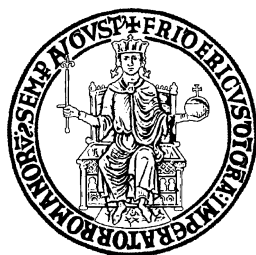


**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI “FEDERICO II”  
DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI**



**DOTTORATO IN MANAGEMENT**

XXXII Ciclo

TESI DI LAUREA  
IN  
CORPORATE GOVERNANCE

**Modelli operativi  
e configurazioni economico-finanziarie  
degli Ospedali Privati Italiani**

**Tutor**

Ch.mo Prof.  
C. Cuccurullo

**Coordinatrice**

Ch.ma Prof.ssa  
C. Mele

**CANDIDATO**

Dott. Andrea Offi

ANNO ACCADEMICO 2019 - 2020

## Indice

Premessa.....	5
Capitolo 1	
L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera in una sanità che cambia: un'analisi tematica	
1. Introduzione .....	7
2. La scelta della tipologia di review .....	9
3. Overview storica sull'ospedalità italiana .....	12
3.1 La sanità e l'assistenza ospedaliera in Italia nel '900.....	12
3.2 Il Servizio Sanitario Nazionale (dal 1978) .....	15
3.3 La stagione delle riforme (anni '90) .....	17
4. Metodi .....	20
4.1 Raccolta dati.....	21
4.2 Analisi dei dati .....	23
5. Evidenze .....	25
5.1 Analisi cronologica: Key trend.....	25
Primo periodo (2000-04).....	25
Secondo Periodo (2005-09) .....	34
Terzo Periodo (2010-14).....	37
Quarto Periodo (2015-19).....	41
5.2 Analisi tematica: i key topics.....	43
5.2.1 Dal quasi-mercato al neocentralismo .....	43
5.2.3 La riconfigurazione dell'ospedalità pubblica .....	53
5.2.4 Nuove dinamiche settoriali dell'ospedalità privata .....	61
Bibliografia Capitolo 1.....	62
6. Bibliografia .....	62

6.1 Bibliografia in chiave cronologica dei capitoli del Rapporto OASI .....	72
6.2 Bibliografia Tematica .....	85

## Capitolo 2

### Le Case di Cura private: un'analisi configurazionale dinamica

1. Introduzione .....	90
2. Analisi della letteratura .....	91
2.1 La regolazione.....	92
2.2 <i>Gli assetti proprietari</i> e la loro influenza su strategie e risultati economico-finanziari. ....	93
2.3 Le tensioni finanziarie.....	95
2.4 Le sette dimensioni di valutazione della performance. ....	96
2.5 Domande di ricerca .....	97
3. Metodi .....	97
3.1 Scelte metodologiche .....	97
3.2 Raccolta dati.....	100
3.3 Analisi dei dati .....	103
4. Risultati .....	103
Conclusioni .....	111
Implicazioni per la ricerca.....	112
Implicazioni per management e policy-maker.....	112
Bibliografia Capitolo 2.....	113

## Capitolo 3

### Le Case di Cura private:

#### un'analisi configurazionale di tipo qualitativo

1. Le determinanti della performance economico-finanziaria degli ospedali .....	118
2. Un quadro concettuale di riferimento .....	119
3. Metodi: l'analisi qualitativa mediante casi-studio .....	123
3.1 Tipologie .....	126
3.2 Approcci di analisi .....	130
3.3 Workflow di analisi.....	134
4. I Casi .....	144
4.1 Analisi dei Casi individuali.....	144
Cluster 1 .....	144
Cluster 2 .....	147
Cluster 3 .....	149
Cluster 4 .....	152
Cluster 5 .....	154
4.2 Analisi comparativa .....	157
Bibliografia Capitolo 3.....	160

## **Premessa**

Negli studi di Economia Aziendale una corrente, ampia e profonda, ha riguardato le aziende pubbliche e sanitarie, in particolare negli anni della loro managerializzazione (anni '90) ed in quelli della riduzione della spesa pubblica (dal 2010 in poi). In tutto il mondo, la sanità è uno dei principali comparti economici per spesa, per addetti e valore aggiunto; anche in Italia, dove dal 1978 esiste un Servizio Sanitario Nazionale, oggi in fase di continua evoluzione a seguito di riforme e a causa di varie pressioni.

Tra le tendenze più accentuate vi è la progressiva perdita di una visione ospedalocentrica dell'assistenza sanitaria. La ristrutturazione del settore ospedaliero avviene con la chiusura di ospedali di piccole dimensioni, la costruzione di reti, di hub con maggiori risorse, l'introduzione di nuovi modelli operativi (dalle specialità all'intensità di cura), la riorganizzazione dei rapporti con gli ospedali privati. Questi ultimi sono un tema negletto nell'ambito degli studi di Economia delle Aziende Sanitarie; soltanto recentemente è visibile un più vivace interesse delle ricerca sul tema.

Il lavoro di ricerca di questo triennio, che trova sintesi in questa tesi, riguarda proprio l'indagine degli ospedali privati italiani, in particolare con riferimento alle performance economico-finanziarie, alla governance e ai modelli di business. Il tentativo è colmare alcune lacune della ricerca, ma nondimeno sono i risvolti pratici tanto per i policy-maker quanto per il management.

Oltre questo contributo tematico, il lavoro presenta anche tratti di originalità per la varietà di metodi di ricerca impiegati per ciascuno dei capitoli che lo compongono. Il primo, ad esempio, utilizza il

metodo della research synthesis per una revisione sistematica, in chiave storica, dei contributi scientifici dell'aziendalismo sanitario italiano dal 2000 ad oggi. Il secondo capitolo si fonda sull'analisi configurazionale degli ospedali privati italiani svolta mediante una tecnica statistica di riduzione dei dati, quale la PCA. I risultati fotografano 5 diverse configurazioni di ospedali privati sulla base di due dimensioni prevalenti: redditività e profilo finanziario. Il terzo capitolo approfondisce l'analisi configurazionale attraverso il metodo qualitativo dei casi studio.

## **Capitolo 1**

### **L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera in una sanità che cambia: un'analisi tematica**

#### **1. Introduzione**

Il settore sanitario - della “salute”, in generale - ha un impatto economico rilevante nei Paesi Sviluppati, dove tuttavia è oggetto di continui riassetti e riforme (Lega, 2016:1). Gli assetti istituzionali che lo stesso assume sono il risultato di una visione ideologico-politica e storico-culturale, per cui la governance di sistema, in Paesi diversi, è tendenzialmente accentrata o viceversa decentrata. Qualsiasi sistema sanitario, prescindendo dalla forma di assetto istituzionale assunta, ad ogni modo, si configura come sistema complesso, perché convivono intervento pubblico - sul versante del finanziamento e dell'erogazione delle prestazioni - e iniziativa privata, che danno vita a tre principali archetipi, sebbene la realtà, si presenti, sovente, ibrida. Tali archetipi nell'ordine sono: i sistemi pubblici, quelli mutualistici (obbligatori) e quelli assicurativi. La complessità del Sistema è, poi, rafforzata dall'incertezza che vige in merito a (i) cambiamenti demografici ed epidemiologici (innalzamento dell'età media e incremento delle patologie croniche) che modificano il quadro dei consumi sanitari ed inducono a modificare l'offerta; (ii) innovazione tecnologica, particolarmente accentuata nel settore. Questi cambiamenti, profondi e prolungati, causano tensioni finanziarie, che le sole modifiche nei meccanismi di finanziamento non sono in grado di allentare.

Il Sistema Sanitario italiano è un sistema pubblico (dal 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) a governance decentrata (dalla metà degli anni '90), oggi, in continua evoluzione, a causa dei disavanzi accumulati. La storia del SSN italiano è, negli ultimi due decenni, caratterizzata da continui riassetti, in particolare a livello regionale, che interessano anche le aziende sanitarie. Mentre esiste un'ampia pubblicistica, anche di tipo divulgativo, su tale evoluzione in riferimento alle aziende pubbliche, meno la ricerca - fatta eccezione per gli ultimi anni - si è interessata allo spazio dell'iniziativa privata, in genere, e più particolarmente al caso dell'ospedalità privata accreditata dal SSN, la cui attuale configurazione del SSN è decisamente mutata rispetto alla metà degli anni '90, quando il Sistema fu riformato.

Scopo di questo capitolo è indagare il tema dell'ospedalità privata italiana nel più ampio scenario del riassetto del SSN. Si tratta, quindi, di una review "concettuale" (cd. Theoretical review) che si fonda su studi concettuali ed empirici per fornire un contesto per identificare, descrivere e formulare costrutti fra loro correlati. Lo scopo principale è fornire un quadro concettuale accompagnato da proposizioni o ipotesi di ricerca. Questa review è condotta su un tema emergente che beneficerebbe dello sviluppo di nuovi fondamenti concettuali all'interno di un più vasto campo, oggi maturo, dove si sono accumulate molte conoscenze. Diversi stream di ricerca sono analizzati sulla base di un framework che consente di organizzare il materiale documentale, esaminare le interrelazioni, scoprire legami sommersi che facilitano lo sviluppo concettuale o l'estensione di altri stream di ricerca, identificando lacune nella conoscenza dei fenomeni.



La domanda di ricerca è ampia: identificare i temi centrali che riguardano l'ospedalità privata nel più ampio scenario di cambiamento del SSN italiano, prendendo in analisi le principali ricerche in materia, sovente, realizzate con metodi qualitativi. La prospettiva di analisi con cui si conduce questa ricerca è neutrale e tipicamente economico-aziendale, ovvero fondata su aspetti di governance aziendale e di sistema, su elementi di strategia e di gestione operativa. La copertura del materiale documentale è ampia e riguarda l'intera produzione italiana in tema di management sanitario.

Il capitolo prosegue con un paragrafo in cui si chiarisce la tipologia di review che si adotta; di seguito, si propone un overview storica della sanità italiana, con un focus sull'ospedalità, da cui emergono un quadro concettuale di riferimento e le domande di ricerca. Il quarto paragrafo del capitolo tratta i metodi di raccolta dati e di analisi. Il quinto paragrafo, illustra le evidenze tanto in senso cronologico quanto tematico. Il capitolo termina con alcune riflessioni conclusive.

## **2. La scelta della tipologia di review**

Questa è una review non sistematica di tipo storico – concettuale (Cooper, 1988; Paré et al. 2015). Le review non sistematiche possono essere di tre tipologie in base allo scopo:

- 1) Narrativa.** Questo primo tipo di sintesi di ricerca è la forma più semplice di review. Tenta di identificare ciò che è stato scritto su un argomento, senza ricercare né generalizzazioni né di cumulare conoscenze. Tali review sono generalmente selettive

in quanto non comportano una ricerca sistematica e completa della letteratura pertinente: esaminano solo quella parte prontamente disponibile per i ricercatori. Di solito, queste review non forniscono informazioni su come è stato condotto il processo di revisione e sono, pertanto, vulnerabili metodologicamente, a causa della soggettività degli autori.

**2) Descrittiva.** Questo secondo tipo di review tenta di determinare fino a che punto un corpus di studi empirici in una specifica area di ricerca supporta o rivela modelli o tendenze interpretabili rispetto a proposizioni, teorie, metodologie o risultati preesistenti. Nel raggiungere questo obiettivo e assicurare la generalizzabilità dei loro risultati, le review descrittive raccolgono, codificano e analizzano aspetti numerici che riflettono la frequenza degli argomenti, degli autori o dei metodi trovati nella letteratura esistente. Di solito impiegano metodi di ricerca strutturati per formare un campione rappresentativo di un gruppo più ampio di opere pubblicate correlate a una particolare area di indagine. Gli autori di review descrittive estraggono alcune caratteristiche di interesse da ogni studio, come l'anno di pubblicazione, i metodi di ricerca, le tecniche di raccolta dei dati, e i trend o la persistenza dei risultati (ad esempio, positivi, negativi o non significativi). In sostanza, ogni studio incluso in una revisione descrittiva viene trattato come un'unità di analisi e la letteratura pubblicata nel suo insieme fornisce un database dal quale gli autori della revisione tentano di identificare eventuali tendenze e modelli interpretabili o trarre conclusioni generali sui concetti chiave, le

proposizioni, i metodi o i risultati esistenti. Una revisione descrittiva è a tratti gli effetti uno stato dell'arte sul tema. Le due review che seguono sono variazioni della precedente con finalità però esplicative più che meramente descrittive:

**2.1 Concettuale.** Queste review forniscono un contesto agli studi teorici ed empirici raccolti allo scopo di astrarre, generalizzare e fornire un quadro concettuale di riferimento.

**2.2 Critica.** Quest'altra tipologia, invece, enfatizza contraddizioni, controversie, ed inconsistenze circa la produzione scientifica su di un tema.

**1) Scoping.** Queste review tentano di fornire un'indicazione iniziale delle dimensioni e della natura potenziali della letteratura disponibile su un argomento particolare. I ricercatori possono condurre tale revisione per (i) esaminare l'estensione, la gamma e la natura delle attività di ricerca, (ii) determinare se intraprendere una revisione sistematica completa o (iii) identificare lacune nella ricerca nella letteratura esistente. Come le precedenti review, le *scoping review* tendono a concentrarsi sull'ampiezza della copertura della letteratura piuttosto che sulla profondità. A differenza delle review narrative e descrittive, tuttavia, l'obiettivo di inquadrare il campo nel modo più completo possibile. Tuttavia, le questioni pratiche relative al tempo, ai finanziamenti e all'accesso alle risorse spesso richiedono ai ricercatori di considerare il trade-off tra fattibilità e completezza. I criteri di inclusione ed esclusione del materiale

documentale, in queste review, aiutano i ricercatori a eliminare gli studi che non affrontano le domande di ricerca.

Questa review è di tipo concettuale. Esaminati i documenti raccolti, spiegati nella sezione metodologica di questo capitolo, si propone un quadro concettuale di riferimento per individuare lacune che saranno esplorate successivamente.

### **3. Overview storica sull'ospedalità italiana**

#### **3.1 La sanità e l'assistenza ospedaliera in Italia nel '900**

Per lungo tempo (dal medioevo alla fine dell'800) la sanità ha coinciso con l'ospedalità. Gli ospedali assolvevano allora ad un ruolo diverso da quello ricoperto nell'ultimo secolo: erano, infatti, luoghi per degenza e per l'assistenza sociale (accoglienza ai senza dimora; pazienti con problemi psichiatrici; gli appestati) più che sanitaria. I comuni e gli Stati erano proprietari degli ospedali, ma solo alla fine dell'800, grazie alle scoperte scientifiche in ambito medico, cominciarono a costruirsi gli ospedali per acuti e soprattutto i policlinici universitari, dove formare e fare ricerca. La medicina diventò allora una scienza con manifesti e rapidi progressi che aprirono le strade alla specializzazione, mentre i medici svolgevano anche il controllo diretto della gestione.

Un primo punto di svolta, in Italia, avviene nel 1890. La legge Crispi introduce norme sulle istituzioni pubbliche e di assistenza e trasforma gli ospedali, pubblici e privati, e le opere pie, vale a dire gli enti caritatevoli, in Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Si

afferma, quindi, verso la fine dell'800, la nascita della sanità italiana moderna, intorno ai principi di natura collettiva e pubblica dell'assistenza e di controllo pubblico degli ospedali e degli erogatori in genere. Sono anni di grande progresso delle scienze mediche che chiaramente si riflettono anche sull'organizzazione sanitaria (le specializzazioni e le divisioni ospedaliere) e sull'architettura delle strutture, con la nascita delle strutture a padiglioni.

Un secondo punto di svolta si ha con il regime fascista. Mentre l'ospedale rimane il riferimento per eccellenza dal punto di vista assistenziale, il governo crea la figura del medico condotto, creando un primordiale spazio per l'assistenza territoriale. Il medico condotto, dipendente del comune dove presta servizio, fornendo obbligatoriamente assistenza h24, è riconducibile all'odierna figura del medico di medicina generale, convenzionato con il SSN. Accanto a tale figura, il governo fascista aveva riordinato anche il preesistente ruolo dell'ufficiale sanitario con compiti di igiene, oggi svolto internamente dall' ASL. In questo modo va configurandosi la sanità in Italia. I comuni hanno un ruolo chiave e la loro capacità politica, nonché la disponibilità economica, creano le premesse per uno squilibrio di dotazioni infrastrutturali che tuttora persiste tra molte zone del Paese.

La Costituzione del dopoguerra è un terzo punto di svolta. L'art. 32<sup>i</sup> garantisce un sistema di sicurezza sociale e l'art. 38<sup>ii</sup> definisce gli aspetti di rilievo del sistema previdenziale. Con la Costituzione comincia a delinearsi un primo profilo degli assetti istituzionali di sistema:

- il Ministero della Sanità;

- le Regioni che, secondo la Costituzione, diventano il perno della programmazione e gestione delle strutture sanitarie. Tale previsione languirà almeno fino alla creazione delle Amministrazioni Regionali nel 1970;
- le IPAB, ovvero gli enti pubblici ed istituzioni pubbliche e privata, sovvenzionate dallo stato.

A partire dagli anni '50 nascono gli enti mutualistici che fungono da “terzo pagante” per remunerare le prestazioni erogate dagli ospedali, sulla base di contratti, per i quali l'assistito non anticipa alcun costo. Tali “convenzioni” remunerano “a pie di lista”, un meccanismo che tende ad incrementare la spesa in esame di controlli. Di ciò già negli anni '70 si compresero le implicazioni, con l'esponentiale crescita della massa debitoria verso gli ospedali e la scarsa leva dell'aumento dei contributi.

Proprio nel dopoguerra, orientativamente negli anni '50-'60, si diffonde l'iniziativa privata in campo ospedaliero, per opera di uno o più medici che danno vita a Case di Cura (CdC) che nascono quindi come aziende familiari. Questi piccoli ospedali privati sorgono per lo più in area urbane densamente popolate, dove vi è contemporaneamente la presenza di medici specialisti affermati e di una borghesia facoltosa, oppure nei “capoluoghi” di aree rurali dove è minore la presenza di strutture sanitarie; sorgono nelle Regioni a più forte economia o dove maggiore è la spinta ad attività solidali e di beneficenza (per esempio in Lombardia) oppure nelle Regioni meridionali, dove più elevata è la carenza di strutture (Marsilio, Vecchi, 2004; Cuccurullo, 2005).

Negli anni '70 matura, quindi, il convincimento di una riforma strutturale della sanità a causa dei seguenti fattori critici:

1. inadeguatezza del sistema di finanziamento;
2. eccesso di burocratizzazione degli erogatori e forte natura cooperativa delle mutue che tendeva a creare forti sperequazioni;
3. assenza di una chiara politica sanitaria;
4. inefficienza del sistema di tutela della salute con carenze in particolari aree come la prevenzione.

### **3.2 Il Servizio Sanitario Nazionale (dal 1978)**

Dopo i punti di svolta precedenti e con le condizioni debilitanti che si erano prefigurate nel decennio precedente, nel 1978 si ha un punto di rottura radicale con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale. A salutarne l'introduzione fu tutto l'arco costituzionale dei partiti, compresi quelli all'opposizione di sinistra, che otto anni prima si erano astenuti sulle riforme che introducevano tutele per i lavoratori. Quella del '78 è una riforma valoriale fondata sull'estensione del diritto della tutela della salute a tutta la popolazione e sul perseguimento di obiettivi di equità sociale.

Intorno a tali caposaldi si riorganizzò il SSN, prevedendo due forme di governo a livello:

- nazionale: Governo, Parlamento, Ministero della Salute e Consiglio Sanitario Nazionale con compiti di definire il quadro giuridico, finanziario ed anche operativo nel quale attuare la tutela della salute;
- regionale: per il riparto delle risorse alle USL, per la predisposizione di piani sanitari regionali e il controllo dell'efficienza delle USL.

Le USL, con funzione di gestione dei servizi sanitari, nascevano come aziende dotate di propri presidi ospedalieri e di propri servizi territoriali, inclusi quelli della prevenzione. Le USL erano unioni di comuni che, attraverso un meccanismo a stadi, eleggevano un comitato di gestione che ne era l'organo deliberante.

Dal punto di vista finanziario, la fiscalità generale garantiva le risorse, poi, stanziare annualmente, con la legge finanziaria, per un Fondo Sanitario Nazionale (FSN), che aveva tra le sue finalità non soltanto la copertura del fabbisogno, ma anche il riequilibrio delle sperequazioni territoriali. Il riparto avveniva a cascata: il governo assegnava alle Regioni quote del FSN e le Regioni riassegnavano alle USL le risorse. Tale meccanismo nasceva dall'esigenza di contenere la spesa, ma con i continui ripiani a pie di lista, di fatto generava una spirale di incongruenze tra previsioni e consuntivi che nel tempo non fu più governabile.

Negli anni '80, infatti, il sistema mostrò le sue difficoltà di tenuta per due ordini di motivi:

- da un lato, le difficoltà tipiche del finanziamento su base storica con ripiano a pie di lista; difficoltà aggravate dalla struttura che sottostima delle risorse necessarie a perseguire gli obiettivi di sistema; a ciò si aggiungono l'inefficacia di controlli economici a livello di USL ed infine le deresponsabilizzazione gestionale;
- dall'altro, le pressioni di un mondo in rapido divenire come (i) lo sviluppo scientifico e tecnologico in campo medico; (ii) l'aumento dell'età media della popolazione ed il suo maggior fabbisogno assistenziale; (iii) la destrutturazione dell'istituto familiare e le dinamiche urbane; (iv) l'aumento del livello di scolarizzazione della popolazione e delle potenzialità di accesso ai servizi sanitari.



### **3.3 La stagione delle riforme (anni '90)**

Verso la fine degli anni '80 i punti di debolezza del SSN, in particolare l'insostenibilità finanziaria influenzata da meccanismi di finanziamento che favoriscono la deresponsabilizzazione gestionale, erano noti e si allargavano. A luglio del '91 l'Italia firmò il trattato di Maastricht con altri partner europei. Il Paese si impegnò a convergere rispetto a quattro parametri macroeconomici e di stabilità finanziaria<sup>iii</sup>. Si aprì, in questo scenario, una lunga stagione di riforme che durò un decennio ed interessò vari settori economici e di intervento pubblico (Rebora, 1999).

Anche la sanità fu riformata con il D. Lgs 502/92, integrato l'anno successivo con il D. Lgs 517/93, a cui si aggiunse alla fine del decennio il D. Lgs 229/99. L'architrave della riforma strutturale è, però, il primo provvedimento (cd. "riforma bis") che modificò sostanzialmente l'assetto istituzionale e il sistema di finanziamento della riforma del '78.

Sinotticamente, la "riforma bis" prevede due grandi assi: la regionalizzazione e l'aziendalizzazione. Di quest'ultima si accennerà brevemente per due motivi: primo, circa il significato di azienda nulla deve aggiungersi. Le USL del SSN erano aziende a tutti gli effetti. Tuttavia, con il termine "aziendalizzazione" si tende a sottolineare un processo di rafforzamento dell'autonomia gestionale, organizzativa, patrimoniale, contabile e tecnica a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati economici e sanitari. Tale processo era, comunque, una novità che squarciava la cultura prevalente del tempo, che le considerava soltanto enti strumentali del SSN. Secondo, la regionalizzazione, soprattutto a ridosso della riforma, ebbe carattere

prevalente come asse delle riforme, mentre l'aziendalizzazione fu ampia o limitata proprio dal ruolo che le singole Regioni giocarono, tanto che, alla fine del decennio, si rese necessaria la "riforma ter" (D. Lgs 229/99) proprio per accelerare sul versante dell'aziendalizzazione, senza tuttavia modificare per nulla i pilastri del primo asse.

La Regionalizzazione è l'asse prioritario della riforma. Anche qui, per sinossi, possono immaginarsi, due dimensioni delle implicazioni, all'interno delle quali le Regioni possono operare quattro scelte rilevanti.

La prima dimensione riguarda gli assetti istituzionali che ciascuna Regione può autonomamente progettare. Nei riassetti istituzionali, le Regioni possono operare quattro scelte:

1. La costituzione delle aziende, sia in termini di delimitazione dei bacini di utenza delle Asl sia in termini di "scorporo" delle aziende ospedaliere. Del Vecchio (2005) descrive questi due processi come processi di integrazione e de-integrazione istituzionale che danno vita a SSR decisamente peculiari con diversa intensità competitiva tra pubblico e pubblico e pubblico e privato.
2. L'accreditamento di erogatori privati nei settori dell'ospedalità privata, dell'assistenza specialistica e riabilitativa. Le scelte Regionali in tale ambito delineano il perimetro di attività degli erogatori privati e, di conseguenza, l'intensità competitiva tra pubblico e privato all'interno del SSR.
3. La costituzione delle Agenzie Sanitarie Regionali di cui non tutte le Regioni si dotano e alle quali delegano attività strutturali (es.

programmazione e/o finanziamento) o funzionali (es. gestione flussi informativi, qualità e formazione).

4. La costituzione di un albo dei DG, nel quale individuare le figure manageriali apicali delle proprie aziende. Anche in questo caso, la Regioni hanno operato scelte molto differenti.

La seconda dimensione che le Regioni possono autonomamente regolare è la progettazione del proprio sistema di finanziamento. La riforma del '92 ha radicalmente modificato il sistema della riforma del '78, introducendo, da un lato, la quota capitaria, e dall'altro, le tariffe per prestazione. La disponibilità delle risorse a livello nazionale, alimentate attraverso la fiscalità generale assegnata al comparto in percentuale al PIL nazionale, vengono distribuite alle Regioni prevalentemente in base alla quota capitaria ponderata per età e sesso, a cui va a sommarsi algebricamente il saldo della mobilità extraregionale (Cantù, Jommi, 2002; 2003). Costruito il FSR, le Regioni hanno quattro possibilità di scelta:

1. Incrementare la capienza del proprio FSR mediante addizionali, bollo, benzina, imposizione fiscale, nonché il reperimento di risorse proprie.
2. Riponderare la quota capitaria nella assegnazione delle risorse alle ASL.
3. Definire le tariffe delle attività ospedaliere e specialistiche per la remunerazione delle strutture ospedaliere pubbliche esterne alle ASL (AO, AOU, IRCCS) e del privato accreditato.
4. Prevedere i tetti, finanziari e non, alla produzione degli erogatori finanziati a tariffa.

Le scelte regionali, in merito a strutture erogatrici e meccanismi di finanziamento disegnano in tal modo il quasi-mercato del SSR, in cui il quadro di competizione tra strutture pubbliche e queste e le private, o viceversa il grado di collaborazione tra gli erogatori, rende più o meno complessa la governance del sistema ed il perseguimento di performance ritenute adeguate, specie in attesa di sostenibilità economica. Si configurano, infatti, per le scelte regionali, sistemi con gradi di competizione più elevati per la consistente presenza del privato accreditato e degli ospedali pubblici finanziati a tariffa.

#### **4. Metodi**

Il tema dell'ospedalità negli anni è scemato per la crescente importanza delle cure primarie e ad ogni modo, ha riguardato soprattutto, nella letteratura economico-aziendale, gli ospedali pubblici. Inferiore e recente è stata l'attenzione degli scholar e dei policy-maker all'ospedalità privata. L'interesse della ricerca, peraltro, è stato orientato ad aspetti di carattere strategico e descrittivo (Carbone, 2013; Carbone et al., 2014; Cuccurullo, Pennarola 2017; Lega et al., 2018). Mai è stata svolta in Italia un'indagine approfondita sulla governance e sulle configurazioni economico-finanziarie degli Ospedali Privati. Questo capitolo ha come scopo revisionare tutta la letteratura economico-aziendale italiana che riguarda la sanità per identificare i trend delle ultime due decadi, illustrare i temi chiave di interesse della ricerca e comprendere gli aspetti più rilevanti in riferimento agli ospedali privati.

#### **4.1 Raccolta dati**

Il materiale raccolto è vario. Per prima cosa, sono stati identificati i contributi scientifici pubblicati su riviste censite sul database Web of Science della Clarivate Analysis (WOS), il repository di documentazione scientifica più impiegato nelle scienze sociali (Zupic, Cater, 2015). In WOS sono stati identificati gli articoli, scritti in lingua inglese, pubblicati nel periodo 2000-19, da scholar italiani (in base all'affiliazione ad un dipartimento universitario italiano) pubblicati su riviste di management, public administration, e healthcare presenti nel journal ranking ABS 2018. Essendo questo studio di tipo esplorativo, fatta eccezione per i criteri generici sopra esposti, il materiale estratto non è stato poi sottoposto ad alcuna altra restrizione.

Sempre tra le fonti scientifiche sono stati considerati testi, manuali e monografie, pubblicate da rilevanti case editrici italiane riguardo delle aziende sanitarie.

Dato che interessava non solo il materiale esclusivamente scientifico, ma anche quello di stampo e orientamento più professionale, sono state prese in considerazione fonti ibride quali Mecosan, rivista trimestrale di Economia e Management Sanitario diretto dal Prof. Elio Borgonovi, accreditata Aidea, ed il Rapporto annuale sullo Stato dell'Aziendalizzazione in Sanità (OASI) a cura del Cergas Bocconi. Entrambe le pubblicazioni accolgono contributi scientifici ed esperienze, professionali che sono stati analizzati. Il Cergas Bocconi è un centro di ricerca creato dal Prof. Borgonovi nel 1978 presso l'Università Bocconi, quando fu introdotto il SSN. Oggi dopo

quaranta anni, rimane il centro di ricerca in management sanitario più autorevole in Italia.

Infine, allo scopo di validazione, sono stati considerati i rapporti di altri centri di ricerca italiani di economia sanitaria e i rapporti annuali dell'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP).

Tabella 1: Tipologia materiale raccolto

Macro-tipologia	Documenti	Fonti
Letteratura scientifica	Articoli	WOS
	Libri	Collane accreditate
Letteratura ibrida	Contributi scientifici ed esperienze professionali	Mecosan
	Casi aziendali	Rapporti OASI
Letteratura grigia	Altri rapporti	Altri contributi di ricerca di economia sanitaria e rapporti AIOP

Fonte: elaborazione propria

Due autori, indipendentemente, hanno esplorato le diverse fonti raccolte mediante metodi e strumenti informali e non strutturati. I criteri di inclusione del materiale documentale non erano preordinati, perché i “search terms” per individuarli erano troppo generici, per cui il materiale era abbastanza variegato. Gradualmente nel tempo, il materiale è stato selezionato e codificato secondo gli schemi presentati nel precedente paragrafo. Dopo le fasi iniziali, la strategia di indagine è divenuta più strutturata. Ad esempio, sono stati individuati gli scholar più attivi, più prolifici e più citati sul tema del management sanitario. Molto altro materiale e altre fonti sono state individuate proprio a partire da questi scholar.

## **4.2 Analisi dei dati**

L'analisi dei dati ha riguardato i contenuti del materiale, secondo un duplice ordine: il primo di tipo cronologico; il secondo derivante dal quadro concettuale delineato nel paragrafo 3.3.

L'intero periodo (2000-2019) di analisi è stato suddiviso in 4 periodi quinquennali e gli articoli di ogni periodo analizzati secondo i costrutti primari, riguardanti i processi della regionalizzazione e aziendalizzazione, e quelli secondari: struttura (assetto istituzionale) e finanziamento, nonché assetto organizzativo, sistemi operativi e performance. Dopo aver analizzato i contenuti del materiale raccolto, l'analisi è stata completata con un focus tematico su ospedalità pubblica e privata.

Tabella 2: Quadro concettuale di analisi

Costrutti primari	Costrutti secondari	Note
<b>Regionalizzazione</b>	Struttura SSR	Il riferimento è al numero di player del SSR sia come aziende erogatrici che come soggetti programmatori.
	Finanziamento aziende sanitarie	Il riferimento è a tutti i meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche e private, ma in particolare ai meccanismi tariffari e ai tetti che, insieme, modulano il quasi-mercato.
<b>Ibride</b>	Assetti organizzativi	L'assetto organizzativo è l'insieme delle variabili che configurano l'organismo personale e che definiscono, indirizzano e coordinano i comportamenti delle persone che lo compongono. Svolto secondo i principi di efficienza ed efficacia. La struttura organizzativa può essere suddivisa in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• struttura organizzativa di base;</li> <li>• struttura delle singole unità organizzative;</li> <li>• la distribuzione dell'autorità</li> </ul>
	Sistemi operativi	I sistemi operativi sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i sistemi di pianificazione strategica;</li> <li>• i sistemi di programmazione e controllo;</li> <li>• i sistemi di gestione del personale;</li> <li>• i sistemi informativi.</li> </ul>
	Performance	Il riferimento è esclusivamente ad aspetti economico-finanziari, sebbene in sanità la performance è più propriamente multidimensionale.

Fonte: elaborazione propria



## **5. Evidenze**

### **5.1 Analisi cronologica: Key trend**

Primo periodo (2000-04)

#### **Regionalizzazione: il quasi-mercato e l'accREDITAMENTO istituzionale**

Il primo quinquennio degli anni 2000 si apre all'insegna di due innovazioni normative di rilievo: da un lato, la riforma ter del SSN (d.lgs. 229/99), dall'altro l'introduzione del federalismo fiscale (modifiche al titolo V della Costituzione nel 2001). Innovazioni che appaiono fra loro di impostazione divergente: nella prima si riafferma l'unitarietà del SSN, nella seconda invece si apre la strada ad un livello di autonomia regionale, sempre più marcato (Fattore, Longo, 2002). Forse proprio in questo frangente si apre progressivamente quella frattura tra Regioni meridionali e settentrionali che è alla base della profonda eterogeneità che caratterizza, oggi, il nostro SSN.

