

Elementi di *performance governance* nei servizi sanitari: alcune evidenze empiriche sullo stato dell'arte nella sanità pugliese

Fabio De Matteis*

Il modello di *performance governance*, che si fonda sull'impiego delle informazioni di *performance* per migliorare la *governance* sanitaria, è particolarmente complesso, considerando le relazioni interistituzionali e il coinvolgimento della collettività che lo stesso prevede. Al fine di contribuire al dibattito scientifico sul tema, il presente lavoro si prefigge l'obiettivo di evidenziare come tre variabili di *performance governance* (strumenti operativi di misurazione della performance, integrazione di *governance* e coinvolgimento dei cittadini) si sono sviluppate nella sanità pugliese impiegando la metodologia dei *multiple case studies*. L'analisi effettuata porta a concludere che la sanità pugliese, se, da un lato, è da ritenersi ancora distante da un modello di *performance governance*, dall'altro, evidenzia alcuni fattori propedeutici allo stesso. Inoltre, a partire dalle evidenze emerse dall'analisi dei casi di studio, scaturiscono alcune considerazioni, con specifico riferimento a punti di forza e criticità delle tre variabili indagate, che consentono

di contribuire al dibattito scientifico sul modello di *performance governance*. In ultimo, si mettono in luce alcuni potenziali rischi del modello indagato che consentono di individuare corrispondenti ulteriori linee di ricerca.

Parole chiave: *performance governance*, servizi sanitari, *multiple case studies*.

Elements of performance governance in healthcare services: Some empirical evidence on the state of the art in Apulian healthcare

The performance governance model, which involves the use of performance information to improve health governance, is particularly complex, considering inter-institutional relations and community involvement. In order to contribute to the scientific debate on this issue, the present work aims to outline the state of the art of some elements of performance governance in Apulian healthcare by using the methodology of multiple case studies. The analysis carried out leads to the conclusion that Apulian healthcare, if on the one hand, is still to be considered far from a performance governance model, on the other hand, it

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. *Performance governance* e *research question*
3. Metodologia di ricerca
4. Analisi dei casi
5. Considerazioni conclusive

* Fabio De Matteis, Università degli Studi di Bari.

highlights some preparatory factors. Finally, this work highlights some potential risks of the model under investigation that allow to identify corresponding further lines of research.

Keywords: performance governance, public healthcare, multiple case studies.

Articolo sottomesso: 01/08/2021,
accettato: 19/02/2022

1. Introduzione

Il tema della performance è, di per sé, ampio e lo è ancor di più nel settore sanitario, che risulta caratterizzato da rilevanti implicazioni di natura sociale ed economica. Peraltro, si tratta di un aspetto molto dibattuto in ambito scientifico (fra gli altri: De Bruijn, 2007; Poister, 2010; Van Dooren *et al.*, 2015; Borgonovi *et al.*, 2018a). Gli studiosi hanno evidenziato numerosi aspetti del concetto di performance che ne denotano l'ampiezza: si pensi, per esempio, alla multidimensionalità, alla numerosità di soggetti coinvolti che collega la performance alla nozione di co-produzione, al supporto della misurazione della performance sia al miglioramento della qualità, sia ai processi di *decision-making* e all'*accountability*.

Allo stesso modo, anche il concetto di *governance* ha trovato spazio nella letteratura scientifica che ne ha messo in evidenza rilevanza e complessità (fra gli altri: Bevir *et al.*, 2003; Martinsen e Vrangbaek, 2008), sottolineando l'ampliamento del perimetro di *governance* verso collegamenti di tipo interaziendale (fra gli altri: Ramadass *et al.*, 2018; Locatelli *et al.*, 2019).

Di conseguenza, il modello di *performance governance* (Bouckaert e Halli-

gan, 2007) – che accosta i due concetti sopra accennati – è altrettanto complesso e ha visto la produzione di approfondimenti scientifici sviluppati, essenzialmente, nel corso dell'ultimo decennio.

Al fine di contribuire al dibattito scientifico sulla *performance governance* nel settore sanitario, il presente lavoro si prefigge l'obiettivo di mettere in luce, evidenziando punti di forza e criticità, come si sono sviluppate nella sanità pugliese tre variabili – scaturite dall'analisi della letteratura e caratterizzanti il modello di *performance governance* – rappresentate dagli strumenti operativi di misurazione della performance, dall'integrazione di *governance* e dal coinvolgimento dei cittadini. Si impiega la metodologia dei *multiple case studies*, scegliendo gli stessi per ciascuna variabile indagata e analizzandoli al fine di perseguire l'obiettivo poc'anzi dichiarato.

Il lavoro è strutturato come di seguito sintetizzato. Il paragrafo successivo, attraverso l'analisi della letteratura, inquadra gli aspetti salienti del modello di *performance governance* individuando tre variabili che rappresentano elementi essenziali dello stesso e giungendo a definire la *research question*. Il terzo paragrafo espone la metodologia di ricerca seguita, mentre il quarto illustra l'analisi dei casi selezionati. In ultimo, il quinto paragrafo contiene alcune riflessioni conclusive e offre degli spunti per ulteriori ricerche.

2. Performance governance e research question

In passato, le riforme del settore pubblico erano, soprattutto, caratterizzate da interventi sulle regole politiche o giuridiche. Solo negli ultimi decenni esse

stanno assumendo sempre più caratteri manageriale, divenendo oggetto di approfondimento da parte degli economisti d'azienda italiani (Borgonovi, 1996) e degli studiosi di management a livello internazionale (Hood, 1995; Pollitt e Bouckaert, 2002).

Un ruolo fondamentale dei processi di riforma è rappresentato dalla ricerca di migliori performance, specie in ambito sanitario, considerando sia la rilevanza sociale sia le implicazioni economiche connesse allo stesso. L'interesse nei confronti della performance ha assunto dimensioni rilevanti, sino a individuare una pluralità di filoni di studio (*performance movements*) sull'argomento (Radin, 2006). Fra i più recenti, vi è quello definito *evidence-based policy*. Questo, di matrice anglosassone, ha interessato la sanità (Davies *et al.*, 2000) e il suo sviluppo è stato favorito da tre condizioni (Solesbury, 2001): l'attribuzione alla ricerca di un taglio operativo, conferendo alla stessa non solo il ruolo di facilitatore nella comprensione degli accadimenti socio-economici, ma anche quello di guida, attraverso i risultati ottenuti, per migliorare le azioni intraprese; la perdita di fiducia verso gli operatori del settore pubblico, che evidentemente spinge a un approccio pragmatico alla performance, qual è quello proposto dall'*evidence-based policy*; la sostituzione del credo ideologico con le evidenze empiriche, quale fondamento dell'attività politica.

Pertanto, diviene essenziale la produzione di informazioni di performance attendibili e, successivamente, l'impiego delle stesse. Generare delle informazioni di performance in ogni ambito di gestione dell'attività sanitaria è un aspetto che spinge a un avvicina-

mento fra la misurazione della performance e l'implementazione di sistemi orientati all'*accountability* (Van Dooren, 2008). Infatti, la scelta della logica di *accountability* richiede di sviluppare un sistema di misurazione della performance il più possibile quantitativo e oggettivo, nonché esplicito al fine di favorire la trasparenza delle informazioni. Inoltre, un confronto sistematico con altri soggetti erogatori di servizi sanitari (per esempio altre Regioni) offre un potente strumento per individuare le migliori pratiche e i difetti organizzativi e spinge verso un miglioramento della performance (Nuti *et al.*, 2016).

Alla stessa stregua della produzione di informazioni di performance vi è l'impiego delle stesse. Infatti, in seguito alla disponibilità di attendibili informazioni relative alle prestazioni sanitarie, è l'utilizzo delle stesse che conferisce significato alla misurazione e alla valutazione della performance. In merito a tali aspetti, un elemento da considerare è rappresentato dal rischio di avere misurazioni scarsamente utili ai fini decisionali in quanto potrebbero misurarsi performance marginali rispetto al tipo di attività svolta o che non esprimono adeguatamente il focus dell'attività; o poiché la misurazione si inserisce in un contesto politico-istituzionale che sottovaluta l'impiego delle informazioni di performance dando priorità a criteri differenti dal miglioramento della funzionalità e dell'*outcome* dell'azienda sanitaria o dall'impiego razionale delle risorse; o in quanto le informazioni di performance possono prestarsi a facili distorsioni e manipolazioni delle informazioni misurate. L'uso delle informazioni sulla performance, però, spesso è carente (Radnor e McGuire, 2004) a causa, in definitiva, della scarsa

attendibilità delle informazioni o della debolezza del sistema di responsabilizzazione per i politici e per i dirigenti.

L'utilizzo delle informazioni di performance per migliorare la *governance* sanitaria è l'elemento che caratterizza il modello di *performance governance* (Bouckaert e Halligan, 2008), nel quale il dominio della performance si è allargato sino a comprendere le relazioni con i differenti stakeholder dell'azienda sanitaria, con particolare attenzione a quelle con i cittadini. Secondo Bouckaert e Halligan (2007), la logica di fondo che sta alla base della nozione di *performance governance* è quella di sfruttare le informazioni sulla performance per supportare l'attività di *governance*. In altri termini, l'auspicio è quello di utilizzare informazioni quantitative o qualitative sulle prestazioni relative agli operatori sanitari e alle organizzazioni per le quali essi lavorano, al fine di informare, determinare e attuare politiche che affrontino i bisogni e i problemi percepiti del sistema sanitario (Henman, 2016).

