

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

Dottorato di ricerca in Scienze economico-aziendali

Ciclo XXVII

**Le condizioni per il cambiamento nelle aziende
pubbliche: il ruolo delle variabili manageriali**

Coordinatore:

Chiar.mo Prof. Stefano Azzali

Tutor:

Chiar.mo Prof. Antonello Zangrandi

Dottorando: Simone Fanelli

Le condizioni per il cambiamento nelle aziende pubbliche: il ruolo delle variabili manageriali

INDICE

Abstract

Introduzione

Capitolo 1. Variabile manageriale n.1: il contesto di lavoro

- 1.1. La risorsa umana come fattore critico di successo
- 1.2. La ricerca di efficienza nelle aziende sanitarie
- 1.3. Il campione
- 1.4. Lo strumento di analisi
- 1.5. La qualità del contesto lavorativo infermieristico
- 1.6. Soluzioni manageriali per la gestione del cambiamento
- 1.7. I limiti dello studio e gli spazi di indagine futuri

Bibliografia

Capitolo 2. Variabile manageriale n.2: politiche per il cambiamento e comportamenti manageriali

- 2.1. Il modello burocratico nella gestione delle aziende pubbliche
- 2.2. Le buone politiche per promuovere il cambiamento
- 2.3. Migliorare l'efficienza nei Dipartimenti d'Emergenza
- 2.4. Gli ambiti della performance dei Pronto Soccorso
- 2.5. Il cambiamento e il ruolo del management
- 2.6. Implicazioni pratiche
- 2.7. Note conclusive

Bibliografia

Capitolo 3. Variabile manageriale n.3: misurare i risultati

3.1. Il “sistema bilancio” a supporto del management

3.2. L’esigenza di cambiamento della contabilità pubblica

3.3. Il processo di riforma: tra contabilità generale e armonizzazione

3.4. L’evoluzione della normativa in tema di armonizzazione contabile

3.5. Materiali e metodo

3.6. L’impatto della riforma contabile sulla gestione dell’Ente locale

3.7. Considerazioni finali

Bibliografia

Conclusione

Abstract

Le condizioni per il cambiamento nelle aziende pubbliche: il ruolo delle variabili manageriali

L'attuale percezione di inefficienza della Pubblica Amministrazione preme verso un ripensamento nella gestione delle aziende pubbliche. Il lavoro analizza il ruolo del management in quanto attore determinante nel processo di cambiamento orientato al conseguimento di migliori livelli di efficienza ed efficacia. Il management, infatti, attraverso l'utilizzo di adeguati strumenti gestionali, può guidare l'organizzazione verso il raggiungimento di risultati positivi, operando secondo il principio dell'economicità ed assicurando la soddisfazione di tutti gli stakeholder.

In questo elaborato sono analizzati tre strumenti manageriali che, se opportunamente definiti e gestiti, sono in grado di generare concretamente il cambiamento e le condizioni per una performance migliore. Le variabili manageriali analizzate sono: il contesto di lavoro, i sistemi di misurazione della performance, le misurazioni economiche.

Parole chiave: aziende pubbliche, management pubblico, misurazione delle performance, contabilità pubblica.

Conditions for a change in state owed companies: the role of managerial tools

The current perception of inefficiency of Public Administration pressed toward an afterthought in the management of state owed companies. The paper analyses the role of management as key player in the process of change; it is focused on achieving higher levels of efficiency and effectiveness. The management, in fact, through the use of appropriate tools, can lead the organization toward achieving positive results, operating according to the principle of economy and ensuring the satisfaction of all stakeholders.

In this paper are analyzed three managerial tools that, if properly defined and managed, are able to generate concrete changes and the conditions for a better performance. Managerial tools analyzed are: work environment, systems of performance measurement, accounting system.

Key words: public administration, public management, performance measurement, public-sector accounting.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la tensione finanziaria nel settore pubblico è aumentata rispetto al passato generando una forte attenzione delle aziende pubbliche al tema del controllo della spesa. L'obiettivo del controllo dell'incremento della spesa pubblica, tuttavia, si viene a scontrare con la richiesta da parte dei cittadini di maggiori servizi e di più elevata qualità. L'esigenza di miglioramento dell'efficienza dei servizi pubblici e nella utilizzazione delle risorse, di incremento della qualità e dell'efficacia delle politiche e di maggiore equità nei servizi erogati sono aspetti che caratterizzano le aziende pubbliche di tutto il mondo ed hanno avviato processi di cambiamento. Si sono intraprese molteplici e differenziate azioni atte ad aumentare le performance delle pubbliche amministrazioni: introduzione di metodi di gestione innovativi, riforme istituzioni, riforme contabili, ed altre ancora. I numerosi provvedimenti e le iniziative avviate in questi anni non sempre hanno originato i risultati desiderati, anzi la percezione di inefficienza del settore pubblico italiano è ancora una sensazione piuttosto diffusa.

Il processo di cambiamento è dunque ancora lungo e sicuramente complesso. Tale complessità nasce dai molteplici e spesso contrapposti interessi che si concentrano sulle aziende pubbliche, sulle rilevanti risorse che sono gestite e dalla eterogeneità e complessità tecnica, economica e sociale delle funzioni e dei servizi in capo agli enti pubblici. Coloro che sono chiamati a dirigere e gestire queste amministrazioni, distinti in politici e management, devono trovare soluzioni a problemi davvero complessi, a tensioni finanziarie fortissime, a problemi sociali la cui rilevanza va oltre il confine istituzionale e operativo dell'amministrazione che governano. Gli amministratori politici, che trovano la loro legittimità dal voto e dalla capacità di aggregazione del consenso, e al management, che trova la sua legittimazione dalle competenze tecniche, economiche e giuridiche, è assegnato

il compito di trasformare le amministrazioni pubbliche in realtà capaci di raggiungere i risultati programmati con efficienza ed efficacia.

In questo contesto si vuole sottolineare in particolare il ruolo del management pubblico, in quanto attore fondamentale nel processo di cambiamento, capace di promuovere innovazione e creare organizzazioni in grado di rispondere ai bisogni degli utenti. Esistono alcuni elementi che possono favorire le “crescita manageriale”: un costante orientamento al risultato, una valutazione sistematica dei risultati conseguiti e delle risorse impiegate, un monitoraggio continuo delle performance raggiunte. La funzione manageriale si caratterizza proprio per questo orientamento, tensione positiva a ricercare costantemente il miglioramento nelle modalità di utilizzazione delle risorse.

La presa coscienza della rilevanza della variabile manageriale nel guidare con successo l'azienda pubblica verso migliori livelli di performance ha mutato nel tempo il ruolo del management. Considerato inizialmente come il depositario del governo trasparente e corretto, della garanzia dell'azione pubblica, della ricerca di legittimità dell'azione, cioè come punto di riferimento della correttezza della gestione, sta diventando oggi il punto di riferimento della capacità dell'azienda di raggiungere i risultati, l'efficienza e la qualità dei servizi pubblici. Al management è richiesto un profondo cambiamento culturale: da garante dell'azione amministrativa a responsabile dei risultati della gestione. Il “nuovo” management pubblico è responsabile di un'organizzazione complessa da gestire, che deve orientare al conseguimento degli obiettivi programmati, e non è più un semplice esecutore degli ordini politici da trasmettere alla burocrazia. Questo impone la ricerca di un nuovo profilo di management pubblico: capace e preparato, che conosce e sa utilizzare gli strumenti manageriali che la letteratura e le evidenze empiriche mettono a sua disposizione. Il nuovo management investe sui metodi di gestione innovativi per ottenere miglioramenti nei processi decisionali ed operativi e, in sostanza, risultati congruenti con gli obiettivi. Sono

richieste capacità di leadership e gestione del personale in grado di stimolare i comportamenti dei collaboratori nelle direzioni desiderate, capacità di *problem solving* per governare le costanti problematiche che si verificano durante la realizzazione delle attività quotidiane, competenze di programmazione e controllo, una conoscenza approfondita della propria realtà organizzativa e dell'ambiente di riferimento per aiutarlo nell'identificare, in ogni occasione, la migliore soluzione gestionale. Più in generale, il management deve essere in grado di valutare le specifiche esigenze e fabbisogni dell'azienda, necessari per il raggiungimento di un determinato obiettivo: individuati i fabbisogni, occorre comprendere come farvi fronte e come intervenire positivamente.

In questo lavoro si vuole dare un contributo al processo di rinnovamento delle aziende pubbliche evidenziando alcune specifiche variabili manageriali, ossia strumenti di gestione, organizzazione e misurazione, che, in contesti precisi, possono rappresentare delle leve importanti per promuovere il cambiamento e l'orientamento alla economicità.

Nel primo capitolo viene trattato il tema del contesto lavorativo. La premessa è che la risorsa umana rappresenta il fattore critico di successo per l'azienda, in quanto i risultati conseguiti sono il frutto delle esperienze, competenze, conoscenze, qualità e comportamenti delle persone che costituiscono l'organizzazione. Un management preparato è attento alle esigenze dei propri collaboratori ed è consapevole che costruire contesti di lavoro positivi aumenta la motivazione, la soddisfazione e il *commitment* delle persone, e favorisce la produttività e il raggiungimento di più elevati livelli di efficienza ed efficacia. La variabile manageriale del contesto lavorativo viene indagata in una situazione particolare come quella dei reparti di terapia intensiva neonatale. I suddetti reparti costituiscono una delle unità operative più complesse e costose per gli ospedali, pertanto, intervenendo con strumenti manageriali adeguati alla creazione di un clima aziendale positivo, è possibile un miglioramento complessivo della performance a livello di intera struttura.

Il secondo capitolo, invece, affronta il tema delle politiche per il cambiamento e i comportamenti manageriali, e in particolare il ruolo dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance. È questo un tema sul quale c'è un'attenzione crescente da parte delle pubbliche amministrazioni e, non a caso, nell'ultimo ventennio si sono susseguite numerose riforme¹ volte ad introdurre ed incoraggiare modelli di misurazione delle prestazioni in ambito pubblico. L'orientamento ai risultati, infatti, non può prescindere dall'adozione di strumenti adeguati per la loro rilevazione. La misurazione delle performance permette non solo di valutare i risultati della gestione, ma anche di collegarli a responsabilità definite di politici e manager e di incrementare la correlazione con le risorse impiegate. Una ricerca sui miglioramenti della qualità e dell'efficienza dei servizi offerti dal pronto soccorso della Regione Sicilia, presentata in questo lavoro, dimostra che le buone politiche sono in grado di generare con efficacia cambiamenti positivi se supportate da un management che investe nei sistemi di valutazione delle performance.

Il terzo capitolo ha il suo focus sulle misurazioni economiche delle aziende pubbliche. Il sistema contabile è da intendersi non solo come un mezzo di controllo ma anche come strumento in grado di migliorare la programmazione delle attività, assicurare un uso efficiente delle risorse, facilitare il confronto con i risultati conseguiti da altre aziende, favorire la trasparenza dell'azione pubblica; in questo senso si dimostra una variabile importante a supporto dell'attività del management. Una recente riforma nell'ordinamento contabile degli Enti locali, ossia il D. Lgs. 118/2011, si pone proprio gli obiettivi testé elencati e prevede una serie di novità contabili orientate al loro raggiungimento. L'efficacia della riforma sarà evidente solo nel lungo periodo, tuttavia, in questo contesto, si propone uno studio atto a rilevare il cambiamento apportato dalla normativa nella gestione e nell'organizzazione dei Comuni.

¹ D. Lgs n. 29/93, D. Lgs n. 286/99, D. Lgs n. 150/09.

Infine, nella parte conclusiva della tesi, si presentano alcune considerazioni finali sul tema del cambiamento e dell'autonomia delle aziende pubbliche e sul ruolo delle variabili manageriali, anche alla luce delle evidenze empiriche presentate.

Le analisi dei metodi di gestione, organizzazione e rilevazione, oggetto dei tre capitoli, hanno portato all'elaborazione di tre ricerche pubblicate su riviste scientifiche di rilevanza nazionale o presentate in convegni, anch'essi di rilevanza nazionale. Sia le pubblicazioni su rivista che i lavori presentati in convegni sono stati sottoposti in via preliminare ad una valutazione anonima da parte di due esperti del settore. I lavori proposti in questo contesto sono stati rielaborati, arricchiti ed integrati.

Ringrazio quindi i comitati scientifici che hanno valutato positivamente i lavori di ricerca qui presentati, ed hanno permesso, attraverso la pubblicazione, a diffondere ad un pubblico più vasto la consapevolezza di questi risultati.

Un grazie speciale va infine al Prof. Zangrandi per la passione trasmessa sulle tematiche del management pubblico, per gli insegnamenti e stimoli ricevuti sugli ambiti di ricerca scientifica e per il lavoro comune realizzato.

CAPITOLO 1

VARIABILE MANAGERIALE N.1: IL CONTESTO DI LAVORO

1.1. La risorsa umana come fattore critico di successo

La centralità delle persone nel determinare il successo di una azienda è ormai diffusamente riconosciuto dagli studiosi delle discipline economico-aziendali. Numerosi studi empirici hanno infatti dimostrato che sono le persone che compongono le organizzazioni che con le loro caratteristiche, motivazioni, esperienze, conoscenze e comportamenti influenzano i risultati aziendali. Viene pertanto superata la concezione del ruolo dell'uomo come semplice esecutore delle mansioni a lui assegnate per l'aumento della produttività aziendale, così come definita da Taylor (1947) nella sua organizzazione scientifica del lavoro (OSL). L'idea di Taylor è che esiste sempre e comunque un modo unico e migliore per svolgere una determinata azione e risolvere i problemi; quindi scomponendo il lavoro umano in piccole attività è possibile ottenere delle attività standardizzate con una resa prevedibile e un rendimento maggiore. L'impostazione di una attività lavorativa uniforme, frammentata e impersonale portò però ben presto a critiche da parte di psicologi. In particolare i limiti associati all'OSL furono di due ordine (Friedmann, 1946): la mancata attenzione agli aspetti psicologici del lavoro e la troppo semplicistica antropologia che sta alla base dello scambio tra semplice incentivo di tipo monetario ed esecuzione passiva di un lavoro privo di senso. Iniziarono così ad affermarsi teorie che sottolineano la rilevanza del "fattore umano", inteso come insieme degli elementi psicologici ed emozionali che determinano il comportamento dell'uomo. La nuova convinzione è che la soddisfazione del lavoratore si deve perseguire attraverso una creazione di un ambiente di lavoro gradevole ed armonico, in cui l'individuo è

valorizzato e si sente parte fondamentale della propria organizzazione: il solo incentivo economico, ipotizzato da Taylor, da solo non è sufficiente a motivare in maniera adeguata le persone. Tale convinzione nasce dal presupposto che lavori più ricchi di contenuti intelligenti e responsabili aumentano la soddisfazione dei soggetti e permettono una crescita della personalità; questo si traduce in un maggior coinvolgimento degli individui nelle organizzazioni e quindi in vantaggi per l'azienda in termini di minori conflitti e assenteismo e maggiore efficienza.

Per meglio comprendere il ruolo delle persone nel definire il successo o l'insuccesso di un'azienda si propone di seguito il modello organizzativo proposto da Rugiadini (1979).

Rugiadini definisce l'organizzazione come un "sistema"², ossia come "*un insieme ordinato di parti e relazioni tra parti che tende naturalmente o è programmato al raggiungimento di un fine*". In questa definizione due sono gli elementi sui quali si vuole porre l'accento:

- il raggiungimento del fine;
- insieme di parti e di relazioni tra queste.

Con riferimento al primo elemento, tutte le aziende nascono per raggiungere un fine, che può essere inteso in maniera generale come creazione di valore attraverso la realizzazione degli output. Rugiadini indica questi output come le variabili risultati dell'organizzazione, e riconosce come tali non solo i beni e servizi prodotti dall'azienda, espressione del suo livello di efficacia, ma anche la soddisfazione individuale in grado di generare negli individui che prestano lavoro nell'azienda. Per soddisfazione individuale si intende il grado di soddisfacimento dei bisogni che le persone ritengono rilevanti nella situazione di lavoro: condizioni di lavoro adeguate alla persona, equità percepita tra contributi e ricompense, utilità dell'esperienza di lavoro per lo sviluppo psicologico dell'individuo. Elevando la

² Rugiadini propone uno modello generale di sistema organizzativo sulla base del modello di Seiler (1976).

soddisfazione delle persone ad uno dei fini aziendali è evidente il valore che viene riconosciuto alle risorse umane che fanno parte dell'azienda.

La centralità delle persone è chiara anche se si analizza il secondo elemento del "sistema": insieme di parti e di relazioni tra queste. La qualità delle variabili risultanti è infatti il frutto del comportamento organizzativo. Sono le persone che con le loro scelte, le loro azioni, le loro interazioni, i loro sentimenti definiscono il comportamento organizzativo. Tale concetto è quindi da intendersi in maniera ampia: esso non è semplicemente quello che una persona "fa", ma quello che una persona "è". Un buon comportamento organizzativo tende a produrre buoni risultati, e quindi la creazione di valore da parte dell'azienda e il raggiungimento degli obiettivi.

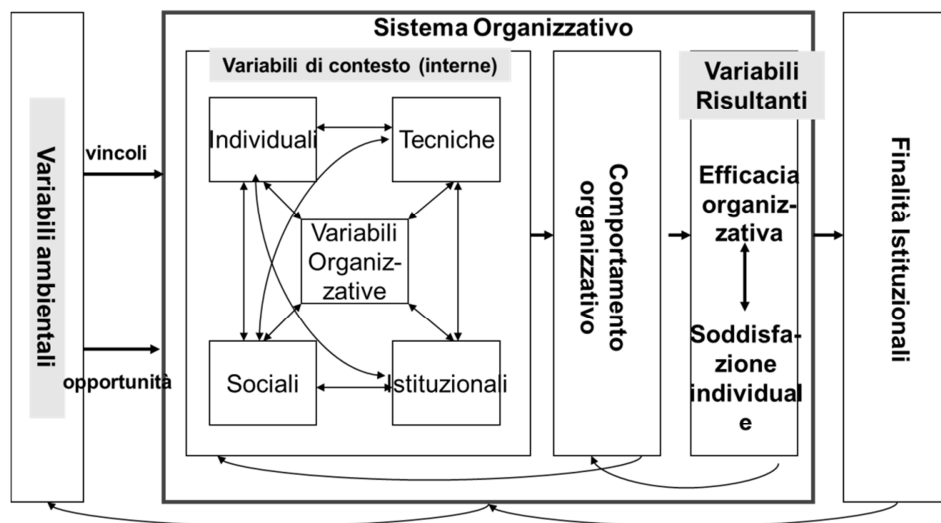
Ma cosa definisce un buon comportamento organizzativo? Secondo Rugiadini esso dipende dalle parti che costituiscono l'organizzazione, le cosiddette variabili organizzative. Tra queste la variabile fondamentale è costituita dalle persone. Quella individuale, infatti, non solo è la prima variabile dell'organizzazione, ma è anche quella a cui tutte le altre sono collegate. La variabile individuale è rappresentata dalle persone che operano nel sistema organizzativo e dalle loro caratteristiche: qualificazione professionale, età, esperienza, capacità, motivazioni, competenze. Una seconda variabile è quella sociale, ossia l'insieme delle relazioni interpersonali sia formali che informali che si manifestano internamente all'azienda: la maggior parte delle attività aziendali richiede forme di collaborazione o comunque di interdipendenza tra le persone; il vertice aziendale costruisce relazioni di tipo gerarchico con i propri collaboratori; le persone, anche nelle aziende, tendono a formare dei gruppi che tra loro comunicano e instaurano rapporti. La terza è la variabile tecnica, intesa come le modalità operative e applicative di cui si avvale il lavoro umano, collegate a strumenti di varia natura adeguati a rendere possibile il raggiungimento di un risultato. Più

che gli impianti, i macchinari e le attrezzature, si tratta quindi del *know how* delle persone nell'utilizzo di questi strumenti e delle caratteristiche dei processi di trasformazione adottati. Le variabili istituzionali, invece, sono le caratteristiche essenziali dell'istituto a cui il sistema organizzativo appartiene. In questo caso il legame con la variabile individuale è meno immediato, tuttavia anch'essa influenza il comportamento delle persone e quindi quello organizzativo. Si pensi a questo proposito il lungo dibattito sull'efficacia organizzativa dell'impresa private rispetto a quelle pubbliche, e di come il modello burocratico incida diversamente sul modo di agire delle persone e sui loro livelli di motivazione rispetto al modello manageriale.

L'ultima variabile interna che impatta sui risultati dell'azienda sono le variabili organizzative: modalità con cui si realizzano le relazioni di connessione tra le parti del sistema. Esso si concreta in un sistema di ruoli organizzativi, riferiti alle persone che li ricoprono. Esempi di variabili organizzative possono essere i compiti assegnati alle persone, le posizioni occupate, le relazioni fra posizioni, le modalità di funzionamento.

Nella Figura 1.1 si riporta la rappresentazione grafica dell'organizzazione intesa come sistema di variabili.

Figura 1.1. La visione sistemica dell'organizzazione



Fonte: Rugiadini, 1979.

L'ultima variabile da analizzare è dunque quella ambientale. Qualsiasi organizzazione fa parte di un sistema più ampio che lo comprende; è un sistema aperto che interagisce con l'ambiente di riferimento che detta vincoli e offre opportunità. L'ambiente è l'insieme di fenomeni o accadimenti che sono esterni al sistema azienda ma che ne influenza il funzionamento. L'azienda deve cogliere, interpretare, se non anche anticipare, quelli che sono gli stimoli dell'ambiente di riferimento per raggiungere i propri fini istituzionali.

La visione dell'azienda come sistema di variabili, seppur criticata in alcuni suoi aspetti proprio per la sua eccessiva semplificazione dell'organizzazione, ha comunque il pregio di aver messo in luce le parti che la compongono, le relazioni che esistono tra le diverse parti, l'aver separato le variabili interne da quelle esterne. Inoltre ha il merito di aver riconosciuto le persone come il fattore critico di successo per il raggiungimento dei fini istituzionali, che con il loro comportamento determinano la qualità dell'output.

In questo disegno pare evidente la necessità dell'azienda di poter fare affidamento su management preparato e capace; poiché il ruolo del management è proprio quello di definire, coordinare e gestire le variabili di contesto interno per il conseguimento delle variabili risultati. Se nella visione di Taylor la funzione manageriale era limitata ad una forma di controllo sulle attività svolte dai lavoratori³, con le nuove teorie organizzative la vera sfida manageriale diventa quella di costruire un sistema organizzativo in grado di assicurare all'azienda di operare in condizioni di economicità. Il manager ha il compito e la responsabilità di raggiungere le variabili risultanti, e il modo migliore che ha è quello di definire tutte le altre parti del sistema in modo adeguato ed ottimale, che siano coordinate ed integrate tra loro. Tutto questo non può prescindere dal dedicare particolare attenzione alla creazione di un contesto di lavoro positivo per i propri collaboratori, perché questo impatta direttamente sia sulla soddisfazione individuale (variabile risultante) che sulle variabili

³ I tre campi di azione principali del management erano: assumere, utilizzare e licenziare la manodopera, stabilire i metodi di lavoro e i tempi, controllare la qualità dei beni prodotti e i costi di produzione.

individuali e, di conseguenza, su tutte le variabili di contesto interno e sul comportamento organizzativo. Il tema del personale è dunque un elemento critico per il raggiungimento dei risultati, il management deve gestire e motivare le persone, creando le condizioni lavorative per orientare i comportamenti dei propri collaboratori verso gli obiettivi perseguiti. L'interesse nell'indagare il ruolo della risorsa umana nelle attività aziendale ha portato a studiare il fenomeno del contesto di lavoro nelle aziende sanitarie.

In questo lavoro si propone una ricerca sulla qualità del contesto lavorativo infermieristico nelle unità di terapia intensiva neonatale. Parte dei risultati riportati in questo elaborato sono ripresi da un lavoro pubblicato su *Mecosan* nell'ottobre 2013 (Fanelli, 2013).

1.2. La ricerca di efficienza nelle aziende sanitarie

Prima di presentare i risultati dello studio pare opportuno fare un piccola premessa su cosa sono e cosa fanno le unità di terapia intensiva neonatali (TIN). Essi sono particolari reparti ospedalieri che accudiscono e curano i bambini nati prematuramente⁴ o che sono affetti da gravi patologie.

La nascita pretermine è un fenomeno in costante crescita. La percentuale di bambini nati prematuri ha registrato negli ultimi 20 anni un incremento in quasi tutti i Paesi del mondo (World Health Organization, 2012). Secondo il WHO ogni anno i bambini nati prematuri sono circa 15 milioni e rappresentano più del 10% delle nascite complessive. Oltre un milione sono invece i bambini che muoiono annualmente a causa di complicazioni legate al parto pretermine e per di più tra coloro che sopravvivono spesso si riscontrano disabilità fisiche o neurologiche permanenti. Tuttavia la scelta di focalizzare lo studio sui reparti TIN non è dettata solo da motivazioni di tipo sociale (la rilevanza della nascita pretermine ha

⁴ Si tratta di neonati di peso molto basso (≤ 1500 grammi) o di età gestazionale molto bassa (<30 settimane), definiti anche come Very low birth weight (VLBW).

posto la questione al centro di numerosi studi e dibattiti a livello internazionale) ma soprattutto da ragioni di tipo economico.

In questo particolare periodo storico caratterizzato da limitate risorse finanziarie e bisogni in aumento le aziende sanitarie stanno subendo una pressione crescente al fine di ridurre i costi di produzione e parallelamente tentare di aumentare i risultati, in termini di qualità dell'output e valore dell'outcome. Le aziende sanitarie sono impegnate in una ricerca costante di migliore qualità per le loro strutture, processi e prestazioni e questo impone fornire una particolare attenzione a tutte le modalità di impiego delle risorse a disposizione, e di quelle professionali in particolare; tra queste, sicuramente rilevante è il personale infermieristico e il contesto di lavoro aziendale (Dunleavy et al., 2003; Estabrooks et al. 2005). Le TIN, in particolare, sono tra i reparti ospedalieri più costosi (Institute of Medicine, 2006) e richiedono elevati livelli di risorse umane (Rogowski et al, 2013). Per questo motivo, interventi efficaci e soluzioni innovative e migliorative in queste unità operative sono in grado di generare vantaggi importanti a livello di intera struttura sanitaria, non solo dal punto di vista clinico ma anche economico. Oltretutto, le TIN si caratterizzano da una ampia variabilità negli outcome neonatali e diventa importante anche comprendere meglio questa variabilità⁵, la quale è determinata da moltissimi fattori, quali i volumi di attività della struttura ospedaliera (Tucker, 2002), i modelli di pratica medica, l'integrazione multiprofessionale, la qualità delle cure, nonché dalla qualità dell'ambiente lavorativo (Rogowski et al. 2004). Ed è proprio su quest'ultimo aspetto che la ricerca si focalizza: indagare la qualità del contesto di lavoro infermieristico in quanto leva a disposizione del management per migliorare la performance delle aziende sanitarie perché determinante nel

⁵ Ad esempio con riferimento al tasso di mortalità esiste una grande variabilità tra le diverse aree del mondo. Il WHO dichiara che nei Paesi a basso reddito il 90% dei nati pretermine muore nei primi giorni di vita rispetto al 10% dei Paesi ad alto reddito, e stima che nel 75% dei casi il neonato potrebbe sopravvivere senza necessitare di cure costose ma solo grazie ad alcuni interventi primari e alla prevenzione (World Health Organization, 2012).

generare più alti livelli di efficacia (outcome neonatali migliori) e maggiore efficienza (riduzione dei costi e ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse a disposizione).

Molti studi hanno infatti dimostrato che ambienti aziendali positivi, che sono in grado di valorizzare la professionalità infermieristica, determinano benefici per le aziende sia in termini di migliori outcome dei pazienti che di riduzione dei costi organizzativi e gestionali (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002, Cho et al., 2003; Aldana, 2001; AHCPR, 2003).

Per quanto concerne il primo aspetto, studi in ospedali statunitensi hanno dimostrato una associazione tra l'aumento dell'organico infermieristico, il livello di istruzione degli infermieri ed una riduzione della mortalità correlata all'ospedalizzazione (Aiken et al. 1994; Aiken et al. 2002); invece, in riferimento al secondo aspetto, è stato provato che infermieri maggiormente motivati apportano benefici di tipo economico-finanziario alle organizzazioni sanitarie perché riducono l'assenteismo, aumentano la produttività, riducono i costi organizzativi per le cure sanitarie e i costi derivanti dai risultati avversi del paziente (Cho et al. 2003; Aldana, 2001). Il personale infermieristico pare dunque determinate nel generare migliori risultati per l'azienda sanitaria e la figura dell'infermiere è stata oggetto di numerose riforme nell'ultimo ventennio proprio per valorizzarne la professione⁶. Le norme che si sono susseguite nel corso degli anni hanno contribuito a definire con maggiore precisione il ruolo e le responsabilità dell'infermiere in quanto professionista sanitario. Con il Decreto del Ministero della Sanità n.739, del 14 settembre 1994, si definisce il "Profilo professionale dell'infermiere" il quale sancisce la responsabilità del processo assistenziale dell'infermiere, gli riconosce l'autonomia decisionale e gli si richiedono competenze e capacità di lavoro interdisciplinare, addivenendo così al superamento della concezione di infermiere come colui che si limita ed eseguire mansioni affidategli da altri. In questo

⁶ Si vedano questo proposito il DM n. 739, del 14 settembre 1994; la Legge n. 42 del 26 febbraio del 1999; la Legge n. 251 del 10 agosto del 2000, la Legge n. 1 dell'8 gennaio del 2002 e la Legge n. 43 dell'1 febbraio 2006.

scenario adottare azioni atte al miglioramento delle condizioni di lavoro è un obiettivo strategico per i manager della aziende sanitarie che vogliono assicurare la qualità e la sicurezza della cura del paziente e al contempo contenere i costi. Tale obiettivo non è sicuramente semplice da raggiungere, anche considerando il particolare contesto di riferimento. Proprio per la particolare casistica trattata, è facile infatti incorrere in fenomeni di *burn-out* o comunque in casi di demotivazione da parte degli operatori che prestano servizio in queste unità operative; ed è difficile pensare che l'infermiere possa svolgere il suo ruolo complesso e che contribuisca concretamente al conseguimento di migliori performance aziendali se non è sufficientemente soddisfatto del proprio lavoro, ovvero se percepisce la qualità della sua vita lavorativa come inadeguata. Il management deve identificare le variabili individuali ed organizzative che, negli specifici contesti, possano contribuire a determinare motivazione, coinvolgimento e soddisfazione lavorativa, rafforzando il legame tra individuo e organizzazione.

I risultati di questa ricerca sui contesti di lavoro infermieristici vogliono quindi in primo luogo dare evidenza alle aree avvertite maggiormente critiche dagli infermieri che afferiscono ai reparti di terapia intensiva neonatale in Italia durante lo svolgimento delle loro attività quotidiane. Il fine è quello di far emergere gli ambiti della gestione aziendale che richiedono, da parte del management, l'attuazione di interventi di tipo organizzativo e l'adozione di politiche di miglioramento orientate al raggiungimento di migliori livelli di performance in termini di efficienza ed efficacia. Lo studio evidenzia inoltre gli strumenti che concretamente sono in grado di definire contesti di lavoro di qualità, in modo tale che, come avviene nell'ambito della decisionalità clinica, anche coloro che sono chiamati a creare ambienti di lavoro salubri possano prendere le loro decisioni basandosi sulla migliore evidenza possibile.

In secondo luogo le conclusioni dell'indagine contribuiscono alla letteratura internazionale alimentando il processo di raccolta dati e diffusione delle conoscenze all'interno del *network* neonatale. I dati raccolti dal WHO dimostrano infatti che la nascita pretermine è un problema a livello globale, non limitato solo ad alcuni contesti socio-economici, e che pertanto è dovere di tutti collaborare per sviluppare e promuovere processi di miglioramento della qualità delle cure.