Nascono due ipotetici modelli di riferimento che spiegano il ruolo della Regione e lo spazio di autonomia strategica delle aziende sanitarie (Fattore, Longo, 2002). La Lombardia, ad esempio, pone una maggiore enfasi su autonomia, responsabilizzazione e valutazione delle aziende, assicurando parità tra privato e pubblico, liberando quest'ultimo, mediante la ricerca di nuovi assetti istituzionali (es. Fondazioni), dai vincoli tipici della natura pubblica. La Lombardia, quindi, si propone come un modello caratterizzato da soggetti erogatori differenziati e autonomi, dove la Regione si ritaglia il ruolo di definire le "regole del gioco". Dall'altro capo, si pone l'Emilia

Romagna, con il suo modello a "centralità ASL", in cui le aziende operano sulla base di una programmazione negoziata, interaziendale ed inter istituzionale, con una rilevante funzione di committenza, anche interna, che prevede nuovi ruoli e nuove figure organizzative.

Passati pochi anni dalla riforma del D.lgs. 502/92 e dall'introduzione del quasi-mercato, in cui le regioni hanno incentivato dinamiche competitive, le stesse Regioni hanno cominciato a intervenire per attenuare la possibilità di comportamenti troppo «aggressivi» da parte delle aziende erogatrici e gli svantaggi che da essi potevano conseguire (Del Vecchio, 2003), adattando il ruolo di capogruppo delle aziende sanitarie pubbliche.

In questo ruolo, l'attivismo delle Regioni si registra, in particolare, su aspetti prevalentemente di progettazione dell'assetto istituzionale di sistema: gli stessi Piani Sanitari Regionali tendono ad assomigliare più che a leggi regionali di regolazione a leggi di organizzazione di sistema (Fattore, Longo, 2002). Nel Nord Italia, le Regioni tendono a ritagliarsi più distintamente il ruolo di capogruppo del SSR (Longo et al., 2003) con un modello di governo che denota un forte controllo regionale sull'equilibrio economico-finanziario e sulle dotazioni infrastrutturali, mentre le altre dimensioni di governo sono lasciate all'autonomia aziendale. Sono le regioni, in qualità di capogruppo del sistema regionale, che provvedono a (Cantù, Carbone, 2004):

1. ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
2. stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica, ovvero le aziende del gruppo;

3. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (es. nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi ecc.);
4. delineare le politiche complessive del sistema;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Accanto ad un ruolo più attivo delle Regioni, in questi anni va segnalato anche l'emergere di altri rilevanti soggetti. In alcune esperienze più avanzate compaiono soggetti sovra-aziendali che gestiscono funzioni amministrative e tecnico-amministrative, come nel caso dei Consorzi di Area Vasta in Toscana (Del Vecchio, Rossi, 2003).

In altre esperienze, un ruolo attivo, spesso soffocato dal nuovo attivismo regionale, è svolto dalle Agenzie Regionali per la Sanità, il cui ruolo, schematicamente, potrebbe configurarsi in base all'intensità dell'interazione con le aziende (ruolo funzionale<sup>iv</sup> o strutturale<sup>v</sup>) e alle finalità che sono loro demandate (Lega, Perri, 2002): (a) di regolazione; (b) di controllo; (c) strategica; (d) operativa.

Il ridisegno della struttura degli SSR si completa con l'accreditamento, uno degli aspetti di maggiore enfasi rafforzata dal D.lvo 229/99, che aggiunge gli articoli 8 bis/ter/quater/quinquies. Tali articoli disciplinano in modo chiaro e distinto gli istituti (i) dell'autorizzazione alla realizzazione delle strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, (ii) dell'accreditamento istituzionale e (iii) degli accordi contrattuali, esplicitando così i tre livelli del

percorso nel rapporto tra pubblico e privato in sanità<sup>vi</sup>. Nei primi anni 2000, in tema di accreditamento, si passa da una fase più speculativa ed ideologica ad una fase di elaborazione più tecnica e pragmatica, caratterizzata da (Brusoni, Frosini, 2000):

1. un'attività di ricognizione, di studio e di istruttoria;
2. una fase di formulazione ed enunciazione dei capisaldi fondamentali del sistema;
3. la ideazione/costruzione del modello e del sistema di gestione;
4. lo sguardo al medio-lungo periodo per il possibile scenario ed i possibili esiti, legato alle aspettative ed alle questioni aperte.

L'attenzione di tutti gli attori non è rivolta tanto al monitoraggio ed allo sviluppo del sistema di accreditamento, ma allo start-up del sistema. Articolato spesso in: un momento preliminare di sperimentazione, a cui segue la definizione di percorsi di adeguamento agli standard richiesti con una gradualità crescente di severità delle verifiche.

I criteri ed i requisiti di accreditamento sono costruiti, in parte, in modo partecipato (Emilia Romagna, Marche); in altra parte, in modo dirigitico con la puntuale normazione sia dei contenuti sia delle modalità di verifica (Lombardia) per creare uno schema chiaro, passi ben tempificati, requisiti non contraddittori. Più in particolare l'accREDITAMENTO (Brusoni, Frosini, 2000, 2001; Brusoni, Barberi, 2002):

1. è rivolto sia alle strutture pubbliche che private;
2. è istituzionale, nel senso che è gestito e rilasciato da enti governativi, le Regioni;
3. è inserito in un percorso di instaurazione di un rapporto di fornitura con il SSN.

Sia sulle singole strutture, sia sul sistema complessivo, non è con una sommatoria di casi eccellenti che si garantisce l'ottimo complessivo di sistema, ma è necessario curare le interfacce e i legami di integrazione tra i diversi produttori e attori del sistema stesso.

Le possibili finalità di un sistema di accreditamento sono essenzialmente due:

- finalità di regolamentazione. Il sistema definisce la possibilità o meno di operare in un determinato settore produttivo, quindi con una precisa richiesta di requisiti senza i quali vi è o l'impedimento, per legge, all'esercizio di una determinata attività o il mancato accesso a finanziamenti pubblici;
- finalità di promozione della qualità. Il sistema con strumenti di indirizzo, incentivi ed identificazione di modelli di riferimento costituisce una guida, uno stimolo o fornisce un riconoscimento a chi si adegua.

Pertanto, un efficace processo di accreditamento svolge le seguenti funzioni:

- di protezione/tutela, attraverso il blocco dell'attività di quei produttori che non hanno le caratteristiche per essere operativi in modo sicuro per tutti, sia per i destinatari dei servizi, sia per il personale delle aziende produttrici, sia per l'ambiente in senso lato (come nel caso dell'autorizzazione all'esercizio, qualora si rispettino le norme sulla sicurezza, sulla tutela dell'ambiente, sull'igiene ecc.). Solitamente tale funzione viene attuata attraverso una produzione normativa «cogente»;
- di garanzia, attraverso la selezione di quei produttori che, avendo determinate caratteristiche, ad un livello incrementale rispetto al minimo i livelli.

In Italia il sistema di accreditamento delle strutture sanitarie introdotto con il D.lgs. 502/92 ed articolato nei dispositivi regolamentari successivi, ha le seguenti caratteristiche:

1. ha finalità in primo luogo di regolamentazione dell'accesso dei produttori ai finanziamenti pubblici, in quanto è il processo attuato dalla Regione per ammettere gli erogatori a fornire servizi retribuiti dal FSR, prendendo in considerazione solo strutture idonee (es: accreditate) con cui stipulare un contratto di fornitura delle prestazioni, prestabilite quanto a tipologia, volumi e prezzi;
2. è gestito interamente dal livello di governo regionale, che definisce i requisiti del sistema e ne gestisce il funzionamento attraverso le verifiche, utilizzano i risultati delle valutazioni conseguenti per stipulare gli accordi contrattuali (è pertanto, di natura istituzionale);
3. nei suoi aspetti costitutivi (di struttura del modello e di modalità di funzionamento) è progettato e sancito in autonomia da ciascuna Regione, pur nel rispetto di comuni linee guida generali, e di conseguenza è specifico di ciascuna regione;
4. è articolato in tre fasi che, sotto il cappello del termine «accreditamento», costituiscono momenti profondamente diversi.

L'accreditamento istituzionale disegna il perimetro di attività degli attori privati, ma la diversa modulazione dell'ampiezza del «quasi mercato» (numero di AO – Aziende Ospedaliere – e di case di cura accreditate) dipende anche dal Sistemi Tariffario (Carbone et al., 2004), da sistemi, più o meno sofisticati, di P&C della spesa, quali tetti o target generalmente definiti a livello regionale, dal legame tra sistema tariffario, qualità e appropriatezza delle prestazioni, attraverso un controllo sistematico delle prestazioni di ricovero, cui fa seguire un

abbattimento delle tariffe o l'eventuale mancato riconoscimento delle stesse per le prestazioni giudicate inappropriate, ed infine da finanziamenti per funzioni specifiche di cui godono le aziende pubbliche non tariffabili o il cui finanziamento a tariffa risulta, per diverse motivazioni, insufficiente o inadeguato.

Nei primi anni '2000 alcuni fattori più tecnici lasciano ritenere i sistemi di finanziamento regionali, nelle Regioni del Centro-Sud meno consolidati rispetto a quelli del Nord, quali: (i) la ponderazione della quota capitaria sulla base dei pesi ministeriali; (ii) l'utilizzo di tariffe ministeriali per le prestazioni di ricovero (eventualmente differenziate per tipologia di strutture) e di tariffe e nomenclatori ministeriali per l'attività ambulatoriale. Un altro elemento che emerge è il seguente: mentre le regioni dal nord sono prevalentemente preoccupate di «contenere» i possibili comportamenti opportunistici o indesiderati del quasi mercato (soprattutto Lombardia), nelle regioni del centro-sud (Lazio, Puglia e Campania) nei primi anni 2000 il quasi-mercato è in ampliamento per ricercare, ancora, i suoi benefici.

### **Aziendalizzazione: l'enfasi sui riassetti organizzativi**

L'evoluzione dell'organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche avviene per pressioni economiche e competitive (Del Vecchio, 2000), come ad esempio il quasi-mercato, il finanziamento, la demografia e lo scenario macro-economico più generale. Ciò che si nota nei primi anni '2000 è:

- la moltiplicazione degli staff (Del Vecchio, 2000);
- il forte investimento nella dipartimentalizzazione (Bergamaschi, Cantù, 2000; Cantù, Lega, 2001; Bergamaschi, Fosti, 2001).

Si assiste al passaggio da una situazione in cui la struttura organizzativa di base si presentava come una variabile bloccata all'interno dell'assetto organizzativo, sulla quale le leve di azione delle singole aziende risultavano molto ridotte, se non addirittura nulle, ad una situazione in cui viene riconosciuta l'importanza del livello locale - quello aziendale - e della capacità delle aziende sanitarie di effettuare scelte strategiche e organizzative. Il dipartimento rappresenta un tipico esempio di nuova articolazione organizzativa, tanto che il D.lgs. 229/99 definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione delle aziende sanitarie e stabilisce l'organizzazione dipartimentale come requisito necessario per la costituzione o la conferma di un presidio in azienda ospedaliera<sup>vii</sup>. Variegate sono infatti le soluzioni e le formule organizzative adottate nei diversi contesti aziendali<sup>viii</sup>.

Dal punto di vista dell'introduzione di sistemi operativi in grado di agevolare un effettivo processo di cambiamento in linea con le logiche dipartimentali, in questi anni, le aziende mostrano un forte interesse alla predisposizione di adeguati strumenti gestionali, tra cui l'introduzione di un ulteriore livello di responsabilizzazione economica (i dipartimenti) e/o l'attivazione di gruppi di lavoro trasversali in grado di agevolare un effettivo processo di integrazione tra le diverse unità operative. Ciò nonostante, come è noto, i cambiamenti organizzativi non avvengono semplicemente come conseguenza dell'emanazione di una legge, ma richiedono sforzi di progettazione e gestione a livello aziendale, per cui la dipartimentalizzazione e l'adeguamento dei sistemi operativi produce tra ritardi e farraginosità (Cuccurullo, 2000; Casati, 2000; Lecci, Longo, 2004; Buccoliero, 2000).



In termini di performance, Anessi Pessina (2000, 2001) presenta le principali caratteristiche dell'andamento gestionale delle aziende sanitarie:

- la maggior parte (75-78%) presentava un risultato d'esercizio negativo già nel 1998, sebbene la situazione è ulteriormente peggiorata nel 1999, seppure con forti differenze tra Regioni;
- nel biennio 1998-1999, le aziende ospedaliere sembravano godere di una migliore situazione economica rispetto alle ASL;
- nello stesso biennio, le ASL che presentavano sul proprio territorio almeno un'azienda ospedaliera, un IRCCS o un Policlinico universitario si caratterizzavano spesso per perdite molto elevate. L'entità della perdita rifletteva però l'elevata dimensione media di queste aziende. In un confronto basato sul risultato economico per abitante, le ASL in oggetto presentavano valori sistematicamente migliori rispetto alle altre.

I principali risultati empirici, in particolare, possono essere così sintetizzati (Anessi, Pessina, 2002):

- esistono significative differenze tra Regioni, ma anche all'interno della stessa Regione, in termini di risultati economici, peso relativo delle diverse classi di fattori produttivi, politiche di bilancio;
- rispetto ai risultati economici, il posizionamento relativo delle ASL di una data Regione non è necessariamente analogo a quello delle AO della medesima Regione. Almeno in parte, questo è probabilmente dovuto a regole specifiche di funzionamento e finanziamento dei diversi SSR, che favoriscono maggiormente una classe di aziende rispetto all'altra. Significative differenze

sono poi state rilevate anche tra diverse ASL o diverse AO della stessa Regione;

- rispetto alle classi di fattori produttivi, particolare attenzione è stata dedicata all'alternativa, propria delle ASL, tra produzione interna e affidamento a terzi tramite contratti e convenzioni. Al riguardo, sembra non esistere una combinazione «ottimale», almeno sotto il profilo economico. L'importante è che le ASL che si affidano prevalentemente all'erogazione di servizi da parte di terzi sappiano limitare la dimensione (e quindi il costo) della propria struttura produttiva interna.

Secondo Periodo (2005-09)

### **Regionalizzazione: La sostenibilità a livello regionale e la limitazione del quasi-mercato**

Nel secondo quinquennio degli anni '2000 cresce la rilevanza della dimensione regionale rispetto a quella aziendale (Anessi Pessina, 2005). In precedenza, l'analisi era stata interamente riferita alle aziende nella convinzione, propria dell'approccio economico-aziendale, «che la funzionalità complessiva del sistema dipenda dai livelli di funzionalità di ogni azienda e dall'interazione tra le aziende stesse», ma poi i processi di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, l'accentramento regionale, i riassetti istituzionali di fatto hanno spostato l'attenzione sul livello regionale (Anessi Pessina 2009). Tuttavia, la rilevanza delle aziende permane: con «l'obbligo in capo alle Regioni di garantire (...) l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende (...) prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si

prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale» (art. 1, comma 173, lett. f, legge 311/2004, cd. legge finanziaria).

Le performance economiche dei SSR sono sistematicamente negative, ma fortemente differenziate leggendo:

1. attraverso i risultati economici la capacità dei SSR di operare nei limiti delle risorse garantite dal sistema nazionale di finanziamento dei LEA;
2. e attraverso il fabbisogno la capacità dei SSR di contenere i costi (al netto dei ricavi propri delle aziende) e quindi il ricorso a finanziamenti istituzionali (riparto nazionale ed eventuali risorse aggiuntive regionali).

Nella prima prospettiva, i risultati netti sono sempre negativi, ma i disavanzi netti pro capite variano da 17 euro nel 2001 in Valle d'Aosta (dove peraltro, come nelle altre Regioni settentrionali a statuto speciale, i proventi comprendono le risorse aggiuntive tratte dal bilancio regionale e quindi il disavanzo è per definizione prossimo allo zero) a 195 euro sempre nel 2001 nel Lazio.

Nella seconda prospettiva, il fabbisogno varia dai 1170 euro della Puglia nel 2001 ai 1704 euro di Bolzano nel 2002.

In questo scenario, in questi anni, sugli aspetti di regionalizzazione assumono rilevanza: (i) i perimetri di azione di Stato e Regioni; (ii) la comparsa di nuovi soggetti pubblici, quali le aziende uniche regionali come ASUR Marche (Alesani, Villa, 2005); le Fondazioni sanitarie Lombarde (Cantù et al. (2005); (iii) i processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità (Brusoni et al., 2008).

Il quasi-mercato viene tendenzialmente limitato. Da un lato, si giunge ad un assestamento del numero dei soggetti accreditati, dall'altro al tentativo di determinare le tariffe in modo più appropriato (Bartoli, Cantù, 2009). Una scelta comune tra le Regioni è l'utilizzo di una metodologia di analisi dei costi effettivi delle strutture, anziché il riferimento a valori che riflettano condizioni operative standard «desiderate», come in precedenza. Anche la configurazione di costo è omogenea (costo pieno *full costing*, quindi comprensivo dei costi comuni d'azienda) e la metodologia adottata, è generalmente di tipo top-down. Ma su molti aspetti esistono elementi di eterogeneità regionale. I flussi informativi su cui si basa l'analisi dei costi sono alimentati, in alcuni casi, da debiti informativi sistematici e obbligatori delle aziende verso il livello nazionale/regionale, resi omogenei grazie alla definizione di linee guida e regole contabili comuni; in altri casi si tratta di flussi attivati ad hoc, alimentati solo parzialmente dai sistemi di contabilità analitica delle aziende ed omogeneizzati attraverso modelli di raccolta dei dati.

L'oggetto di costo rappresenta un'altra dimensione di differenziazione. Alcune esperienze sono orientate alla rilevazione dei costi dei singoli DRG e si basano sull'ipotesi di poter definire «a priori» un assorbimento costante di risorse, valido per tutti gli episodi di ricovero di una data tipologia. In altri casi, oggetto della rilevazione è il singolo ricovero: in questo modo si riconosce la possibile variabilità di assorbimento di risorse all'interno del medesimo DRG.

Per quanto riguarda i sistemi di pesi utilizzati per imputare i costi dei fattori produttivi e dei servizi intra-ricovero agli oggetti di costo, si evidenziano due possibili scelte: sistema di pesi interni (cioè

rappresentativi dell'effettivo livello di assorbimento delle risorse nelle aziende oggetto di analisi) o esterni.

### **Aziendalizzazione: l'enfasi sui sistemi operativi**

In questo secondo periodo si parla meno di assetti organizzativi aziendali e più di sistemi operativi e di integrazione aziendale, nonché di triplice missione istituzionale delle Aziende Ospedaliere Universitarie (Barbieri et al, 2005; Cicchetti et al, 2005; Carbone et al., 2008) e di coordinamento interaziendale (Bensa et al., 2008; Lega, Tozzi, 2009).

Terzo Periodo (2010-14)

### **Regionalizzazione: le strategie di sostenibilità finanziaria e il gripback**

In termini di sostenibilità dei SSR (Anessi Pessina, Sicilia, 2010):

1. le performance economiche continuano ad essere sistematicamente negative;
2. l'equilibrio economico si raggiunge ricercando una coerenza tra le due modalità fondamentali con cui il «gruppo sanitario pubblico regionale» svolge la funzione di tutela della salute: (i) produzione diretta di servizi oppure (ii) affidamento a terzi tramite contratti (principalmente mobilità passiva verso aziende sanitarie private accreditate) e convenzioni (principalmente medicina generale e assistenza farmaceutica). Il privato, per esempio, è più difficilmente controllabile in modo diretto, ma certamente più reattivo rispetto al sistema di incentivi che gli vengono proposti;

3. nell'interpretare i risultati economici occorre tener conto dei livelli di finanziamento, con particolare riferimento a due aspetti: (i) il diverso ricorso da parte delle regioni a ulteriori finanziamenti, posti a carico dell'intera collettività regionale (finanziamenti extra-fondo) oppure dei singoli pazienti (principalmente ticket); (ii) la soggettività dei criteri di ponderazione della quota capitaria e la possibilità che tali criteri subiscano modifiche;
4. le singole aziende sanitarie si caratterizzano per la sistematica presenza di perdite, spesso anche gravi e di situazioni fortemente differenziate. Tra le diverse tipologie di azienda, le AO presentano performance mediamente superiori alle ASL;
5. Sempre con riferimento al livello aziendale, infine, va segnalata l'eterogeneità tra i risultati di aziende della medesima regione, malgrado il progressivo «accentramento regionale» e la distribuzione alle aziende di finanziamenti straordinari correlati ai disavanzi in corso di formazione.

A fronte di tali risultati, le Regioni adottano quattro tipi di strategie (Cantù, Longo, 2014; Cuccurullo, Pennarola, 2017):

1. la riduzione degli input (tagli), come il blocco o la riduzione dei fattori produttivi, in termini sia di volumi, sia di costi unitari di acquisto;
2. di efficientamento (risorse costanti e più volumi). Un secondo insieme di interventi interviene sull'efficienza mantenendo costanti le risorse, ma richiedendo più output. In molti *setting* assistenziali (riabilitazione, attività ambulatoriali, strutture socio-sanitarie ecc.), per esempio, le tariffe unitarie delle prestazioni sono rimaste formalmente stabili, ma nei fatti si sono forzati i

produttori a trattare casi più gravi e costosi a pari tariffe, anche attraverso lo strumento dei controlli di appropriatezza. Le logiche alla base di questa tipologia di interventi presuppongono che si possano garantire livelli qualitativi dei servizi più elevati, a parità di risorse e di modalità di organizzazione dell'attività e dei modelli assistenziali. Anche in questo caso, però, ciò è vero solo nella misura in cui siano effettivamente presenti sacche di inefficienza;

3. riduzione dei volumi (modifiche dell'offerta). La terza tipologia di interventi ha accettato, anche se non sempre in modo esplicito, di agire direttamente sul contenimento degli output, cioè dei volumi di prestazioni da erogare, attraverso forme di governo degli accessi, quali, ad esempio, le liste d'attesa o i tetti sui volumi di prestazioni erogabili.
4. modifiche del service mix. Un'ulteriore tipologia di interventi che è stata attuata all'interno del SSN, anche se in modo non uniforme sul territorio e con frequenza minore, è la modifica della tipologia e del mix di servizi offerti, con l'attivazione di processi di riorganizzazione delle attività e di riconfigurazione dei modelli assistenziali.

In questi anni, le Regioni mostrano tratti comuni in termini di azioni (Ferrè et al., 2011):

- a) Il progressivo accentramento a livello regionale e nazionale (c.d. *grip back*) vale a dire una costante tensione all'aumento dell'accentramento regionale e riduzione dell'autonomia aziendale, facilitata dal fatto che la dimensione obiettivo prevalente, se non esclusiva degli ultimi anni, è quella economico-finanziaria, facilmente definibile e controllabile.

Questo processo nelle Regioni meridionali è più visibile attraverso i processi di razionalizzazione tramite i Piani di Rientro (Cuccurullo, 2010, 2012; De Pietro et al, 2014); nelle Regioni settentrionali mediante l'accentramento degli acquisti, oramai diffuso sul territorio nazionale. Logiche di centralizzazione che si espandono anche ad altri ambiti (logistica ed altre funzioni amministrative), al fine di far emergere e catturare sinergie potenzialmente disponibili tra attori dello stesso sistema. Tale accentramento è spesso accompagnato dalla centralizzazione della programmazione della capacità produttiva e degli investimenti (posti letto per specialità, sia per acuti, sia per servizi intermedi e i relativi costi attesi);

- b) La tendenza ad accrescere le dimensioni delle ASL al («gigantismo»), che hanno oramai raggiunto dimensioni medie davvero imponenti, con bilanci medi di oltre 800 milioni annui per azienda;
- c) Lo sviluppo di servizi intermedi strutturati e codificati, con precisi standard di servizio e dotazioni programmate sia per la fase sub acuta, sia per la lungodegenza, sia per la riabilitazione e per le strutture protette;
- d) Il modello *hub & spoke* della rete ospedaliera allo scopo di gerarchizzare le strutture ospedaliere.
- e) Il ruolo del settore privato accreditato che rappresenta in media il 19% della spesa del SSN.



### **Aziendalizzazione: la ricerca di nuovi e sostenibili assetti organizzativi**

Nel quinquennio in esame la dimensione regionale rimane prevalente su quella aziendale. I temi chiave di questa ultima riguardano, in particolare, i riassetti del modello operativo verso forme maggiormente sostenibili economicamente.

Quarto Periodo (2015-19)

### **Regionalizzazione: Il disaccoppiamento delle piattaforme operative e la progressiva centralizzazione**

Nel periodo 2015-19 la situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche registra lievi miglioramenti che lasciano presupporre una marcata difficoltà a rendersi sostenibili a causa di un'elevata rigidità della struttura di costo (Cantù et al., 2015). Le performance economiche sembrano essere influenzate da condizioni strutturali più che dalle capacità manageriali (Cantù et al., 2017; Cuccurullo, Pennarola, 2017). Diverso è il caso se il livello di analisi non è quello aziendale ma regionale, specie per l'azione dei processi di accentramento, che tendono a disaccoppiare le piattaforme sanitarie da quelle amministrativo-logistiche (Cantarelli et al., 2017).

La centralizzazione degli acquisti e di altre funzioni non sanitarie (Marsilio et al., 2016; Cusumano et al., 2017; Amatucci et al., 2018; Armeni et al., 2018) contribuiscono generando consistenti e perduranti economie di scale. Un'altra tendenza è costituita dai processi di fusione aziendale nel SSN (Carbone et al., 2015) che nel corso di

appena un decennio ha ridotto il numero delle aziende in modo considerevole, specie nelle regioni sottoposte a PdR.

La dinamica delle fusioni, insieme alla spinta sottostante di come assicurare nei sistemi sanitari regionali una maggiore cooperazione tra le aziende, è forse destinata ad intensificarsi. Mentre al sud le stesse avvengono nel quadro di riassetto regionale complessivo, in altri casi al nord nascono, in scenari più locali, senza eterodirezione regionale a dimostrazione del convincimento crescente che l'allargamento dei perimetri aziendali e la ricerca delle sinergie siano strade quasi obbligate sotto il profilo tecnico (Del Vecchio, Cuccurullo, 2013).

Tabella 3: Vantaggi e svantaggi nella cooperazione interaziendale

Vantaggi	Svantaggi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• economie di scala</li> <li>• maggiori risorse a disposizione</li> <li>• condivisione dei rischi</li> <li>• condivisione dei costi di ricerca e sviluppo</li> <li>• accesso a nuovi mercati</li> <li>• protezione e supporto reciproco</li> <li>• vantaggi competitivi da focalizzazione</li> <li>• sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo</li> <li>• accesso a nuove risorse manageriali</li> <li>• maggiore circolazione delle informazioni ed accelerazione nei processi di diffusione dell'innovazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perdita di un'eventuale superiorità tecnologica</li> <li>• perdita di risorse a favore di un maggiore condivisione di gruppo</li> <li>• condivisione delle perdite</li> <li>• perdita di autonomia e controllo</li> <li>• possibilità di conflitti in merito al territorio di riferimento, agli obiettivi ed ai mezzi utilizzati</li> <li>• ritardi dovuti a problemi di coordinamento</li> </ul>

Fonte: Lega (2015)

Un'ultima tendenza a livello regionale che prosegue riguardo la ristrutturazione del settore ospedaliero pubblico, attraverso reti ed imposizioni di standard organizzativi (Furnari et al., 2016; Morlando, Tozzi, 2016), e privato (Petracca, Ricci, 2016).

## Aziendalizzazione: l'importanza della risorse umane e delle operations

Sul versante aziendale vanno sottolineati l'emergere temi chiave come il middle management (Del Vecchio et al., 2017), ed i sistemi di programmazione e controllo adeguati alle dimensioni aziendali (Furnari et al., 2018), la crescente rilevanza delle *operations* (French et al., 2017, 2018), il cambiamento nello *skill mix* (Del Vecchio et al., 2018) e la valutazione della performance individuale (Del Vecchio et al., 2018).

Tabella 4: Temi chiave

	I Periodo (2000-04)	II Periodo (2005-09)	III Periodo (2009-15)	IV Periodo (2015-19)
<b>Regionalizzazione</b>	<b>Assetti istituzionali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Federalismo fiscale</li> <li>Accreditamento</li> </ul> <b>Sistema finanziamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modulazione sistema tariffario</li> </ul>	<b>Assetti istituzionali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ruolo dello Stato e delle Regioni in un sistema decentrato</li> <li>Nuovi soggetti pubblici</li> <li>Centralizzazione degli acquisti</li> </ul> <b>Sistema finanziamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinazione tariffe</li> </ul>	<b>Assetti istituzionali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grip back</li> <li>Gigantismo ASL</li> <li>Servizi intermedi</li> </ul> <b>Sistema finanziamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modulazione del quasi mercato e ruolo del privato</li> </ul>	<b>Assetti istituzionali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centralizzazione</li> <li>Fusioni aziendali</li> <li>Riconfigurazione ospedalità pubblica e privata</li> </ul> <b>Sistema finanziamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modulazione del quasi mercato e ruolo del privato</li> </ul>
<b>Aziendalizzazione</b>	<b>Assetto organizzativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impatto D.lvo 229/99: dipartimentalizzazione</li> </ul> <b>Sistema operativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ritardi e CO.AN non ancora completata</li> </ul>	<b>Assetto organizzativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dipartimentalizzazione</li> </ul> <b>Sistema operativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Integrazione interaziendale</li> <li>Coordinamento interaziendale (reti)</li> </ul>	<b>Assetto organizzativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nuovi modelli operativi in ambito ospedaliero e specialistico</li> </ul> <b>Sistema operativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Affermazione della logica dei processi (operations)</li> </ul>	<b>Assetto organizzativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Middle management nuovi modelli organizzativi</li> <li>Transitional care</li> </ul> <b>Sistema operativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Operation management</li> <li>Mappature competenze</li> <li>Valutazione performance individuali</li> </ul>

Fonte: elaborazione propria

## 5.2 Analisi tematica: i Key Topics

### 5.2.1 Dal quasi-mercato al neocentralismo

Una prima marcata tendenza riguarda il ruolo della Regione nei termini di passaggio dal quasi mercato (Cantù, Carbone, 2007) al neo-

centralismo duale (Lega, 2004), ovvero in parte nazionale per le Regioni in PdR, e in parte regionale per tutte le altre.

L'azione di governo regionale, per rispondere alla crescente complessità investe le scelte in merito a (Longo et al., 2003):

- a) dotazioni infrastrutturali e tipologia di servizi erogati dalle singole aziende;
- b) *output e outcome* sanitari, valutati sia dal punto di vista della qualità tecnica delle singole prestazioni, alla luce delle conoscenze scientifiche, delle competenze e delle risorse disponibili, sia dal punto di vista dell'appropriatezza complessiva, alla luce del quadro epidemiologico e delle risorse disponibili;
- c) livello di spesa delle singole aziende;
- d) sviluppo manageriale e organizzativo interno delle aziende e delle loro relazioni inter istituzionali;
- e) qualità percepita dagli utenti ed equità distributiva e di accesso del sistema.

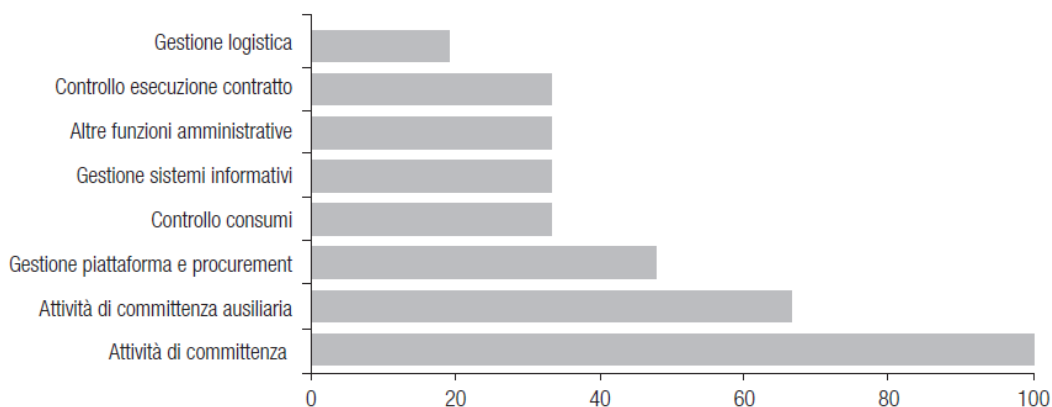
Una seconda tendenza riguarda le gestioni centralizzate con gli acquisti centralizzati come esempio più tipico di ampia diffusione (Figura 2; Figura 3; Figura 4; Figura 5; Tabella 6), (Brusoni, Marsilio, 2007; Marsilio et al., 2016; Cusumano et al., 2017;).

Figura 1: Gli assetti istituzionali delle centrali di acquisto operanti in Sanità



Fonte: Cusumano et al., (2017).

Figura 2: Le funzioni svolte dalle centrali di committenza regionali



Fonte: Cusumano et al., (2017).

