità trasversali.

3.1 LA GENDER DIVERSITY: UNA PRIORITÀ A LIVELLO EUROPEO

Come anticipato, il dibattito economico e politico ha messo in luce, nell'ambito degli interventi di promozione dei diritti e delle libertà, quelli più propriamente a sostegno del principio di parità fra i generi.

Sono molti i provvedimenti legislativi, facoltativi ma spesso anche obbligatori, adottati dai Paesi membri dell'Unione Europea per ottenere un equilibrio di genere in seno ai CdA delle imprese pubbliche e private (Isidro e Sobral, 2015), considerata la sua importanza nell'ambito della *governance* e dei conseguenti sistemi di monitoraggio e supervisione dell'operato del *management*, nonché di protezione degli interessi di tutti gli *stakeholders* (Campbell e Miguez-Vera, 2008; Kilic e Kuzey, 2016; Uyar et al., 2020).

Il Paese che più di tutti si è portato avanti in questa direzione è certamente la Norvegia che già nel 2003 varò una legge che, con decorrenza 2008, prevedeva una quota minima di rappresentanza del 40% da riservare alle donne nei CdA di tutte le imprese quotate, pubbliche e private (Reguera-Alvarado et al., 2017). Gli fecero poi seguito altre nazioni quali la Spagna e la Germania, mentre altre come Svezia e Regno Unito hanno optato per un approccio più flessibile, limitandosi a raccomandare (piuttosto che obbligare) le aziende ad introdurre *target* minimi legati alla presenza delle donne nei *boards*.

Le evidenze successive dimostrarono che dette differenze nell'adozione da parte dei governi centrali di misure obbligatorie o volontarie, unitamente alle disparità culturali, sociali ed economiche dei diversi Stati Membri, nonché all'assenza di sanzioni in caso di mancato raggiungimento della quota minima di genere fissata (anche in presenza di misure vincolanti quali quelle previste in Spagna e Olanda) hanno contribuito a marcare il gap rispetto alla crescita della rappresentatività delle donne nei CdA e nelle posizioni di *leadership* delle aziende (Isidro e Sobral, 2015).

Questi risultati hanno richiesto un intervento da parte dell'Unione Europea che, nel 2010, ha approvato un provvedimento denominato “*Strategy for Equality between Women and Men 2010-2015*” che aveva lo scopo di stimolare le aziende a migliorare il proprio equilibrio di genere nelle posizioni di responsabilità. Facendo eco a tale *policy*, nel 2012, la Commissione Europea, riconoscendo l'uguaglianza di genere quale strumento fondamentale per la prosperità, la crescita economica e la competitività del proprio sistema, ha proposto, per l'anno successivo, l'adozione di una direttiva con lo scopo di garantire, entro il 2020, il raggiungimento di un obiettivo minimo, pari al 40%, nella presenza del sesso meno rappresentato tra i membri non-esecutivi dei CdA delle aziende quotate e delle aziende poste sotto il controllo pubblico (CE 2012).

La direttiva è stata recepita in diverse nazioni europee (in Italia con la Legge n. 120/2011, più diffusamente nota come “quote rosa”), con l'evidente risultato di aumentare, dal 2010 al 2016, il numero di donne presenti nei CdA in 23 dei 28 paesi membri, raggiungendo un valor medio del 23,3% nel 2016 e del 26,7 % nel 2018. (CE 2020).

Le prime aziende nelle quali si è assistito al citato accrescimento sono quelle poste sotto il controllo dello Stato, dove la crescita è apparsa meno lento rispetto al settore privato (CE 2016⁴³), probabilmente in forza dei provvedimenti normativi che hanno interessato

⁴³ Commissione Europea (2016). Impegno strategico a favore della parità di genere 2016-2019.

specificamente tali tipologie di aziende. Ad oggi, solo in alcuni paesi, si è registrato il raggiungimento della soglia minima del 40%; in altri Stati, invece, (si citano ad esempio Italia, Svezia, Finlandia e Germania) le donne rappresentano ancora solo un terzo dei componenti dei CdA, mentre in altri (a titolo esemplificativo Malta, Grecia ed Estonia), le donne rappresentano meno del 10% dei membri del direttivo delle aziende quotate. La maggiore disparità persiste in particolare nei ruoli *executive* dove gli uomini conservano una presenza decisamente preponderante (CE 2020).

Al fine di porre sempre crescente attenzione verso il perseguimento di obiettivi di crescita nelle “quote rosa” in tutte le posizioni di responsabilità sia in campo politico che economico, nel 2020 la Commissione Europea ha varato una nuova strategia per il prossimo quinquennio, basata sull’Obiettivo di Sostenibilità 5 “*Gender Equality*” previsto nell’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile adottata dalle Nazioni Unite (UN, 2015⁴⁴).

Nel documento “*A Union of Equality: Gender Equality Strategy 2020-2025*”, la Commissione Europea ribadisce che inclusione e diversità rappresentano elementi essenziali per dare vita a nuove idee ed approcci innovativi che possano contribuire a migliorare le *performance* di tutte le aziende e alla più generale crescita del sistema economico Europeo (CE 2020).

In considerazione del fatto che, ad oggi, in nessuno degli Stati membri si è realizzata la parità tra i generi, ma persistono ancora divari marcati a livello di retribuzioni, assistenza e pensioni con progressioni molto lente e risicate, la CE ribadisce il predetto obiettivo del 40% nei *board*, ma esorta, al contempo, il Parlamento Europeo ad adottare misure finalizzate ad aumentare l’equilibrio di genere in tutte le posizioni di *management* e *leadership* e gli Stati Membri a recepire tali misure (CE 2020). La sotto-rappresentanza del genere femminile nei consigli determina delle conseguenze negative relative alla

⁴⁴ United Nations General Assembly (2015), “Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development”, New York, NY.

mancata varietà di approcci e vedute poiché la predominanza di un solo genere, si caratterizza per un “pensiero di gruppo” di scarsa apertura. Ciò potrebbe determinare un debole contraddittorio tra punti di vista, valori e competenze diversificate per genere, impoverendo il dibattito e convogliando verso un’unica direzione.

Una buona leadership, inclusiva ed eterogenea, si basa invece sulla compresenza di uomini e donne (CE 2020) e sull’ampio ventaglio di talenti e competenze che i diversi generi possono apportare contribuendo a migliorare il processo decisionale, la *governance* societaria e stimolando la crescita economica (McKinsey, 2017; Catalyst, 2018).

Il deterrente principale alla presenza capillare delle donne nell’assunzione di compiti di amministrazione è rappresentato da molteplici barriere, anche culturali, che trovano la propria origine negli stereotipi di genere in materia di assunzioni e progressioni di carriera e nella mancanza di trasparenza delle procedure di nomina nei consigli di molte aziende e settori di riferimento.

3.2 GENDER DIVERSITY: ANALISI DELLA LETTERATURA

Data la centralità del tema che ci occupa, non sorprende che anche la letteratura abbia trattato il tema della rilevanza della diversità di genere nei *board* delle aziende. Nelle pagine a seguire si forniranno le evidenze di diversi e interessanti approfondimenti che condotti con riferimento alla diversità di genere.

Il punto focale di detti studi è rappresentato dal fatto che la presenza femminile può influenzare, in modo positivo, i livelli di *performance* delle aziende (Reguera-Alvarado et al., 2017; Kilic e Kuzey, 2016; Shahzad et al., 2019).

La diversità di genere intesa quale elemento della composizione e della diversificazione della composizione dei CdA, rappresenta un indicatore della *governance* aziendale (Wagana e Nzulwa, 2016; Marinova et al., 2016).

Il presente studio fa riferimento a una dottrina multi-teorica che incorpora la *Stakeholder theory* (Gazley et al., 2010; Connolly et al., 2013; Ellwood e Garcia-Lacalle, 2015) e la *Resource dependence theory* (RTD) (Pfeffer e Salancik, 2003; Kilic e Kuzey, 2016; Abor, 2017; Reguera-Alvarado et al., 2017; Uyar et al., 2020; Tartaglia-Polcini et al., 2021) per fornire argomenti che spiegano il rapporto tra la diversità di genere del consiglio e le prestazioni finanziarie delle aziende sanitarie.

Gazley et al. (2010) suggeriscono di utilizzare la *Stakeholder theory* per spiegare l'associazione tra le caratteristiche del consiglio e le organizzazioni dei risultati. Secondo la *Stakeholder theory*, l'organizzazione dovrebbe essere gestita con l'obiettivo di soddisfare gli interessi di una vasta gamma di *stakeholders* (Connolly et al., 2013). Pertanto, la sopravvivenza e il successo a lungo termine delle aziende sanitarie dipendono dalla capacità dei manager di soddisfare le aspettative dei diversi gruppi di *stakeholders* che controllano le risorse strategiche (Aversano et al., 2023).

La diversità di genere del consiglio potrebbe rappresentare uno strumento rilevante per bilanciare gli interessi delle diverse parti interessate (Ellwood e Garcia-Lacalle, 2015) perché la presenza delle donne nella *governance* delle aziende sanitarie può creare un ambiente collaborativo e creativo in cui le diverse aspettative delle parti interessate sono incluse, portando ad un aumento delle prestazioni delle aziende sanitarie.

La *Stakeholder theory* è concettualmente legata alla *Resource Dependence Theory* che è anche ampiamente considerata un riferimento teorico appropriato per spiegare l'importanza delle donne in questi ruoli (Tartaglia-Polcini et al., 2021).

La “*Resource dependence theory*” fornisce invece una base teorica per il ruolo del CdA come risorsa per l'azienda (Hillman et al., 2000; Johnson et al., 1996). Il modello previsto da questa teoria è che gli amministratori utilizzino la loro rete esterna individuale di contatti per attirare le risorse ritenute indispensabili per l'azienda che vuole operare in modo competitivo e con prestazioni ritenute superiori (Daily et al., 2003; Hillman et al., 2000).

Coerentemente con quanto precede, Johnson (1996) ha osservato che i teorici della dipendenza dalle risorse prestano maggiore attenzione alla nomina di rappresentanti di organizzazioni, che vengono considerati mezzo per ottenere l'accesso a risorse critiche per il successo dell'azienda. La fornitura di risorse migliora il funzionamento organizzativo, le prestazioni dell'azienda e la sua sopravvivenza (Daily et al., 2003).

Hillman et al. (2000) ritengono che i direttori portino risorse all'azienda, come informazioni, competenze, accesso a componenti chiave come fornitori, acquirenti, responsabili delle politiche pubbliche, gruppi sociali e legittimità. Ancor prima, Williamson (1984) ha affermato che, oltre ad avere accesso alle risorse necessarie, le imprese con adeguate connessioni di rete sono anche in grado di ridurre i costi di transazione associati all'interazione con l'ambiente esterno.

L'elemento che accomuna le evidenze precedenti è che la presenza di membri di sesso femminile nel CdA consente alla *governance* aziendale di beneficiare di un afflusso di competenze, abilità e nuove prospettive che conducono verso nuove dinamiche sottese alle deliberazioni del consiglio di amministrazione. In altri termini, un CdA ben diversificato migliora le prestazioni aziendali (Wagana e Nzulwa, 2016).

Secondo la RDT, ogni organizzazione opera all'interno di un sistema aperto, con il quale interagisce per acquisire e scambiare risorse necessarie a porre in essere i propri processi di creazione del valore e remunerare le istanze dei propri portatori d'interesse (Pfeffer e

Salancik, 2003). Da questa interrelazione scaturisce una certa dipendenza, caratterizzata da un'incertezza di fondo, tra l'impresa e l'ambiente esterno in cui opera e dal quale acquisisce le risorse necessarie al suo funzionamento. Sempre secondo la RDT, il *board* ed i *leader* manageriali dell'azienda rappresentano i principali attori in grado di ridurre quest'incertezza e governare adeguatamente le relazioni con l'ambiente esterno al fine di ottenere un flusso continuo di risorse (Kilic e Kuzey, 2016).

È indubbio che ciascun amministratore o manager scelto dall'azienda possieda caratteristiche e competenze valutate essenziali e uniche al contempo. Incrementando la diversità di genere, attraverso la nomina di un maggior numero di donne nel *board* o in posizioni manageriali di rilievo, l'azienda andrebbe ad accrescere l'eterogeneità di conoscenze, *skills*, *expertise* e capacità professionali a disposizione (Liu et al., 2014; Lu e Herremans, 2019).

Detta varietà andrebbe a produrre immediati impatti positivi sulla capacità di *problem-solving* e sull'efficacia del processo di *decision-making* (Liu et al., 2014; Lu e Herremans, 2019; Shahzad et al., 2019).