Il progresso tecnologico delle prestazioni erogate ha permesso di ridurre nel tempo il tasso di mortalità dei neonati di peso ed età gestionale molto bassi. Affinché questo processo virtuoso continui è tuttavia indispensabile un persistente lavoro di ricerca e raccolta dati all'interno del *network* neonatale. Le analisi dei dati di tipo qualitativo e quantitativo, anche a livello neonatologico, è il principale strumento per individuare i problemi più urgenti e cercare di risolverli in maniera tempestiva, e per avviare quei meccanismi di miglioramento della qualità delle prestazioni e delle cure erogate. Un esempio importante in questo senso ci viene fornito dal *Vermont-Oxford Network*⁷ (VON), ossia il più grande *network* neonatale internazionale con oltre 800 centri di terapia intensiva neonatale presenti in tutto il mondo. Il *network* attraverso la sistematica raccolta e monitoraggio degli outcome neonatali, l'individuazione e la promozione delle *best practice* in ambito di cure neonatali e incoraggiando il confronto tra i centri partecipanti ha osservato un decremento della mortalità di bambini Very Low Birth Weight (VLBW) del 3%, dal 18% nel 1991 al 15% nel 1995, in 331 strutture statunitensi che utilizzano il VON (Horbar, et. al., 2002).

⁷ <http://www.vtoxford.org>

1.3. Il campione

L'analisi è stata condotta sul personale infermieristico afferente ai reparti di terapia intensiva neonatale di 63 strutture ospedaliere italiane. Lo studio rientra nell'ambito di un progetto di ricerca più ampio condotto a livello nazionale ed orientato alla diffusione dei dati in ambito neonatologico: Studio Osservazionale in Neonatologia: Assistenza e cuRe (SONAR). Le TIN che partecipano al progetto SONAR lo fanno su base volontaria ed aderiscono, sempre volontariamente, all'*Italian Neonatal Network*⁸ (INN) che a sua volta confluisce nel VON.

Per la definizione del campione non è stata perciò effettuata nessuna procedura di campionamento e il ricorso alla libertà di adesione è una scelta dettata dalle specifiche caratteristiche del progetto SONAR promosso proprio dai centri partecipanti, i quali, attraverso queste iniziative, mirano ad individuare ed implementare pratiche migliorative su temi particolari per i quali si sia dimostrata la necessità di miglioramento. Tuttavia, gli istituti che costituiscono il campione rappresentano circa il 70% dei centri iscritti all'INN nonché il 52% dell'intera popolazione di TIN presenti sul territorio nazionale (N = 121 unità operative). Per questo motivo, seppur i risultati dello studio devono essere ritenuti validi limitativamente ai centri partecipanti, il campione è in grado di rappresentare in maniera adeguata e corretta l'universo di riferimento, non solo per la numerosità campionaria ma anche perché per dimensioni e volumi di attività le aziende analizzate forniscono la quasi totalità delle cure neonatali intensive in Italia.

Per quanto concerne la posizione delle strutture sul territorio, esse sono così distribuite: 31 nel nord Italia (pari al 49% del campione), 10 nel centro Italia (16%) e 22 nel sud Italia (35%). Fanno parte del nord Italia le strutture di Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna,

⁸ Il INN raggruppa oltre 90 centri italiani di terapia intensiva neonatale. La mission del network è "migliorare la qualità della sicurezza delle cure destinate ai neonati e alle loro famiglie attraverso programmi coordinati di ricerca, formazione e progetti innovativi" (<http://www.neonatalnet.org>).

Veneto e Friuli Venezia Giulia; del centro Italia le strutture di Lazio, Umbria e Toscana, e del sud Italia le strutture di Molise, Puglia, Campania, Sicilia e Calabria. La mancata presenza di alcune Regioni dall'analisi è conseguenza del fatto che non esistono al loro interno strutture sanitarie che partecipano al progetto.

Per quanto riguarda invece le dimensioni delle aziende è stata effettuata una classificazione delle stesse in base al numero dei posti letto⁹: il 27% delle aziende ha meno di 500 posti letto (17), il 27% delle aziende ha un numero di posti letto che è compreso tra i 500 e i 700 (17%), il 29% aziende ha tra i 701 e il 1000 posti letto (18), ed infine il 17% ha oltre 1000 posti letto (11 aziende).

All'interno delle strutture, il *target* di riferimento sono stati tutti gli infermieri che afferiscono al reparto, ad esclusione del coordinatore infermieristico. Anche la partecipazione del personale all'indagine è avvenuta su base volontaria, anche se è opportuno precisare che gli infermieri hanno aderito allo studio con entusiasmo e che sono stati rilevati pochissimi questionari incompleti. Complessivamente gli infermieri rispondenti sono stati 1601 di cui 1592 analizzati: di cui il 94% circa donne e 6% uomini.

Infatti, il campione originario è stato sottoposto ad un processo di "pulitura" finalizzato a garantire una rappresentazione più veritiera ed affidabile dei risultati presentati. Per le aziende sanitarie non sono state considerate le strutture che presentavano un numero di infermieri rispondenti troppo basso, ossia sotto le 5 unità, per evitare di prendere in considerazione le aziende che presentavano una valutazione del contesto di lavoro troppo soggettivo a causa del basso tasso di risposta. Questo processo ha portato all'eliminazione di una azienda dall'analisi. Per gli infermieri si è scelto di non valutare i casi con una percentuale di dati mancanti superiore al 9%. In questo modo sono stati eliminati dall'analisi

⁹ Dati 2009. Fonte: Banca dati del Servizio Sanitario Nazionale.

9 casi, definendo così un campione finale composto da 1592 infermieri afferenti a 63 strutture sanitarie.

Nelle 63 aziende il tasso di risposta è elevato poiché il 92% delle strutture (58) presentano un numero di infermieri rispondenti uguale o superiore a 15, rendendo attendibili i dati riferiti a ciascuna TIN e quindi al relativo contesto di lavoro.

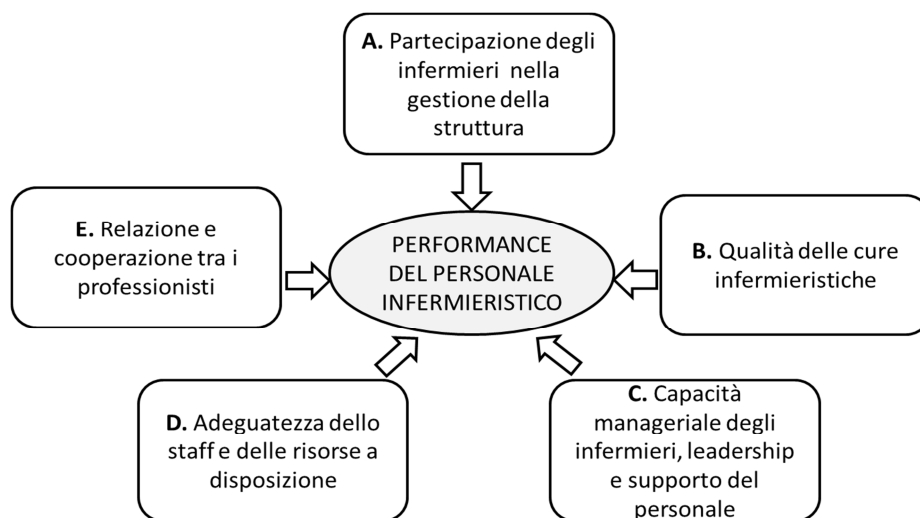
1.4. Lo strumento di analisi

I dati sul contesto lavorativo sono stati rilevati grazie ad un questionario in cui è stato inserito il PES-NWI (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*), uno strumento elaborato da Lake (2002), validato a livello internazionale ed impiegato per misurare la pratica infermieristica in ambiente ospedaliero e come essa possa influenzare la performance degli infermieri.

Il questionario, oltre la sezione dedicata al PES-NWI, contiene anche una sezione che raccoglie informazioni di carattere generale sull'infermiere (Scheda Profilo Infermieristico): dati socio-demografici (età, genere, nazionalità), dati circa il percorso formativo (numero di anni di formazione, titolo di studio conseguito), dati sul percorso professionale (numero di anni di lavoro da infermiere, numero di anni di lavoro nell'attuale struttura e nell'attuale reparto, figura professionale alla quale risponde e sotto quali aspetti – natura organizzativa o professionale, etc.).

La versione validata del PES-NWI si compone di 31 item riferiti a 5 aree (Figura 1.2), ognuna delle quali volta a misurare un particolare aspetto dell'attività lavorativa.

Figura 1.2. Le aree che costituiscono il PES-NWI



Fonte: elaborazione dell'autore.

Area A: Partecipazione degli infermieri alla gestione della struttura.

La prima area si compone di 9 item e valuta il livello di coinvolgimento del personale infermieristico nella gestione della struttura. Rientrano in questa area gli item che fanno riferimento ai processi decisionali interni al reparto, alle modalità di organizzazione del lavoro e di gestione delle problematiche, allo stile di leadership dei responsabili infermieristici e alle opportunità di carriera offerte dall'azienda.

Area B: Qualità delle cure infermieristiche

La seconda area è costituita da 10 item e valuta la qualità delle cure infermieristiche. Pertanto, gli item che ritroviamo in questa area riguardano principalmente le competenze cliniche degli infermieri, i programmi di gestione della qualità interni al reparto, i programmi di formazione per il personale ed i modelli di assistenza adottati nell'unità operativa.

Area C: Capacità manageriale degli infermieri, leadership e supporto del personale

La terza area, formata da 5 item, rileva la capacità manageriale degli infermieri, leadership e supporto del personale infermieristico. L'area è volta a comprendere e a valutare il ruolo dei responsabili nel guidare, sostenere e valorizzare l'attività del personale.

Area D: Adeguatezza dello staff e delle risorse a disposizione

La quarta area contiene 4 item orientati a misurare l'adeguatezza dello staff e delle risorse a disposizione del personale, in termini sia di numero di infermieri che di tempo che questi riescono a dedicare al paziente per assicurare un livello di assistenza qualitativamente valido.

Area E: Relazione e cooperazione tra i professionisti

L'ultima area, la quinta, si compone di 3 item e misura il livello della qualità della relazione tra medici ed infermieri e il livello di cooperazione tra gli operatori, ossia se vi è molto lavoro in comune tra i professionisti.

Tutti gli item sono misurati su scale *Likert* a 4 punti: 1 completamente in disaccordo, 2 in disaccordo, 3 d'accordo e 4 completamente d'accordo.

Quando il valore del PES-NWI tende a 4 siamo in presenza di migliori livelli di qualità del contesto di lavoro e quindi una motivazione maggiore, al contrario per PES-NWI che tendono a 1 la motivazione del personale infermieristico sarà bassa (Liu et al., 2012).

Il questionario è stato sottoposto agli infermieri che lavorano nel reparto TIN da almeno tre mesi. Qualora un nuovo infermiere fosse entrato a far parte dello staff dopo l'inizio dello studio ha potuto compilare la scheda solo dopo 3 mesi dal suo ingresso. Infine a tutti i partecipanti è stato garantito l'anonimato sui dati personali che sono stati rielaborati e pubblicati in forma rigorosamente anonima, nel pieno rispetto della normativa vigente. L'anonimato delle risposte garantisce inoltre affermazioni non menzognere da parte degli intervistati ed un maggior grado di affidabilità delle risposte fornite.

Il periodo di raccolta dati è durato 12 mesi, da marzo 2010 a febbraio 2011; al termine del periodo le informazioni raccolte sono state codificate ed inserite in un database per essere analizzate attraverso un software statistico.

Per il calcolo degli *score* degli item del PES-NWI di ogni infermiere è stata utilizzata la media aritmetica, cioè la sommatoria dei valori associati ad ogni item, sulla scala di valori da

1 a 4, sul numero totale di item per i quali è presente la risposta. Anche per il calcolo degli *score* delle 5 aree del contesto di lavoro valutate è stata utilizzata la media aritmetica dei valori rilevati per gli item appartenenti a quella specifica area.

Le analisi sono state compiute in due momenti: è stato realizzato uno studio esplorativo del campione con lo scopo di descrivere le caratteristiche generali del campione e, poi, l'attenzione si è focalizzata sul contesto di lavoro infermieristico per: indagare i risultati aggregati per ogni item a livello di paese Italia; comparare i risultati degli *score* medi rilevati per le cinque aree del PES-NWI; confrontare i risultati ottenuti dalle TIN italiane con i dati riferiti ad uno studio condotto su ospedali americani (Lake, 2002).

1.5. La qualità del contesto lavorativo infermieristico

I risultati della ricerca evidenziano che la valutazione media complessiva del contesto di lavoro infermieristico delle TIN italiane non è molto positiva. La media è infatti pari a 2,45, quindi al di sotto del valore medio dell'intervallo di riferimento utilizzato per sua valutazione (2,5). Inoltre, il 55% degli item circa non raggiunge la soglia media di 2,5 (17 item).

Per meglio descrivere la situazione delle TIN, nella Tabella 1.1 si riportano i 31 item che costituiscono il PES-NWI, con la relativa media, deviazione standard ed area di riferimento.

Tabella 1.1. Gli item che compongono il PES-NWI

Item	Media	Dev. std.	Area
1 Vi sono attività di supporto che mi permettono di dedicare abbastanza tempo ai miei pazienti	2,34	,769	D
2 Medici e infermieri hanno dei buoni rapporti di lavoro	2,83	,637	E
3 I responsabili supportano e sostengono gli infermieri	2,52	,772	C
4 Vi è uno sviluppo attivo dell'equipe, oppure programmi di formazione permanente per gli infermieri	2,56	,796	B
5 Vi sono opportunità di avanzamento di carriera in ambito assistenziale	1,97	,759	A

6	Vi è la possibilità per gli infermieri di prendere parte alle decisioni gestionali	2,14	,760	A
7	I responsabili utilizzano gli errori come opportunità	2,41	,768	C
8	Vi sono opportunità e tempo per discutere dei problemi relativi all'assistenza dei pazienti con gli altri infermieri	2,40	,753	D
9	Vi sono abbastanza infermieri per fornire assistenza qualitativamente valida	2,06	,811	D
10	Vi sono responsabili infermieristici con buone capacità gestionali e con leadership riconosciuta	2,47	,827	C
11	La Caposala è presente e facilmente accessibile all'equipe	2,95	,775	A
12	Vi è un numero sufficiente di infermieri per svolgere il lavoro	2,13	,801	D
13	I lavori ben fatti vengono riconosciuti e lodati	2,15	,753	C
14	L'amministrazione si aspetta elevati standard di assistenza	2,91	,758	B
15	Il responsabile infermieristico ha potere e autorità paragonabili a quelli di altri alti dirigenti dell'ospedale	2,16	,776	A
16	Vi è molto lavoro in comune tra infermieri e medici	2,84	,669	E
17	Vi è possibilità di avanzamento di carriera	1,94	,738	A
18	Vi è una chiara "filosofia" dell'assistenza infermieristica che pervade l'ambiente di cura	2,47	,725	B
19	Vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti	2,99	,604	B
20	Il responsabile infermieristico sostiene l'equipe infermieristica nel processo decisionale, anche quando vi sono contrasti con i medici	2,59	,826	C
21	L'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti	1,85	,681	A
22	Vi è un programma attivo di gestione della qualità	2,52	,777	B
23	Gli infermieri sono coinvolti nella gestione interna dell'ospedale	2,31	,793	A
24	Vi è collaborazione tra infermieri e medici	2,80	,674	E
25	Vi è un programma di inserimento dei neoassunti	2,65	,911	B
26	L'assistenza infermieristica è basata su un modello infermieristico, piuttosto che medico	2,79	,720	B
27	Gli infermieri hanno la possibilità di partecipare a gruppi di lavoro infermieristici ospedalieri	2,55	,787	A
28	I responsabili infermieristici si consultano con l'equipe sui problemi giornalieri e sull'operatività	2,42	,790	A
29	Vi sono piani di assistenza scritti ed aggiornati per tutti i pazienti	2,42	,838	B
30	Vi è un'assegnazione dei pazienti che garantisce la continuità delle cure	2,70	,873	B
31	Vengono utilizzate le diagnosi infermieristiche	2,08	,835	B

Fonte: Fanelli, 2013.

I valori medi degli item sono compresi nell'intervallo 1,85 e 2,99. Il valore minimo è raggiunto dall'item n. 21: l'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti; al contrario il valore massimo è associato all'item n. 19: vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti.

Queste due evidenze sono altresì rafforzate dalle deviazioni standard associate a questi due item¹⁰ che risultano più bassi rispetto alla deviazione standard media (0,77); la quale, invece, è espressione di valori molto differenti tra le diverse strutture. Infatti, i valori delle deviazioni standard evidenziano una variabilità dei dati decisamente elevata considerato l'intervallo di misurazione degli item alquanto ristretto (da 1 a 4). Questa ampia variabilità degli *score* medi rilevati è da attribuire non tanto alle caratteristiche del singolo infermiere quanto alla sua struttura di appartenenza. Raggruppando le valutazioni sul contesto lavorativo degli infermieri in base all'azienda di cui fanno parte si assiste ad una riduzione della variabilità interna dei singoli ospedali. È possibile in questo modo individuare le strutture che hanno un ambiente di lavoro considerato qualitativamente migliore e, eventualmente, indagare le caratteristiche di queste strutture. Tuttavia, in questo primo studio, l'obiettivo dell'analisi è quello di fornire una descrizione di carattere generale dell'ambiente lavorativo infermieristico sui dati aggregati a livello Paese.

Per indagare più nel dettaglio i fattori che hanno contribuito a generare tale percezione di malcontento da parte degli infermieri, si presentano gli item che hanno una valutazione media compresa nel primo quartile di valori, ossia inferiore o uguale a 2,15 (Tabella 1.2).

Tabella 1.2. Item che presentano una valutazione compresa nel primo quartile

	Item	Media	Dev. std.	Area
21	L'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti	1,85	,681	A
17	Vi è possibilità di avanzamento di carriera	1,94	,738	A
5	Vi sono opportunità di avanzamento di carriera in ambito assistenziale	1,97	,759	A
9	Vi sono abbastanza infermieri per fornire assistenza qualitativamente valida	2,06	,811	D
31	Vengono utilizzate le diagnosi infermieristiche	2,08	,835	B
12	Vi è un numero sufficiente di infermieri per svolgere il lavoro	2,13	,801	D
6	Vi è la possibilità per gli infermieri di prendere parte alle decisioni gestionali	2,14	,760	A
13	I lavori ben fatti vengono riconosciuti e lodati	2,15	,753	C

Fonte: Fanelli, 2013.

¹⁰ L'item n.21 ha una deviazione standard di 0,68; mentre l'item n. 19 di 0,60.

La prima considerazione rilevante è che i tre item che hanno gli *score* inferiori (item n.21; n. 17; n.5) appartengono tutti all'area A del PES-NWI che misura il grado di partecipazione e coinvolgimento degli infermieri nella gestione della struttura. Anzi, il 45% circa degli item riferiti all'area A si posizionano nel primo quartile di valori, a sottolineare la rilevanza del problema.

Anche l'inadeguatezza dello staff e delle risorse a disposizione del personale è una problematica ricorrente. Su 4 item riferiti a questa area, 2 si collocano nel primo quartile (50% dei valori) e rappresentano complessivamente il 25% degli item considerati maggiormente critici dagli infermieri rispondenti. Inoltre, entrambi gli item fanno specificatamente riferimento alla dotazione di personale infermieristico (item n. 9; n. 12).

Tra gli altri item che rientrano nell'ultimo quartile di valori, si collocano inoltre l'item n. 13 e l'item n. 31, rispettivamente "i lavori ben fatti vengono riconosciuti e lodati" e "vengono utilizzate le diagnosi infermieristiche".

Gli item che al contrario hanno registrato degli *score* medi più elevati, e si collocano oltre il terzo quartile di valori (2,67), sono presentati nella Tabella 1.3. Essi si possono considerare quindi come i punti di forza delle aziende sanitarie analizzate.

Tabella 1.3. Item che presentano una valutazione superiore al terzo quartile

	Item	Media	Dev. std.	Area
30	Vi è un'assegnazione dei pazienti che garantisce la continuità delle cure	2,70	,873	B
26	L'assistenza infermieristica è basata su un modello infermieristico, piuttosto che medico	2,79	,720	B
24	Vi è collaborazione tra infermieri e medici	2,80	,674	E
2	Medici e infermieri hanno dei buoni rapporti di lavoro	2,83	,637	E
16	Vi è molto lavoro in comune tra infermieri e medici	2,84	,669	E
14	L'amministrazione si aspetta elevati standard di assistenza	2,91	,758	B
11	La Caposala è presente e facilmente accessibile all'equipe	2,95	,775	A
19	Vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti	2,99	,604	B

Fonte: Fanelli, 2013.

L'aspetto più rilevante è che tutti gli item dell'area 5, sulla valutazione delle relazioni e cooperazione tra medici ed infermieri, hanno valori compresi nell'ultimo quartile e riproducono circa il 38% dei valori dell'intervallo di riferimento. Meritevole di considerazione è anche il dato registrato dall'area B che misura e valuta la qualità delle cure infermieristiche, in quanto il 40% degli item proposti per la sua valutazione (4 su 10) assumono valori oltre il terzo quartile, pari al 50% dei valori compresi nell'intervallo. Da ultimo, il restante item appartiene all'area A (Partecipazione degli infermieri alla gestione della struttura) mentre non sono presenti item delle aree C e D.

Cercando di mettere in relazione i punti di forza e le criticità del contesto di lavoro delle aziende sanitarie emerge che gli infermieri considerano ottimo sia il loro rapporto con i medici che la qualità delle cure forniscono, nonostante risultano insoddisfatti delle risorse che vengono messe a loro disposizione e del supporto da parte dell'organizzazione.

Analizzando i valori medi aggregati delle cinque aree che costituiscono il PES-NWI è possibile rafforzare e ampliare le considerazioni finora fatte (Tabella 1.4).

Tabella 1.4. Le valutazioni riferite alle 5 aree del PES-NWI

	Area	N	Media	Dev. Std.
A	Partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura	1497	2,253	,474
B	Qualità delle cure infermieristiche	1462	2,608	,457
C	Capacità manageriale degli infermieri, leadership e supporto del personale infermieristico	1519	2,424	,576
D	Adeguatezza dello staff e delle risorse a disposizione del personale	1503	2,228	,586
E	Relazione e cooperazione tra medici ed infermieri	1574	2,824	,523

Fonte: Fanelli, 2013.

Innanzitutto, vale la pena sottolineare che tre aree su cinque (60%) hanno una valutazione inferiore alla media di 2,5. L'area che raggiungere il livello massimo è quella che valuta la qualità della relazione e la cooperazione tra i professionisti mentre l'area maggiormente

critica è quella che misura l'adeguatezza dello staff e delle risorse a disposizione del personale (area D; media 2,228). I valori aggregati per area confermano pertanto le conclusioni già evidenziate dall'analisi effettuata sui singoli item rilevando che tra le criticità principali risultano l'area A sulla partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura e l'area D sull'adeguatezze delle risorse; mentre tra i punti di forza si riportano la relazione tra gli operatori (area E) e la qualità delle cure infermieristiche (area B).

Infine, si presenta il confronto tra i risultati ottenuti nelle TIN italiane con quelli presenti nello studio di Lake (2002). I dati americani però sono riferiti a tutta l'azienda ospedaliera e non al singolo reparto come nel caso italiano; inoltre i dati elaborati da Lake sono stati raccolti tra il 1985 e il 1986, e pertanto vanno contestualizzati rispetto al periodo storico di riferimento. Purtroppo in letteratura non esistono ricerche analoghe condotte sui reparti di terapia intensiva neonatale di altri Paesi, e si è quindi deciso di effettuare un confronto con lo studio originario esposto da Lake al solo scopo di dare un'idea generale del contesto di lavoro percepito dagli infermieri afferenti alle TIN nel nostro Paese rispetto ad altre realtà. Il confronto permette di evidenziare le principali differenze tra le aziende italiane rispetto agli ospedali magnete e non magnete statunitensi. Gli ospedali magnete rappresentano modelli di eccellenza nella pratica infermieristica ai quali sono associati migliori livelli di performance aziendali. Lake infatti analizza la qualità del contesto di lavoro infermieristico di 16 ospedali magnete e 8 ospedali non magnete; la sintesi dei risultati sono riportati in tabella 1.5.

Tabella 1.5. Il PES-NWI nelle aziende sanitarie statunitensi e nelle TIN italiane

Area	Ospedali magnete	Ospedali non magnete	TIN italiane
A Partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura	2,76	2,44	2,253
B Qualità delle cure infermieristiche	3,09	2,83	2,608
C Capacità manageriale degli infermieri, leadership e supporto del personale infermieristico	3,00	2,68	2,424
D Adeguatezza dello staff e delle risorse a disposizione del personale	2,88	2,49	2,228

E	Relazione e cooperazione tra medici ed infermieri	2,99	2,82	2,824
	<i>Media</i>	2,94	2,65	2,4504

Fonte: Rielaborazione dell'autore da fonti diverse (Lake, 2002; Fanelli, 2013).

Il confronto dei risultati dei due studi mostra che per tutte le aree del PES-NWI le valutazioni delle aziende italiane sono inferiori sia agli *score* medi degli ospedali statunitensi magnate che di quelli non magnete. L'unica area in linea con quanto rilevato negli ospedali americani (non magnete) è l'area E sulla relazione tra medici ed infermieri. Le maggiori differenze invece riguardano l'area D per l'adeguatezza dello staff e delle risorse e l'area C sulla capacità manageriale degli infermieri, leadership e supporto del personale infermieristico.

1.6. Soluzioni manageriali per la gestione del cambiamento

I risultati presentati descrivono i reparti di terapia intensiva neonatale rilevando la percezione del contesto di lavoro da parte degli infermieri che afferiscono a queste unità operative. Conoscere la qualità del contesto aziendale è un elemento importante perché impatta sugli outcome dell'azienda e sui livelli di efficienza nella gestione delle risorse e, per questo motivo, attraverso lo strumento del PES-NWI, si sono ricercate le principali problematiche avvertite dai lavoratori durante la loro attività quotidiana al fine di fornire al management le aree nelle quali intervenire per cercare di migliorare la situazione esistente.

Costruire e garantire un ambiente di lavoro salubre è necessario anche in un'ottica di contenimento dei costi poiché l'evidenza mostra che sia più facile per aziende con contesti lavorativi migliori reperire, attrarre e mantenere gli infermieri, limitare il fenomeno del *turn-over* e i costi ad esso collegato, raggiungere migliori livelli di performance riducendo i costi legati agli esiti avversi dei pazienti.

Tuttavia, i risultati dello studio mostrano una situazione non molto positiva. La valutazione media dei contesti di lavoro analizzati (2,45) è inferiore al valore medio della scala usata per sua misurazione (2,5). La variabilità è inoltre molto ampia, ed alcuni item raggiungono livelli di vera criticità. L'item più critico è il n.21: "l'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti" e tale risultato è confermato anche dall'analisi condotta a livello di dati aggregati per le aree che compongono il PES-NWI. L'area A che misura la partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura risulta infatti essere la principale fonte di malcontento da parte degli infermieri (il valore medio dell'area A è 2,253).

Sempre rimanendo in tema di punti di debolezza dei contesti di lavoro delle TIN, dall'analisi degli item che si posizionano nel primo quartile di valori emerge un messaggio chiaro da parte degli infermieri: manca da parte del management un programma che li accompagni nel loro percorso di crescita professionale, partendo dal coinvolgimento nelle decisioni gestionali, al riconoscimento dei lavori ben fatti e quindi all'opportunità di avanzamento di carriera. Tra gli item a cui sono associati *score* medi più bassi si ritrovano infatti gli item n. 21 e n.31 sulla partecipazione della gestione della struttura, l'item n. 13 sulla misurazione e valutazione delle performance e gli item n. 5 e n.17 che rilevano la valorizzazione del lavoro. Inoltre, attraverso analisi delle correlazioni risulta che questi elementi sono tra loro fortemente connessi e che quindi una valutazione negativa di uno di questi item impatta negativamente anche sulle altre variabili¹¹.

Sono questi tutti temi cruciali per definire un contesto di lavoro salubre, e che quindi necessitano di particolare attenzione da parte dei manager aziendali. Nello specifico, una compartecipazione alla decisionalità clinica e organizzativa produce molti risultati positivi per l'azienda tra cui: migliore percezione dell'efficacia dirigenziale, l'aumento dello

¹¹ Le analisi dei legami tra gli item è stata effettuata attraverso la misurazione delle associazioni. Attraverso il test del Chi-quadrato ($\alpha < 1\%$) e il calcolo dell'indice D di Somers è risultato che esistono delle associazioni molto forti (D di Somers $> 0,320$) tra gli item.

sviluppo dello staff, della maturazione professionale, dello sviluppo di carriera (O'May e Buchan, 1999), della soddisfazione per il lavoro, delle potenzialità personali e della responsabilizzazione degli infermieri (Song et al., 1997). Il tema della misurazione e valutazione della performance, legata al riconoscimento del contributo fornito dagli infermieri per i risultati dei pazienti e dell'organizzazione, è indice del rispetto nei confronti dei collaboratori (Devine e Turnbull, 2002). La percezione di mancata considerazione da parte degli infermieri sul posto di lavoro è purtroppo un problema diffuso e ampiamente documentato nella letteratura internazionale (Bauman et al. 2001; Storch et al. 2002; Gaudine e Beaton, 2002). Una soluzione manageriale può essere quella di progettare strutture organizzative relativamente "piatte" che decentralizzano il processo decisionale, che prevedono una rappresentanza infermieristica nel *corpus* del processo decisionale, che creano sistemi di remunerazione e ricompense, che riconoscono le esperienze, le responsabilità e le prestazioni degli infermieri.

Date le criticità finora descritte è ancor più comprensibile l'insoddisfazione degli infermieri se si considera il fatto che essi valutano molto positivamente la qualità delle prestazioni da loro fornite. Oltre l'85% degli infermieri dichiara di lavorare con colleghi clinicamente competenti e in generale lo *score* medio associato all'area B, che misura il livello di qualità delle cure infermieristiche (2,608), è al di sopra della media (2,5). A questo proposito si considerino gli item n. 14 (l'amministrazione si aspetta elevati standard di assistenza), n. 19 (vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti), n. 26 (l'assistenza infermieristica è basata su un modello infermieristico, piuttosto che medico) e n. 30 (vi è un'assegnazione dei pazienti che garantisce la continuità delle cure) che si collocano tutti oltre il terzo quartile di valori.

Pertanto, il fatto che gli infermieri ritengano di fornire alti livelli di prestazioni e di essere clinicamente competenti ma che, al contempo, si sentano poco coinvolti nell'organizzazione

(ad esempio non permettendo loro di dimostrare le loro competenze intervenendo nei processi decisionali) è un fenomeno che deve essere visto in maniera unitaria e che influisce inevitabilmente in modo negativo sulla valutazione del contesto lavorativo e sui loro livelli di performance. Lo scenario descritto è inoltre in contraddizione con quanto sancito dal Legislatore sul nuovo ruolo dell'infermiere, che prevede per il personale infermieristico un livello di formazione più elevato con maggiori competenze e, allo stesso tempo, gli riconosce più importanti responsabilità nonché autonomia decisionale.

Un ulteriore aspetto emerso dalla ricerca, e che vale la pena approfondire, riguarda la forte percezione di carenza di personale. È idea diffusa tra gli intervistati che il numero di infermieri sia insufficiente sia per svolgere il lavoro quotidiano (item n.12) e sia per fornire una assistenza qualitativamente valida (item n. 9). La carenza di personale è spesso il risultato di ambienti di lavoro non salubri (Shindul-Rothschild, 1994; Dunleavy et al. 2003) ed è pertanto da imputare ad una amministrazione incapace di reperire e trattenere il proprio personale. Un'altra sfida manageriale importante è dunque quella di dotare l'azienda di un organico adeguato poiché avere migliori tassi di reclutamento e trattenimento degli infermieri non solo crea l'ospedale magnete, e quindi migliori livelli performance generali per l'azienda, ma impatta direttamente sull'abbattimento dei carichi di lavoro, dei tassi di mortalità dei pazienti (Aiken et al. 1994), riduce gli eventi avversi, diminuisce le giornate di degenza e, di conseguenza, l'abbatte i costi.