Le scelte operate dalle Regioni sono ascrivibili, al di là della forma giuridica specifica, a quattro assetti istituzionali (vedi Figura 1; Tabella 5):

1. Centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione: un'unità o una direzione della Regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante;
2. Centrale acquisti come ente del SSR: la centrale acquisti è parte del SSR, ad esempio come società consortile partecipata dalle Aziende Sanitarie (AS), oppure come ente specializzato e

finanziato dal SSR (es. ESTAR o EGAS), oppure una funzione dell'AS regionale (es. Azienda Zero o Alisa);

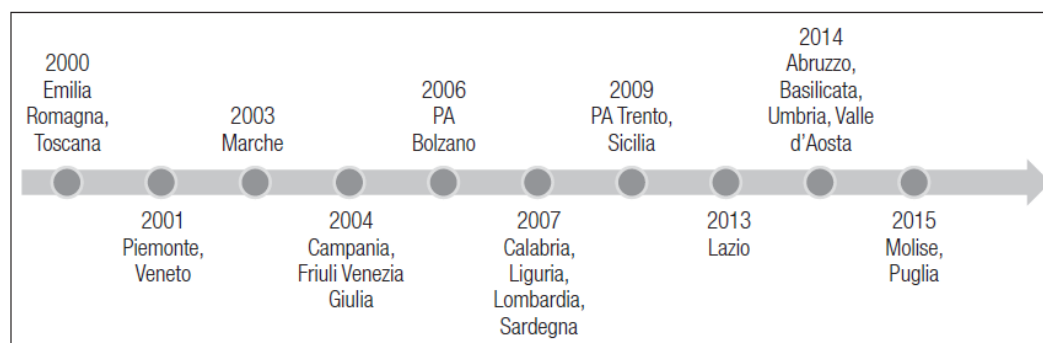
3. Centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato: la centrale è una società partecipata (es. Arca) o un'agenzia della regione;
4. Centrale acquisti come funzione di una società in *house* regionale: all'interno di una società in *house* esistente è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza (es. Inva o Innova Puglia).

Figura 3: I Soggetti Aggregatori<sup>ix</sup>



Fonte: Marsilio et al.,(2016).

Figura 4: Avvio delle iniziative regionali di centralizzazione degli acquisti in sanità



Fonte: Marsilio et al., (2016).

Tabella 5: Quadro d'insieme dei modelli adottati dalle diverse regioni

Anno	Centrale Acquisti	Ambito di azione	Funzioni	Assetto	Soggetto Aggregatore (specifiche x categorie sanitarie)	Aree Vaste con responsabilità su acquisti		
Abruzzo	2014	Servizio del Genio Civile, del Dipartimento Opere Pubbliche della Regione – A tendere ARIT – Agenzia regionale per l'informatica e la Committenza	Regionale	Solo acquisti (a tendere anche ICT)	Struttura organizzativa della Regione (a tendere agenzia)	Servizio del Genio Civile (Avallimento del Servizio procedure di gara e contratti dell'APSS)	–	
Basilicata	2014	SUA RB	Regionale	Acquisti	Struttura organizzativa regionale – Staff alla Presidenza	X	–	
Bolzano	2006	Azienda Sanitaria della PA	Sanità	Acquisti	Azienda PA	ACP (Agenzia per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture). Funzione Acquisti della AS è articolazione funzionale dell'ACP	4 Comprensori	
Calabria	2007	SUA Calabria	Regionale	Acquisti	Ente regionale con personalità giuridica e autonomia	Società di capitali (Spa) regionale	X	–
Campania	2004	Soresa	Regionale	Acquisti/Gestione debito	Acquisti	Agenzia regionale	X	–
Emilia Romagna	2000	Intercent-ER – Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici	Regionale, con focus su sanità	Acquisti	Acquisti	Agenzia regionale	X	3 Aree Vaste – Istituzionalizzate, ma con differenti assetti. Dipendenza funzionale da InercentER
Friuli Venezia Giulia	2004	EGAS- Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi	Sanità	Funzioni tecnico-amministrative	Ente regionale con personalità giuridica e autonomia	CUC (Centrale Unica di Committenza) Avallimento EGAS	–	
Lazio	2013	Direzione Regionale Centrale Acquisti	Sanità	Acquisti	Struttura organizzativa della Regione	X	–	
Liguria	2007	CRA Centrale Regionale di Acquisto per il SSR	Sanità	Acquisti	Struttura organizzativa dell'Agenzia Regionale Sanitaria	SUA Liguria (CRA articolazione funzionale della SUA)-	No	

Fonte: Marsilio et al., (2016).

In ambito ospedaliero, in particolar modo, l'attenzione è rivolta alla modulazione del quasi-mercato (Cantù et al., 2010), incardinato sulla distinzione tra (Savas, 1987; Longo, 2001; Borgonovi, 2005):

- funzione di consumo destinata al consumatore che beneficia del bene/servizio finale a cui è attribuito un certo potere di scelta tra i produttori.

- funzione di produzione, per cui gli erogatori sono responsabili di combinare i fattori produttivi per rendere disponibili agli utenti i beni e i servizi. Gli attori che producono i servizi, sia aziende pubbliche sia aziende private o non profit, sono messi in competizione per conquistare la preferenza dei cittadini.
- funzione di committenza del servizio (titolarità), esercitata dal soggetto responsabile della programmazione dell'offerta e della negoziazione dei prezzi delle prestazioni.

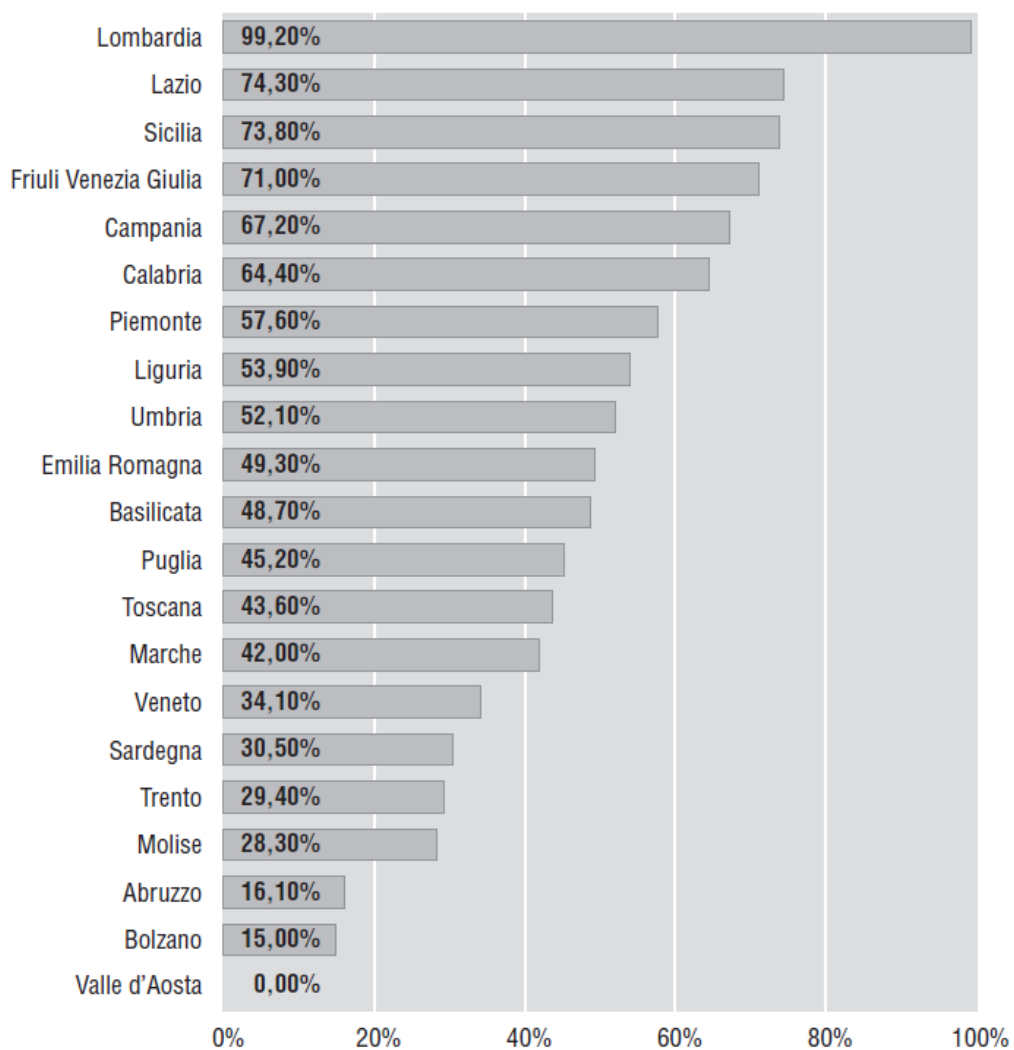
Quest'ultima funzione esercitata dalle Regioni si svolge mediante 3 strumenti:

- 1) I meccanismi di accreditamento;
- 2) La regolazione;
- 3) Il controllo dei conti.

L'accREDITAMENTO è un processo tramite cui controllare e standardizzare la qualità nell'erogazione di servizi. Le finalità dell'accREDITAMENTO possono essere differenti (Scrivens, 1996). Esso può configurarsi come meccanismo a supporto di processi aziendali di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di definizione di standard organizzativi e/o professionali, o anche come strumento di regolazione del settore, con l'obiettivo di garantire un adeguato livello di sicurezza e di tutela per i cittadini che usufruiscono di tali servizi.



Figura 5: Estensione del quasi-mercato (percentuale posti letto AO, equiparate a case di cura accreditate), per regione (2005)



Fonte: Cantù, Carbone (2007)

Tabella 6: Indicatori, modalità di calcolo e fonti per dimensione di analisi

Dimensione di analisi	Indicatori	Fonti
Grado di utilizzo del sistema tariffario come criterio di riparto del FSR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza dei costi per mobilità passiva verso strutture pubbliche per assistenza ospedaliera sui contributi da FSR</li> <li>• Incidenza dei costi per mobilità passiva verso strutture private per assistenza ospedaliera sui contributi da FSR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelli CE – anno 2005</li> </ul>
Scostamento delle tariffe regionali per le prestazioni di ricovero per acuti (DRG) dalle tariffe nazionali (D.M. 78/1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza delle prime tre percentuali di scostamento più frequenti</li> <li>• Numerosità percentuali di scostamento, ordinate per frequenza, che includono almeno il 70% dei DRG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffari regionali in vigore – anno 2007</li> </ul>
Grado di differenziazione delle tariffe in base alle caratteristiche delle strutture ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di una differenziazione tariffaria (Si/No)</li> <li>• Forbice tra scostamento medio del tariffario regionale più remunerativo e quello meno remunerativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffari regionali in vigore – anno 2007</li> </ul>
Grado di aggiornamento dei tariffari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero aggiornamenti tariffario regionale</li> <li>• Numero modifiche del nomenclatore tariffario</li> <li>• Presenza di prestazioni con rimborso extratariffa (Si/No)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delibere di finanziamento regionali, anni 2000-2006</li> <li>• Tariffari regionali in vigore – anno 2007</li> </ul>
Utilizzo del sistema tariffario per penalizzare eventuali comportamenti opportunistici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di politiche regionali finalizzate a penalizzare comportamenti opportunistici (Si/No)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delibere di finanziamento regionali – anno 2006</li> </ul>

Fonte: Cantù, Carbone (2007).

La funzione di regolazione acquisisce una particolare rilevanza nel settore sanitario, come conseguenza dell'alta asimmetria informativa tra produttori dei servizi e consumatori finali degli stessi. Il committente dei servizi svolge, infatti, un importante ruolo di selezione dei produttori a cui gli utenti possono rivolgersi, in ragione del rispetto di alcuni requisiti individuati come qualificanti.

Lo sviluppo di adeguati strumenti di governo degli erogatori è diventato centrale all'interno del SSN a seguito dell'introduzione di meccanismi di quasi mercato. Un elemento fondamentale della

contrattazione è rappresentato dai controlli effettuati sulle prestazioni erogate al fine di verificare la corrispondenza con quanto negoziato nel contratto (Wesemann, 1981; Marlin, 1984; Rehfuss, 1989; Savas, 2000; Prager, 1994; Lavery, 1999; Brown e Potoski, 2003; Hefetz e Warner, 2004).

I controlli si rendono necessari perché la letteratura ha ampiamente evidenziato i vantaggi e i rischi collegati alla diffusione dei quasi-mercato all'interno del settore sanitario: aumento della produttività nel breve periodo (Dismuke e Sena, 1999; Louis et al., 1999; Mikkola et al., 2001; Kjerstad, 2003) e disponibilità di informazioni per il controllo dei costi e del case mix (Busse et al., 2006), ma anche cost shifting (Jönsson, 1996), cream skimming (Bibbee e Padrini, 2006; Berta et al., 2010), upcoding (Louis et al., 1999; Rogers et al., 2005; Bibbee e Padrini, 2006; Berta et al., 2010), aumento dei ricoveri ripetuti (Louis et al., 1999; Kjerstad, 2003), rallentamento nel miglioramento della qualità in termini di riduzione della mortalità dovuta ad errori medici e chirurgici (Forgione et al., 2004). In particolare con riferimento all'aumento della produttività (volumi) e, quindi, alla sostenibilità della spesa le Regioni applicano tetti (Box 1) regressioni tariffarie (Tabella 7), il controllo delle SDO (Box 2).

*Box 1: Il sistema dei tetti di spesa in regione Lombardia*

La Regione Lombardia definisce, per ciascun erogatore, il tetto di spesa per le attività di ricovero a favore dei pazienti lombardi. La produzione di prestazioni oltre tale soglia non viene remunerata. Nel documento della Direzione Generale Sanità «Governare i servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo», redatto per gli anni 2007 e 2008, è disponibile l'analisi dei ricoveri degli erogatori sia pubblici che privati con l'indicazione del numero delle SDO, il relativo importo fatturato totale e il valore finanziato.

Prima di analizzarne i dati, occorre fare una breve premessa. Il contratto che le strutture accreditate stipulano con le ASL ri-postano un valore economico che corrisponde alle prestazioni che la ASL competente territoriale ritiene necessario acquistare dalla stessa struttura per rispondere alle esigenze di salute del territorio. Tale valore può essere aumentato, per esigenze motivate, di una percentuale fino al 6%. La struttura poi, eroga prestazioni sanitarie ai cittadini, e la somma del valore delle singole prestazioni erogate corrisponde al valore di «produzione» della struttura. Infine il sistema sanitario regionale riconosce alle strutture, per le prestazioni erogate, un valore economico, che viene detto «finanziato».

Ad esempio:

struttura X: valore di contratto: 1 milione di euro, valore produzione: 950.000 euro, valore finanziato: 950.000 euro.

Struttura Y: valore di contratto: 1 milione di euro, valore produzione 1,1 milioni di euro, valore finanziato: 1 milione e 58 mila euro. Nella presente analisi, per esigenze di sintesi, si prendono in considerazione come detto i dati relativi alla produzione ed al finanziato, senza fare riferimento al valore di contratto.

Fonte: elaborazione di Cantù et al., in rapporto Oasi (2010).

*Tabella 7: Criteri per la regressione in caso di sovra-produzione*

<b>Tasso di ospedalizzazione nella ASL di residenza dell'assistito (escluso extra-regione)</b>	<b>% di abbattimento della sovra-produzione</b>
Minore o uguale a 170 per mille	65%
Compreso tra 171 e 180 per mille	75%
Superiore a 180 per mille	85%

Fonte: elaborazione di Cantù et al., dati DGR 4449/2006, come modificata dalla DGR 2772/2009 in rapporto Oasi (2010).

*Box 2: L'attività di autocontrollo sulle cartelle cliniche in Lombardia e Emilia Romagna*

La regione Lombardia, nella DGR 9014/2009 - Allegato 3, afferma che la compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile e individua una serie di dati che devono essere leggibili. Le cartelle cliniche che non soddisfano i requisiti individuati non sono rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente. La verifica della completezza della documentazione clinica è oggetto di autovalutazione secondo le disposizioni della DGR 10077/2009 ed è considerata al fine del raggiungimento della soglia del 10% dei controlli (DGR 10804/2009). Il campione oggetto di autocontrollo è individuato in maniera casuale per ogni struttura da parte dell'ASL, in misura pari al 3% della produzione annuale e comunque non inferiore a 100 pratiche annuali. La struttura erogatrice trasmette l'esito dell'autocontrollo all'ASL, indicando per ogni cartella la conformità o meno alle indicazioni regionali circa la completezza della documentazione clinica. L'ASL provvede ad effettuare un controllo su un campione estratto dall'elenco delle pratiche assoggettate ad autovalutazione al fine di valutare il livello di affidabilità dell'autovalutazione aziendale. Qualora si riscontri un livello di affidabilità inferiore alla soglia predefinita, l'ASL procede a controllare tutte le pratiche oggetto di autocontrollo. La DGR 1171/2009 della regione Emilia Romagna individua i controlli interni come obiettivi vincolanti delle aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate. Essi hanno ad oggetto: (i) la corretta tenuta e completezza della documentazione sanitaria; (ii) la corretta codifica delle variabili amministrative, delle diagnosi, di interventi e procedure, coerentemente con le indicazioni regionali. I controlli vengono effettuati su una casistica di fenomeni individuati: (i) a livello regionale come oggetto di controllo sistematico e obbligatorio; (ii) negli accordi di fornitura sulla base di obiettivi concordati con le aziende committenti; (iii) internamente dalle strutture sulla base di specifiche criticità. Le strutture devono tenere traccia dei controlli interni effettuati e redigere un apposito report (indicando il numero di SDO controllate, motivo del controllo, esito del controllo) da fornire, qualora ne sia fatta richiesta, alla AUSL di riferimento territoriale o ad altre AUSL di residenza dei pazienti, o, in caso di controllo esterno, qualora venissero richieste SDO già controllate internamente. I controlli interni da conteggiarsi per il raggiungimento del 10% della casistica sono quelli obbligatori di carattere sanitario di seguito indicati: (i) tenuta e completezza della documentazione clinica, (ii) corrispondenza fra cartella clinica e scheda nosologica e corretta rilevazione delle variabili rilevanti ai fini dell'attribuzione del caso e della puntuale determinazione degli importi tariffari; (iii) ricoveri ripetuti 0-1 giorno; (iv) ricoveri ripetuti 2-7 giorni; (v) ricoveri ripetuti 8-30 giorni; (vi) DRG «mal definiti» (424, 468, 476, 477).

Fonte: Cantù et al., (2010).

### 5.2.3 La riconfigurazione dell'ospedalità pubblica

Molti presidi ospedalieri stanno cambiando la loro configurazione di fondo in termini di specialità presenti, livelli di assistenza e cura forniti, servizi offerti e scale operative.

Questi cambiamenti sono necessari per rispondere alle seguenti pressioni (Lega, 2012):

- 1) Cambiamento demografico della popolazione ed aumento della complessità dei bisogni di salute del paziente;
- 2) Evoluzione tecnologica;
- 3) Convergenze di saperi, tra discipline che si sovrappongono nelle possibilità terapeutiche;

- 4) Cambiamenti nella demografia professionale, che evidenziano tre principali trend: (i) una femminilizzazione del personale medico, (ii) una riduzione complessiva nel numero di medici, (iii) un invecchiamento della popolazione dei medici;
- 5) Esigenza sempre più diffusa di trovare schemi organizzativi efficaci nel coniugare ricerca ed assistenza al letto del paziente: per finalizzare al meglio le limitate risorse della ricerca, coinvolgere il maggior numero possibile di professionisti nella ricerca, diffondere i saperi emergenti in tutti i professionisti e sfruttare le opportunità di ricerca in tutte le sedi ospedaliere, siano esse aziende ospedaliero-universitarie (AOU) o ospedali di profilo diverso.

L'insieme delle sfide poste dai cambiamenti sopra richiamati porta gli ospedali a confrontarsi con tre grandi priorità:

- 1) Aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse a disposizione, la loro produttività.
- 2) Rispondere a bisogni di cura ed assistenza di un paziente diverso da quello di venti anni fa, più complesso, complicato e spesso fragile, con soluzioni assistenziali coerenti alla differenziazione nella complessità.
- 3) Integrare meglio saperi e processi clinici, soprattutto laddove esistono specializzazioni con possibilità di sovrapposizione nelle attività terapeutiche e diagnostiche.

Di fronte a tali sfide, la riconfigurazione sembra ruotare intorno ai seguenti vettori di cambiamento:

- 1) reti ospedaliere (Prentini et al., 2011; Lega et al., 2010);
- 2) L'affermazione della logica dei processi (cd. *operations*; Giusepi et al., 2012; Brusoni et al., 2012) che trova nella riorganizzazione

degli ospedali per intensità di cura il punto di massima affermazione (De Pietro et al., 2011). Un tratto interessante, comune a tutte le esperienze e coerente con le indicazioni della letteratura, è il riconoscimento dell'importanza di allineare al nuovo assetto organizzativo i sistemi di programmazione e controllo aziendali e la volontà (condivisa tra top management e staff aziendali) di procedere in tal senso;

- 3) Integrazione tra ospedale e territorio (Compagni et al., 2010);
- 4) Governance nelle AOU (Carbone et al., 2010);
- 5) Innovazione in ambito specialistico, con la comparsa del privato *low cost* nella specialistica privata (Del Vecchio, Rappini, 2011);
- 6) Innovazione e performance nella gestione della Supply Chain (Boscolo et al., 2011);
- 7) Valutazione della performance in termini di competenze manageriali dei professionisti (Lega et al., 2011; Carbone et al., 2013).

Le politiche del SSN puntano ormai da molti anni alla riconfigurazione del sistema ospedaliero e, in particolare, alla chiusura o riconversione in strutture territoriali degli ospedali con un numero ridotto di posti letto (Del Vecchio et al., 2014).

In questo senso possono, per esempio, essere letti i tentativi di definire obiettivi di esito o di concentrazione delle prestazioni e discipline, tentativi che, indipendentemente dal loro grado di attuazione, contribuiscono alla diffusione di una cultura orientata al rispetto di standard di efficacia e di sicurezza all'interno degli ospedali.

Tali strategie di riconfigurazione, in particolare quelle di carattere strutturale, sono riprese e confermate nella maggior parte dei piani

sanitari regionali, seppur con specifici adattamenti. Prevedibilmente, nel prossimo futuro la riconfigurazione delle reti ospedaliere sarà l'obiettivo di un numero sempre maggiore di Aziende Sanitarie nei diversi SSR.

Ogni processo di trasformazione che coinvolga un ospedale risulta di particolare complessità. Gli ospedali, oltre ad assolvere alle specifiche funzioni sanitarie, svolgono, infatti, un ruolo più ampio nei confronti delle comunità locali, non solo economico (quale volano occupazionale o di sviluppo economico locale), ma anche di tipo simbolico.

Il tema degli ospedali, del loro ruolo nel contesto dei sistemi sanitari e, soprattutto, di come e a quali condizioni sia possibile guidarne "razionalmente" l'evoluzione (la nascita, le trasformazioni, la chiusura, la rinascita in forme diverse) è qualcosa di "antico", nel senso che alcuni elementi fondamentali sono rimasti immutati nell'arco di decenni e, al tempo stesso, è qualcosa che ha subito profondi cambiamenti con il mutare del concetto stesso di ospedale e delle relazioni che legano tra di loro le diverse parti di sistemi sanitari sempre più interconnessi.

La componente che, probabilmente, ha subito minori cambiamenti è il ruolo simbolico che l'ospedale continua ad assumere nel rappresentare, agli occhi delle comunità di riferimento, non solo la possibile risposta ai propri bisogni di salute, ma anche il segno tangibile dell'intero sistema di welfare e dei progressi raggiunti dalla comunità stessa (McKee e Healy, 2002).

Di qui le difficoltà che accompagnano tutti gli interventi deliberati sugli assetti fisici e funzionali degli ospedali, anche nei casi in cui le



trasformazioni rappresentino un chiaro miglioramento sul piano dell'efficacia dei servizi offerti. All'opposto, e quasi paradossalmente rispetto alla persistenza del suo valore simbolico, è il concetto di ospedale, che ha subito cambiamenti tali da non riuscire più a connotare qualcosa di definito. Se l'edificio rimane il simbolo da difendere, ciò che avviene al suo interno può variare notevolmente, a partire dal peso delle attività non collegate alla degenza, e la sua effettiva rispondenza ai bisogni dipende sempre più dalla rete di servizi in cui l'edificio e i servizi che esso offre sono inseriti.

I casi di riconfigurazione - caratterizzati da un tentativo di riconversione di «piccoli ospedali» verso strutture di tipo territoriale, con servizi più accessibili per la popolazione - rispecchiano il combinarsi dei due elementi: la difficoltà, da una parte, di intervenire sull'ospedale e, dall'altra di dare una forma compiuta (anche un nome) e riconoscibile dall'ambiente al nuovo che deve sostituire il vecchio. In questo contesto i casi, pur con le evidenti limitazioni sul piano della generalizzabilità insite nella metodologia, dicono qualcosa rispetto ai driver e al contesto del cambiamento, agli attori coinvolti, ai processi e agli esiti.

Ancora una volta si riconferma l'importanza dello shock esterno, come fattore di avvio del cambiamento e la difficoltà dei contesti pubblici nel realizzare riconfigurazioni strategiche dei servizi sulla base delle sole dinamiche interne (Rebora e Meneguzzo, 1990). Ciò non significa che i fattori di impulso siano solo di natura esterna: la capacità dei sistemi e degli attori locali di interpretare e comunicare l'urgenza, insieme a quella di indicare prospettive di soluzione, sono elementi altrettanto importanti nell'alimentare le spinte al cambiamento. In questa prospettiva i due casi raccontano storie diverse e mostrano i limiti di una situazione in cui

l'onere dell'impulso sia affidato ai soli fattori esterni, i quali esauriscono rapidamente le loro capacità di sorreggere l'intero processo. L'elemento di contesto, relativamente nuovo, che emerge è quello della rete. Mentre nel passato le scelte sui singoli stabilimenti avvenivano e si esaurivano in un orizzonte locale, i casi mostrano come le scelte si inscrivano necessariamente in un orizzonte più vasto, nel quale la dimensione fisica rappresenta solo un contenitore chiamato a ospitare differenti setting assistenziali, che assumono significato solo in relazione alle rete complessiva dei servizi messi a disposizione della popolazione. In questo senso la stessa configurazione locale può garantire livelli di risposta profondamente diversi a seconda della rete nella quale è inserita (per esempio, l'esistenza o meno di un dipartimento inter presidio o la qualità e natura dei raccordi ospedale-territorio).

Gli stakeholders di riferimento in letteratura possono essere ricondotti alla collettività interessata, alla politica, all'azienda e il suo management e ai professionisti (Farrington-Douglas e Brooks, 2007). Le dinamiche poste in essere dalle diverse componenti si sono, evidentemente, intrecciano in modo diverso, rispecchiando l'estrema complessità dei fattori all'opera, quali ad esempio: la cultura e la tradizione politica e manageriale, i livelli di funzionalità dei sistemi sanitari, le attese della popolazione nei confronti dei sistemi stessi. Alcune notazioni possono però essere tratte da quanto descritto.

Per quanto riguarda la collettività, tra le diverse dimensioni possibili (cittadini, consumatori, pazienti) quella che sembra emergere con maggiore evidenza è quella più indistinta e generica dei cittadini. In altri termini, non sembra che le resistenze ai processi di riconversione abbiano poggato su dimensioni legate specificatamente all'erogazione dei servizi (consumatori, pazienti), quanto, piuttosto, abbiano fatto leva

sulla dimensione identitaria (e probabilmente economica) tipica delle comunità più piccole.

L'azienda e il suo management hanno anch'essi un ruolo potenzialmente molto importante. Tra le molte funzioni che essi sono chiamati a svolgere e che possono "fare la differenza" nei processi di riconfigurazione, non deve essere sottovalutata l'importanza di trovare lo spazio tecnico e operativo per rendere compatibili le razionalità di sistema e sovraordinate con le attese e le esigenze locali. Tanto meglio funziona il sistema aziendale, tanto maggiore è il numero delle opzioni concretamente disponibili e la possibilità di realizzare soluzioni positive per tutti gli attori coinvolti.

Si tratta, infine, di considerare i professionisti. Tradizionalmente l'attenzione è focalizzata esclusivamente sulla componente medica e sulla capacità di influenza che essa era capace di esercitare nei confronti della popolazione. In realtà, la platea dei professionisti da considerare è più ampia con gli infermieri in posizione centrale, anche per il nuovo ruolo assegnato all'assistenza. Le competenze professionali necessarie per accompagnare i processi di trasformazione, così come i percorsi di accrescimento delle competenze stesse, vengono sempre più considerate come variabili di rilievo.

In sintesi, la riconfigurazione ospedaliera sta avvenendo mediante reti ospedaliere, riassetto tecnico degli ospedali di maggiori dimensioni in chiave di intensità di cura, il ri-orientamento strategico degli ospedali di ricerca e d'insegnamento, l'integrazione tra ospedale e territorio, la chiusura o riconversione degli ospedali di minori dimensioni (Tabella 8).

Tabella 8: La riconfigurazione dell'ospedalità pubblica.

Temi chiave	Articoli di riferimento
Reti ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa (Bensa et al., 2008)</li> <li>• Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia (Lega, Tozzi, 2009)</li> <li>• L'osservazione continua delle reti cliniche in oncologia: evidenze da un'indagine qualitativa (Lega et al., 2010)</li> <li>• Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali (Prentini et al., 2011)</li> <li>• Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali (Morando, Tozzi, 2014)</li> <li>• La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione (Furnari, Ricci, 2016)</li> </ul>
Intensità di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso di (De Pietro et al., 2011)</li> <li>• I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica (Francesconi et al., 2012)</li> </ul>
AOU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile (Carbone et al., 2007)</li> <li>• Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma (Carbone et al., 2008)</li> <li>• La governance delle Aziende Ospedaliere Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare (Carbone et al., 2010)</li> </ul>
Integrazione tra ospedale e territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie (Compagni et al. 2010)</li> </ul>
Riconfigurazione dei piccoli ospedali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi (Del vecchio et al., 2014)</li> </ul>

Fonte: elaborazione propria

#### 5.2.4 Nuove dinamiche settoriali dell'ospedalità privata

Negli ultimi anni cresce l'interesse, anche accademico, per una realtà socio-economica non indifferente, quale quella dell'ospedalità privata. La prospettiva dell'analisi tende a privilegiare la natura istituzionale e la copertura geografica (Carbone et al., 2014; Petracca, Ricci 2017; Lega et al., 2018), le dimensioni (numero di strutture, numero di posti letto) (Carbone et al., 2014; Del Vecchio et al., 2014; Carbone, Prenestini 2015), il modello operativo in termini di mix (service mix; payer mix) e di capacità produttiva installata ed impiegata (Carbone et al., 2014; Cuccurullo, Pennarola 2017), di appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogata (Carbone, Prenestini 2015).

Tabella 9: Ospedalità privata

<b>Temi chiave</b>	<b>Riferimenti</b>
Accreditamento	1. Brusoni, Frosini, 2000 2. Brusoni, Frosini, 2001 3. Brusoni, Barberi, 2002 4. Brusoni, Deriu, 2005 5. Brusoni et al., 2007 6. Cantù et al., 2010
Profilo strategico delle Case di Cure	7. Carbone et al. m 2014 8. Carbone, Petracca, 2015 9. Petracca, Ricci, 2016 10. Petracca, Ricci, 2017 11. Lega et al., 2018 12. Bobini, Ricci 2019

Fonte: elaborazione propria

## **Bibliografia Capitolo 1**

### **6. Bibliografia**

Alesani, D., and Villa Stefano. "Il rinnovamento degli assetti istituzionali del servizio sanitario marchigiano." (2005): 277-307.

Amatucci Fabio, Callea Giuditta, Cusumano Niccolò, Longo Francesco, Vecchi Veronica "La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti The purchasing function in the INHS in the light of the aggregation processes of the demand: actors and tools" (2018).

Anessi Pessina, Eugenio. "Il sistema di contabilità generale: diffusione e maturità." (2000): 411-422.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001." (2004): 207-232.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000." (2002): 487-527.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche: primi risultati." (2002): 660-675.

Armeni Patrizio, Bertolani Arianna, Costa Francesco, Otto Monica, Jommi Claudio "L'acquisto di farmaci in Italia: l'effetto di approcci selettivi Drugs procurement in Italy: effects of selective approaches on competition and efficiency" (2018).

Barbieri, Marta, et al. "Alla ricerca del governo clinico: esperienze a confronto." (2005): 371-393.

Bartoli, S., and Elena Cantu. "Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto." (2009): 221-248.

Bergamaschi Mara, Fosti Giovanni. "Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di funzionamento e meccanismi operativi" (2001).

Bergamaschi, M., and Cantù. E. "Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere." *Anessi Pessina E, Cantù E. L'aziendalizzazione nella sanità in Italia. Rapporto OASI* (2000).

Bibbee, Alexandra, and Flavio Padrini. "Balancing Health Care Quality and Cost Containment." (2006).

Borgonovi, Elio. *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Egea, 2005.

Boscolo, PAOLA ROBERTA, and VALERIA DOMENICA Tozzi. "La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici: il caso dell'Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate." (2011): 121-136.

Brown, Trevor L., and Matthew Potoski. "Transaction costs and institutional explanations for government service production decisions." *Journal of Public Administration research and theory* 13.4 (2003): 441-468.