Inoltre, l'attenzione nei confronti della performance e, di conseguenza, dei sistemi di *performance measurement* si è spostata dal miglioramento dei processi e degli *output* ai risultati e agli impatti (Halligan *et al.*, 2012). La prestazione sanitaria rappresenta l'*output* e, quindi, il risultato intermedio dell'attività posta in essere dall'azienda sanitaria, mentre l'*outcome* rappresenta il livello di soddisfacimento dei bisogni della collettività e, pertanto, il risultato finale dei processi sanitari. Lo spostamento del focus della performance verso l'*outcome* comporta una maggiore attenzione da parte dei sistemi di rilevazione e misurazione della performance nei confronti dell'efficacia aziendale: questa è intesa come

la coerenza fra quantità e qualità del risultato intermedio e quantità e qualità del risultato finale (Borgonovi, 2005).

Quanto detto, pertanto, mette in luce un primo aspetto che assume particolare rilievo nel modello di *performance governance* rappresentato dalla progettazione e implementazione di meccanismi per la generazione e l'interpretazione delle informazioni sulle prestazioni erogate. Nel modello considerato, risulta rilevante, infatti, il legame fra i dati sulla performance e la struttura di *governance* (Henman, 2016). Di conseguenza, appare evidente l'importanza che assumono gli strumenti operativi di misurazione della performance che, necessariamente, costituiscono la fonte primaria di informazioni sulle prestazioni: solo strumenti operativi in grado di rilevare e misurare la performance adeguatamente consentono di generare dati e informazioni effettivamente utili anche all'attività di *governance*.

Evidentemente, l'effetto dell'introduzione del concetto di *governance* accanto al tema della performance è quello di ampliare il dominio tradizionale della gestione della performance con una conseguente complessità e una possibilità di controllo sulla performance meno diretto da parte dei differenti soggetti coinvolti nella stessa.

La possibilità di supportare il governo dei servizi sanitari attraverso la generazione, la raccolta e la diffusione di informazioni sulle performance può essere realizzata con mezzi molto diversi. Ognuno dei possibili strumenti di *performance governance* si contraddistingue per un particolare mix di benefici ed effetti collaterali (Tenbenschel e Burau, 2017). Per esempio, gli strumenti gerarchici implica-

no l'uso diretto dell'autorità statale per governare le prestazioni sanitarie. Il finanziamento governativo dei servizi può essere collegato ai livelli di performance raggiunti in base a criteri predefiniti che possono condurre a ricadute gerarchiche positive (es. maggiore autonomia) o negative (es. riduzione dei finanziamenti). Invece, gli strumenti di mercato trattati nella letteratura sul *performance management* sono generalmente caratterizzati come meccanismi di "pay for performance" (Cashin, 2014). I professionisti sanitari sono incentivati a soddisfare gli standard di performance attraverso prospettiva di un aumento del reddito o di una maggiore autonomia. Vi sono, poi, gli strumenti legati alla rete professionale che si basano su indicatori istituzionalizzati attraverso forme di autoregolamentazione professionale, facendo leva sulla motivazione intrinseca dei professionisti e sull'identità professionale al fine di migliorare le performance. Rispetto a strumenti gerarchici e di mercato, i professionisti controllano in larga misura le definizioni e gli indicatori di performance e le modalità di interpretazione delle informazioni sulla performance. Infine, gli strumenti di rete interorganizzativi sono quelli che rendono operativi gli obiettivi collettivi della performance sanitaria attraverso reti di organizzazioni che, riunendo tutti i soggetti che hanno un impatto sull'obiettivo di performance, dovrebbero garantire un controllo diffuso sulla performance. Nell'approccio di *performance governance* si evidenzia l'integrazione della performance fra più soggetti che in maniera congiunta partecipano alla stessa (Callahan, 2007) e appare evidente, pertanto, una maggiore com-

plexità che contraddistingue questo modello rispetto agli altri di *performance management*. Infatti, la performance viene considerata nell'ottica relazionale e prende in esame i rapporti intercorrenti fra le varie categorie di stakeholder. Ciò necessita la considerazione di una serie di processi, strutture e indicatori a diversi livelli e la capacità di evitare il rischio che l'integrazione fra soggetti differenti renda poco chiari i confini fra organizzazioni e gruppi diversi riflettendosi su un altrettanto poco definita individuazione delle responsabilità circa le prestazioni.

Quanto appena citato consente di mettere in evidenza un secondo aspetto che caratterizza il modello di *performance governance* rappresentato dal "perimetro" di *governance* che si amplia (Osborne, 2006) portando a considerare le relazioni interistituzionali: in altri termini, l'erogazione dei servizi pubblici coinvolge differenti soggetti che congiuntamente concorrono alla performance (Brusati *et al.*, 2018) e, pertanto, si rende prioritaria la necessità di considerare strutture di *governance* integrata.

Con riferimento a tale aspetto, fra i differenti ambiti di *performance governance* (Halligan *et al.*, 2012), è possibile identificare una serie di relazioni organizzative, sia all'interno sia all'esterno del settore sanitario, che si realizzano attraverso reti, partnership e meccanismi di coordinamento che possono essere governati da sistemi di performance. Sia le strutture del settore sanitario che si collegano e collaborano con altri soggetti, sia questi ultimi fanno tutti parte del gruppo di governo. Ma un ulteriore ambito di *performance governance* concerne la partecipazione e l'impegno dei cittadini nel fornire dei

feedback sulle prestazioni sanitarie erogate. Le spinte a incrementare la partecipazione dei cittadini si sono intensificate con l'esplorazione di nuovi modi per dare la possibilità ai cittadini di contribuire ai processi governativi, assistendo a una crescente attenzione alle modalità per rendere l'apporto della collettività significativo nella gestione pubblica. A questo si aggiunge l'attenzione posta nel modello di *performance governance* agli impatti sociali che rivestono un ruolo di rilievo negli indicatori impiegati per la misurazione della performance.

Si evidenzia, pertanto, una *governance* orientata verso l'esterno che mette in luce un terzo aspetto che contraddistingue il modello di *performance governance* rappresentato dal coinvolgimento su più fronti dei cittadini (Halligan *et al.*, 2012).

La letteratura richiamata, evidentemente, porta a rilevare delle sfide sia nella cultura, sia nelle competenze e nell'operatività della gestione della performance, poiché l'articolazione del modello di *performance governance* è complessa da implementare, controllare e – in definitiva – gestire. Da qui, l'interesse di ricerca verso i tre aspetti evidenziati dall'analisi della letteratura (strumenti operativi di misurazione della performance, integrazione di *governance* e coinvolgimento dei cittadini) che in ambito sanitario possono partecipare all'implementazione di un complesso sistema di gestione integrata della performance a supporto della *governance*. L'attenzione, in questo lavoro, è focalizzata su uno specifico ambito territoriale rappresentato dalla Regione Puglia. In altri termini, la *research question* che guida il presente lavoro è la seguente: "Come alcune variabili (strumenti operativi

di misurazione della performance, integrazione di *governance* e coinvolgimento dei cittadini) di *performance governance* si sono sviluppate nella sanità pugliese?"

3. Metodologia di ricerca

La metodologia di ricerca applicata è quella dei *multiple case studies* (Yin, 2009), che risulta particolarmente indicata in situazioni come quella considerata in questo scritto, caratterizzata dalla numerosità di variabili e da un elevato condizionamento dal contesto in cui i casi sono collocati.

Il presupposto alla scelta dei casi è rappresentato dall'individuazione di tre variabili – identificate sulla base della letteratura contenuta nel paragrafo precedente – che costituiscono elementi di rilievo per lo sviluppo del modello di *performance governance*.

La prima variabile riguarda gli strumenti operativi per la misurazione della performance. Ciò in considerazione del fatto che le misure della performance possono considerarsi l'elemento di partenza per l'implementazione di un solido modello di *performance governance* (inteso, come accennato in precedenza, come un modello che impiega le informazioni sulle performance per migliorare la *governance*). In tale contesto, degli adeguati strumenti operativi per la misurazione della performance sono considerati veri e propri strumenti di politica socio-tecnica (Henman, 2016), sottolineando la necessità di indicatori idonei a evidenziare il legame fra prestazioni e risultati/impatti (*outcome*) (Hawke, 2012).

La seconda variabile attiene al concetto di *governance* integrata. Nei servizi pubblici la propensione a spostare alcuni compiti verso il settore privato

profit e non profit e le tendenze della società verso un maggiore impegno possono condurre a un allargamento dell'area di *governance* nelle organizzazioni pubbliche (Osborne, 2006). Una concezione incentrata sulla società vede la *governance* in termini di reti di interazioni pubbliche e private (Conaty, 2012). In base a tale impostazione integrata della *governance*, si considerano i governi come i responsabili delle politiche pubbliche, ma si pone un particolare accento alla loro sensibilità nel conferire la dovuta attenzione alle preferenze dei cittadini e della società civile.

La terza variabile è focalizzata sul coinvolgimento dei cittadini che assumono particolare rilievo nel modello di *performance governance*. Da un lato, la *governance* dei servizi pubblici si amplia considerando il ruolo dei cittadini in ambito di governo (Dutil *et al.*, 2010), dall'altro, il concetto di *citizen engagement* incorpora una specifica dimensione della performance (Halligan *et al.*, 2012).