Il fattore che invece può essere considerato come il principale punto di forza dei contesti di lavoro analizzati è la cooperazione tra medico-infermiere poiché tutti gli item proposti per misurare la qualità della relazione e della collaborazione tra i professionisti si collocano nella parte alta della classifica degli *score* (item n.2; n.16; n.24). Proprio la qualità della relazione tra gli operatori può rappresentare il punto di partenza per il management. Il buon rapporto tra medico ed infermiere fa ben sperare che sia possibile, attraverso il dialogo e la

cooperazione, definire piani strategici condivisi che permettono di migliorare l'organizzazione delle attività quotidiane di reparto e il contesto lavorativo nell'azienda sanitaria. È stato infatti dimostrato che relazioni collaborative con i medici all'interno dell'organizzazione accrescono la fiducia (Leach, 2005), possono portare a rispettare reciprocamente sia le conoscenze specifiche di ognuno che quelle condivise, migliorano l'efficacia delle azioni dell'infermiere (Upenieks, 2002) e facilitano il perseguimento degli obiettivi aziendali.

In conclusione, l'analisi dei contesti lavorativi nelle aziende sanitarie ha fatto emergere una percezione non molto positiva. Gli aspetti che incidono in maniera negativa sul loro giudizio sono legati principalmente ad inefficienze di tipo organizzativo-gestionale ed una amministrazione che non supporta in maniera adeguata la crescita e lo sviluppo professionale degli infermieri; al contrario, gli aspetti positivi sono legati alle loro competenze e ai rapporti di collaborazione con i medici. La situazione descritta richiede per il management delle aziende sanitarie un cambiamento nei processi organizzativi orientati alla valorizzazione delle competenze e del ruolo fondamentale degli infermieri nel dare assistenza al paziente. Il personale infermieristico è una risorsa critica per l'azienda sanitaria, e in quanto tale richiede un management capace e preparato che sappia ottimizzare e valorizzare queste professionalità. In particolare è auspicabile la creazione di una pratica di governo condiviso, per evitare che questi lavoratori svolgano compiti non adeguati al livello di formazione ricevuta generando uno spreco di risorse.

Al fine di fornire al management ulteriori elementi sui quali basare le proprie scelte orientate alla costruzione di un contesto di lavoro adeguato si riportano alcune considerazioni interessanti emerse dallo studio delle correlazioni¹² tra le valutazioni delle aree che

¹² L'analisi delle correlazioni è avvenuta utilizzando l'indice di Pearson e un livello di significatività del 5% ($\alpha < 0,05$).

compongono il PES-NWI (Tabella 1.4) e alcuni aspetti organizzativi, o comunque legati alla struttura.

Dall'analisi risulta che non esistono legami tra le valutazioni del PES-NWI e le dimensioni sia del reparto che dell'azienda nel quale è inserito: le dimensioni strutturali non influiscono quindi sulla percezione della qualità dell'ambiente di lavoro. Si è riscontrato invece un legame tra le aree del PES-NWI, ad esclusione dell'area C sulla capacità manageriale degli infermieri e dell'area D sull'adeguatezza dello staff e delle risorse, con la posizione geografica dell'azienda sanitaria. Più precisamente due aree (area A, B) presentano valutazioni statisticamente significative più elevate nelle strutture del nord Italia rispetto a quelle del centro-sud.

L'area A che fa riferimento alla partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura risulta essere pari a 2,33 al nord e di 2,10 al centro-sud; l'area B sulla qualità delle cure infermieristiche presenta una media di 2,68 al nord e di 2,43 al centro-sud. In generale le strutture del nord presentano contesti di lavoro percepiti come migliori (2,50) rispetto al centro-sud (2,31). Le aziende che si trovano nelle Regioni del sud Italia presentano tuttavia migliori risultati per quanto concerne l'area E sulla qualità della relazione e cooperazione tra medici ed infermieri: media di 2,97 al centro-sud rispetto ad una media di 2,70 al nord.

Con riferimento invece alle variabili organizzative è emerso una correlazione significativa (0,333) tra l'area E dell'ambiente lavorativo e il numero di meeting interni al reparto per discutere dei casi trattati¹³. La correlazione dimostra che organizzare momenti di confronto tra i professionisti sulle attività trattate quotidianamente nella propria unità operativa incide positivamente sulla qualità della relazione medico-infermiere e contribuisce alla creazione di un miglior contesto di lavoro.

¹³ Il numero degli incontri tra professionisti per discutere dei casi trattati nell'unità operativa è stato rilevato attraverso un questionario sottoposto ai medici afferenti ai reparti TIN che aderiscono anche loro al progetto SONAR.

Un ulteriore risultato interessante concerne la correlazione (0,260) tra i modelli di misurazione della performance¹⁴ e l'area C del PES-NWI. In generale dei vantaggi dei sistemi di misurazione delle prestazioni si è già trattato anche in questo elaborato; il risultato della correlazione evidenzia che dotare le strutture di un modello di misurazione e valutazione delle performance robusto e articolato incide positivamente sul contesto di lavoro infermieristico, in modo particolare perché favorisce la capacità manageriale degli infermieri, la leadership e il supporto del personale infermieristico.

Infine, a livello generale, l'analisi delle correlazioni ha dimostrato una relazione diretta tra qualità dell'ambiente di lavoro e la motivazione¹⁵ degli infermieri (indice di Pearson: 0,298); a conferma che il contesto lavorativo si presenta come una variabile manageriale strategica per orientare l'azienda verso migliori livelli di efficienza ed efficacia.

1.7. I limiti dello studio e gli spazi di indagine futuri

La ricerca fornisce un quadro generale del contesto lavorativo infermieristico, aspetto rilevante sul quale il management può intervenire per migliorare la performance aziendale. Infatti, è auspicabile che i manager possano prendere atto dei risultati riportati per modificare il proprio stile di direzione aziendale, il quale dovrebbe essere orientato alla creazione di migliori condizioni di lavoro per l'infermiere e alla valorizzazione delle professionalità.

¹⁴ I modelli di misurazione qualitativa della performance sono stati rilevati attraverso i questionari somministrati ai medici delle TIN. Sono state proposte 5 affermazioni tra le quali scegliere quella che meglio descrivesse la realtà del proprio reparto e ad ognuna di queste è stata assegnata, a posteriori, un peso da 1 a 5, dove 1 rappresenta un sistema di valutazione della performance di scarsa qualità e 5 un sistema robusto e articolato. Le affermazioni, nell'ordine in cui sono state presentate, sono le seguenti: ciascuno valuta le proprie performance in modo sistematico con l'utilizzo di informazioni rese disponibili dall'ospedale (peso 2); riunioni sistematiche tra colleghi per discutere i casi clinici (peso 3); valutiamo congiuntamente tutti i casi che non hanno seguito procedure predefinite (peso 4); valutazioni periodiche su alcuni indicatori di qualità da parte di soggetti esterni (peso 5); la valutazione della qualità è sporadica (peso 1).

¹⁵ La motivazione degli infermieri è stata misurata in maniera indiretta, ossia è stato chiesto ai medici che afferiscono ai reparti TIN di esprimere un giudizio (da 1 basso a 4 molto alto) sul livello di soddisfazione percepito da parte dei propri collaboratori.

Tuttavia, pare opportuno in fase conclusiva sottolineare alcuni aspetti che devono essere considerati e che possono rappresentare dei limiti nell'interpretazione dei dati.

Innanzitutto occorre ricordare che il campione analizzato, sebbene numeroso ed eterogeneo, aderisce allo studio su base volontaria, impedendo di estendere i risultati ottenuti a tutta la popolazione di riferimento. Ciò nonostante, proprio questa particolarità del campione, fa ipotizzare che in realtà il contesto lavorativo infermieristico delle TIN italiane possa essere ancor meno positivo di quello disegnato; è verosimile infatti che abbiano deciso di partecipare al progetto solo le strutture più virtuose.

Il secondo limite concerne il particolare contesto nel quale è stata condotta la ricerca. Il focus sui soli reparti TIN non permette una generalizzazione dei risultati a tutta la struttura di riferimento, poiché i delicati casi trattati in queste unità operative potrebbero influenzare i giudizi connessi alla percezione dell'ambiente lavorativo. Purtroppo, a causa della mancanza di studi che hanno indagato il fenomeno, non è facile quantificare l'impatto della tipologia di attività dell'unità operativa sulla valutazione del PES-NWI.

Inoltre, alcuni limiti sono propri del PES-NWI come strumento della valutazione del contesto di lavoro infermieristico: uno su tutti, si evidenzia l'affidabilità della valutazione sulla qualità della relazione e cooperazione tra i professionisti poiché scaturisce dalla sintesi di soli tre item (area E)¹⁶.

La ricerca, infine, lascia spazio a possibili sviluppi futuri, anche in una prospettiva di superamento di alcuni dei limiti appena descritti. Ad esempio potrebbe essere interessante poter effettuare un confronto tra Paesi, rilevando le valutazioni del PES-NWI anche presso i reparti di terapia intensiva neonatale di altre nazioni europee e non. Questo permetterebbe all'Italia sia di confrontare i propri risultati con altre realtà simili e sia di continuare ad alimentare quel processo virtuoso di diffusione delle conoscenze in ambito neonatologico.

¹⁶ Per gli altri limiti del PES-NWI si rimanda a Lake (2002).

Un ulteriore approfondimento potrebbe invece essere condotto ampliando il campo di indagine a tutta l'azienda, e non solo al singolo reparto. In questo modo è possibile individuare le aziende con livelli di PES-NWI migliori e, indagano le caratteristiche comuni di queste strutture, individuare gli elementi distintivi di un modello organizzativo vincente, aiutando ancora di più il management a focalizzare il proprio intervento sulle condizioni necessarie per la creazione di un ambiente di lavoro salubre.

ACKNOWLEDGMENTS

Lo studio SONAR è sponsorizzato dalla Chiesi Farmaceutici di Parma.

Ringrazio il Prof. Antonello Zangrandi sia per i suoi preziosi consigli per la stesura di questo elaborato che per avermi introdotto al tema delle neonatologie, che mi ha permesso di conoscere un mondo per me nuovo ed estremamente interessante.

Ringrazio, infine, lo staff scientifico di Mecosan che, per la loro grande attenzione su queste tematiche hanno contribuito, con la pubblicazione di questo lavoro a diffondere ad un pubblico più vasto la consapevolezza di questi risultati che ritengo saranno ben utilizzati.

L'articolo pubblicato su Mecosan è intitolato "Migliorare la performance nelle aziende sanitarie: il contesto lavorativo infermieristico nelle neonatologie".

BIBLIOGRAFIA

- AHCPR (2003), «The effect of health care working conditions on patient safety», May, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- AIKEN H., CLARKE S., SLOANE DM., SOCHALSKI J., SILBE J.H. (2002), «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *Journal of the American Medical Association*, 290 (12), pp. 1617-1623.
- AIKEN H., SLONE M., SOCHALSKI J. (1998), «Hospital organization and outcomes», *Quality in Health Care*, 7, pp. 222-226.
- AIKEN L., SMITH H., LAKE E. (1994), «Lower Medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care», *Medical Care*, 32 (5), pp. 771-787.
- ALDANA S. (2001), «Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature», *American Journal of Health Promotion*, 15 (5), pp. 296-320.
- BAUMAN A., O'BRIEN-PALLAS L., ARMSTRONG-STASSEN M., BLYTHE J., BOURBONNAIS R., CAMERON S., et al. (2001), *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their parents and the system*. Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation, Ottawa.
- BLISS-HOLTZ J., WINTER N., SCHERER E. (2004), «An invitation to magnet accreditation», *Nursing Management*, 35 (9), pp. 36-42.
- BOYLE SM. (2004), «Nursing unit characteristics and patient outcomes», *Nursing Economics*, 3 (22), pp. 111-123.
- CHO S., KETEFIAN S., BARKAUSKAS V., SMITH D. (2003), «The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs», *Nursing Research*, 52 (2), pp. 71-79.

- CLIFFORD J., AMERICAN ORGANIZATION OF NURSE EXECUTIVES (1998), *Restructuring: the impact of hospital organization on nursing leadership*, AHA Press, San Francisco.
- CPRN (2004), *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses*, July, Ottawa.
- CRONKHITE L. (1998), *Role of the hospital nursing administrator in a changing health care environment – A study of conflicts and value*, Doctoral dissertation, University of Milwaukee, Wisconsin.
- DEVINE G., TURNBULL L. (2002), *Nurses' definitions of respect and autonomy in the workplace: Summary of focus groups with Canadian nurses*, Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa.
- DUGAN J., LAUER E., BOUQUOT Z., DUTRO B., SMITH M., WIDMEYER G. (1996), «Stressful nurses: the effect on patient outcomes», *Journal of Nursing Care Quality*, 10 (3), pp. 46-58.
- DUNLEAVY J., SHAMIAN J., THOMSON D. (2003), «Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks», *Canadian Nurse*, 99 (3), pp. 23-26.
- ESABROOKS J., MIDODZI W., CUMMINGS G., RICKER K., GIOVANNETTI P. (2005), «The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality», *Nursing Research*, 54 (2), pp. 74-84.
- FANELLI S. (2013), «Migliorare la performance nelle aziende sanitarie: il contesto lavorativo infermieristico nelle neonatologie», *Mecosan* 21 (87), pp. 67-80.
- FRIEDMANN G. (1946), «Problèmes humains du machinisme industriel», Paris 1946 (tr. it.: *Problemi umani del macchinismo industriale*, Einaudi, Torino 1971).

- GAUDINE A., BEATON M. (2002), «Employed to go against one's values. Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations», *Canadian Journal of Nursing Research*, 34 (2), pp. 17-34.
- HORBAR JD. (1999), «The Vermont Oxford Network: Evidence-Based Quality Improvement for Neonatology», *Pediatrics*, 103, pp. 350-359.
- HOWSON C.P., KINNEY M., LAWN J., WHO (2012), *Born too soon: the global action report on preterm birth*, World Health Organization, Geneva.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2004), *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*, National Academy Press, Washington, DC.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2006), *Preterm Birth: causes, consequences, and prevention*, The National Academies Press, Washington, DC.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988), «Magnet hospital – Part I: Institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*, 18 (1), pp. 13-24.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988), «Magnet hospital – Part II: Institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*. 18 (2), pp. 1-11.
- LAKE E. (2002), «Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index», *Research in Nursing & Health*, 25, pp. 176-188.
- LAKE E., FRIESE CR. (2006), «Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and characteristics», *Nursing Research*, 55 (1), pp. 1-9.
- LASHINGER H., ALMOST J., TUER-HODES D. (2003), «Workplace empowerment and magnet hospital characteristics», *Journal of Nursing Administration*, 33 (7/8), pp. 410-422.

- LASHINGER H., FINEGAN J., SHAMIAN J., WILK P. (2000), «Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model», *Journal of nursing Administration*, 31 (5), pp. 260-272.
- LEACH L.S. (2005), «Nurse executive transformational leadership and organizational commitment», *Journal of Nursing Administration*, 35, pp. 228-37.
- LIU K., YOU L.M., CHEN S.X., HAO Y.T., ZHU X.W., ZHANG L.F., AIKEN L.H. (2012), «The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey», *J Clin Nurs*. 21(9-10), pp. 1476-1485.
- LOWE G. (2004), «Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces», in keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge, 17 November, Markham, ON.
- NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., MATTKE S., STEWART M., ZELEVINSKY K. (2002), «Nurse-staffing levels and the quality of care in hospital», *New England Journal of Medicine*, 346 (22), pp. 1715-1722.
- O'MAY F., BUCHAN J. (1999), «Shared governance: A literature review», *International Journal of Nursing Administration*, 30 (6), pp. 330-335.
- RNAO (2006), «Developing and Sustaining Nursing Leadership», June, RNAO, Toronto.
- RNAO (2007), «Professionalism in Nursing», March, RNAO, Toronto.
- ROGOWSKI J., STAIGER D., PATRICK T., HORBAR J., KENNY M., LAKE E. (2013), «Nurse staffing and NICU infection rates», *JAMA Pediatr*, 167 (5), pp. 444-450.
- ROGOWSKI J., STAIGER D.O., HORBAR JD. (2004), «Variations in the quality of care for very-low-birthweight infants: implications for policy», *Health Affairs (Millwood)*, 23 (5), pp. 88-97.
- RUGIADINI A. (1979), «Organizzazione d'impresa», Giuffrè Editore, Milano.

- SCOTT J., SOCHALSKI J., AIKEN L. (1999), «Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice», *Journal of Nursing Administration*, 29 (1), pp. 9-19.
- SEILER J.A. (1976), «Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo», Etas Libri, Milano.
- SHINDUL-ROTHSCHILD J. (1994), «Restructuring redesign, rationing and nurses' morale. A qualitative study on the impact of competitive financing», *Journal of Emergency Nursing*, 20 (6), pp. 497-504.
- SONG B., DALY B., TRUDY E., DOUGLAS S., DYER M. (1997), «Nurse job satisfaction, absenteeism and turnover after implementing a special care unit model», *Research in Nursing and Health*, 20, pp. 443-452.
- STORCH J., RODNEY P., PAULY B., BROWN H., STARZOMSKI R. (2002), «Listening to nurses' moral voices: Building a quality health care environment», *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15 (4), pp. 7-16.
- STORDEUR S., VANDENBERGEH C., D'HOORE W. (2000), «Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments», *Nursing Research*, 49 (1), pp. 37-43.
- TAYLOR F.W. (1947), «The principles of scientific management», New York (tr. it.: Principi di organizzazione scientifica del lavoro, Etas Kompass, Milano 1967).
- UPENIEKS V. (2002), «What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behavior», *Journal of Nursing Administration*, 32 (12), pp. 622-632.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012), «Born Too Soon: the global action report on preterm birth», Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. WHO. Geneva, 2012.

CAPITOLO 2

VARIABILE MANAGERIALE N.2: POLITICHE PER IL CAMBIAMENTO E COMPORAMENTI MANAGERIALI

2.1. Il modello burocratico nella gestione delle aziende pubbliche

Le aziende pubbliche storicamente adottano un modello gestionale denominato “burocrazia”.

Le aziende burocratiche per raggiungere l’integrazione e il coordinamento tra le diverse parti che la compongono si fondano sulla formalizzazione del comportamento e si distinguono per una forte divisione e specializzazione del lavoro, una gerarchia rigida di autorità, comunicazioni regolate e standardizzazione dei processi di lavoro e delle capacità.

Max Weber, uno dei padri della sociologia, sviluppò dei principi di progettazione della gerarchia che avrebbero dovuto consentire di allocare efficacemente il potere decisionale e il controllo sulle risorse, identificando così la struttura burocratica. La burocrazia si presenta come una fattispecie di struttura organizzativa in cui le persone si possono responsabilizzare sulle proprie azioni, perché si chiede loro di agire nel rispetto di regole e procedure standard ben definite (Jones, 2012). È possibile dunque definire un’organizzazione come burocratica quando al suo interno il comportamento è predeterminato o prevedibile, ossia standardizzato.

Il primo principio della burocrazia prevede che le relazioni tra ruoli organizzativi si basino sul concetto di autorità razionale-legale. Essa non è altro che l’autorità che un soggetto interno all’azienda possiede semplicemente perché occupa una determinata posizione organizzativa. Secondo tale principio, in una struttura burocratica un individuo obbedisce ad un altro individuo non per le qualità che quest’ultimo possiede, quali carisma, competenze, esperienze o professionalità, ma solo perché possiede nella scala gerarchica una posizione

superiore: così facendo si evita che le decisioni vengano prese in base alle preferenze personali.

Il secondo principio fa riferimento all'assegnazione dei compiti e delle responsabilità ai diversi ruoli organizzativi. Secondo Weber i ruoli devono essere assegnati alle persone in grado di esercitarli, in base alle loro competenze tecniche, e non in base alla loro condizione sociale, alla parentela o alla successione dei diritti. Stabilire i ruoli in base alle relazioni personali genera conseguenze negative per l'organizzazione; questo impone al management di porre particolare attenzione alla valutazione delle competenze delle persone prima di conferire loro mansioni e responsabilità.

Il terzo principio prevede una chiara specificazione dei compiti e del potere decisionale connessi al ruolo, nonché della sua relazione con gli altri ruoli organizzativi. Il management, in questo caso, è chiamato a definire in maniera chiara i livelli di differenziazione verticale (allocazione del potere decisionale) e di differenziazione orizzontale (assegnazione delle responsabilità ai diversi compiti) della struttura organizzativa; ogni collaboratore conosce esattamente di cosa è responsabile e di quanto potere gode nello svolgimento delle sue mansioni evitando dunque situazioni di deresponsabilizzazione legati all'ambiguità dei ruoli.

Il quarto principio della burocrazia ritorna sul tema dell'autorità e della gerarchia definendo che ogni posizione organizzativa sia sotto il controllo e la supervisione di una posizione superiore. La struttura gerarchica, definendo autorità e potere, permette a chiunque interno all'azienda di avere un superiore a cui rivolgersi in caso di problemi e inoltre, in caso di conflitti con il diretto superiore, di conoscere il manager del livello gerarchico più alto risalendo così la scala del comando.

Il quinto principio consiglia l'uso di regole, procedure standard e norme per controllare il comportamento e le relazioni tra i ruoli di un'organizzazione. Le regole permettono di

accrescere l'efficienza poiché specificano ex-ante il modo migliore di eseguire un compito e favorendo il coordinamento tra le funzioni aziendali.

Il sesto, ed ultimo principio, prevede che queste regole siano messe per iscritto con lo scopo di renderle ufficiali. Avere norme e decisioni formulate per iscritto, attraverso gli atti amministrativi, permette inoltre di creare una sorta di memoria storica per l'azienda.

Il modello burocratico, con i suoi principi, permette quindi all'azienda, almeno dal punto di vista teorico, di raggiungere numerosi vantaggi: controllo efficiente delle interazioni tra i diversi livelli organizzativi; specifica con chiarezza autorità verticale e responsabilità operative orizzontali; responsabilizza manager e collaboratori su ciò che fanno e sui risultati; evita equivoci e ambiguità sui ruoli organizzativi; riduce i costi di transazione interni all'azienda; garantisce la selezione, valutazione e incentivazione equa del personale.

Per l'azienda tutto questo genera, o dovrebbe generare, condizioni di efficienza in termini di riduzione dei costi e di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, trasparenza e controllo sulle attività e sulle modalità di gestione, efficacia delle azioni e delle funzioni aziendali.

Con l'obiettivo di raggiungere questi risultati positivi, molti enti pubblici si sono dotati di soluzioni organizzative di tipo burocratico, non solo perché la loro attività operativa è di routine, ma soprattutto perché sono responsabili verso la comunità di riferimento delle loro azioni. La letteratura economico-aziendale è solita riferirsi all'azienda pubblica come una "burocrazia meccanica pubblica", poiché l'ossessione del controllo insita in queste aziende ha portato ad abbracciare appieno i principi della burocrazia proposti da Weber, fino a portarli all'estremo. Si sono generate così strutture estremamente rigide (strutture meccaniche) e con una pleora di regole che ne hanno ridotto l'efficienza anziché incrementarla. È ormai nel senso comune riferirsi alla "burocrazia" nella sua accezione negativa, ma il problema non è della burocrazia in quanto tale ma delle persone che gestiscono le organizzazioni burocratiche. La gestione delle aziende pubbliche secondo il

modello burocratico ha portato gli enti pubblici a diventare troppo verticali e inflessibili, rallentando il processo decisionale; inoltre i membri dell'organizzazione si affidano troppo alle regole e alle procedure diventando insensibili ai bisogni dei cittadini. L'obiettivo di creare servizi di valore per la comunità è sostituito con quello di seguire correttamente le regole, deresponsabilizzando manager e collaboratori sui risultati poiché valutati solo sul loro rispetto formale della norma. A riguardo Merton (1966) scrive: *“L'adesione alle regole, concepita originariamente come mezzo, diventa fine a se stessa; qui si verifica il noto processo della “trasposizione delle mete” per cui “un valore strumentale diventa finale”.*

La mentalità del controllo pervade le aziende pubbliche e questo porta il management a cercare di eliminare ogni possibile fonte di incertezza in modo che la macchina burocratica possa funzionare regolarmente, senza interruzioni. La ricerca dell'efficienza avviene in maniera esclusiva attraverso la definizione delle regole; questa attività assorbe gran parte delle energie dei vertici aziendali e circoscrive la funzione manageriale a identificare le norme e controllare che siano rispettate. Il modello burocratico suggerisce infatti un visione semplicistica e meccanicistica della realtà aziendale, poiché esiste la convinzione che è sufficiente stabilire regole uguali per tutti affinché tutti raggiungano gli stessi risultati. Se questa concezione di direzione aziendale nel settore pubblico è incentivata anche dal fatto che è ritenuto poco desiderabile che aziende che erogano gli stessi servizi pubblici agli utenti raggiungano diversi livelli qualitativi della performance (per una questione di equità tra i cittadini), l'evidenza empirica ha dimostrato che i risultati aziendali, anche di aziende con funzioni uguali tra loro, sono diversi. Le regole sicuramente svolgono un ruolo importante nella gestione aziendale, ma sono altri i fattori che incidono sulla performance finale dell'organizzazione. Già nel capitolo 1 di questo lavoro si è sottolineata l'importanza delle variabili (individuali, sociali, tecniche, ecc.) che costituiscono l'organizzazione nel generare un buon comportamento organizzativo orientato al conseguimento delle finalità aziendali. Il

management è chiamato quindi non ad esercitare una forma di controllo sul rispetto delle norme, ma a generare quelle condizioni interne all'azienda per permettere il raggiungimento degli obiettivi.

I limiti del modello burocratico stanno portando la consapevolezza nelle aziende pubbliche di una esigenza di cambiamento. La continua percezione di inefficienza preme verso un ripensamento del modello gestionale dell'azienda pubblica, non più basato su un approccio burocratico ma su un approccio manageriale. La teoria aziendale del *New Public Management* (Hood, 1991; Pollit e Bouckaert, 2007) incentiva proprio l'utilizzo di logiche e strumenti tipici del settore privato nelle amministrazioni pubbliche, perché si basa sul presupposto che l'azienda privata sia più efficiente di quella pubblica.

Secondo questo approccio diventa fondamentale la variabile manageriale nel determinare migliori livelli di performance aziendale; tuttavia, per far sì che il manager raggiunga gli obiettivi è necessario che sia dotato di autonomia nelle scelte decisionali e che quindi le regole non definiscano in maniera precisa e vincolante i comportamenti. Il manager, dotato di autonomia organizzativa e gestionale, sarà responsabilizzato e valutato sui risultati effettivamente raggiunti e non sul rispetto di norme diventate ormai piuttosto simboliche che strettamente utilitarie. L'orientamento ai risultati anziché alle regole promuovere il conseguimento di performance migliori, ma presuppone una struttura organizzativa in grado di favorirlo. Diventa strategicamente rilevante per l'azienda avere a disposizione strumenti per la misurazione e la valutazione delle performance, che non rappresentino solo un adempimento burocratico ma che vengano utilizzati nella quotidianità delle attività aziendali per monitorare i risultati, anche parziali, e guidare azioni e comportamenti verso l'obiettivo finale.

Non si vuole in questo contesto sminuire il valore delle regole, che comunque ricoprono una funzione importante nel determinare il buon funzionamento dell'azienda; anzi, si sottolinea

proprio la necessità di definire buone regole che assolvano proattivamente allo sviluppo e all'innovazione dell'amministrazione pubblica e che sappiano valorizzare e riconoscere la funzione manageriale. Al contrario sono da evitare ed eliminare le regole che sono inefficaci, che bloccano il cambiamento, che limitano lo sviluppo delle professionalità e mortificano le competenze delle persone.

Si riporta una esperienza positiva applicata al settore pubblico improntata su un utilizzo innovativo delle regole e delle politiche, in grado concretamente di promuovere il cambiamento. Il riferimento è al progetto avviato dalla Regione Sicilia in ambito di Pronto Soccorso. La Regione ha infatti definito non delle regole precise di comportamento ma degli obiettivi di miglioramento delle performance dei dipartimenti d'emergenza, lasciando poi autonomia al management di raggiungere tali obiettivi nel modo in cui ritenesse più opportuno. I risultati della ricerca hanno dimostrato che buone politiche, se supportate da un management capace sono in grado di conseguire migliori livelli di efficienza ed efficacia. La variabile manageriale si è rilevata come il fattore critico per il raggiungimento di risultati positivi.

I risultati del progetto della Regione siciliana sono stati raccolti in un lavoro presentato durante il VI Workshop Nazionale di Azienda Pubblica (Novara, 19-20 giugno 2014). In questa sede si è proceduto ad una loro rielaborazione ed integrazione.

2.2. Le buone politiche per promuovere il cambiamento

Il Pronto Soccorso (PS) è la struttura dell'ospedale dedicata al trattamento delle urgenze e delle emergenze sanitarie e riveste un ruolo fondamentale nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) garantendo interventi tempestivi ed ottimali ai pazienti che giungono in ospedale in modo non programmato per problematiche urgenti. Infatti, disponibili 24 ore su 24, i PS

rappresentano un punto di riferimento stabile per tutto il sistema di emergenza: rispondono sempre ai cittadini per i loro bisogni di salute reali o percepiti come tali. Tra gli obiettivi dei Dipartimenti di Emergenza (ED) troviamo:

- a) rispondere ai bisogni urgenti di salute della popolazione (Pronto Soccorso);
- b) ammettere i pazienti al ricovero ospedaliero con i caratteri di urgenza (Accettazione).

La centralità del ruolo ricoperto dagli ED nel Servizio Sanitario Nazionale è confermato anche dai numeri che si registrano sia in termini di struttura che di volumi di attività. Per quanto concerne il primo aspetto sul territorio nazionale nel 2010 sono presenti 550 servizi di pronto soccorso con 350 dipartimenti di emergenza, in aumento rispetto al passato¹⁷. Relativamente al secondo aspetto, invece, negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento degli accessi al PS; in media annualmente avvengono circa 350 accessi ogni 1.000 abitanti, con una media di circa 1.200.000 prestazioni. L'aumento del volume e dei casi trattati negli ED è un fenomeno che interessa tutti i paesi industrializzati ed è da imputare ad una serie di fattori (Elshove-Bolk et al. 2006; Porro et al. 2013). Le principali motivazioni che portano il cittadino a rivolgersi a tali strutture, spesso anche in maniera inappropriata, sono riconducibili al miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza, al ruolo di rete di sicurezza rivestito dal PS per le categorie socialmente deboli, alla convinzione del cittadino di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore in tempi brevi, alla preminenza del modello di salute tecnologico centrato sull'ospedale rispetto al modello preventivo-territoriale centrato sulla medicina di base. Tuttavia, l'eccessivo ricorso al PS comporta ripercussioni negative sia per i principali stakeholder, si pensi alle lunghe attese per cittadini e all'elevata pressione sul personale sanitario, sia per la struttura, come le difficoltà nella gestione delle attività e il

¹⁷ Dati SIS – Sistema informativo sanitario.

rilevante incremento dei costi (Hoot e Aronsky, 2008; Bernstein et al., 2009; McHugh et al., 2011). I tentativi messi in atto fino a questo momento al fine di limitare la crescita esponenziale della domanda di servizi al Pronto Soccorso non sono stati efficaci. L'introduzione di strumenti quali la partecipazione alla spesa per i casi di minore gravità (codici bianchi) non ha avuto effetti in termini di dissuasione dei pazienti non-urgenti, l'applicazione del *triage* ha portato sicuramente vantaggi in termini di corretto e appropriato svolgimento delle attività ma non ha risolto il problema dell'affollamento e degli accessi evitabili, ed infine gli ultimi accordi per la Medicina Generale che hanno introdotto elementi di novità, come ad esempio le forme di associazionismo, con l'intento di indurre ad una maggiore presa in carico di problematiche ora affrontate in sede di Pronto Soccorso, si sono rilevati insufficienti. Pertanto diventa strategico adottare azioni di riorganizzazione del servizio di Pronto Soccorso e individuare modalità organizzative-gestionali in grado di prendere atto dell'evoluzione di domanda di salute. Infatti, nonostante la rete dell'emergenza-urgenza sanitaria in Italia ha raggiunto negli ultimi anni un livello di efficienza elevato e può essere considerata a tutti gli effetti un punto di forza del SSN, i continui cambiamenti del contesto di riferimento inducono ad una riflessione e ad un aggiornamento nel funzionamento del sistema per renderlo ancora più efficiente e flessibile, e che consenta il contenimento dei costi senza incidere sulla qualità delle prestazioni erogate. In questo senso va l'impegno della Regione Sicilia che negli ultimi anni ha avviato politiche di sviluppo nell'ambito dei pronto soccorso orientate al miglioramento della qualità dei servizi, rendendoli coerenti alla domanda dei cittadini, senza però tralasciare il monitoraggio dei costi. La Regione Sicilia ha avviato un progetto, chiamato *Progetto Emergency Department*, basato su una serie di obiettivi considerati fondamentali al fine di migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti nei Pronto Soccorso.