Brusoni, M., Barbieri, M., "Accreditamento professionale e accreditamento istituzionale fra sovrapposizione e ricerca di sinergie". (2002)

Brusoni, M., et al. "Gestione, ritenzione e assicurazione del rischio: alla ricerca di una prospettiva integrata." (2012): 269-287.

Brusoni, M., Frosini, F., "L'istituto dell'accreditamento: indagine comparativa sullo stato di sviluppo in quattro Regioni" (2000)

Brusoni, Manuela, Cappellaro Giulia, and Marsilio Marta. "Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto." (2008): 203-234.

Brusoni, Manuela, et al. "Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune." (2007): 215-245.

Buccoliero Luca. "Il sistema di contabilità generale: diffusione e maturità." (2000).

Cantarelli, Paola, Lega Federico, and Longo Francesco. "La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti." (2017): 363-380.

Cantù, Elena, and Clara Carbone. "Gli assetti istituzionali dei SSR." (2004): 287-318.

Cantù, Elena, and Francesco Longo. "Le determinanti della sostenibilità del SSN: evidenze dal Rapporto OASI 2014 e prospettive future." (2014): 1-28.

Cantù, Elena, and Lega, Federico. "Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di processo e scelte di struttura organizzativa." *Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera* (2001): 1000-1035.

Cantù, Elena, Elisabetta Notarnicola, and Eugenio Anessi Pessina. "L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche." (2015): 505-545.

Cantù, Elena, Eugenio Anessi Pessina, and Elisabetta Notarnicola. "Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei "Piani di Rientro Aziendali". (2017): 583-614.

Cantù, Elena, Francesco Longo, and MONICA HILDEGARD Otto. "Le fondazioni sanitarie lombarde." (2005): 309-338.

Cantù, Elena, MARIA FRANCESCA Sicilia, and Francesca Ferre. "Regioni e aziende sanitarie private accreditate: quali meccanismi di governo?." (2010): 319-348.



Carbone, C., Petracca, F. "Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività." *Cergas Bocconi* (2015)

Carbone, C., Ricci A., and Longo F.. "Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive." *Cergas Bocconi* (2014): 427-458.

Carbone, Clara, et al. "I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per i manager e policy maker." (2015): 243-277.

Carbone, Clara, et al. "Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma." (2008): 401-420.

Carbone, Clara, et al. "Lean on lean?: indagine sul perché e come il lean management si sta diffondendo nelle aziende sanitarie italiane." (2013): 393-428.

Carbone, Clara, et al. "Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione." (2013): 515-550.

Carbone, Clara, et al. "Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile." (2007): 435-461.

Carbone, Clara, Lega Federico, and Prenestini Anna. "La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare." (2010): 355-387.

Carbone, Clara, Lega Federico, and Prenestini Anna. *Governance e organizzazione delle aziende ospedaliero-universitarie*. Egea, 2010.

Carbone, Clara, Salvatore Domenico, and Jommi Claudio. "I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi." *I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie* (2004): 1000-1034.

Carbone, Clara. Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico. EGEA spa, 2013.

Casati, G. "I sistemi di programmazione e controllo di gestione: i risultati di un followup." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI (2000).*

Cicchetti, Americo, Vicentini Fabrizio, and Materrese Daniela. "Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di ruoli di integrazione in tre casi aziendali." *Dipartimentalizzazione e governo clinico (2005): 1000-1032.*

Compagni, Amelia, Tediosi Fabrizio, and Tozzi Valeria Domenica. "L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie." (2010): 519-538.

Cooper, Harris M. "Organizing knowledge syntheses: A taxonomy of literature reviews." *Knowledge in society 1.1 (1988): 104.*

Cuccurullo C., Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance, Padova, Cedam (2005).

Cuccurullo, Corrado, and Pennarola Gianpaolo. *Strategia e performance nelle aziende ospedaliere: analisi, pianificazione e valutazione.* EGEA spa, 2017.

Cuccurullo, Corrado, Ferre Francesca, and Lega Federico. "I piani di rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa." (2010): 225-260.

Cuccurullo, Corrado. "La pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: metodi e strumenti di elaborazione dei piani strategici." (2000): 676-712.

Cuccurullo, Corrado. "Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro." (2012): 219-243.

Cusumano, Niccolò, et al. "La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in

sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance." (2017): 555-578.

De Pietro Carlo, Benvenuti Claudio e Sartirana Marco "Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso" (2011).

De Pietro, Carlo, Marsilio Marta, and Sartirana Marco. "La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto." (2014): 347-380.

Del Vecchio Mario, Lega Federico, Prenestini Anna, Sartirana Marco "Mapping and evaluation of the clinical skills of professionals in healthcare companies: systems and tools compared" (2018).

Del Vecchio Mario, Montanelli Roberta, Trincherò Elisabetta "Skill mix change tra medici, infermieri e operatori di supporto: un'analisi retrospettiva e prospettica a livello italiano Skill mix change between doctors, nurses and support workers: a retrospective and prospective analysis on an Italian level" (2018).

Del Vecchio, Lega M., F., and Prenestini A.. "Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle aziende sanitarie." (2017): 383-404.

Del Vecchio, Mario, and Rappini Valeria. "Low cost in sanità." (2011): 331-365.

Del Vecchio, Mario, et al. "I consumi privati in sanità." (2013): 223-250.

Del Vecchio, Mario, Prenestini Anna, and Rappini Valeria. "La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi." (2014): 493-520.

Del Vecchio, Mario. "Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche." *Anessi Pessina E., Cantù E.(a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI* (2000).

Del Vecchio, Mario. "Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica." *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica* (2003): 1000-1026.

Dismuke, Clara Elizabeth, and Vania Sena. "Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods." *Health care management science* 2.2 (1999): 107-116.

Farrington-Douglas, Joe. *The Future Hospital*. IPPR, 2007.

Fattore, Giovanni, and Longo Francesco. "Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI* (2002).

Ferre, Francesca, Francesca Lecci, and Francesco Longo. "Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali." (2011): 225-258.

Forgione, Dana A., et al. "DRGs, costs and quality of care: an agency theory perspective." *Financial Accountability & Management* 21.3 (2005): 291-308.

Francesconi, Andrea, Lecci Francesca, and Vendramini Emanuele Antonio. "I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica." (2012): 611-641.

Frosini, Francesca, and Brusoni Manuela. "Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme." *Il sistema di accreditamento istituzionale* (2001): 1000-1030.

Furnari Alessandro e Ricci Alberto “La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione” (2016).

Furnari, Alessandro, et al. "I sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali: stato dell'arte e prospettive." (2018): 357-394.

Jonsson, Sten. Accounting for improvement. Elsevier, 1996.

Kjerstad, Egil. "Prospective funding of general hospitals in Norway— incentives for higher production?." International Journal of Health Care Finance and Economics 3.4 (2003): 231-251.

Lecci, Francesca, and Longo Francesco. "Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN." (2004): 491-521.

Lega, Federico, and Cristofoli Daniela. Strategic public management. Egea, 2009.

Lega, Federico, et al. "La valutazione delle competenze manageriali dei professionisti con il sistema a 360: la prima sperimentazione in una ASL." (2011): 343-363.

Lega, Federico, Petracca Francesco, and Ricci Alberto. "Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grandi player ospedalieri." (2018): 179-207.

Lega, Federico, Sartirana Marco, and Tozzi Valeria Domenica. "L'osservazione continua delle reti cliniche in oncologia: evidenze da un'indagine qualitativa." (2010): 289-317.

Lega, Federico. "Assetti organizzativi e management strategico tra neo-centralismi e periferie in movimento." L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2004. Egea, 2004. 1000-1006.

Lega, Federico. "Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale." (2012): 503-521.

Lega, Federico. Leadership e management dell'azienda sanitaria: conoscere il settore e il sistema, organizzare i servizi, dirigere i professionisti. Egea, 2016.

Longo, Francesco, Carbone Clara, and Cosmi L. "La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni." (2003): 121-166.

Longo, Francesco, Montanelli Roberta, and Fosti Giovanni. "Il ruolo del Direttore Sociale nelle AUSL e le funzioni di integrazione sociosanitaria emergenti: il caso dell'Emilia Romagna." (2010): 389-407.

Longo, Francesco. "Tendenze in atto negli assetti organizzativi: i principali indirizzi regionali." Tendenze in atto negli assetti organizzativi (2001): 1000-1048.

Marlin, John Tepper, and Eileen Brettler Berenyi. Contracting municipal services: a guide for purchase from the private sector. Wiley, 1984.

Marsilio, Marta, Amatucci Fabio Michele, and Callea Giuditta. "La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa." (2016): 577-611.

Marsilio, Marta, and Vecchi Veronica. "Il finanziamento degli investimenti in sanità." (2004): 159-206.

McKee, Martin, Judith Healy, and Jane Falkingham, eds. "Health care in central Asia." (2002).

Meneguzzo, M. "La definizione delle strategie: la scelta delle formule istituzionali e gestionali." M. MENEGUZZO e G. REBORA, Strategie delle amministrazioni pubbliche, UTET, Torino (1990).

Mikkola, Juliana Hsuan. "Portfolio management of R&D projects: implications for innovation management." *Technovation* 21.7 (2001): 423-435.

Morando, V., and V. D. Tozzi. "Lo zibaldone delle cure intermedie." *Rapporto Oasi 2016* (2016).

Morando, Verdiana, and Tozzi Valeria Domenica. "Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali." (2014): 521-554.

Paré, Gay, et al. "Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews." *Information & Management* 52.2 (2015): 183-199.

Peter J. Rogers, and James, Jack E.. "Effects of caffeine on performance and mood: withdrawal reversal is the most plausible explanation." *Psychopharmacology* 182.1 (2005): 1-8.

Petracca, F., Ricci A. "Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti" (2017)

Petracca, Francesco, and Ricci Alberto. "Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale." (2016): 201-223.

Prager, Jonas. "Contracting out government services: Lessons from the private sector." *Public administration review* (1994): 176-184.

Prenestini, Anna, et al. "Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali." (2011): 435-465.

Rebora, Gianfranco. *Un decennio di riforme: nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche:(1990-1999)*. Guerini e associati, 1999.

Rehfuss, John. *Contracting out in government: A guide to working with outside contractors to supply public services*. Jossey-Bass, 1989.

Savas, Emanuel S. Privatization: The key to better government. Chatham House Pub, 1987.

Savas, Emanuel S., and Emanuel S. Savas. "Privatization and public-private partnerships." (2000).

Scrivens, Ellie. "A taxonomy of the dimensions of accreditation systems." *Social Policy & Administration* 30.2 (1996): 114-124.

Villa, Stefano, Giuseppe Isabella Laura, and Federico Lega. "Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto." (2012): 439-460.

Warner, Mildred E., and Amir Hefetz. "Pragmatism over politics: Alternative service delivery in local government, 1992-2002." *The municipal year book 2004* (2004): 8-16.

Zupic, Ivan, and Tomaž Čater. "Bibliometric methods in management and organization." *Organizational Research Methods* 18.3 (2015): 429-472.

## **6.1 Bibliografia in chiave cronologica dei capitoli del Rapporto OASI**

### **Primo periodo (2000-04)**

Anessi Pessina, Eugenio. "Il sistema di contabilità generale: diffusione e maturità." (2000): 411-422.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001." (2004): 207-232.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000." (2002): 487-527.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche: primi risultati." (2002): 660-675.



Bergamaschi Mara, Fosti Giovanni. "Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di funzionamento e meccanismi operativi" (2001).

Bergamaschi, M., and Cantù. E. "Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere." *Anessi Pessina E, Cantù E. L'aziendalizzazione nella sanità in Italia. Rapporto OASI* (2000).

Brusoni Manuela, Barbieri Marta "Accreditamento professionale e accreditamento istituzionale fra sovrapposizione e ricerca di sinergie". (2002)

Buccoliero Luca. "Il sistema di contabilità generale: diffusione e maturità." (2000)

Cantu, Elena, and Carbone. Clara "Gli assetti istituzionali dei SSR." (2004): 287-318.

Cantu, Elena, and Jommi. C. "Federalismo fiscale: sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali." (2002): 146-189.

Cantu, Elena, and Jommi. C. "I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque regioni: un aggiornamento al 2003." (2003): 168-192.

Cantu, Elena, and Palucci. G. "L'uso dei DRG nei sistemi di gestione delle Aziende Ospedaliere lombarde." (2004): 523-539.

Carbone, Clara, Salvatore Domenico, and Jommi Claudio. "I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi." *I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie* (2004): 1000-1034.

Casati, G. "I sistemi di programmazione e controllo di gestione: i risultati di un followup." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI* (2000).

Cuccurullo, Corrado. "La pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: metodi e strumenti di elaborazione dei piani strategici." (2000): 676-712.

De Pietro, Carlo. "La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo. Il caso di un'azienda territoriale." (2002): 578-617.

Del Vecchio, M., and Carbone. C. "Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI* (2002).

Del Vecchio, M., and De Pietro Carlo. "La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende." (2002): 558-577.

Del Vecchio, M., and Rossi A. G. "I Consorzi di Area Vasta in Toscana: il caso del CAVC tra innovazione gestionale e trasformazione istituzionale." *Annessi Pessina E., Cantù E., a cura di, Rapporto OASI* (2004).

Del Vecchio, Mario. "Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche." *Annessi Pessina E., Cantù E.(a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI* (2000).

Del Vecchio, Mario. "Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica." *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica* (2003): 1000-1026.

Fattore, Giovanni, and Longo Francesco. "Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi." *E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI* (2002).

Frosini, Francesca, and Brusoni Manuela. "L'istituto dell'accreditamento: indagine comparativa sullo stato di sviluppo in quattro Regioni."(2000).

Frosini, Francesca, and Brusoni Manuela. "Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme." *Il sistema di accreditamento istituzionale* (2001): 1000-1030.

Jommi, Claudio, and Cantù Elena. "I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali." *I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie*: 1000-1039.

Lecci, Francesca, and Longo Francesco. "Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN." (2004): 491-521.

Lega, F., and Perri. E. "Assessorati Regionali alla Sanità e Agenzie Sanitarie Regionali: un rapporto da costruire e gestire." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI* (2002).

Lega, Federico, and Cantù Elena. "Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di processo e scelte di struttura organizzativa." *Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera* (2001): 1000-1035.

Lega, Federico. "Assetti organizzativi e management strategico tra neo-centralismi e periferie in movimento." *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2004*. Egea, 2004. 1000-1006.

Longo, Francesco, Carbone Clara, and Cosmi L. "La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni." (2003): 121-166.

Marsilio, Marta, and Vecchi Veronica. "Il finanziamento degli investimenti in sanità." (2004): 159-206.

### **Secondo periodo (2005-09)**

Aguzzi, Giovanni, Giovanni Fattore, and Francesca Lecci. "I piani sanitari nazionali: quale ruolo per lo Stato nella programmazione di un sistema decentrato." (2006): 219-246.

Alesani, D., and Villa Stefano. "Il rinnovamento degli assetti istituzionali del servizio sanitario marchigiano." (2005): 277-307.

Anessi Pessina, Eugenio, and Francesca Sicilia Maria. "L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende." (2009): 191-219.

Anessi Pessina, Eugenio. "L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002." (2005): 217-249.

Barbieri, Marta, et al. "Alla ricerca del governo clinico: esperienze a confronto." (2005): 371-393.

Bartoli, S., and Elena Cantu. "Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto." (2009): 221-248.

Bensa, G., and Carbone Clara. "Il benchmarking delle performance: una metodologia di analisi della produzione ospedaliera." (2007): 411-430.

Bensa, Giuliana, Carbone Clara, and Lega Federico. "Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa." (2008): 181-202.

Brusoni, M., and P. L. Deriu. "Sistemi ed interventi per l'accreditamento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI* (2005).

Brusoni, Manuela, and Marsilio Marta. "La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali." (2007): 373-408.

Brusoni, Manuela, Cappellaro Giulia, and Marsilio Marta. "Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto." (2008): 203-234.

Brusoni, Manuela, et al. "Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune." (2007): 215-245.

Cantù, Elena, and Carbone Clara. "I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie." *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi* (2007): 247-70.

Cantu, Elena, Longo Francesco, and Hildegard Otto Monica. "Le fondazioni sanitarie lombarde." (2005): 309-338.

Carbone, Clara, et al. "Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma." (2008): 401-420.

Carbone, Clara, et al. "Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile." (2007): 435-461.

Cicchetti, Americo, Vicentini Fabrizio, and Materrese Daniela. "Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di ruoli di integrazione in tre casi aziendali." *Dipartimentalizzazione e governo clinico* (2005): 1000-1032.

Cuccurullo, Corrado. "Scoprire e socializzare la strategia in contesti pluralistici: un approccio micro-strategico." *Scoprire e socializzare la strategia in contesti pluralistici* (2007): 1000-1029.

De Pietro, Carlo. "Le retribuzioni nelle strutture ospedaliere pubbliche e private milanesi." (2007): 463-476.

Lega, Federico, and Domenica Tozzi Valeria. "Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia." (2009): 249-270.

Longo, Francesco, and Viviana Molaschi. "LEA e concertazione tra Stato e regioni nel sistema sanitario: una prospettiva economico-aziendale e una giuridica." (2006): 247-265.

### **Terzo periodo (2010-14)**

Amatucci, F. "I tempi di pagamento nelle aziende sanitarie. Modelli organizzativi e strumenti a confronto." (2013): 355-391.

Anessi Pessina, Eugenio, and Francesca Sicilia Maria. "L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende." (2009): 191-219.

Brusoni, M., et al. "Gestione, ritenzione e assicurazione del rischio: alla ricerca di una prospettiva integrata." (2012): 269-287.

Cantu, Elena, and Longo Francesco. "Le determinanti della sostenibilità del SSN: evidenze dal Rapporto OASI 2014 e prospettive future." (2014): 1-28.

Cantu, Elena, Sicilia Maria Francesca, and Ferre Francesca. "Regioni e aziende sanitarie private accreditate: quali meccanismi di governo?." (2010): 319-348.

Carbone, C., Ricci A., and Longo F.. "Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive." Cergas Bocconi (2014): 427-458.

Carbone, Clara, et al. "Lean on lean?: indagine sul perché e come il lean management si sta diffondendo nelle aziende sanitarie italiane." (2013): 393-428.

Carbone, Clara, et al. "Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione." (2013): 515-550.

Carbone, Clara, Lega Federico, and Prenestini Anna. "La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare." (2010): 355-387.

Compagni, Amelia, Tediosi Fabrizio, and Tozzi Valeria Domenica. "L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie." (2010): 519-538.

Cuccurullo, Corrado, Ferre Francesca, and Lega Federico. "I piani di rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa." (2010): 225-260.

Cuccurullo, Corrado. "Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro." (2012): 219-243.

De Pietro Carlo, Benvenuti Claudio e Sartirana Marco "Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso" (2011)

De Pietro, Carlo, Marsilio Marta, and Sartirana Marco. "La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto." (2014): 347-380.

Del Vecchio, Mario, and Rappini Valeria. "Low cost in sanità." (2011): 331-365.

Del Vecchio, Mario, et al. "I consumi privati in sanità." (2013): 223-250.

Del Vecchio, Mario, Prenestini Anna, and Rappini Valeria. "La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi." (2014): 493-520.

Ferre, Francesca, Lecci Francesca, and Longo Francesco. "Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali." (2011): 225-258.

Francesconi, Andrea, Lecci Francesca, and Vendramini Emanuele Antonio. "I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica." (2012): 611-641.

Lega, Federico, et al. "La valutazione delle competenze manageriali dei professionisti con il sistema a 360: la prima sperimentazione in una ASL." (2011): 343-363.

Lega, Federico, Sartirana Marco, and Tozzi Valeria Domenica. "L'osservazione continua delle reti cliniche in oncologia: evidenze da un'indagine qualitativa." (2010): 289-317.

Lega, Federico. "Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale." (2012): 503-521.

Longo, Francesco, Montanelli Roberta, and Fosti Giovanni. "Il ruolo del Direttore Sociale nelle AUSL e le funzioni di integrazione sociosanitaria emergenti: il caso dell'Emilia Romagna." (2010): 389-407.

Morando, Verdiana, and Tozzi Valeria Domenica. "Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali." (2014): 521-554.

Prentestini, Anna, et al. "Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali." (2011): 435-465.

Villa, Stefano, et al. "Innovazione e performance nella gestione della Supply Chain in sanità: esempi nazionali ed internazionali a confronto." (2011): 299-330.



Villa, Stefano, Giusepi Isabella Laura, and Federico Lega. "Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto." (2012): 439-460.

#### **Quarto periodo (2015-19)**

Amatucci Fabio, Callea Giuditta, Cusumano Niccolò, Longo Francesco, Vecchi Veronica "La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti The purchasing function in the INHS in the light of the aggregation processes of the demand: actors and tools" (2018).

Armeni Patrizio, Bertolani Arianna, Costa Francesco, Otto Monica, Jommi Claudio "L'acquisto di farmaci in Italia: l'effetto di approcci selettivi Drugs procurement in Italy: effects of selective approaches on competition and efficiency" (2018).

Armeni Patrizio, Boscolo Paola Roberta, Callea Giuditta, Cavallo Maria Caterina, Ciani Oriana, Costa Francesco, Ghislandi Simone, Tarricone Rosanna, Torbica Aleksandra "Prezzi di riferimento per dispositivi medici: criticità, vantaggi e approcci Reference prices for medical devices: critical issues, advantages and approaches" (2018).

Armeni Patrizio, Costa Francesco e Furnari Alessandro "Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale." (2016).

Barzan Elisabetta, Notarnicola Elisabetta e Rota Silvia "La certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie: modelli, stato dell'arte e implicazioni dei PAC regionali External audit readiness for Italian Local Health Authorities: models, the current state of the art and results" (2018).

Boscolo, Paola Roberta, et al. "Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale." (2017): 29-84.

Cantarelli, Paola, Lega Federico, and Longo Francesco. "La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti." (2017): 363-380.

Cantu, Elena, Notarnicola Elisabetta, and Pessina Eugenio Anessi. "L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche." (2015): 505-545.

Cantu, Elena, Pessina Eugenio Anessi, and Notarnicola Elisabetta. "Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei "Piani di Rientro Aziendali". (2017): 583-614.

Carbone, Clara, et al. "I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per i manager e i policy maker." (2015): 243-277.

Cusumano, Niccolò, et al. "La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance." (2017): 555-578.

Del Vecchio Mario, Fenech Lorenzo e Rappini Valeria. "I Consumi privati in sanità" (2016).

Del Vecchio Mario, Lega Federico, Prenestini Anna "La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipes itineranti" (2016).

Del Vecchio Mario, Lega Federico, Prenestini Anna, Sartirana Marco "Mapping and evaluation of the clinical skills of professionals in healthcare companies: systems and tools compared" (2018).

Del Vecchio Mario, Montanelli Roberta, Trincherò Elisabetta "Skill mix change tra medici, infermieri e operatori di supporto: un'analisi retrospettiva e prospettica a livello italiano Skill mix change between doctors, nurses and support workers: a retrospective and prospective analysis on an Italian level" (2018).

Del Vecchio, Lega M., F., and Prenestini A.. "Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle aziende sanitarie." (2017): 383-404.

Del Vecchio, Prenestini M., A., and Rappini V.. "Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio." (2016): 465-508.

Fattore Giovanni, Gugiatti Attilio e Longo Francesco. "Il riordino dei servizi sanitari regionali" (2016).

Fenech Lorenzo, Lega Federico e Prenestini Anna "Il grado di di usione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica The di usion of operations management in INHS public providers". (2017).

Fenech Lorenzo, Lega Federico e Prenestini Anna "L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process Operations Management in public companies of the NHS: from work in progress to work in process" (2018).

Fenech Lorenzo, Lega Federico e Rappini Valeria "Sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica: tra retorica e realtà" (2016).

Ferrara Lucia, Morando Verdiana e Tozzi Valeria D. "Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio Experiences of transitional care to improve the continuity of care". (2017).

Fosti Giovanni, Furnari Alessandro, Longo Francesco, Notarnicola Elisabetta, Pirazzoli Agnese. "Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi" (2016).

Furnari Alessandro e Ricci Alberto "La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione" (2016).

Furnari, Alessandro, et al. "I sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali: stato dell'arte e prospettive." (2018): 357-394.

Longo Francesco, Pirazzoli Agnese, Saporito Raffaella "I percorsi di selezione ed auto-selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: evidenze e proposte di policy" (2016).

Longo, Francesco, and Ricci Alberto. "“Il sistema sanitario italiano: un sistema in equilibrio che ha appreso la meccanica dell'innovazione, incerto sul senso di marcia." (2018): 1-25.

Longo, Francesco, and Ricci Alberto. "La sanità italiana a metà del guado: quali direzioni?." (2017): 1-26.

Longo, Francesco, and Ricci Alberto. "Tendenze evolutive del settore sanitario: nuove ipotesi interpretative per una diversa agenda di policy e di management." (2016): 1-29.

Marsilio, Marta, Amatucci Fabio Michele, and Callea Giuditta. "La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa." (2016): 577-611.

Morando, V., and Tozzi V. D.. "Lo zibaldone delle cure intermedie." *Rapporto Oasi 2016* (2016).

Petracca, Francesco, and Ricci Alberto. "Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale." (2016): 201-223.

Petracca, Francesco, and Ricci Alberto. "I CReG lombardi: stato dell'arte e risultati preliminari." (2016): 549-575.

Ripa Francesco di Meana "Postfazione Quarant'anni di SSN, 20 di aziende sanitarie" (2018)

## 6.2 Bibliografia Tematica

### 1. La regione

Alesani, D., Villa Stefano. "Il rinnovamento degli assetti istituzionali del servizio sanitario marchigiano." (2005): 277-307.

Brusoni, Manuela, and Marsilio Marta. "La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali." (2007): 373-408.

Brusoni, Manuela, Cappellaro Giulia, and Marsilio Marta. "Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto." (2008): 203-234.

Cantarelli, Paola, Lega Federico, and Longo Francesco. "La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti." (2017): 363-380.

Cantù, Elena, and Carbone Clara. "I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie." *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi* (2007): 247-70.

Cusumano, Niccolò, et al. "La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance." (2017): 555-578.

Lega, Federico. "Assetti organizzativi e management strategico tra neo-centralismi e periferie in movimento." *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2004*. Egea, 2004. 1000-1006.

Longo, Francesco, Carbone Clara, and Cosmi L. "La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni." (2003): 121-166.

Marsilio, Marta, Amatucci Fabio Michele, and Callea Giuditta. "La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa." (2016): 577-611.

Rossi, Angelo Giovanni, and Del Vecchio Mario. "I consorzi di area vasta in Toscana: il caso del CAVC tra innovazione gestionale e trasformazione istituzionale." *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2004*. Egea 1000-1029.

## **2. Innovazioni nelle politiche sanitarie**

Amatucci Fabio, Callea Giuditta, Cusumano Niccolò, Longo Francesco, Vecchi Veronica "La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti". (2018)

Armeni, Patrizio, et al. "L'acquisto di farmaci in Italia: l'effetto di approcci selettivi." (2018): 611-648.

Armeni, Patrizio, et al. "Prezzi di riferimento per dispositivi medici: criticità, vantaggi e approcci." (2018): 567-586.

## **3. Ospedalità Pubblica**

Del Vecchio, Mario, Anna Prenestini, and Valeria Rappini. "La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi." (2014): 493-520.

Furnari, Alessandro, and Ricci Alberto. "La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione." (2016): 313-337.

### **Ospedale per intensità di cura**

De Pietro Carlo, Benvenuti Claudio e Sartirana Marco. "Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso" (2011)

Francesconi, Andrea, Lecci Francesca, and Vendramini Emanuele Antonio. "I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica." (2012): 611-641.

### **Reti Ospedaliere**

Bensa, Giuliana, Carbone Clara, and Lega Federico. "Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa." (2008): 181-202.

Lega, Federico, and Tozzi Valeria Domenica. "Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia." (2009): 249-270.

Lega, Federico, Sartirana Marco, and Tozzi Valeria Domenica. "L'osservazione continua delle reti cliniche in oncologia: evidenze da un'indagine qualitativa." (2010): 289-317.

Morando, Verdiana, and Tozzi Valeria Domenica. "Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali." (2014): 521-554.

Prenestini, Anna, et al. "Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali." (2011): 435-465.

### **Integrazione Ospedale Territorio**

Compagni, Amelia, Tediosi Fabrizio, and Tozzi Valeria Domenica. "L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie." (2010): 519-538.

## **AOU**

Carbone, Clara, et al. "Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma." (2008): 401-420.

Carbone, Clara, et al. "Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile." (2007): 435-461.

Carbone, Clara, Lega Federico, and Prenestini Anna. "La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare." (2010): 355-387.

## **4. Ospedalità Privata**

Carbone, C., Petracca, F. "Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività." *Cergas Bocconi* (2015)

Carbone, C., Ricci A., and Longo F.. "Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive." *Cergas Bocconi* (2014): 427-458.

Lega, Federico, Petracca Francesco, and Ricci Alberto. "Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grandi player ospedalieri." (2018): 179-207.

Petracca, F., Ricci A. "Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti" (2017)

Petracca, Francesco, and Ricci Alberto. "Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale." (2016): 201-223.



## 5. Accreditemento

Brusoni, M., Barbieri, M., "Accreditemento professionale e accreditemento istituzionale fra sovrapposizione e ricerca di sinergie".

(2002)

Brusoni, M., Deriu P. L. "Sistemi ed interventi per l'accreditemento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?." *E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI* (2005).

Brusoni, M., Frosini, F., "L'istituto dell'accreditemento: indagine comparativa sullo stato di sviluppo in quattro Regioni" (2000)

Brusoni, Manuela, et al. "Accreditemento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune."

(2007): 215-245.

Cantu, Elena, Sicilia Maria Francesca, and Ferre Francesca. "Regioni e aziende sanitarie private accreditate: quali meccanismi di governo?."

(2010): 319-348.

Frosini, Francesca, and Brusoni Manuela. "Il sistema di accreditemento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme." *Il sistema di accreditemento istituzionale*

(2001): 1000-1030.

## **Capitolo 2**

### **Le Case di Cura private: un'analisi configurazionale dinamica**

#### **1. Introduzione**

Le Case di Cura (CdC) sono (i) aziende di servizi che (ii) operano in un settore regolato - dove si combina la natura istituzionale privata con l'utilizzo di risorse pubbliche e sono quindi soggette alle dinamiche e alle regole dei sistemi pubblici per erogare ai pazienti prestazioni sanitarie in regime di accreditamento con il SSN – (iii) generalmente di piccole dimensioni (solo l'11,9% delle strutture accreditate supera i 200 posti letto) e a (iv) governance familiare, (v) oggi interessate da processi di concentrazione industriale, a causa dalle difficoltà del settore pubblico a finanziare le prestazioni sanitarie fornite (Cuccurullo, Pennarola, 2017; Carbone 2013). Sebbene sul tema degli ospedali pubblici esista in Italia un'ampia e prolungata pubblicistica scientifica economico-aziendale, solo recentemente sta emergendo un interesse accademico per l'ospedalità privata (Lega et al., 2018; Carbone, 2013; Cuccurullo, et al., 2017) che riguarda le caratteristiche e le peculiarità di queste aziende in termini di spesa, di dimensioni e dei livelli di concentrazione settoriale (Cuccurullo, et al., 2017). Nessuno studio, però ad oggi, si è occupato di analizzare le performance economiche, i profili finanziari e di crescita strutturale che contraddistinguono il settore, né la presenza di ben definite configurazioni aziendali, né la loro evoluzione. Il presente studio ha lo scopo di mappare tali configurazioni delle CdC, attraverso la principal component analysis (PCA) combinata a tecniche di clusterizzazione.

Al di là della rilevanza concettuale del tema, vi è anche una rilevanza pratica. In Italia gli erogatori privati accreditati (circa 500) detengono il 30,2%<sup>x</sup> dell'offerta di posti letto (pl) totali (Lega et al., 2018) in parte per acuti (22,8%), altri per lungodegenza (53,0%) e per riabilitazione (74,0%). Il capitolo segue inquadrando il tema delle determinanti e delle dimensioni della performance degli Ospedali, poi, illustrando i metodi di analisi e i risultati; infine fornendo alcune riflessioni conclusive.

## **2. Analisi della letteratura**

Negli ultimi anni cresce l'interesse, anche accademico, per una realtà socio-economica non indifferente, quale quella dell'ospitalità privata. La prospettiva dell'analisi tende a privilegiare la natura istituzionale e la copertura geografica (Carbone et al., 2014; Petracca, Ricci 2016, 2017; Lega et al., 2018 Carbone, Petracca, 2015), le dimensioni (numero di strutture, numero di posti letto) (Carbone et al., 2014; Del Vecchio et al., 2014; Carbone, Prenestini 2015), il modello operativo in termini di mix (service mix; payer mix) e di capacità produttiva installata ed impiegata (Carbone et al., 2014; Cuccurullo, Pennarola 2017), di appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogata (Carbone, Prenestini 2015). Solo recentemente (Oasi 2019) il tema ha interessato il profilo economico-finanziario.

Anche altre fonti, classificate tra la letteratura grigia, come le pubblicazioni di AIOP, si concentrano sulle attività, con maggiori gradi di dettaglio. Mancano, al momento, indagini sui meccanismi di

corporate governance e sui profili di performance economico-finanziaria.