Inoltre, un aumento della *gender diversity* - sia a livello di *board* che di *top management team* consente all'azienda di beneficiare di diverse ricadute positive (Campbell e Minguez-Vera, 2008; Isidro e Sobral, 2015; Reguera-Alvarado et al., 2017; Kilic e Kuzey, 2016; Shahzad et al., 2019):

- ampliare le proprie abilità relazionali sia a livello nazionale che internazionale rispetto a tutti gli *stakeholders* (fornitori, clienti, enti pubblici, associazioni di categoria, etc.);
- migliorare la conoscenza del mercato e dei settori in cui l'azienda opera;
- ampliare il livello di creatività e di innovazione all'interno dell'organizzazione.

In sintesi, secondo questa prospettiva teorica, l'aumento della *gender diversity* nel *board* e nei vertici aziendali è un fondamentale *driver* per l'ottenimento delle risorse critiche per la sopravvivenza ed il successo aziendale e – dunque – per il conseguimento di superiori *performance* (Reguera-Alvarado et al., 2017; Kilic e Kuzey, 2016; Shahzad et al., 2019).

La letteratura internazionale sulla relazione tra leadership e genere è molto vasta e consta di numerosi contributi, pubblicati anche su riviste scientifiche precipuamente dedicate agli studi sulla parità di genere. Il tema è oggetto di frequenti dibattiti nella comunità accademica manageriale negli ultimi anni (si cita a solo titolo esemplificativo la *special issue* del 2016 su “*Gender and Leadership*” edito dal “*The Leadership Quarterly*”). Diversi autori sono concordi nel dimostrare la storica prevalenza di una cultura del *think-manager-think-male* (Schein et al., 1996), secondo la quale le competenze che si consideravano proprie di un leader (si citano ad esempio competizione, ambizione, capacità di analisi, stabilità emotiva, aggressività, e così via), erano molto frequentemente riconosciute proprie del genere maschile. Si sta via via consolidando la consapevolezza del valore degli stili alternativi a quelli più noti nella direzione e in particolare dell'efficacia della *transformational leadership* (Saporito et al., 2019), caratterizzata dalla capacità di ispirare e favorire il coinvolgimento empatico dei collaboratori, motivare facendo leva su valori, ideali e senso di missione.

Partendo dall'assunto che l'efficacia di uno stile direttivo è influenzata dallo specifico contesto organizzativo e risente anche del settore di attività, va sottolineato che l'importanza di un simile approccio è stata confermata in una pluralità di ambiti, non escluso il settore sanitario (Saporito et al. 2019).

Sono diversi gli studi che confermano che tale stile di leadership si riscontra, seppur con differenze contenute ma statisticamente significative, più frequentemente nelle donne che negli uomini (Eagly e Carli, 2003).

L'espressione della *transformational leadership*, secondo alcuni autori, scaturisce dalla capacità di amalgamare, efficacemente, differenti approcci, maschili e femminili, nelle relazioni, ma anche nelle modalità di esercizio del governo (Athanasopoulou et al., 2018). Altri studi, invece, riscontrano che la leadership femminile è associata alla capacità di far lavorare, in modo collaborativo, team complessi (Post, 2015).

3.3 L'EQUILIBRIO DI GENERE NELLE AZIENDE SANITARIE

Il tema della diversità di genere interessa il dibattito accademico a partire dalla fine del secolo scorso. Il recente proliferare di riforme orientate ad accrescere la diversità di genere, sia in ambito nazionale sia internazionale, ha poi efficacemente attirato l'attenzione verso la promozione e il coinvolgimento delle donne nelle posizioni dirigenziali delle aziende pubbliche. Nonostante tali interventi abbiano molto stimolato l'interesse degli accademici, la letteratura sul tema si presenta ancora parzialmente inadeguata, soprattutto con riferimento agli studi sulle aziende di tutela della salute. Appare ancora poco lo spazio dedicato all'esame delle ricadute derivanti dal coinvolgimento delle donne nelle posizioni dirigenziali delle aziende pubbliche e private di tutela della salute.

Sarebbe certamente auspicabile che il dibattito stimolasse anche la produzione di studi sul ruolo delle donne nelle posizioni di *middle e top management*, sui modelli di *governance*, sulla qualità delle prestazioni secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità ed equità, anche al fine di contribuire al perseguimento di più elevati livelli di tutela della salute come diritto fondamentale della persona. Detti studi dovrebbero essere condotti sulla base di diverse metodologie, quantitative e qualitative allo stesso tempo, in grado di proporre diverse prospettive di analisi del fenomeno (Corsi et al., 2016).

A tal fine, nel prosieguo del lavoro, sarà dato spazio ai contributi sui temi della diversità di genere, con particolare attenzione alla leadership al femminile nelle aziende di tutela della salute.

In generale, con riferimento alle tematiche che ci occupano, la letteratura è unanime nel sottolineare che le donne manager hanno uno stile di direzione che appare più democratico e partecipativo (Borgonovi e Catuogno, 2022) e sono anche in grado di sviluppare relazioni interpersonali con i propri collaboratori, gerarchicamente subordinati, tale da favorire il coordinamento e la produttività (Eagly e Carli, 2003).

Inoltre, il loro capitale relazionale incoraggia l'interscambio delle risorse aziendali con il mondo esterno e ne incrementa le *performance* (Kiliç e Kuzey, 2016). Allo stesso modo, la presenza di donne al vertice accresce le competenze, le capacità e le conoscenze del team manageriale, incoraggiando il confronto e il dibattito, a favore dell'assunzione di soluzioni più efficaci, efficienti e innovative (Lu e Herremans, 2019; Uyar et al., 2020; Arena et al., 2021).

Vi è poi da considerare un punto di vista alternativo, secondo il quale il genere femminile è maggiormente avverso al rischio, da cui consegue il favore verso strategie di investimento più sostenibili nel medio e lungo periodo, il che va a privilegiare il perseguimento di obiettivi e risultati che ricoprono lo stesso orizzonte temporale (Borgonovi e Catuogno, 2022). Inoltre, le donne sono anche più propense verso la partecipazione ad attività filantropiche e di respiro sociale, di conseguenza sono più orientate verso il raggiungimento di obiettivi non strettamente finanziari (Borgonovi e Catuogno, 2022).

Gli studi empirici a disposizione hanno dimostrato, con riferimento ai campioni relativi a Germania, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti, che la diversità di genere migliora il livello di *performance* degli ospedali, con riferimento tanto ai risultati economico-finanziari

(Naranjo-Gil et al., 2008; Buchner et al., 2014) quanto ai processi clinici (Ellwood e Garcia-Lacalle, 2015).

Meno attenzionato il contesto italiano nel quale la presenza della triade di dirigenti (ci si riferisce nello specifico al Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario) e il crescente coinvolgimento di dirigenti donne, aprono sicuramente degli spazi di approfondimento interessanti in merito ai fattori e alle caratteristiche che favoriscono o limitano la leadership al femminile e l'influenza sui risultati aziendali (per esempio appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità, equità) e sui processi di *performance management*.

In questo senso, lo studio di Fusco et al. (2021) propone una review sistematica della letteratura sui temi della *gender diversity* e della leadership al femminile condotta attraverso un'analisi degli articoli pubblicati sul database Scopus negli ultimi 20 anni. I risultati dell'analisi rivelano una crescente consapevolezza dell'importanza della diversità di genere nelle posizioni di *top e middle management* nelle aziende di tutela della salute.

Lo studio condotto da Paoloni et al. (2021), mediante un'analisi avente ad oggetto il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (Fondazione CIAO) di Pavia, consente di individuare possibili strumenti e soluzioni utili a rafforzare il ruolo delle donne manager in ambiti fortemente multidisciplinari e a elevato impatto di innovazione tecnologica, quali quelli tipici delle aziende di tutela della salute, specialmente durante l'emergenza causata dalla pandemia da Covid-19.

Va tuttavia rilevato che la maggior parte degli studi precedenti si sono prevalentemente focalizzati sul settore privato, mentre per quanto riguarda il settore pubblico, sono ancora poche le ricerche empiriche condotte. Anche De Regge e Eeckloo (2020) in una recente *literature review* condotta in ambito sanitario, nonostante l'equilibrio di genere sia ormai

oggetto di diverse policy a livello internazionale, hanno evidenziato come siano ancora pochi gli studi che approfondiscono tale aspetto nel settore delle aziende sanitarie.

3.3.1 EQUILIBRIO DI GENERE E LIVELLI DI PERFORMANCE

Proseguendo l'analisi della letteratura, con riferimento nello specifico a quella di *accounting*, emergono numerose evidenze empiriche a supporto di una relazione positiva tra la presenza di donne nei CdA o nei vertici aziendali (es. *Chief Executive Officer* – CEO) e la *performance* economico-finanziaria delle stesse.

I citati studi hanno esaminato un campione di aziende quotate negli USA e hanno dimostrato un'associazione statistica positiva tra la presenza delle donne nel *board* e la *performance* economico-finanziaria delle aziende misurata in termini di *Return on Assets* (ROA) (Erhardt et al., 2003; Carter et al., 2010).

L'analisi è stata replicata anche in altri contesti geografici. Ci si riferisce nello specifico alla Spagna (Campbell e Minguéz-Vera, 2008; Rodríguez-Domínguez et al., 2012; Reguera-Alvarado et al., 2017); al Canada (Francoeur et al., 2008); alla Danimarca (Smith et al., 2006); China (Liu et al., 2014); all'Europa in generale (Isidro e Sobral, 2015).

Ad eccezione di alcuni lavori che citeremo nel prosieguo, gli studi citati confluiscono comunemente verso l'evidenza a supporto di un impatto positivo esercitato dalla presenza delle donne nei *board* o nelle posizioni di vertice aziendale e la *performance* misurata in termini di ROA (Rodríguez-Domínguez et al., 2012; Liu et al., 2014; Isidro e Sobral, 2015).

Successivamente, la prospettiva di indagine degli studi empirici di *gender diversity* è andata ampliandosi, includendo anche le aziende appartenenti al settore pubblico. I benefici attesi da una maggiore presenza delle donne nei *board* o, in generale, nelle

posizioni di *decision-making* delle aziende private (si citano a titolo esemplificativo una maggiore creatività ed innovazione, una migliore conoscenza dell'ambiente esterno ed un più efficace *problem-solving* che si traducono in livelli più elevati di *performance*) sono stati ipotizzati da alcuni autori anche per le aziende del settore pubblico (Opstrup e Villadsen, 2015; Abor, 2017; Arena et al., 2019). In questo senso, Opstrup e Villadsen (2015) hanno condotto uno studio su un campione di 98 governi locali danesi per analizzare l'impatto della *gender diversity* nei *top management team* (CEO e amministratori) sulla *performance* finanziaria. Tali autori hanno dimostrato che la *gender diversity* può essere un *driver* positivo della *performance* finanziaria degli enti locali solo se è supportata da una struttura organizzativa decentrata che favorisca l'integrazione e la condivisione di responsabilità. Inoltre, Usman et al. (2019) hanno dimostrato che una maggiore presenza di donne nei *board* delle aziende controllate dallo Stato in Cina, porta ad una riduzione del costo del debito, in quanto i finanziatori esterni percepiscono la presenza delle donne come sinonimo di garanzia e stabilità.

Le evidenze positive si estendono anche ad altri contesti geografici. In Malesia, Julizaerma e Sori, (2012) hanno condotto uno studio riferendo che esiste un'associazione positiva tra la diversità di genere e le prestazioni aziendali (ROA). Allo stesso modo, a Singapore, Fan (2005) utilizzando 390 osservazioni provenienti da diversi settori elencati sul Singapore Exchange tra 2002 - 2004 in una ricerca sulla diversità di genere e le prestazioni, ha trovato prove a sostegno di un rapporto positivo tra la diversità del consiglio e le prestazioni finanziarie. Prihatiningtias (2012) utilizzando un set di dati provenienti dall'Indonesia, ha cercato di stabilire l'impatto della presenza di donne nella sala del consiglio di amministrazione sulla *performance* finanziaria, sociale e ambientale delle imprese. I risultati, al pari di altri colleghi, confluiscono anch'essi verso la relazione positiva tra la diversità di genere e i risultati finanziari delle imprese.

In via speculare, va tuttavia rilevata la presenza di studi precedenti i cui risultati sostengono un rapporto significativo e negativo tra la diversità di genere e le prestazioni aziendali (Haslam et al., 2010; Adams e Ferreira, 2009; Smith et al., 2006). Per esempio, Nel Regno Unito, Haslam et al. (2010) hanno studiato la relazione tra la presenza di donne nei consigli di amministrazione delle società e le misure sia basate sulla contabilità che basate sulle azioni delle prestazioni aziendali. Lo studio, partendo dai dati rilevati nel periodo compreso tra il 2001 e il 2005, ha utilizzato l'analisi di regressione multipla su un campione di 100 società quotate alla Borsa di Londra con la più alta capitalizzazione di mercato. I ricercatori hanno stabilito una relazione negativa tra la presenza delle donne e le misure di *performance*. Negli Stati Uniti, Adams e Ferreira (2009) hanno raccolto le osservazioni di 1.939 imprese per il periodo 1996-2003 e utilizzando il modello dei minimi quadrati ordinari, hanno rinvenuto una relazione negativa tra la percentuale di donne nel consiglio e le *performance*. Agli stessi risultati sono giunti Smith et al. (2006), che hanno evidenziato una relazione negativa tra il *board gender diversity* e la *performance* di un campione di imprese danesi.