Un'analisi condotta internamente ai PS da parte di esperti ha portato alla definizione di una serie di obiettivi distinti su due livelli. Alcune problematiche, infatti, rilevate in quasi tutte le strutture, hanno portato all'individuazione delle priorità di intervento che fossero comuni a tutti i dipartimenti di emergenza. I principali temi di valenza regionale sono: ridurre gli accessi al PS e i ricoveri ospedalieri definendo comuni linee guida per il *triage*; migliorare la qualità delle cure erogate e il tempo medio dedicato ai pazienti; promuovere la raccolta dati e la misurazione della performance. Inoltre sono stati identificati obiettivi specifici per i vari Pronto Soccorso nel caso in cui la problematica fosse circoscritta alla singola struttura. Per ogni obiettivo è stato definito: una descrizione generale dell'obiettivo stesso, l'ambito di applicazione, l'atteso per considerarlo raggiunto e le basi di riferimento a cui rifarsi per conseguirlo.

La Regione Sicilia ha dunque definito una strategia innovativa orientata al miglioramento delle performance dei Pronto Soccorso; costruendo un sistema articolato per obiettivi ma lasciando all'autonomia aziendale il compito di raggiungerli. Lo spirito del progetto regionale è quello di favorire lo sviluppo della variabile manageriale e la collaborazione tra i professionisti, anziché instaurare un semplice controllo di natura ispettiva.

L'obiettivo che si prefigge il presente lavoro di ricerca è quello di indagare i risultati che gli sforzi delle politiche regionali hanno avuto sui più importanti pronto soccorso siciliani in termini di: appropriatezza dei percorsi dei pazienti, qualità delle cure, rapidità nella presa in carico del paziente, efficienza nella gestione degli accessi. I risultati della ricerca permetteranno di quantificare e valutare gli avanzamenti apportati dalle specifiche azioni di sviluppo, ad individuare le aree in cui sono presenti ancora margini di perfezionamento, a descrivere lo stato attuale del sistema di emergenza-urgenza della Regione Sicilia, e a fornire un parametro di riferimento per coloro che vogliono intraprendere un percorso di miglioramento nella organizzazione e gestione dei reparti d'emergenza.

2.3. Migliorare l'efficienza nei Dipartimenti d'Emergenza

Uno dei problemi più diffusi, e quindi più studiati, in ambito di pronto soccorso è il sovraffollamento delle strutture, ossia “*la situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole*” (CAEP, 2003). Si tratta di un fenomeno presente a livello internazionale già a partire dalla fine degli anni '80, ma la crescita esponenziale registrata nell'ultima decade ha spinto sempre più studiosi di tutto il mondo ad affrontare il problema (Derlet et al., 2001; Bond et al., 2007). La maggior parte degli studi presenti in letteratura si sono concentrati nel ricercare le cause, analizzare le conseguenze e, naturalmente, proporre possibili soluzioni atte a ridurre la congestione nei reparti d'emergenza. Cercando di sintetizzare e classificare le principali ragioni alla base dell'“*overcrowding*” e possibile ricondurle a due principali ambiti:

- *Dal lato dell'offerta*: riduzione del numero di posti letto nei reparti ospedalieri, che costringono molti pazienti del PS a sostare per lunghi periodi in un luogo dove non è previsto per fornire un'assistenza continuativa (Ospina et al., 2007; Hwang e Concato, 2004); scarso numero di operatori sanitari dedicati, per via del luogo di lavoro stressante e frustrante (Derlet e Richards, 2000; Kellermann, 2006); mancanza di valide alternative, come la carenza di attrezzature avanzate sul territorio, liste d'attesa troppo lunghe a livello ambulatoriale (Moskop et al., 2009) e alla difficoltà di accesso alle strutture di cura primaria (CAEP, 2003).
- *Dal lato della domanda*: l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione occidentale e la rivoluzione demografica ha comportato un incremento del numero di persone anziane, spesso portatori di patologie concomitanti croniche, e degli immigrati. La diagnosi e il trattamento in questi pazienti è dunque molto più complesso che in altri, con conseguente aumento del carico di lavoro del PS (Trzeciak e Rivers, 2003;

Bonvicini et al., 2011). L'aumento del numero di pazienti con problemi non urgenti che potrebbero essere trattati da strutture alternative (Lang et al., 1996; Hansagi et al., 2001). Le conseguenze dell'*overcrowding* sono molteplici e comportano effetti negativi sull'efficienza e sull'efficacia della performance dei reparti d'emergenza. Tra i risultati più rilevanti si riportano l'aumento del rischio di commettere errori sanitari (Trzeciak e Rivers 2003; Hastings et al., 2007), l'insoddisfazione degli operatori sanitari con la conseguente riduzione del rendimento lavorativo (Derlet e Richards, 2000; Ospina et al., 2007), la deviazione delle ambulanze (Burt et al., 2006), l'allungamento dei tempi d'attesa dei pazienti (Kellermann, 2000; Han et al., 2007), la minor fiducia dei cittadini nei confronti dei servizi d'emergenza (Kellermann, 2000) fino al verificarsi di episodi di violenza nei casi più estremi (Derlet e Richards, 2000) e, naturalmente, l'incremento dei costi (McConnell et al., 2006; Pines et al. 2011).

La rilevanza del fenomeno ha comportato l'esigenza di governare il *crowding*: in primo luogo, identificando sistemi idonei per misurarlo in maniera adeguata (Solberg et al., 2003; Jones et al., 2006) e, in secondo luogo, progettando modelli organizzativi per la sua gestione (Kennedy et al., 1996; Khurma et al. 2008). Le principali scale di misurazione proposte dalla letteratura si basano su modelli matematici, più o meno complessi, ma che comunque necessitano di una serie di informazioni non sempre semplici da rilevare. Per quanto concerne invece l'aspetto organizzativo la prima risposta al problema, in Italia così come negli altri Paesi, è stata l'introduzione del *triage* agli inizi degli anni '90. Tuttavia, nonostante una serie di vantaggi legati al nuovo sistema di smistamento degli accessi al pronto soccorso (Grossman, 2003), le criticità legate al *crowding* persistono e hanno reso necessario lo sviluppo di nuovi strumenti di gestione. Tra le strategie di soluzione più ricorrenti alcune suggeriscono di intervenire direttamente sulle cause dell'*overcrowding*, ad esempio migliorando la qualità dei servizi forniti da strutture alternative (Kellerman, 2000;

Derlet e Richards, 2000) oppure aumentando le risorse a disposizione dei pronto soccorso (Olshaker 2009; Wharam et al. 2007); altre propongono di migliorare e sviluppare i servizi dei PS, ad esempio creando delle unità di osservazione breve specialistica (OBI) (Trzeciak e Rivers, 2003; Moskop et al. 2009), migliorando i servizi diagnostici legati ai PS (Derlet e Richards, 2000), sviluppando servizi di allerta precoci (Trzeciak e Rivers, 2003).

Sicuramente, negli ultimi anni, è cresciuta la consapevolezza che gli ED, per continuare a conseguire con efficacia la propria *mission* storica¹⁸, devono mostrare particolare attenzione a tutti gli ambiti della propria performance. Considerata l'attuale e persistente crisi economica, e i continui tagli delle risorse al settore pubblico, compreso quello sanitario (Kellerman, 2006), oggi più di ieri, è fondamentale una concreta spinta all'economicità delle aziende pubbliche e quindi una valutazione a 360 gradi delle loro prestazioni.

In Italia il compito e la responsabilità di promuovere il miglioramento degli ospedali e degli altri enti sanitari è delegato alle Regioni, in quanto considerati gli enti pubblici più idonei a garantire dei servizi sanitari di qualità ai propri cittadini. La Regione Sicilia, in collaborazione con The Joint Commission International¹⁹ (JCI), ha avviato il *Progetto Emergency Department* proprio con l'obiettivo di migliorare la performance dei Dipartimenti di Emergenza su diversi livelli, riferiti a differenti obiettivi.

¹⁸ Secondo la Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza (SIMEU) la mission del pronto soccorso è "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza".

¹⁹ JCI collabora con le organizzazioni che si occupano di assistenza sanitaria, con i governi e con i patrocinatori a livello internazionale per promuovere standard di cura rigorosi e fornire soluzioni volte al raggiungimento di risultati ottimali (it.jointcommissioninternational.org).

Da uno studio condotto negli Stati Uniti su oltre 3000 ospedali accreditati JCI risulta che in queste strutture vi sia una netta tendenza al miglioramento delle performance, dell'efficienza dell'outcome, della sicurezza del paziente, una riduzione dei costi aggiuntivi legati agli eventi avversi e quindi ad un risparmio economico nel medio-lungo periodo (The Joint Commission, 2010).

2.4. Gli ambiti della performance dei Pronto Soccorso

Per misurare e analizzare le performance dei PS che partecipano al progetto di miglioramento promosso dalla Regione Sicilia è stato seguito un approccio multidimensionale. I risultati possono essere ricondotti a tre grandi aree di rilevanza:

1. qualità delle cure e dei processi assistenziali posti in essere, la loro formalizzazione e la diffusione delle buone pratiche;
2. il modello organizzativo, inteso come strutturazione dei ruoli, procedure organizzative per la gestione delle attività, dotazione di personale e il livello di efficienza raggiunto;
3. il ruolo dei sistemi di misurazione della performance e del management inteso come promotore delle politiche di cambiamento.

Per ciascuna area esiste un obiettivo preciso ed è stata individuata una metodologia adeguata per la sua valutazione di seguito brevemente descritta. I risultati sono riferiti all'anno 2012 e sono confrontati con i dati rilevati nel 2010, anno in cui è partito il progetto. L'obiettivo complessivo delle tre aree di indagine è dunque quello di quantificare e valutare il processo di cambiamento messo in atto dai PS siciliani, misurando i diversi ambiti della performance.

Area A. Qualità delle cure e dei processi assistenziali: diffusione delle best-practice

La prima area di analisi esamina le modalità di svolgimento dei processi assistenziali. Uno degli obiettivi primari regionali è quello di migliorare la qualità delle cure fornite dalla rete dell'emergenza-urgenza.

A questo scopo sono stati utilizzati gli standard assistenziali sviluppati da JCI per l'accreditamento degli ospedali, riferiti ai Dipartimenti di Emergenza. Gli indicatori, scelti da un gruppo di lavoro composto da esperti nazionali ed internazionali, sono stati inoltre validati attraverso un confronto con la SIMEU (Società Italiana Medicina Emergenza e

Urgenza). Complessivamente sono stati valutati 285 elementi riferibili a 11 aree di gestione del PS. I gruppi di standard considerati sono riportati nella Tabella 2.1.

Tabella 2.1. Gruppi di standard per la valutazione dei Pronto Soccorso

	Gruppi di standard	Item valutati
1	Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (IPSG)	24
2	Accesso all'assistenza e continuità delle cure (ACC)	39
3	Diritti del paziente e dei familiari (PFR)	36
4	Valutazione del paziente (AOP)	26
5	Cura del paziente (COP)	30
6	Assistenza anestesiologicala e chirurgica (ASC)	9
7	Gestione e utilizzo dei farmaci (MMU)	26
8	Gestione e sicurezza delle infrastrutture (FMS)	39
9	Governo, leadership e direzione (GLD)	39
10	Qualifiche e formazione del personale (SQE)	5
11	Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI)	12

Fonte: elaborazione dell'autore.

A ciascun indicatore è stato assegnato un valore compreso tra 0 (nessuna *compliance* con lo standard) a 1 (*compliance* con lo standard di riferimento)²⁰; il compito di valutare gli indici per ogni PS è stato affidato ad ispettori JCI.

Gli standard indicano dei comportamenti attesi che fanno riferimento a buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative; essi possono essere ricondotti a tre aree tematiche:

- comportamenti attesi relativi ai membri dell'organizzazione;
- produzione di dati e informazioni formalizzate in specifici report;
- disponibilità di specifiche procedure formalizzate e regolarmente aggiornate.

Area B. Modelli e ruoli organizzativi: l'efficienza della gestione

La seconda area di analisi mira a comprendere come sono orientate le risorse e il livello di formalizzazione dei processi produttivi, non solo a livello di intero campione ma anche di

²⁰ Più precisamente la valutazione prevede: valore 0 (elemento non raggiunto); 0,25 (elemento raggiunto raramente); 0,5 (elemento raggiunto in maniera parziale); 0,75 (elemento spesso raggiunto); 1 (elemento completamente raggiunto).

singola realtà per poter effettuare comparazioni nello spazio e nel tempo. I dati sono stati raccolti attraverso interviste mirate, analisi documentate e specifici approfondimenti con gli operatori. Per facilitare la rappresentazione dei risultati riferiti ad un'area, quella organizzativa, estremamente complessa delle strutture dell'emergenza sanitaria, si è optato per una suddivisione della performance in tre distinti ambiti:

b.1) la collocazione organizzativa del ED, evidenziata dall'organigramma: permette di comprendere come avviene il coordinamento delle attività, il livello di accentramento delle stesse e il collegamento con il resto della struttura; più precisamente si sono indagati la tipologia di unità operativa (semplice o complessa), la classificazione del PS per livello di complessità (I, II o III livello), in base alle funzioni minime che la struttura deve garantire²¹ e, infine, la tipologia di dotazione di personale.

b.2) le dimensioni del PS in termini di accessi e la loro gestione: permette sia di valutare l'adeguatezza e la produttività del personale che di misurare il bisogno di emergenza urgenza che si dirige verso l'ospedale. In particolare, vengono analizzati il numero di accessi, tipologia degli accessi (codici colore), esiti degli stessi e i tempi di attesa prima della presa in carico del paziente da parte dell'equipe.

b.3) il livello di efficienza del personale: misurato come personale assegnato al pronto soccorso (analisi della pianta organica e dei turni di lavoro) e tempo dedicato dagli operatori

²¹ La componente ospedaliera della rete per le emergenze nella Regione Sicilia si articola in tre livelli di complessità crescente (art. 36 della legge regionale n. 30/1993):

- Primo livello: i servizi di urgenza devono assicurare le funzioni di pronto soccorso, di anestesia e rianimazione, di medicina generale, di chirurgia generale e di ostetricia e ginecologia;
- Secondo livello: i Dipartimenti di Emergenza devono garantire le funzioni di primo soccorso e accettazione, di osservazione breve, di rianimazione e assicurare interventi diagnostico terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTC (Unità Terapia intensiva Coronarica). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi cliniche, di diagnostica per immagini e trasfusionali;
- Terzo livello: il Dipartimenti di Emergenza ha le stesse caratteristiche del DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) di secondo livello, con l'aggiunta degli ulteriori presidi diagnostici e con il supporto delle divisioni altamente specializzate presenti in ospedale o in ospedali vicini (neurologia, emodialisi, camere iperbariche, neurochirurgia, cardiocirurgia).

ai pazienti. L'indicatore "minuti medico (o infermiere) per accesso" è stato calcolato rapportando il numero di minuti erogati ogni giorno dal personale medico (o infermieristico) operante in PS rispetto al numero di accessi. Sono state altresì rilevate variazioni in termini di dotazione di personale.

Area C. Il ruolo del management: i sistemi di misurazione della performance

La terza ed ultima area ha l'obiettivo di indagare la funzione del management nel processo di cambiamento e in particolare il ruolo dei responsabili degli ED. La consapevolezza della rilevanza della variabile manageriale nel dare impulso al cambiamento e nel favorire le condizioni per il conseguimento di migliori livelli di performance ha fatto sì che fosse creata un'area di analisi *ad hoc* per monitorare lo stile del manager nella gestione della struttura.

La metodologia ha riconosciuto all'interno degli standard individuati da JCI un importante criterio per valutare l'approccio manageriale dei responsabili degli ED. Lo standard di riferimento prende in considerazione la valutazione delle performance poste in essere negli ED. Il metodo di rilevazione è basato, come per tutti gli standard JCI, sulla osservazione diretta avvenuta attraverso una *survey visit* da parte di *surveyor* professionisti. Lo standard è stato cioè valutato da soggetti esterni alla struttura che hanno preso in esame le concrete modalità impiegate dai direttori nello svolgimento delle loro funzioni gestionali e organizzative.

La presenza di sistemi di valutazione della performance e del personale esprime un comportamento attivo proprio perché è condizione preliminare al cambiamento. Infatti anche per JCI una delle responsabilità più importanti dei direttori è l'implementazione del programma ospedaliero per il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente. Proprio per questo la valutazione delle performance concerne possibilmente più aspetti, così espressi:

- tutti gli aspetti che consentono il miglioramento dell'organizzazione del dipartimento;

- la valutazione delle prestazioni erogate sulla base di fonti quali le indagini sulla soddisfazione del paziente e i reclami;
- la necessità di comprendere l'efficienza e l'efficacia economica delle prestazioni erogate;
- la valutazione delle prestazioni eventualmente erogate tramite convenzioni (come ad esempio i trasporti).

I dati e le informazioni sono importanti per valutare gli sforzi di miglioramento intrapresi dal dipartimento o dal servizio, ma sono altrettanto importanti per il programma ospedaliero di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.

2.5. Il cambiamento e il ruolo del management

L'analisi è stata effettuata su un campione selezionato di Pronto Soccorso della Regione Sicilia di 20 unità su una popolazione complessiva di 64. La Regione ha deciso di coinvolgere inizialmente nel progetto solo i maggiori pronto soccorso che operano nel proprio territorio, rimandando in un secondo momento le politiche sugli altri. Tale scelta, pur limitando ovviamente il campione di riferimento rispetto all'universo regionale (31,25%), ha i seguenti punti di forza:

- consente un'analisi più precisa e specifica per ciascun PS, riuscendo a dare una rappresentazione dettagliata della realtà analizzata altrimenti difficile;
- riduce la variabilità interna del campione, nel senso che le unità studiate hanno caratteristiche comuni e ciò facilita e rende possibile un confronto diretto tra i PS.

Per di più, nonostante il campione sia ridotto, esso rappresenta da solo oltre la metà dell'attività di emergenza regionale. Per un confronto diretto dell'attività del campione rispetto all'universo di riferimento si consideri la Tabella 2.2 (dati 2012).

Infine, per quanto concerne la classificazione dei PS per attività: in 9 PS sono disponibili posti letto di Osservazione Breve²⁴ (OB), 8 PS hanno posti letto di OB integrati con posti letto di degenza ospedaliera ordinari, mentre solo 3 PS non presentano né OB né posti letto di degenza (se si escludono questi ultimi, la media del campione è 8,75 posti letto).

Area A. Qualità delle cure e dei processi assistenziali: diffusione delle *best-practice*

La valutazione dei processi assistenziali, ed in particolare le modalità di svolgimento degli stessi, il loro livello di formalizzazione, la diffusione delle buone pratiche, nonché una serie di standard di comportamento, è avvenuta attraverso l'utilizzo di indicatori messi a punto da JCI.

Tali indicatori (285 item riferibili a 11 aree di rilevanza del ED) hanno permesso di associare a ciascun PS uno *score* medio in grado di esprimere la qualità dei comportamenti clinico-assistenziali e delle condizioni organizzative per l'erogazione dell'assistenza. I PS che presentano uno *score* medio che tende a 1 adottano un comportamento atteso di un ospedale accreditato a livello internazionale e generano un miglioramento dell'outcome (Chassin et al., 2010)²⁵.

La valutazione media del campione effettuata nel 2010 era pari a 0,63. Il valore, anche se superiore rispetto alla media dell'intervallo di riferimento utilizzato per la sua misurazione (0,5), non poteva essere considerato del tutto soddisfacente, anche considerata l'ampia variabilità dei dati (dev. std. 0,13). La valutazione media rilevata nel 2012 è invece di 0,73. Nell'arco del biennio si è registrato un incremento dello *score* medio del 14,71% e, allo stesso tempo, la variabilità dei dati si è ridotta del 12% circa. Risultato inoltre incrementati

²⁴ L'OB ha la funzione di potenziare e rendere efficace l'azione di filtro ai ricoveri ospedalieri, riducendo i ricoveri impropri e le dimissioni precoci.

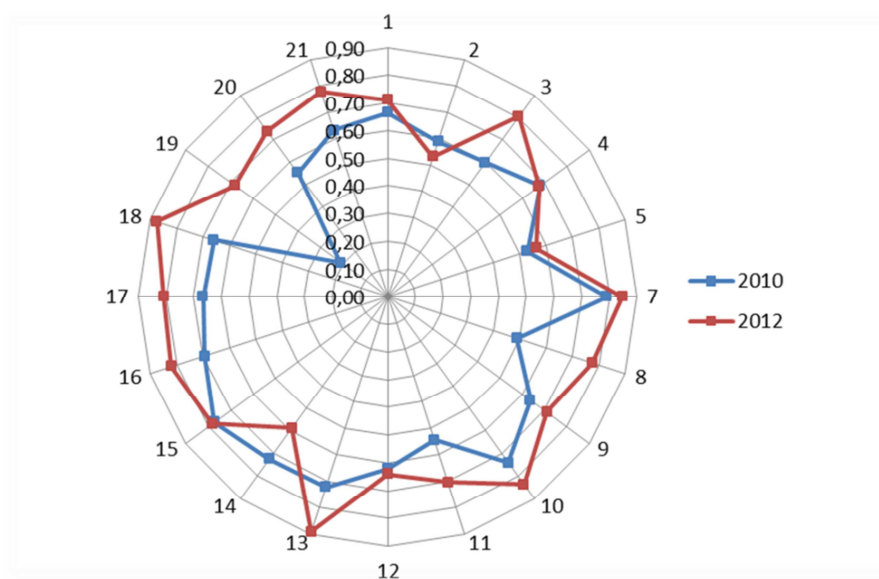
²⁵ Si ricorda infatti che per ogni item gli esperti JCI hanno attribuito un valore compreso tra 0 (nessun riscontro dell'elemento misurabile) a 1 (*compliance* con l'elemento di valutazione).

anche i valori riferiti allo *score* minimo, massimo, mediana e quartili; descrivendo quindi un miglioramento complessivo del campione.

Il miglioramento registrato a livello di intero campione è sicuramente apprezzabile, tuttavia è possibile ancora individuare degli spazi di crescita. Infatti, non tutti i PS nell'arco del periodo hanno avuto un comportamento omogeneo; nello specifico 5 PS hanno peggiorato il loro standard di qualità, e in due casi la riduzione è stata di oltre il 10%. I restanti PS, invece, hanno registrato una variazione positiva, in molti casi anche superiore al 10% (10 PS)²⁶, ma si è passati da 8 PS con una valutazione sotto la media nel 2010 a 10 PS nel 2012. Pertanto, i dati anche se migliorati complessivamente, si presentano ancora eterogenei.

La Figura 2.2 rappresenta graficamente la posizione dei 20 pronto soccorso in base allo *score* medio ottenuto nel 2010 e nel 2012.

Figura 2.2. Qualità dei processi e diffusione delle *best practice* dei Pronto Soccorso



Fonte: elaborazione dell'autore.

Spostando l'attenzione sui gruppi di standard è possibile individuare in quali aree i PS hanno migliorato maggiormente la loro performance e in quali, invece, sono ancora presenti spazi di crescita (Tabella 2.3). Infatti, il valore medio delle 11 aree oggetto di valutazione è

²⁶ 5 PS hanno registrato un miglioramento compreso tra il 10% e il 15%, mentre 6 PS oltre il 26%.

superiore nel 2012 rispetto ai due anni precedenti. Nel 2012 nessun gruppo di standard hanno uno *score* medio inferiore a 0,6 (rispetto ai 4 del 2010), mentre 7 sono superiori a 0,7 di cui 2 superano la soglia di 0,8 (nel 2010 il valore massimo è stato invece di 0,78). In entrambi gli anni considerati risultano aree d'eccellenza l'Accesso, l'assistenza e Continuità di Cura (ACC) e l'Assistenza Anestesiologica e Chirurgica (ASC). Tuttavia, anche in questo caso, non tutti gli standard hanno avuto un andamento omogeneo nel biennio. Nello specifico le valutazioni riferite all'area Gestione e sicurezza delle infrastrutture (FMS) si è ridotta (-7%), quindi il tema delle infrastrutture è un elemento di criticità per i PS analizzati, tre aree registrano una variazione positiva inferiore al 10% (ACC; ASC; MCI), mentre sono degni di nota i miglioramenti considerevoli nelle aree Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (IPSG +70%), Cura del paziente (COP +43%) e Qualifiche e formazione del personale (SQE +32%).

Tabella 2.3. Valutazione dei gruppi di standard (anno 2010-2012)

	Gruppi di standard	N. item	2010	2012	Δ%
1	Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (IPSG)	24	0,355	0,603	70%
2	Accesso all'assistenza e continuità delle cure (ACC)	39	0,783	0,852	9%
3	Diritti del paziente e dei familiari (PFR)	36	0,608	0,742	22%
4	Valutazione del paziente (AOP)	26	0,685	0,785	15%
5	Cura del paziente (COP)	30	0,442	0,633	43%
6	Assistenza anestesiologica e chirurgica (ASC)	9	0,757	0,818	8%
7	Gestione e utilizzo dei farmaci (MMU)	26	0,602	0,773	28%
8	Gestione e sicurezza delle infrastrutture (FMS)	39	0,721	0,667	-7%
9	Governo, leadership e direzione (GLD)	39	0,667	0,785	18%
10	Qualifiche e formazione del personale (SQE)	5	0,507	0,669	32%
11	Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI)	12	0,751	0,794	6%

Fonte: elaborazione dell'autore.

Infine, all'interno delle diverse aree analizzate, alcuni elementi risultano particolarmente rilevanti per rappresentare l'organizzazione del lavoro e la gestione di alcuni processi critici nel pronto soccorso. Essi sono così sintetizzabili:

- gli item riferiti al consenso informato, significativi per valutare la politica di generare maggiore consapevolezza dei pazienti dei servizi, hanno registrato tutti un incremento; in particolare l'elemento che risultava più critico nel 2010 (*score* di 0,52) ora può essere considerato più che soddisfacente (0,79, +51,4%).
- In tema di valutazione e rivalutazione del paziente, i dati già positivi nel 2010 (media di 0,71) rilevano una performance pregevole nel 2012 con un aumento del 16,2% (media di 0,83).
- Per quanto concerne le procedure e le linee guida la situazione si mostra molto diversificata e critica. Accanto ad item che registrano un miglioramento, ne esistono altri che evidenziano un calo, così come i comportamenti dei PS risultano fortemente differenti. In generale tutta l'area risulta migliorabile, sicuramente il dato più negativo è legato all'assenza di procedure per guidare l'assistenza di pazienti anziani, disabili, minori e delle categorie di pazienti a rischio di abuso²⁷.
- Tutti gli item riferiti alla gestione, utilizzo e controllo dei farmaci sono migliorati nell'arco del biennio. Complessivamente l'area MMU raggiunge un livello che può essere considerato positivamente (0,773) con un incremento sensibile del 28%.

Area B. Modelli e ruoli organizzativi: l'efficienza della gestione

Valutare l'organizzazione del PS è un'attività tanto utile, per individuare le aree di efficienza e di efficacia interne alla struttura, quanto complessa, poiché sono numerose le variabili da prendere in considerazione. Per questo motivo l'analisi organizzativa è stata articolata in tre momenti.

²⁷ Tale aspetto risultava fortemente critico già nel 2010, con un valore medio di 0,203. Nel corso del 2012 si è registrato addirittura un peggioramento di tale valore del 27%, raggiungendo un livello estremamente negativo (0,147).

b.1. L'organizzazione del Dipartimento d'Emergenza

La prima variabile analizza la collocazione organizzativa dei PS, vale a dire il tipo di unità operativa, il numero di livello del pronto soccorso²⁸ e la tipologia di dotazione di personale di cui dispone. Con riferimento al primo aspetto, 3 PS sono Unità Operative Semplici e i restanti sono Unità Operative Complesse. Inoltre, 3 PS sono di I livello, 11 sono di II livello e 6 sono di III livello. Per quanto concerne infine il modello organizzativo del personale i PS si possono classificare in due macrogruppi: il primo si compone di 11 PS e presentano un organico proprio, e più precisamente 7 PS hanno personale dedicato esclusivamente al PS mentre i restanti 4 hanno un'unica équipe per PS e Degenza; al secondo appartengono 9 PS con personale integrato, di questi, 5 integrano con medici di convezione, 1 integra con medici da altre Unità Operative, 2 hanno un organico integrato con medici da altre Unità che forma una équipe per PS e degenza e, infine, 1 ha un organico integrato con medici da altre Unità e medici convenzionati che forma una équipe per PS e degenza. Le caratteristiche dei modelli organizzativi appena descritti non sono variati nel 2012 per quanto riguarda il tipo di unità operativa e il livello del PS; mentre per quanto concerne la dotazione di personale un PS è passato da un organico proprio ad uno integrato e due, invece, da personale integrato ad uno proprio.

b.2. Dimensione e gestione del Pronto Soccorso

L'analisi degli accessi ai Pronto Soccorso permette di valutare le attività ad essi correlati nonché il bisogno di emergenza urgenza che si dirige verso l'ospedale. Come già detto nel paragrafo 2.2. di questo lavoro, l'aumento del numero di accessi è un problema di rilevanza mondiale che ha visto un *trend* crescente anche in Italia nel corso dell'ultimo decennio. Tuttavia, i dati della Regione Sicilia si presentano controcorrente poiché nel 2012 gli accessi

²⁸ Il livello di un PS esprime la sua complessità, cioè al crescere del numero di livello il pronto soccorso deve assicurare e garantire un maggior numero di funzioni (Legge Regionale n.30/1993, art. 36).

complessivi ai PS siciliani sono stati in media 45.064, dunque 123,5 accessi giornalieri, in calo del 9% rispetto al 2010 (135,0 accessi/die).

Nella tabella 2.4 si riporta un confronto di termini di accessi complessivi e giornalieri rilevati nel periodo 2010-2012.

Tabella 2.4. Accessi ai Pronto Soccorso siciliani

	Numero di accessi		Accessi/die	
	2010	2012	2010	2012
Media	49.290	45.064	135,04	123,47
Mediana	47.010	42.177	128,79	115,55
Deviazione std.	15.620	16.049	42,79	43,97

Fonte: elaborazione dell'autore.

Resta tuttavia l'ampia variabilità legata ai dati, la quale risulta però comprensibile alla luce della forte differenza tra i PS in termini di bacino di utenza di riferimento, collocazione geografica, dimensioni e caratteristiche aziendali. Ciò nonostante, vale la pena sottolineare che se si escludono 3 PS tutti gli altri hanno avuto una riduzione degli accessi nel 2012 e, per di più, in nessun caso si è registrato un aumento degli accessi superiore al 5%. Inoltre il numero di PS con meno di 100 accessi/die è passato da 6 ad 8 nel 2012, mentre 7 PS registrano un numero di accessi superiore a 150 rispetto agli 8 PS del 2010.

Sicuramente interessante è analizzare anche la tipologia di accessi registrati. A tal proposito si precisa che in Sicilia, come per la maggior parte delle Regioni italiane, viene utilizzato un sistema di valutazione degli accessi basato sui "codici colore", cioè ad ogni paziente viene associato un colore che è espressione della gravità del caso (Ministero della Salute, 2013). I colori dei codici dei pazienti che accedono al pronto soccorso sono:

- bianco, per i casi meno gravi che dovrebbero essere risolti dal Medico di Medicina Generale (MMG); tali casi vengono risolti solo dopo che il personale ha prestato assistenza agli altri pazienti.