## **2.1 La regolazione**

La regolazione del settore e l'intensità competitiva/collaborativa (Cuccurullo, Pennarola 2017) costituiscono, ad esempio, meccanismi esterni di corporate governance. Dal 1995, per effetto dei d.lgs. 502/92 e d.lgs. 517/93, buona parte della regolazione del settore sanitario è demandata alle Regioni, autonome nel definire il proprio assetto istituzionale - in primis il numero delle aziende sanitarie ed il perimetro dell'iniziativa privata - e nel declinare i meccanismi di finanziamento delle aziende (Jommi e Lecci, 2005). Nell'organizzare il proprio SSR, le Regioni hanno competenze anche in materia di accreditamento istituzionale delle strutture di erogazione: nel caso dell'ospedalità privata, di fatto accreditano le strutture ed i pl per specialità sulla base di standard organizzativi, tecnologici e di personale che ne determinano la capacità produttiva e la struttura dei costi (Cuccurullo, Pennarola, 2017). Non solo, le Regioni attraverso i meccanismi di finanziamento, determinano le tariffe di remunerazione e fissano i tetti prevalentemente di spesa (Anessi Pessina, Cantù, 2012).

Le Regioni, inoltre, provvedono ai pagamenti con tempistiche diverse che inducono gli ospedali privati al sistematico ricorso ad operazione di finanziamento che ne modificano il profilo finanziario (vari articoli di Amaduzzi 1978; Cantù, Carbone, 2007; Amatucci, 2013; Cantù, Longo 2014; Del Vecchio et al., 2017).

In sintesi le Regioni, ovvero la localizzazione degli ospedali privati influenzano fortemente, mediante la regolazione ed i tempi di

pagamento, il profilo strategico (modello operativo), quello economico e finanziario delle CdC.

## **2.2 *Gli assetti proprietari e la loro influenza su strategie e risultati economico-finanziari.***

L'assetto proprietario è tra gli aspetti di maggiore rilievo della corporate governance. La recente pubblicistica ha trattato il tema degli assetti istituzionali, senza tuttavia affrontare le implicazioni reali delle tre dimensioni dell'assetto proprietario (Zattoni, 2015, Saggese et al, 2015) il grado di concentrazione, l'identità dell'azionista di controllo, e i meccanismi di rafforzamento/blindatura del controllo (cd. CEMS).

Il grado di concentrazione della struttura proprietaria consente di comprendere quale tipo di problema di agenzia caratterizza le aziende e quindi, quali implicazioni in termini di performance aziendale comporta (Eisenhardt, 1989). In base alla teoria dell'Agenzia, una maggiore concentrazione del controllo proprietario di un'azienda è associata, *coeteris paribus*, a migliori performance economiche. Questa ipotesi non ha riscontri univoci e quindi la relazione tra concentrazione dell'assetto paritario e performance economica rimane una questione aperta, specie, a causa di problemi metodologici e delle misure di sintesi dei risultati economici (Kumar, Zattoni, 2014).

L'identità dell'azionista di controllo è rilevante ai fini di comprendere quali strategie possano essere perseguite (ad esempio la crescita, la diversificazione e così via). Un'indagine Mediobanca del 2015 sull'Ospedalità privata segnala che 9 dei 10 maggiori gruppi ospedalieri italiani, per numero di addetti e fatturato, sono familiari (Figura 1) e, sovente, ricorrono a CEMS, come le partecipazioni incrociate (ad esempio il Gruppo San Donato). La maggioranza degli

ospedali privati italiani ha controllo familiare, ma talvolta il capitale è frammentato perché al comando è la seconda o terza generazione dei fondatori oppure per operazioni di trasformazione di debito in equity da parte di professionisti. La natura familiare delle CdC ha implicazioni generali precise (Viganò, 2006): la sovrapposizione del soggetto giuridico ed economico – con la sola eccezione dei grandi gruppi che si caratterizzano per una più accentuata managerializzazione – spesso lascia prevalere obiettivi meta-economici sui quelli aziendali, con una performance economica condizionata da maggiori costi (spesso legati al personale che configurano il caso di “valore estratto” che deprime il valore dell’azienda), la volontà di sopravvivere nel lungo periodo – e, quindi, una maggiore avversione al rischio e ad investimenti consistenti, come ad esempio, aumento di capitale – senza perdere il controllo, che tendono a ridursi in un freno alla crescita, sebbene quest’ultima in un settore regolato come la sanità avvenga più per vie esterne, che in molti casi è la strada obbligata, che in modo organico.

Figura 1: I dieci maggiori gruppi ospedalieri privati italiani nel 2014

Società	Famiglia di riferimento	Fatturato (€ mil.)	Totale attivo (€ mil.)	Dipendenti (numero)
Gruppo San Donato (Papiniano)	Rotelli	1.387	1.606	9.823
Humanistas	Rocca	548	445	2.811
GVM	Sansavini	462	850	2.554
KOS	De Benedetti	392	631	4.708
IEO-Istituto Europeo di Oncologia	Cuccia e Veronesi	260	230	1.814
Servisan	De Salvo	211	350	1.865
MultiMedica	Schwarz	201	213	1.897
GIOMI-Fingemi	Miraglia	159	347	1.735
Eurosanità	Care Holding S.A. e Participations Sanitarie S.A.	156	147	1.015
Raffaele Garofalo & C. (nel 2013)	Garofalo	96	143	718
<b>Totale</b>		<b>3.872</b>	<b>4.962</b>	<b>28.940</b>

Fonte: Adattamento da R&S-Mediobanca (2014)

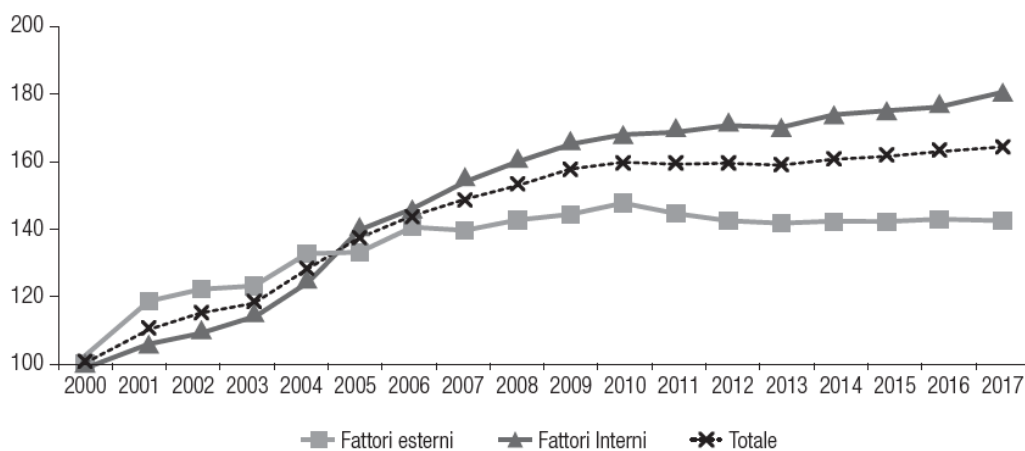
### **2.3 Le tensioni finanziarie**

L'insieme delle scelte regionali stabilisce il perimetro di competizione/collaborazione (intensità competitiva) interno al SSR: in quei contesti, dove maggiore è la percentuale di posti letto di erogatori, pubblici e privati, che erogano prestazioni remunerate a tariffa, maggiore è l'intensità competitiva e maggiore è la complessità di governance del sistema.

Osservando le dinamiche del SSN dal 1995 ad oggi si osserva che le Regioni hanno più volte modificato il proprio Assetto Istituzionale, mentre in misura ridotta hanno il proprio sistema di finanziamento (Brusoni, Marsilio 2007; Carbone et al., 2007; Furnari et al., 2016; Del Vecchio et al., 2017;). Le scelte sono state guidate dalla ricerca di una migliore governance di sistema e di economie di scala e di competenza e talvolta scelte di diversità politica. Una parte delle Regioni ha avviato queste riforme autonomamente (Del Vecchio, 2003; Longo, Ricci, 2016; Cantarelli et al., 2017), mentre un'altra parte ha seguito tali riassetti per effetto dei Piani di Rientro, iniziati nel 2007 ed ancora vigenti, nonostante la loro previsione triennale. Tali piani hanno interessato, con diverse gradualità, dieci Regioni, principalmente del Centrosud, e 5 di questi casi sono state sottoposte a commissariamento. Il tratto comune di queste "due Italie" è un progressivo accentramento (grip back) delle scelte sanitarie a livello regionale, con la formazione di holding formali o informali (Cantù, Carbone, 2014; Cantarelli et al., 2017), a livello nazionale (Cuccurullo, 2005). Tale accentramento trova corrispondenza in una modifica del mix di copertura della spesa per fattori produttivi interni (personale, beni e servizi) ed esterni (tra cui l'ospedalità privata). A ciò deve aggiungersi il periodo seguito al 2012 quando sono state

introdotte le misure di cost cutting (Cuccurullo, 2012). Nel tempo si osserva che il Sistema sta modificando il mix produzione-acquisto a favore di questi ultimi (*Figura 2*). Di conseguenza, le CdC stanno si stanno confrontando con uno scenario che ormai da oltre dieci anni è fortemente penalizzante.

*Figura 2: Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000-2017, numeri indice: 2000=100*



Fonte: Amoroso et al., Oasi 2016

#### **2.4 Le sette dimensioni di valutazione della performance.**

Sotto il profilo economico-finanziario possono distinguersi sette diverse sotto-dimensioni nell'ordine (Pink et al, 2007): redditività, liquidità, struttura del capitale o leva, attività, costi, ricavi ed impiego risorse (Cleverley, Cameron, 2003; Gapenski, 2007; Mclean, 2003; Nowicki, 2004; Zelman et al., 2003).



Tabella 1: Principali sottodimensioni della performance economico-finanziaria degli Ospedali

<b>Costi</b>	<b>Ricavi</b>	<b>Impiego risorse</b>
<b>Attività</b>		
<b>Redditività</b>	<b>Struttura del capitale o leva</b>	<b>Liquidità</b>

Fonte: elaborazione propria

## 2.5 Domande di ricerca

Le domande di ricerca sono:

1. Quali variabili economico-finanziarie spiegano meglio la variabilità tra ospedali privati?
2. Quali sono le principali configurazioni degli ospedali privati?
3. Come sono cambiate queste configurazioni tra gli anni (2008; 2012; 2016)?

## 3. Metodi

### 3.1 Scelte metodologiche

Questo lavoro è un'indagine esplorativa con lo scopo di (i) far emergere i tratti più caratterizzanti (e differenzianti) delle CdC italiane e (ii) di tracciarne le principali configurazioni.

Per la prima parte dello studio è stata impiegata una tecnica statistica di riduzione dei dati. In particolare, tra le diverse tecniche possibili, è stata impiegata la principal component analysis (PCA). Sebbene la stessa sia stata poco impiegata nelle analisi economico-finanziarie (Saadaoui et al., 2015), rispetto alle Self-Organizing Maps (Dameri et al., 2017; Resta et al., 2018; Lassini et al., 2016), si è ritenuto in

questa sede che fosse meglio appropriata per rappresentare le informazioni più rilevanti delle CdC per vari motivi.

Il metodo della PCA è una tecnica statistica multivariata basata sul modello della massima verosimiglianza dei parametri. Essa analizza la relazioni tra i valori rappresentati nello spazio delle righe, calcolandone la distanza tra i campioni al fine di definirne la similarità. Lo scopo della PCA è quello di descrivere una quantità maggiore di informazioni rispetto alla variabilità originale, spiegando il peso di ciascuna variabile ed eliminando “il rumore” statistico (Nylund et al, 2007). Attraverso la PCA è possibile proiettare le variabili su uno spazio rendendo massima la varianza (Alzate et al. 2010). Il principale vantaggio della PCA è rappresentato dalla capacità di esprimere statisticamente ciascuna variabile attraverso la varianza spiegata da ciascun componente principale. Confrontando la PCA con altre tecniche di riduzione dimensionale dei dati, come le SOM, notiamo come la PCA riesce a gestire un’ampia quantità di dati contrariamente alle SOM. Nonostante ciò le SOM hanno un grande vantaggio, ovvero favoriscono un’interpretazione diretta dei dati spiegando anche le relazioni non lineari (Peeters et al. 2006).

La PCA proietta un set di dati in un nuovo sistema di coordinate in modo tale che la massima variabilità nel set di dati sia proiettata lungo gli assi. Questa proiezione viene effettuata trasformando un insieme di variabili correlate in un insieme di variabili ortogonali non correlate, le componenti principali, ordinate riducendo la variabilità. Queste variabili non correlate sono gli autovettori della matrice di varianza-covarianza e possono essere espresse come combinazioni lineari delle variabili originali. L’autovalore di ciascun autovettore esprime la quantità di varianza spiegata dall’ autovalore. Ci sono tanti autovettori

quanti sono le variabili originali nel set di dati. Poiché l'ultima di queste componenti principali rappresenta solo una quantità trascurabile della variazione nel set di dati, queste possono essere omesse e si ottiene una riduzione della dimensione.

Analizzando un vasto insieme di dati si possono individuare i fattori caratterizzanti, ovvero le componenti principali del fenomeno in azione, vale a dire i suoi driver o componenti principali.

La PCA individua la dimensione nei quali i dati esprimono maggiore variabilità ovvero quella maggiormente in grado di spiegare il fenomeno (legato a più di una variabile).

La PC1 è una variabile auto-costruita come combinazione di  $n$  variabili originarie che spiega massimamente il fenomeno. La PC2 è una seconda combinazione e così via. Ci sono tante componenti principali quante le variabili, ma non tutte spiegano molto del fenomeno: sovente le prime due, al massimo la terza sono sufficienti.

In sintesi:

1. la PCA individua i fattori latenti che costituiscono i drivers del fenomeno;
2. la PCA riduce la dimensione dei dati, in caso di big-data: poche componenti principali spiegano egregiamente il fenomeno ed altre possono essere trascurate;
3. le PC sono combinazioni lineari delle variabili originali e condizionano le informazioni contenute nel dataset;
4. le PC, sovente, consentono interpretazioni intuitive.

Per la seconda parte dello studio – la definizione di configurazioni tipo – si è fatto ricorso a tecniche di clustering, in modo da raggruppare per similarità le CdC. L'impiego di tali tecniche è noto nelle nostre discipline dalla fine degli anni '70 con le prime analisi sui

gruppi strategici (Caves, Porter, 1976), poi impiegato più volte anche nel caso del settore ospedaliero.

### **3.2 Raccolta dati**

Per condurre l'analisi empirica è stato utilizzato il database Aida di Bureau van Dijk, che contiene le informazioni di circa 980.000 imprese per un arco temporale massimo pari a 10 anni. Le informazioni consultabili riguardano tutti i dati finanziari delle società italiane, oltre ad altre informazioni di natura giuridica come l'assetto societario, la struttura del gruppo, le operazioni di finanza straordinaria, le informazioni commerciali e altre ancora. Attraverso il database AIDA è stato possibile reperire i dati di tutte le CdC presenti sul territorio nazionale che hanno regolarmente depositato il bilancio negli anni 2008-2016.

L'indagine ha avuto inizio nel 2018, prendendo come riferimento i bilanci di tutte le CdC. La *query* è stata effettuata mediante codice Ateco 86.10.10 (Ospedali e Case di Cura Generici) per tre periodi: 2008, 2012, 2016. 1165 aziende del settore avevano regolarmente presentato i bilanci. Dopo che si è proceduto escludendo (Figura 1):

1. le aziende che presentavano le seguenti forme giuridiche  
Consorzio (1), Cooperativa sociale (27), Ente (1), Fondazione (3), S.A.S. (1), S.C.A.R.L. (5), S.C.A.R.L.P.A. (28), S.R.L. semplificata (14), Società consortile per azioni (1), Società semplice (2);
2. le aziende che svolgono attività di riabilitazione e le case di riposo, vale a dire quelle realtà che non erogano prestazioni di ricovero ordinario o diurno, in quanto hanno meccanismi di finanziamento diversi da quelli a tariffa per prestazione;

3. le aziende per le quali non si disponeva di informazioni complete per i tre esercizi considerati.

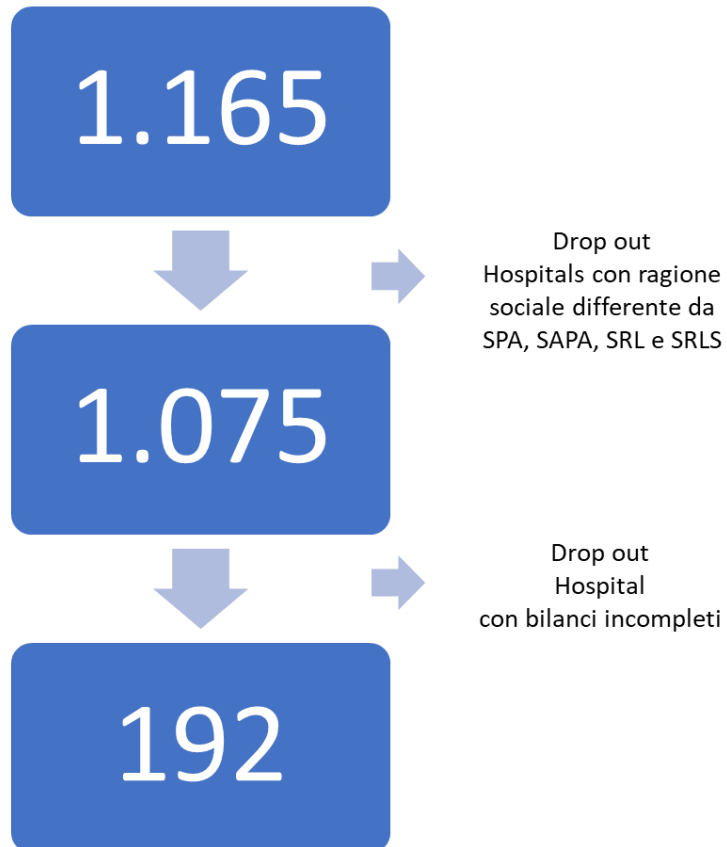
Il dataset finale risulta composto dalle seguenti aziende, distinte per forma giuridica, delle diverse Regioni.

*Tabella 6 suddivisione delle aziende in base alla forma giuridica*

<b>Regione</b>	<b>S.P.A.</b>	<b>S.P.A. a socio unico</b>	<b>S.R.L.</b>	<b>S.R.L. a socio unico</b>	<b>Totale</b>
Abruzzo	1			2	3
Calabria	2		7		9
Campania	13		16	1	30
Emilia-Romagna	10		11	2	23
Friuli-Venezia Giulia	2		2		4
Lazio	16	1	22	3	42
Liguria			2		2
Lombardia	7	2	9	1	19
Marche	2		3		5
Molise	1		1		2
Piemonte	6		4	1	11
Puglia	4		7		11
Sardegna			1		1
Sicilia	5		7	1	13
Toscana	1	2	4		7
Trentino-Alto Adige	1		2		3
Umbria	1				1
Veneto	4		2		6
<b>Totale complessivo</b>	<b>76</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>192</b>

Fonte: elaborazione propria

*Figura 4: Formazione del dataset*



Fonte: elaborazione propria

Per ciascuna CdC inclusa nel dataset sono stati incluse le seguenti variabili:

1. la localizzazione come Regione in base alla sede operativa;
2. l'assetto proprietario, come (i) forma giuridica, (ii) numero azionisti, (iii) indicatore di indipendenza BVD<sup>xi</sup>;
3. le dimensioni aziendali, misurate in base a (i) dipendenti e (ii) *total asset*. Per entrambe queste misure è stato calcolato il *Cagr* su base quadriennale;
4. la crescita operativa, misurata come *Cagr* dei ricavi, e la crescita strutturale, come *Cagr* dei dipendenti e del totale attivo;
5. il profilo di performance economica, mediante (i) ROA<sup>xii</sup> e ROE<sup>xiii</sup>, (ii) *Ebitda margin*<sup>xiv</sup>, (iii) *net income/ sales*<sup>xv</sup>;

6. il profilo finanziario, inteso come (i) rapporto *debt/equity*<sup>xvi</sup>, (ii) indice di indipendenza<sup>xvii</sup> ed (iii) indice di liquidità primario<sup>xviii</sup>.

### 3.3 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta in 4 step:

- 1) È stata effettuata l'analisi di PCA sui dati 2016;
- 2) A tali dati è stata applicata il clustering per identificare le configurazioni più recenti degli ospedali privati. La clusterizzazione gerarchica è stata eseguita con il metodo Wasel. Sono stati individuati, poi, per ogni cluster le CdC (Case di Cura) più prossime a ciascun baricentro;
- 3) I dati 2008 e 2012 sono stati utilizzati come dati supplementari;
- 4) È stato mappato il cambiamento tra un cluster ed un altro nei tre quadrienni con l'approccio *K-means neighbors*.

## 4 Risultati

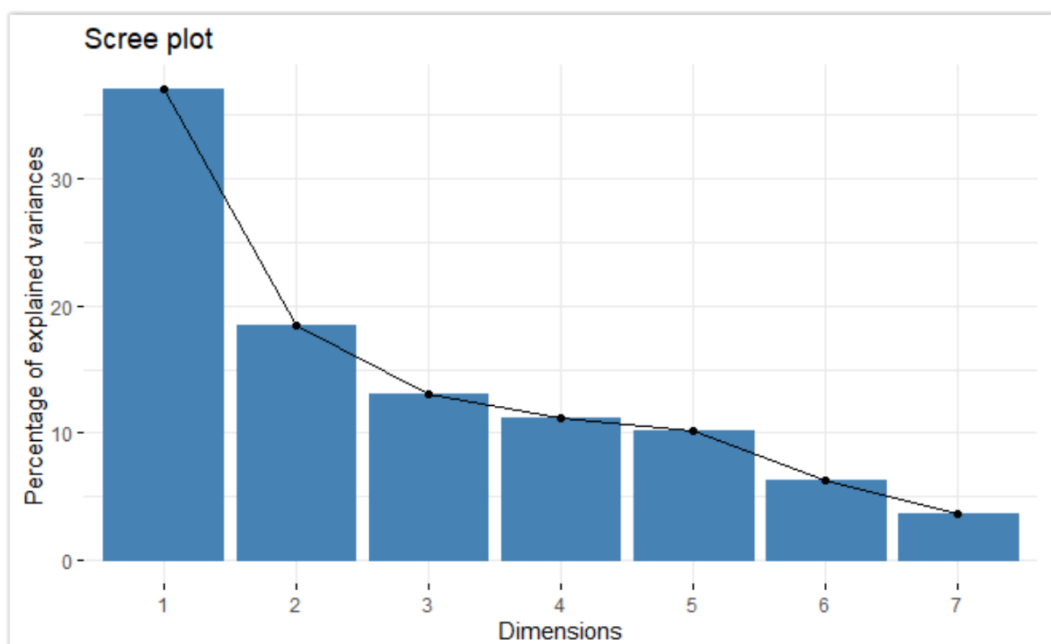
La PCA ci consente di spiegare gran parte dell'eterogeneità (55,49%) degli ospedali privati italiani con due sole dimensioni, il cui eigenvalue (autovalore) sono rispettivamente 2.593 e 1.292.

Tabella 3: Autovalori

	Eigenvalue
<b>Dim 1</b>	<b>2.593</b>
<b>Dim 2</b>	<b>1.292</b>
Dim 3	0.917
Dim 4	0.784
Dim 5	0.717
Dim 6	0.445
Dim 7	0.253

Fonte: elaborazione propria

Figura 4 Percentuale di spiegazione della varianza

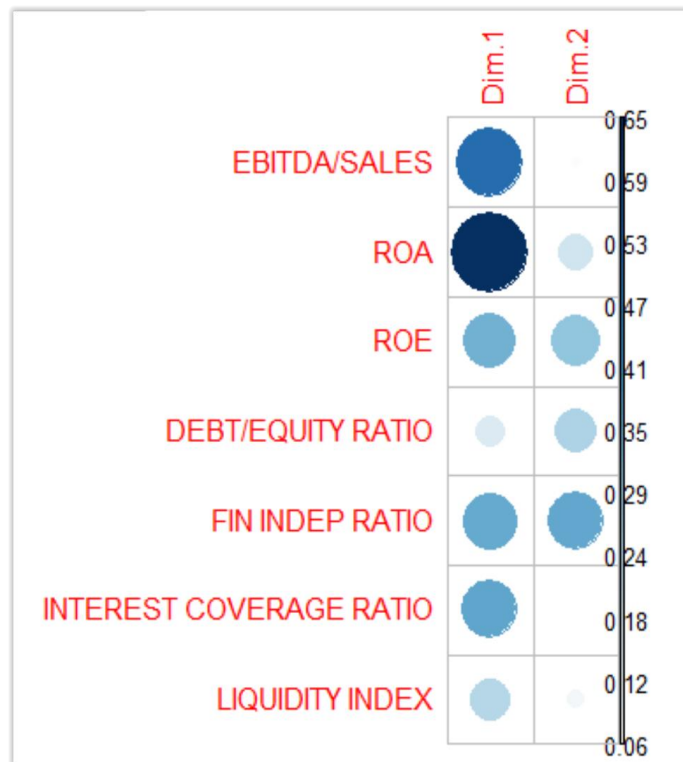


Fonte: elaborazione propria

La prima dimensione rilevante è spiegata dalla performance economica che spiega, in particolare, il 37% dell'eterogeneità degli attori che operano nel settore. La variabile principale all'interno di questa dimensione è costituita dal ROA, seguito da Ebitda/Sales ed infine dal ROE. La redditività operativa, quindi, è la variabile che meglio spiega gli aspetti di similarità e diversità degli ospedali privati. La seconda dimensione, individuata dalla PCA, è rappresentata dal profilo finanziario, che spiega il 18,5% della varianza del dataset. Internamente, l'indice di indipendenza finanziaria è la variabile di maggiore rilevanza, seguita dal Debt/equity ratio. In sintesi, la PCA restituisce una fotografica del settore dell'ospitalità privata che è schematizzabile lungo due assi che sono rispettivamente performance economica e profilo finanziario (Figura 5; Figura 6).

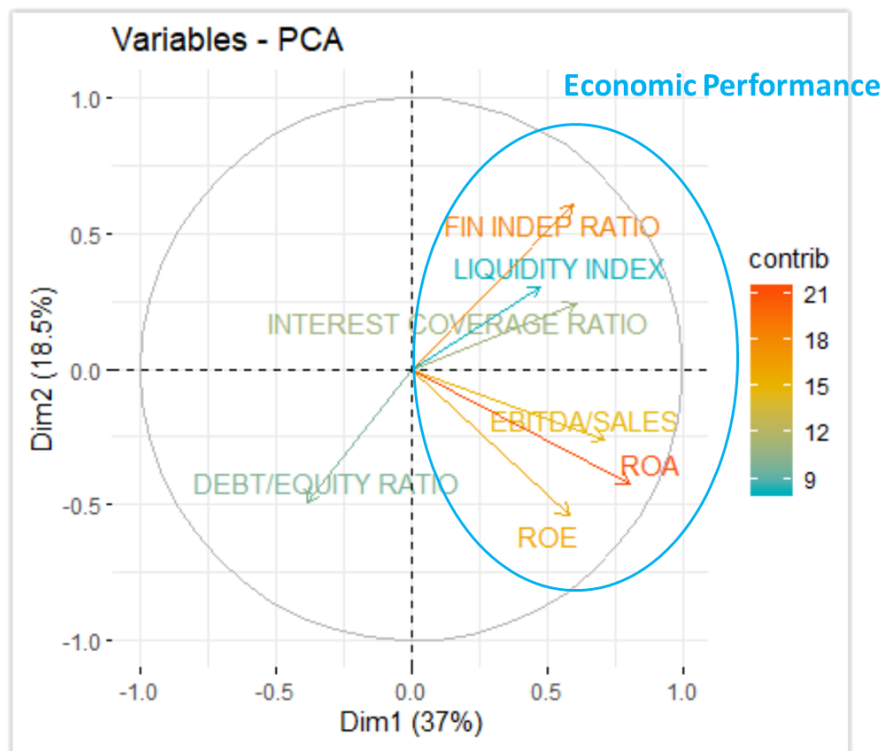


Figura 5: Variabili dei profili di performance economica e finanziaria



Fonte: elaborazione propria

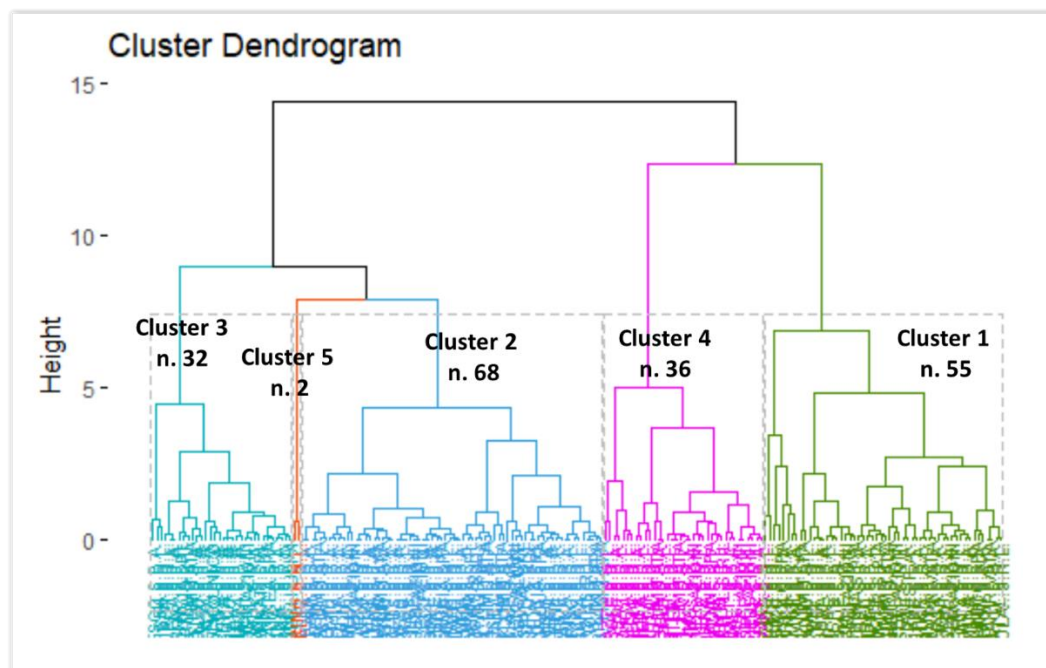
Figura 6



Fonte: elaborazione propria

Applicando un algoritmo di clusterizzazione gerarchica, con il criterio della massima differenza in Heights, sono stati mappati cinque cluster formati rispettivamente da: 55 CdC, 68 CdC, 36 CdC, 32 CdC e 2 CdC (Figura 7).

Figura 7: i cluster delle cinque Case di Cura



Fonte: elaborazione propria

Combinando le due analisi è possibile visualizzare su una matrice 2x2 il posizionamento 2016 di ciascuna CdC rispetto a performance economica e profilo finanziario. L'appartenenza ai cluster può essere rappresentata con colori diversi, così come può visualizzarsi il baricentro di ogni cluster, in questo caso con una bolla di maggiori dimensioni (Figura 8).

Figura 8: PCA Clustering findings



Fonte: elaborazione propria

La matrice facilita la comprensione del posizionamento (2016) delle CdC rispetto ai due insiemi di variabili rilevanti. È una matrice descrittiva perché ci consente di illustrare i dati economici finanziari delle CdC e dei cluster. La tabella che segue, infatti, sintetizza i dati medi delle variabili delle due dimensioni tanto in generale quanto per singolo cluster. Le tabelle successive indicano, invece, la deviazione dei dati medi (Tabella 4; Tabella 5).

Tabella 4

Variable	Cluster Mean					General Mean
	1	2	3	4	5	
EBITDA/SALES	13,46444	10,485	5,319375	17,89583	8,78	11,834
ROA	4,936296	3,845	0,3978125	10,65139	3,695	4,852
ROE	6,366481	8,549117647	-10,775625	23,58833	-1,35	7,431
DEBT/EQUITY RATIO	0,247222	2,753382353	1,9334375	0,922778	62,615	2,192
FIN INDEP RATIO	54,38074	19,54838235	24,4803125	31,86194	0,645	32,28
INTEREST COVERAGE RATIO	39,45815	6,16	7,11625	26,32	3,4	19,436
LIQUIDITY INDEX	2,311667	1,106323529	1,08375	1,426389	0,685	1,4972

Fonte: elaborazione propria

Tabella 5

Variable	Deviation from Mean				
	1	2	3	4	5
EBITDA/SALES	1,63	-1,35	-6,51	6,06	-3,05
ROA	0,08	-1,01	-4,45	5,80	-1,16
ROE	-1,06	1,12	-18,21	16,16	-8,78
DEBT/EQUITY RATIO	-1,94	0,56	-0,26	-1,27	60,42
FIN INDEP RATIO	22,10	-12,73	-7,80	-0,42	-31,64
INTEREST COVERAGE RATIO	20,02	-13,28	-12,32	6,88	-16,04
LIQUIDITY INDEX	0,81	-0,39	-0,41	-0,07	-0,81

Fonte: elaborazione propria

Definendo per ogni variabile la media generale di ogni singolo cluster. Visualizzando la matrice, maggiore è il valore intuitivo. Il cluster 1 si posiziona nel quadrante di buona performance economico-finanziaria e buon profilo finanziario (positivo, positivo). La redditività operativa (ROA) è mediamente in linea con il valore medio generale, ma l'indice di indipendenza finanziaria è 22 punti percentuali superiore alla media generale. Questo cluster comprende 55 CdC.