La schematizzazione delle variabili trattate (Tab. 1) discende dalla necessità di rendere più chiara l'esposizione: resta il fatto che esse sono fra loro correlate.

La fonte informativa utilizzata è rappresentata dall'analisi documentale per la quale sono stati consultati docu-

menti ufficiali (quali, per esempio, il Piano delle performance e il Piano strategico ospedaliero) e documentazione non destinata all'esterno dell'organizzazione aziendale (come, per esempio, report dell'ufficio Controllo di gestione e progetti di monitoraggio interno).

Considerato il presupposto alla selezione dei casi sopra esplicitato e la fonte informativa di tipo documentale, la scelta dei *case studies* da analizzare si è basata sia sulla coerenza di ciascun caso con la specifica variabile di afferenza, sia sulla disponibilità di documentazione consultabile. Inoltre, si è cercato di individuare due o più casi per ciascuna variabile individuata al fine di poter avere più ampi contributi all'indagine. Fa eccezione il caso ASL di Taranto, che è l'unico a evidenziare una sistematica interazione con la collettività.

In conclusione, i casi selezionati e afferenti alla prima variabile (ASL di Foggia, Ospedali Riuniti-OORR di Foggia e IRCCS – CSS di San Giovanni Rotondo) riguardano aspetti interni all'azienda e concernenti gli strumenti operativi correlati alla performance. I casi scelti in relazione alla seconda variabile ("Integrazione e pandemia: il progetto ASL Bari" e "ASL BAT") riguardano la struttura di *governance* dei servizi sanitari. Infine, il caso

Tab. 1 – Variabili di *performance governance* e casi di studio

| N. | Variabile | Riferimenti bibliografici | Casi di studio |
|----|--|---|--|
| 1 | Strumenti operativi di misurazione della performance | – Hawke, 2012; – Henman, 2016. | – ASL di Foggia; – OORR di Foggia; – IRCCS – CSS di S. Giovanni R. |
| 2 | Integrazione di <i>governance</i> | – Osborne, 2006; – Conaty, 2012. | – Integrazione e pandemia: il progetto ASL Bari; – ASL BAT. |
| 3 | Coinvolgimento dei cittadini | – Dutil <i>et al.</i> , 2010; – Halligan <i>et al.</i> , 2012. | – ASL di Taranto. |

dell'ASL di Taranto, inerente alla terza variabile, considera gli stakeholder esterni all'azienda, con specifica attenzione ai cittadini (Tab. 1).

4. Analisi dei casi

4.1. Strumenti di misurazione della performance nella sanità foggiana

I casi considerati (ASL di Foggia, Ospedali Riuniti-OORR di Foggia e IRCCS – CSS di San Giovanni Rotondo) hanno lo scopo di mettere in luce strumenti e processi impiegati per la gestione della performance sanitaria attraverso l'interazione di elementi organizzativi, gestionali e tecnici, evidenziando punti di forza e debolezza dei modelli impiegati.

ASL di Foggia. Con riferimento al primo caso, l'ASL di Foggia opera su un territorio coincidente con la Provincia di Foggia, su cui insiste una popolazione complessiva di 625.311 abitanti distribuiti in 61 comuni, raggruppati in 8 distretti.

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, secondo un modello a rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

Relativamente al ciclo della performance, dal 2018 la struttura Controllo di gestione, in collaborazione con tecnici del sistema informativo aziendale, ha elaborato e implementato dei cruscotti direzionali, ovvero degli strumenti di reporting direzionali impiegati per informare i manager ai vari livelli della struttura organizzativa in merito all'andamento della gestione corrente e strategica dell'azienda. In particolare i predetti cru-

scotti consentono il monitoraggio costante di tutti i beni e servizi impiegati nel processo di produzione: il numero e i valori tariffari delle prestazioni per esterni e delle prestazioni per interni, le schede di dimissione ospedaliera validate, i beni non sanitari, i beni sanitari, il costo del personale, i costi generali. Tutti questi dati permettono di determinare i ricavi e i costi di ogni singola struttura e i relativi scostamenti. I report di monitoraggio vengono inviati alle Direzioni mediche di Presidio e ai singoli Direttori di Struttura affinché prendano visione delle loro attività con invito a porre in essere le azioni correttive, se necessarie. L'analisi e la condivisione interna dei dati sono garantite dall'organizzazione di riunioni monotematiche svolte presso le Direzioni mediche dei presidi. Nel breve termine, si è potuto rilevare che il monitoraggio continuo dei dati e la condivisione degli stessi evidenziano alcune ricadute in termini di miglioramento del margine costi/ricavi.

Sempre al fine del monitoraggio di cui innanzi per ogni Presidio Ospedaliero viene elaborato un focus contenente numerosi indicatori elaborati mensilmente per ogni reparto del Presidio Ospedaliero, trasmesso al Direttore Medico del Presidio e ai Direttori delle singole Strutture e discusso in riunioni periodiche. Il Piano delle performance 2018-2020 ha confermato l'impiego di strumenti di misurazione e valutazione delle attività aziendali attraverso indicatori di processo e di esito. Nell'ASL di Foggia la performance viene misurata a livello generale, in termini di raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale). La singola Struttura, individuata come autonomo cen-

tro di responsabilità, è valutata sia sotto il profilo della performance organizzativa (performance di struttura), sia a livello di singolo dipendente, dirigente e non (performance individuale). Il processo, quindi, si configura come un sistema integrato di valutazione che rileva due distinti profili di valutazione:

- a) il livello di conseguimento degli obiettivi concordati con il dirigente responsabile della Struttura (complessa o a valenza dipartimentale);
- b) il livello di professionalità espresso da ogni singolo operatore nell'attività di servizio.

Dalla duplice valutazione analitica dei risultati complessivi della Struttura Organizzativa e del grado di partecipazione dei singoli dipendenti si perviene a una valutazione di sintesi della prestazione individuale direttamente connessa ai fini della gestione del sistema premiante.

Appare interessante evidenziare che l'ASL di Foggia, nei documenti inerenti alla valutazione della performance, dichiara la particolare rilevanza che assume il rapporto fra valutato e valutatore e la relazione partecipativa che si instaura fra questi soggetti in merito agli obiettivi programmati e alle azioni da implementare per il loro perseguimento. Il rapporto generato, quindi, risulta basato sulla chiarezza e sulla trasparenza. La condivisione e la partecipazione rappresentano, pertanto, degli elementi essenziali su cui si basa l'intero processo di gestione della performance.

Ospedali Riuniti di Foggia. In merito al secondo caso, la Direzione Gene-

rale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia ha ridefinito l'organizzazione aziendale, aggregando le attività e le strutture semplici e complesse nei nuovi Dipartimenti, rivisitati sia in termini numerici sia organizzativi. Tale riorganizzazione costituisce una premessa oggettiva a un approccio più dettagliato alle problematiche aziendali, al fine di giungere ad analisi sempre più appropriate e finalizzate al miglioramento della performance aziendale complessiva. In questo contesto, l'Azienda ha garantito il monitoraggio delle attività al fine di migliorare le proprie performance assistenziali allo scopo di contribuire al mantenimento dei livelli quali-quantitativi delle performance regionali che consentano alla Regione Puglia di risultare in linea con i Livelli essenziali di assistenza (LEA).

In tale ottica, l'Azienda ha attuato un importante processo di trasformazione delle metodiche di rilevazione dei costi e dei ricavi aziendali, con l'implementazione di un sistema informatizzato che, con modalità integrate, rileva tutti gli elementi di costo e di ricavo attribuibili ai singoli centri di Responsabilità e di implementazione di sistemi per la contabilità analitica.

Il sistema informatico, in linea con la nuova mappatura dei centri di responsabilità ridefiniti in funzione della riorganizzazione dipartimentale aziendale, ha definito, inoltre, le articolazioni facenti capo a ciascun Dipartimento. Tali articolazioni sono state classificate e codificate (in coerenza con la classificazione regionale e ministeriale).

La mappatura delle strutture è stata formalmente deliberata dall'Azienda con D.G. n. 112 del 28/02/2019, che ha integrato e modificato il piano dei

centri di responsabilità e di costo. Tali codifiche sono quelle utilizzabili nel sistema informatico aziendale ai fini delle movimentazioni dei magazzini e delle attività assistenziali, sia in regime di ricovero sia ambulatoriale.

La Direzione con il Piano delle Performance triennale 2018-2020 ha esplicitato gli obiettivi e gli indicatori di risultato, monitorati e verificati con la successiva rendicontazione, misurazione e valutazione delle prestazioni aziendali. È, altresì, confermata la struttura ad “albero”, il cui percorso prevede il passaggio dagli indirizzi generali di programmazione regionale e aziendale – obiettivi strategici – a quelli operativi specifici fissati nell’intero processo di *budgeting*. La Struttura Programmazione e Controllo di Gestione elabora delle schede che individuano, su indicazione della Direzione Strategica, gli obiettivi specifici e quelli operativi assegnati alle diverse articolazioni aziendali sulla scorta dei quali si è proceduto alla successiva valutazione dei risultati. La misurazione degli obiettivi di performance organizzativa non può più essere avulsa dall’utilizzo di indicatori in grado di misurare “l’efficienza nell’impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all’ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi”, esigenza connaturata alla misurazione della performance organizzativa (art. 8, comma 1, lettera f) del D.Lgs. n. 150/2009). In merito all’ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi, si pone particolare attenzione all’indicatore di tempestività dei pagamenti “calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una

transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l’importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento” (art. 9, comma 3, DPCM del 22/09/2014).