- Verde, fa riferimento ad interventi differibili, nel senso che il paziente non è in pericolo di vita e viene assistito dopo i casi più urgenti; il paziente viene rivalutato ogni 30-60 minuti.
- Giallo, segnala un paziente con problemi gravi per i quali può essere presente un'alterazione di una delle tre funzioni vitali (respiratoria, nervosa, cardiocircolatoria); il tempo medio di attesa non dovrebbe superare i 10 minuti.
- Rosso, è assegnato al paziente in imminente pericolo di vita, cioè a colui in cui vi è in atto un cedimento di uno dei tre parametri vitali (appartato circolatorio, apparato respiratorio, stato di coscienza); per questi casi non vi è tempi d'attesa.

I dati medi per gli accessi classificati per “codice colore” nel 2012 sono così distribuiti: 24% tra codici gialli e rossi (di cui 1% codici rossi), 69% codici verdi e 7% codici bianchi. Limitando l'analisi di confronto rispetto al 2010 ai soli codici bianchi e ai codici verdi, che potrebbero derivare da accessi impropri, essi risultano ridotti rispettivamente del 13% e del 7% circa.

Per quanto concerne gli esiti finali degli accessi: lo 0,1% risulta deceduto, l'8,2% lascia il PS prima della visita, il 73% viene dimesso post visita senza ulteriori passaggi mentre il 13,4% si trasforma in ricovero presso la stessa struttura e l'1,1 si viene trasferito presso un altro ospedale. Anche in questo caso, evidenziando solamente gli accessi che si sono trasformati in ricovero oppure sono stati trasferiti (14,5%) essi risultano il 3,3% inferiori rispetto al 2010. Infine, si presentano i risultati relativi ai tempi d'attesa del paziente, ossia l'intervallo di tempo che intercorre tra il *triage* (assegnazione del codice colore) e la visita da parte del medico. Innanzi tutto è però necessario descrivere la metodologia di *triage* adottata dai PS oggetto di studio.

Le principali tipologie di *triage* rilevate sono:

- *Triage* di bancone: non è possibile avere a disposizione spazi per una valutazione completa del paziente e per la rilevazione dei parametri vitali; tali operazioni vengono in parte sostituite dai rilievi ispettivi (solo un PS analizzato adotta tale sistema, contro i due del 2010).
- *Triage* globale: prevede che un infermiere specificamente formato ed abituato ad operare secondo i protocolli di struttura sia presente nella zona di arrivo del paziente per valutare la gravità della condizione e stabilire la priorità di accesso. Il 95% del campione adotta questo metodo di *triage* (2 PS adottano un *triage* di bancone parziale).

Inoltre tutti i PS funzionano 24 ore al giorno, ad esclusione di un pronto soccorso (H12).

Per quanto concerne quindi i tempi di attesa per codice colore essi sono:

- Codici bianchi: la media del campione è di 44 minuti (-25% rispetto al 2010). La deviazione standard legata ai dati si è ridotta, tuttavia i risultati si presentano ancora molto variabili. In 9 PS si superano i 60 minuti di attesa e, più precisamente, 4 superano le due ore di attesa e in un caso si superano le 4 ore.
- Codici verdi: il tempo medio di attesa è aumentato del 10,81% arrivando circa a un'ora (55 minuti). Anche la variabilità dei dati è aumentata, così come il valore minimo (20 minuti) e quello massimo (2,4 ore). Se si considera che la norma prevede una rivalutazione del paziente ogni 30-60 minuti, solo in 3 casi il paziente viene visitato entro i 30 minuti e in 10 casi entro i 60 minuti.
- Codici gialli: in questo caso la normativa prevede invece un tempo massimo di attesa di 10 minuti; tuttavia la media è di 35 minuti (+34% rispetto al 2010) ed in un solo caso lo standard di riferimento viene rispettato. L'aumento del tempo di attesa può trovare parziale giustificazione nel fatto che nel 2012 si è registrato un incremento significativo di accessi "gialli", che richiedono un maggior assorbimento di risorse umane e di tempo per la loro gestione.

I codici rossi non sono stati considerati in quanto per essi non sono previsti tempi d'attesa.

La tabella 2.5. sintetizza i risultati appena descritti.

Tabella 2.5. Tempi di attesa per codice colore

	Accessi			Tempi di attesa (minuti)		
	2010	2012	Δ%	2010	2012	Δ%
Codice bianchi	8%	7%	-12,50	57,62	43,46	-24,57
Codice verdi	74%	69%	-6,76	49,43	54,77	10,81
Codice gialli	17%	23%	35,29	25,68	34,37	33,87

Fonte: elaborazione dell'autore.

Inoltre è opportuno precisare che l'analisi è parziale in quanto risultano dati mancanti per due PS nel 2012 e 6 PS nel 2010.

b.3. L'efficienza del personale medico e infermieristico

La terza area di analisi riferita al modello organizzativo del PS ha il suo focus sul livello di adeguatezza dell'organico, considerando i ruoli (medici e infermieri), i turni (mattina, pomeriggio, notte e festivi) e gli accessi al PS, e sul livello di efficienza dello stesso: nello specifico, si sono calcolati i minuti medi dedicati a ogni singolo accesso al PS per i ruoli di medico e infermiere²⁹. Nel 2012 i minuti dedicati ad ogni accesso sono in media 34,6 per i medici (+3,4% rispetto al 2010) e 56,3 per infermieri (+1,7% rispetto al 2010) (Tabella 2.6).

Tabella 2.6. Minuti per accesso dedicati dal personale medico e infermieristico

	Medici		Infermieri		Totale tempo		
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	Δ%
Media	33,46	34,62	55,36	56,29	88,82	90,91	2,40
Mediana	31,35	34,40	51,36	53,18			
Dev. std.	9,13	12,91	12,83	18,15			

Fonte: elaborazione dell'autore.

²⁹ Per la descrizione su come sono stati costruiti questi indicatori si rimanda al paragrafo 2.4 di questo lavoro.

La riduzione degli accessi registrata nel 2012 consente dunque agli operatori di poter dedicare maggior tempo ad ogni paziente. L'ipotesi è confermata anche dall'analisi delle correlazioni³⁰: al ridursi degli accessi aumenta il tempo medio dedicato al paziente.

E' opportuno mettere in luce in questo contesto anche forti differenze di risorse messe in campo nei vari PS (evidenziato anche dall'aumento delle deviazioni standard). Questo è sicuramente collegato a situazioni differenti: presenza di OBI, presenza di reparti direttamente gestiti, complessità della casistica, trasporti sanitari. Interessante considerare come nei due anni ci sia stato un incremento di personale in quasi tutti i PS (62%). Complessivamente il personale medico è aumentato di 8 unità (297 nel 2012) e il personale infermieristico di 27 unità (581 nel 2012).

Infine, è da sottolineare che non mancano nel campione casi anomali in cui strutture con un elevato numero di accessi presentano comunque un numero di minuti di medico ed infermiere per accesso superiori alla media.

Area C. Il ruolo del management: i sistemi di misurazione della performance

L'ultima area della performance del PS analizzata fa riferimento al modello manageriale adottato nel dipartimento. Questo tipo di analisi ha l'obiettivo sia di rilevare eventuali cambiamenti nei modelli gestionali e sia a identificare la presenza di legami tra il comportamento manageriale e gli altri ambiti della performance. Infatti, se da un lato tra gli standard JCI da migliorare e tra obiettivi della Regione risulta anche il tema della valutazione della performance nella struttura³¹, in quanto strumento manageriale nel favorire il conseguimento di più elevati livelli di qualità degli output erogati, dall'altro lato è evidente che lo stile dei manager è fondamentale per raggiungere gli obiettivi fissati dalla Regione nell'ambito del *Progetto Emergency Department*.

³⁰ Indice di correlazione dei Pearson $-0,581$ (p-value: 0,007).

³¹ La valutazione di questo standard nel 2010 è stata abbastanza deludente: media 0,444.

Per queste ragioni si è deciso di fare un ragionamento *ad hoc* su un particolare standard JCI: “i direttori valutano le performance del dipartimento o del servizio e le performance del personale”.

I risultati rilevati dimostrano che la valutazione della performance dei direttori della struttura restano modeste, anche se in miglioramento (media 2012 pari a 0,583, +31%). Il management degli ED sta dunque sviluppando un maggiore orientamento alla valutazione. Sono state valutate 15 strutture sul totale delle 20 osservate. In queste strutture si considerano i seguenti risultati:

- esiste una correlazione significativa tra la presenza di valutazioni manageriali e risultati di miglioramento riportati. In 6 casi lo scarso miglioramento trova conferma in una carenza di ruolo manageriale, proprio per l'assenza di valutazione; in altri 5 casi l'uso sistematico di valutazione ha consentito un forte miglioramento delle performance del PS.
- Negli altri 4 casi in cui si ritrovano risultati non correlati al miglioramento è necessario puntualizzare che la presenza di strumenti di valutazione ha permesso di non migliorare, ma di mantenere performance altissime che già caratterizzavano quelle realtà.

In concreto in 13 casi su un totale di 15 osservazioni (86,67%) si nota una forte rilevanza degli strumenti manageriali gestiti dai direttori di ED nel raggiungimento di risultati positivi o negativi.

2.6. Implicazioni pratiche

Il presente lavoro di ricerca aveva l'obiettivo di misurare e valutare l'impatto delle politiche di sviluppo avviate dalla Regione Sicilia in ambito di Pronto Soccorso e, al contempo, indagare il ruolo della variabile manageriale nel favorire questo processo di cambiamento.

La strategia seguita dalla Regione è stata quella di focalizzare l'attenzione sul PS con numerose azioni: ai direttori generali degli ospedali sono stati assegnati obiettivi di miglioramento relativi ad alcune problematiche di rilevanza regionale, i capi dipartimento dell'emergenza-urgenza sono stati ripetutamente incontrati e molto chiaramente sono stati identificati obiettivi precisi per il miglioramento del PS, e infine sono stati costituiti gruppi di lavoro tra ospedali per sviluppare specifiche politiche (ad esempio sono state definite comuni linee guida per il *triage*, sono state sviluppate politiche comuni sui privilegi dei medici). L'approccio sembra quindi discostarsi in maniera significativa dal modello burocratico descritto nel paragrafo 2.1 di questo lavoro; non si dettano norme rigide da seguire ma si punta sulla collaborazione tra le parti e sull'autonomia delle persone e delle aziende nel raggiungere gli obiettivi prefissati.

Dai dati illustrati pare evidente un miglioramento in tutte le dimensioni valutate e quindi appare che le politiche poste in essere dall'autorità regionale abbiano ottenuto adeguati risultati. Infatti, nonostante l'entità dell'effetto di tali politiche sia risultato molto differente nei vari ED, tutte le strutture hanno incrementato in modo significativo la propria performance ed hanno contribuito complessivamente a migliorare il sistema di gestione delle emergenze sanitarie sul territorio.

Una prima considerazione di carattere generale concerne le aree che erano meno in *compliance* con gli standard nel 2010 (IPSG, PFR, COP, MMU e SQE) le quali hanno registrato un maggior incremento percentuale: questo è segno del fatto che gli ospedali

hanno compreso le priorità di miglioramento e hanno lavorato in maniera proficua. Interessante considerare che la valutazione sulla adeguatezza infrastrutturale ha visto una riduzione di valutazione (tabella 2.3), probabilmente determinata dalle difficoltà di programmare anche investimenti in termini brevi da un lato e dalla difficoltà di reperire i finanziamenti necessari dall'altro.

Un ulteriore aspetto molto rilevante da mettere in luce è l'incremento significativo degli standard connessi alla sicurezza del paziente. Infatti gli IPSG esprimono una politica organizzativa di mutamento di orientamento da parte di tutti gli operatori. In altri termini si nota un forte intervento sui processi organizzativi che è altresì testimoniato dall'incremento degli item riguardo la gestione del personale (standard SQE). In particolare questo mette in luce che la revisione in corso delle modalità di lavoro ha investito molteplici aspetti e si sta calando profondamente sui ruoli dei professionisti. I risultati di cambiamento registrati evidenziano la capacità di questo approccio di generare efficacemente cambiamento.

L'analisi a livello di standard permette di svolgere alcune importanti considerazioni:

- risultano critici gli item sulla assistenza a pazienti con bisogni particolari (vulnerabili, immunosoppressi, contenuti), su valutazione e gestione del dolore, sulla sicurezza delle infrastrutture (emergenze, formazione ed esercitazioni);
- tra le aree più migliorate trovano posto alcuni importanti standard, relativi in particolare alle competenze cliniche, al dolore stesso, alle prescrizioni mediche e ai diritti dei pazienti;
- alcuni tra gli elementi maggiormente migliorati erano anche presenti nella lista degli standard con meno *compliance* del 2010. Questo significa che è stato iniziato un lavoro finalizzato da parte degli ospedali, che tuttavia deve continuare nel corso del futuro per raggiungere livelli di *compliance* soddisfacenti.

- I risultati a livello di standard in generale descrivono un miglioramento focalizzato in aree cruciali, ad alto impatto per la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza.
- Da migliorare sicuramente il rapporto tra servizi (radiologia in particolare) e PS.

Il tema che parrebbe emergere in modo significativo è la possibilità di continuare ad usare questo metodo per la realizzazione di risultati positivi, almeno secondo gli standard di riferimento presi in esame.

Un secondo gruppo di riflessioni nasce dalla valutazione di differenti comportamenti tra i vari PS. Innanzi tutto occorre considerare che non si hanno particolari evidenze circa effetti relativi alla dimensione, alla complessità o alla disponibilità di personale. In altri termini non esistono correlazioni significative con questi fenomeni né analizzati nei loro valori assoluti né con riferimento al miglioramento conseguito. Questo non deve sembrare particolarmente inatteso, infatti è noto che gli ospedali trovano soprattutto nella storia e nella stratificazione di esperienze e decisioni il loro vero punto di riferimento.

Ci si potrebbe chiedere quale fattore può sembrare determinante. Una ipotesi verificata è da collegarsi al comportamento manageriale dei direttori di PS e di ED. I risultati dell'analisi in questo senso confermano che una attitudine manageriale alla misurazione e alla valutazione delle performance è collegata al miglioramento della qualità e viceversa. In realtà si può quindi affermare che esistono evidenze che riconducono il ruolo manageriale alla possibilità di determinare i risultati positivi o negativi.

Una sintesi può essere rappresentata evidenziando i risultati raggiunti in 24 mesi dai vari PS secondo i seguenti 4 criteri studiati nel presente articolo:

- miglioramento generalizzato della qualità dei servizi erogati dai PS (misurati dagli standard di qualità);
- riduzione degli accessi in pronto soccorso;
- aumento del tempo medio dedicato a ciascun paziente;

- riduzione dei ricoveri in ospedale (miglioramento del filtro).

Rimane comunque un impatto molto differente rispetto ai vari ospedali. Si possono costruire profili differenti così sintetizzabili: 5 strutture ottengono miglioramenti sotto ogni tipologia di risultato, 12 strutture registrano il miglioramento di almeno 3 criteri, 2 ospedali migliorano sotto 2 aspetti ed un solo ospedale registra il miglioramento di un solo criterio.

In conclusione la leva manageriale appare determinante per l'ottenimento dei risultati, sollecitato da politiche regionali particolarmente attente a questo fattore.

2.7. Note conclusive

I risultati conseguiti dalla Regione Sicilia in ambito di miglioramento della performance dei Pronto Soccorso sono sicuramente incoraggianti. La strategia definita dalla Regione sembra dunque essere una strada percorribile per avviare un processo di sviluppo nelle aziende pubbliche. Tuttavia, in fase conclusiva, è giusto sia esaltare i meriti e che evidenziare i punti di debolezza dell'impatto delle politiche regionali sui Dipartimenti di Emergenza.

Tra i principali risultati positivi raggiunti è possibile ricordare: un miglioramento complessivo della performance dei Pronto Soccorso, poiché tutte le strutture hanno migliorato in almeno una delle aree della performance indagate; le aree che nel 2010 risultavano maggiormente critiche hanno registrato i miglioramenti più significativi nel 2012; alcuni standard importanti per il Pronto Soccorso segnano dei miglioramenti rilevati.

Esistono però alcuni aspetti che rappresentano dei punti di debolezza del progetto, o comunque degli obiettivi mancati, e che dunque meritano di avere un maggior approfondimento e rappresentano ancora degli spazi di crescita per i PS. Innanzi tutto è da intendere in maniera molto negativa che alcune strutture abbiano nel biennio ridotto la propria performance sotto il profilo della qualità (Area A di analisi). Le motivazione

sarebbero da ricercare attraverso un'analisi interna all'azienda, pertanto in questa sede non sono ipotizzabili, però la qualità delle cure fornite ai pazienti che accedono al PS rappresenta sicuramente l'obiettivo primario non solo del progetto siciliano ma anche della struttura stessa del pronto soccorso. Trattandosi di aziende pubbliche, infatti, creare outcome di valore ai cittadini che fanno richiesta di una determinata prestazione è da intendersi come il fine più importante dell'azienda; pertanto risultati negativi in questa area richiedono interventi urgenti e mirati per il miglioramento della performance qualitativa.

Un altro aspetto critico è legato ai tempi di attesa dei codici gialli che hanno registrato un incremento nel biennio 2010-12, nonostante nel complesso gli accessi ai PS si siano ridotti. Anche questo è un fenomeno che andrebbe indagato più nel dettaglio. Questo risultato negativo, che potrebbe in parte dipendere dal fatto che si sia registrato nel periodo analizzato un aumento dei codici gialli e di conseguenza un allungamento dei tempi necessari per la loro gestione, segnala comunque una inefficienza della gestione degli accessi. La priorità di intervento è evidente anche perché, come già accennato, la normativa in merito alla gestione dei codici gialli prevede un tempo massimo di attesa di 10 minuti contro una media regionale di 35 minuti.

L'ultimo aspetto sul quale pare opportuno fare una riflessione fa riferimento alla variabile manageriale e quindi alla valutazione della performance dell'ED e del servizio. Questo item, anche se ha registrato una variazione positiva nei due anni confrontati, è ancora molto migliorabile (nel 2012 media di 0,583). Anzi, proprio l'evidenza di forti correlazioni tra questo item e i livelli di performance raggiunti suggeriscono la necessità di continuare ad investire sui sistemi di misurazione della performance e di focalizzare l'attenzione sulla variabile manageriale.

Infine, si riportano alcuni limiti propri della ricerca che però, allo stesso tempo, possono essere intesi come possibili sviluppi futuri della ricerca stessa. Lo studio è stato condotto su

un arco temporale ristretto, potrebbe dunque essere interessante valutare nuovamente le stesse aree anche a distanza di più anni. In questo modo è possibile verificare se il progetto è stato in grado di generare davvero le condizioni per un miglioramento della performance nel lungo periodo. Inoltre, sarebbe interessante estendere le politiche regionali a tutta la popolazione di PS sul territorio, valutando quindi i risultati della performance a livello di sistema regionale. Da ultimo, un limite importante è legato alla variabile manageriale. Lo studio si limita a misurare e valutare il raggiungimento degli obiettivi, ma non indaga nel concreto le soluzioni manageriali adottate in ciascuna realtà per il conseguimento di tali obiettivi. Anche lo standard JCI che misura la variabile manageriale risulta essere definito in maniera poco precisa e non è in grado di fornire indicazioni chiare ai manager. La proposta per una ricerca futura è quindi quella di entrare in maniera più dettagliata nelle realtà aziendali, magari identificando quelle strutture che hanno fatto registrare le performance più positive, ed individuare le *best practice* adottate in grado di generare migliori livelli di efficienza ed efficacia.

ACKNOWLEDGMENTS

Parte dei risultati presentati in questo elaborato costituiscono un articolo dal titolo “L’impatto delle politiche regionali sulla gestione e la performance dei pronto soccorsi: il caso della Regione Sicilia” ed esposto durante il VI Workshop Nazionale di Azienda Pubblica, tenutosi a Novara il 19 e il 20 giugno 2014.

Ringrazio quindi il comitato scientifico e il comitato organizzatore del Convegno che mi ha permesso di presentare il lavoro durante un evento di rilevanza nazionale.

Un grazie particolare va al Prof. Marco Ferretti e al Prof. Antonello Zangrandi che sono coautori dell’articolo. Ringrazio in particolare il Prof. Ferretti per il supporto fornito in fase di elaborazione dei dati e il Prof. Zangrandi per l’aiuto fornito nell’interpretazione dei risultati.

BIBLIOGRAFIA

- AGENAS (2013), «*Quaderno di monitor n. 11- Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso: evidenza e indirizzi*», Retrieved May 2013, from <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5810422.pdf>
- BERNSTEIN S.L., ARONSKY D., DUSEJA R., EPSTEIN S., HANDEL D., HWANG, U., et. al. (2009), «The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes», *Academic Emergency Medicine*, 16(1), pp. 1–10.
- BOND K., OSPINA M.B., BLITZ S., AFILALO M., CAMPBELL S.G., BULLARD M., INNES G., HOLROYD B., CURRY G., SCHULL M., ROWE B.H. (2007), «Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey», *Healthcare Quarterly*, 10(4), pp. 32–40.
- BONVICINI L., BROCCOLI S., D'ANGELO S., CANDELA S. (2011), «Emergency room services utilization in the province of Reggio Emilia: a comparison between immigrants and Italians», *Epidemiol Prev*, 35(5-6), pp. 259–266.
- BURT C.W., MCCAIG L.F., VALVERDE R.H. (2006), «Analysis of ambulance transports and diversions among US emergency departments», *Annals of Emergency Medicine*, 47(4), pp. 317–326.
- CAEP, Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses (2003), «Access to acute care in the setting of emergency department overcrowding», *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5(2), pp. 81-86.
- CHASSIN M.R., LOEB J.M., SCHMALTZ S.P., WACHTER R.M. (2010), «Accountability Measures – Using Measurement to Promote Quality Improvement», *New England Journal of Medicine*, 363(7), pp. 683 – 688.
- DERLET R., RICHARDS J., KRAVITZ R. (2001), «Frequent overcrowding in U.S. emergency departments», *Academic Emergency Medicine*, 8(2), pp. 151–155.

- DERLET R.W., RICHARDS J.R. (2000), «Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects», *Annals of Emergency Medicine*, 35(1), pp. 63–68.
- ELSHOVE-BOLK J., MENCL F., VAN RIJSWIJCK B.T.F., WEISS I.M., SIMONS M.P., VAN VUGT A.B. (2006), «Emergency department patient characteristics: potential impact on emergency medicine residency programs in the Netherlands», *European Journal Emergency Medicine*, 13(6), pp. 325–329.
- FERRETTI M., ZANGRANDI A. (2013), «Management, organization and performance measurement in Italian healthcare system: the experience of Sicily Region», *International Journal of Management and Administrative Sciences*, 1(2), pp. 24–43.
- GROSSMAN V. (2003), «Quick Reference to Triage», Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- HAN J.H., ZHOU C., FRANCE D.J., ZHONG S., JONES I., STORROW A.B., ARONSKY, D. (2007), «The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding», *Academic Emergency Medicine*, 14(4), pp. 338–343.
- HANSAGI H., OLSSON M., SJÖBERG S., TOMSON Y., GÖRANSSON S. (2001), «Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services», *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), pp. 561–567.
- HASTINGS S.N., SCHMADER K.E., SLOANE R.J., WEINBERGER M., GOLDBERG K.C., ODDONE E.Z. (2007), «Adverse health outcomes after discharge from the emergency department - incidence and risk factors in a veteran population», *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), pp. 1527-31.
- HOOD C. (1991), «A Public Management for all season», *Public Administration*, 1(69), Blackwell, Oxford.

- HOOT N.R., ARONSKY D. (2008), «Systematic review of Emergency Department crowding: causes, effects, and solutions», *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), pp. 126–136.
- HWANG U., CONCATO J. (2004), «Care in the emergency department: how crowded is overcrowded?», *Academic Emergency Medicine*, 11(10), pp. 1097–1101.
- JONES G. (2012), «Organizzazione. Teoria, progettazione, cambiamento», Egea, Milano.
- JONES S.S., ALLEN T.L., FLOTTEMESCH T.J., WELCH, S.J. (2006), «An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales», *Academic Emergency Medicine*, 13(11), pp. 1204–1211.
- KELLERMANN A.L. (2000), «Déjà vu», *Annals of Emergency Medicine*, 35(1), pp. 83–85.
- KELLERMANN A.L. (2006), «Crisis in the Emergency Department», *The New England Journal of Medicine*, 355(13), pp. 1300–1303.
- KENNEDY K., AGHABABIAN R.V., GANS L., LEWIS C.P. (1996), «Triage: techniques and applications in decision making», *Annals of Emergency Medicine*, 28(2), pp. 136–144.
- KHURMA N., BACIOIU G.M., PASEK Z.J. (2008), «Simulation–based verification of lean improvement for emergency room process», Proceedings of the 2008 Winter Simulation Conference, edited by Mason S.J., Hill R.R., Mönch L., Rose O., Jefferson T., Fowler J.W. pp. 1490 – 1499.
- LANG T., DAVIDO A., DIAKITE B., AGAY E., VIEL J.F., FLICOTEAUX B. (1996), «Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?», *Journal of Epidemiol & Community Health*, 50(4), pp. 456-462.

- MCCONNELL K.J., RICHARDS C.F., DAYA M., WEATHERS C.C., LOWE R.A. (2006), «Ambulance diversion and lost hospital revenues», *Annals of Emergency Medicine*, 48(6), pp. 702–710.
- MERTON R.K. (1966), «Teoria e struttura sociale», il Mulino, Bologna.
- POLLIT C., BOUKAERT G. (2007), «Public management reform. A comparative analysis», (2nd edition), Oxford University Press, Oxford.
- THE JOIN COMMISSION (2010), «Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2010», The Joint Commission, Chicago.
- WHARAM, J.F., LANDON, B.E., GALBRAITH, A.A., KLEINMAN, K.P., SOUMERAI, S.B., ROSS-DEGNAN, D. (2007). «Emergency Department Use and Subsequent Hospitalizations Among Members of a High-Deductible Health Plan», *Journal of the American Medical Association*, 297(10), pp. 1093–1102.

CAPITOLO 3

VARIABILE MANAGERIALE N.3: MISURARE I RISULTATI

3.1. Il “sistema bilancio” a supporto del management

Le aziende, che siano queste pubbliche, private for profit o no-profit, hanno necessità di conoscere i risultati della gestione e per questo redigono periodicamente un documento che evidenzia l'andamento economico-finanziario di un definito periodo (solitamente riferito ad un anno solare). I risultati dei quali dare evidenza dipendono sostanzialmente dalla tipologia di azienda e dai suoi scopi; vengono così a configurarsi una varietà di sistemi contabili e di criteri per la redazione dei bilanci.

Nello specifico, per le PA i sistemi contabili sono molteplici, proprio in relazione alle diverse tipologie di enti pubblici. Tuttavia, in Italia, prevalgono i sistemi di bilancio autorizzativo, cioè basati su un sistema di delega da un organo rappresentativo della comunità di riferimento ad un organo di gestione (Ferretti e Zangrandi, 2009). La funzione autorizzativa è una caratteristica fondamentale del sistema di rilevazione delle aziende pubbliche. A questo proposito Borgonovi (2005) scrive: *“il sistema delle rilevazioni nasce e si sviluppa come strumento autorizzativo con finalità primaria di definire gli spazi operativi entro cui si svolge l'azione degli organi di amministrazione. Finalità talmente rilevante da porre in secondo piano la stessa esigenza di corretta rappresentazione della gestione come avviene nei tradizionali filoni giuridici-contabili”*. La funzione autorizzativa, quindi, ha origine dall'esigenza di subordinare al preventivo consenso del popolo le scelte relative all'acquisizione delle risorse finanziate (entrate) e al loro utilizzo (spese); e rappresenta uno strumento di regolazione dei rapporti sia tra la comunità e i suoi rappresentanti (organo

rappresentativo) e sia tra questi e coloro che amministrano la “cosa pubblica” (organo esecutivo e organi tecnico-amministrativi).

Per le aziende pubbliche diventa fondamentale regolare ex-ante i rapporti tra i diversi poteri ed organi aziendali e, per questo motivo, lo strumento tecnico più importante è rappresentato dal bilancio di previsione, che sintetizza a preventivo dei valori che prefigurano l’andamento della gestione. Infatti, attraverso l’approvazione del bilancio preventivo, l’organo rappresentativo definisce le scelte relative alla natura e provenienza delle entrate e impone un vincolo preventivo alla natura e alla destinazione delle spese che l’azienda pubblica potrà sostenere nell’esercizio di riferimento.

In aggiunto al bilancio preventivo, e quindi alle definizioni dei valori ex-ante la gestione, il sistema di rilevazione dell’azienda pubblica prevede anche delle rilevazioni concomitanti (registrazioni delle operazioni durante il periodo) e di fine periodo (rendicontazione alla comunità sull’uso fatto delle risorse).

Le diverse finalità perseguite dalle aziende pubbliche implicano differenze di oggetto e di metodo di rilevazione. La contabilità pubblica rileva il momento finanziario della gestione (entrate e spese) e a consuntivo oggetto di rilevazione è il fondo cassa e il risultato di amministrazione, che esprimono l’equilibrio tra ricchezza prelevata dalla PA in virtù dei poteri sovraordinati e ricchezza impiegata per lo svolgimento delle proprie funzioni. Mentre, per quanto riguarda il metodo, la contabilità pubblica si fonda sul metodo della partita semplice (contro la rilevazione in partita duplice delle imprese private), ossia sulla rilevazione di un solo valore che consente di identificare la natura della decisione. Il valore rilevato ha natura numeraria (certa, assimilata o stimata) e da qui la denominazione di contabilità finanziaria.

Tuttavia, il sistema contabile di contabilità finanziaria appena descritto mostra molti limiti (Anessi Pessina e Steccolini, 2007):

- rileva impegni e pagamenti, ma non è in grado di rappresentare le risorse effettivamente impiegate dall'azienda, ossia i costi e le altre componenti negative;
- non è in grado di rappresentare l'equilibrio economico, espresso nel conto economico e nel risultato d'esercizio della contabilità generale;
- il metodo della partita semplice non è in grado di rappresentare l'entità, la composizione e la dinamica del patrimonio;
- la contabilità finanziaria non è in grado di rappresentare i servizi erogati, la soddisfazione dei bisogni dei cittadini e il raggiungimento delle finalità istituzionali;
- i documenti di sintesi prodotti sono di difficile lettura ed interpretazione da parte dei principali stakeholder.

La scarsa capacità del sistema di contabilità finanziaria (COFI) di fornire informazioni utili e di dare un'adeguata rappresentazione della realtà aziendale ha promosso un processo di cambiamento nel sistema contabile negli enti pubblici con l'obiettivo di orientare l'attività molto più strettamente al risultato, anziché al semplice rispetto delle regole. Esiste pertanto una linea evolutiva nei sistemi contabili pubblici che promuove, anche per l'azienda pubblica, l'introduzione del sistema contabile di tipo economico-patrimoniale (CEP), anche come semplice strumento informativo. Questa evoluzione nasce dalla constatazione che l'attuale sistema sottovaluta gli aspetti di ordine economico e non permette di addivenire a documenti di sintesi utili a valutare i livelli di efficienza e di economicità della gestione. La spinta al cambiamento dei principi contabili di riferimento è più forte negli enti dove la produzione economica è più rilevante rispetto ad attività di regolamentazione o di trasferimento finanziario (Ferretti e Zangrandi, 2009). Il processo di cambiamento ha già investito alcune tipologie di aziende pubbliche³², altre invece stanno affrontando il

³² Il riferimento è alle aziende che operano nel settore sanitario, le quali hanno sostituito il proprio sistema di COFI con uno di CEP ormai da oltre un ventennio (D. Lgs. 502/1992 e D. Lgs. 517/1993).

cambiamento proprio in questi anni³³. Per tutti questi motivi, come detto innanzi, il sistema contabile pubblico non è unitario ma ricco di documenti e prassi contabili differenti; così come vari sono i bilanci che deve predisporre anche la singola azienda pubblica. Con riferimento alle aziende pubbliche pare quindi più opportuno parlare di “*sistema bilancio*”. Differenti tipologie di bilancio possono essere definite in base alla variabile che si prende come riferimento per la sua redazione, come ad esempio il contenuto (bilanci finanziari e economici), il momento rispetto al quale sono riferite le previsioni (di competenza e di cassa), il periodo di tempo (annuali e pluriennali), il momento della formulazione (preventivi e consuntivi), i confini aziendali (aziendali e consolidati).