Il cluster 2, il più numeroso con 68 CdC, è nel quadrante speculare al precedente. In altri termini, le CdC di questo cluster hanno performance economiche ridotte e profili finanziari meno stabili. Il ROA medio dei cluster è inferiore di circa 1 punto percentuale rispetto al cluster 1, ma in termini di indice di indipendenza finanziaria la media del cluster 2 è circa 2,5 volte inferiore.

Sempre nel medesimo quadrante (negativo, negativo) con una situazione di gran lunga peggiore ci sono le CdC del cluster 5 dove si nota un profilo finanziario appesantito da un forte indebitamento.

Spiegati i due quadranti con valori delle dimensioni simili, passiamo a illustrare gli altri due quadranti. Il cluster 3 (n=36) ha un buon profilo finanziario, ma un'inferiore redditività operativa (-4,45%).

Specularmente il cluster 4 (n=32) ha valori interessanti per performance economica (ROA = + 5,80%).

Descrittivamente la matrice può essere utile agli analisti e ai valutatori d'aziende per comprendere il posizionamento delle CdC, che non sono quotate e, quindi, con problemi di identificazione di benchmark, e metriche di pricing delle medesime.

La matrice che è stata rappresentata non solo è descrittiva; è anche prescrittiva. Può essere, infatti, un'agevole mappa per individuare i percorsi virtuosi di miglioramento per raggiungere posizionamenti migliori. In tal senso, tanto manager quanto policy-maker, possono individuare, autonomamente o come policy di settore, i sentieri di evoluzione.

Inoltre, un'ulteriore considerazione può farsi circa la rappresentazione delle dinamica. Come descritto poc'anzi fa riferimento alla dinamica prospettica, ai sentieri di sviluppo. Ma è possibile avere sensazione anche di una dinamica retrospettiva. In questo lavoro, infatti, sono stati proiettati tutti i valori delle CdC del 2008 e del 2012 come variabili supplementari. Questi valori rispetto a quelli del 2016, con cui è stato fotografato il posizionamento, consentono di comprendere l'evoluzione di ciascuna CdC lungo le 2 dimensioni rilevanti. Questo esercizio è stato sintetizzato per singola Regione. La tabella 6 da conferma di ciò e ci concentriamo sulle Regioni con una maggiore presenza di privato ospedaliero accreditato.

Tabella 6

Region	Moved to (or from) Best Configurations in economic performance		Moved to (or from) Best Configurations in financial profile	
	2008 -> 2012	2012 -> 2016	2008 -> 2012	2012 -> 2016
Abruzzo	0%	0%	17%	0%
Calabria	4%	4%	0%	4%
Campania	6%	10%	3%	13%
Emilia-Romagna	6%	3%	9%	6%
Friuli-Venezia Giulia	0%	8%	8%	0%
Lazio	2%	4%	5%	5%
Liguria	0%	17%	0%	17%
Lombardia	9%	4%	5%	9%
Marche	7%	20%	0%	7%
Molise	0%	17%	17%	0%
Piemonte	3%	8%	3%	11%
Puglia	0%	8%	11%	3%
Sardegna	0%	0%	0%	0%
Sicilia	8%	5%	8%	3%
Toscana	7%	7%	0%	0%
Trentino-Alto Adige	11%	22%	11%	0%
Umbria	0%	0%	0%	33%
Veneto	0%	8%	8%	8%

Fonte: elaborazione propria

La Lombardia è una Regione con un modello di competizione quasi paritario tra pubblico e privato e non è mai entrata in Piano di Rientro; gode di un FSR di grandi dimensioni, accresciuto da un positivo saldo della mobilità extra-regionale. Nel primo quadriennio, il 9% delle sue CdC ha migliorato la performance economica, la dinamica è stata speculare nel secondo quadriennio registrando un miglioramento del (4%) sul versante della performance economica e un miglioramento maggiore (9%) per il profilo finanziario. Lazio, Campania e Sicilia sono Regioni con elevata presenza di CdC accreditate; sono entrate in PdR nel 2007 e lo erano anche nel 2016. Lazio e Campania sono state anche Commissariate. Nei due quadrienni, nel Lazio il miglioramento lungo le due dimensioni è stato lievissimo; diversamente in Campania il miglioramento ha riguardato soprattutto l'indipendenza finanziaria. Diversamente, in Sicilia, dove il miglioramento è stato maggiore sul

profilo della redditività operativa. Anche la Calabria mostra solo un lieve miglioramento delle due dimensioni nei due quadrienni.

## **Conclusioni**

In questo capitolo, attraverso due tecniche statistiche usate in maniera combinata, sono stati individuati (i) le dimensioni economico-finanziarie più rilevanti delle CdC italiane; (ii) il loro posizionamento (2016); (iii) le principali configurazioni (n=5); (iv) il percorso evolutivo compiuto dalle medesime, a livello regionale, a partire dal 2008, quando era cominciato il periodo di maggiore instabilità macro-economica.

Vari sono gli elementi di originalità dello studio. Il primo contributo è quello di svolgere un'indagine su un tema negletto (ospedali privati) in economia aziendale e su un versante (gli aspetti economico-finanziari) mai finora esplorato. Oggi tuttavia, il tema in questione è di grande attualità e rilevanza perché si tratta di aziende di tipo familiare che attraversano una fase di profonda evoluzione settoriale che necessita di capacità strategiche e manageriali non indifferenti per riuscire a sopravvivere. Il secondo contributo è, certamente, la metodologia: due tecniche statistiche con cui sono state individuate 5 configurazioni-tipo degli ospedali privati italiani. Gli studi configurazionali hanno una ricca, ma non ampia, tradizione negli studi di strategia e organizzazione. In questo capitolo è stato utilizzato un set di metodi quantitativi, ma nel capitolo successivo, l'analisi sarà completata con un'analisi comparativa di tipo qualitativo. La stessa arricchirà di informazioni il profilo di ciascuna configurazione. Già, tuttavia, ora, con le attuali configurazioni possiamo individuare alcune implicazioni utili per la platea di soggetti interessati.

### **Implicazioni per la ricerca**

Nell'ultimo decennio, negli studi manageriali si osserva un progressivo uso di metodi qualitativi per rendere le analisi più ricche e profonde, diversamente da una prevalente tradizione di studi quantitativi. Ad ogni modo, le metodologie statistiche possono essere impiegate, non tanto per analisi casuali, ma anche per individuare caratteri e trend "nascosti" difficilmente percepibili, come avvenuto in questo capitolo dove utilizzando i dati economico-finanziari sono state identificate le principali variabili che spiegano l'eterogeneità degli ospedali privati e le loro configurazioni-tipo. Questo tipo di indagine è sicuramente un terreno fertile almeno per due ordini di motivi: l'uso di tecniche statistiche in accounting e management, in uno scenario, è fondamentale nei casi in cui si hanno a disposizione maggiori volumi di dati, a maggiore eterogeneità, ad una velocità molto elevata. L'unico modo per affrontare questa sfida è proprio la capacità dei ricercatori di usare appropriatamente tecniche statistiche. Il secondo motivo è la necessità di "dare ordine", di classificare, di tipizzare i fenomeni osservati, di individuare configurazioni-tipo che poi possono essere risultati intermedi per ulteriori approfondimenti.

### **Implicazioni per management e policy-maker**

Le due dimensioni rilevanti per le CdC sono la performance economica, in primis, la redditività operativa, ed il profilo finanziario, vale a dire principalmente l'indice di indipendenza finanziaria. È sufficiente disarticolare questi due principali indicatori nelle loro rispettive determinanti per avere un quadro di riferimento delle leve da azionare per migliorare il proprio posizionamento o per politiche settoriali di rafforzamento del comparto.



## Bibliografia Capitolo 2

Alzate, Carlos; Suykens, Johan AK. Multiway spectral clustering with out-of-sample extensions through weighted kernel PCA. *IEEE transactions on pattern analysis and machine intelligence*, 2010, 32.2: 335-347.

Amaduzzi, A. L. D. O. "L'azienda nel suo sistema operante e nell'ordine delle sue rilevazioni." (1978).

Amatucci, F. "I tempi di pagamento nelle aziende sanitarie. Modelli organizzativi e strumenti a confronto." (2013): 355-391.

Amoroso, Nicola, Patrizio Armeni, and Francesco Costa. "La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione." (2016): 155-200.

Anessi Pessina, Eugenio, and Elena Cantu. "Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto ei principali risultati." (2012): 3-18.

Brusoni, Manuela, and Marta Marsilio. "La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali." (2007): 373-408.

Cantarelli, Paola, Federico Lega, and Francesco Longo. "La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti." (2017): 363-380.

Cantù, Elena, and Clara Carbone. "Gli assetti istituzionali dei SSR." (2014): 287-318.

Cantù, Elena, and Clara Carbone. "I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie." *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi* (2007): 247-70.

Cantù, Elena, and Longo Francesco. "Le determinanti della sostenibilità del SSN: evidenze dal Rapporto OASI 2014 e prospettive future." (2014): 1-28.

Carbone C., Longo F., Ricci A., «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2014, Milano, Egea, (2014) pp. 437-462.

Carbone C., Petracca F., «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività », in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2015, Milano, Egea, (2015) pp. 185-209.

Carbone, C., and A. Prenestini. "I modelli organizzativi e di gestione degli outpatient: un'analisi di sei casi aziendali." (2015): 347-387.

Carbone, C.. Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico. EGEA spa 2013.

Carbone, Clara, et al. "Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile." (2007): 435-461.

Carbone, Clara, Francesco Longo, and Alberto Ricci. "Il posizionamento strategico degli ospedali accreditati: analisi delle leve competitive." (2014): 437-462.

Caves, Richard E., et al. "Essays on industrial organization in honor of Joe S. Bain." (1976): 39-69.

Cuccurullo, C. Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance (2005). (pp. 1-265). CEDAM.

Cuccurullo, Corrado. "Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro." (2012): 219-243.

Cuccurullo, Corrado; Pennarola, Gianpaolo. Strategia e performance nelle aziende ospedaliere: analisi, pianificazione e valutazione. EGEA spa, 2017.

Del Vecchio, M., F. Lega, and A. Prenestini. "Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle aziende sanitarie." (2017): 383-404.

Del Vecchio, Mario, et al. "I consumi privati in sanità." (2014): 223-250.

Del Vecchio, Mario. "Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica." *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica* (2003): 1000-1026.

Eisenhardt, Kathleen M. "Building theories from case study research." *Academy of management review* 14.4 (1989): 532-550.

Furnari, Alessandro, Attilio Gugiatti, and Francesco Petracca. "La struttura e le attività del SSN." (2016): 83-153.

Gapenski, Louis C., and George H. Pink. *Understanding healthcare financial management*. Chicago: Health Administration Press, 2007.

Jommi C., Lecci F. «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea. 2005.

Kumar, Praveen, and Alessandro Zattoni. "Ownership, managerial entrenchment, and corporate performance." (2014): 1-3.

Lassini, Ugo, Andrea Lionzo, and Francesca Rossignoli. "Does business model affect accounting choices? An empirical analysis of European listed companies." *Journal of Management & Governance* 20.2 (2016): 229-260.

Lassini, Ugo, Andrea Lionzo, and Francesca Rossignoli. "Does business model affect accounting choices? An empirical analysis of

European listed companies." *Journal of Management & Governance* 20.2 (2016): 229-260.

Lega, Federico, Francesco Petracca, and Alberto Ricci. "Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grandi player ospedalieri." (2018): 179-207.

Longo, Francesco, and Alberto Ricci. "Tendenze evolutive del settore sanitario: nuove ipotesi interpretative per una diversa agenda di policy e di management." (2016): 1-29.

Nylund, Karen L., Tihomir Asparouhov, and Bengt O. Muthén. "Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study." *Structural equation modeling: A multidisciplinary Journal* 14.4 (2007): 535-569.

Peeters, Luk; Dassargues, Alain. Comparison of Kohonen's Self-Organizing Map algorithm and principal component analysis in the exploratory data analysis of a groundwater quality dataset. 2006.

Petracca F.; Ricci A. Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti. Rapporto OASI 2017.

Petracca, Francesco, and Alberto Ricci. "Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale." (2016): 201-223.

Resta, Marina; Garelli, Roberto; Dameri, Renata Paola. Mapping Financial Performances in Italian ICT-Related Firms via Self-organizing Maps. In: *Network, Smart and Open*. Springer, Cham, (2018). p. 271-281.

Saggese, S., Sarto, F., & Cuccurullo, C. Evolution of the debate on control enhancing mechanisms: A systematic review and bibliometric

analysis. *International Journal of Management Reviews*, (2016).18(4), 417-439.

Zattoni A., *Corporate Governance*, Egea: Milano (2015).

Zelman, William N., George H. Pink, and Catherine B. Matthias. "Use of the balanced scorecard in health care." *Journal of health care finance* 29.4 (2003): 1-16.

**Capitolo 3**  
**Le Case di Cura private:**  
**un'analisi configurazionale di tipo qualitativo**

**1. Le determinanti della performance economico-finanziaria degli ospedali**

Gli ospedali in Italia, come in tutti i Paesi sviluppati, avvertono una forte pressione a ridurre spese e costi operativi (Del Vecchio et al., 2014). I meccanismi di finanziamento più innovativi, come il pay for performance, e le iniziative per il miglioramento della qualità esasperano, non mitigano, queste pressioni (Langabeer et al., 2010) che hanno indotto e, tuttora, guidano a fusioni, acquisizioni, conversioni e chiusure anche in Italia (Carbone 2013; Del Vecchio et al., 2014), sulla scia di quanto sta avvenendo altrove, principalmente negli USA (Ly et al, 2011; Liu et al, 2011; Kaufman et al, 2016).

In questo scenario, soltanto sostenibili configurazioni economico-finanziarie consentono agli ospedali privati di sopravvivere nel tempo. Ciò può comportare, ai fini del mantenimento o del miglioramento dei margini operativi, eventualmente anche modifiche, minime o radicali, del proprio modello di business.

Comprendere le determinanti del valore ha implicazioni manageriali non indifferenti, specie in un contesto in cui il finanziamento pubblico tende a ridursi o stabilizzarsi. Esiste un ampio volume di ricerche che si occupa di identificare determinanti delle performance economico-finanziarie degli ospedali, con evidenze piuttosto frammentarie: manca una sintesi dei principali risultati, così come un quadro

concettuale di riferimento per analisti, policy-maker e management (Holt et al., 2011).

Questo capitolo amplia precedenti sintesi della ricerca (Langabeer et al., 2010; Holt et al., 2011), mediante l'analisi di casi studio che coincidono con le Case di Cura più prossime al baricentro dei cinque cluster, individuati nel capitolo 2.

Il capitolo segue fornendo un quadro concettuale di riferimento, poi descrivendo i metodi di analisi e ricerca fondati sui casi studio, illustrando e discutendo i risultati.

## **2 Un quadro concettuale di riferimento**

Le determinanti della performance economico-finanziaria degli ospedali sono riconducibili alle seguenti categorie (Cuccurullo, Pennarola, 2017; Langabeer et al., 2010):

1. driver strategici come location, dimensioni (pl), accreditamento, teaching status, assetto proprietario;
2. driver strutturali di settore, vale a dire regolamentazione, intensità competitiva, innovazioni tecnologiche andamento dell'economia generale, demografia e le dinamiche settoriali, come i processi di consolidamento (M&A, conversioni), il downsizing;
3. driver operativi, tassi di occupazione dei posti letto, degenza media, volumi di prestazioni, case mix, payor mix;
4. risorse umane in termini di FTE per profilo (medici, infermieri e altei operatori) relativizzati per posto letto;

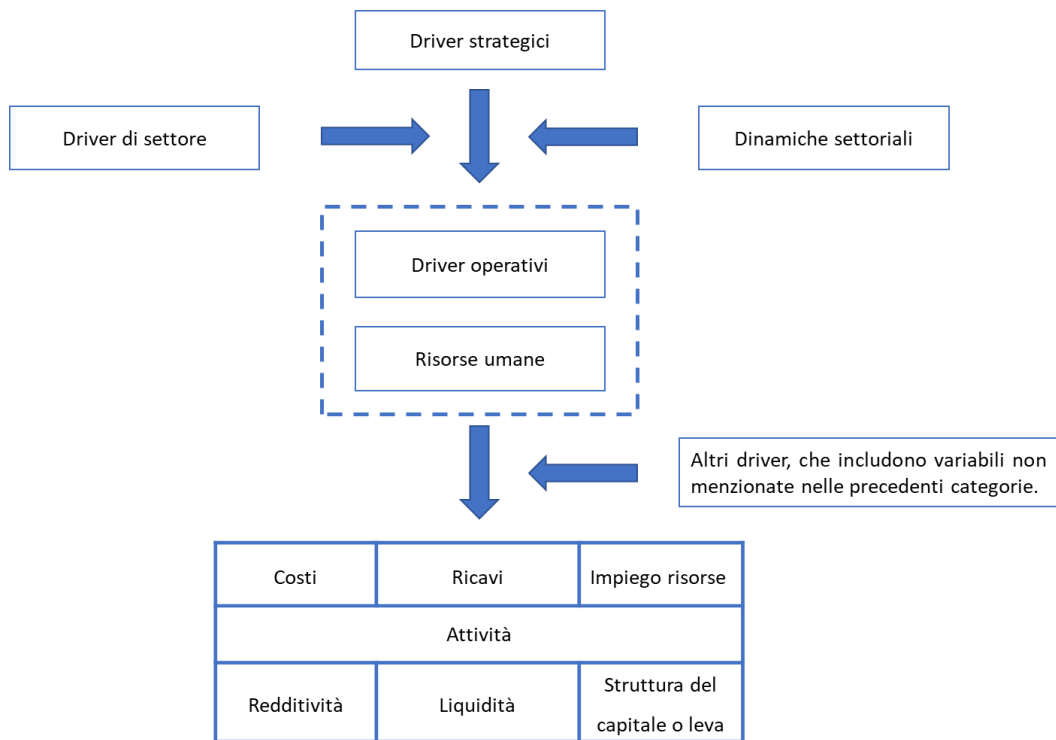
5. altri driver, che includono variabili non menzionate nelle precedenti categorie.

Sebbene, oggi, la performance, in ogni classe di azienda, ma principalmente nelle aziende pubbliche e sanitarie, si intenda in ottica multidimensionale, sotto il profilo economico-finanziario possono comunque distinguersi sette diverse sotto-dimensioni nell'ordine (Pink et al, 2007; Cleverley, Cameron, 2003; Gapenski, 2007; Mclean, 2003; Nowicki, 2004; Zelman et al., 2003):

- redditività;
- liquidità;
- struttura del capitale o leva;
- attività;
- costi;
- ricavi;
- impiego risorse



Figura 1: Driver e performance economico-finanziarie degli ospedali privati



Fonte: elaborazione propria

In una recente review sistematica della letteratura, (n=81 studi), gli Autori hanno sintetizzato quantitativamente e qualitativamente, gli studi sulla performance finanziaria degli ospedali negli ultimi 20 anni (1996-2016). I principali risultati sono:

- 1) L'interesse per il tema della performance economico-finanziaria degli ospedali è scemato nel tempo a partire dal 1995. Questa tendenza sembra essere associata all'introduzione dei DRG.
- 2) Le metriche di redditività, in particolare quelle asset side, costi e ricavi prevalgono su altre dimensioni di performance quali attività, struttura del capitale, liquidità e impiego risorse. Ciò non sorprende, dato l'uso comune e la conseguente familiarità delle metriche di redditività, costi e ricavi sia tra professionisti che tra ricercatori.

Tuttavia, dato che la maggior parte degli ospedali non ha scopo di lucro, sorprende che le altre misure e prospettive siano poco impiegate. Ad esempio, l'analisi di metriche di efficienza e produttività delle risorse può fornire approfondimenti sui potenziali interventi che possono in definitiva condurre a una migliore redditività (Cuccurullo, Pennarola, 2017; Velez-Gonzalez et al., 2012).

3) I risultati sono contrastanti o non significativi per la maggior parte delle relazioni per questioni metodologiche<sup>xix</sup>. Nonostante i risultati contrastanti per la maggior parte delle relazioni osservate, ci sono alcune relazioni che possono essere evidenziate. Di seguito si illustrano

4) Le maggiori dimensioni (pl) sono associate a margini operativi più elevati. Le associazioni positive tra dimensione dell'ospedale e margini operativi suggeriscono economie di scala o la capacità degli ospedali più grandi di distribuire i loro costi su un numero maggiore di servizi e generare margini migliori. La maggiore occupazione dei posti letto è principalmente associata a margini operativi più elevati. Una possibile ragione che spiega questa associazione sono le economie di scala, poiché più letti occupati aiutano a distribuire costi fissi su un maggior numero di pazienti.

5) Il case mix è associato positivamente tanto a costi operativi quanto a ricavi operativi; ne consegue l'assenza di associazione significativa con il margine operativo. Ciò indica che all'aumentare della gravità dei casi trattati negli ospedali, aumentano anche i ricavi e le spese. Poiché entrambi crescono proporzionalmente in genere, ciò si traduce in un margine operativo non significativo. Pertanto, i risultati suggeriscono che il case mix non influisce sulla redditività operativa e

che il rimborso per la combinazione di casi più elevati sembra essere commisurato al livello più elevato di risorse richiesto.

6) La relazione tra teaching status, payor mix e performance dovrebbe essere maggiormente esplorata. La relazione tra teaching status e performance varia in base alla metrica utilizzata (il 30% era negativo e il 70% non significativo). Il doppio canale di finanziamento, ovvero la presenza di entrate non operative può essere rilevante. Gli ospedali con più elevata percentuale di entrate da sistemi pubblici o mutualistici hanno maggiori pressioni per ridurre i costi.

### **3. Metodi: l'analisi qualitativa mediante casi-studio**

Il metodo dei casi-studio consente di analizzare i fenomeni aziendali contemporanei in setting reali con pochi, olistici ed approfonditi casi, talvolta addirittura singoli (Flyvbjerg, 2011; Hammersley, Gomm, 2002; Stake, 2005; Yin, 2009). Considerandone la lunga storia e l'ampia applicazione, il metodo dei casi ha la sua forza nel produrre nuove intuizioni teoriche derivanti dai risultati contestualizzati di casi specifici (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt, Graebner, 2007; Hammersley, Gomm, 2002; Sigglekow, 2007). In management e accounting, un numero crescente di casi qualitativi ha generato contributi sostanziali per una varietà di aree di ricerca diverse, principalmente in strategia. Nonostante ciò, tuttavia, l'analisi di questi casi, spesso, non ha avanzato il fronte delle conoscenze. Circostanza che può derivare dal fatto che la maggior parte dei ricercatori progetta la propria ricerca per collezionare nuovi dati primari, e non per cumulare evidenze convergenti (Rousseau et al., 2008).

Per superare tale ostacolo, la sintesi di casi-studi qualitativi è particolarmente indicata, sebbene sia piuttosto rara nel panorama delle pubblicazioni scientifiche, con alcune eccezioni in campo medico e sociale, dove è più ampia e maggiormente condivisa la pratica basata sulle evidenze scientifiche (ad esempio, Denyer et al., 2003; Noblit, Hare, 1988; Sandelowski, Barroso, 2007). La sintesi di studi qualitativi è speculare alle meta-analisi, vale a dire la sintesi di evidenze empiriche quantitative, oggi approccio dominante (Cooper, 2010; Glass, 1977; Hunter et al., 1982). Le meta-analisi offrono una serie di valide scelte metodologiche e procedure volte a migliorare il potenziale predittivo e l'utilità pratica nei campi di applicazione (ad es. Aytug et al., 2012; Carlson e Ji, 2011; Cortina, 2003; Kisamore, Brannick, 2008; Schmidt, 2008).

L'assenza di procedure di "aggregazione" di evidenze qualitative di casi-studio primari ha importanti implicazioni per lo sviluppo delle conoscenze in management e accounting. In primo luogo, i casi sono spesso ricchi di risultati, ma giungono a conclusioni, frequentemente, divergenti sullo stesso fenomeno che ne rendono ardua l'interpretazione. Molte volte, nuovi casi producono ugualmente risultati non univoci (Carlson, Ji, 2011). In secondo luogo, il ritmo ed il paradigma di produzione della conoscenza produce risultati frammentari, a volte con risultati inconciliabili che non contribuiscono, in modo significativo, alla piena comprensione di un fenomeno di interesse (Rousseau et al., 2008; Sandelowski, Barroso, 2007). Più criticamente, i casi-studio tendono a rimanere risultati isolati, autonomi senza poter essere sintetizzati per un maggiore potenziale vantaggio cumulativo ai fini dell'avanzamento delle conoscenze. Cumulando evidenze di ricerche con simili interessi, si

può sviluppare conoscenza, sfruttando una più ampia serie di studi che si concentrano su un fenomeno identico in contesti simili. In questo modo, i risultati isolati vengono riproposti per giungere a una teoria più generale (Yin, 2009). L'obiettivo di una meta-sintesi è costruire la teoria, perfezionando o estendendo la teoria esistente o generando nuova teoria.

La motivazione di questo capitolo è quella di sviluppare un progetto di meta-sintesi di casi qualitativi. Una meta-sintesi è definita come una ricerca esplorativa di tipo induttivo che sintetizza casi-studio qualitativi allo scopo di fornire un contributo di più ampia generalizzazione rispetto agli studi originali. Una meta-sintesi costituisce una sintesi interpretativa di casi-studio qualitativi primari che non sono stati intesi come parte di un organico studio multi-sito. Alla luce di quanto appena detto, questa sezione può servire come risorsa guida per gli studiosi che desiderano sintetizzare studi di casi qualitativi in campo manageriale.

Successivamente, seguendo recenti lavori sulle meta-analisi, si propongono dieci passaggi per condurre una meta-sintesi. In quanto tale, la meta-sintesi è intesa come uno studio completo stesso che mira a estrarre, analizzare e sintetizzare evidenze qualitative per costruire la teoria.

I contributi metodologici di questo capitolo sono due. Dapprima, si offre una distinzione tra sintesi di ricerca costruite con prospettive diverse che rappresentano diversi paradigmi di studi. Diversamente da review della letteratura convenzionali o sistematiche (Rousseau et al., 2008; Tranfield et al., 2003), una meta-sintesi cerca di sintetizzare le variabili chiave e le relazioni utilizzando una serie di case-study qualitativi per giungere a un raffinato, esteso, o persino nuova teoria.

### 3.1 Tipologie

Il contributo di maggiore impatto, oltre 55.000 citazioni<sup>xx</sup> per l'impiego di casi-studio in management, è Eisenhardt (1989) che propone un workflow per costruire teorie da casi studio qualitativi, chiarendo come si posiziona il metodo dei casi nel più ampio contesto della ricerca nelle scienze sociali.

Tradizionalmente, si sviluppa la teoria combinando i risultati delle precedenti ricerche e le esperienze attraverso le sintesi di casi-studio.

In letteratura esistono varie teorie per la costruzione concettuale sulla base delle evidenze qualitative:

1. la grounded theory di Glaser e Strauss (1967) e Strauss, (1987), che introduce un metodo iterativo. La grounded theory sostiene l'emergere di categorie teoriche esclusivamente da evidenze con un approccio incrementale nella selezione dei casi e nella raccolta dei dati.
2. il contributo di Yin (1981, 1984), che ha descritto i casi-studio come metodo di ricerca, sviluppando una tipologia di case-study e definendo la logica di replicabilità essenziale per l'analisi di più casi. Il suo approccio sottolinea i criteri di validità e affidabilità dei progetti di ricerca sperimentale nella progettazione dei casi studio.
3. Miles e Huberman (1984), che hanno illustrato tecniche specifiche per l'analisi dei dati qualitativi, mediante una varietà di strumenti, come tabelle e grafici per gestire e presentare dati qualitativi, senza limitare la significatività dei dati attraverso un'intensa codifica.

Accanto a questi tre contributi, ve ne sono altri che costituiscono loro varianti (ad es. Gersick, 1988; Leonard-Barton, 1988; Harris, Sutton,

1986) per la costruzione della teoria dai casi. Ad esempio, Sutton e Callahan (1987) sono stati i pionieri di un uso intelligente del cosiddetto “devil’s advocate approach”; Pettigrew (1988) ha aggiunto la tecnica della triangolazione; Bourgeois e Eisenhardt (1988) hanno introdotto altre particolari tecniche di analisi; Van Maanen (1988) ha introdotto l’etnografia; Jick (1979) ha affinato la tecnica della triangolazione; infine Mintzberg (1979) ha fornito ulteriori elementi di cornice per la teoria della costruzione concettuale dei case study.

Mentre i metodi di analisi dei casi, ai fini della costituzione di una teoria, si sono continuamente affinati nel tempo, molti ricercatori ancora mostrano lacune sulla conoscenza delle diverse tipologie di casi che possono distinguersi:

- per numero, in casi singoli o multipli (Yin, 1984);
- per livello di analisi, in casi integrati internamente o multilivello (Yin, 1984);
- per metodologia, in casi studio che combinano vari metodi di raccolta dati di archivio, interviste, questionari e osservazioni; per evidenze in casi qualitativi (testo), quantitativi (valori) o combinati.
- per scopi, in casi che possono essere impiegati per descrivere (Kid, 1982), testare teorie (Pinfield, 1986; Anderson, 1983), o costruirle (ad es. Gersick, 1988; Harris, Sutton, 1986).

Una particolare tipologia è costituita dalla meta-sintesi. Più in generale, i casi studio sono di tipo induttivo ed interpretativo o più descrittivi e comparativi in ottica post positivista (Eisenhardt, 1989;

Eisenhardt, Graebner, 2007; Flyvbjerg, 2011; Sigglekow, 2007; Yin, 2009), mentre

una meta-sintesi è definita come un progetto di ricerca induttiva esplorativa per sintetizzare case-study qualitativi primari allo scopo di fornire contributi oltre a quelli conseguiti negli studi iniziali un meta-studio perché comporta il cumulo di casi studio precedenti e più precisamente la estrazione, analisi e sintesi delle loro evidenze.

Una meta-analisi si dimostra utile per vari motivi.

Primo, il metodo dei case study è guidato da progetti di ricerca complessi per indagare la natura unica di fenomeni aziendali con diversi metodi (ad es. Miles et al., 1994). Il ricercatore che adatta i casi-studio di solito è interessato a un fenomeno specifico e desidera comprenderlo in modo esaustivo. Tale comprensione non è generata dal controllo delle variabili, ma piuttosto osservando tutte le variabili, le loro relazioni interagenti, nonché i contesti e le condizioni che sono altamente pertinenti al fenomeno in studio (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt, Graebner, 2007; Flyvbjerg, 2011; Yin, 2009). Un caso di studio ha la capacità di abbracciare una varietà delle fonti di dati e una serie di metodologie diverse che portano a risultati qualitativi approfonditi che sono legati ai loro contesti specifici (Miles, Huberman, 1994; Yin, 2009).

Secondo, le caratteristiche sopra menzionate della ricerca di casi studio, il disegno di ricerca, in particolare le sue scelte e procedure metodologiche, devono essere abbastanza ampie da mantenere un senso di diversità contestuale. Pertanto, è necessario di sintetizzare le varie intuizioni del case-study in una teoria, senza eccessi di semplificazione.



A differenza delle *literature review* che cercano di fornire un corpo concettuale consolidato da concetti frammentari (Sandelowski, Barroso, 2007; Tranfield et al., 2003), i benefici di una meta-sintesi riguardano il consolidamento empirico di studi primari per costruire la teoria (Ridder et al., 2009; Ridder et al., 2012; Snow, 2004; Yin, 2009). La teoria esistente viene estesa da contesti di ricerca particolari a contesti più generici, come chiave per il cumulo delle evidenze (Colquitt et al., 2007; Edmondson, McManus, 2007). Inoltre la sintesi delle evidenze serve a perfezionare la teoria esistente in termini di modifica, integrazione o persino negazione (Burawoy, 1998; Snow, 2004). Oppure la varietà dei risultati degli studi primari può portare all'identificazione di contraddizioni e prove devianti che producono contro-intuizioni di una teoria esistente (Burawoy, 1998; Sigglekow, 2007). Quindi, la meta-sintesi può mirare a perfezionare la teoria esistente introducendo fattori significativi come nuove condizioni di cornice o vincoli situazionali a una relazione o un processo esistente (Colquitt, Zapata-Phelan, 2007). Infine, una meta-sintesi genera teoria. In effetti, la sintesi di casi studio primari non è ancora in grado di rilevare relazioni e processi inesplorati come base per la nuova teoria. Tuttavia, la meta-sintesi può portare all'identificazione di un nuovo costrutto o di una relazione di cui la teoria esistente non rende conto o alla sostanziale riconcettualizzazione di un costrutto esistente (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt, Graebner, 2007). Indipendentemente dal tipo di contributo, possono essere costruiti studi successivi su una meta-sintesi usando un nuovo costrutto, relazione, meccanismo o percorso ordinato dal processo come input che informa le decisioni su campioni, contesti o variabili da includere in un test teorico struttura. Quindi, le meta-sintesi possono sviluppare teorie induttive che

configurano le ricche evidenze qualitative con la ricerca deduttiva tradizionale (Eisenhardt, Graebner, 2007; Shah, Corley, 2006).