Per completare il quadro di riferimento relativo ai vari risultati cui gli studi hanno condotto, va anche evidenziata la presenza di alcuni approfondimenti che invece non hanno rilevato nessuna significativa relazione, né positiva né inversa.

Si cita, ad esempio, uno studio condotto negli Stati Uniti, da Carter et al (2010) che hanno utilizzato un campione di 2.300 attività nell'indice S&P 500 per il periodo quinquennale 1998-2002 per indagare il rapporto tra il numero di donne amministratori e il numero di amministratori appartenenti alle minoranze etniche. Il rapporto è stato verificato con riferimento al consiglio di amministrazione e ai più importanti comitati consiliari e alle prestazioni finanziarie. Lo studio ha rilevato che non vi era alcuna relazione significativa tra il genere o la diversità etnica del consiglio di amministrazione e/o dei suoi comitati e

le prestazioni finanziarie. Ancor prima, Randoy et al. (2006) hanno studiato 500 grandi aziende provenienti da Danimarca, Norvegia e Svezia e non hanno trovato alcun effetto significativo della diversità di genere, età e nazionalità sui risultati del mercato azionario o sul rendimento delle attività. Parimenti, anche nel Regno Unito, Gregory-Smith et al. (2013) non hanno trovato alcuna prova a sostegno dell'argomento secondo cui i diversi consigli di genere migliorano le prestazioni aziendali. Marinova et al. (2016) sulla base di prove provenienti dai Paesi Bassi e dalla Danimarca hanno studiato l'impatto della diversità di genere dei consigli di amministrazione sulle prestazioni aziendali utilizzando un campione di 186 imprese (102 olandesi e 84 danesi). Anche in questo caso dalle evidenze non è risultato alcun effetto della diversità di genere nel board sulle prestazioni aziendali. Dobbin e Jung (2011) hanno applicato modelli trasversali di serie temporali tra il 1996 e il 2007 per verificare se la presenza di direttori femminili nel consiglio di amministrazione potesse influire sui profitti e sulle prestazioni azionarie della società tra le più grandi aziende statunitensi. Anche i loro risultati confluiscono nella medesima direzione non rilevando alcun aumento o diminuzione dei profitti rispetto alla diversità di genere.

In Kenya, l'analisi di Ekadah e Mboya (2012) si è focalizzata sul mondo bancario. Gli autori hanno esaminato l'effetto della diversità di genere del consiglio di amministrazione sulle prestazioni delle banche commerciali, sulla base di un campione di 32 istituti tra il 1998 e il 2009. Utilizzando la regressione, hanno stabilito che la diversità dei consigli di amministrazione non ha avuto alcun effetto diretto sulle prestazioni delle banche presenti nel campione.

3.3.2 EQUILIBRIO DI GENERE E PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE

Proseguendo più nello specifico e convogliando l'attenzione sul settore sanitario, le recenti *literature review* condotte da Erwin et al. (2019) e De Regge e Eeckloo (2020) hanno posto in risalto la presenza di un numero crescente di studi volti ad analizzare la relazione tra gli attributi della *governance* e la *performance*, osservata secondo una chiave clinica, ma al contempo anche economico-finanziaria nelle aziende sanitarie.

Anche in questo contesto emergono evidenze discordanti e le diverse risultanze potrebbero essere dovute a diverse chiavi di ricerca nelle aree gestionali, pur sottolineando la presenza di molti spazi di approfondimento, ancora poco indagati.

Diversi studi hanno trovato una relazione negativa tra la dimensione dei *board* e la *performance* finanziaria (Gu et al., 2010; Blank e Van Hulst, 2011; Kuntz et al., 2016); altri, e ci si riferisce a Pirozek et al. (2015) e ad Arena et al. (2019), non hanno trovato alcuna associazione significativa tra la dimensione del *board* e il numero di *top manager* e la *performance* finanziaria.

Si segnalano invece Vainieri et al. (2017), che in uno studio condotto su un campione di aziende sanitarie locali della regione Toscana in Italia, hanno evidenziato come l'incremento della diversità nelle competenze dei top manager favorisca un aumento della *performance* globale aziendale.

Sempre con riferimento al settore sanitario, in letteratura si individuano diversi studi che hanno investigato sull'associazione tra la presenza di donne in posizione di vertice delle aziende sanitarie e la *performance* delle stesse e che suggeriscono che i sistemi sanitari con una maggiore parità di genere sono organizzati in modo più efficiente e hanno risultati clinici più efficaci (Ellwood e Garcia-Lacalle, 2015; Arena et al., 2021).

Secondo il World Economic Forum's 2018 *Global Gender Gap Report*, dei circa 43 milioni di persone che lavorano nel settore sanitario al mondo, oltre il 70% sono donne, ma queste ricoprono solo il 35% dei ruoli manageriali (World Economic Forum, 2018).

Lentamente, ma la percentuale di donne nel CdA delle aziende sanitarie è cambiata in almeno un decennio. Questo conferma che la diversità di genere riveste particolare interesse anche per quanto concerne la strategia e l'organizzazione delle aziende sanitarie, dove si è lungamente ignorata l'importanza dell'uguaglianza tra generi nei diritti doveri, ma anche nelle pari opportunità collegate alla maggiore presenza femminile nelle posizioni manageriali.

Sicuramente con il tempo, si è assistito a un'inversione di tendenza e le organizzazioni sanitarie sono sempre più orientate verso un più efficace coinvolgimento delle donne nelle posizioni apicali. Nonostante ciò, gli studi presenti in letteratura, riferiti al settore sanitario, non sono ancora numerosi e la maggior parte di essi analizza il potenziale legame tra *gender diversity* e *performance* (Erhardt et al., 2003; Carter et al., 2010).

Galindo (2006) sosteneva, già a suo tempo, che dall'aumento della diversità e dell'inclusione delle donne nei ruoli di *management e governance* delle aziende sanitarie, scaturisse un tema in termini di efficacia e competitività, oltre che un fatto morale o sociale. Inoltre, Naranjo-Gil et al. (2008) svolgendo un'analisi campionaria su alcuni ospedali pubblici in Spagna, hanno dimostrato che l'eterogeneità nella composizione dei vertici direzionali aziendali, favorisce il cambiamento strategico da cui risulta un livello elevato di *performance*. Lantz (2008) ha posto enfasi sulle differenze negli stili di *leadership* tra generi, evidenziando che le donne tendono ad adottare un atteggiamento meno accentratore, al contempo più partecipativo per tutti i dipendenti verso il raggiungimento di obiettivi comuni di *performance aziendali* (anche conosciuta come *transformational leadership* di cui si è detto nelle pagine precedenti e cui si rimanda per

gli approfondimenti del caso). Tuttavia, Lantz (2008) ha sottolineato come le donne siano ancora poco presenti rispetto agli uomini nelle posizioni di *leadership* gestionale nelle aziende del settore *healthcare* negli USA⁴⁵.

In linea con lo studio di Lantz (2008), anche il lavoro di Saporito et al. (2019), di cui si è già detto, inserito nel rapporto OASI 2019, mette in luce i benefici e l'efficacia della *transformational leadership* delle donne nel settore sanitario, capace di incoraggiare un maggiore coinvolgimento e una maggiore collaborazione in team complessi affidandosi al supporto empatico e alla condivisione di valori sociali e che apporta benefici economici e non (quali ad esempio l'efficacia delle prestazioni sanitarie).

Anche lo studio di Abor (2017) mette in evidenza la necessità di aumentare la presenza delle donne nelle posizioni di *governance* e di *leadership* gestionale nelle aziende appartenenti al settore *healthcare*. Detto incremento rappresenta la chiave per il raggiungimento di livelli più elevati di *performance*. Il suo studio, che si basa su un campione di 100 ospedali Ghanesi, ha dimostrato anche che gli ospedali più piccoli ed operanti da un maggior numero di anni tendono a assumere, rispetto agli altri, un numero maggiore di donne nei *board*.

In Germania, Buchner et al. (2014) hanno evidenziato che la composizione della *governance* degli ospedali agisce sull'efficacia delle strategie implementate e sulla *performance* finanziaria. Sempre in Germania, lo studio realizzato da Thiel et al. (2018) ha evidenziato che un incremento della diversità di genere nella *governance* determina un miglioramento nell'efficacia della funzione sociale nelle aziende sanitarie e ne migliora la capacità di rispondere alle esigenze degli *stakeholders*.

⁴⁵ Alle stesse riflessioni si giunge, come già evidenziato precedentemente, nel World Economic Forum's 2018 Global Gender Gap Report (WEF, 2018) in cui emerge che su circa 43 milioni di persone impiegate nel settore sanitario a livello internazionale, oltre il 70 % sono donne, ma solo il 35 % ricopre effettivamente ruoli di vertice a livello manageriale.

Con riferimento al contesto italiano, lo studio di Tartaglia Polcini et al. (2021), utilizzando l'approccio teorico della “*Resource Dependence Theory*”, analizza l'associazione tra la presenza di donne in posizione di vertice e la *performance* economica nel contesto delle aziende sanitarie italiane. Mediante un'analisi di regressione multivariata su un campione di 49 aziende sanitarie italiane, i risultati evidenziano come una più estesa presenza delle donne nelle posizioni di maggior responsabilità a livello gestionale abbia una ricaduta positiva in termini di *performance* operativa ed economica delle aziende sanitarie.

A conclusioni similari giunge anche lo studio condotto da Naciti et al. (2021), che si pone l'obiettivo di investigare la relazione tra diversità di genere e *performance* economico-finanziaria nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. Le evidenze tratte dal campione di 63 aziende osservate nel periodo 2012-2018 mostrano una relazione significativa tra l'equilibrio di genere e la *performance* economico-finanziaria.

Similmente lo studio di Sicoli e Rija (2021), condotto su un campione di 39 strutture ospedaliere appartenenti al Gruppo San Donato, ha lo scopo di valutare se la presenza delle donne nei CdA sia in grado di influenzare la *performance* aziendale. I risultati suggeriscono che la presenza delle donne è positivamente correlata all'indice di *performance*.

Sempre in riferimento al contesto italiano, Arena et al. (2019) hanno condotto uno studio su un campione di 102 aziende sanitarie con riferimento all'anno 2015 e hanno esaminato la possibile associazione tra la presenza delle donne nei *top management team* e la *performance* sia finanziaria che non-finanziaria. Contrariamente alla prevalente letteratura sul tema, lo studio di Arena et al. (2019) ha osservato una relazione negativa tra la *gender diversity* e la *performance* non-finanziaria delle aziende sanitarie, mentre nessun'associazione significativa è emersa con riguardo alla *performance* finanziaria.

Alcuni autori sottolineano l'importanza delle donne nelle posizioni di governo (task force, legislazione della spesa pubblica) per la gestione della pandemia COVID-19 (Van Daalen et al., 2020; Leung et al., 2020; Martinez-Cordoba et al., 2021). Van Daalen et al., (2020), fornendo dati quantitativi sulle task force organizzate per prevenire, monitorare e mitigare COVID-19, ha rilevato che nella *governance* sanitaria globale, gli sforzi collettivi nella definizione delle politiche continuano a trascurare le opportunità di creare una decisione inclusiva e globale-fare. La risposta pandemica COVID-19 richiede l'inclusione di diverse prospettive, esperienze e competenze nella leadership sanitaria globale. Leung et al. (2020) analizzano l'impatto della parità di genere sui risultati della salute pubblica utilizzando la pandemia COVID-19 come impostazione di ricerca. I risultati mostrano chiaramente l'importanza del ruolo delle donne nella gestione dei risultati della sanità pubblica, con i forti effetti positivi dell'equità di genere e la percentuale di donne nel legislatore sulla spesa per la sanità pubblica, che a sua volta mostra un impatto significativo sul numero di casi diagnosticati e critici, ma non sul numero di morti. Martinez-Cordoba et al. (2021), analizzare l'effetto della leadership femminile sul processo decisionale durante la pandemia. I risultati mostrano che le qualità delle donne di fronte a situazioni rischiose, che mostrano temperanza e moderazione nelle azioni governative, possono essere la causa di una gestione più efficiente. Infatti, durante la gestione della pandemia, i paesi guidati dalle donne sono più efficienti di quelli guidati dagli uomini. Tuttavia, i risultati degli autori mostrano che c'è ancora un divario di genere nella leadership del governo oggi, con solo il 10,32% dei paesi del campione guidato da donne.