La principale difficoltà riscontrata nell’implementazione del sistema di *performance management* brevemente descritto è rappresentata da una parziale informatizzazione dell’intera procedura di valutazione. La struttura del controllo di gestione, attraverso il budget, monitora su base trimestrale l’andamento degli obiettivi generali e specifici operativi del Piano delle Performance, senza, però, poter effettuare un collegamento informatizzato con le valutazioni previste per il personale. L’Azienda, al fine di superare tale criticità, si è recentemente dotata di una procedura informatica che consente l’integrazione tra budget e Piano delle Performance.

IRCCS – CSS di San Giovanni Rotondo. Relativamente al terzo caso, l’IRCCS – Casa Sollievo della Sofferenza – l’Ospedale di San Giovanni Rotondo voluto da Padre Pio e inaugurato nel 1956 – è oggi una realtà di rilievo nell’assistenza sanitaria a livello nazionale e internazionale. Dal 2009 l’IRCCS si è dotato di un Piano Strategico Ospedaliero (PSO) e prevede una pianificazione triennale aggiornata annualmente. Nella redazione del PSO degli anni successivi si sono approfonditi e declinati i valori di trasparenza e corresponsabilità, mettendo in evidenza la necessità di organi e meccanismi di *governance* che spingano verso l’assunzione di comporta-

menti *accountable* all'interno di tutta l'organizzazione (per esempio, il Piano Strategico Ospedaliero ha dato risalto sia ai meccanismi di coordinamento e di coinvolgimento finalizzati a innescare processi virtuosi di responsabilizzazione e partecipazione attiva di ogni singolo professionista al raggiungimento di obiettivi comuni; sia alla componente programmatica in modo da ottenere uno strumento che preveda un certo rigore nell'indicazione degli indirizzi e che, contestualmente, sia sufficientemente flessibile e reattivo).

Sul solco di tali principi sono improntate anche le innovazioni gestionali, tra le quali assume un ruolo di rilievo il sistema di controllo di gestione. La metodologia adottata si basa sulla metodica dell'*Hospital Patient Costing* e, utilizzando la tecnica operativa dell'*Health Activity-based Costing*, consente di giungere al calcolo del costo per singolo episodio di ricovero e delle singole attività svolte (degenza, sala operatoria, terapia intensiva ecc.) suddivise per fattore produttivo impiegato (medici, farmaci ecc.) e di confrontare i costi rilevati con un *benchmark* di riferimento (costo standard). Tale sistema consente, quindi, di superare i limiti dell'autoreferenzialità e di valutare se, per le diverse attività, si stia spendendo "troppo" o "troppo poco" rispetto a un *benchmark* di riferimento, rappresentando un valido strumento per un'allocazione delle risorse volta a soddisfare al meglio i bisogni di salute dell'ammalato.

Al fine di rendere il budget un processo oggettivo e verificabile, garantendo il coordinamento e l'integrazione delle informazioni e delle diverse componenti dell'organizzazione in attuazione di una trasparenza applica-

ta, è stato redatto il documento "*Budget: regole e criteri*". Le innovazioni introdotte negli ultimi budget sono confermate nel ciclo di budget: 1) la diversificazione dei pesi degli obiettivi per il personale della dirigenza e del comparto anche per le UU.OO. Cliniche; 2) la definizione di un livello minimo di risultato al di sotto del quale non è possibile accedere al saldo degli incentivi; 3) l'introduzione di obiettivi "soglia" (solo per la dirigenza), il raggiungimento dei quali risulta condizione necessaria per accedere al saldo degli incentivi; 4) l'introduzione di obiettivi riguardanti la formazione obbligatoria.

Una volta fissate le linee strategiche e i valori di riferimento, il passo successivo consiste nel declinarli in obiettivi e azioni concrete che saranno poi definite anno per anno nel processo di budget. Inoltre, nella sezione del budget Governo Clinico vengono individuati indicatori clinici (per le attività di ricovero, di *Day Service* e Specialistica Ambulatoriale) utilizzati per la valutazione di performance ospedaliera in termini di efficienza ed efficacia.

Il processo di Budget interessa sia la dirigenza sia il comparto, che viene coinvolto dal momento che è chiamato a contribuire al raggiungimento dei singoli obiettivi indicati nella scheda di budget.

Dal confronto delle differenti esperienze (ASL di Foggia, Ospedali Riuniti-OORR di Foggia, IRCCS convenzionato di San Giovanni Rotondo) emergono alcune considerazioni in merito alla prima variabile indagata rappresentata dagli strumenti operativi di misurazione della performance. Innanzitutto, si evidenzia la centra-

lità del ricorso a strumenti operativi di programmazione (adottati in maniera condivisa e partecipata) per l'individuazione degli obiettivi a cui tendere, e dell'impiego di indicatori di risultato per la misurazione del livello di performance. Ne scaturisce la rilevanza del sistema informativo – che si deve contraddistinguere per affidabilità e tempestività – e dei supporti informatici allo stesso quale variabile indispensabile per lo sviluppo del modello di *performance governance*.

In secondo luogo, dal momento che la performance in sanità non può prescindere dal ruolo degli stakeholder e in particolare del cittadino-paziente, accanto alla condivisione interna, maggior rilievo si potrebbe conferire alla comunicazione verso l'esterno dei dati di performance ottenuti dai sistemi operativi impiegati. Infine, anche a sostegno del processo comunicativo, è possibile evidenziare che un supporto potrebbe venire dall'emanazione di linee guida regionali utili a uniformare le modalità operative in tema di *performance management* e *performance governance*, ma anche idonee a facilitare la coerenza degli obiettivi definiti nelle varie strutture con la programmazione sanitaria regionale.

4.2. L'integrazione ospedale-territorio per il miglioramento della performance

Integrazione e pandemia: il progetto ASL Bari. Al fine di proporre alcune evidenze empiriche circa la possibilità che il modello organizzativo implementato fra ospedali e territorio, insieme alle contingenti scelte sanitarie regionali compiute in Puglia, abbia potuto influire sulla performance sanitaria in termini di contenimento dei contagi da Covid-19 nel territorio pugliese, un team di medici dell'ASL

di Bari ha sviluppato un progetto di analisi sia di tali scelte sia di un sistema di indicatori resi disponibili dalla Protezione Civile in merito alla pandemia attualmente in corso. Il progetto considerato, focalizzato sull'integrazione fra ospedale e territorio, riguarda l'intero settore sanitario pubblico pugliese e, pertanto, tutte le aziende sanitarie in esso comprese. Con il D.M. n. 70/2015 e con la Legge di Stabilità 2016 sono stati individuati su tutto il territorio nazionale i nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere all'interno di omogenei parametri di sicurezza, efficacia delle cure ed efficienza gestionale. In questa ottica, la Regione Puglia ha provveduto a incrementare l'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la riconversione di 29 strutture ospedaliere in strutture territoriali di assistenza, denominate Presidi Territoriali di Assistenza (PTA). Tali strutture hanno l'obiettivo, appunto, di potenziare l'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extra ospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche.

Le autorità sanitarie pugliesi hanno predisposto un'importante riorganizzazione ospedaliera per pazienti positivi al Covid aumentando la capacità di terapia intensiva della regione, stimandola su uno scenario di 2.000 casi di contagio. Si sono gradualmente trasferiti i pazienti non Covid-19 dagli ospedali riservati all'epidemia verso gli ospedali decentrati, dedicati ai soli pazienti non Covid-19. Oltre a rafforzare la capacità di assistenza ai pazienti, sono state sviluppate importanti misure di controllo del contagio attraverso i servizi territoriali di salute pubblica. Per fronteggiare l'emergen-

za Covid-19 la Regione Puglia ha incrementato il personale sanitario reclutando attraverso assunzioni a tempo determinato, indeterminato e rapporti libero-professionali. Ciò ha comportato un incremento (fra medici, infermieri e altre categorie sanitarie) pari a 750 unità. Inoltre, in ottemperanza all'articolo 8 del Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14, sono state istituite, presso le ASL pugliesi, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), che svolgono un ruolo essenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Le loro funzioni sono principalmente rivolte alle cure al domicilio per pazienti Covid-19 (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al proprio domicilio e per la cura al domicilio di pazienti con sintomatologia clinica sospetta per Coronavirus, di cui non è nota l'eventuale positività e che devono essere considerati come sospetti casi Covid-19.