### **3.2 Approcci di analisi**

Le sintesi di ricerca sono, pertanto, necessarie perché il presupposto dell'avanzamento scientifico risiede nel cumulare evidenze da ricerche frammentarie (Hunt, 1997; Hunter et al., 1982). Più in generale, i meta-studi - letteralmente, analisi di altre analisi - intendono lo sviluppo della conoscenza come costruzione evolutiva (Glass, 1977). Tale prospettiva si basa sulla analisi di evidenze che risultano da processi di frammentari di produzione della conoscenza (Campbell, 1974; Weick, 1989). Da questo punto di vista, la conoscenza non solo deriva da un progresso radicale (Kuhn, 1962), ma può emergere anche dall'integrazione di evidenze precedenti (Campbell, 1974). All'interno della più ampia gamma di sintesi (Rousseau et al., 2008), si distinguono tre approcci - il positivismo, il post-positivismo e il costruttivismo - che caratterizzano la natura della sintesi di ricerca come attività di aggregazione, interpretazione e traslazione. Non è tra le finalità di questo capitolo occuparsi dell'aspetto filosofico delle sintesi di ricerca, per cui il focus è sulle caratteristiche principali di questi tre macro-tipi.

Tabella 1: Le diverse tipologie di approcci

Fonti	Approccio	Sintesi	Scopo	Focus
<b>Positivismo</b>	Aggregativo	Meta-analisi di studi quantitativi	Previsioni	Effetto-dimensione
<b>Post positivismo</b>	Interpretativo	Meta-analisi di studi qualitativi	Interpretazioni	Categorie modelli
<b>Costruttivismo</b>	Traslative	Meta-analisi di studi quantitativi	Interpretazioni	Schemi mentali degli attori

Fonte: elaborazione propria

### **Sintesi aggregative: le meta-analisi quantitative**

Per l'approccio positivista (Rousseau et al., 2008), le meta-analisi sono uno tra i modi principali per costruire una teoria predittiva o una teoria sperimentale (Aytug et al., 2012; Cooper, 2010; Hunt, 1997; Wanous, et al., 1989). In questa prospettiva, la conoscenza è convenzionalmente aggregata nella forma di leggi di causa-effetto (Gioia, Pitre, 1990; Guba, Lincoln, 1994; Lincoln, Guba, 1985). Una meta-analisi tratta i risultati di altri studi come dati primari e sintetizza statisticamente ampie evidenze empiriche pubblicate in varie fonti ed in tempi diversi (ad es. Aguinis et al., 2011; Aguinis et al., 2008; Carlson e Ji, 2011; Daltoon, Dalton, 2008; Glass, 1977; Schmidt, 2008). La meta-analisi fornisce una stima complessiva dell'effetto dimensione con il rilevamento e la stima degli effetti di interazione, centrali per l'interpretazione dei risultati meta-analitici (Cortina, 2003). Gli effetti moderanti forniscono le condizioni di contesto degli effetti attesi, in modo da produrre evidenze generalizzabili superiori a quelle degli studi primari (Carlson & Ji, 2011; Cooper, 2010; Hunt,

1997; Hunter et al., 1982). Più specificamente, gli effetti dimensionali costituiscono un indicatore importante del potenziale predittivo e di utilità pratica di una teoria (Aguinis, et al., 2011). Pertanto, le meta-analisi impostano lo standard per quello che è considerato lo stato della scienza, per ciò che è noto e dove la ricerca futura deve indirizzarsi e per il quale la teoria è considerata valida (Schmidt, 2008).

### **Sintesi interpretativa: le meta-analisi qualitative**

Diversamente, secondo una prospettiva interpretativista, il metodo induttivo offre una diversa forma di sintesi attraverso l'interpretazione di studi effettuati con metodi qualitativi. Andando oltre la logica deduttiva del positivismo classico, la visione post positivista sostiene che i fenomeni hanno una realtà sottostante che può essere scoperta durante la ricerca (Gephart, 2004). La conoscenza è considerata un fenomeno sociale incorporato in azioni e d'evidenze sociali dove si possono trovare alcune relazioni ragionevolmente stabili (Miles, Huberman, 1994). Dall'interpretazione soggettiva, individuale e collettiva di questi fatti e modelli, in seguito, si possono ricavare costrutti che sono alla base delle dinamiche individuali e sociali (Gioia, Pitre, 1990; Guba, Lincoln, 1994). I ricercatori analizzano un individuo o un processo sociale, un meccanismo, o una struttura al centro degli eventi, che può essere "catturato" per offrire una descrizione causale delle variabili d'analisi (Miles, Huberman, 1994). Aniché aggregare quantitativamente l'effetto dimensione, in questo caso, la sintesi si riferisce all'accumulo di evidenze primarie con lo scopo di generare spiegazioni interpretative piuttosto che previsioni.

La sintesi prevede l'estrazione e l'analisi di studi primari per identificare categorie e modelli che emergono attraverso gli studi nel tentativo di preservare l'integrità degli studi originali. L'obiettivo è quello di offrire un contributo teorico con contestualizzazione rispetto a situazioni locali (Yin, 2009).

### **Sintesi traslative**

Questa tipologia di sintesi è particolarmente radicata e applicata nel campo medico e delle politiche sociali (Denyer, Tranfield, 2003). Dal punto di vista costruttivista, si presume che la realtà esista sotto forma di molteplici costruzioni mentali che dipendono dalla forma e contenuto delle medesime negli attori protagonisti (Gephart, 2004; Guba, Lincoln, 1994, 2005). Invece di interpretare la conoscenza come fatti sociali, le evidenze sono l'espressione degli attori sociali ed i ricercatori si orientano alla comprensione di come gli individui costruiscono e ricostruiscono conoscenze su un fenomeno. I dati vengono visualizzati come "entità costruite" e l'obiettivo è costruire ricostruzioni sempre più informate per giungere finalmente a un consenso su come interpretare la sostanza delle evidenze (Gioia, Pitre, 1990). In questa prospettiva, la sintesi implica l'informazione e la ricostruzione significativa di come i partecipanti allo studio hanno costruito le proprie conoscenze. La conoscenza è sintetizzata per trarre meglio raccomandazioni basate sulla scienza da diverse e fragili evidenze, ad esempio, dei responsabili politici e di professionisti (Denyer, Tranfield, 2003; Sandelowski, Barroso, 2007; Tranfield et al., 2003).

In questo capitolo si adotta una prospettiva interpretativista.

### 3.3 Workflow di analisi

Come è stato illustrato finora, i casi studio richiedono una necessaria attenzione per costruire la teoria e per garantire la sensibilità contestuale verso gli studi primari. Di seguito, viene proposto un workflow per costruire la teoria da casi studio qualitativi. Per lo sviluppo di un progetto rigoroso, l'estensione e la proiezione del metodo deve fondarsi su uno strumento capace di sintetizzare evidenze, come se fosse un modello addizionale di risultati che minimizza le differenze contestuali (Rousseau et al., 2008). Tuttavia, lo stesso deve offrire una linea generale di indagine aperta ad esplorare anche la varianza nelle relazioni tra gli studi esistenti con queste differenze il più possibile come “variabili *intervenienti*” (Aguinis et al., 2011; Cortina, 2003; Dalton, Dalton, 2008). In secondo luogo, le attività e le procedure devono fornire un modello prezioso per far fronte ai requisiti che emergono dall'analisi e dalla sintesi di prove esistenti (Hunter et al., 1982; Kisamore, Brannick, 2008; Wanous et al., 1989).

Esistono varie linee guida (Aytug et al., 2012; Carlson, Ji, 2011; Dalton, Dalton, 2008), ma come anticipato Eisenhardt (1989), Yin (2009), Miles e Huberman (1994) costituiscono i riferimenti di maggior rilievo.

Il work flow prevede dieci steps.

### **Step 1: Formulare la domanda di ricerca**

La logica di definizione della domanda di ricerca, nei casi-studio deve essere la medesima delle ricerche in cui si attua la verifica delle ipotesi.

È necessario specificare a priori i costrutti che sono strumentali al progetto iniziale di ricerca da cui discendono le domande di ricerca.

I ricercatori dovrebbero analizzare un gap nella ricerca specificando le variabili potenzialmente importanti, facendo riferimento alla letteratura esistente ed evitare di immaginare, fin dal principio, relazioni specifiche tra variabili e teorie.

In questo capitolo l'indagine è rivolta allo studio delle determinanti della performance economico-finanziaria come descritto nel paragrafo 2.

### **Step 2: Selezione dei casi**

Come per lo step precedente, l'esperienza degli studi empirici è un riferimento, per cui il concetto di popolazione è cruciale. I casi possono essere selezionati per replicare casi precedenti o estendere la teoria, oppure possono essere scelti per riempire categorie teoriche e fornire esempi "polari", ha senso scegliere casi come situazioni estreme e tipi polari in cui il processo di interesse è "osservabile in modo trasparente". Mentre i casi possono essere scelti in modo casuale, la selezione casuale non è né necessaria, né addirittura preferibile. Pertanto, l'obiettivo del campionamento teorico è quello di

scegliere casi che possono replicare o estendere la teoria emergente. In questo capitolo i casi sono stati selezionati sulla base della loro prossimità al baricentro dei cinque cluster individuati nel precedente capitolo.

### **Step 3: Strumenti e protocolli di ricerca**

Il metodo dei casi adotta più metodi di raccolta dei dati. Anzi la combinazione di evidenze qualitative e quantitative è altamente sinergica. Inoltre l'impiego di più ricercatori presenta due vantaggi chiave:

1. aumenta il potenziale creativo della ricerca;
2. aumenta il grado di affidabilità dei risultati per osservazioni convergenti. Una prima strategia per l'impiego di più ricercatori è di visitare i siti in team; una seconda è assegnare ai singoli membri del team ruoli unici, in modo da aumentare le possibilità che gli stessi osservino i casi in modi divergenti; una terza è creare più team di ricerca, assegnati a coprire alcuni casi, ma non tutti contemporaneamente. Una forma estrema di quest'ultima strategia è tenere del tutto fuori alcuni membri del team di ricerca, assegnando loro esclusivamente il ruolo di "avvocato del diavolo".

Per questa ricerca, due scholars hanno analizzato i casi.

### **Step 4: Accesso al campo di ricerca**

In riferimento all'accesso alle informazioni sul campo sono possibili tanto la raccolta dati in più fasi, quanto in una unica volta. La prima è



preferibile per annotare qualunque impressione si verifichi in un tempo prolungato. Un elemento essenziale è porsi delle domande, come "Cosa sto apprendendo?" e "In che modo questo caso differisce dall'ultimo analizzato?". L'analisi dei dati sovrapposta con la loro raccolta offre al ricercatore il vantaggio di essere flessibili.

È possibile apportare modifiche agli strumenti di raccolta dei dati, come aumentare il numero di domande a un protocollo di intervista o domande a un questionario, così com'è legittimo modificare e persino aggiungere metodi di raccolta dati durante uno studio. L'obiettivo non è produrre statistiche di sintesi su una serie di osservazioni. Pertanto, se si presenta una nuova opportunità di raccolta di dati o se durante la ricerca emerge una nuova linea di ricerca, ha senso trarre vantaggio da modifiche della raccolta di dati, se è probabile che le medesime siano preferibili per la teoria o forniscano nuove intuizioni.

### **Step 5: Analisi individuale dei casi**

Un passaggio chiave è l'analisi del singolo caso per il volume impressionante di dati che si raccoglie. E' fondamentale trascrivere le informazioni dettagliate per ciascun contesto non adottando un formato standard, ma combinando narrativa e grafici longitudinali. L'idea generale è quella di acquisire una profonda familiarità con ciascun caso come entità autonoma.

### **Step 6: Ricerca di schemi (analisi comparativa)**

La ricerca di schemi deve fondarsi su strategie specifiche perché i ricercatori adottano sempre lenti soggettive per l'analisi e pertanto

deve procedersi da aspetti macro a quelli micro, attraverso categorie o dimensioni. Una seconda strategia è selezionare coppie di casi ed elencare le somiglianze e le differenze. Una terza strategia è dividere i dati per origine delle informazioni.

Nel complesso, l'idea alla base di queste strategie di analisi comparativa è costringere gli analisti ad andare oltre le impressioni iniziali, specialmente attraverso obiettivi strutturati e diversificati sui dati.

Merita un approfondimento il caso delle meta-sintesi in riferimento alle strategie per estrarre, codificare, classificare e sintetizzare le evidenze (Noblit, Lepre, 1988). Per quanto riguarda il materiale empirico su cui si basa una meta-sintesi, è importante riconoscere che il ricercatore (cd. "meta-sintetizzatore") opera al medesimo livello in cui i ricercatori originali hanno svolto la loro ricerca in base alla propria comprensione e interpretazione dei dati. Invece dei dati grezzi degli studi primari, sono le intuizioni ottenute dai ricercatori di questi studi a costruire i "dati" di una meta-sintesi. In primo luogo, è necessario sviluppare un modulo di codifica sulla base delle domande di ricerca (Duriau et al., 2007). Dopo aver generato una serie di costrutti a priori su quali elementi codificare, insieme a un co-researcher che abbia familiarità con il tema, si leggono gli studi scelti a caso per identificare ulteriori elementi di codifica che potrebbero essere pertinenti, perfezionando e modificando costantemente il modulo di codifica.

Insieme i co-researcher codificano ogni studio primario in base alle caratteristiche definite in fase di progettazione della ricerca, leggono attentamente i casi e poi li si codificano in modo indipendente secondo il modulo di codifica. Dopo aver completato le singole

estrazioni si uniscono i singoli moduli di codifica in un database. Codificare una vasta gamma di diverse caratteristiche dello studio è utile in quanto non solo informa sulla natura specifica degli studi e sensibilizza ad individuare altri potenzialmente rilevanti fattori contestuali. Per registrare le evidenze rilevanti di ciascuno degli studi inclusi nella meta-sintesi, l'attenzione va centrata in particolare sulla sezione dei risultati e sulla sezione discussione / contributi.

Per garantire la coerenza tra i revisori durante il corso della codifica, le eventuali discrepanze sono attentamente documentate nel modulo di codifica e risolte da discussioni e ulteriori riletture degli studi originali. I codici emergenti sono inseriti comunque nel modulo di codifica. Nel complesso, lavorare con almeno due investigatori, sia come lettori che come *coders*, è utile per ridurre gli errori nella registrazione dei dati, nonché per evitare l'omissione di materiale pertinente (Miles, Huberman, 1994).

Sempre nel caso delle meta-analisi, risulta rilevante ai fini dell'analisi comparativa, unire le sequenze di variabili identificate in reti causali specifiche. Queste forniscono le basi per esplorare ulteriormente come gli studi sotto sintesi sono correlati o dissonanti attraverso un esercizio di confronto e contrasto (Miles, Huberman, 1994). Come tale, una rete meta-causale serve a far emergere meccanismi, causalità o condizioni causali e i loro risultati (Miles, Huberman, 1994).

### **Step 7: La costruzione delle ipotesi**

Dall'analisi individuale e comparativa e da impressioni generali emergono, gradualmente, temi, concetti, e forse anche relazioni tra variabili. Il processo altamente iterativo consiste nel confrontare

sistematicamente evidenze e teorie con un'iterazione dei dati verso teoria che si adatta strettamente ai dati.

Un primo passo nel modellare le ipotesi è l'affinamento dei costrutti. Questo è un processo in due parti che coinvolge (1) la definizione di un quadro concettuale (Figura 1) e (2) la costruzione di prove che misurano i costrutti del quadro concettuale per ciascun caso.

Un secondo passo è verificare che le relazioni emergenti tra costrutti si adattino alle evidenze di ciascun caso. Nella logica della replicazione, i casi che confermano le relazioni emergenti aumentano la validità della relazione, mentre i casi che non confermano le relazioni spesso possono offrire l'opportunità di perfezionare ed estendere la teoria. I dati qualitativi sono particolarmente utili per capire perché le relazioni emergenti hanno valore. Quando viene supportata una relazione, i dati qualitativi spesso forniscono una buona comprensione delle dinamiche sottostanti alla relazione, ovvero il "perché" di ciò che sta accadendo. Ciò è cruciale per stabilire la validità interna. Proprio come nei test d'ipotesi, una relazione apparente può semplicemente essere una correlazione spuria o può riflettere l'impatto di una terza variabile su ciascuna delle altre.

### **Step 8: Il confronto con la letteratura di riferimento**

Una caratteristica essenziale della costruzione della teoria è il confronto dei concetti emergenti con la teoria. Esaminare la letteratura con la teoria emergente è importante per due motivi.

In primo luogo, se i ricercatori ignorano i risultati contrastanti, la validità dei risultati è ridotta.

In secondo luogo, e forse ancora più importante, la teoria divergente rappresenta un'opportunità.

Anche la letteratura che discute di risultati simili è rilevante perché connette somiglianze sottostanti a fenomeni che normalmente non sono associati tra loro. Il risultato è spesso una teoria con una validità interna più forte, una generalizzabilità più ampia e un livello concettuale più elevato.

Nel complesso, il legame tra la teoria emergente e la letteratura esistente migliora la validità interna, la generalizzabilità e il livello teorico della costruzione della teoria dalla ricerca di casi studio.

### **Step 9: Riflessioni conclusive**

Due questioni sono importanti per raggiungere delle conclusioni: quando interrompere l'aggiunta di casi e quando interrompere l'iterazione tra teoria e dati. Ciò deve avvenire in entrambi i casi quando si raggiunge la saturazione teorica (Eisenhardt, 1989).

### **Step 10: Confronto con altra letteratura**

I concetti chiave di campionamento teorico basato sulla teoria, di saturazione teorica e codifica interpretativa (Glaser, Strauss, 1967); la progettazione di casi studio, la logica di replicazione e la validità interna (Yin 1984); gli strumenti di visualizzazione tabellare delle evidenze (Miles, Huberman, 1984) sono particolarmente utili nella costruzione della teoria e nella discussione dei risultati.

Tabella 3 il work-flow

Fonti	Step	Definizione
<b>Design</b>	1	Formulare la domanda di ricerca
	2	Selezione dei casi
	3	Strumenti e protocolli di ricerca
<b>Collection</b>	4	Accesso al campo
<b>Analysis</b>	5	Analisi individuale
	6	Ricerca di schemi (analisi comparativa)
	7	Le Ipotesi
<b>Comparison</b>	8	Il confronto con la letteratura di riferimento
	9	Riflessioni conclusive
	10	Confronto con altra letteratura

Fonte: elaborazione propria

### **Alcune riflessioni metodologiche**

In questa sezione del capitolo è stata fornita una distinzione tra sintesi di ricerca come aggregazione, interpretazione e traslazione. L'obiettivo di qualsiasi sintesi è analizzare i costrutti, le variabili chiave, e le relazioni sottostanti attraverso una serie di casi-studio qualitativi primari per arrivare a una raffinata, o addirittura nuova. Perché è rilevante costruire una teoria da una metasintesi? In primo luogo, per avere un potenziale maggiore di sintesi di evidenze qualitative su un argomento particolare per costruire la teoria. Al contrario di rivedere la struttura concettuale di un tema per formulare nuove domande di ricerca o direzioni di ricerca future (Tranfield et al., 2003), lo scopo di una meta-sintesi è costruire la teoria, spostandosi così dalle teorie sostanziali fondate in particolari contesti di ricerca su una teoria più generale con un'applicazione più ampia. Una meta-

sintesi aiuta lo sviluppo induttivo di teorie che possono fungere da ponte tra una ricca evidenza qualitativa e una ricerca più deduttiva, quindi a livelli più elevati di astrazione (Eisenhardt, Graebner, 2007; Shah, Corley, 2006).

In secondo luogo, la costruzione di una teoria dai case study pubblicati ha un grande potenziale soprattutto se il processo di sintesi si fonda sull'applicazione di rigorose procedure. Durante tutto il processo di meta-sintesi, i ricercatori affrontano la sfida di valutare vari opzioni disponibili per effettuare scelte metodologiche informate più adatte allo scopo di sintesi. Tuttavia, non è desiderabile la standardizzazione o l'uniformità, ma piuttosto una comunicazione trasparente, sistematica ed esplicita di queste scelte che garantisca l'affidabilità in questo tipo di sintesi di ricerca (Aguinis, et al., 2011; Aytug et al., 2012; Dalton, Dalton, 2008).

In terzo luogo, la più grande sfida che una sintesi qualitativa deve affrontare è l'eterogeneità inerente alle prospettive, ai metodi e alla qualità paradigmatici sottostanti degli studi primari (Noblit, Hare, 1988; Rousseau et al., 2008). L'eterogeneità metodologica può essere più ardua se superiore tuttavia, l'eterogeneità maggiore riguarda la varietà del contesto degli studi. Di conseguenza, una grande sfida deriva dall'evidenza empirica inquadrata all'interno delle condizioni contestuali in cui si trovavano i dati primari. Riconoscere tali condizioni è di importanza fondamentale in quanto queste condizioni offrono il potenziale per tener conto di effetti moderatori più ampi (Cortina, 2003). Per affrontare la varietà contestuale, il ricercatore deve impegnarsi nella conservazione di significato dei testi originali per quanto possibile. Garantire la sensibilità verso le considerazioni contestuali di ogni studio idealmente, significa far condurre l'analisi

solo da un team di ricercatori qualificati. Il contributo di esperti di ricerca qualitativa che sono anche addestrati a condurre una meta-sintesi sarebbe utile per garantire un rigoroso processo di sintesi. La meta-sintesi è più vantaggiosa nelle fasi intermedie o mature di specifici campi di ricerca caratterizzati da fenomeni unici e mancanza di adeguata base di evidenze quantitative (Edmondson, McManus, 2007).

Più specificamente, una review concettuale è considerata particolarmente appropriata per valutare concettualmente e mappare lo stato dell'arte di un campo nascente. In un campo che sta progredendo e sta evolvendo, una ricerca più empirica e una meta-sintesi sono utili per indurre le conoscenze in nuove intuizioni (Cooper 2010).

## **4. I Casi**

### **4.1 Analisi dei Casi individuali**

#### Cluster 1

Il cluster 1 è formato da 55 aziende. La casa di cura rappresentativa del cluster 1 è situata in Emilia Romagna, in quanto meno distante dal suo stesso baricentro. L'azienda è composta da 16 soci registrati, di cui uno di questi detiene il 98,82% del capitale sociale. La forma giuridica è una SRL. Il socio di maggioranza è rappresentato da una Spa, la quale detiene partecipazioni anche in altri istituti di cura tra cui 28 Ospedali, 4 Poliambulatori, 2 RSA e 2 RA in Italia e 14 Centri clinici dislocati tra Francia, Polonia, Albania, Russia e Ucraina. A tale azienda è stato attribuito, da Aida, come indicatore di indipendenza la



lettera D, la quale sta ad indicare che l'azienda ha un azionista di riferimento con una proprietà superiore al 50%. Il sistema di amministrazione presenta un modello del CDA tradizionale composto da 5 componenti con assenza di consiglieri indipendenti, senza diversità di genere. Il collegio sindacale, organo deputato al controllo, è composto da un sindaco effettivo.

La casa di cura dispone di 107 posti letto, di cui 104 destinati ai ricoveri ordinari e 3 destinati alle attività di day surgery. Le specialità medico-chirurgiche della struttura sono 9: Cardiocirurgia e chirurgia toracico-vascolare (24 pl), Cardiologia con servizio di Emodinamica e Elettrofisiologia (3 pl), Unità coronarica (2 pl), Chirurgia generale e ricostruttiva (10 pl), Oculistica (1 pl), Ortopedia e Chirurgia della colonna (31 pl), Urologia (10 pl), Riabilitazione Intensiva Cardiologica e Ortopedica (20 pl), Anestesia e rianimazione (6 pl). In aggiunta alle prestazioni sanitarie eseguite in (ricovero ordinario) RO e in (Day Surgery) DS inoltre, la clinica offre anche visite specialistiche in regime ambulatoriale in accreditamento con il SSN.

L'indice di case mix (ICM) su base regionale della struttura per l'anno 2017 ha un valore pari a 1,02. Tale indicatore ci consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata, ponendo a rapporto il peso medio del ricovero ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale), mentre l'indice comparativo di performance (ICP) ha un valore di 0.93 e ci permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix suddivisi per disciplina di dimissione.

La struttura ha un solo presidio ospedaliero, all'interno del quale sono presenti varie figure professionali ad elevato livello di

specializzazione come: (i) i medici aventi un contratto di prestazione libero-professionale, (ii) il personale infermieristico e (iii) tecnico (radiologi, fusionisti, OTA/OSS), inquadrati con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato.

La presente struttura fa parte di una rete di ospedali-polispecialistici ad alta specialità e rappresenta il più esteso sistema di strutture sanitarie sul territorio italiano coinvolgendo complessivamente 8.737 operatori di cui 3.526 medici. Il cluster 1, così come anticipato nel secondo capitolo, si posiziona nel quadrante di buona performance economico-finanziaria e buon profilo finanziario. Analizzando le principali dimensioni aziendali abbiamo esaminato il profilo reddituale, il profilo finanziario e il profilo della liquidità. Gli indicatori più rappresentativi utilizzati per analizzare la redditività sono (i) Ebitda/sales, (ii) Roe, (iii) Roa. Il primo indicatore analizza l'impatto delle vendite sulla gestione operativa prima degli ammortamenti e delle svalutazioni, questo indice presenta un valore di 8,94 e analizza l'incidenza della redditività lorda sulle vendite. Il secondo indice, il Roe, segue lo stesso trend del primo indicatore e detiene un valore di 9,34%, in continuo incremento rispetto agli anni precedenti. Infine, il Roa ha un valore di 5,82 replicando il buon andamento della redditività del capitale ed è mediamente in linea con il valore medio generale. Analizzando l'equilibrio finanziario si è proceduto a determinare l'indice debt/equity (così determinato PFN/PN), l'indice di indipendenza ed infine l'indice di liquidità AC-Rimanenze) /debiti a breve. Questo primo indicatore finanziario ha un valore pari a 0, dimostrando il corretto equilibrio tra capitale di terzi e patrimonio netto. L'indice di indipendenza (PN/Totale Attività) è pari a 0,57 ed è 22 punti percentuali superiore alla media generale, misura

il grado di solidità del patrimonio aziendale dimostrando come l'azienda si trovi in una situazione di pieno equilibrio. Infine, l'indice di liquidità presenta un valore di 0,71 dimostrando la capacità aziendale di poter fronteggiare i debiti a breve con le sole disponibilità liquide.

## Cluster 2

Il cluster 2 raggruppa 68 aziende. L'azienda che rappresenta il cluster 2, è situata in Lazio ed è nata come un istituto laico dedicato alla cura degli ammalati. Nel corso degli anni ha subito una profonda ristrutturazione, adeguandosi a tutte le esigenze della chirurgia moderna. La forma giuridica è rappresentata da una SRL ed è posseduta da 2 soci registrati, di cui uno di questi detiene il 51% del capitale sociale. L'azionista di riferimento è rappresentato da un istituto no-profit amministrato da un Ente Religioso. In Italia esistono numerosi istituti nati originariamente con il solo obiettivo di dare sostegno ai malati e poi solo successivamente organizzati in strutture ospedaliere pubbliche o private. A quest'azienda è stato attribuito, da Aida, come indicatore di indipendenza la lettera D, che sta ad indicare un'azienda avente un azionista di riferimento con una proprietà superiore al 50%. Il sistema di amministrazione è composto da un amministratore unico, l'organo deputato al controllo, il collegio sindacale è composto da un sindaco effettivo.

La casa di cura dispone di 46 posti letto accreditati destinati ai ricoveri ordinari. Le specialità trattate all'interno della struttura sono 9 così suddivise tra: Chirurgia generale (10 pl), Ortopedia (5 pl), Ginecologia e Ostetricia (3 pl), Oncologia (3 pl), Urologia (3 pl),

Oculistica (3 pl), Neurochirurgia (2 pl), Otorinolaringoiatria (2 pl), Isolamento (1 pl), non definiti (14 pl). La clinica offre, inoltre, visite specialistiche in regime ambulatoriale in accreditamento con il SSN. L'indice di case mix (ICM) su base regionale nella regione Lazio ha un valore pari a 1,00, mentre L'Indice Comparativo di Performance (ICP) ha un valore di 1,06.

La struttura ha un solo presidio ospedaliero organizzato su 4 piani, all'interno del quale sono presenti varie figure professionali altamente specializzate come medici contrattualizzati con un contratto di prestazione libero-professionale, il personale infermieristico e tecnico (radiologi, fusionisti, OTA/OSS) inquadrati con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato. La presente struttura dispone di sale operatorie e di un ambulatorio chirurgico per interventi anche di piccola entità. Analizzando le principali dimensioni aziendali abbiamo esaminato il profilo reddituale, il profilo finanziario e il profilo della liquidità. Gli indicatori prescelti per analizzare la redditività sono (i) Ebitda/sales, (ii) Roe, (iii) Roa.

Il primo indicatore Ebitda/sales presenta un valore di 1,11, molto inferiore rispetto al cluster 1. L'indice Roe segue lo stesso trend del primo con un valore di -22,45% in continua ascesa rispetto agli anni precedenti, indicando la difficoltà nel gestire strutture ospedaliere con pochi posti letto e costi fissi di struttura molto rigidi. Infine, anche il Roa ha un valore negativo pari -3,33 replicando il cattivo andamento della redditività del capitale. Le CdC di questo cluster hanno performance economiche ridotte, in particolare il Roa medio dei cluster è inferiore di circa 1 punto percentuale rispetto al cluster 1.

Analizzando l'equilibrio finanziario, così come fatto precedentemente, si è proceduto a misurare l'indice debt/equity, l'indice di indipendenza

e l'indice di liquidità. Osservando il profilo finanziario è facile notare come questo sia meno stabile rispetto a quello delineato nel cluster 1. Infatti, l'indice debt/equity ha un valore pari a 0,73, seppur minore è comunque presente una situazione di equilibrio finanziario tra capitale di terzi e patrimonio netto. L'indice di indipendenza è pari a 0,123, circa 2,5 volte inferiore rispetto al cluster 1, provando un eccessivo ricorso a fonti di finanziamento esterne. Infine, l'indice di liquidità diversamente dal cluster 1 ha un valore più che positivo 1,26, dimostrando che l'aziendale riuscirebbe a far fronte con la sola liquidità immediata a tutti i debiti a breve.

### Cluster 3

Il cluster 3 è composto da 32 aziende. La casa di cura rappresentativa dal cluster 3, è situata in Lombardia. Quest'azienda è una SPA ed è parte di un Gruppo Sanitario privato in cui sono presenti 12 azionisti registrati di cui uno di questi detiene l'88,13% del capitale sociale.

L'azionista di riferimento opera nel management sanitario occupandosi: della gestione di strutture sanitarie private, di consulenza a favore di gestioni sanitarie, di consulenza per la realizzazione di strutture sanitarie, della commercializzazione di prodotti sanitarie. Il gruppo si compone di 9 strutture sanitarie con circa 1.090 PI, 36.000 ricoveri e 1.500.000 prestazioni ambulatoriali annue.

È stato attribuito, anche a quest'azienda da Aida come indicatore di indipendenza la lettera D a causa della presenza di un azionista di riferimento con un possesso del capitale sociale superiore al 50%. Il sistema di governo presenta un modello del CDA tradizionale composto da 5 componenti con assenza di consiglieri indipendenti e 1

sola donna che siede all'interno del CDA. L'organo deputato al controllo, il collegio sindacale è composto da 4 sindaci di cui 2 sono effettivi e 2 supplenti.

La casa di cura dispone di 238 posti letto di cui 219 destinati ai ricoveri ordinari e 19 destinati alle attività di day surgery/day hospital. Le specialità trattate all'interno della struttura sono 17 suddivise tra 3 dipartimenti:

Il Dipartimento Medico-Riabilitativo consta di (83 pl) di cui: Medicina Generale (12 pl) comprensivo di (1 pl) destinato al DH, Neurologia (10 pl) di cui 2 destinati al DH, Riabilitazione (28 pl), Riabilitazione cardiologica (30 pl) di cui 1 destinato al DH ed infine (3 pl) per le Attività ambulatoriali complesse.

Il Dipartimento Chirurgico consta di (141 pl) ripartiti in 9 Unità Operative, comprensivi di 9 letti tecnici a monitoraggio continuo a supporto delle Unità operative medesime: Cardiochirurgia (15 pl), Cardiologia (19 pl) di cui 1 DS, Chirurgia generale (21 pl), di cui (2 ds, Chirurgia plastica (5 pl), di cui (1 ds), Chirurgia vascolare (9 pl), di cui (1 DS), Neurochirurgia (10 pl), Oculistica (10 pl), di cui (5 ds), Ortopedia (34 pl) di cui (4 DS), Urologia (9 pl) di cui (1 ds), Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale (9 pl).

L'Area Cure Intensive è composta da 14 posti letto ripartiti in 3 Servizi: Terapia Intensiva I (4 pl), Terapia Intensiva II (6 pl), Terapia Intensiva Cardiologica (4 pl).

Oltre alle prestazioni sanitarie eseguite in RO e in DS la clinica offre anche visite specialistiche in regime ambulatoriale in accreditamento con il SSN. Il Policlinico opera in tutte le più alte specialità medico-chirurgiche ed è sede delle più prestigiose Università Italiane,

collaborando con l'Università di Pavia per il reparto di cardiologia e per il reparto di Ortopedia con l'Università degli Studi di Milano.