Anche a fronte di una notevole quantità di letteratura che evidenzia l'influenza della diversità di genere nel CdA sulle prestazioni aziendali, la letteratura esistente non dimostra una relazione definitiva tra le variabili della diversità di genere nei CdA e le

prestazioni aziendali. In sintesi, le prove empiriche sull'associazione tra la diversità di genere del consiglio di amministrazione e le prestazioni aziendali sono equivocate e inconcludenti con studi precedenti che producono risultati contrastanti. Pertanto, il rapporto tra la diversità di genere e le prestazioni aziendali è ancora aperto a ulteriori indagini empiriche.

A fronte delle considerazioni che precedono questo studio ha l'obiettivo di contribuire alla letteratura esistente analizzando il rapporto tra diversità di genere - intesa come presenza delle donne nella *governance* delle organizzazioni sanitarie e nella *performance* finanziaria ponendosi di dimostrare la seguente ipotesi:

H1: La diversità di genere nei board delle aziende sanitarie influenza positivamente la performance finanziaria.

CAPITOLO 4 – GENDER DIVERSITY E IMPATTO SULLA PERFORMANCE: ANALISI SU UN CAMPIONE DI AZIENDE SANITARIE ITALIANE

4.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

In Italia, il sistema comprende le Aziende sanitarie locali (ASL), le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU), le Aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario Nazionale (AOUI), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico costituiti in fondazione (IRCCSF).

La tutela della salute attraverso la produzione dei servizi è assegnata alle ASL e alle altre AO autonome, entrambe definite dal legislatore come aziende dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale⁴⁶ e il cui assetto di *governance* è conferito a un organo monocratico nominato dalla Regione (il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario dallo stesso nominati).

L'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sono regolati da atti di diritto privato, emanati nel rispetto dei principi e dei criteri generali definiti a livello regionale. Ai sensi del comma 1-ter, le aziende “informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie”. Pertanto, la gestione delle strutture e la responsabilità dei vertici aziendali è vincolata al pareggio di bilancio, garantito dall'equilibrio tra ricavi (comprensivi dei trasferimenti regionali) e costi. Ed è al vincolo del pareggio di bilancio che è subordinata la prosecuzione del mandato del Direttore Generale nominato dalla Regione.

⁴⁶ L'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 definiva l'Unità Sanitaria Locale “azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica”. Successivamente, il D.Lgs. n. 229/1999 ha assegnato alle ASL e alle aziende ospedaliere “autonomia imprenditoriale”.

4.2 LA METODOLOGIA DI RICERCA

La presente analisi empirica ha la finalità di determinare l'impatto della *gender diversity* sulla *performance* di un campione di aziende sanitarie italiane.

L'elenco degli ospedali pubblici italiani è stato estratto dalla sezione *open data* del sito del Ministero della Salute. Di conseguenza, è stato creato un database contenente i dati sulle aziende sanitarie pubbliche italiane nell'anno 2021. Il campione iniziale, quindi, comprende tutte le aziende sanitarie pubbliche italiane, ed è costituito da 200 aziende sanitarie pubbliche italiane, di cui 99 ASL, 53 AO, 17 AOU, 9 AOUI, 18 IRCCS e 4 IRCCSF.

La fase successiva consiste nella raccolta di dati di *governance*, diversità di genere e dati finanziari necessari per testare l'ipotesi. In primo luogo, le informazioni sulla *governance* (Direttore generale, sanitario e amministrativo) e le informazioni sulla localizzazione, il tipo, le dimensioni e l'età sono state raccolte dai siti web ufficiali delle aziende sanitarie campionate. In secondo luogo, i dati finanziari sono stati recuperati dal bilancio ufficiale sulla base della contabilità pubblicata dalle aziende sanitarie sui loro siti web in una sezione specifica chiamata "Amministrazione Trasparente". La raccolta dei dati si riferisce al 2021 perché è l'ultimo anno che ci ha permesso di catturare il maggior numero di osservazioni. Come risultato di questa fase, 50 aziende sanitarie sono state cancellate dal campione iniziale a causa della mancanza di dati finanziari, portando a un campione finale di 150 unità, tra cui 80 ASL, 39 AO, 13 AOU, 6 AOUI, 9 IRCCS e 3 IRCCS fondazioni (Tabella 1).

Tabella 1. Descrizione del campione

AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE	CODIFICA	NUMERO	%
Aziende Sanitarie Locali	ASL	80	53%
Aziende Ospedaliere	AO	39	26%
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	IRCCS	9	6%
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico costituiti in fondazioni	IRCCS fondazioni	3	2%
Aziende ospedaliere universitarie	AOU	13	9%
Aziende ospedaliere universitarie integrate con il servizio sanitario nazionale	AOUI	6	4%
TOTALE		150	100%

Fonte: Ministero della Salute

4.3 DEFINIZIONE DEL MODELLO E DELLE VARIABILI UTILIZZATE

Un modello di regressione OLS è stato stimato per valutare la misura in cui le variabili esplicative selezionate influenzano i risultati finanziari del campione di 150 aziende sanitarie pubbliche italiane.

Le variabili indipendenti scelte come *proxy* della *gender diversity* fanno riferimento alle tre posizioni della gestione strategica delle aziende sanitarie italiane si articola in tre diverse posizioni definite dalla Legge 502/92: Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo la cui funzione principale è quella di guidare il sistema organizzativo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, coordinando le strutture organizzative (Anessi-Pessina e Cantù, 2017; Nicolò et al., 2022).

Ognuno di questi direttori ha compiti e competenze specifiche.

- Il Direttore Generale è responsabile per le prestazioni generali delle aziende sanitarie, per la gestione dei rapporti con gli *stakeholders* esterni, e nomina il

direttore amministrativo e il direttore sanitario (Manes-Rossi et al., 2020; Zuccatelli et al., 2009). I suoi compiti sono quelli di verificare che sia rispettata la corretta ed economica gestione delle risorse assegnate, accertarsi dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa⁴⁷.

- Il Direttore Amministrativo è responsabile di tutte le procedure amministrative e supervisiona i compiti operativi assegnati ai dirigenti subordinati (Manes-Rossi et al., 2020; Naciti et al., 2021). Il Direttore Amministrativo assiste, secondo la sua competenza, il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni e si assume la responsabilità diretta delle funzioni attribuite, concorrendo alla formazione delle decisioni della Direzione Generale, con la formulazione di proposte e pareri. Conduce i servizi amministrativi e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza devolutesi dall'ordinamento; svolge attività di indirizzo e coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi; definisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti anche straordinari, contingibili e/o urgenti, sugli atti relativi alle materie di competenza; cura sotto il profilo gestionale la organizzazione, la gestione delle risorse umane; contribuisce alla definizione dei rapporti e dei relativi accordi di natura convenzionale con le Università degli Studi, firma i documenti contabili e cura la ricezione delle deliberazioni adottate dal Direttore Generale.
- Il Direttore Sanitario è un professionista sanitario e ha la responsabilità delle procedure relative ai protocolli sanitari (Manes-Rossi et al., 2020; Naciti et al., 2021). Il Direttore Sanitario assiste, secondo la sua competenza, il Direttore

⁴⁷ D. Lgs 502/1992: "Il direttore generale è responsabile della gestione complessiva dell'azienda sanitaria, ne ha la rappresentanza legale e nomina i responsabili delle strutture operative secondo i criteri e le modalità stabilite dalla normativa nazionale".

Generale nell'esercizio delle sue funzioni e si assume la responsabilità diretta delle funzioni attribuite, concorrendo con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale. In particolare guida i servizi sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi; svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari e promuove l'integrazione dei servizi stessi; definisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti anche straordinari, contingibili e/o urgenti; è responsabile dell'attività di farmacovigilanza; contribuisce alla definizione dei rapporti e dei relativi accordi di natura convenzionale con le Università degli Studi, svolge funzioni eventualmente delegate dal Direttore Generale su specifiche materie; cura l'attuazione dei programmi di formazione e aggiornamento del personale del ruolo sanitario.

Come *proxy* della *performance* finanziaria è stato utilizzato l'indice di compensazione.

In Italia in fenomeno della mobilità sanitaria, di cui si è parlato nei capitoli precedenti, comporta importanti conseguenze di tipo economico e finanziario (Posteraro, 2018). Di fatti, al momento della ripartizione del FSN tra le regioni, si considera il saldo della mobilità ai fini del calcolo della quota da assegnare alle singole regioni e aziende sanitarie. Dal punto di vista finanziario la mobilità attiva, che esprime l'indice di attrazione di una Regione (*mobilità extraregionale*) o di un'organizzazione sanitaria (*mobilità intra-regionale*), identificando le prestazioni sanitarie offerte da una Regione ad assistiti non residenti, rappresenta una voce di credito; quella passiva, che esprime l'indice di fuga di una Regione o di un'organizzazione sanitaria, identificando le prestazioni sanitarie dei residenti di una Regione effettuate fuori da questa, rappresenta, invece, una voce di debito. La compensazione della mobilità diventa quindi elemento

importante per riconoscere l'effettiva attrattività delle regioni più performanti e per misurare la capacità produttiva dell'azienda sanitaria individuale (Moirano, 2012).

Inoltre, per migliorare l'accuratezza del modello di regressione e minimizzare le distorsioni, è stato testato l'effetto di quattro variabili di controllo che potrebbero influenzare la *performance* finanziaria.

La localizzazione si riferisce alla posizione in cui si trova la specifica organizzazione sanitaria, in particolare nord/centro o sud dell'Italia. Il tipo riguarda il modello organizzativo adottato dalle specifiche aziende pubbliche (azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliero universitaria, azienda ospedaliera universitaria integrata con il SSN, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico costituiti in fondazioni). La dimensione delle aziende sanitarie è data dal numero di posti letto disponibili (sia ordinari che in Day Hospital) presso ciascuna struttura. L'età viene calcolata in riferimento all'anno di fondazione di ciascuna tipologia di azienda sanitaria.

Pertanto, il seguente modello è stato definito:

$$\begin{aligned} \text{Performance finanziaria} = & \beta_0 + \beta_1 (\text{Direttore Generale}) + \beta_2 (\text{Direttore Amministrativo}) \\ & + \beta_3 (\text{Direttore Sanitario}) + \beta_4 (\text{Localizzazione}) + \beta_5 (\text{Tipo}) + \beta_6 (\text{Dimensione}) + \beta_7 \\ & (\text{Età}) + \epsilon_i. \end{aligned}$$

β_0 è la costante e ϵ_i sono i termini di errore o disturbo delle aziende sanitarie.

L'*indice di compensazione*, utilizzato come indicatore della *performance* finanziaria, è stato costruito come rapporto ottenuto dividendo il saldo della mobilità attiva e passiva - in relazione alle attività ospedaliere, ambulatoriali e riabilitative - e il costo totale di

produzione, ed esprime l'attrazione o la fuga di risorse, in percentuale sui costi totali di produzione. Il quoziente considera la mobilità relativa alla compensazione regionale e quella connessa alla fatturazione attiva e passiva che intercorre direttamente fra le aziende sanitarie (Cinquini et al, 2005).

Le tre variabili indipendenti (β_1 - β_3) rappresentano il proxy della diversità di genere.

La diversità di genere nelle posizioni di direzione strategica è stata misurata da tre variabili binarie distinte (Tartaglia Polcini et al., 2021; Nicolò et al., 2022)

Pertanto, per considerare le peculiarità e la rilevanza della struttura di *governance* delle aziende sanitarie italiane, sulla base delle tre figure di *governance*, abbiamo valutato la rappresentanza femminile in ciascuno di essi utilizzando tre variabili:

- DG = Direzione Generale. Questa variabile è dicotomica e assume il valore (1) se la posizione di Direttore Generale è detenuta da una donna e (0) altrimenti.
- DA = Direzione Amministrativa. Questa variabile è dicotomica e assume valore (1) se la posizione del direttore amministrativo è detenuta da una donna e (0) in caso contrario.
- DS = Direzione sanitaria. Questa variabile è dicotomica e assume il valore (1) se una donna detiene la posizione di direttore sanitario e (0) in caso contrario.

Inoltre, le approssimazioni delle variabili di controllo (β_4 - β_6) sono le seguenti:

- La localizzazione è rappresentata da una variabile dicotomica pari a (1) se l'azienda sanitaria si trova nel Sud Italia e (0) se non lo è (Pizzi et al., 2021; Nicolò et al., 2022)
- Il tipo è stato calcolato da una variabile binaria uguale a (1) se l'azienda sanitaria è un LHA e (0) altrimenti.
- La dimensione è stata misurata come il logaritmo naturale del numero di letti degli ospedali (Arena et al., 2021)
- L'età è stata misurata come il logaritmo naturale della differenza tra il 2021 e l'anno di fondazione di ogni azienda sanitaria (Shahzad et al., 2019., Tartaglia Polcini et al., 2021)

4.4 I RISULTATI

La tabella 2 mostra i risultati delle statistiche descrittive per le variabili indipendenti, indicando i valori minimi, massimi e medi, nonché la deviazione standard.