Considerando che la pandemia da Covid-19 è tuttora in corso, probabilmente è troppo presto per giudicare l'esito finale della risposta sanitaria pugliese, tuttavia l'approccio seguito in Puglia – basato sulla comunità – sembra, al momento, aver contribuito a contenere gli esiti negativi della pandemia. Il tasso di casi, il tasso di mortalità e le infezioni degli operatori sanitari in questa regione sono stati inferiori rispetto alla situazione evidenziata dai dati relativi alla Lombardia (principale focolaio italiano). Sicuramente alcuni elementi, quali le differenze nella densità della popolazione, così come il maggior numero di casi iniziali e il maggior numero di

focolai iniziali che contraddistinguono la situazione lombarda, possono aver avuto un ruolo negli sviluppi del contagio. Tuttavia, anche l'organizzazione del sistema sanitario regionale pugliese (fortemente connotato da uno spostamento dell'asse delle cure verso il territorio) e la solidità dell'infrastruttura sanitaria pubblica che contraddistingue questa regione, sembrano aver avuto il loro peso nelle differenze di esiti finora osservate tra queste due regioni. I sistemi sanitari occidentali sono stati costruiti intorno al concetto di assistenza centrata sul paziente, ma un'epidemia richiede un cambiamento di prospettiva verso un concetto di assistenza centrata sulla comunità. In Puglia l'integrazione ospedale-territorio presenta ancora dei profili di miglioramento, ma grazie a una consolidata rete di sanità pubblica si è messo in atto un approccio di risposta all'evento pandemico che a oggi appare efficace.

L'approccio territoriale pugliese, volto a proteggere i medici di medicina generale nella comunità, privilegiando le visite telefoniche piuttosto che quelle di persona, sembra avere consentito alla regione di proteggere la salute dei professionisti, da un lato, e contribuito a limitare il loro ruolo nell'amplificazione della diffusione del virus nella comunità, dall'altro. In merito all'attivazione delle USCA, la Puglia ha agito con un certo ritardo, pur limitando l'impatto negativo che tale ritardo poteva avere nella diffusione dei contagi.

La trasmissione del virus in ambito nosocomiale sembra aver avuto un ruolo rilevante in Lombardia. Pertanto, gli sforzi per tenere i pazienti affetti da Covid-19 lontani dalle strutture sanitarie nel processo di diagnosi e

fornire un follow-up a domicilio per i pazienti, laddove possibile, sembrano soluzioni che in Puglia hanno contribuito a contenere il rischio di infezione per gli operatori sanitari.

La presenza di strutture dedicate a Covid-19 in Puglia, che ha comportato il trasferimento di pazienti non soggetti a Covid in altre strutture per consentire la creazione di ospedali e centri di convalescenza dedicati, può, a sua volta, aver contribuito a limitare l'infezione sia degli operatori sanitari sia della comunità, nelle persone dei pazienti vulnerabili non soggetti a Covid e dei loro visitatori.

L'analisi effettuata sugli indicatori resi disponibili dalla Protezione Civile consente di evidenziare che l'approccio basato sulla comunità sembra essere associato a tassi di casi, ricoveri, decessi e infezioni negli operatori sanitari sostanzialmente ridotti rispetto all'approccio incentrato sul paziente. Pertanto, lo studio effettuato dal team di medici che ha analizzato gli indicatori sanitari relativi alla pandemia, all'organizzazione sanitaria e alle scelte sanitarie specifiche adottate nel territorio pugliese porta a concludere che l'impatto di Covid-19 potrebbe essere limitato attraverso un forte ed esteso sforzo di sanità pubblica a livello territoriale per isolare i casi e i contatti in modo tempestivo e per ridurre al minimo le interazioni non necessarie tra gli operatori sanitari e le persone contagiate (in particolare, attraverso test e un follow-up proattivo realizzati a domicilio).

In sintesi, si ritiene che sempre di più l'integrazione ospedale-territorio rappresenta una modalità di governo sanitario efficace: infatti, una rete di sanità pubblica territoriale – fondamentale per la difesa della salute pub-

blica – integrata a una rete ospedaliera di eccellenza può portare al miglioramento delle performance sanitarie anche in situazioni di particolare difficoltà, quali quelle derivanti da infezioni pandemiche.

Il caso del governo clinico delle malattie respiratorie nell'ASL BAT.

Le Malattie Respiratorie Croniche (MRC) rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. L'incertezza del reale peso epidemiologico e sociale delle MRC contribuisce a diminuire la percezione del problema da parte delle autorità sanitarie e degli amministratori della salute e ad alimentare un comune atteggiamento di trascuratezza nei confronti di questa malattia. Anche a causa di ciò la Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è relativamente poco conosciuta o ignorata dal pubblico e in generale riceve poca attenzione, non solo da parte di mass media e organi di diffusione, ma anche da parte dei medici e decisori politici. La BPCO invece è una malattia per definizione cronica e progressiva che limita fortemente, se non diagnosticata precocemente e adeguatamente trattata, le attività e il benessere quotidiano dei pazienti.

Al fine di misurare e valutare la performance in tema di governo clinico della BPCO e delle MRC nella ASL BAT, un team di medici afferenti alla stessa ha analizzato una serie di indicatori relativi ai servizi sanitari offerti ai pazienti interessati dalle malattie sopracitate. Il gruppo di lavoro si è riunito periodicamente presso le Unità Operative del Dipartimento Medico e Cardiologico e presso l'U.O. Controllo di Gestione della ASL BAT che ha fornito i dati oggetto di analisi. Si sono

considerati tutti i ricoveri ospedalieri effettuati nella ASL BAT negli anni 2018-2019 per Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva (MDC4), riacutizzata, con o senza insufficienza respiratoria, prendendo in esame gli indicatori ministeriali relativi al governo clinico e all'assistenza territoriale. In particolare, dall'analisi effettuata è risultato che:

- 1) il paziente non rientra più in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero, così come avveniva nel recente passato (a volte essendo costretto a spostarsi da un ospedale all'altro della stessa ASL);
- 2) l'ospedale non rappresenta più l'unica risposta accessibile al cittadino, che invece prima preferiva "saltare" i servizi sanitari territoriali (laddove esistenti) e ricorreva al ricovero, assai spesso evitabile, soprattutto per le patologie croniche che, invece, non necessitano di alta e complessa assistenza sanitaria;
- 3) il numero elevato di ricoveri ospedalieri indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia la difficoltà a riallocare le risorse dove sono più utili al cittadino, procedendo ad accentrare l'erogazione di servizi complessi e ad attivare servizi territoriali.

Da quanto emerso, appare necessario e indispensabile potenziare servizi sanitari adeguati sul territorio, come l'Assistenza Domiciliare Respiratoria, certamente più efficace e meno onerosa. Si dovrà, pertanto, assumere un governo di assistenza sanitaria integrata fra ospedale (deputato alle cure più com-

plesse) e territorio (che consentirà di gestire la continuità e lo sviluppo delle cure domiciliari nelle cronicità).

I dati sulla performance in tema di malattie respiratorie sono, pertanto, utili a evidenziare come appaia fondamentale la creazione di una *governance* integrata dei servizi sanitari per questa tipologia di malattie croniche che metta a sistema i medici di medicina generale, le strutture aziendali e regionali preposte alla cura delle malattie respiratorie croniche situate nel territorio e alcune aziende private del settore (già ben strutturate nell'offerta di differenti livelli di assistenza *Health-Care* come telemonitoraggio/teleassistenza). Ciò al fine di stabilire e concordare in maniera congiunta il programma terapeutico da seguire a domicilio, sin dalla fase di dimissione ospedaliera del paziente, e optare per il ricorso all'ausilio di specialisti (pneumologi, internisti, cardiologi, geriatri ecc.) solo nei casi di effettiva necessità e per la gestione di metodiche superspecialistiche. In ultima analisi, questa impostazione condurrebbe a una migliore performance sanitaria nella gestione delle malattie respiratorie qui considerate.

I casi presentati evidenziano come un'organizzazione "diramata" di alcuni servizi sanitari possa condurre a migliori performance (anche in situazioni critiche) derivanti dalla capillarità del servizio, dalla possibilità di presidio/controllo periferico dei pazienti e dalla differenziazione di cura/servizio fra territorio e ospedale. Allo stesso tempo, una struttura di *governance* sanitaria come quella descritta presenta profili di complessità derivanti dalla pluralità di soggetti coinvolti, dalla definizione delle responsabilità attribuibili agli stessi e dall'estensione territoriale sulla quale garantire il servi-

zio, con potenziali ricadute su modalità e strumenti di misurazione della performance. Quanto rilevato evidenzia come la seconda variabile indagata (integrazione di performance) rappresenti un aspetto di rilevanza cruciale nello sviluppo del modello di *performance governance* sia in termini di impatto sulla performance sia in termini di complessità.

4.3. Il coinvolgimento dei cittadini: il ruolo della comunicazione nell'ASL di Taranto

L'area di Taranto, sin dagli anni Settanta, è stata oggetto di diversi studi epidemiologici di mortalità a causa della peculiare situazione industriale che ha coinvolto direttamente la città e le aree limitrofe.

Le variazioni demografiche registrate nella popolazione residente a Taranto (da 70.000 abitanti nel 1870 ai 210.000 abitanti del 1975) si correlano alla trasformazione dello sviluppo produttivo e occupazionale della città jonica che, già alla fine del XIX secolo, ha ospitato uno dei più importanti cantieri navali della nazione e nel ventennio 1961-1981 ha conosciuto l'insediamento, a ridosso di alcuni quartieri cittadini, di uno dei più grandi stabilimenti europei per la produzione dell'acciaio, di una raffineria petrolchimica di grandi dimensioni e di un cementificio di importanza nazionale. Tale situazione ha fatto sì che l'area costituita dai territori che ricadono nei Comuni di Taranto, Statte, Massafra, Crispiano e Montemesola fosse dichiarata nel 1986 "area a elevato rischio di crisi ambientale" e in tale zona, come noto sin dagli studi OMS condotti tra gli anni Ottanta e Novanta, sono stati evidenziati eccessi di mortalità e morbosità per tumore pol-

monare, mesotelioma pleurico e disturbi respiratori.