Al *sistema bilancio* pubblico sono assegnati oggi tre scopi e funzioni principali (Zangrandi, 2008):

- Controllo finanziario tra differenti livelli di governo: il bilancio preventivo può essere utilizzato per promuovere sistemi di controllo della spesa attraverso il pareggio di bilancio e l'autorizzazione a iscrivere entrate. Il pareggio di bilancio permette di governare un equilibrio a priori mentre l'autorizzazione a iscrivere entrate rafforza e potenzia lo strumento del pareggio di bilancio. Infatti, il meccanismo del trasferimento finanziario, che nasce in un sistema di finanza derivata, rende responsabile lo Stato di raccogliere i tributi e di distribuire (trasferire) le risorse agli altri enti pubblici, permettendo così un controllo diretto delle risorse trasferite e verificare il livello di spesa attraverso il pareggio di bilancio.
- Programmazione e controllo: il bilancio pubblico e tutto il sistema del rendiconto finale dell'attività possono essere visti come un metodo per promuovere un effettivo controllo da parte degli organi eletti (dell'assemblea) sugli amministratori. Infatti, il

³³ Gli Enti locali e le Regioni affiancano il sistema CEP ad uno COFI a partire dal 1° gennaio 2015 (D. Lgs. 118/11 e D. Lgs. 126/14). Anche le Università pubbliche stanno modificando il loro sistema di contabilità finanziario con uno di tipo economico-patrimoniale (D. Lgs. 18/2012 e il DM 14 gennaio 2014).

bilancio è sempre approvato dagli organi massimi dei vari Enti come atto supremo che fornisce indicazioni programmatiche per la gestione³⁴. La programmazione si concreta nel fatto che il bilancio permette di esprimere la volontà di allocazione delle risorse.

- **Responsabilizzazione economica e finanziaria:** possono essere individuati due aspetti del sistema di controllo, ossia a livello di ente nel suo complesso e a livello di articolazione organizzativa (i settori in cui l'ente si suddivide). Per quanto riguarda il primo aspetto, è sempre il sistema autorizzativo ad avere la prevalenza: l'assemblea che esercita il controllo sull'esecutivo attraverso il bilancio è una modalità che appare non sempre adeguata a raggiungere le finalità. Per quanto riguarda la responsabilizzazione interna, il bilancio, per la mancanza di un sistema di riferimento a centri di responsabilità di spesa e per l'assenza di riferimenti alle attività svolte, sembra poter rappresentare solo in parte uno strumento di supporto al sistema di controllo direzionale.

Il raggiungimento di questi scopi da parte del bilancio pubblico sta però disilludendo. Con riferimento al primo scopo, i meccanismi del pareggio di bilancio e dell'autorizzazione a iscrivere le spese hanno di fatto permesso una forte deresponsabilizzazione. Il vincolo di bilancio, infatti, non è stato spesso rispettato per deroghe al sistema del pareggio, autorizzate a livello centrale, per motivi di impossibilità di contenere le spese in limiti irrealistici. Tutto ciò ha favorito, al contrario, un incentivo alla spesa e ad un impiego elevato di risorse finanziarie. L'obiettivo della programmazione, invece, è ostacolato dal fatto che nel bilancio pubblico non esiste un collegamento tra risorse e risultati, così come non sono espressi i risultati attesi dalla politica. Inoltre, il bilancio a base unicamente finanziaria non è in grado di dare evidenza alle conseguenze della gestione di termini di attività svolta e di quantità di

³⁴ L'ampia articolazione del bilancio nelle varie configurazioni permette di disporre di dati anche analitici, e quindi di individuare specifiche linee di azione.

servizi erogati. Infine, la funzione di responsabilizzazione non può essere garantita se manca un collegamento tra attività e costi, o comunque se non esistono apposite aggregazioni di dati e di elementi controllabili ai vari livelli di responsabilità.

Tutti questi elementi di debolezza stanno premendo sempre più verso un cambiamento del *sistema bilancio* che invece possa rappresentare un valido strumento per il management. Un *sistema bilancio* che permetta al management di effettuare davvero un'azione di pianificazione e programmazione delle attività, di misurare e valutare i risultati effettivamente conseguiti dalla propria gestione, di essere responsabilizzato sui livelli di efficienza ed efficacia raggiunti, di avere un controllo pieno della propria azienda anche a livello di gruppo (si pensi ad esempio alla rilevanza del bilancio consolidato anche in ambito pubblico per monitorare i livelli di complessivi di spesa del gruppo azienda pubblica), di svolgere attività di *benchmarking* e, naturalmente, di rendicontare in maniera trasparente e chiara alla collettività sull'effettivo impiego delle risorse pubbliche.

La contabilità economico-patrimoniale garantisce solo in parte il raggiungimento di questi obiettivi, indentificando con maggiore precisione i costi dei servizi, fornendo informazioni utili in tema di efficienza e produttività, assicurando una maggiore *accountability* sull'impiego delle risorse, dando una informazione più completa sulle passività e sulla situazione patrimoniale dell'ente. Esistono infatti dei limiti della CEP in ambito pubblico: non misura gli outcome fornendo un'idea di performance ristretta e fornisce un eccessivo focus sul risultato economico positivo e sulla struttura finanziaria e solidità patrimoniale che invece per l'ente pubblico assumono un valore meno rilevante.

Inoltre, alcune peculiarità proprie delle aziende pubbliche giustificano ancora oggi l'uso della contabilità finanziaria (Anessi Pessina e Steccolini, 2007): il prevalente sistema di finanza derivata che impone comunque una maggiore attenzione al controllo della spesa, la limitata correlazione tra costi e ricavi, che rende le entrate (principalmente tributi)

indipendenti e vincola l'utilizzo delle risorse da spendere, l'assenza di meccanismi di mercato che impediscono agli utenti di indirizzare le decisioni delle aziende e stimolare i miglioramenti di efficienza attraverso il meccanismo del feedback (occorrono quindi strumenti che permettono agli utenti a preventivo, attraverso i loro rappresentanti politici, di condizionare la gestione aziendale).

Su quale sia dunque il modello contabile migliore da adottare esistono ancora opinioni discordanti tra studiosi e operatori. Tuttavia, la necessità di fornire al management pubblico un *sistema bilancio* in grado di raggiungere tutti gli obiettivi di cui si accennava prima sta portando il Legislatore ad effettuare scelte precise a seconda della tipologia di ente pubblico. In questo lavoro si descrive in particolare la scelta fatta in ambito di sistema contabile per gli Enti locali. Recenti riforme³⁵ hanno infatti delineato un nuovo *sistema bilancio* per gli Enti locali che possa garantire: una migliore programmazione delle attività, il consolidamento dei conti pubblici, una maggiore trasparenza e responsabilizzazione nel processo di allocazione ed utilizzo delle risorse pubbliche, la confrontabilità dei risultati raggiunti dalle diverse pubbliche amministrazioni, una rilevazione unitaria dei fatti gestionali sia sotto il profilo finanziario e sia sotto quello economico patrimoniale. Gli strumenti messi a disposizione sono tanti: nuovi principi contabili, nuovi schemi di bilancio, un piano integrato dei conti, indicatori di risultato, la contabilità economico-patrimoniale che affianca la contabilità finanziaria, il bilancio consolidato.

È prematuro in questo contesto valutare se gli obiettivi del processo di riforma contabile negli Enti locali sono stati raggiunti e se davvero il nuovo *sistema bilancio* possa apportare benefici anche al management in fase di programmazione e controllo delle attività aziendali, poiché la norma è applicata in tutti gli Enti locali italiani solo dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, si riporta in seguito un lavoro di ricerca atto a valutare l'impatto della nuova riforma su

³⁵ L. 42/2009; D. Lgs. 118/2011; D. Lgs. 126/2014.

alcuni Enti locali che, in via preliminare rispetto agli altri, hanno sperimentato i nuovi strumenti contabili per un periodo di tre anni. Parte dei risultati dell'indagine sono stati pubblicati sulla rivista Azienda Pubblica, nel dicembre 2014 (Fanelli e Ferretti, 2014); in questa sede si è proceduto ad una loro rielaborazione ed integrazione.

3.2. L'esigenza di cambiamento della contabilità pubblica

La contabilità nelle pubbliche amministrazioni (PA) è un tema di particolare attualità in quanto, l'obiettivo di restituire all'azione pubblica migliori livelli di efficienza, riducendo il divario tra finalità istituzionali e risultati concretamente conseguiti, spinge verso un ripensamento degli strumenti di controllo, misurazione e valutazione della gestione su cui basare i processi decisionali del management (Borgonovi, 2005). La contabilità può contribuire al raggiungimento di tale obiettivo, offrendo la base per un migliore utilizzo delle risorse pubbliche ed una adeguata e corretta rilevazione degli effetti prodotti dalla gestione. I fini delle riforme contabili sono pertanto così sintetizzabili (Caperchione e Pezzani, 2000; Tommasetti, 2008; Ricci 2012):

- migliorare il controllo della spesa pubblica e del deficit delle aziende pubbliche (armonizzazione e coordinamento dei conti pubblici);
- aumentare il grado di consapevolezza della gestione da parte del management (responsabilizzazione);
- trasmettere in maniera più trasparente le informazioni ai cittadini (*accountability*).

L'esigenza di riforma nasce infatti dalla considerazione che gli attuali sistemi di contabilità pubblica basati su una logica autorizzatoria della gestione, come già descritti nel paragrafo 3.1 del presente lavoro, mostrano forti limiti rispetto ai nuovi fabbisogni informativi delle

aziende pubbliche e dei suoi principali stakeholder³⁶. Il processo di autorizzazione preventiva della spesa fa sì che l'attenzione dei decisori pubblici sia concentrata in modo esclusivo sul rispetto formale della norma, piuttosto che sulla ricerca di modalità di funzionamento più efficaci e capaci di garantire la soddisfazione dei bisogni della collettività (Caperchione, 2000; Borgonovi, 2005). La contabilità economico-patrimoniale permette di superare alcuni dei limiti della contabilità finanziaria e si presenta come uno strumento più idoneo a dare soluzioni concrete ai problemi della PA (Pezzani, 2005). Perciò, nonostante non manchino criticità anche in questo tipo di contabilità, sono sempre di più le amministrazioni pubbliche, in Italia e all'estero, che si stanno muovendo in questa direzione. Gli Enti locali, che trovano nella Legge 142/1990 il punto di partenza per la riorganizzazione del sistema contabile e finanziario, già nel 1995, con il decreto legislativo n.77³⁷, ricevono dal Legislatore l'obbligo di affiancare al tradizionale sistema contabile autorizzatorio, uno basato sulla competenza economica, anche se, per redigere il conto economico e il conto del patrimonio, sono liberi di adottare il sistema di rilevazione più idoneo alle proprie esigenze. La normativa, dunque, non richiede in maniera esplicita l'adozione della contabilità aziendale, ma si limita a prevedere la redazione dei suoi documenti di sintesi tipici. Nel concreto, tale autonomia ha avuto un duplice effetto: da un lato, la funzione autorizzativa all'interno degli Enti locali continua a costituire l'elemento caratterizzante del sistema contabile e, dall'altro, ha creato una forte differenziazione tra le procedure di rilevazione e rappresentazione dei valori economici e finanziari.

Tali differenze sono ancora più evidenti se si considera lo scenario contabile delle PA italiane. Infatti, accanto a categorie di aziende pubbliche che mantengono al proprio interno un sistema di sola contabilità finanziaria, ne esistono altre che hanno sostituito in via definitiva la logica finanziaria con quella economico-patrimoniale ed altre ancora che,

³⁶ Per approfondire i limiti della contabilità finanziaria si rimanda ad Anessi Pessina e Steccolini, 2007.

³⁷ Poi integrato dal TUEL – Testo Unico degli Enti Locali (D. Lgs. 267/2000).

invece, si trovano in una situazione intermedia in cui i documenti consuntivi propri della contabilità generale coesistono con quelli autorizzativi della contabilità finanziaria, come nel caso degli Enti locali (Anessi Pessina e Steccolini, 2007).

Dunque, in questo contesto, un altro bisogno è percepito come urgente, vale a dire l'armonizzazione dei sistemi contabili in tutti gli enti pubblici.

Infatti, mentre l'Europa preme verso l'adozione di regole contabili uniformi, l'Italia si presenta estremamente frammentata sotto questo punto di vista, a causa di una regolamentazione orientata al localismo contabile che rende incomparabili le informazioni contenute nei documenti redatti dalle diverse amministrazioni (Lazzini e Ponzo, 2007).

Il tema della contabilità economico-patrimoniale e quello dell'armonizzazione dei sistemi contabili rientrano nel più ampio concetto di *accountability*, inteso come necessità per le amministrazioni pubbliche di essere responsabili nell'utilizzo delle risorse finanziarie e, al contempo, di essere trasparenti nei confronti dei propri cittadini (Caperchione e Pezzani, 2000).

Molti Paesi in tutto il mondo hanno avviato processi di *accountability* pubblica. In Italia tale processo è ancora all'inizio. Il TUEL del 2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 sono i primi tentativi in questa direzione. Da quel momento, altre leggi e regolamenti hanno cercato di definire alcuni criteri per rendere i sistemi contabili più efficienti ed omogenei. Il passo più importante nel processo di riforma è il D. Lgs. 118/2011, che è l'oggetto specifico del presente lavoro. Il decreto, infatti, prevede l'adozione della contabilità economico-patrimoniale e definisce nuovi principi contabili e schemi di bilancio comuni, al fine di favorire l'armonizzazione contabile delle amministrazioni pubbliche. La riforma prevede anche un periodo di sperimentazione in cui un campione di Comuni applica, in via preliminare rispetto agli altri, i nuovi criteri contabili.

La ricerca si propone di analizzare il primo impatto della riforma per quanto concerne gli Enti locali in sperimentazione e cerca di capire le criticità e le opportunità rilevate dai Comuni nell'attuazione delle novità contabili. La ricerca vuole altresì offrire spunti di riflessione su alcune tematiche affrontate dal Decreto, portando il punto di vista di coloro che utilizzeranno quotidianamente i nuovi strumenti contabili.

3.3. Il processo di riforma: tra contabilità generale e armonizzazione

Il processo di riforma nel settore pubblico è dunque ancora in fase di realizzazione ed investe le pubbliche amministrazioni sia in senso verticale, coinvolgendo i diversi livelli di governo (Stato, Regione e Enti locali), e sia in senso orizzontale (aziende appartenenti al medesimo livello di governo), interessando la gran parte dei Paesi industrializzati e, ultimamente, anche alcuni in via di sviluppo (Soverchia, 2008).

La differenza tra la velocità di cambiamento del sistema economico e della società civile e la velocità di cambiamento dell'amministrazione pubblica, con riferimento agli aspetti di funzionalità, ha comportato nel tempo un crescente divario tra il settore pubblico e gli utenti ed ha spinto il Legislatore ad intervenire più volte per colmare questo *gap* (Borgonovi, 2002).

Altri fattori che hanno evidenziato la necessità di cambiamento sono legati al crescente aumento, in termini quantitativi e qualitativi, dell'intervento pubblico nella società, il quale ha comportato un incremento considerevole della spesa pubblica (Borgonovi, 1995), la crisi dell'azienda pubblica (Manes Rossi, 2002) e la scarsità di risorse.

A conferma dell'importanza del ruolo delle riforme nel processo di ammodernamento delle PA c'è l'iniziativa portata avanti dall'OCSE e dall'Unione Europea che, nel 1992, hanno

dato il via al programma SIGMA³⁸ con l'obiettivo di guidare ed agevolare i processi di miglioramento in ambito pubblico nei Paesi europei centro-orientali per garantire loro la possibilità di realizzare le proprie finalità istituzionali in condizioni di economicità.

Oltre gli organismi internazionali, sono sempre di più gli autori che hanno deciso di focalizzare i propri studi sul settore pubblico al fine di proporre delle chiavi di lettura per una migliore comprensione della realtà e, allo stesso tempo, suggerire logiche e strumenti adeguati per ottimizzare l'azione della PA (Soverchia, 2008). Dall'analisi della letteratura emergono, infatti, due paradigmi che analizzano e stimolano i processi di modernizzazione della PA.

Il primo è il *New Public Management* (NPM) (Aucoin, 1990; Hood, 1991; Mussari, 1994; Gruening, 2001; Pollit e Bouckaert, 2007), un processo che, a partire dagli anni '80, è atto introdurre nel settore pubblico logiche e principi manageriali tipici delle aziende private³⁹. Il cosiddetto processo di "aziendalizzazione della pubblica amministrazione" (Anselmi, 1995; Borgonovi, 2005; Marcon, 1999), promosso dal NPM, interessa diversi ambiti, tra i quali anche quello contabile. A tal proposito, sempre nell'ambito del NPM, è possibile individuare una serie di riforme che hanno ad oggetto le procedure contabili, di misurazione e quantificazione degli accadimenti economici, meglio conosciute come *New Public Financial Management* (NPFM) (Olson et al., 1998, Lapsley, 1999). L'obiettivo del NPFM è quello di spostare l'attenzione dalle osservazioni ex-ante e di autorizzazione della gestione, a quelle ex-post di rendicontazione: il fulcro di questo passaggio è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale.

È quest'ultimo un tema molto controverso nel dibattito scientifico internazionale che vede contrapposti autori che promuovono gli aspetti positivi della contabilità generale e i vantaggi

³⁸ SIGMA è l'acronimo di Support for Improvement in Governance and Management in Central ed Eastern European Countries. Per approfondire il tema si rimanda a: <http://www.oecd.org/site/sigma/>.

³⁹ Secondo tale teoria, infatti, i limiti e le inefficienze delle aziende pubbliche sarebbero risolvibili introducendo gli strumenti di gestione e le modalità di funzionamento proprie delle imprese private.

che questa potrebbe apportare anche nelle aziende pubbliche e altri studiosi che, al contrario, ne evidenziano le criticità sul piano teorico e pratico.

Tra i principali benefici della contabilità economico-patrimoniale, Barrett (1993), Evans (1995), Mellor (1996), Funnel e Cooper (1998) e Anthony (2000) ricordano la possibilità per l'ente di avere una visione completa e precisa delle proprie passività, una maggiore trasparenza sulla gestione ed impiego delle risorse, un migliore controllo sui costi e sulla spesa pubblica ed una più facile misurazione e valutazione della performance aziendale. Invece, coloro che sono contrari a questo tipo di contabilità in ambito pubblico, ne sottolineano i limiti teorici, quali scarsa coerenza con le caratteristiche proprie dell'azienda pubblica⁴⁰ (Montesinos et al., 1995; Monsen e Näsi, 1998, 1999, 2000) e i limiti pratici, quali le difficoltà di implementazione⁴¹ (Guthrie, 1998; Stanton e Stanton, 1998; Newberry, 2002; Hodges e Mellet, 2003; Carlin e Guthrie, 2003).

Il secondo paradigma, di più recente formulazione (anni '90), è il *Public Governance* (Kooiman, 1993; Bekke et al., 1995; Rodhes, 1996; Kickert, 1997; Minogue et al., 1998), il quale può essere considerato come un *continuum* del NPM in quanto cerca di superarne alcuni limiti e ne arricchisce i contenuti (Meneguzzo, 1995; 1997). Il *Public Governance* prevede di riformare la PA attraverso politiche di cooperazione tra ente pubblico e ambiente esterno (Segatori, 2002). Infatti, secondo tale teoria, il ruolo dell'azienda pubblica non è solo quello di produrre servizi efficienti minimizzando i costi, ma anche quello di essere “*accountable*” nei confronti della comunità di riferimento, ascoltando i bisogni e le preferenze degli utenti ed instaurando un rapporto trasparente e responsabile con loro: la *governance* diviene il meccanismo che permette di migliorare la performance pubblica

⁴⁰ A questo proposito, basti pensare che l'obiettivo dell'azienda pubblica non è quello di produrre utile e che, oltretutto, la struttura finanziaria e patrimoniale non assumono per le PA la stessa rilevanza come avviene per le imprese private (Guthrie e Johnson, 1994; Mc Rae e Aiken, 1994; Lewis, 1995; Guthrie, 1998, Anessi Pessina e Steccolini, 2007).

⁴¹ Numerose esperienze internazionali hanno evidenziato le cause che hanno portato al fallimento l'implementazione della contabilità economico-patrimoniale all'interno del settore pubblico (Steccolini, 2005).

(Anessi Pessina, 2011). In questa seconda prospettiva si inserisce il tema dell'armonizzazione contabile e la sua funzione di rendicontazione sociale (Meneguzzo, 2006; Lazzini e Ponzo, 2007)

Tanti autori hanno contribuito a sviluppare e diffondere le teorie internazionali (NPM e *Public Governance*) alla base dei processi di riforma, anche dal punto di vista contabile, nel settore pubblico, molti ancora si sono invece focalizzati sull'analisi delle differenze tra i sistemi contabili nelle diverse aree geografiche (Onesti, 1995). Lo studio delle prassi contabili adottate dai Paesi è orientato alla ricerca delle cause e della natura di tali diversità, al fine di valutare quali siano conseguenza delle specificità nazionali, ed in quanto tali devono essere mantenute e rispettate, e quali invece siano eliminabili al fine di migliorare la funzione informativa e gestionale della contabilità pubblica (Viganò, 1996). L'obiettivo ambizioso è quello di riuscire a definire procedure e principi contabili generalmente accettati per uniformare i comportamenti contabili a livello internazionale⁴²: infatti, l'omogeneizzazione delle pratiche contabili è un bisogno avvertito da tutti i Paesi industrializzati. Tuttavia, definire delle regole contabili valide per tutti, non è un processo facile e, per questo motivo, molti studiosi si sono prima concentrati sulla definizione di un modello che possa essere utilizzato per individuare i fattori determinanti il successo o il fallimento di una riforma. In questo senso, agli inizi degli anni '90, Lüder mette a punto il cosiddetto *contingency model*⁴³ (1992), un *framework* di riferimento su cui basare le ricerche empiriche e facilitare la fase di comparazione tra indagini svolte in Paesi differenti.

Questo approccio metodologico, orientato più alla semplice comparazione tra le caratteristiche dei vari modelli contabili pubblici che ad approfondire le cause delle diversità, è seguito dalla maggior parte degli studi presenti nella letteratura nazionale e straniera

⁴²Si tratta dell'obiettivo del World Accounting (Weirich et al., 1971), un modello teorico all'interno della ragioneria internazionale.

⁴³Successivamente modificato da Lüder stesso nel 1994 e poi ripreso da altri autori (Chan, 1994; Mussari 1995; Vela e Fuertes, 2000).

(Caperchione, 2000; Lapsley e Pallot, 2000; Lüder e Jones, 2003; D'Amore, 2002; Pozzoli, 2005).

In questo contesto, sono nati e si sono sviluppati *network* internazionali orientati proprio alle analisi comparative tra le diverse procedure contabili e alla loro diffusione. Tra questi si ricordano il CIGAR⁴⁴ (*Comparative International Governmental Accounting Research*), il gruppo di studio costituito nell'ambito dell'*European Group of Public Administration* (EPGA) con focus sul *Public Sector Financial Management* e l'*International Public Management Network*⁴⁵ (Soverchia, 2008).

Proprio durante il 12° convegno organizzato dal CIGAR (2009)⁴⁶, sono emersi studi interessanti che hanno ad oggetto i due temi finora trattati: il confronto tra sistemi contabili pubblici in realtà geografiche differenti e la contabilità economico-patrimoniale nel settore pubblico (Caperchione e Lapsley, 2011). Si riportano, in seguito, le conclusioni di alcune di queste ricerche, che contribuiscono a fornire un quadro più chiaro della situazione attuale in merito a queste tematiche in ambito europeo.

Adam, Mussari e Jones (2011) concentrano la propria attenzione su alcuni aspetti delle procedure contabili degli enti locali in Germania, Italia e Gran Bretagna. Dallo studio si evince che, nonostante le pressioni internazionali verso la convergenza delle pratiche contabili (Fuertes, 2008), in realtà esistono ancora profonde differenze tra i Paesi e che tali disuguaglianze sono più evidenti tra i comportamenti contabili adottati nell'Europa continentale e mondo anglosassone.

Lo studio di Jagalla et al. (2012), invece, ha ad oggetto l'adozione della contabilità generale all'interno degli Enti locali in Germania. I risultati della ricerca tedesca concorrono ad alimentare la continua controversia sull'adozione della contabilità economica nel settore

⁴⁴ www.cigar-network.net.

⁴⁵ Quest'ultimo, in realtà, affronta tematiche più ampie oltre a quelle di contabilità (www.inpuma.net).

⁴⁶ 12th biennial CIGAR conference "New Challenges for Public Sector Accounting", 28-29 maggio, Modena.

pubblico (Lapsley et al., 2009). Infatti, dalle interviste fatte a 42 attori chiave, che quotidianamente hanno a che fare con questo tipo di contabilità, è emerso lo scarso interesse di questi soggetti per alcuni dei tanto acclamati benefici della contabilità aziendale.

Anche Garseth-Nesbakk e Mellemvik (2011) si sono concentrati sulla contabilità generale e, nello specifico, sulla fattibilità dell'introduzione della stessa da parte del Governo norvegese. Attraverso interviste agli attori coinvolti nel progetto di sviluppare e testare un modello contabile in Norvegia sono affiorate una serie di questioni e problematiche che limitano lo sviluppo e l'implementazione del nuovo sistema.

Concludendo, anche se esiste da parte degli studiosi il pensiero condiviso di necessità di riforma della pubblica amministrazione e, in particolare, dei suoi sistemi contabili, sono ancora discordanti le opinioni su quali strumenti adottare per attuare con successo il processo di cambiamento.

3.4. L'evoluzione della normativa in tema di armonizzazione contabile

L'armonizzazione contabile, intesa come "accrescimento delle compatibilità delle pratiche contabili, ottenuta fissando dei limiti alla loro possibilità di variazione" (Nobes e Parker, 1991), implica l'adozione di norme comuni e principi specifici per rendere omogenei e confrontabili i bilanci delle pubbliche amministrazioni (PA). La disarmonia contabile, infatti, impedisce una rappresentazione sintetica dei conti delle PA, deviando l'informazione finanziaria dai ricercati principi di trasparenza, veridicità e comparabilità e limitando la funzione informativa del bilancio (D'Alessio, 2012).

Invero, l'armonizzazione dei sistemi contabili è un bisogno avvertito inizialmente in ambito privato, quando, la necessità di disciplinare in maniera uniforme e rendere confrontabili i dati di bilancio di aziende appartenenti a Paesi differenti, ha comportato l'affermarsi e la

diffusione dei Principi Contabili Internazionali (IAS/IFRS) elaborati dall'International Accounting Standards Board (IASB). Oggi, la persistente crisi economica e le nuove regole dell'Unione Europea in merito alle politiche di bilancio dei Paesi appartenenti all'eurozona che spingono verso un maggiore coordinamento interno nelle decisioni di finanza pubblica, hanno evidenziato tale necessità anche nel settore pubblico (Collevocchio, 2012).

Similarmente al mondo privato, si è cercato di rispondere a questo bisogno di armonizzazione definendo dei principi contabili internazionali anche per le aziende pubbliche. L'*International Public Sector Accounting Standards Board* (IPSASB) ha emanato alcuni *International Public Sector Accounting Standard* (IPSAS) propri per il settore pubblico. Essi rappresentano un primo tentativo verso il miglioramento e l'armonizzazione dei sistemi informativo-contabili per le pubbliche amministrazioni (Anessi Pessina e Steccolini, 2007). Gli IPSAS, tuttavia, sono ad oggi ancora poco utilizzati poiché considerati troppo legati alla realtà delle aziende private e non sempre riescono a tener conto in maniera adeguata delle specificità delle amministrazioni pubbliche. Pertanto, in attesa di un loro ripensamento da parte degli organi competenti⁴⁷, i Paesi hanno cercato di dare risposta a questa esigenza di armonizzazione in maniera autonoma, almeno con riferimento agli ordinamenti contabili delle PA al proprio interno.

Il Legislatore italiano, ad esempio, non è ancora intervenuto in materia di utilizzo degli IPSAS, nondimeno ha più volte tentato di rendere più omogenei e confrontabili i documenti contabili delle diverse PA. Alcuni di questi tentativi hanno avuto successo, altri sono stati più marginali ma, in generale, l'esigenza di armonizzazione è ancora fortemente sentita.

Infatti, la disarmonia contabile nel nostro Paese è riscontrabile in tutti i livelli:

⁴⁷ In risposta alla critica di poca considerazione delle peculiarità del settore pubblico, l'IPSASB ha deciso di avviare un progetto per definire un *framework* concettuale di riferimento specifico per tale settore (Pozzoli, 2005).

- verticalmente: i diversi livelli di governo non seguono omogenei principi e non adottano comuni strutture di bilancio (Pozzoli e Mazzotta, 2012); esistono inoltre differenze tra i sistemi contabili (COFI e CEP);
- orizzontalmente: esistono differenze di prassi anche tra aziende appartenenti al medesimo livello di governo (Anessi Pessina e Steccolini, 2007);
- esternamente: esistono differenze tra l'Italia e gli altri Paesi europei (Adam et al., 2011).

Il primo intervento del nostro Legislatore in tema di armonizzazione con riferimento agli Enti locali risale al 1979, quando, a causa delle innovazioni introdotte nei bilanci delle Regioni prima⁴⁸ e dello Stato poi⁴⁹, si era reso necessario un adeguamento anche per quanto concerne la contabilità delle amministrazioni locali. Il DPR del 19 giugno 1979, n.421, infatti, introduce l'obbligo di redigere il bilancio pluriennale⁵⁰, il bilancio di cassa accanto a quello di competenza, ed una relazione nella quale si illustrava il significato amministrativo ed economico della gestione da allegare al rendiconto di fine periodo (Collevecchio, 2012); così come era già avvenuto per lo Stato e le Regioni. I bilanci pluriennali degli Enti locali dovevano essere formulati con le stesse caratteristiche dei bilanci pluriennali di Stato e Regioni, proprio per rimarcare l'obiettivo di armonizzazione. Essi dovevano essere: redatti in termini di competenza, aggiornati con cadenza annuale, riferiti ad un periodo da tre a cinque anni ed in ogni caso coincidente con quello della Regione di appartenenza e, da ultimo, gli stanziamenti del primo anno dovevano essere corrispondenti a quelli del bilancio

⁴⁸ Legge del 19 maggio 1976, n.335, la quale, in sintesi, prevede: la redazione di un bilancio pluriennale per la programmazione delle politiche regionali, di un bilancio annuale preventivo redatto secondo il principio della competenza e della cassa e di un rendiconto al termine della gestione per dare evidenza ai risultati conseguiti nell'esercizio.

⁴⁹ Legge del 5 agosto 1978, n.468, in seguito modificata ed oggi abrogata dalla legge n. 196/2009. Il punto cardine della legge è un nuovo sistema di bilancio che vede l'introduzione del bilancio pluriennale, l'introduzione del bilancio di cassa che va ad affiancare il bilancio di competenza (disciplina simile a quella del sistema contabile regionale) e nuovi strumenti per cercare di limitare e contenere l'incremento della spesa pubblica.

⁵⁰ L'obbligo era limitato nei soli confronti delle Province, Comuni capoluogo di Provincia e Comuni con popolazione superiore ai 20 mila abitanti.

di previsione annuale di competenza. Anche i bilanci di previsione di cassa dovevano avere le stesse peculiarità stabilite per le altre amministrazioni pubbliche, in modo tale da creare un sistema il più possibile omogeneo tra i diversi livelli di governo.

La Legge del 26 aprile 1983, n.31, recante “Provvedimenti urgenti per il settore della finanza locale”, segna un passo successivo nel raccordo tra bilancio locale e politiche regionali. La Legge in questione prevedeva per tutti gli Enti locali l’obbligo di redigere la Relazione previsionale e programmatica con la quale si cercava di spiegare il rapporto tra bilancio dell’ente e programmi di sviluppo regionale. In realtà, questo tentativo di armonizzazione non ebbe un grande successo e la legge fu poi abrogata.