Tabella 2. Statistiche descrittive

Variabili continue	Minimo	Massimo	Media	Deviazione standard
Indice di compensazione	-11,180	6,922	0,116	1,213
Dimensione	102	9415	894,74	987,423
Età	2	95	18,313	16,642
Variabili dicotomiche	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Direttore Generale	34	23%	116	77%
Direttore Amministrativo	59	39%	91	61%
Direttore Sanitario	57	38%	93	62%
Localizzazione	41	27%	109	73%
Tipo	80	53%	70	47%

Come indicato nella tabella 2, la proporzione di donne impiegate nelle tre posizioni di governo analizzate è bassa. Ad esempio, solo il 23% dei direttori generali, il 39% degli amministratori delegati e il 38% dei direttori sanitari sono donne. La loro partecipazione alla gestione strategica delle aziende sanitarie italiane è quindi sottorappresentata (EU, 2020).

Inoltre, mentre la variabile Dimensione varia da un minimo di 102 ad un massimo di 9415, presentando un valore medio di 894,74, l'Età ha una media di 18,31, con un minimo di 2 e un massimo di 95. Per quanto riguarda le variabili Localizzazione e Tipo, i risultati indicano che il 27% delle aziende sanitarie si trova nel Sud Italia e il 53% è costituito da ASL.

La tabella 3 presenta la matrice di correlazione di Pearson per le variabili dipendenti e indipendenti. Tutti i valori di correlazione sono al di sotto della soglia critica di 0,8, indicando nessun grave problema di multicollinearità (Farrar e Glauber, 1967).

Tabella 3. Analisi di correlazione

	1	2	3	4	5	6	7	8
Indice di compensazione	1	.001	.144	-.133	-.246**	-.148	-.046	-.031
Direttore Generale		1	.020	.068	.028	-.153	-.106	-.026
Direttore Amministrativo			1	-.152	-.013	-.096	-.137	-.045
Direttore Sanitario				1	-.011	-.141	-.004	.042
Tipo					1	-.056	.043	-.178*
Localizzazione						1	-.174*	.312**
Dimensione							1	-.162*
Età								1
* . La correlazione è significativa a livello 0.05 (a due code).								
** . La correlazione è significativa a livello 0.01 (a due code).								

La tabella 4 mostra i risultati del modello di regressione OLS. Le ipotesi del modello di regressione sono state testate per l'eteroschedasticità (White test) (Mertens, 2017). Il “White test” ha fornito *p-values* che non erano significativi, eliminando così i problemi di eteroschedasticità.

Il modello di regressione è statisticamente significativo (*p-value* < 0.01) con un valore R2 corretto di 0.08.

Tabella 4. Analisi di regressione

	<i>Coefficiente</i>	<i>Errore standard</i>	<i>T-statistic</i>	<i>p-value</i>	<i>Sig</i>
Costante	1,303	0,789	1,651	0,101	
Direttore Generale	-0,0545	0,116	-0,471	0,638	
Direttore Amministrativo	0,230	0,137	1,677	0,096	*
Direttore sanitario	-0,363	0,251	-1,444	0,151	
Tipo	-0,622	0,205	-3,034	0,003	***
Localizzazione	-0,489	0,358	-1,369	0,173	
LN Dimensione	-0,089	0,097	-0,919	0,359	
LN Età	-0,032	0,096	-0,333	0,739	

Media variabile dipendente 0,116 Dev. Std. Variabile 1,213

dipendente

Somma dei residui quadrati 191,689 Regressione errore standard 1,162

R² 0,126 R² Corretto 0,083

F (7, 71) 3,572 P-value(F) 0,001

Note: Significativa per un *p-value* < 0.10; ** Significativa per un *p-value* < 0.05; *** Significativa per un *p-value* < 0.01

White test: T statistic: LM = 34,760; *p-value* = $p(\chi^2(30) > 34,760) = 0,251$ (no heteroskedasticity)

I risultati evidenziano che solo la variabile Direttore Amministrativo appare statisticamente (a un livello del 10%) significativa con un impatto sulla *performance* finanziaria, mentre la variabile Direttore Generale e la variabile Direttore Sanitario non lo fanno. Questo conferma parzialmente la nostra ipotesi.

La *performance* finanziaria è anche correlata negativamente e statisticamente con la variabile del “tipo”.

Questo risultato indica che le ASL hanno prestazioni inferiori rispetto agli altri tipi di Aziende Ospedaliere in termini economici.

4.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

In linea con alcuni studi precedenti (Naranjo-Gil et al., 2008; Abor, 2017; Saporito et al., 2019; Buchner et al., 2014; Tartaglia-Polcini et al., 2021; Naciti et al., 2021), i risultati del nostro studio suggeriscono che un maggiore coinvolgimento femminile nella *governance* delle aziende sanitarie come direttore amministrativo porta ad una maggiore capacità di ottenere buone prestazioni finanziarie. I risultati, in linea con la *Stakeholder theory*, mostrano che le donne direttore amministrativo durante il COVID-19 hanno generato una maggiore attrattiva tra i pazienti italiani dimostrando la loro capacità di soddisfare le aspettative dei diversi gruppi di *stakeholders* che controllano le risorse strategiche.

Inoltre, in linea con la RDT, le donne del consiglio sono state in grado di gestire l'ambiente incerto derivante dal COVID-19, bilanciando l'obiettivo primario del benessere della comunità con la necessità di prestazioni finanziarie adeguate.

Durante il COVID-19 il SSN è stato governato da una cultura organizzativa del tipo "mission-driven", guidata da un senso di urgenza per il raggiungimento degli scopi istituzionali, per cui è stato necessario attivare nuovi e veloci processi decisionali (Longo e Ricci, 2020).

Il direttore amministrativo è responsabile di tutte le procedure amministrative e supervisiona i compiti operativi assegnati ai dirigenti subordinati (Manes-Rossi et al., 2020; Naciti et al., 2021). Di conseguenza, le procedure amministrative sono state selezionate per raggiungere l'obiettivo di gestione in modo rapido ed efficace, massimizzando i rischi procedurali per i manager.

Le fasi acute della pandemia hanno determinato il crearsi di situazioni di stress oggettivo e sovraccarico operativo, a fronte del quale la direzione spesso doveva decidere molto rapidamente e da sola. Le procedure amministrative erano diventate flessibili,

modificando i processi formali ma rimanendo basate sul rispetto dei principi pubblici di base (Longo e Ricci, 2020).

Dovremmo anche considerare i limiti di accesso alle risorse pubbliche, che nel periodo considerato non erano più dovuti a vincoli finanziari, ma all'indisponibilità dei fattori di produzione nel periodo di emergenza.

Possiamo dedurre che i direttori amministrativi donne hanno dimostrato coraggio, potere decisionale, e sostanziale lungimiranza nelle loro scelte, nonostante informazioni incerte e in perenne cambiamento (Longo e Ricci, 2020).

A differenza della correlazione positiva con la diversità di genere, la *performance* finanziaria è correlata negativamente e statisticamente con la variabile del tipo. Questo risultato indica che le ASL hanno prestazioni inferiori rispetto ad altri tipi di aziende sanitarie in termini economico-finanziari.

Questo risultato è in linea con gli studi di Cifalinò e Vendramini (2015), Chang (2006) e Giuffrida et al. (2000).

La relazione negativa tra ASL e *performance* finanziaria può essere giustificata dal presupposto che nelle ASL vi sia uno scarso uso di PMS (Cifalinò e Vendramini, 2015). Ciò può essere spiegato dai risultati di Chang (2006), il cui studio mostra che i manager delle ASL percepiscono gli indicatori di *performance* scelti dai governi centrali come un meccanismo di controllo top-down. Inoltre, Giuffrida (2000) nel suo studio, ha trovato le ASL meno efficienti delle altre aziende sanitarie.

Per spiegare questo risultato, possiamo considerare la differenza strutturale nella modalità di finanziamento delle ASL e degli altri tipi di aziende sanitarie.

Un aspetto fondamentale che influisce sull'interpretazione dell'equilibrio economico delle ASL è la mancanza di correlazione tra i ricavi (finanziamenti regionali) e il volume dei servizi sanitari forniti. Infatti, le ASL, come anticipato nei paragrafi precedenti sono

finanziate dalle regioni in base alle esigenze teoriche in relazione al numero di abitanti corretto da alcuni parametri specifici (ad esempio, anzianità media della popolazione, caratteristiche geografiche, epidemiologiche) (Cinquini et al., 2005).

Differentemente funziona per le altre aziende sanitarie, i cui ricavi sono costituiti dalle tariffe dei servizi sanitari (valutate sulla base del sistema DRG), e sono finanziati dalle regioni sulla base del volume dei servizi sanitari forniti (Cinquini et al., 2005).

Le altre aziende sanitarie (AO, AOUI, AOU, IRCCS, IRCCSF), pertanto, sono più incoraggiate ad aumentare la produzione interna per ottenere maggiori finanziamenti e raggiungere più facilmente l'equilibrio di bilancio (Spandonaro, 2015). Ciò dimostra che le altre aziende sanitarie sono più focalizzate sulla qualità dei servizi offerti per aumentare i ricavi e l'attrattività, mentre le ASL cercano di ridurre l'uso di input per ridurre i costi (Schiavone, 2008). Come vediamo dai risultati, le ASL sono meno attraenti con un indice di compensazione inferiore.

CONCLUSIONI

Storicamente, la *governance* e la *mission* prevalente del SSN sono state caratterizzate da profondi processi di trasformazione.

L'individuazione di soluzioni manageriali e strategiche finalizzate a migliorare da una parte l'efficiamento delle prestazioni in favore degli utenti e, dall'altra, il necessario riequilibrio economico-finanziario coadiuva il percorso di risanamento avviato negli ultimi anni nel sistema sanitario italiano.

L'esigenza di elevare i livelli di *performance* dei sistemi di produzione ed erogazione, nonché di migliorare gli *output* e gli *outcome* delle attività, è la pietra angolare del processo di trasformazione delle organizzazioni del settore sanitario. La tendenza ad applicare criteri analoghi a quelli tipici delle imprese private, ha favorito l'applicazione al settore sanitario delle logiche e delle metodologie proprie delle discipline aziendali e l'affermazione di un diffuso orientamento manageriale volto all'efficacia e all'efficienza dell'organizzazione dei servizi diretti alla collettività. Con l'avvento del MPM, i PMS sono divenuti uno strumento centrale caratterizzante la trasformazione della pubblica amministrazione. In particolare, l'utilizzo della contabilità economica e finanziaria nonché l'uso di meccanismi per misurare la *performance* e valutarne i risultati hanno segnato l'evoluzione della cultura aziendale. Il nuovo sistema di accounting diventa quindi uno strumento di *governance* cruciale che fornisce ai manager informazioni utili sia a fini valutativi che decisionali (Malmrose, 2019) e offre soluzioni al problema del contenimento della spesa pubblica (Pollit e Bouckaert, 2017).

Le patologie cliniche e le emergenze sanitarie in aumento determinano la necessità di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e il grado di soddisfazione degli utenti, a fronte di un uso razionale delle risorse economiche e ha reso imprescindibile lo sviluppo di soluzioni innovative in grado di incrementare l'efficienza ed efficacia della funzione

direzionale delle aziende sanitarie, tramite lo sviluppo di una nuova *governance* maggiormente partecipativa, capace di favorire il coordinamento e produttività dell'organizzazione, in un'ottica di aumento generale della *performance* (Paoloni et al., 2021; Arena et al., 2021).

Negli ultimi anni, la questione della diversità di genere ha assunto un'importanza sempre maggiore, spingendo le istituzioni e i responsabili politici di tutto il mondo a emanare misure e raccomandazioni normative - sia sovranazionali (Unione europea) che nazionali (ad esempio Norvegia, Italia, Belgio e Francia) - per ridurre il “*tetto di vetro*” che per molti anni ha separato le donne sia dai ruoli economici e politici di responsabilità.

La consapevolezza che la presenza delle donne a vari livelli del processo decisionale aziendale potrebbe favorire un prolifico scambio di opinioni, competenze e abilità, nonché aumentare la capacità di *problem-solving* nel governo societario, creando conseguenti ripercussioni positive sul livello generale di *performance*, ha rappresentato la principale leva motivazionale di queste misure volte a favorire l'equilibrio di genere nella *governance* e nel *top management* di aziende sia pubbliche che private.

Il dibattito sul potenziale della diversità di genere è anche maturato rapidamente tra gli accademici che hanno portato alla luce numerosi studi empirici per testare l'impatto della presenza delle donne nella *governance* o le posizioni di responsabilità manageriale sulla *performance* finanziaria di organizzazioni pubbliche e private.

Tuttavia, l'attenzione di quest'ultimo è stata dedicata principalmente al settore delle imprese private, mentre quella delle imprese pubbliche, e in particolare nelle aziende sanitarie - nonostante l'importanza che le donne possono assumere nel superare la resistenza al cambiamento tipica di tali aziende e favorire l'adozione di ottica orientata verso un concetto di prestazioni esteso - è stato trascurato per lungo tempo (De Reggee e Eeckloo, 2020; Erhardt et al., 2003; Carter et al., 2010).

Partendo da queste premesse, il presente studio ha cercato di colmare questa lacuna, contribuendo alla letteratura esistente attraverso l'analisi empirica del potenziale rapporto tra la presenza delle donne nella *governance* di un campione di 150 organizzazioni appartenenti al settore sanitario pubblico italiano e la *performance* finanziaria, assumendo le prospettive teoriche della *Stakeholder theory* e della *Resource Dependence Theory*. In linea con tali teorie, i risultati dimostrano che nelle aziende sanitarie italiane, una maggiore presenza delle donne nelle posizioni di maggior responsabilità a livello gestionale assicura un plus di *knowledge*, expertise e competenze, ma anche in termini di creatività ed approcci innovativi che, in un settore come quello dell'*healthcare*, tipicamente caratterizzato da lentezza burocratica, sprechi e inefficienze, concorrono a migliorare la *performance* finanziaria. E soprattutto negli ultimi anni, caratterizzati dalla pandemia Covid-19, e in particolare nell'anno analizzato nel presente lavoro, il *management* delle aziende sanitarie è stato decisivo. Le direzioni strategiche hanno contribuito in modo molto significativo a determinare gli indirizzi aziendali, e soprattutto i risultati ottenuti, in termini di esiti sanitari, ma soprattutto di innovazione dei modelli organizzativi e di trasformazione della cultura aziendale.

Il *management*, infatti, ha dovuto in tempi rapidissimi, non solo assumere decisioni, ma anche comunicare verso l'esterno, e negoziare con una pluralità di istituzioni e *stakeholders* (regione, protezione civile, strutture commissariali, centrali di acquisto, enti locali, prefettura, ecc.) (Longo e Ricci, 2021).

I risultati confermano l'ipotesi formulata e lo studio si pone in linea con i risultati della prevalente letteratura sul tema, che indaga le ripercussioni della presenza delle donne nelle posizioni di *top management* sulla *performance* delle aziende sanitarie (es. Arena et al., 2021; Naranjo-Gil et al., 2008; Galindo, 2006; Abor, 2017; Buchner et al., 2014; Naciti et al., 2021; Tartaglia-Polcini et al., 2021).

I risultati osservati rafforzano la convinzione che le donne possono rappresentare una fondamentale leva di cambiamento organizzativo a livello di *governance* garantendo, da una parte una maggiore propensione all'innovazione e all'efficientamento interno dei processi e dall'altra una maggiore sensibilità alle rinnovate esigenze cliniche degli utenti (Arena et al., 2021). Da ciò derivano delle ricadute positive in termini di *performance* operativa ed economica (Saporito et al., 2019). Invero, la compensazione della mobilità sanitaria rappresenta un elemento importante per riconoscere l'effettiva attrattività delle regioni più performanti e per misurare la capacità produttiva delle aziende sanitarie (Moirano, 2012). Infatti, è considerato uno degli indicatori di efficacia gestionale (Cantù, 2002) e manageriale (Cinelli et al., 2021) e può quindi essere utilizzato per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti da diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come un indicatore della reputazione degli stessi (Cinelli et al., 2021).

Considerata la relazione positiva tra la figura del direttore amministrativo donna e l'indice di compensazione (utilizzato come proxy della *performance* finanziaria), possiamo dedurre che la partecipazione delle donne nella gestione strategica delle organizzazioni italiane di sanità pubblica, seppur sottorappresentata, genera un effetto positivo sulla *performance* delle aziende sanitarie, perseguendo una maggiore qualità delle prestazioni, evitando l'emigrazione sanitaria verso altre strutture e attraendo parte della domanda sanitaria esterna.

Dal punto di vista delle implicazioni pratiche, questo studio prende la stessa linea di politici e regolatori che - da anni ormai - lavorano per promuovere la parità di genere a livello economico e politico. Con l'obiettivo n.5 di sostenibilità, le Nazioni Unite hanno espressamente dichiarato che la piena ed effettiva partecipazione delle donne a tutti i

livelli decisionali nella vita politica, economica e pubblica è un'ambizione cui tutte le nazioni devono aspirare.

Allo stesso tempo, sulla base delle varie politiche avviate a livello centrale, come la più recente strategia per l'uguaglianza di genere 2020-2025 - gli Stati membri dell'UE stanno acquisendo la leadership nel garantire elevati livelli di parità di genere.

Il presente studio può essere un punto di partenza per l'attuazione di misure che guardano con particolare attenzione al settore pubblico e, in particolare, al settore sanitario, che sta attraversando da anni un momento di grave crisi e che ha, pertanto, bisogno di strategie innovative per il suo rilancio.

Questo studio vuole quindi stimolare gli operatori del settore ad includere efficacemente le donne nelle posizioni di *leadership* delle aziende sanitarie pubbliche italiane per consentire la produzione dei vari effetti dimostrati dagli studi precedenti.

Tuttavia, questo studio non è esente da limitazioni che possono rappresentare punti di partenza per la ricerca futura.

Prima di tutto, lo studio è stato condotto in un solo anno. Studi futuri potrebbero ampliare l'analisi in diversi anni verificando - attraverso uno studio longitudinale - l'impatto della diversità di genere sulle prestazioni delle aziende sanitarie. In secondo luogo, l'analisi si limita a un campione di aziende appartenenti al settore sanitario italiano. La ricerca futura potrebbe confrontare diversi paesi europei, tenendo conto delle differenze esistenti nel contesto teorico, sociale ed economico.

BIBLIOGRAFIA

Abor, P.A. (2017). “*Examining gender diversity on hospital boards in Ghana*”. *International Journal of Health Governance*. 22, 4, 269-282. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHG-04-2017-0016>

Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A., & Lewis, S. (2006). “*Performance measurement in healthcare: part II—state of the science findings by stage of the performance measurement process*”. *Healthcare Policy*. 2,1, 56. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2006.18338>

Adams, R. & Ferreira, D. (2009). “*Women in the Boardroom and their Impact on Governance and Performance*”. *Journal of Financial Economics*. 94, 2, 291–309. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jfineco.2008.10.007>

Adinolfi, P. (2005). “*L'aziendalizzazione delle pubbliche amministrazioni: teoria e pratica a confronto*”. *Azienda Pubblica*. 18, 1, 11-32.

Andrades-Peña, F.J., Larrán Jorge, M., Muriel de los Reyes, M.J., & Calzado Cejas, M.Y. (2020). “*Influential variables of sustainability disclosures by Spanish public hospitals*”. *Public Performance & Management Review*. 43, 6, 1390-1412. DOI: <https://doi.org/10.1080/15309576.2020.1765816>

Anessi-Pessina, E. (2000). “*Principles of public management*”, Egea, Milano.

Anessi-Pessina, E. (2003). “*L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?*”. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2003*. 193-222. Egea.

Anessi-Pessina, E. & Cantù, E. (2017). “*Multiple logics and accounting mutations in the Italian National Health Service*”. *Accounting Forum*. 41, 1, 8-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2017.03.001>

Anselmi, L., Donato, F., Marinò, L., Pavan, A., & Zuccardi Merli, M. (2013). *“Il declino del sistema dei controlli manageriali nelle pubbliche amministrazioni. Dal federalismo ai costi standar”* Franco Angeli, Milano.

Aquino, S. (2013). *““Aziendalizzazione”, nuova governance, e performance delle Amministrazioni Pubbliche: un confronto internazionale”*. *Economia Aziendale Online*. 3, 3-4, 321-348.

Arena, C., Catuogno, S., Saggese, S., & Sarto, F. (2019). *“Gender Diversity in Public Hospitals’ TMT: The Impact on Financial and Non-Financial Performance”*. In *ICGR 2019 2nd International Conference on Gender Research*, April, 43-50, 2019, X, XIII, XXII. Reading: Academic Conferences International Limited.

Arena, C., Catuogno, S., Saggese, S., & Sarto, F. (2021). *“The adoption of e-Health in public hospitals. Unfolding the gender dimension of TMT and line managers”*. *Public Management Review*. 23, 10, 1553-1579. DOI: <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1775280>

Armeni, P., Costa, F., & Ferre, F. (2014). *“I settori contigui alla sanità: struttura e performance delle imprese farmaceutiche, di dispositivi medici e delle farmacie in Italia”*. In *Rapporto Oasi 2014*, 241-293. Egea.

Arnaboldi, M., & Azzone, G. (2010). *“Constructing performance measurement in the public sector”*. *Critical perspectives on accounting*. 21, 4, 266-282. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2010.01.016>

Athanasopoulou, A., Moss-Cowan, A., Smets M., & Morris T. (2018). *“Claiming the corner office: Female CEO careers and implications for leadership development”*. *Human Resource Management*. 57, 617-639. DOI: <https://doi.org/10.1002/hrm.21887>

Aversano, N., Ferullo, D., Nicolò, G., & Ardito, N. (2023). *“Performance reporting in the healthcare sector: evidence from Italian healthcare organisations”*. *International Journal*

of Productivity and Performance Management. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-07-2022-0341>.

Barzan, E., Notarnicola, E., & Rota, S. (2019). *“Performance economiche delle aziende ospedaliere: quali strategie per li risanamento aziendale?”*. In Rapporto OASI 2019. 491-526. Milano: Egea.

Blank, J.L., & Van Hulst, B.L. (2011). *“Governance and performance: the performance of Dutch hospitals explained by governance characteristics”*. Journal of Medical Systems, 35, 5, 991–999. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9437-8>

Bonollo, E., & Zuccardi-Merli, M. (2016). *“Le Relazioni sulla performance nelle aziende della sanità pubblica: verso una maggiore trasparenza dei risultati raggiunti: un’analisi empirica”*. Mecosan: Management Ed Economia Sanitaria. 99, 3, 43-73. DOI: <https://doi.org/10.3280/MESA2016-099003>

Borgonovi, E., & Catuogno, S. (2022). *“Diversità di genere, leadership e performance nelle aziende di tutela della salute”*. Mecosan. 2021/120. DOI: <https://doi.org/10.3280/MESA2021-120001>

Bubbico, F., Cepiku, D., Colangelo, R., D'Adamo, A., Giordano, R., Meneguzzo, M., & Siniscalchi, A. (2006). *“Governance pubblica: approcci teorici ed esperienze.”*

Büchner, V.A., Schreyögg, J., & Schultz, C., (2014). *“The impact of the board’s strategy-setting role on board-management relations and hospital performance”*. Health Care Management Review. 39, 4, 305-317. DOI: <https://doi.org/10.1097/hmr.0b013e31829fca10>

Burns, L.R., Gimm, G., & Nicholson, S. (2005). *“The financial performance of integrated health organisations”*. Journal of Healthcare Management. 50, 3, 191-211. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00115514-200505000-00009>.

Cadbury, S.A. (2000). *“The corporate governance agenda”*. Corporate Governance: An International Review. 8, 1, 7-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8683.00175>

Campbell K., & Mínguez-Vera A. (2008). “*Gender diversity in the boardroom and firm financial performance*”. *Journal of business ethics*. 83, 3, 435-451. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10551-007-9630-y>

Cantù, E. (2002). “*La struttura del SSN italiano*”, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.

Cantù, E., Notarnicola, E., & Anessi Pessina, E. (2015). “*L’evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche*”. In *Rapporto OASI 2015*. 505-545. Egea.

Carter, D. A., D’Souza, F., Simkins, B. J., & Simpson, W. G. (2010). “*The Gender and Ethnic Diversity of US Boards and Board Committees and Firm Financial Performance*”. *Corporate Governance: An International Review*. 18, 5, 396–414. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8683.2010.00809.x>

Caruana, J., Brusca, I., Caperchione, E., Cohen, S., & Rossi, F. M. (Eds.). (2019). “*Financial Sustainability of Public Sector Entities: The Relevance of Accounting Frameworks*”. Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-06037-4>

Castro, M. F., Guccio, C., Pignataro, G., & Rizzo, I. (2014). “*The effects of reimbursement mechanisms on medical technology diffusion in the hospital sector in the Italian NHS*”. *Health Policy*. 115, 2-3, 215-229. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.12.004>

Catalyst (2018). “*Why diversity and inclusion matter: Quick take.*” Catalyst. org.

Cepiku, D. (2005). “*Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA.*” *Azienda pubblica*. 1, 84-110.

Chang, L.C. (2006). “*Managerial responses to externally imposed performance measurement in the NHS: an institutional theory perspective*”. *Financial accountability & management*. 22, 1, 63-85. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0267-4424.2006.00393.x>

Cifalinò, A., & Vendramini, E. (2015). *“La diffusione e l'utilizzo delle misure di performance dei servizi di assistenza primaria nel SSN”*. *Economia Aziendale Online*. 6, 2, 63-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.6092/2038-5498/6.2.63-77>

Cinelli, G., Meda, F., & Gugiatti, A. (2021). *“La struttura e le attività del SSN”*. In *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, 37-115.