Le pressioni ambientali che gravano sull'area di Taranto hanno determinato un notevole impegno istituzionale per i sistemi agenziali locali sanitari e ambientali, i quali da una parte hanno contribuito a fornire dati a supporto delle evidenze epidemiologiche di impatto sulla salute e dall'altra hanno intrapreso azioni parallele di natura ambientale, sanitaria e di sicurezza alimentare. Già nel giugno 1995 dal Centro Europeo Ambiente e Salute dell'OMS fu stilato il rapporto "Salute e ambiente in Italia", che ha evidenziato come la mortalità nel territorio tarantino fosse superiore rispetto alla media.

L'esame dell'incidenza dei tumori nel biennio 2006-2007 nel SIN (Sito di Interesse Nazionale) di Taranto mostra, rispetto al resto della provincia, eccessi nella diffusione dei tumori, sia tra gli uomini sia tra le donne.

Nel 2008 venne pubblicato sulla rivista scientifica *Epidemiologia e Prevenzione* uno studio sull'incidenza della Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva, la BPCO, che concluse come a Taranto e a Roma si registrò il più alto tasso di questa patologia, con età più giovane alla prima diagnosi.

A fronte di una emergenza sanitaria già emersa negli anni Novanta, la carenza di dati di monitoraggio ambientale fino al 2000 ha rappresentato un tassello mancante della catena salute-ambiente. Nel 2008 il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, infatti, propone alla Regione Puglia l'attivazione di un "Piano Straordinario di Monitoraggio e Sorveglianza Attiva per il controllo della presenza di diossina nei prodotti di origine animale, della pesca e degli impianti di mitili-

coltura nella Provincia di Taranto". Questo Piano, avviato dall'aprile 2008 e a oggi attivo, ha previsto prelievi delle matrici alimentari inizialmente in un'area con un raggio di 10 km dalla zona industriale individuata, di seguito estesa dai 15 km fino ai 20 km, con l'invio dei campioni all'Istituto Zooprofilattico di Teramo.

Grazie al sostegno da parte del Centro Europeo Ambiente e salute dell'OMS nel 2015, viene avviata la *COST Action Industrially Contaminated Sites and Health Network* – coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – per supportare la cooperazione transnazionale, con il compito di sostenere la raccolta di dati e informazioni rilevanti, stimolare lo sviluppo di metodologie condivise, promuovere iniziative di ricerca multidisciplinare e produrre documenti di consenso e guida sulla valutazione, sulla gestione e sulla comunicazione del rischio, riducendo il divario tra le acquisizioni scientifiche, le richieste di salute della società civile e le decisioni della politica.

In ciascun Sito di Interesse Nazionale (SIN) per le bonifiche, tra cui quello di Taranto, c'è bisogno di adottare un piano di comunicazione che coinvolga autorità sanitarie pubbliche, popolazione residente, comunità scientifica e che tenga conto di aspetti storici, culturali e delle modalità relazionali di ogni contesto, fattori che giocano un ruolo rilevante nella percezione del rischio.

L'ASL di Taranto diventa così collettore delle esperienze, con funzione di coordinamento aziendale degli interventi di sanità pubblica locali, in collaborazione con la direzione aziendale, con competenze multidisciplinari tecniche, sanitarie e veterinarie.

A tale azione, si associa un Piano Stra-

tegico dei dipartimenti di prevenzione, che rappresenta un documento tecnico-funzionale delle Aziende Sanitarie preposto alla tutela della salute collettiva con l'obiettivo della prevenzione delle malattie, incluso il benessere animale e la sicurezza alimentare.

Viene perseguito un modello di monitoraggio sanitario continuo attraverso un set di strumenti di sorveglianza che consenta l'aggiornamento periodico dello stato di salute dei residenti e la valutazione dell'efficacia degli interventi adottati. Pertanto, si definisce il "Sistema di sorveglianza integrato salute e ambiente", composto da: Registro regionale di mortalità; Schede Dimissione Ospedaliera; Registro tumori; Registro regionale mesoteliomi; Base dati regionale di indicatori di salute riproduttiva (CeDAP); Registro regionale malformazioni; Sistemi di sorveglianza sugli stili di vita.

Inoltre, sulla base delle risultanze scaturite dal modello di sorveglianza descritto, possono essere avviati approfondimenti specifici attraverso indagini analitiche su eventuali legami tra stato di salute e fattori di esposizione, purché finalizzati a promuovere interventi di sanità pubblica *evidence-based* utili al controllo degli stessi. Appare opportuno, in contesti come quello tarantino, integrare gli strumenti di sorveglianza epidemiologica con la caratterizzazione delle condizioni socio-economiche della popolazione residente nelle aree contaminate per chiarire l'eventuale associazione tra deprivazione ed esposizione e le connesse condizioni di vulnerabilità e di accesso ai servizi sanitari.

L'aspetto della produzione dei dati inerenti al monitoraggio della salute e dell'ambiente è correlato a quello della

divulgazione degli stessi quale strumento di coinvolgimento degli stakeholder. Infatti, i sistemi sanitario e ambientale si trovano spesso a dover gestire situazioni complesse relative ai determinanti ambientali della salute, rese ancor più delicate dallo sviluppo di alcuni fattori quali: l'aumento della sensibilità a fronte di rischi incerti, la ridotta fiducia nelle autorità deputate ad affrontare le emergenze, il controllo e il trasferimento di responsabilità per la salute pubblica a organizzazioni esterne. La gestione di queste criticità richiede nuove competenze, comporta interventi di diversa natura, fa insorgere la necessità di valutare l'entità dei possibili impatti sulla salute e sull'ambiente e, non ultima, impone la gestione di informazioni e comunicazioni sui possibili rischi, tenendo in considerazione opinioni, interessi e valori dei vari stakeholder. Tutto ciò anche a fronte di una elevata percezione soggettiva del rischio nelle comunità locali.

Mentre la crescente domanda di partecipazione ai servizi sanitari da parte dei cittadini e dei gruppi di interesse offre un'eccellente opportunità per l'adozione di politiche sostenibili e partecipative, le autorità sanitarie affrontano per la prima volta tali temi e ciò rappresenta una sfida per acquisire ulteriori competenze nella comunicazione dei rischi sanitari. Per questo motivo, la diffusione e la comunicazione sul legame salute-ambiente rappresentano un punto di partenza per andare incontro al crescente bisogno di conoscenza da parte della popolazione, che si esprime attraverso le numerose richieste rivolte ad ARPA e alle ASL circa le possibili ricadute in termini sanitari legate all'esposizione agli inquinanti ambientali.

A tal proposito, il Dipartimento di

Prevenzione ha istituito un filo diretto con la popolazione creando un pool di medici e veterinari, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione e specialisti della comunicazione che, nell'ambito delle proprie attività e competenze, hanno preso parte a incontri pubblici promossi da istituzioni e da associazioni del territorio particolarmente attive relativamente al tema ambientale. Si è determinata una collaborazione con le associazioni del territorio per interpretare al meglio le richieste della popolazione in merito alle problematiche ambientali e allo stile di vita da adottare per limitare i rischi a esse connessi. Inoltre, si è investito anche sugli "addetti ai lavori" della comunicazione attraverso corsi di formazione rivolti ai giornalisti e organizzati dall'ASL di Taranto in collaborazione con l'Ordine dei Giornalisti, al fine di fornire a questi ultimi alcuni strumenti necessari per fare un'informazione consapevole sul tema "salute e ambiente".

Un'altra importante attività comunicativa è rappresentata dallo svolgimento di un percorso laboratoriale sulle interazioni fra ambiente e salute attivato con gli studenti delle scuole secondarie nel periodo di alternanza scuola-lavoro. L'attività è stata un'occasione rilevante di confronto e promozione di corretti stili di vita con le nuove generazioni nelle quali è necessario far sviluppare una coscienza comune sui temi legati all'ambiente e alla sanità.

L'importanza della corretta comunicazione è emersa in maniera inequivocabile negli ultimi anni, in cui, ormai chiara la matrice industriale delle problematiche ambientali, le associazioni ambientaliste hanno iniziato in maniera sistematica a coinvolgere la sanità

nella richiesta di chiarezza nella trasmissione dei dati e nella esplicitazione di quelle che sono le attività effettuate per individuare i fattori di rischio, specie in ambito alimentare.

Tali attività hanno consentito il passaggio da un clima di diffidenza a una collaborazione con tali associazioni anche alla luce delle denunce di illeciti che le stesse pongono all'attenzione dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione e grazie alle quali è possibile intervenire in maniera rapida e risolutiva. A tal fine, si è avviata anche una modalità di comunicazione continua con la collettività attraverso il portale della ASL di Taranto sul quale si sono implementate delle pagine dedicate alle attività svolte a tutela della salute pubblica e ai risultati di tali attività. Sul portale ogni cittadino può scaricare il Piano di offerta delle prestazioni per la prevenzione e l'assistenza, un Documento relativo alla prevenzione e all'assistenza per le patologie associate all'inquinamento ambientale, i documenti sullo stato di avanzamento delle attività del Centro Salute e Ambiente e le relazioni scientifiche prodotte sull'argomento. Inoltre, si possono consultare sia le news di rilievo attinenti al tema ambiente e salute sia le misure cautelative previste.