Dopo il DPR n.421 del 1979, che ebbe un ruolo importante nel processo di armonizzazione dei sistemi contabili del settore pubblico, l’esigenza di omogeneizzazione tornò a farsi sentire agli inizi degli anni 2000. Infatti, nel corso degli anni, l’emanazione di leggi statali e regionali in materia contabile, dal carattere fortemente innovativo, hanno contribuito nuovamente a differenziare i sistemi contabili degli enti interessati. Anche gli Enti locali, con il D. Lgs. 77/95 e il TUEL del 2000, modificano il proprio sistema contabile, eliminando un elemento fondamentale di armonizzazione con il bilancio di Stato e Regioni, ossia il bilancio di cassa. Per cercare di mettere ordine nello scenario della contabilità pubblica, il 12 aprile 2006, viene emanato il decreto legislativo n.170, “Ricognizione dei principi fondamentali in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici”, a norma dell'articolo 1 della legge 5 giugno 2003, n.131. La suddetta norma si limita a ricercare i pochi principi basilari dell’omogeneizzazione dei bilanci di Enti locali e Regioni e compie soltanto alcune modifiche di disposizioni marginali e resta di fatto un tentativo poco incisivo nel processo di armonizzazione (Collevocchio, 2012).

Per questo motivo, nel 2009, il Legislatore ritiene opportuno intervenire nuovamente in materia di armonizzazione, questa volta in senso più sostanziale, non limitandosi ai soli

strumenti di contabilità, ma disciplinando la gestione complessiva della finanza pubblica. La legge del 31 dicembre 2009, n.196, “Legge di contabilità e finanza pubblica”, pone all’art. 1 due principi fondamentali: l’armonizzazione dei sistemi contabili e il coordinamento della finanza pubblica. Tali principi trovano la loro attuale disciplina nella legge sul federalismo fiscale. Infatti, il coordinamento della finanza pubblica, affinché risulti efficace, presuppone la disponibilità di informazioni contabili raccordabili tra loro. Questa considerazione ha portato il Legislatore a modificare ed ampliare la legge del 5 maggio 2009, n.42, in materia di federalismo fiscale. In particolare, l’art. 2 co. 1, prevede principi e criteri direttivi *“al fine di armonizzare i sistemi contabili e gli schemi di bilancio dei medesimi enti (Comuni, Province, città metropolitane e Regioni) e i relativi termini di presentazione e approvazione, in funzione delle esigenze di programmazione, gestione e rendicontazione della finanza pubblica”*. Tra i principali criteri direttivi previsti (art. 2, comma 6) si riportano: adozione di regole contabili uniformi e di un comune piano dei conti integrato, adozione di comuni schemi di bilancio articolati in “programmi” e “missioni”, adozione di un bilancio consolidato con le proprie aziende, società o altri organismi controllati secondo uno schema comune, raccordabilità dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio degli enti territoriali con quelli adottati in ambito europeo ai fini della procedura per i disavanzi eccessivi e definizione di una tassonomia per la riclassificazione dei dati contabili e di bilancio per le amministrazioni tenute al regime di contabilità civilistica, ai fini del raccordo con le regole contabili uniformi.

I principi direttivi sono stati definiti con legge dello Stato, ma loro attuazione è stata riservata ai decreti legislativi del Governo. Il 23 giugno 2011 viene perciò emanato il decreto legislativo n.118 che ha disciplinato la materia.

Il D. Lgs. 118/11 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi

Il decreto legislativo n.118 del 2011, è l'ottavo decreto attuativo in materia di federalismo fiscale e reca le norme di attuazione della delega di cui all'art. 2, co. 2, lettera h) della legge n.42/2009 che introduce il nuovo impianto normativo relativamente all'armonizzazione dei sistemi contabili pubblici.

La norma si compone di 38 articoli ripartiti in tre titoli⁵¹:

- Titolo I: introduce i principi contabili generali e applicati per le Regioni, le Province autonome e gli Enti locali.
- Titolo II: detta i principi contabili generali e applicati per le aziende che operano nel settore sanitario.
- Titolo III: presenta le disposizioni finali e transitorie.

Alla normativa seguono una serie di allegati contenenti i principi contabili, gli schemi di conto economico e di stato patrimoniale, gli schemi di rendiconto finanziario, le linee guida della nota integrativa e della relazione sulla gestione.

Il raggio d'azione della norma è dunque molto ampio. Il presente lavoro si concentra sul solo Titolo I e, ancor più nello specifico, analizza l'impatto del decreto limitatamente ai Comuni.

Le finalità perseguite dal Titolo I sono:

- garantire il consolidamento e la trasparenza dei conti pubblici secondo le direttive dell'Unione Europea per il raggiungimento dell'efficienza nella gestione e nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 3, comma 2);
- migliorare la raccordabilità dei conti delle PA con il sistema europeo dei conti nazionali nell'ambito delle rappresentazioni contabili (art. 4, co.1);

⁵¹ La struttura del Decreto è stata recentemente modificata dal D. Lgs. n. 126/2014.

- assicurare maggiore trasparenza delle informazioni nel processo di allocazione delle risorse pubbliche (art. 12, co.1);
- garantire la rilevazione unitaria dei fatti gestionali sia sotto il profilo finanziario che sotto il profilo economico-patrimoniale (art. 2, co.1).

Per raggiungere gli obiettivi, il Legislatore prevede una serie di strumenti che possono essere così sintetizzati⁵²:

- *principi contabili* generali e applicati che garantiscono sistemi informativi omogenei e interoperabili. Tra questi, la novità più importante è rappresentata dal principio della competenza finanziaria c.d. “potenziata”; tale principio prevede che le obbligazioni attive e passive giuridicamente perfezionate siano registrate nelle scritture contabili con l’imputazione all’esercizio nel quale vengono a scadenza. Tale principio avvicina di fatto la prospettiva finanziaria a quella economica e avrà rilevanti effetti sulla formazione dei residui e sul conseguente ammontare del risultato di amministrazione (Beltrami 2011).
- *Nuovi schemi di bilancio* comuni articolati in missioni e programmi, raccordabili con quelli adottati in ambito europeo ai fini della procedura per i disavanzi eccessivi e coerenti con la classificazione economica e funzionale individuata dagli appositi regolamenti comunitari in materia di contabilità nazionale. I Programmi rappresentano aggregati omogenei di attività svolte all'interno di ciascun ente per perseguire gli obiettivi definiti nell'ambito delle Missioni, ossia delle finalità istituzionali riconosciute all’ente stesso. I nuovi schemi favoriscono inoltre la fase di programmazione delle attività dell’ente pubblico.
- Un *piano integrato dei conti* per tutto il settore pubblico che comprende anche i conti di natura economico-patrimoniale⁵³.

⁵² Per una analisi più completa e critica sui contenuti della norma si rinvia a Cavaliere e Loiero, 2001; D’Alessio, 2012; Ricci, 2012).

- Un sistema di *indicatori di risultato* semplici e misurabili che prendono come unità base i programmi contenuti in modo specifico negli schemi di bilancio.
- La *contabilità economico-patrimoniale* da affiancare a fini conoscitivi alla COFI, che mantiene le sue finalità autorizzative.
- Il *bilancio consolidato* da adottare con le proprie aziende, società o altri organismi controllati. Esso dovrebbe offrire una rappresentazione veritiera e corretta delle risultanze finanziarie, economiche e patrimoniali dell'intera aggregazione pubblica.

Viene così a configurarsi un nuovo sistema di bilancio, che costituisce lo “*strumento essenziale per il processo di programmazione, previsione, gestione e rendicontazione*”.

Considerate le molte novità introdotte dal decreto, il Legislatore ha ritenuto opportuno prevedere un periodo di sperimentazione (art. 36, co. 1) *al fine di verificare l'effettiva rispondenza del nuovo assetto contabile definito dalla riforma alle esigenze conoscitive della finanza pubblica, nonché ad individuare eventuali criticità del sistema e le conseguenti modifiche da introdurre*⁵⁴. Sulla base degli esiti della sperimentazione sono stati emanati successivi decreti legislativi correttivi per definire: i principi contabili applicati, il livello minimo di articolazione del piano dei conti integrato comune e del piano dei conti integrato di ciascun comparto, la codifica della transazione elementare, gli schemi di bilancio, i criteri di individuazione dei programmi sottostanti le missioni e delle metodologie comuni ai diversi enti per la costruzione di un sistema di indicatori di risultato semplici (Collecchio, 2012). La fase di sperimentazione, inizialmente prevista per la durata di due esercizi

⁵³ In relazione alla struttura del piano sono aggiornate le codifiche SIOPE.

⁵⁴ Per approfondire le modalità e i termini della sperimentazione si rimanda al DPCM del 28 dicembre 2011 e al sito internet: <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/ARCONET/Sperimentazione/>.

finanziari (2012 e 2013), è stata estesa per un altro anno⁵⁵. Il 1° gennaio 2015 il Titolo I è entrato in vigore per tutte le Regioni, Province, Enti locali e i loro organismi strumentali⁵⁶.

Le amministrazioni in sperimentazione sono individuate, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), di concerto con il Ministero dell'interno e con il Ministero per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, d'intesa con la Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n.281/97, secondo criteri che tengono conto della collocazione geografica e della dimensione demografica.

3.5. Materiali e metodo

Per raccogliere i dati utili all'indagine è stato creato un questionario il quale è stato inviato a tutti i Comuni coinvolti nella sperimentazione del Decreto.

Con il DPCM del 28 dicembre 2011 sono state individuate le 55 amministrazioni locali che avrebbero dovuto partecipare alla sperimentazione. Questa prima lista di Comuni, in realtà, ha subito nel corso del tempo delle sostanziali modifiche a causa di amministrazioni escluse dal programma, in quanto non hanno deliberato l'avvio della sperimentazione, altre che vi hanno rinunciato a proseguire nel corso del 2012 o del 2013, ed altre ancora, invece, che hanno deciso di aderire al progetto su base volontaria e pertanto sono entrate in sperimentazione in ritardo rispetto ai primi Comuni individuati. Queste variazioni hanno portato all'emanazione di due successivi DPCM. Il primo, del 25 maggio del 2012, riportava

⁵⁵ L'art. 9 del Decreto Legge n.102 del 31 agosto 2013, *Disposizioni urgenti in materia di IMU, di altra fiscalità immobiliare, di sostegno alle politiche abitative e di finanza locale, nonché di cassa integrazione guadagni e di trattamenti pensionistici*, riporta integrazioni e modifiche al D. Lgs. 118/11.

⁵⁶ Il Titolo II del decreto, invece, è entrato in vigore a partire dal primo gennaio 2012.

una lista di 68 Comuni⁵⁷ e il secondo, del 29 marzo 2013, presenta invece l'elenco definitivo di 49 Comuni⁵⁸, i quali costituiscono oggetto di analisi del seguente lavoro di ricerca.

Infatti, considerato l'esiguo numero di amministrazioni coinvolte, non è stato ritenuto opportuno effettuare una ulteriore procedura di campionamento oltre a quella compiuta dal MEF. Destinatari del questionario sono stati il responsabile del Servizio Ragioneria o il responsabile della sperimentazione del decreto all'interno dell'ente, poiché considerati i soggetti più idonei a fornire informazioni valide ed adeguate in merito ai contenuti della ricerca.

Per la definizione del questionario è stata chiesta la collaborazione di alcune amministrazioni direttamente interessate nella sperimentazione. L'obiettivo era quello di definire un *set* di quesiti chiari, precisi e coerenti con le domande di ricerca.

Una prima bozza di questionario, infatti, è stata presentata ai responsabili degli uffici di ragioneria del Comune di Milano e del Comune di Andora (SV). La scelta di rendere partecipe due realtà così differenti tra loro per dimensione è stata dettata dalla necessità di verificare l'adeguatezza delle domande nel cogliere gli aspetti più rilevanti e le principali implicazioni del decreto e della sperimentazione sia per quanto concerne i Comuni di grandi dimensioni che di piccole dimensioni.

Il questionario così definito, prima di essere inviato a tutti i Comuni, è stato sottoposto ad un ulteriore *test* di comprensione e di affidabilità. Il secondo *pilot test* ha interessato il Comune di Bologna e il Comune di Brescia. Grazie al prezioso contributo delle amministrazioni sopra citate è stato possibile costruire il modello finale di questionario, il quale si compone sia di domande a risposta chiusa e sia di domande a risposta aperta.

⁵⁷ Tale lista riporta sia i Comuni presenti nel primo DPCM di dicembre 2011, anche se, di fatto, alcuni di essi erano già esclusi dalla sperimentazione poiché non avevano deliberato l'avvio della sperimentazione (6 amministrazioni), e sia gli enti che hanno deciso, in un secondo momento, di aderire volontariamente al progetto (13 amministrazioni).

⁵⁸ Il riferimento è ai 49 Comuni in sperimentazione nel biennio 2012-13. Dal 1° gennaio 2014 si sono aggiunte altre 374 amministrazioni.

Le domande chiuse sono state preferite per facilitare sia il compito del rispondente che quello di raccolta e codifica dei dati, mentre la presenza di domande aperte è stata doverosa considerata la novità della norma e dei suoi contenuti, nonché i fini esplorativi della ricerca. Infatti, obiettivo dell'indagine è quello di raccogliere informazioni su un tema ampio e per certi aspetti poco prevedibile e dunque, in alcuni casi, si è voluto evitare di chiudere lo spazio ad alternative di risposta non previste, lasciando all'intervistato la massima autonomia di esprimere la propria visione ed opinione su concetti ritenuti rilevanti (Singleton e Straits, 1999).

Le domande, chiuse ed aperte, sono state raggruppate in cinque sezioni, ognuna delle quali volta a rilevare aspetti diversi del Comune in merito alla sperimentazione.

La prima sezione, "*Scheda anagrafica del Comune*" raccoglie informazioni circa le caratteristiche generali del Comune e del responsabile rispondente. La seconda sezione, "*Avvio della sperimentazione*", rileva le modalità con le quali l'ente partecipa alla sperimentazione ed in particolare le motivazioni che hanno spinto l'amministrazione ad aderire. La terza sezione, "*Situazione precedente al decreto*", ha come obiettivo quello di rilevare le procedure contabili utilizzate all'interno dell'ente locale prima del 2012, ovvero prima della partecipazione alla sperimentazione. La quarta sezione, "*Situazione successiva al decreto*", coglie i principali interventi effettuati all'interno del Comune per ottemperare alla nuova normativa. A questo proposito sono state proposte 14 azioni di intervento⁵⁹ ed è stato richiesto quali fossero state attuate nella propria amministrazione.

Infine, la quinta ed ultima sezione, "*Opinioni del compilatore*", raccoglie le considerazioni personali del rispondente circa la riforma, evidenzia le principali criticità ed opportunità riscontrate dalla propria amministrazione e le aspettative sull'evoluzione futura della normativa, nonché sul ruolo del MEF per migliorare ulteriormente l'esito della

⁵⁹ Tra le principali si riportano: assunzione di nuovo personale, istituzione di corsi di formazione, attivazione di tavoli di lavoro, avvio di collaborazioni con soggetti esterni, acquisto/modifica del software di contabilità.

sperimentazione. Gli item di questa sezione sono stati rilevati tramite scale *Likert* a 5 punti (1 scarsa rilevanza; 5 massima rilevanza).

Il questionario, nella sua versione definitiva, è stato somministrato ai Comuni interessati in formato elettronico ed è stato anticipato da una lettera di presentazione nella quale venivano illustrati gli obiettivi della ricerca. Ai rispondenti è stato garantito l'assoluto anonimato nella gestione dei dati personali e dei dati forniti, i quali sono stati rielaborati e presentati solo in forma aggregata. La scelta di adottare un questionario in formato elettronico per l'indagine si è basata su due considerazioni: la necessità di raggiungere un campione di soggetti relativamente ampio in tempi brevi e la struttura del questionario che ben si presta a questa modalità di somministrazione.

Il periodo di osservazione è stato di quattro mesi, da febbraio a maggio 2013. Durante questo periodo i responsabili degli uffici di ragioneria dei Comuni interessati potevano collegarsi tramite un *link* personalizzato al questionario e, una volta compilato in tutte le sue parti, le risposte andavano ad alimentare in maniera automatica il *database*.

Al termine del periodo, i dati sono stati raccolti, codificati ed inseriti in un altro *database* per essere analizzati attraverso un software statistico. Sono stati inseriti nel *database* solo i questionari riferiti ai Comuni che non presentavano risposte mancanti nelle domande obbligatorie, che componevano quasi la totalità del questionario⁶⁰.

I questionari completati con successo ed analizzati sono stati 41.

L'attività di analisi dei dati è stata svolta in due momenti. Dapprima sono state eseguite una serie di statistiche descrittive al fine di rappresentare le caratteristiche del campione in base alle variabili rilevate e, in un secondo momento, sono state ricercate delle relazioni tra le variabili con lo scopo di identificare se ad alcuni elementi rilevanti del questionario, come il tipo di interventi attuati dall'amministrazione, il tipo di criticità o di opportunità riscontrate

⁶⁰ Solo cinque domande aperte, nella parte conclusiva del questionario, non sono state rese obbligatorie per il rispondente.

nel rispondere concretamente alla nuova normativa o ancora al proprio rapporto con il Ministero, siano in qualche modo legati a specifiche peculiarità del Comune, come ad esempio la dimensione o la posizione geografica.

In questo modo è stato possibile sia tracciare un quadro generale della normativa e del suo impatto su tutto il campione analizzato e sia capire, nello specifico, quali “tipologie” di Comuni stavano rispondendo meglio alla sperimentazione e in che modo, e quali, invece, stavano incontrando maggiori difficoltà e di che tipo.

Lo studio delle relazioni tra le variabili è stato effettuato:

- attraverso l’analisi delle associazioni, per quanto riguarda i legami tra coppie di variabili qualitative, utilizzando il test del Chi-quadrato e l’indice V-di Cramer;
- il confronto tra medie, per quanto concerne i legami tra una variabile qualitativa ed una quantitativa, utilizzato il test F classico in caso di assunzione di omoschedasticità delle varianze verificata⁶¹ e il test robusto di Welch in caso contrario.

Per il rigetto delle ipotesi nulle nei test inferenziali è stato utilizzato il livello soglia di alfa pari a 0,05.

3.6. L’impatto della riforma contabile sulla gestione dell’Ente locale

Come detto innanzi, la popolazione di riferimento è composta dalle 49 amministrazioni in sperimentazione nel periodo 2012-13. Gli Enti locali rispondenti sono stati 41, il tasso di risposta è quindi dell’83,67% e può essere considerato un campione ben rappresentativo dell’universo di riferimento.

È d’uopo ricordare però che, nel corso del biennio 2012-13, la popolazione di Comuni ha subito diverse modifiche. Si è assistito infatti ad una serie di rinunce e al contempo di nuove

⁶¹ Per verificare l’assunzione di omoschedasticità è stato effettuato il test di Levene ($p\text{-value} > 0,05$).

adesioni al progetto di sperimentazione. Su una popolazione massima di 69 Comuni, composta dalle 55 amministrazioni individuate con il primo DPCM del dicembre 2011 e 14 enti entrati su base volontaria successivamente, ben 20 amministrazioni hanno deciso di rinunciare e di non proseguire la sperimentazione, con un tasso di abbandono del 29% circa. Nella Tabella 3.1 è riportato in modo schematico il processo di modifica della popolazione di Comuni in sperimentazione da dicembre 2011 a marzo 2013.

Tabella 3.1. Amministrazioni in sperimentazione nel biennio 2012-13

Data	Comuni	Nota
Dicembre 2011	55	Amministrazioni individuate con il primo DPCM per partecipare alla sperimentazione del D. Lgs. 118/11.
Luglio 2012	(6)	Amministrazioni che non hanno dato seguito alla richiesta formale di avviare la sperimentazione.
Maggio 2012	13	Amministrazioni che hanno deliberato su base volontaria l'avvio della sperimentazione nel 2012.
Gennaio 2013	(14)	Amministrazioni che hanno rinunciato a proseguire la sperimentazione nel 2013.
Marzo 2013	1	Comuni che hanno deliberano su base volontaria l'avvio della sperimentazione nel 2013.
Marzo 2013	49	Amministrazioni che partecipano alla sperimentazione nel 2013.

Fonte: Fanelli e Ferretti 2014.

Oggetto del presente lavoro di ricerca non è quello di indagare le motivazioni che hanno spinto tante amministrazioni a non proseguire la sperimentazione, anche se, considerata l'elevata percentuale di Comuni che ha compiuto questa scelta, risulta un tema degno di futuri approfondimenti che potrebbe portare alla luce ulteriori considerazioni importanti circa la nuova normativa. I dati presentati in seguito, quindi, sono da considerarsi validi limitatamente ai Comuni rispondenti, anche se, nel leggere ed interpretare i risultati, non bisogna dimenticare il lungo e delicato percorso che ha portato alla definizione della popolazione finale.

Le caratteristiche del campione

Le 41 amministrazioni rispondenti sono tra loro molto differenti per dimensione e per collocazione geografica, a conferma che riproducono molto bene sia la variabilità della popolazione iniziale che dei Comuni italiani in generale.

Gli enti, sul territorio nazionale, sono così distribuiti: 20 nel nord Italia⁶²(48,8%), 10 nel centro⁶³ (24,4%) e 11 nel sud e nelle isole⁶⁴ (26,8%). Alcune Regioni⁶⁵ non sono rappresentate nel campione perché non presentano Comuni partecipanti alla sperimentazione.

Per quanto concerne le dimensioni, i Comuni sono stati suddivisi in quattro classi in base al numero di abitanti residenti⁶⁶ ed utilizzando come delimitatori dei gruppi i quartili. Sono stati quindi considerati “Piccoli” i dieci Comuni con meno di 8883 abitanti (24,4 % del campione), “Medi” i dieci Comuni con una popolazione compresa tra 8.884 e 27.664 abitanti (24,4% del campione), “Grandi” gli undici Comuni con un numero di abitanti compreso tra 27.665 e 116.846 (26,8% del campione) e “Molto Grandi” i dieci Comuni con oltre 116.847 abitanti (24,4% del campione).

Inoltre, il 68,3% del campione (28 Comuni) è costituito da amministrazioni che partecipano alla sperimentazione perché individuate dal Ministero (DPCM del dicembre 2011) e il restante 31,7% (13 Comuni) da enti che hanno deciso di aderire su base volontaria. Infine, vale la pena sottolineare che la maggior parte dei Comuni rispondenti dichiara di partecipare alla sperimentazione perché ritiene che la nuova normativa possa migliorare la gestione complessiva dell'ente (65,9%), seguito dal 17,1% per assolvere agli obblighi di legge, dal

⁶² Fanno parte del nord Italia i Comuni di Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto.

⁶³ Fanno parte del centro i Comuni di Abruzzo, Lazio, Marche, Toscana e Umbria.

⁶⁴ Fanno parte del sud e isole Comuni di Basilicata, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

⁶⁵ Campania, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta.

⁶⁶ Dati Istat riferiti al 31 dicembre 2012 (fonte: <http://demo.istat.it/bil2012/index.html>).

9,8% per usufruire degli incentivi previsti⁶⁷ e dal 7,3% perché le nuove disposizioni sono simili a quelle già adottate dall'ente.

L'impatto della riforma sulle procedure contabili

Prima dell'entrata in vigore del decreto, i Comuni italiani potevano scegliere il sistema più idoneo alle proprie esigenze per redigere i documenti di rendicontazione della contabilità economico-patrimoniale (art. 232 del TUEL). La Tabella 3.2 riporta i sistemi di rilevazione adottati dalle amministrazioni rispondenti.

Tabella 3.2. Procedure contabili pre-riforma

	Frequenza	Percentuale
sistema di contabilità finanziaria estesa	26	63,4
sistema contabile integrato	12	29,3
sistemi contabili paralleli	2	4,9
sistema contabile parte integrato e parte parallelo	1	2,4
<i>Totale</i>	41	100,0

Fonte: Fanelli e Ferretti, 2014.

La frammentazione dei dati riportati conferma che l'ampia autonomia decisionale lasciata dal Legislatore ha portato i Comuni ad adottare differenti sistemi contabili. In particolare, la maggior parte di loro (63,4%) adotta un sistema di *contabilità finanziaria estesa* che prevede, durante l'esercizio, la rilevazione delle sole variazioni finanziarie, integrate a fine periodo da informazioni riportate extra-contabilmente. Il 29,3% degli enti, invece, adotta un *sistema contabile integrato*, che si fonda sulla creazione di due sottoinsiemi, uno per la contabilità finanziaria e l'altro per la contabilità economico-patrimoniale, che si alimentano in maniera simultanea e permettono di redigere il conto economico e il conto del patrimonio senza interventi successivi. I *sistemi contabili paralleli*, adottati da soli 2 Comuni,

⁶⁷ L'art.4 del DPCM del 28 dicembre 2011 prevede un sistema premiante per Regioni, Province e Comuni in sperimentazione nel 2012. A tali amministrazioni sarà ridotto il contributo di manovra riguardante il 2012, senza oneri per la finanza pubblica, a valere su una quota dei 200 milioni di euro di cui all'art. 20, co. 3 del decreto legge 6 luglio 2011, n.98.

consistono nella presenza della contabilità finanziaria in partita semplice e della contabilità economica in partita doppia; i due sistemi sono quindi autonomi e privi di collegamenti formali. Un Comune, infine, dichiara di adottare un sistema in parte integrato e in parte parallelo.

Le prime due soluzioni, dunque, non prevedono da parte dell'amministrazione l'adozione della contabilità generale vera e propria, secondo il criterio della partita doppia. Si tratta di soluzioni ibride, che utilizzano il cosiddetto Prospetto di Conciliazione per redigere i documenti di contabilità economica al solo scopo di ottemperare agli obblighi previsti dalla legge.

In realtà, anche il nuovo decreto, nonostante preveda per i Comuni l'obbligo di affiancare al sistema COFI quello CEP (art.2, co.1, D. Lgs. 118/11), nulla dice sulle effettive procedure da seguire. Di conseguenza, l'impatto sulle modalità di rilevazione dei valori economici è stato minimo: dei 35 Comuni che affermavano di utilizzare il Prospetto di Conciliazione per redigere conto economico e conto del patrimonio prima del decreto, solo due lo hanno abbandonato entrando in sperimentazione, mentre un più sostanziale cambiamento si è registrato nelle modalità di alimentazione del Prospetto, poiché 5 Comuni hanno deciso, dopo la riforma, di rilevare i valori economici non più in modo extra-contabile ma affidandosi al software di contabilità, di fatto passando da un sistema di contabilità finanziaria estesa ad uno integrato.

D'altronde, alla domanda specifica rivolta agli intervistati, su quale tipo di contabilità sia preferibile per il Comune: il 61% dichiara che sia più opportuno continuare a mantenerle entrambe perché, insieme, rilevano aspetti diversi dell'attività dell'ente permettendo di averne una visione a 360 gradi; il 22% sostiene sia meglio adottare solo la COFI, poiché risponde meglio alle esigenze informative dell'ente ed è più semplice da gestire; solo il 17% preferisce un esclusivo sistema di contabilità economico-patrimoniale perché rileva più

compiutamente costi e ricavi, permette una migliore gestione delle risorse ed una rappresentazione aziendale completa e concreta.

L'impatto della riforma sulla gestione interna

Il 95,1% dei Comuni del campione ha utilizzato i nuovi principi contabili e i nuovi schemi di bilancio per redigere il bilancio preventivo 2013. Le principali criticità riscontrate riguardano la quantificazione e gestione dei nuovi fondi previsti dal Legislatore in attuazione del principio della competenza finanziaria potenziata⁶⁸, ovvero il fondo pluriennale vincolato⁶⁹ e il fondo crediti di dubbia esigibilità⁷⁰, anche se ritenuti validi per garantire la trasparenza nella gestione delle risorse pubbliche. Al contrario, la redazione del bilancio consolidato⁷¹ risulta un principio sperimentale poco utile, soprattutto per i Comuni di piccole dimensioni, o comunque di difficile applicazione a causa della rilevante differenza fra l'ente "Comune" e le società partecipate in termini di attività, contabilità e dimensioni.

Tra gli aspetti positivi legati alla riforma, invece, oltre la maggiore trasparenza già citata, troviamo la possibilità di fare una migliore programmazione grazie ai nuovi schemi di bilancio e il principio della competenza finanziaria potenziata, in quanto permette una rappresentazione più veritiera dell'attività dell'ente eliminando il problema dei residui attivi e obbligando il Comune a valutare bene le reali risorse a disposizione.

È stato inoltre rilevato, su una scala di misurazione che va da 1 (massimo disaccordo) a 5 (massimo accordo) il giudizio dei Comuni sui diversi aspetti del decreto. Le affermazioni proposte agli intervistati sono state raggruppate in tre classi (Tabella 3.3):

⁶⁸ Per approfondire gli aspetti e le funzioni del nuovo principio si rimanda all'Allegato 2 del DPCM 28 dicembre 2011 (www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-GOVERNM1/ARCONET/PrincipiContabili/).

⁶⁹ Il punto 5.4 dell'Allegato 2 al DPCM del 28 dicembre 2011, in attuazione del principio contabile della competenza finanziaria, prevede che il Comune istituisca nel proprio bilancio il fondo pluriennale vincolato, ovvero un saldo finanziario, costituito da risorse già accertate destinate al finanziamento di obbligazioni passive già impegnate, ma esigibili in esercizi successivi a quello in cui è accertata l'entrata.

⁷⁰ Al punto 3.3 dell'Allegato 2 al DPCM del 28 dicembre 2011 si precisa che, secondo il principio della competenza finanziaria, le entrante siano accertate per l'interno importo del credito ma per quelle di dubbia o di difficile esazione, per le quali non è certa la riscossione integrale, sia costituito un fondo di svalutazione.

⁷¹ Vedere Allegato 4 del DPCM, 28 dicembre 2011.

- *Obiettivi generali*: ha come scopo quello di capire se gli obiettivi dichiarati dal Legislatore sono chiari e condivisi dagli enti che dovranno raggiungerli.
- *Contenuti*: riguarda gli strumenti (principi contabili e schemi di bilancio) che il Legislatore ha definito per permettere al Comune di raggiungere gli obiettivi generali della norma.
- *Applicazione*: permette di comprendere se il Comune è in grado di applicare al meglio le nuove disposizioni previste dal decreto.

Tabella 3.3. Valutazioni sugli aspetti della riforma

	Obiettivi generali	Contenuti	Applicazione
Media	3,31	3,08	2,71
Mediana	3,25	3,33	3,00
Dev. std.	0,59	0,69	0,68

Fonte: Fanelli e Ferretti, 2014.

Dai risultati emerge una condivisione di massima degli obiettivi del decreto (3,31), soprattutto con riferimento alla maggiore confrontabilità dei risultati raggiunti dalle diverse amministrazioni (3,32) e alla migliore gestione delle risorse (3,29). Anche i contenuti della norma sono apprezzati dai Comuni (3,08), in particolare i principi contabili sono ritenuti utili ed importanti (3,20) e gli schemi di bilancio sono chiari e semplici (2,93). Registrano un valore più basso i fattori per applicare i contenuti e raggiungere gli obiettivi (2,7), come il tempo a disposizione (2,39) e gli strumenti interni al Comune per rispondere in maniera efficace al Decreto (2,27).

Oltre alle criticità riferite alla norma, sono state rilevate (su una scala di misurazione a 5 punti: 1 rilevanza minima; 5 rilevanza massima) le principali difficoltà riscontrate dalle amministrazioni per attuarla. Esse sono state raccolte in quattro categorie (tabella 3.4):

- *Organizzazione interna*: concerne la fase di programmazione delle attività per realizzare i contenuti del decreto.

- *Risorse a disposizione*: fa riferimento ai mezzi di cui l'ente dispone per attuare la norma.
- *Sperimentazione*: interessa i contenuti del decreto e le modalità di sperimentazione.
- *Ruolo delle istituzioni*: riguarda il sostegno dato dalle istituzioni durante la fase di sperimentazione.

Tabella 3.4. Problematiche nell'attuazione della riforma

	Organizzazione interna	Risorse a disposizione	Sperimenta- zione	Ruolo delle istituzioni
Media	2,92	3,07	3,42	3,03
Mediana	2,75	3,16	3,33	3,00
Dev. std.	0,97	0,82	0,95	1,02

Fonte: Fanelli e Ferretti, 2014.

Le maggiori difficoltà fanno riferimento proprio alla sperimentazione (livello di criticità 3,42) e in modo particolare al poco tempo a disposizione previsto dal Ministero (3,59) e alla complessità nell'interpretare (3,32) ed applicare (3,37) alcuni dei nuovi principi. La seconda categoria di problematiche riguarda le risorse a disposizione dei Comuni (3,07), principalmente le scarse risorse finanziarie (3,49), la carenza di personale (3,44) e i sistemi informativi inadeguati (3,24). La terza classe di criticità è legata al ruolo delle istituzioni (3,03) a causa dello scarso sostegno da parte degli organi sovraordinati (3,29) e la limitata capacità di ascolto da parte del MEF (2,78). Da ultimo, l'organizzazione interna è l'area avvertita meno critica dai Comuni (2,96) e, in particolare, la scarsa organizzazione del lavoro quotidiano (2,34) e la difficoltà di collaborazione tra colleghi (2,76).

Infine, si presentano i principali interventi attuati dai Comuni per rispondere alle nuove disposizioni del decreto. Anche in questo caso le azioni proposte sono state classificate per tipologie di intervento (Tabella 3.5):

- *Organizzativi interni*: riguardano i cambiamenti organizzativi compiuti all'interno dell'ente.

- *Organizzativi esterni*: fanno riferimento alle relazioni avviate con soggetti terzi per poter rispondere in maniera più efficace al decreto.
- *Di tipo contabile-operativo*: rientrano in questa categoria le soluzioni pratiche ed operative adottate dal Comune.

Tabella 3.5. Tipologie di interventi effettuati

	Organizzativi interni	Organizzativi esterni	Contabile- operativo	Totale interventi
Media	2,32	1,22	1,24	4,78
Mediana	3,00	1,00	1,00	5,00
Dev. std.	1,63	0,85	0,53	2,24

Fonte: Fanelli e Ferretti, 2014.

Su un totale di 14 interventi proposti, in media ne sono stati realizzati 4,78, anche se con una forte differenziazione tra le amministrazioni (minimo 1 intervento, massimo 9 interventi con una deviazione standard di 2,24⁷²).

I principali provvedimenti hanno riguardato l'organizzazione interna del Comune, con una media di 2,32 interventi sui 6 proposti, pari al 38,67%. In questo ambito ricorrono l'attivazione di meccanismi per facilitare la comunicazione e la collaborazione tra i dipendenti (23 casi), l'istituzione di corsi di formazione per il personale (22 casi) e la definizione di incontri periodici di aggiornamento sullo stato di avanzamento delle attività (21 casi).

La seconda tipologia di azioni che ritornano con maggiore frequenza fanno riferimento alle iniziative di tipo contabile-operativo, con una media 1,24 interventi sui 4 proposti (31%). In particolare, quasi la totalità dei Comuni, ossia 34 amministrazioni pari all'82,9%, ha modificato o aggiornato il proprio software di contabilità. La percentuale sale a 95,1 (39

⁷² Inoltre, 19,5% dei Comuni ha compiuto al massimo due interventi e circa il 50% ne ha effettuati al massimo quattro.

Comuni) se si considerano anche gli enti che hanno acquistato un nuovo software per la gestione della contabilità.

Infine, gli interventi organizzativi esterni, registrano un tasso di attuazione pari al 30,5%, con una media di 1,22 sui 4 proposti. Nello specifico, 16 amministrazioni hanno instaurato un rapporto continuativo con il Gruppo Bilanci e 15 con il Ministero dell'economia e delle finanze, mentre 14 Comuni hanno costituito dei tavoli di lavoro in collaborazione con altre amministrazioni (Regione, Province e Comuni).

L'impatto della riforma in relazione alle caratteristiche del Comune

Fino a questo momento è stato presentato un quadro generale della norma e l'impatto che questa ha avuto su tutto il campione. In realtà, non tutte le amministrazioni hanno accolto allo stesso modo la nuova normativa. Si presentano di seguito le relazioni più significative ($\alpha \leq 5\%$) tra le principali caratteristiche del Comune, ossia la posizione geografica e la dimensione demografica, e i diversi aspetti del decreto. Sono state scelte queste due caratteristiche dell'ente poiché sono le stesse individuate dal Ministero per attuare la procedura di campionamento e, inoltre, è verosimile che si tratti di due dimensioni rilevanti dell'amministrazione nell'influenzare le scelte decisionali.

Con riferimento ai provvedimenti effettuati dall'ente per rispondere operativamente al decreto, consegue una forte associazione (indice di V-Cramer sempre superiore a 0,4) tra alcuni interventi e le specifiche del Comune. Risulta, infatti, che i corsi di formazione per il personale, i tavoli di lavoro con altre amministrazioni e la definizione di un chiaro programma di azione, sono tutti interventi avviati con maggior frequenza dai Comuni del nord Italia rispetto a quelli del centro e che, inoltre, non sono stati eseguiti da nessuna amministrazione del sud e delle isole.

Le differenze sono ancora più accentuate se si considerano i provvedimenti compiuti dai Comuni di grandi dimensioni rispetto a quelli piccoli. Infatti, gli enti molto grandi hanno

effettuato in media più del doppio degli interventi rispetto ai Comuni piccoli (rispettivamente 6,10 e 3,0). Nello specifico le dimensioni impattano sulle seguenti azioni: istituzione di corsi di formazione per il personale e per i dirigenti, costituzione di tavoli di lavoro con altre amministrazioni, definizione di incontri periodici di aggiornamento sullo stato di avanzamento delle attività.

Per quanto concerne gli aspetti della norma, l'unico fattore che differenzia i Comuni del nord da quelli del sud è la percezione dell'ente di avere tutti gli strumenti necessari per rispondere in maniera efficace al decreto, la quale risulta maggiore al nord (1,05) rispetto al sud (0,467)⁷³. Non sono invece presenti differenze significative tra la posizione geografica e le criticità legate alla norma.

Infine, alcune relazioni rilevanti sono emerse per quanto riguarda le caratteristiche demografiche dell'ente e il suo rapporto con il Ministero. Più precisamente, la limitata capacità di ascolto del MEF è una criticità avvertita molto di più dai Comuni piccoli (3,30) rispetto alle grandi amministrazioni (2,20); inoltre, il fatto che il Ministero sia disponibile per i chiarimenti e ascolti i suggerimenti dei Comuni, è vero più per gli enti di grandi dimensioni (3,60) che per quelli piccoli (2,70).

3.7. Considerazioni finali

L'obiettivo che si prefiggeva questo contributo era quello di analizzare ed interpretare i primi risultati della sperimentazione del D. Lgs. 118/2011. Tale sperimentazione, prevista dall'articolo 36 del suddetto Decreto, per il primo anno (2012) ha riguardato: 1) il principio contabile generale della competenza finanziaria "potenziata", secondo il quale, le obbligazioni attive e passive giuridicamente perfezionate sono registrate nelle scritture

⁷³ La differenza tra medie pari a 0,723 risulta statisticamente significativa (test di Welch pari a 0,025).

contabili con l'imputazione all'esercizio nel quale esse vengono a scadenza; 2) l'adozione del bilancio annuale di cassa, del bilancio pluriennale autorizzatorio, degli schemi di bilancio per missioni e programmi. Nel corso del 2013 si sono approfonditi i principi contabili applicati riguardanti la contabilità finanziaria, la contabilità economico-patrimoniale e la redazione del bilancio consolidato; il piano dei conti integrato e la codifica della transazione elementare; il sistema degli indicatori di risultato semplici, misurabili e riferiti ai programmi di bilancio; la tassonomia per gli enti strumentali degli enti territoriali che adottano la contabilità civilistica.

Il nuovo *sistema bilancio* delineato per l'Ente locale vuole rappresentare un strumento efficace di programmazione, controllo e misurazione dei risultati aziendali, ed essere quindi un supporto utile e concreto al management.

Il presente lavoro, quindi, ha voluto *in primis* analizzare gli effetti di cambiamento organizzativo, culturale e di contabilità derivanti dalla sperimentazione, mentre si è tralasciata in questa fase l'analisi della documentazione contabile, intesa come bilancio.

Sono emersi alcuni risultati interessanti di seguito sinteticamente descritti.

La prima considerazione rilevante è che molte amministrazioni hanno deciso di uscire dalla sperimentazione anche alla luce di una imminente partenza⁷⁴ e di alcuni incentivi⁷⁵. Risulta questo un tema sul quale pare opportuno fare un'indagine futura per ulteriori approfondimenti e riflessioni.

Il secondo risultato da evidenziare è che gli obiettivi del decreto sono condivisi, soprattutto con riferimento alla maggiore confrontabilità dei risultati tra diverse PA e alla migliore gestione delle risorse. Inoltre, è significativo come il 65,9% dei Comuni rispondenti dichiarati

⁷⁴ Al momento dell'invio del questionario (febbraio 2013) l'entrata in vigore del Decreto era previsto per il 1° gennaio 2014.

⁷⁵ Gli enti sperimentatori hanno beneficiato di un premio, consistente nella riduzione della manovra posta a loro carico attraverso il patto di stabilità interno, pari a 20 milioni annui. Nel 2012, non hanno beneficiato del premio gli enti in sperimentazione con un numero di abitanti inferiore a 5.000, in quanto non soggetti al patto di stabilità interno (Camera dei Deputati, 2013)

di partecipare alla sperimentazione perché ritiene che la nuova normativa possa migliorare la gestione complessiva dell'ente. Sono però emersi alcuni elementi di criticità che possono rappresentare un ostacolo al processo di cambiamento. Tra questi vi è un tema ormai noto nelle pubbliche amministrazioni, ossia la carenza di risorse sia finanziarie che umane. Infatti, la scarsità di risorse finanziarie è considerata la prima fonte di criticità e per di più, nonostante la mancanza di personale risulti essere una delle criticità maggiormente avvertita, solo un ente ha aumentato il numero di dipendenti del servizio ragioneria.

Un terzo aspetto degno di nota riguarda i principi contabili e gli schemi di bilancio, poiché entrambi sono valutati positivamente. In particolare, il nuovo principio della competenza finanziaria potenziata, anche se inizialmente è destinato a creare non pochi problemi agli enti locali, specialmente per la determinazione e l'amministrazione dei fondi (pluriennale vincolato e crediti di dubbia esigibilità), sembra rivolto nel lungo periodo a determinare vantaggi in termini di una più veritiera e corretta rappresentazione della realtà aziendale, riducendo l'enorme ammontare dei residui attivi e passivi. Mentre gli schemi di bilancio, insieme al nuovo piano dei conti, consentono sia una migliore programmazione delle attività dell'azienda che un più facile confronto tra bilanci di enti pubblici diversi.

La quarta considerazione riguarda la coesistenza tra COFI e CEP. In questo caso la riforma non sembra aver prodotto grandi cambiamenti poiché il Prospetto di Conciliazione continua ad essere lo strumento principale per redigere i documenti di sintesi tipici della CEP, anziché l'adozione di due sistemi contabili paralleli. L'unico cambiamento che si registra nelle prassi contabili è un progressivo abbandono del sistema contabile in finanziaria estesa per un sistema contabile integrato. La scelta del Legislatore di non prendere in materia di CEP per gli Enti locali una decisione chiara e univoca, così come è avvenuto nelle aziende sanitarie, fa sì che la CEP continui ad essere un semplice adempimento formale, anziché un reale strumento di rilevazione e informazione.

Infine, l'ultimo risultato che si sottolinea sono le difficoltà che stanno riscontrando i Comuni di piccole dimensioni nel rispondere efficacemente alle nuove disposizioni normative. La scarsità di risorse, di cui si accennava prima, è per i piccoli Comuni una problematica ancor più rilevante che impedisce di intraprendere le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi del decreto.

In conclusione, affermare oggi che la riforma possa concretamente raggiungere i propri obiettivi è affrettato. Tuttavia, il nuovo sistema di bilancio configurato per gli Enti locali sembra, almeno dai risultati confortanti della ricerca, rappresentare un strumento valido per il management in fase di pianificazione, programmazione, gestione, rilevazione e rendicontazione delle attività e dei risultati. Gli esiti della sperimentazione, inoltre, hanno contribuito a dare indicazioni importanti al Legislatore che recentemente è intervenuto con un decreto integrativo e correttivo al D. Lgs. 118/2011, ossia il D. Lgs. 126/2014, proprio per cercare di venire incontro ad alcune criticità manifestate dai Comuni⁷⁶. La speranza è quindi che davvero, a partire dal 1° gennaio 2015, tutte le PA possano raggiungere migliori livelli di efficienza, efficacia e trasparenza dei propri risultati.

⁷⁶ Il nuovo Decreto 126/2014 ha infatti previsto per quanto concerne la lunga e complessa operazione di riaccertamento dei residui, che comporterà in molti casi il rischio di far emergere disavanzi di amministrazione, di far recuperare l'eventuale disavanzo nel corso di 10 anni e di ricorrere a modalità straordinarie di ripiano da definire con decreto del MEF. Per quanto riguarda invece il tema delle scarse risorse a disposizione dei Comuni, il MEF ha predisposto l'organizzazione di corsi di formazione istituzionali gratuiti per il personale amministrativo di tutti gli Enti locali.

ACKNOWLEDGMENTS

Parte dei risultati presentati in questo elaborato costituiscono un articolo dal titolo “L’armonizzazione contabile negli Enti locali: primi risultati e considerazioni sulla sperimentazione nazionale”, pubblicato su Azienda Pubblica nel dicembre 2014.

Ringrazio dunque lo staff scientifico di Azienda Pubblica, da sempre attenta ai temi di management pubblico, per il suo effettivo contributo alla diffusione delle conoscenze per un miglior funzionamento delle aziende pubbliche.

Ringrazio inoltre il Prof. Marco Ferretti, co-autore dell’articolo, per il suo importante aiuto in fase di interpretazione dei risultati.

BIBLIOGRAFIA

- ADAM B., MUSSARI R., JONES R. (2011), «The diversity of accrual policies in local government financial reporting: an examination of infrastructure, art and heritage assets in Germany, Italy and UK», *Financial Accountability and Management*, Vol. 7, n. 2, pp. 107-133.
- ANESSI PESSINA E., BORGONOV E. CANTÙ E., SICILIA M., STECCOLINI I. (2008), «Alcune proposte per una riforma dell'ordinamento contabile degli enti locali», *Azienda Pubblica*, 21(1), pp. 9-33.
- ANESSI PESSINA E., SICILIA M., STECCOLINI I. (2011), «Bilanci pubblici tra riforme e prassi: quali sfide per il futuro», Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., STECCOLINI I. (2007), «I sistemi contabili degli Enti Locali: stato dell'arte e prospettive di riforma», Egea, Milano.
- ANSELM I. (1995), «L'azienda "Comune" », Maggioli, Rimini
- ANTHONY R.N. (2000), «The fatal defect in the federal accounting system», *Public Budgeting and Finance*, 20 (4).
- AUCOIN P. (1990), «Administrative reform in Public Management: paradigms, principles, paradoxes and pendulums», *Governance*, 3(2), Blackwell, Oxford.
- BARRETT G.R. (1993), «AICPA incoming chairman prepares the profession for rapid change», *Journal of Accountancy*, 176(4), pp. 88-90.
- BEKKE H.J.G.N., KICKERT W.J.M., KOOIMAN J. (1995), «Public Management and governance», in Kickert W.J.M. e Van Vught F. (a cura di), *Public Policy and Administrative Sciences in the Netherlands*, London: Prentice Hall, pp. 199-216.
- BELTRAMI A. (2011), «L'armonizzazione dei sistemi contabili alla luce della riforma federale», Rapporto IFEL 2010, Roma.

- BERNARDINO B., BRUSCA I., MONTESINOS V. (2007), «The harmonization of government financial information systems: the role of the IPSASs», *International Review of Administrative Sciences*, 73(2), pp. 293-316.
- BORGONOV I. (1995), «Il controllo della spesa pubblica. Aspetti istituzionali di politica economica e di sistemi contabili», Egea, Milano.
- BORGONOV I. (2005), «Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche», (quinta edizione), Egea, Milano.
- CAMERA DEI DEPUTATI (Anno 2012), «Relazione sui risultati della sperimentazione dell'attuazione del decreto legislativo recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali, e dei loro organismi», Trasmessa alla Presidenza il 23 maggio 2103.
- CAPERCHIONE E. (2000), «Sistemi informativi-contabili nella Pubblica Amministrazione. Profili comparativi, evoluzione e criteri per la progettazione», Egea, Milano.
- CAPERCHIONE E. (2012), «L'armonizzazione contabile nella prospettiva internazionale», *Azienda Pubblica*, 25(1), pp. 83-99.
- CAPERCHIONE E., LAPSLEY I. (2011), «Making a comparisons in government accounting», *Financial Accountability and Management*, 27(2), pp. 103-106.
- CAPERCHIONE E., PEZZANI F. (2000), «Responsabilità e trasparenza nella gestione dell'ente locale», Egea, Milano.
- CARLIN T.M., GUTHRIE J. (2003), «Accrual output based budgeting system in Australia», *Public Management Review*, 5(2).
- CAVALIERE A., LOIERO R. (2011), «L'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi», Maggioli Editore, Rimini.

- CHAN J. (1994), «Accounting and financial management reform in the United States Government: an application of professor Lüder's contingency model», in Ernst B. e Kuno S. (a cura di), *Perspectives on performance measurement and public sector accounting*, Haupt, Berna.
- COLLEVECCHIO M. (2012), «L'Armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci degli enti locali nel quadro del federalismo fiscale e della riforma costituzionale», *La Finanza Locale*, n. 3, pp. 46-61.
- D'ALESSIO L. (2012), «Logiche e criteri di armonizzazione nelle recenti normative di riforma della contabilità pubblica», *Azienda Pubblica*, 25(1), pp. 23-39.
- D'AMORE M. (2002), «Il bilancio dell'ente locale in una prospettiva internazionale. Il caso del Regno Unito», Giappichelli, Torino.
- EVANS M. (1995), «Resource accounting and budgeting», CIPFA, London.
- FANELLI S., FERRETTI M. (2014), «L'armonizzazione contabile negli Enti locali: primi risultati e considerazioni sulla sperimentazione nazionale», *Azienda Pubblica*, 27(2), pp. 167-182.
- FARNETI G., POZZOLI S. (2005), «Principi e sistemi contabili negli enti locali: il panorama internazionale, le prospettive in Italia», FrancoAngeli, Milano.
- FATTORE G. (2005), «Metodi di ricerca in economia aziendale», Egea, Milano.
- FERRETTI M., ZANGRANDI A. (2009), «Le misurazioni economiche negli enti pubblici», Egea, Milano.
- FUERTES I. (2008), «Towards harmonization or standardization in government accounting? The International Public Sector Accounting Standards Board Experience», *Journal of comparative policy analysis: Research and Practice*, 10(4), pp. 327-436.
- FUNNEL W., COOPER K. (1998), «Public sector accounting and accountability in Australia», University of New South Wales Press, Sidney.

- GARSETH-NESBAKK L., MELLEMLVIK F. (2011), «The construction of materiality in government accounting: a case of constraining factors and the difficulties of hybridization», *Financial Accountability and Management*, 7(2), pp. 195-216.
- GRUENING G. (2001), «Origin and theoretical basis of New Public Management», *International Public Management Journal*, 1(4), Routledge, Oxford.
- GUTHRIE J. (1998), «Application of accrual accounting in the Australian Public Sector: rhetoric or reality», *Financial Accountability and Management*, 14(1).
- GUTHRIE J., JOHNSON M. (1994), «Commercialisation of the Public Sector: why, how and for what? A prospective view», in Whiltshire K. (ed), *Governance and Economic Efficiency*, CEDA, Sidney.
- HODGES R., MELLET H. (2003), «Reporting public sector financial results», *Public Management Review*, 5(1).
- HOOD C. (1991), «A Public Management for all season», *Public Administration*, 1(69), Blackwell, Oxford.
- JAGALLA T., BECKER S.D., WEBER J. (2011), «A taxonomy of the perceived benefits of accrual accounting and budgeting: evidence from German states», *Financial Accountability and Management*, 7(2), pp. 134-165.
- KICKERT W.J.M. (1997), «Public governance in the Netherlands: an alternative to anglo-american “managerialism”», *Public Administration*, 4(75), Blackwell, Oxford.
- KOOIMAN J. (1993), «Modern Governance: New Government Society interactions», Sage, London.
- LAPSLEY I. (1999), «Accounting and the New Public Management: instruments of substantive efficiency or a rationalizing modernity?», *Financial Accountability and Management*, 15 (3/4), pp. 201-207.

- LAPSLEY I., MUSSARI R., PAULSSON G. (2009), «On the adoption of accrual accounting in the public sector: a self-evident and problematic reform», *European Accounting Review*, 18(4), pp. 719-23.
- LAPSLEY I., PALLOT J. (2000), «Accounting, management and organizational change: a comparative study of local government», *Management Accounting Research*, n.2, Academic Press, Burlington.
- LAZZINI S., PONZO S. (2007), «Tendenze all'armonizzazione nel processo di riordino dell'ordinamento contabile degli enti locali», *Azienda Pubblica*, 2, pp. 243-267.
- LEWIS N. (1995), «AAS 29. A critique», in ASCPA (ed) *Readings in accounting developments in the public sector 1993-1994*, Melbourne.
- LÜDER K. (1992), «A contingency model of governmental accounting innovations in the political-administrative environment», in Chan James L. e Patton James M. (a cura di), *Research in governmental and nonprofit accounting*, JAI Press, Greenwich.
- LÜDER K. (1994), «The contingency model reconsidered: experiences from Italy, Japan and Spain», in Ernst B. e Kuno S. (a cura di), *Perspectives on performance measurement and public sector accounting*, Haupt, Berna.
- LÜDER K., JONES R. (2003), «Reforming governmental accounting and budgeting in Europe», *Fachverlag Modern Withscharft*, Francoforte.
- MANES ROSSI F. (2002), «La crisi dell'azienda pubblica. Origini, tipologia e strumenti di fronteggiamento», Cedam, Padova.
- MARCON G. (1999), «The state of Public Management and Public Management in Italy: lessons for research methodology», paper presentato all'IPMN workshop "Assessing alternative research methodologies in Public Management, Siena.
- McRAE M., AIKEN M. (1994), «AAS29 and Public-Sector reporting: unresolved issues», *Australian Accounting Review*, 4(2), pp.65-72.

- MELLOR T. (1996), «Why Governments should produce balance sheets», *Australian Journal of Public Administration*, 55(1), pp-78-81.
- MENEGUZZO M. (1995), «Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica», *Azienda pubblica*, n.8.
- MENEGUZZO M. (1997), «Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. L'esperienza italiana: innovazione dal basso e sviluppo della governance locale», *Azienda Pubblica*, n. 6.
- MENEGUZZO M. (2006), «La strategia e la governance delle amministrazioni pubbliche», in Aa. Vv., *Economia delle aziende pubbliche*, McGraw Hill, Milano.
- MINOGUE M., POLIDANO C., HULME D. (1998), «Beyond the New Public Management», Edward Elgar, Northampton.
- MONSEN N., NÄSI S. (1998), «The contingency model of governmental accounting innovations: a discussion», *European Accounting Review*, 7(2), pp.275-288.
- MONSEN N., NÄSI S. (1999), «Comparing cameral and accrual accounting in local governments», in A.D. Bac (ed), *International Comparative issues in Government Accounting*, Kluwer, Boston.
- MONSEN N., NÄSI S. (2000), «Is accrual accounting appropriate for governmental organisations», EIASM Conference, Zaragoza.
- MONTESINOS V., et al. (1995), «Comparative analysis of governmental accounting system in OECD Countries: an empirical approach», in Montesinos V., Vela J.M. (eds), *International research in Public Sector Accounting, Reporting and Auditing*, Instituto Valenciano de Investigaciones Economicas, Valencia.
- MUSSARI R. (1994), «Il management delle aziende pubbliche. Profili teorici», Cedam, Padova.

- MUSSARI R. (1995), «Italian local government accounting reform: an application of professor Lüder's contingency model», paper presentato alla V conferenza CIGAR, Padova.
- NEWBERRY S.M. (2002), «The conceptual framework sham», *Australian Accounting Review*, 12(3).
- NOBES C., PARKER R. (a cura di) (1991), «Comparative international accounting», (Third edition), Prentice Hall, London.
- OECD (1998), «European principles for public administration», SIGMA papers n. 27, CCNM/SIGMA/PUMA(99)/44/REV1, OECD, Parigi.
- OLSON O., GUTHRIE J., HUMPHREY C. (1998), «International Experiences with “New” Public Financial Management (NPFM) Reforms: New World? Small World? Better World?», in *Global Warning: debating international developments in New Public Financial Management*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag As, pp. 17-48.
- ONESTI T. (1995), «“Fattori ambientali” e comportamentali contabili. Analisi comparata dei sistemi contabili di alcuni Paesi industrializzati», Giappichelli, Torino.
- PEZZANI F. (2005), «L'evoluzione dei sistemi di contabilità pubblica», *Azienda Pubblica*, n. 4.
- POLLIFRONI M. (2007), «Public sector social responsibility», Giuffrè, Milano.
- POLLIT C., BOUKAERT G. (2007), «Public management reform. A comparative analysis», (2nd edition), Oxford University Press, Oxford.
- POZZOLI S. (2005), «Principi contabili ed enti locali: la prospettiva internazionale», Franco Angeli, Milano.
- RHODES R.A.W. (1996), «The new governance: governing without governance», *Political Studies*, Vol. 44, pp. 652-667.

- RICCI P. (2012), «Il potenziale impatto delle nuove disposizioni contabili sui comportamenti aziendali e sul sistema economico», *Azienda Pubblica*, 25(1), pp. 41-51.
- SEGATORI R. (2002), «Governance e democrazia nell'esperienza italiana», paper presentato al convegno AIS – Associazione Italiana di Sociologia, 26-27 settembre.
- SINGLETON R., STRAITS B. (1999), «Approaches to social research», (3rd edition), New York: Oxford University Press.
- SOVERCHIA M. (2008), «L'armonizzazione contabile delle amministrazioni pubbliche. Attori, processi, strumenti», Giuffré Editore, Milano.
- STANTON P.A., STANTON P.J. (1998), «The questionable economics of governmental accounting», *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 11(2).
- STECCOLINI I. (2004), «Accountability e sistemi informativi negli enti locali», Giappichelli, Torino.
- TOMMASETTI A. (2008), «I sistemi contabili nelle amministrazioni pubbliche. Una prospettiva internazionale», Cedam, Padova.
- VELA J.M., FUERTES I. (2000), «Local government accounting in Europe: a comparative approach», in Caperchione E., Mussari R. (a cura di), *Comparative issues in local government accounting*, Kluwer, Boston.
- VIGANÒ E. (1996), «L'economia aziendale e la ragioneria. Evoluzione – prospettive internazionali», Cedam, Padova.
- WEIRICH T., AVERY C., ANDERSON H. (1971), «International accounting: varying definitions», *International Journal of Accounting, Education, Research*, 7(1), Elsevier, Oxford.
- ZANGRANDI A. (2008), «Economia delle aziende pubbliche. Management e cambiamento», Egea, Milano.

CONCLUSIONE

Il presente contributo si inserisce in quel filone di studi e ricerche che hanno ad oggetto il tema di rinnovamento del settore pubblico. Il cambiamento nelle aziende pubbliche, orientato alla realizzazione di migliori performance, è un obiettivo ricorrente che, nonostante i numerosi tentativi avviati fino a questo momento, non si è ancora concretizzato appieno. Il processo di cambiamento, quindi, è ancora in atto, nonostante le innovazioni hanno riguardato ormai quasi tutti gli aspetti dell'azienda pubblica: sono state modificate le modalità di presa delle decisioni, ridefinite le responsabilità degli amministratori, individuate nuove modalità di gestione, introdotti nuovi sistemi di responsabilizzazione economica, semplificate procedure amministrative, ripensati i meccanismi di trasferimento delle risorse finanziarie. In particolare, sta maturando una forte sensibilità verso l'autonomia aziendale.

L'autonomia dell'azienda pubblica e del suo management è il punto cruciale per promuovere i processi di cambiamento, la ricerca dell'economicità e di risultati positivi. L'azienda, per essere definita tale, deve poter essere in grado nell'ambito delle proprie competenze, di sviluppare tutte le azioni ritenute utili al raggiungimento degli obiettivi perseguiti, con un equilibrio economico e finanziario. La presenza di autonomia favorisce lo sviluppo della variabile manageriale e produce la differenziazione dei processi di gestione, organizzazione e rilevazione delle aziende. Questo, in chiave economico-aziendale, è un fattore positivo perché permette di ricercare le combinazioni di processi particolari e complessivi in grado di realizzare le finalità istituzionali. È giusto quindi assegnare alla funzione manageriale un ruolo chiave nel processo di miglioramento delle amministrazioni pubbliche ma allo stesso tempo è necessario creare le condizioni affinché il management possa dimostrare e applicare le proprie competenze ed esperienze. È corretto responsabilizzare il management sui risultati

conseguiti, ma non corretto valutare il suo operato se non è messo in condizione di poter raggiungere gli obiettivi nel modo che ritiene più adeguato.

Nell'ambito dell'autonomia aziendale va sostenuta e valorizzata l'autonomia manageriale, in quanto variabile che contribuisce in maniera determinante al raggiungimento di risultati positivi.

Il lavoro qui presentato nasce dall'idea di fornire al management dei validi strumenti che, in un contesto di autonomia aziendale, se opportunamente definiti e gestiti sono in grado di generare le condizioni per un cambiamento diretto al miglioramento delle performance. L'utilità e la rilevanza delle variabili manageriali descritte ha origine dalle evidenze empiriche che esse hanno dimostrato in specifici contesti di aziende pubbliche.

Tre sono gli aspetti del cambiamento che si sono indagati: motivazione delle persone, politiche regionali e misurazione dei risultati aziendali.

Con riferimento al primo tema la motivazione delle persone è un elemento importante per aumentare la produttività aziendale. Attraverso l'analisi dei contesti lavorativi infermieristici nei reparti di terapia intensiva neonatale sono emersi gli ambiti in cui il management deve intervenire per migliorare le situazioni attuali e sono state proposte specifiche soluzioni manageriali orientate alla costruzione di contesti di lavoro positivi. I risultati della ricerca hanno dimostrato che un impegno del management in questa direzione è in grado di aumentare la motivazione degli infermieri, risorsa critica delle aziende sanitarie, e favorire quindi il raggiungimento di migliori livelli di efficienza ed efficacia dell'azienda.

Il tema delle politiche regionali è stato studiato nell'ambito del miglioramento delle performance dei pronto soccorso. I risultati della ricerca sul progetto avviato dalla Regione Sicilia hanno dimostrato che buone politiche sono in grado di generare con efficacia il cambiamento se però sono supportate da un management capace ed attento a determinati aspetti della gestione. Nello specifico, lo studio ha evidenziato che l'attitudine manageriale

alla misurazione e alla valutazione dei servizi e delle persone è collegata al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Infine, il tema della misurazione dei risultati è fondamentale per promuovere quel processo di collegamento dei risultati conseguiti dall'azienda agli obiettivi programmati e di responsabilizzazione del management sui livelli di performance effettivamente raggiunti. Il nuovo sistema contabile previsto dal Legislatore per gli Enti locali è indirizzato a fornire al management tutti gli strumenti necessari per programmare, monitorare e controllare i risultati economici e finanziari della gestione. La ricerca condotta sui Comuni in sperimentazione ha sottolineato i vantaggi legati alla riforma che pare orientata a creare le condizioni di cambiamento non solo contabile ma anche culturale nelle aziende pubbliche.

L'auspicio di chi scrive è che questi elementi di gestione, organizzazione e misurazione, possano essere presenti ed utilizzati nella quotidianità della vita aziendale degli enti pubblici, affinché tutte le amministrazioni possano intraprendere con successo il percorso di cambiamento volto all'efficienza, all'efficacia e alla trasparenza delle proprie azioni e dei propri risultati.