L'indice di case mix (ICM) della struttura su base regionale ha un valore pari a 1,03, mentre L'Indice Comparativo di Performance (ICP) ha un valore di 1,06.

La struttura con l'acquisizione di altri presidi sanitari ha assunto la dimensione e la configurazione di Gruppo Sanitario annoverando ad oggi 10 presidi ospedalieri, all'interno dei quali sono presenti varie figure professionali e ben 1549 ad elevato livello di specializzazione. Il personale afferente la sola struttura ammonta invece a 792 dipendenti suddivisi tra medici, personale infermieristico e tecnico. La struttura fa parte di una rete di ospedali-polispecialistici ad alta specialità.

Analizzando le principali dimensioni aziendali sotto il profilo della performance economica, gli indicatori prescelti sono (i) Ebitda/sales, (ii) Roe, (iii) Roa. Il primo indicatore presenta un valore di 3,43, indicando una bassa redditività operativa -4,45% (vedi capitolo 2 tabella 5), ad avvalorare la seguente tesi ne danno conferma il Roe con un valore di 0,51% ed il Roa con un valore di 0,50. La forte correlazione tra il valore del Roa e del Roe sta a dimostrare che la gestione finanziaria non ha inciso né positivamente, né negativamente, sulla redditività aziendale. Il profilo finanziario del cluster 3 presenta un buon equilibrio. Entrando maggiormente nello specifico, così come fatto anche precedentemente, si è proceduto a misurare l'indice debt/equity pari a 6,57. Questo valore è indice di una situazione di equilibrio non piena tra il capitale proprio e il capitale di terzi. Nonostante ciò l'indice di indipendenza così determinato ( $PN / \text{Totale Attivo}$ ) % è pari a 0,3067, indicando un grado di solidità del

patrimonio aziendale poco soddisfacente (infatti quando questo indice presenta un valore compreso tra 0 e 0,33 bisogna prestare particolare attenzione, in quanto, è indice di una struttura finanziaria squilibrata che spesso ricorre all'utilizzo di mezzi di terzi per finanziare il capitale permanente solo per il 30% ricorre al capitale proprio). Infine l'indice di liquidità presenta un valore di 0,56 mostrando la capacità aziendale di far fronte solo per poco più della metà ai debiti a breve.

#### Cluster 4

Il cluster 4 è composto da 36 aziende. La casa di cura che meglio rappresenta questo cluster è situata in Puglia. L'azienda è un classico modello di family business, composta da 5 soci registrati che detengono proporzionalmente il capitale sociale. È un classico caso di family business in quanto i soci sono eredi del fondatore e ad oggi l'azienda è alla seconda generazione. La forma societaria è una società a responsabilità limitata. A quest'azienda, diversamente dalle precedenti, è stato attribuito da Aida come indicatore di indipendenza la lettera A + indicando una società avente un numero pari o superiore a 6 azionisti o con un controllo limitato. Il sistema di governo è tradizionale, con un CDA composto da 3 componenti e con la possibilità di incrementarne il numero fino a 5 membri. L'organo di indirizzo è privo di consiglieri indipendenti e uno solo un consigliere è di sesso femminile. Il sistema di controllo, rappresentato dal collegio sindacale, si compone di 5 membri di cui 3 effettivi e 2 supplenti. La casa di cura dispone di 46 posti letto destinati ai soli ricoveri ordinari. Le specialità trattate all'interno della struttura sono 3 così suddivise tra:



U.O. Di Terapia Intensiva Per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (15 pl), U. O. Di Neuroriabilitazione Cod. 75 (15 pl), U. O. Di Psichiatria di cui (16 pl). Oltre alle prestazioni sanitarie eseguite in RO e in DS (Day Surgery) la clinica offre sia visite specialistiche in regime ambulatoriale in accreditamento con il SSN sia in autonomia pagate dal paziente. L'indice di case mix (ICM) su base regionale della struttura per l'anno 2017 ha un valore pari a 0,94, mentre l'Indice Comparativo di Performance (ICP) ha un valore di 0.99.

La struttura ha un solo presidio ospedaliero e ha 95 dipendenti ripartiti tra medici contrattualizzati con un contratto di prestazione libero-professionale, personale infermieristico e tecnico.

Analizzando le principali dimensioni aziendali, il profilo reddituale ha valori interessanti per performance economica, infatti determinando l'indice (i) Ebitda/sales pari a 15,23 notiamo un elevato grado di redditività aziendale. Il Roa si attesta a 12,30 replicando il buon andamento della redditività del capitale ed infine, il Roe segue questo andamento con un valore pari a 15,69%. Analizzando il profilo finanziario si è proceduto a determinare l'indice debt/equity, l'indice di indipendenza e l'indice di liquidità. Il primo indicatore presenta un valore pari a 0,48 comprovando il corretto equilibrio tra capitale di terzi e patrimonio netto. L'indice di indipendenza è pari a 0,491 confermando che l'azienda presenta un corretto l'equilibrio (49,11%) tra capitale proprio e capitale di terzi. Infine, l'indice di liquidità mostra un valore di 1,55 provando che l'azienda ha un'ottima situazione finanziaria (infatti la stessa detiene molta più liquidità di quella che necessiterebbe per far fronte ai debiti a breve con le sole disponibilità liquide) e che indirettamente non effettua nuovi investimenti con la liquidità ottenute dalla gestione caratteristica.

## Cluster 5

Il cluster 5 è composto da 2 aziende. La casa scelta per rappresentare quest'ultimo cluster è situata in Lombardia. L'azienda è posseduta da un gruppo privato che detiene il 100% del capitale sociale, la forma giuridica è di una società a responsabilità limitata e gli azionisti registrati sono 2. A quest'azienda è stato attribuito da Aida come indicatore di indipendenza la lettera B+, la quale indica che la somma delle percentuali di proprietà è superiore al 50,01%. Il sistema di amministrazione presenta un modello del CDA tradizionale composto da 3 componenti, con assenza di consiglieri indipendenti e con una sola donna che siede nel CDA. L'organo deputato al controllo, il collegio sindacale è composto da un sindaco effettivo.

La casa di cura dispone di 95 posti letto di cui 87 destinati a ricoveri ordinari e 8 destinati a Day Hospital e Day Surgery.

Le specialità sono: Medicina Generale (30 pl), Cardiologia (10 pl), Dipartimento Medico Day Hospital (5 pl), Chirurgia Generale (19 pl), Ortopedia e Traumatologia (24 pl), Dipartimento Chirurgico Day Surgery (3 pl), Terapia Intensiva e Rianimazione (4 pl).

Oltre alle prestazioni sanitarie, eseguite in ricovero ordinario e in day surgery, la clinica offre anche visite specialistiche in regime ambulatoriale in accreditamento con il SSN.

L'indice di case mix (ICM) su base regionale della struttura presa in esame ha un valore pari a 1,03, mentre l'Indice Comparativo di Performance (ICP) ha un valore di 1,06.

La struttura ha un solo presidio ospedaliero, all'interno del quale sono presenti varie figure professionali inquadrare con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato o para-subordinato.

Analizzando le principali dimensioni aziendali si nota, così come evidenziato nel capitolo 2 tabella 5 nel quadrante (negativo, negativo), una situazione di gran lunga peggiore per le CdC del cluster 5. Analizzando il profilo della performance economica-finanziaria, così come fatto in precedenza, l'indice (i) Ebitda/sales si attesta a 4,13 indice di una discreta incidenza della redditività lorda delle vendite, il Roe segue lo stesso trend del primo con un valore del 15% in continuo incremento rispetto agli anni precedenti. Diversamente il Roa presenta un valore più basso pari al 4%, replicando il buon andamento della redditività del capitale appesantito da un forte indebitamento.

Non a caso analizzando il profilo finanziario ed in particolare attraverso l'indice debt/equity (così determinato PFN/PN), quest'ultima presenta un valore pari a 38 dimostrando un forte disequilibrio tra capitale di terzi e patrimonio netto (tale indicatore dovrebbe essere compreso tra 0 e 3 in questo caso il divario è enorme). L'indice di indipendenza è pari a 0.88 e misura il grado di solidità del patrimonio aziendale (di norma un valore corretto si dovrebbe attestare tra 0,67 e 1 indicando una struttura finanziaria equilibrata). Infine l'indice di liquidità presenta un valore di 0,97 dimostrando che l'azienda ha capacità quasi immediata di coprire integralmente i debiti a breve con le sole disponibilità liquide.

Tabella 4: Ospedali privati rappresentativi dei cluster

Dimensioni	Metriche	C1	C2	C3	C4	C5
<b>Location</b>	Regione	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Puglia	Lombardia
<b>Assetto proprietario</b>	Num. di azionisti registrati	16	2	12	5	1
	Presenza azionista di riferimento	SI	SI	SI	NO	SI
	Forma giuridica	SRL	SRL	SPA	SRL	SRL
<b>Modello operativo</b>	Num. presidi ospedalieri	1	1	10	1	1
	Num. Posti letto totali	107	60	238	60	95
	Num. Posti letto Ricovero Ordinario	104	60	219	60	87
	Num. Posti letto Day Hospital o Day Surgery	3	0	19	0	8
	Num. Dipendenti	106	69	1549	95	256
	Num. di specialità	9	9	17	3	7
<b>Redditività</b>	Ebitda/Sales	8,94	1,11	3,43	15,23	4,13
	ROE	9,34%	- 22,45%	0,51%	15,69%	15%
	ROA	5,82%	- 3,33%	0,5%	12,3%	4%
<b>Profilo finanziario</b>	Debt/Equity	0	0,73	6,57	0,48	38
	Indice di indipendenza (PN/Totale Attività)	0,57	0,12	0,30	0,49	0,88
	Indice di liquidità [(AC-Rimanenze) / debiti a breve]	0,71	1,26	0,56	1,55	0,97

Fonte: elaborazione propria, dati Aida e siti web delle CdC

## 4.2 Analisi comparativa

Comparando i 5 casi rappresentativi dei rispettivi cluster emergono alcuni elementi caratterizzanti. Cominciando in senso orario, dal quadrante I (+ +), il cluster 1 (n=55) include, tendenzialmente, CdC del Nord Italia di grandi dimensioni (pl) ad assetto proprietario molto concentrato con un azionista di riferimento proprietario anche di altre strutture, che si configurano come gruppo o rete addirittura. Il modello di business è concentrato su reparti di elevata complessità con un numero di posti letto elevato. Proprio per questo motivo, il case mix è mediamente in linea con quello degli ospedali pubblici. In riferimento, invece, ai volumi di prestazioni, queste Case di Cura presentano tassi di occupazione elevati e degenze medie, a parità di casistica, più ridotte. Infine, questa tipologia di CdC presenta anche una consistente attività specialistica.

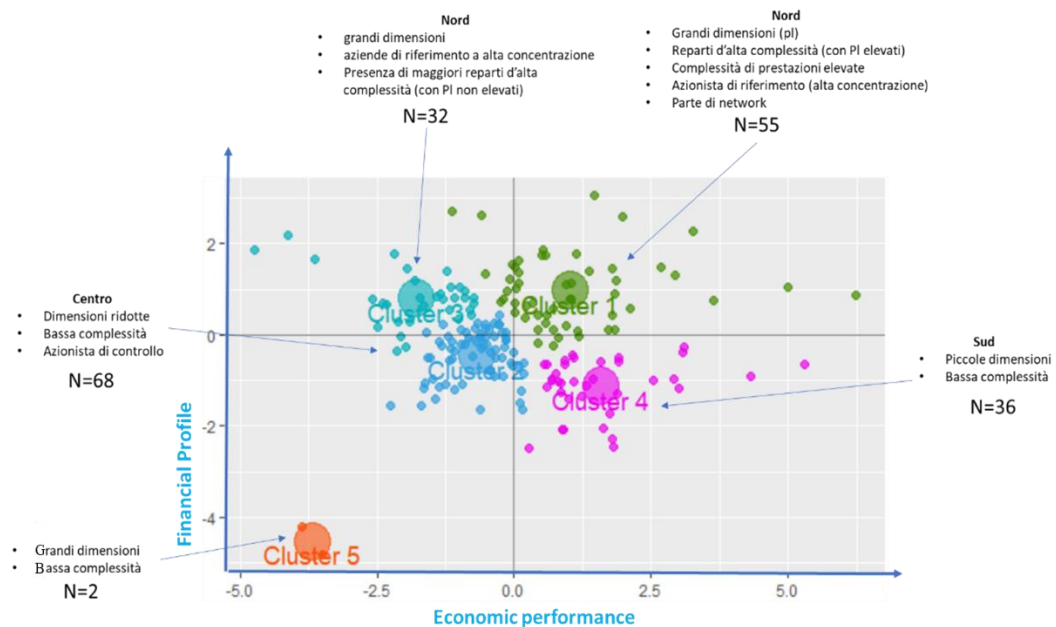
Nel quadrante II (+ -), il cluster 4 (n=36) accoglie CdC del Sud Italia, tendenzialmente, di piccole dimensioni (pl) con reparti di bassa complessità, dove non sono previsti elevati standard tecnologici ed il costo del personale è più ridotto. Dal punto di vista dell'assetto proprietario, questa tipologia di attività consente il mantenimento di una forma pura di family business. Il modello di business è tendenzialmente specialistico e focalizzato su attività non complesse che richiedono limitati investimenti. I volumi sono elevati con tassi di occupazione molto elevati.

Nel quadrante III (- -), il cluster 2 (n=68) presentano una ridotta redditività operativa ed un profilo finanziario appesantito. Si tratta di CdC, tendenzialmente, dell'Italia centrale, di ridotte dimensioni (pl) e con un azionista di controllo. Il modello di business prevede un'ampia

gamma di specialità a bassa complessità con degenze medie e tassi di occupazione variabili.

Nel quadrante IV (- +) il cluster 3 (n=32) accoglie CdC del Nord Italia di grandi dimensioni (pl) e la presenza di un azionariato concentrato. A differenza delle CdC del cluster 1, il modello di business presenta un'ampia gamma di specialità, solo in parte di elevata complessità (numero di pl percentualmente basso) e degenze medie a tassi di occupazione bassi.

Figura 2 Proiezione finale dei 5 cluster



Fonte: elaborazione propria

In sintesi, le dimensioni (pl) degli ospedali privati, parimenti a come avviene per quelli pubblici, è il driver più influente ai fini della redditività operativa, a causa della forte rigidità della struttura dei costi. La seconda determinante è di tipo strategico: tendono ad avere una buona redditività operativa quelle CdC con modelli di business specialistici e a bassa complessità oppure quelli che trattano un

elevato volume di casistica complessa con maggiore efficienza operativa (degenza media), altri elementi del modello di business (setting mix, service mix, payer mix, degenza media e tassi di occupazione) sono driver secondari. Dal punto di vista del profilo finanziario, ancora, le dimensioni sono un driver discriminante: grandi dimensioni sono associate ad un profilo migliore e, viceversa, dimensioni ridotte tendono a limitare l'indipendenza finanziaria.

### Bibliografia Capitolo 3

Aguinis, Herman, et al. "Meta-analytic choices and judgment calls: Implications for theory building and testing, obtained effect sizes, and scholarly impact." *Journal of Management* 37.1 (2011): 5-38.

Aguinis, Herman, et al. "Walking new avenues in management research methods and theories: Bridging micro and macro domains." (2011): 395-403.

Aguinis, Herman, Michael C. Sturman, and Charles A. Pierce. "Comparison of three meta-analytic procedures for estimating moderating effects of categorical variables." *Organizational Research Methods* 11.1 (2008): 9-34.

Anderson, Ronald D. "A consolidation and appraisal of science meta-analyses." *Journal of Research in Science Teaching*(1983): 20.5 497-509.

Aytug, Zeynep G., et al. "Revealed or concealed? Transparency of procedures, decisions, and judgment calls in meta-analyses." *Organizational Research Methods* 15.1 (2012): 103-133.

Bourgeois III, L. Jay, and Kathleen M. Eisenhardt. "Strategic decision processes in high velocity environments: Four cases in the microcomputer industry." *Management science* 34.7 (1988): 816-835.

Burawoy, Michael. "The extended case method." *Sociological theory* 16.1 (1998): 4-33.

Campbell, Donald T. *Evolutionary epistemology*. Vol. 1. na, 1974.

Carbone, Clara. *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*. EGEA spa, 2013.

Carbone, Clara. *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*. EGEA spa, 2013.



Carlson, Kevin D., and Fiona Xiaoying Ji. "Citing and building on meta-analytic findings: A review and recommendations." *Organizational Research Methods* 14.4 (2011): 696-717.

Cleverley W.O. & Cameron A.E. *Essentials of Health Care Finance*, 5th edn. Barlett, London (2003).

Colquitt, Jason A., and Cindy P. Zapata-Phelan. "Trends in theory building and theory testing: A five-decade study of the Academy of Management Journal." *Academy of management journal* 50.6 (2007): 1281-1303.

Cooper, H. *Research synthesis and meta-analysis: A step by step approach* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage (2010).

Cortina, Jose M. "Apples and oranges (and pears, oh my!): The search for moderators in meta-analysis." *Organizational Research Methods* 6.4 (2003): 415-439.

Cuccurullo Corrado and Pennarola, Gianpaolo "Strategia e performance nelle aziende ospedaliere: analisi, pianificazione e valutazione." *Strategia e performance nelle aziende ospedaliere* (2017): 1-217.

Dalton, Dan R., and Catherine M. Dalton. "Meta-analyses: Some very good steps toward a bit longer journey." *Organizational Research Methods* 11.1 (2008): 127-147.

Del Vecchio, Mario, Anna Prenestini, and Valeria Rappini. "La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi." (2014): 493-520.

Delli Fraine, Jami L., James R. Langabeer, and Ingrid M. Nembhard. "Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry." *Quality Management in Healthcare* 19.3 (2010): 211-225.

Duriau, Vincent J., Rhonda K. Reger, and Michael D. Pfarrer. "A content analysis of the content analysis literature in organization studies: Research themes, data sources, and methodological refinements." *Organizational research methods* 10.1 (2007): 5-34.

Edmondson, Amy C., and Stacy E. McManus. "Methodological fit in management field research." *Academy of management review* 32.4 (2007): 1246-1264.

Eisenhardt, K., & Bourgeois, L. J. Politics of strategic decision making in high velocity environments: Toward a mid-range theory. *Academy of Management Journal*, (1988): 31, 737-770.

Eisenhardt, Kathleen M. "Building theories from case study research." *Academy of management review* 14.4 (1989): 532-550.

Eisenhardt, Kathleen M., and Melissa E. Graebner. "Theory building from cases: Opportunities and challenges." *Academy of management journal* 50.1 (2007): 25-32.

Flyvbjerg, Bent. "Case study. In (Denzin and Lincoln, 2011), editor." (2011): 301-316.

Gapenski, Louis C., and George H. Pink. *Understanding healthcare financial management*. Chicago: Health Administration Press, 2007.

Gephart Jr, Robert P. "Qualitative research and the Academy of Management Journal." (2004): 454-462.

Gersick, C.J.G. Time and transition in work teams— toward a new model of group development. *Academy of Management Journal*,31, (1988): pp. 9–41.

Gioia, Dennis A., and Evelyn Pitre. "Multiparadigm perspectives on theory building." *Academy of management review* 15.4 (1990): 584-602.

Glaser, Barney, and Anselm Strauss. "Grounded theory: The discovery of grounded theory." *Sociology the journal of the British sociological association* 12.1 (1967): 27-49.

Glass, David C. *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Lawrence Erlbaum, 1977.

Guba, Egon G., and Yvonna S. Lincoln. "Competing paradigms in qualitative research." *Handbook of qualitative research* (1994): 163-194.

Guba, Egon G., and Yvonna S. Lincoln. "Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences." (2005).

Hammersley, M., and R. Gomm. "Research and practice, two worlds for ever at odds." *M. Hammersley (Éd.). Educational research, policymaking and practice* (2002): 59-83.

Harris, Stanley G., and Robert I. Sutton. "Functions of parting ceremonies in dying organizations." *Academy of Management journal* 29.1 (1986): 5-30.

Hunter, J., Schmidt, F., & Jackson, G. *Meta-analysis: Cumulating research findings across studies* (1982)

Jick, T. *Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action*. *Administrative Science Quarterly*, (1979): 24, 602-611.

Kidder, T. *Saul of a new machine*. New York: Avon (1982).

Kisamore, Jennifer L., and Michael T. Brannick. "An illustration of the consequences of meta-analysis model choice." *Organizational Research Methods* 11.1 (2008): 35-53.

Kuhn, T. *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press (1962).

Leonard-Barton, Dorothy, and Isabelle Deschamps. "Managerial influence in the implementation of new technology." *Management science* 34.10 (1988): 1252-1265.

Lincoln, Yvonna S., and Egon G. Guba. "Establishing trustworthiness." *Naturalistic inquiry* (1985): 289-331.

Miles, Matthew B., and A. Michael Huberman. "Drawing valid meaning from qualitative data: Toward a shared craft." *Educational researcher* 13.5 (1984): 20-30.

Miles, Matthew B., et al. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage, 1994.

Mintzberg, H. An emerging strategy of "direct" research. *Administrative Science Quarterly*, (1979): 24, 580-589.

Noblit, George W., and R. Dwight Hare. *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Vol. 11. sage, 1988.

Pettigrew, A. Longitudinal field research on change: Theory and practice. Paper presented at the National Science Foundation Conference on Longitudinal Research Methods in Organizations, Austin (1988).

Pinfield, L. A field evaluation of perspectives on organizational decision making. *Administrative Science Quarterly*, (1986) 31, 365-388.

Pink, S. "Visual methods. I: Seale C et al.(eds) *Qualitative Research Practice*. 2. utgave." (2007).

Ridder, H.-G., Hoon, C., & Baluch, A. M. Entering a dialogue: Positioning case study findings towards theory. *British Journal of Management*. Advance online publication. (2012).

Ridder, H.-G., Hoon, C., & McCandless, A. The theoretical contribution of case study research to the field of strategy and

management. In D. J. Ketchen & D. D. Bergh (Eds.), *Research methodology in strategy and management* (2009). (Vol. 5, pp. 137-178). Oxford, UK: Elsevier.

Rousseau, Denise M., Joshua Manning, and David Denyer. "11 Evidence in management and organizational science: assembling the field's full weight of scientific knowledge through syntheses." *The academy of management annals* 2.1 (2008): 475-515.

Sandelowski, Margarete, Corrine I. Voils, and Julie Barroso. "Comparability work and the management of difference in research synthesis studies." *Social science & medicine* 64.1 (2007): 236-247.

Sandelowski, Margarete, Julie Barroso, and Corrine I. Voils. "Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings." *Research in nursing & health* 30.1 (2007): 99-111.

Schmidt, Vivien A. "Discursive institutionalism: The explanatory power of ideas and discourse." *Annu. Rev. Polit. Sci.* 11 (2008): 303-326.

Shah, Sonali K., and Kevin G. Corley. "Building better theory by bridging the quantitative–qualitative divide." *Journal of management studies* 43.8 (2006): 1821-1835.

Sigglekow, N. "Theory building from cases: opportunities and challenges." *Academy of Management Journal* 50.1 (2007): 20-24.

Snow, James Byron. *Tinnitus: theory and management*. PMPH-USA, 2004.

Stake, Robert E. "Qualitative case studies." (2005).

Strauss, A. *Qualitative analysis for social Scientists* (1987).

- Sutton, Robert I., and Anita L. Callahan. "The stigma of bankruptcy: Spoiled organizational image and its management." *Academy of Management journal* 30.3 (1987): 405-436.
- Tranfield, David, David Denyer, and Palminder Smart. "Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review." *British journal of management* 14.3 (2003): 207-222.
- Van Maanen, J. *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago: University of Chicago Press (1988).
- Wanous, John P., Sherry E. Sullivan, and Joyce Malinak. "The role of judgment calls in meta-analysis." *Journal of Applied Psychology* 74.2 (1989): 259.
- Weick, Karl E. "Theory construction as disciplined imagination." *Academy of management review* 14.4 (1989): 516-531.
- Yin, R. "case study research. Beverly Hills." (1984).
- Yin, R. K. "Case Study Research: Design and Methods. Essential guide to qualitative methods in organizational research (Vol. 24)." (2009).
- Yin, R. The case study crisis: Some answers. *Administrative Science Quarterly*, (1981): 26, 58-65.
- Zelman, William N., George H. Pink, and Catherine B. Matthias. "Use of the balanced scorecard in health care." *Journal of health care finance* 29.4 (2003): 1-16.

---

<sup>i</sup> Costituzione italiana art. 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

<sup>ii</sup> Costituzione italiana art. 38: “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L’assistenza privata è libera”.

<sup>iii</sup> Con il trattato di Maastricht i Paesi che intendevano aderire all’Euro erano obbligati al rispetto di quattro parametri (i) stabilità dei prezzi, (ii) situazione delle finanze pubbliche, (iii) tassi di interesse a lungo termine e (iv) tasso di cambio:

- i. Nell’anno che precede l’entrata dello Stato nell’euro, l’inflazione dei prezzi al consumo dello Stato aderente non deve superare l’1,5% della media dei tre Paesi a inflazione più bassa;
- ii. Il rapporto tra deficit pubblico e Pil non deve superare la soglia del 3%, a meno che non sia temporaneo oppure in calo sostanziale e costante;
- iii. Il rapporto tra debito pubblico lordo e Pil non deve superare il 60%. In fase di adesione, i Paesi dell’Unione Europea potevano anche impegnarsi a raggiungere tale soglia gradualmente;
- iv. Nell’anno che precede l’entrata dello stato nell’euro, il tasso nominale a lungo termine non deve superare di oltre il 2% la media dei tre Paesi che hanno i migliori risultati in termini di stabilità dei prezzi.

<sup>iv</sup> I ruoli funzionali delle Agenzie Regionali possono essere (Lega, Perri, 2002):

1. consulente a servizio delle aziende, ossia una struttura fortemente operativa e attiva sul campo che propone ed affianca le aziende nell’introduzione di innovazioni gestionali e nel fronteggiare le connesse problematiche del cambiamento;
2. centro studi indipendente, quando all’ASR si chiede di svolgere i compiti di Osservatorio del sistema sanitario regionale e delle sue singole aziende, analizzandone almeno in linea generale i profili epidemiologici, economici e di attività e provvedendo alla loro comparazione con altre aziende, regioni o realtà internazionali;
3. tecnostuttura a servizio dell’assessorato, ossia una struttura a cui si appoggia l’assessorato per lo sviluppo di attività innovative che esulano o comunque richiedono un approccio distaccato dalla sua routine operativa. In altre parole, l’ASR funge da generatore di idee ed incubatrice delle possibili innovazioni del sistema (ad esempio attraverso la stesura del nuovo PSR, la ridefinizione delle linee guida organizzative e di finanziamento del sistema, la proposizione di progetti sul fronte qualità, accreditamento, ecc.) che altrimenti rischierebbero di venire sacrificate o comunque ritardate dai problemi posti dalla routine giornaliera tipica del funzionamento dell’assessorato.

<sup>v</sup> I ruoli strutturali, diversamente, possono essere (Lega, Perri, 2002):

- l’ASR come sostituto dell’assessorato, opzione possibile e praticabile nei casi in cui l’Assessore non ritenga la tecnostuttura assessoriale all’altezza dei compiti richiesti o sufficientemente allineata agli obiettivi politici. L’ASR viene quindi istituita per rispondere al bisogno di migliori e maggiori competenze gestionali, tecniche e tecnologiche e/o per garantirsi un più stretto controllo dell’apparato tecnocratico preposto al reale controllo del sistema. In questo caso, è presumibile spettarsi uno svuotamento dei compiti strategici dell’assessorato, che tenderà ad assolvere sempre più una funzione normalizzatrice. In caso contrario, prima o poi emergeranno conflitti tra l’assessorato e l’ASR, con il solo risultato finale di disorientare le aziende;
- l’ASR come tecnostuttura della Giunta o del Consiglio, soluzione ricercata dalla Giunta o dal Consiglio nel caso in cui l’assessorato sia all’altezza dei compiti attesi, ma politicamente «percepito» come non completamente allineato. L’ASR in questo caso rappresenta una sorta di «struttura ombra», i cui compiti principali sono il fornire alla Giunta o al Consiglio la

---

consulenza e le informazioni necessarie per valutare le proposte dell'assessorato ed evidenziare i suoi errori o mancanze. Spinta all'estremo, questa concezione vede nell'ASR uno strumento di lotta politica, attraverso cui promuovere un'ideologia ed una visione del SSR che non sembra condivisa all'interno dell'assessorato.

<sup>vi</sup> L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) sul proprio sito così definisce i tre momenti:

- Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, subordinato al possesso dei requisiti minimi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997.
- Accreditemento naturalmente «istituzionale», e volontario, presupposto per i successivi accordi contrattuali. «I soggetti autorizzati che vogliono operare nell'ambito del Servizio sanitario nazionale possono presentare istanza di accreditemento alla regione di appartenenza. La regione, accertata la funzionalità della struttura rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e subordinatamente alla rispondenza dei requisiti di qualificazione - ulteriori e diversi rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione - definiti dalla regione stessa, rilascia al richiedente l'attestato di soggetto accreditato ad esercitare per conto del SSN e lo iscrive nell'elenco dei potenziali fornitori di prestazioni sanitarie e socio-sanitaria».
- Accordo contrattuale. «La regione e le unità sanitarie definiscono accordi con i soggetti pubblici e contratti con quelli privati, relativamente ai servizi sanitari che questi potranno fornire. Tenuto conto che la scelta è effettuata anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, lo stato di soggetto accreditato non costituisce soltanto un necessario presupposto per la stipulazione degli accordi contrattuali, ma rende disponibili, in quanto ad esso connessi, tipologia, quantità e qualità delle specifiche attività per le quali è accreditato. Si realizza così, a fronte di riconosciute condizioni di garanzia sulla fornitura delle prestazioni sanitarie, la selezione dei soggetti erogatori».

<sup>vii</sup> In effetti, il tema dei dipartimenti era già presente nella L. 132/68, nel D.M. 8/11/76.

<sup>viii</sup> Dal punto di vista delle scelte strutturali organizzative e delle logiche dipartimentali seguite, si rileva la presenza di: (i) dipartimenti funzionali, con risorse perlopiù condivise e U.O. che possono appartenere a più livelli intermedi di aggregazione; (ii) dipartimenti strutturali, in cui le U.O. appartengono ad un singolo livello intermedio di aggregazione; (iii) dipartimenti transmurali; (iv) dipartimenti misti; (v) dipartimenti aggregati secondo diversi criteri; (vi) dipartimenti di differenti dimensioni. In linea generale non è quindi possibile identificare una propensione prevalente nelle scelte adottate né tra le diverse aziende, né all'interno della stessa realtà.

- In merito alle scelte sul ruolo del dipartimento e sul processo di delega organizzativa, emerge che quasi tutte le aziende sanitarie stanno sposando soluzioni abbastanza forti, tra l'altro coerenti con l'impostazione della normativa, e stanno riservando adeguati spazi di autonomia al livello organizzativo intermedio (il dipartimento appunto).

<sup>ix</sup> Delibera ANAC n. 58, 22 luglio 2015

<sup>x</sup> A livello nazionale questi sono così suddivisi, per oltre due terzi presso le CdC (67,4%), gli IRCSS detengono il (15,3%), i policlinici universitari privati gli enti di ricerca (3,2%), gli ospedali classificati (9,9%) ed infine gli istituti qualificati come presidio ASL (4,2%)

<sup>xi</sup> È un indicatore che misura il grado di indipendenza dell'azienda dagli shareholders, a questo indicatore sono attribuite delle lettere dell'alfabeto attribuite in relazione al grado di trasparenza delle informazioni e alla dipendenza dagli stakeholder. Il valore A+ indica il miglior rapporto di indipendenza tra l'azienda e gli azionisti.

<sup>xii</sup>  $ROA = (\text{Reddito Operativo} / \text{Totale Attivo}) * 100$

<sup>xiii</sup>  $ROE = (\text{Utile o perdita di esercizio} / \text{Totale Patrimonio Netto}) * 100$

<sup>xiv</sup>  $\text{Ebitda margin} = \text{Ebitda} / \text{Sales}$

<sup>xv</sup> Così determinato net income (prendendo il risultato d'esercizio aziendale) / le sales (le vendite aziendali)

<sup>xvi</sup>  $\text{Debt/equity} = \text{Posizione finanziaria netta} / \text{Patrimonio netto}$

<sup>xvii</sup>  $\text{Indice di indipendenza} = (\text{Patrimonio netto} / \text{Totale attivo}) * 100$

<sup>xviii</sup>  $\text{Indice di liquidità primario} = (\text{Attivo corrente} - \text{Rimanenze}) / \text{debiti a breve}$

<sup>xix</sup> A causa di differenze nei campioni di studio, nei periodi di analisi e nei disegni di ricerca. Ad esempio, su 13 relazioni esplorate tra Herfindahl-Hirshman Index (HHI) e margine operativo, il 15% era significativo e negativo (N), il 46% era non significativo (X) e il 38% era significativo e positivo (P).

<sup>xx</sup> Citato 55858 volte Eisenhardt, Kathleen M. "Building theories from case study research." *Academy of management review* 14.4 (1989): 532-550.