La realizzazione delle attività sopra descritte ha previsto il potenziamento dei servizi di vigilanza, controllo e prevenzione degli Enti coinvolti, l'interconnessione funzionale delle loro attività, il rafforzamento delle attività epidemiologiche, l'attivazione di specifiche attività di monitoraggio ambientale e la formazione di nuovi professionisti della salute per i quali le competenze in ambito comunicativo sono diventate integranti della propria attività lavorativa, al pari delle corrette

pratiche mediche. L'impegno costante per una corretta comunicazione alla popolazione ha consentito, da un lato, di assolvere il principio di trasparenza su azioni intraprese e risultati conseguiti per la salvaguardia ambientale e della salute e, dall'altro, ha permesso di favorire la gestione di tensioni della comunità tarantina.

Il caso analizzato mette in luce in che modo l'ASL di Taranto ha cercato di sviluppare un sistema di comunicazione continua con la propria collettività teso a instaurare un'interazione intensa con i cittadini attraverso la diffusione di dati e informazioni inerenti al legame fra ambiente e sanità. L'impegno dell'ASL di Taranto in questa direzione ha consentito il coinvolgimento della cittadinanza, una maggior consapevolezza della stessa circa le tematiche trattate e, di conseguenza, la possibilità di affrontare, stemperandole, situazioni di tensione sociale. Nondimeno, le criticità derivanti dal confronto continuo su tematiche di particolare delicatezza socio-sanitaria si sono potute affrontare grazie a una preventiva attenzione sulla produzione di dati e informazioni oggetto della comunicazione e alla creazione di specifiche competenze comunicative nel personale sanitario.

La terza variabile indagata (coinvolgimento dei cittadini) si può implementare, contribuendo allo sviluppo di un modello di *performance governance*, solo attraverso un importante impegno preventivo in tema di creazione dei presupposti culturali al coinvolgimento.

5. Considerazioni conclusive

Il modello di *performance governance* (Bouckaert e Halligan, 2008) si contraddistingue per una particolare complessità in quanto prevede l'impiego

delle informazioni di performance per migliorare la *governance* sanitaria, l'ampliamento del concetto di performance che giunge a comprendere le relazioni con i differenti stakeholder dell'azienda sanitaria e, di conseguenza, un approccio interaziendale alla *governance*. Pertanto, questo modello pone delle sfide sia nella cultura, sia nelle competenze e nell'operatività della gestione della performance. Da qui, l'interesse di ricerca in ambito sanitario relativamente ad alcuni elementi che partecipano all'implementazione del modello di *performance governance*. In particolare, ci si chiede: "Come alcune variabili (strumenti operativi di misurazione della performance, integrazione di *governance* e coinvolgimento dei cittadini) di *performance governance* si sono sviluppate nella sanità pugliese?"

Per rispondere a questa domanda di ricerca si è impiegata la metodologia dei *multiple case studies*, scelti per ciascuna delle tre variabili – individuate sulla base della letteratura – che identificano elementi caratterizzanti il modello di *performance governance*.

Per ciascuna variabile indagata (strumenti operativi di misurazione della performance, integrazione di *governance* e coinvolgimento dei cittadini), si espongono di seguito alcune riflessioni conclusive derivanti dall'analisi dei casi da cui scaturiscono considerazioni di carattere generale che permettono di contribuire all'approfondimento scientifico del modello di *performance governance*, rispondendo alla *research question*.

Relativamente alla prima variabile, le evidenze empiriche permettono di concludere come gli strumenti operativi di misurazione della performance se condivisi e partecipati (Macinati

et al., 2014) rappresentino la base operativa e informativa per supportare i *decision makers* e, pertanto, per contribuire allo sviluppo di un modello di *performance governance*. L'esperienza pugliese consente di evidenziare, in generale, come tale situazione potrebbe essere rafforzata anche attraverso l'emanazione di linee guida dedicate che siano utili a definire strumenti uniformi e, di conseguenza, confrontabili in termini di risultati. In effetti, va evidenziato il rischio per cui strumenti operativi per misurazione della performance eccessivamente differenziati rendono difficoltosa la comparabilità delle prestazioni sanitarie (Spano e Aroni, 2018), possono fuorviare la comunicazione diretta agli stakeholder e, in ultima analisi, possono minare il governo sistemico della performance in un sistema complesso com'è quello della sanità. Ciò evidenzia come la prima variabile risulti essenziale anche per l'implementazione delle altre due considerate e, in definitiva, per lo sviluppo del modello di *performance governance*.

In merito alla seconda variabile, le modalità attraverso le quali le realtà sanitarie pugliesi hanno implementato il rafforzamento dell'integrazione fra ospedale e territorio, hanno consentito la produzione di alcuni effetti positivi in termini di qualità dei servizi erogati che sono, comunque, suscettibili di ulteriori miglioramenti. Allo stesso modo, l'analisi svolta mette in evidenza che, nel contesto sanitario pugliese, il collegamento fra i vari soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari si può considerare essenzialmente di tipo intraorganizzativo. Il modello di *performance governance*, al contrario, si fonda sul concetto di *governance* integrata e, pertanto, di

tipo interorganizzativo (Brusati *et al.*, 2018) in un network di aziende sanitarie (Cepiku *et al.*, 2010). La situazione riscontrata empiricamente consente una considerazione di carattere generale circa le criticità nello sviluppo di integrazioni di *governance* in ambito sanitario: ci si chiede se e quanto lo sviluppo di una *governance* congiunta fra soggetti differenti che partecipano alla performance sanitaria possa derivare ed essere influenzato dalla presenza o meno di una cultura collaborativa interorganizzativa, dalle differenze istituzionali (soggetti pubblici *vs* soggetti privati), dalle differenze nei sistemi di *performance management*. Da qui, l'utilità di approfondimenti scientifici su tali aspetti.

Con riferimento alla terza variabile, nell'area geografica considerata il coinvolgimento dei cittadini si è sviluppato in termini di comunicazione continua nei confronti della collettività, supportata dall'implementazione di un sistema di monitoraggio e raccolta dati. Ciò è apprezzabile dal momento che la divulgazione pubblica dei dati di performance e il *benchmarking* sistematico sono strumenti potenti per garantire un miglioramento equilibrato e duraturo dei sistemi sanitari (Nutti *et al.*, 2016). Un aspetto critico riscontrato nell'implementazione delle attività di comunicazione ai cittadini è rappresentato dall'“educazione alla comunicazione”, tanto per i mittenti della stessa (personale sanitario e giornalisti), quanto per i suoi destinatari (cittadini). In relazione ai primi, si è provveduto con percorsi formativi *ad hoc*, per i cittadini si è scelta la via della sensibilizzazione attraverso numerose attività di incontro-confronto. Questi aspetti portano a due considerazioni di carattere più

generale. Innanzitutto, appare utile evidenziare come, nell'attuale contesto comunicativo – caratterizzato tanto da un eccesso di informazioni quanto dal rischio di attendibilità delle stesse (es.: *fake news*) –, sia indispensabile porre la dovuta attenzione a modalità di comunicazione della performance che puntino alla reale consapevolezza dei destinatari (interni ed esterni all'azienda) circa le questioni sanitarie (evitando il rischio di una comunicazione unicamente formale sulle performance sanitarie). Allo stesso tempo, va evidenziato come lo sforzo comunicativo per il coinvolgimento della cittadinanza e, quindi, per lo sviluppo di un modello di *performance governance* in sanità, rappresenti un primo passo suscettibile di ulteriori evoluzioni, soprattutto al fine di fare in modo che la collettività sia consapevolmente partecipe al processo di erogazione dei servizi sanitari (Cepiku *et al.*, 2020) e di rendere attiva la partecipazione del cittadino (per esempio, nell'apprendimento di corretti stili di vita che possono avere ricadute positive sul sistema sanitario, nei processi di valutazione delle performance sanitarie ecc.).

In ultima analisi, si può concludere che la sanità pugliese, sulla base dei casi di studio presentati in questo lavoro, è da ritenersi ancora distante da un modello di *performance governance*, presentando caratteri più affini al modello di *performance management* (Bouckaert e Halligan, 2008), più orientato all'integrazione interna delle informazioni di performance con tentativi di coinvolgimento della cittadinanza. In effetti, nel contesto sanitario pugliese si riscontra la possibilità: (i) di ottimizzare i sistemi operativi di misurazione della performance e di

diffusione condivisa degli stessi a livello regionale; (ii) di ampliare le sperimentazioni di *governance* interorganizzativa; e (iii) di far evolvere il ruolo del cittadino da destinatario di informazioni a elemento attivo nell'erogazione dei servizi sanitari. Nondimeno, è possibile considerare le modalità di implementazione delle tre variabili precedentemente evidenziate (che in Puglia presentano un grado di sviluppo più o meno approfondito) come un avvio propedeutico al passaggio a un modello di *performance governance*. Da qui l'opportunità, da cogliere in seno al settore sanitario, di monitorare e approfondire questi aspetti per potenziarli, e la necessità, da un punto di vista scientifico, di sviluppare ulteriori ricerche in questo ambito al fine di meglio delineare il modello di *performance governance*, le effettive modalità applicative dello stesso e le sue potenziali ricadute.