Cinquini, L., Nuti, S., Boccaccio, A., & Rainieri, M. (2005). *“Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana”*. *Mecosan*. 14, 54.

Claudi, M.C. (2003). *“Il diritto alla tutela della salute nello scenario europeo e federalistico”*. In *Rapporto Sanità 2003*.

Cohen, S., & Karatzimas, S. (2015). *“Tracing the future of reporting in the public sector: Introducing integrated popular reporting”*. *International Journal of Public Sector Management*. 28, 6, 449–460. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-11-2014-0140>

Commissione Europea (2012). *Proposta di direttiva del parlamento europeo e del consiglio relativa al miglioramento dell'equilibrio di genere tra gli amministratori non esecutivi delle società quotate in borsa e misure connesse*.

Commissione Europea (2017) *Parere del Comitato economico e sociale europeo sul “Piano d'azione dell'UE per il 2017-2019 — Affrontare il problema del divario retributivo di genere”*.

Commissione Europea (2020). *Comunicazione della commissione al parlamento europeo, al consiglio, al comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni. “Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025”*.

Connolly, C., Hyndman, N., & McConville, D. (2013). *“UK charity accounting: An exercise in widening stakeholder engagement”*. *The British Accounting Review*. 45, 1, 58-69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bar.2012.12.006>

Corsi, K., Ezza, A., Fadda, N., Giovanelli, L., Pinna, M., & Rotondo, F. (2016). *“Modelli di management nel settore sanitario. Criticità e prospettive”*. G Giappichelli Editore.

Daily, C. M., Dalton, D. R., & Canella, A. A. (2003). *“Corporate Governance: Decades of Dialogue and Data”*. *Academy of Management Review*. 28, 3, 371-382. DOI: <https://doi.org/10.2307/30040727>

De Angelis, C.T. (2013). *“Models of governance and the importance of KM for public administration”*. *Journal of Knowledge Management Practice*. 14, 2, 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1080/01900692.2013.791315>

De Regge, M., & Eeckloo, K. (2020). *“Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research”*. *Social Science & Medicine*. 262, 113252. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>

De Vos, M., Graafmans, W., Kooistra, M., Meijboom, B., Van Der Voort, P., & Westert, G. (2009). *“Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature”*. *International Journal for Quality in Health Care*. 21,2, 119-129. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn059>

Del Gesso, C. (2017) *“L’interdipendenza tra public governance e accountability nelle Aziende ospedaliero-universitarie”* Franco Angeli, Milano, Italy. 1 – 658.

Di Gaspare, R., & Balduzzi, R. (2002). *“Titolo V e tutela della salute”*. Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V, Giuffrè, Milano.

Dobbin, F., & Jung, J. (2011). *“Corporate Board Gender Diversity and Stock Performance: The Competence Gap or Institutional Investor Bias?”*. *North Carolina Law Review*. 89, 3, 809–838

Donatini, A. (2020). *“The Italian health care system”*. *International Profiles of Health Care Systems*. 117.

Eagly, A.H., & Carli, L.L. (2003). “*The female leadership advantage: An evaluation of the evidence*”. *Leadership Quarterly*. 14, 6, 807-834. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.leafqua.2003.09.004>

Ekadah, J. W., & Mboya, J. (2012). “*Effect of Board Gender Diversity on the Performance of Commercial Banks in Kenya*”. *European Scientific Journal*. 8, 7.

Ellwood, S. & Garcia-Lacalle, J. (2015). “*The influence of presence and position of women on the boards of directors: The case of NHS foundation trusts*”. *Journal of Business Ethics*. 130, 69-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2206-8>

Erhardt, N.L., Werbel, J.D., & Shrader, C.B. (2003). “*Board of director diversity and firm financial performance*”. *Corporate governance: An international review*. 11, 2, 102-111. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8683.00011>

Erwin, C.O., Landry, A.Y., Livingston, A.C., & Dias, A. (2019). “*Effective governance and hospital boards revisited: reflections on 25 years of research*”. *Medical Care Research and Review*. 76, 2, 131–166. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558718754898>

Fan, P. S. (2005). “*Is Board Diversity Important for Firm Performance and Board Independence? - An exploratory study of Singapore Listed Companies*”. *The monetary authority of Singapore*. 1.

Farneti, F. (2004). “*Il progressivo affermarsi del principio di accountability negli enti locali. Le implicazioni di tipo manageriale*”. 300. Franco Angeli, Milano.

Ferrè, F., & Ricci, A. (2012). “*La struttura del SSN*”. In Anessi-pessina, E., Cantù, E., Ferrè, F., Ricci, A. (A cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2012*, Milano. Egea.

Fiorentini, G., Ugolini, C., Virgilio, G. (1999). “*Processi decisionali nella domanda di prestazioni ospedaliere: un'analisi empirica*”. *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri*, a cura di Fabbri D, Fiorentini G. Il Mulino.

Fiori, G., Caramiello, C., & Di Lazzaro, F. (2003). *“Indici di bilancio: strumenti per l'analisi della gestione aziendale”*. 1-487. Giuffrè.

Francoeur, C., Labelle R., & Sinclair-Desgagné B. (2008). *“Gender diversity in corporate governance and top management”*. Journal of business ethics. 81, 1, 83-95. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10551-007-9482-5>

Fusco, A., Galeone, G., Schimperna, F., & Lombardi, R. (2021). *“L'impatto della diversità di genere sul sistema sanitario e sulla leadership: un primo SLR per la ricerca futura”*,.7-19. DOI: <https://doi.org/10.3280/MESA2021-120002>

Galindo, L. (2006). *“Board diversity beyond race, gender, and ethnicity”*. Healthcare Trustees of New York State. New York, NY, 9 September.

Gartner, J.B., & Lemaire, C. (2022). *“Dimensions of performance and related key performance indicators addressed in healthcare organisations: A literature review”*. The International Journal of Health Planning and Management. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.3452>

Gazley, B., Chang, W.K, & Bingham, L.B. (2010). *“Board diversity, stakeholder representation, and collaborative performance in community mediation centers”*. Public Administration Review. 70, 4, 610-620. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2010.02182.x>

Gianessi, E. (1969). *“Considerazioni critiche intorno al concetto di azienda”*. Vol. I. Giuffrè, Milano.

Gigio, L.A., Alampi, D., Camussi, S., Ciaccio, G., Guaitini, P., Lozzi, M., Mancini, A.L., Panicara, E., & Paolicelli, M. (2018). *“La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro”*. Banca d'Italia.

Giovanelli, L. (2013). *“La valutazione delle performance in ambito sanitario. Profili teorici ed evidenze empiriche”*. Torino, Giappichelli.

Giuffrida, A., Lapecorella, F., & Pignataro, G. (2000). *“Organizzazione dell’assistenza ospedaliera: analisi dell’efficienza delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri”*. *Economia Pubblica*. XXX, n. 4. 1000-1024.

Gregory-Smith, I., Main, B. G. M., & O’Reilly, C. A. (2013). *“Appointments, Pay And Performance in Uk Boardrooms By Gender”*. *The Economic Journal*. 124. DOI: <https://doi.org/10.1111/eoj.12102>

Gu, Y., Langabeer II, J. R., & Helton, J. R. (2010). *“Board composition and financial performance in major hospitals”*. *International Journal of Corporate Governance*. 2, 1, 21-30. DOI: <https://doi.org/10.1504/IJCG.2010.035232>

Halachmi, A. (2002). *“Performance Measurement, Accountability, and Improved Performance”*. *Public Performance & Management Review*. 25, 4, 370. DOI: <https://doi.org/10.2307/3381131>

Handler, A., Issel, M., & Turnock, B. (2001). *“A conceptual framework to measure performance of the public health system”*. *American Journal of Public Health*. 91, 8, 1235-1239. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1235>

Haslam, S. A., Ryan, M. K., Kulich, C., Trojanowski, G., & Atkins, C. (2010). *“Investing with Prejudice: The Relationship Between Women’s Presence on Company Boards and Objective and Subjective Measures of Company Performance”*. *British Journal of Management*. 21, 484–497. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2009.00670.x>

Hatry, H.P. (2006). *“Performance Measurement: Getting Results”*. The Urban Institute Press. Washington, DC.

Hillman, M. C., Canella, S. M., & Paetzold, F. D. (2000). *“Corporate governance: Decades of dialogue and data”*. *Academy of Management Review*. 28, 3, 371. DOI: <https://doi.org/10.2307/30040727>

Hinna, L., Meneguzzo, M., Mussari, R., & Decastri, M. (2006). *“Economia delle aziende pubbliche”*. McGraw- Hill, Milano.

Hood, C. (1991). *“A public management for all seasons?”*. Public administration. 69, 1, 3-19. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

Hood, C. (1995). *“The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme”*. Accounting, organisations and society. 20, 2-3, 93-109. DOI: [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)

Isidro, H., & Sobral, M. (2015). *“The effects of women on corporate boards on firm value, financial performance, and ethical and social compliance”*. Journal of Business Ethics. 132, 1, 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2302-9>

Johnson, G., & Scholes, K. (1997). *“Exploring corporate strategy”*. Journal of Banking and Finance. 22, 371-403. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0378-4266\(98\)00005-3](https://doi.org/10.1016/S0378-4266(98)00005-3)

Jommi, C., & Del Vecchio, M. (2005). *“I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio sanitario nazionale”*. Mecosan. 49, 9 -20.

Jorio, E. (2006). *Diritto sanitario*. Vol. 12. Giuffrè Editore.

Julizaerma, M. K., & Sori, Z. M. (2012). *“Gender Diversity in the Boardroom and Firm Performance of Malaysian Public Listed Companies”*. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 65, 1077 – 1085. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.11.374>

Kaissi, A.A. & Begun, J. W. (2008). *“Strategic planning processes and hospital financial performance”*. Journal of Healthcare Management. 53, 3, 197-208.

Kilic, M., & Kuzey, C. (2016). *“The effect of board gender diversity on firm performance: evidence from Turkey”*. Gender in management: An international journal. 31,7, 434-455. DOI: <https://doi.org/10.1108/GM-10-2015-0088>

Kuntz, L., Pulm, J., & Wittland, M. (2016). “Hospital ownership, decisions on supervisory board characteristics, and financial performance”. Health care management review. 41, 2, 165–176. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000066>

Lantz, P.M. (2008). “Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges”. Journal of Healthcare Management. 53, 5, 291-301. DOI: <https://doi.org/10.1097/00115514-200809000-00004>

Lazzini, S. (2003). “Il finanziamento del sistema sanitario nazionale”, in Anselmi L. (a cura di), Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni. Giappichelli, Torino.

Lazzini, S. (2013). “Strumenti economico-aziendali per il governo della sanità”. Franco Angeli, Milano. 0-0.

Leung, T.Y., Sharma, P., Adithipyangkul, P., & Hosie, P., 2020. “Gender equity and public health outcomes: The COVID-19 experience”. Journal of Business Research. 116, 193-198. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.031>

Liu, Y., Wei, Z., & Xie, F. (2014). “Do women directors improve firm performance in China?”. Journal of corporate finance. 28, 169-184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcorpfin.2013.11.016>

Longo, F. & Ricci, A. (2020). “Le fratture generate dal Covid-19: quali priorità strategiche per la sanità italiana?”. In: Rapporto OASI 2020. Milano, Egea. 3 - 34.

Lu, J., & Herremans, I. M. (2019). “Board gender diversity and environmental performance: An industries perspective”. Business Strategy and the Environment. 28, 7. DOI: <https://doi.org/10.1002/bse.2326>

Malmrose, M. (2019). “Accounting research on health care—Trends and gaps”. Financial Accountability & Management. 35, 1, 90-114. DOI: <https://doi.org/10.1111/faam.12183>

Manes-Rossi, F., Aversano, N., & Tartaglia Polcini, P. (2019). “*Popular reporting: learning from the US experience*”. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*. 32, 1, 92-113. DOI: <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-01-2019-0013>.

Manes-Rossi, F., Bisogno, M., Aversano, N., & Citro, F. (2020). “*Intellectual capital in Italian healthcare: senior managers' perspectives*”. *International Journal of Public Sector Management*. 33, 6/7, 629-646. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJPSM-11-2019-0298>

Marchand, M., & Raymond, L. (2008). “*Researching performance measurement systems: An information systems perspective*”. *International Journal of Operations & Production Management*. 28, 7, 663–686. DOI: <https://doi.org/10.1108/01443570810881802>

Marinò, L. (2001). “*Dinamiche di finanziamento, economicità ed uguaglianza nei servizi sanitari. Condizioni, limiti ed implicazioni*” In Marinò L., *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*. Giuffrè, Milano.

Marinova, J., Plantenga, J., & Remery, C. (2016). “*Gender Diversity and Firm Performance: Evidence from Dutch and Danish Boardrooms*”. *The International Journal of Human Resource Management*. 27,15, 1777-1790. DOI: <https://doi.org/10.1080/09585192.2015.1079229>

Martínez-Córdoba, P.J., Benito, B., & García-Sánchez, I.M. (2021). “*Efficiency in the governance of the Covid-19 pandemic: political and territorial factors*”. *Globalization and health*. 17, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00759-4>

Masselot, A., & Maymont, A. (2015). “*Gendering economic and financial governance through positive action measures: Compatibility of the French real equality measure under the European Union framework*”. *Maastricht Journal of European and Comparative Law*. 22,1, 57–80. DOI: <https://doi.org/10.1177/1023263X1502200104>

McKinsey, *Women Matter report*, 2017;

Moirano, F. (2012). *“La Mobilità Sanitaria Nel Quadro Della Riorganizzazione Della Rete Ospedaliera”*. La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9, AGENAS, Roma, 2012, 8.

Monfardini, P., Barretta, A.D., & Ruggiero, P. (2013). *“Seeking legitimacy: social reporting in the healthcare sector”*. Accounting Forum. 37, 1, 56-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2012.11.001>

Naciti, V., Noto, G., & Vermiglio, C. (2021). *“Diversità di genere e performance organizzativa: un'analisi empirica nel settore sanitario”*. Mecosan. 120, 45-61. DOI: <https://doi.org/10.3280/MESA2021-120004>

Naranjo-Gil, D., Hartmann, F., & Maas, V.S. (2008). *“Top management team heterogeneity, strategic change and operational performance”*. British Journal of Management. 19, 3, 222-234. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2007.00545.x>

Nicolò, G., Ferullo, D., Aversano, N., & Ardito, N. (2022). *“Intellectual capital disclosure and its determinants in healthcare organisations—Evidence from Italy”*. International Journal of Public Sector Management. 36, 1, 20-45. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJPSM-06-2022-0149>

Nuti, S., Seghieri, C., & Vainieri, M. (2013). *“Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience”*. Journal of Management & Governance. 17, 1, 59-69. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10997-012-9218-5>

Opstrup, N., & Villadsen, A.R. (2015). *“The right mix? Gender diversity in top management teams and financial performance”*. Public Administration Review. 75, 2, 291-301. DOI: <https://doi.org/10.1111/puar.12310>

Palumbo, R. (2016). “*Contextualising co-production of health care: a systematic literature review*”. *International Journal of Public Sector Management*. 29, 1, 72-90. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJPSM-07-2015-0125>

Paoloni, P., Dal Mas, F., Barcellini, A., & Orlandi, E. (2021). “*Leadership femminile in sanità: possibili soluzioni e strumenti: un caso di studio*”. *Leadership femminile in sanità: possibili soluzioni e strumenti: un caso di studio*. 83-104. DOI: <https://doi.org/10.3280/MESA2021-120006>

Peters, B.G., & Pierre, J. (1998). “*Governance without government? Rethinking public administration*”. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 8, 2, 223- 243. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024379>

Pfeffer, J., & Salancik, G.R. (2003). “*The external control of organizations: A resource dependence perspective*”. Stanford University Press.

Pirozek, P., Komarkova, L., Leseticky, O., & Hajdikova, T. (2015). “*Corporate governance in Czech hospitals after the transformation*”. *Health Policy*. 119, 8, 1086–1095. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.05.002>

Pirozzi, M. G., & Ferulano, G. P. (2016). “*Intellectual capital and performance measurement in healthcare organizations: an integrated new model*”. *Journal of Intellectual Capital*. 17, 2, 320-350. DOI: <https://doi.org/10.1108/JIC-07-2015-0063>

Pizzi, S., Caputo, F., & Venturelli, A. (2021). “*Accounting to ensure healthy lives: critical perspective from the Italian National Healthcare System*”. *Corporate Governance*. 20, 3, 445-460. DOI: <https://doi.org/10.1108/CG-03-2019-0109>

Pollit, C., & Bouckaert, G. (2017). “*Public management reform: A comparative analysis-into the age of austerity*”. Oxford university press.

Porcu, R. (2007). “*Servizi sanitari, popolazione e mobilità sanitaria della Sardegna: un’analisi multiway*”. *Difesa Sociale. Bisogni socio-sanitari, servizi e territorio*. 3, 07.

Post, C. (2015). *“When is female leadership an advantage? Coordination requirements, team cohesion, and team interaction norms”*. Journal of Organizational Behavior. 36, 1153-1175. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.2031>

Posteraro, N. (2018). *“La compensazione ei rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera”*. Il Diritto Dell'economia. 97,3, 851-880.

Prihatiningtias, Y. W. (2012). *“Gender Diversity In The Boardroom And Firm Performance: Evidence From Indonesian Publiclylisted Financial Firms”*. Doctor Of Business Administration. University Of Canberra.

Purbey, S., Mukherjee, K., & Bhar, C. (2007). *“Performance measurement system for healthcare processes”*. International Journal of Productivity and Performance Management. 56, 3, 241-251. DOI: <https://doi.org/10.1108/17410400710731446>

Rainero, C., Brescia, V., & Cataldo, A. (2019) *“La formazione manageriale in sanità. Nuovi strumenti e modelli tra governance e politiche”*. Economia Aziendale Online. 10, 2, 235-256. DOI: <http://dx.doi.org/10.13132/2038-5498/10.2.1936>

Randoy, T., Thomsen, S., & Oxelheim, L. (2006). *“A Nordic perspective on corporate board diversity”*. Nordic Innovation Centre. 390, 0–5428.

Reguera-Alvarado, N., De Fuentes, P., & Laffarga J. (2017). *“Does board gender diversity influence financial performance? Evidence from Spain”*. Journal of Business Ethics. 141,2, 337-350. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10551-015-2735-9>

Rhodes, R.A.W. (1996). *“The new governance: governing without government”*. Political Studies. 44, 4, 652-667. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>

Riccio, A., Prospero, R. (2007). *“Funzione finanziaria e valutazione degli investimenti in sanità”*. Quaderni dell'economista n. 7, Fare

Rodríguez-Domínguez, L., García-Sánchez, I.M., & Gallego-Álvarez, I. (2012). *“Explanatory factors of the relationship between gender diversity and corporate*

performance". European Journal of Law and Economics. 33, 3, 603-620. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10657-010-9144-4>

Saporito, R., Sartirana, M., & Tozzi, V. (2019). "*La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive*". In Rapporto Oasi 2019, Milano, Egea. 613-641.

Schein, V.E., Mueller, R., Lituchy, T., & Liu, J. (1996). "*Think manager-think male: A global phenomenon?*". Journal of Organizational Behavior. 33-41. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199601\)17:1<33::AID-JOB778>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199601)17:1<33::AID-JOB778>3.0.CO;2-F)

Schiavone, A. (2008). "*L'efficienza tecnica degli ospedali pubblici italiani*". In Questioni di Economia e Finanza. Banca d'Italia, Centro stampa.

Shahzadm F., Baig, M.H., Rehman, I.U., Latif, F., & Sergi, B.S. (2019). "*What drives the impact of women directors on firm performance? Evidence from intellectual capital efficiency of US-listed firms*". Journal of Intellectual Capital. 21, 4, 513-530. DOI: <https://doi.org/10.1108/JIC-09-2019-0222>

Sicoli, G., & Rija, M. (2021). "*Diversità di genere e sistema sanitario: un'analisi su un campione di aziende sanitarie italiane*". 63-81. DOI: <https://doi.org/10.3280/MESA2021-120005>

Smith, N., Smith, V., & Verner, M. (2006). "*Do women in top management affect firm performance? A panel study of 2,500 Danish firms*". International Journal of productivity and Performance management. 55, 7, 569-593. DOI: <https://doi.org/10.1108/17410400610702160>

Spandonaro, F. (2015). "*I sistemi di finanziamento regionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere*".

Spano, A., & Aroni, A. (2018). “*Organizational Performance in the Italian Health care Sector*”. Outcome-Based performance management in the public sector. 25-43. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-57018-1_2

Stewart, L. J. & Lockamy, A. (2001). “*Improving competitiveness through performance-measurement systems: an integrated performance-measurement system can improve competitiveness by meshing the organization’s long-term goals with its day-to-day clinical and administrative functions*”. Healthcare Financial Management. 55, 12, 46-51.

Tartaglia Polcini, P., Aversano, N., Nicolò, G., & Ardito, N. (2021). “*La diversità di genere nella direzione strategica delle aziende sanitarie: il rapporto tra governance e performance nelle aziende ospedaliere italiane*”. Mecosan. 120, 21-43. DOI: <https://doi.org/10.3280/mesa2021-120003>

Teodori, C. (1994). “*La costruzione e l’analisi dei flussi finanziari e monetari. Il rendiconto finanziario*”. Giappichelli, Torino. XV-266.

Thiel, A., Winter, V., & Büchner, V.A. (2018). “*Board characteristics, governance objectives, and hospital performance: an empirical analysis of German hospitals*”. Health Care Management Review. 43, 4, 282–292. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000153>

Torchia, L. (2010). “*I livelli essenziali delle prestazioni dei diritti in un ordinamento multilivello*”. In *Lezioni di diritto amministrativo progredito*, a cura di L. Torchia, Bologna 2010, 47 ss.

Torcivia, S. (2012). “*La criticità della disarmonia contabile: il caso delle aziende sanitarie*”. Azienda pubblica. 1,1, 101-115.

UNDP (2020). Global “Human Development Indicators”. *United Nations Development Programme Human Development Reports*. New York, USA.

Usman, M., Farooq, M.U., Zhang, J., Makki, M.A.M., & Khan, M.K. (2019). “*Female directors and the cost of debt: does gender diversity in the boardroom matter to lenders?*”. *Managerial Auditing Journal*. 34, 4, 374-392. DOI: <https://doi.org/10.1108/MAJ-04-2018-1863>

Uyar, A., Kilic, M., Koseoglu, M.A., Kuzey, C., & Karaman, A.S. (2020). “*The link among board characteristics, corporate social responsibility performance, and financial performance: Evidence from the hospitality and tourism industry*”. *Tourism Management Perspectives*. 35, 100714. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2020.100714>

Vainieri, M., Ferre F., Giacomelli G., & Nuti S. (2019). “*Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference*”. *Health care management review*. 44, 4, 306-317. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000164>

Van Daalen, K.R., Bajnoczki, C., Chowdhury, M., Dada, S., Khorsand, P., Socha, A., Lal, A., Jung, L., Alqodmani, L., Torres, I., Ouedraogo, S., Mahmud, A.J., Dhatt, R., Phelan, A., & Rajan, D. (2020). “*Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making*”. *BMJ global health*. 5, 10, e003549. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003549>

Vanara, F. (1995). “*Sistema di pagamento prospettico per raggruppamenti omogenei di diagnosi: il rapporto intercorrente tra tariffe e costi di produzione*”. In Petretto A. (a cura di), *Economia della Sanità*, Il Mulino, Bologna.

Viceconte, N. (2012). “*L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo “promesso” ed esigenze di bilancio.*”

Vrontis, D., El Chaarani, H., El Abiad, Z., El Nemar, S., & Yassine Haddad, A. (2022). “*Managerial innovative capabilities, competitive advantage and performance of healthcare*”

sector during Covid-19 pandemic period”. 24, 3/4, 504-526. DOI: <https://doi.org/10.1108/FS-02-2021-0045>

Wagana, D.M., & Nzulwa, J.D. (2016). “Corporate governance, board gender diversity and corporate performance: a critical review of literature”. European Scientific Journal. 12, 7, 221-233. DOI: <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n7p221>

Walker, K. (1996). “Efficiency and effectiveness reviews in healthcare organizations”. Journal of Cost Management. 10, 1, 80–7.

WHO, 2017. Statement by Dr Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe, for International Women’s Day. World Health Organization. www.euro.who.int/en.

Williamson, O. E. (1984). “Corporate Governance”. Yale Law Review., <http://dx.doi.org/10.2307/796256>, 93, 1197-1219.

Woolum, J. (2011). “Citizen Involvement in Performance Measurement and Reporting”. Public Performance & Management Review. 35, 1, 79–102. DOI: <https://doi.org/10.2753/PMR1530-9576350104>

World Economic Forum (2018). “The Global Gender Gap Report. World Economic Forum” www.wef.ch/gggr18

Yang, C. C., & Lin, C. Y. Y. (2009). “Does intellectual capital mediate the relationship between HRM and organizational performance? Perspective of a healthcare industry in Taiwan”. The International Journal of Human Resource Management. 20, 9, 1965-1984. DOI: <https://doi.org/10.1080/09585190903142415>

Yuen, P.P., & Ng, A. W. (2012). “Performance measurement and optimization of resource allocation in a health care system”. Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights. DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/36373>

Zuccatelli, G., (2012). “La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare, in La mobilità sanitaria”. I quaderni di Monitor. 29, 9, 4-6.

Zuccatelli, G., Carbone, C. & Lecci, F. (2009). *“Trent’anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager”*. Milano, Egea.