A tal proposito, l'analisi effettuata – seppur denotando il limite di essere circoscritta alla realtà regionale pugliese e di essere basata unicamente su fonti informative di tipo documentale – consente di contribuire al dibattito scientifico anche attraverso ulteriori considerazioni di carattere generale in merito ad alcuni potenziali rischi/ aspetti da indagare connessi allo sviluppo del modello di *performance governance* in sanità:

- gli strumenti operativi di *performance measurement* a supporto della *governance* sono caratterizzati da un certo grado di articolazione e complessità (Casalini *et al.*, 2017). Essi, inoltre, richiedono una certa standardizzazione che consenta di “parlare la stessa lingua” fra organizzazioni del settore sanitario e con

organizzazioni e/o soggetti esterni a esso, oltre che di effettuare analisi di *benchmarking*. Ciò espone al rischio di una rigidità che potrebbe portare a sviluppare un sistema di rilevazione della performance non completamente adatto all'organizzazione nella quale lo stesso viene impiegato. Di conseguenza, si evidenzia la necessità di approfondire e progettare strumenti di produzione delle informazioni di performance che garantiscano un *trade-off* fra standardizzazione e adattabilità di tali strumenti operativi a situazioni di *governance* “allargata”;

- le integrazioni interorganizzative, che conducono a un ampliamento della *governance* sanitaria, potrebbero portare a confini più sfumati fra le organizzazioni coinvolte e, di conseguenza, si potrebbe verificare il rischio che sia altrettanto sfumata l'assunzione di responsabilità fra i vari soggetti che concorrono al conseguimento dei risultati (Halligan *et al.*, 2012). Pertanto, potrebbe assumere particolare rilievo una chiara identificazione (e le correlate criticità) del rapporto organizzazione-obiettivo-responsabilità;
- il coinvolgimento dei cittadini nel processo di erogazione dei servizi sanitari è auspicabile a supporto della sostenibilità del sistema sanitario (Borgonovi *et al.*, 2018b): resta da comprendere in maniera più approfondita il grado ottimale di partecipazione dei cittadini. Se, per esempio, la conoscenza dell'opinione del cittadino sulla qualità percepita dei servizi sanitari si deve considerare indispensabile, più critica appare la possibilità di partecipazione del cittadino nei processi decisionali che richiedono elevate compe-

tenze manageriali e scientifiche. Per contro, circoscrivere la partecipazione del cittadino solo ad alcune tipologie di scelte potrebbe, a sua volta, implicare il rischio di una “illusione partecipativa”.

Ringraziamenti

Per la disponibilità nel fornire dati, informazioni e documenti che hanno consentito l'analisi dei casi contenuti nel presente lavoro, si ringraziano i seguenti professionisti sanitari che hanno partecipato e discusso i project work nel Programma di Formazione Manageriale per la Dirigenza del Siste-

ma Sanitario della Regione Puglia organizzato da AReSS Puglia nell'ambito del CURSuS (Coordinamento Universitario Regionale per la Formazione Superiore in Salute e Sociale): Ametta Alberto, Ametta Michele, Gera Gennaro, Chiarelli Pasquale, De Vincentis Gabriella, Gualano Annamaria, Leccisotti Giovanni, Mastropieri Simonetta, De Luca Maurizio, Mariano Manziona, Paolo Marcuccio, Guido Quaranta, Rosella Squicciarini, Nenna Saverio, Bartucci Giuseppe, Cuccorese Giuseppe, De Luca Giovanni, Basile Fabrizio, Fattizzi Feliciano, Franco Ettore, Linoci Antonio.

BIBLIOGRAFIA

Bevir M., Rhodes R.A.W., Weller P. (2003). Traditions of Governance: Interpreting the Changing Role of the Public Sector in Comparative and Historical Perspective. *Public Administration*, 81: 1-17.

Borgonovi E. (1996). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea (I ed.).

Borgonovi E. (2005). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea (V ed.).

Borgonovi E., Anessi-Pessina E., Bianchi C. (2018a). *Outcome-Based Performance Management in the Public Sector*. Cham: Springer.

Borgonovi E., Adinolfi P., Palumbo R., Piscopo G. (2018b). Framing the Shade of Sustainability in Health Care: Pitfalls and Perspectives from Western EU Countries. *Sustainability*, 10(12): 4439-4459.

Bouckaert G., Halligan J. (2007). *Managing performance: International comparisons*. London: Routledge.

Bouckaert G., Halligan J. (2008). Comparing Performance across Public Sectors. In: Van Dooren W.,

Van de Walle S. (Eds). *Performance Information in the Public Sector*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Brusati L., Fedele P., Ianniello M., Iacuzzi S. (2018). Outcome-Based Performance Management in the Public Sector: What Role for Inter-organizational ICT Networks?. In: Borgonovi E., Anessi-Pessina E., Bianchi C. (Eds.). *Outcome-Based Performance Management in the Public Sector*. Cham: Springer, pp. 161-177.

Callahan K. (2007). *Elements of Effective Governance: Measurement, Accountability and Participation*. Boca Raton: Taylor and Francis.

Casalini F., Seghieri C., Emdin M., Nuti S. (2017). Nuovi strumenti di management per la gestione integrata dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici. *Mecosan*, 102: 35-59.

Cashin C. (2014). New Zealand: Primary Health Organization Performance Programme. In: Cashin C., Chi Y. L., Smith P., Borowitz M., Thomson S. (Editors). *Paying for Performance in Healthcare: Implications for Health System Performance and*

- Accountability*. New York: New York Open University Press, pp. 173-188.
- Cepiku D., Conte A., D'Adamo A. (2010). La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità. *Mecosan*, 19(75): 23-41.
- Cepiku D., Giordano F., Magi A., Aloisantonio E. (2020). Dall'ospedale alla co-produzione collettiva: come attivare la comunità per il contrasto al Covid-19. *Mecosan*, 113: 279-289.
- Conaty F.J. (2012). Performance management challenges in hybrid NPO/ public sector settings – an Irish case. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 61(3): 290-309.
- Davies H.T.O., Nutley S.M., Smith P.C. (2000). *What Works? Evidence-Based Policy and Practice in Public Services*. London: The Policy Press.
- De Bruijn H. (2007). *Managing Performance in the Public Sector*. London: Routledge.
- Dutil P., Howard C., Langford J., Roy J. (2010). *The Service State: Rhetoric, Reality and Promise*. Ottawa: University of Ottawa Press.
- Halligan J., Sarrico C.S., Rhodes M.L. (2012). On the roads of the public performance in the public domain?. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 61(3): 224-234.
- Hawke L. (2012). Australian public sector performance management: success or stagnation?. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 61(3): 310-328.
- Henman P. (2016). Performing the state: the socio-political dimensions of performance measurement in policy and public services. *Policy Studies*, 37(6): 499-507.
- Hood C. (1995). The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting Organizations and Society*, 20(2/3): 93-109.
- Locatelli W., Testi A., Ansaldi F., Giachello M., Panero C., Tisa V., Trucchi C. (2019). Governance delle reti sanitarie: i Dipartimenti Inter-Aziendali Regionali (DIAR) nel nuovo sistema sanitario ligure. *Mecosan*, 109: 57-81.
- Macinati M.S., Rizzo M.G., D'Agostino G. (2014). Partecipazione al processo di budget, accuratezza e utilità delle informazioni di budget e performance. I risultati di un caso di studio. *Mecosan*, 92: 55-75.
- Martinsen D.S., Vrangbaek K. (2008). The Europeanization of health care governance: implementing the market imperatives of Europe. *Public Administration*, 86(1): 169-184.
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2016). Making governance work in the health care sector: the evidence from a “natural experiment” in Italy. *Health Economy, Policy and Law*, 11(1): 17-38.
- Osborne S.P. (2006). The New Public Governance?. *Public Management Review*, 8(3): 377-387.
- Poister T.H. (2010). The Future of Strategic Planning in the Public Sector: Linking strategic Management and Performance. *Public Administration Review*, 70(Special Issue): s246-s254.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2002). *La riforma del management pubblico*. Milano: Università Bocconi Editore.
- Radin B.A. (2006). *Challenging the Performance Movement: Accountability, Complexity, and Democratic Values*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Radnor Z., McGuire M. (2004). Performance management in the public sector: fact or fiction?. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 53(3): 245-260.
- Ramadass S.D., Sambasivan M., Xavier J.A. (2018). Collaboration outcomes in a public sector: impact of governance, leadership, interdependence and relational capital. *Journal of Management and Governance*, 22: 749-771.
- Solesbury W. (2001). *Evidence Based Policy: Where it Came and Where It's Going*. London: ESRD UK Centre for Evidence-Based Policy and Practice.
- Spano A., Aroni A. (2018). Organizational Performance in the Italian Health care Sector. In: Borgonovi E., Anessi-Pessina E., Bianchi C. (Eds.). *Outcome-Based Performance Management in the Public Sector*. Cham: Springer, pp. 25-43.
- Tenbenschel T., Burau V. (2017). Contrasting approaches to Primary Care Performance Governance in Denmark and New Zealand. *Health Policy*, 121(8): 853-861.
- Van Dooren W. (2008). Nothing New Under the Sun? Change and Continuity in the Twentieth-Century Performance Movements. In: Van Dooren W., Steven Van de Walle. *Performance information in the Public Sector*. London: Palgrave-Macmillan.
- Van Dooren W., Bouckaert G., Halligan J. (2015). *Performance Management in the Public Sector* (2nd Edition). London: Routledge.
- Yin R.K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE.