



Economia Aziendale Online

## Economia Aziendale Online

Business and Management Sciences  
International Quarterly Review

*La diffusione e l'utilizzo  
delle misure di performance  
dei servizi di assistenza primaria  
nel S.S.N.*

Antonella Cifalinò, Emanuele Vendramini

Pavia, LUGLIO 2015  
Vol. 6 - N. 2/2015

[www.ea2000.it](http://www.ea2000.it)  
[www.economiaaziendale.it](http://www.economiaaziendale.it)



PaviaUniversityPress

---

Electronic ISSN 2038-5498  
Reg. Trib. Pavia n. 685/2007 R.S.P.



## La diffusione e l'utilizzo delle misure di performance dei servizi di assistenza primaria nel S.S.N.

Antonella Cifalinò, Emanuele Vendramini

### Abstract

Il presente lavoro muove da due ordini di considerazioni. Da un lato, la letteratura evidenzia la rilevanza dei sistemi di *performance measurement* e *management* non solo in generale, ma anche in sanità e nel settore pubblico. Dall'altro lato, a fronte della centralità assunta dall'assistenza primaria, solo pochi studi hanno sinora analizzato i sistemi di misurazione delle performance in questa particolare tipologia di servizi. Lo studio intende contribuire a questo gap attraverso una *survey* che ha indagato, in primo luogo, la diffusione delle misure di performance dell'assistenza primaria e, in secondo luogo, gli scopi e le modalità con cui esse sono utilizzate all'interno delle aziende sanitarie locali del nostro Paese. I risultati evidenziano che, a fronte di una buona diffusione delle diverse tipologie di misure di performance, economico-finanziarie e non, una significativa quota di aziende non le utilizza in maniera frequente per i diversi scopi e con le varie modalità in cui può ragionevolmente tradursi il loro impiego.

### Abstract

This research originates from a couple of considerations. On the one hand, the literature suggests that *performance measurement* and *management* systems are relevant not only in general, but also in both the public and the health-care sectors. On the other hand, even though primary healthcare has reached a dominant role, only few studies analyse the performance measurement system of primary healthcare services. This study aims at filling this gap through a survey that investigated: a) the diffusion of primary healthcare performance measures within the Italian Local Health Units; b) their uses in terms of both purposes and processes. The research findings show that, even though both financial and non-financial performance measures are quite diffused, many Local Health Units do not frequently use them for the different purposes and in the different ways that can be reasonably applied.

**Keywords:** *remuneration disclosure*, qualità informativa, relazione remunerazione, compensi amministratori.

### 1 – Introduzione

L'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo ha rappresentato, per le aziende sanitarie, uno

dei più importanti driver di cambiamento (Casati, 2000; Francesconi, 2003; Radnor e McGuire, 2004; Del Vecchio, 2008; Bergamaschi e Lecci, 2009; Macinati e Anessi Pessina, 2014), soprattutto in conseguenza delle riforme dei primi anni '90 (Lecci e Longo, 2004). Tuttavia, la spinta di diversi fattori (Neely,

Antonella Cifalinò, PhD - Ricercatore in Economia Aziendale  
Ce.Ri.S.Ma.S., Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Italy  
E-mail: [www.cerismas.com](http://www.cerismas.com), [www.unicatt.it](http://www.unicatt.it)

Emanuele Vendramini – Professore associato in Economia Aziendale  
Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza, Italy  
E-mail: [www.unicatt.it](http://www.unicatt.it)

Si ringrazia il Ce.Ri.S.Ma.S., (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario), Università Cattolica di Milano che ha finanziato il progetto di ricerca da cui derivano i risultati presentati in questo articolo.

Sebbene il contributo sia frutto di un lavoro comune: i paragrafi 2.2, 3 e 4 sono attribuiti ad Antonella Cifalinò; il paragrafo 2.4 è attribuito a Emanuele Vendramini; i paragrafi 1, 2.1, 2.3 e 5 sono attribuiti ad entrambi gli autori.

1999; Baraldi, 2000) ha indotto le aziende sanitarie a sviluppare un approccio prevalentemente burocratico alla funzione di programmazione e controllo, soprattutto con riferimento allo strumento del budget.

In conseguenza all'utilizzo burocratico dei tradizionali strumenti di programmazione e controllo, si è diffusa una crescente attenzione nei confronti di sistemi evoluti di misurazione della performance (Franco-Santos *et al.*, 2012), intesi come strumenti volti a migliorare il processo di raggiungimento degli obiettivi aziendali (Cavalluzzo e Ittner, 2003). Questo percorso ha generato lo sviluppo di diversi approcci e modelli che hanno progressivamente spostato il *focus* dai risultati economico-finanziari alle loro determinanti. Tra i più noti, si ravvedono: a) gli approcci *activity-based* che enfatizzano il governo delle attività e dei processi (Kaplan e Porter, 2011); b) i sistemi multidimensionali di misurazione delle performance volti a cogliere le strategie deliberate, tra cui il *balanced scorecard* (Kaplan e Norton, 2004; Baraldi, 2005; Broccardo, 2010; Lucianetti, 2013). Tra i vantaggi di questa evoluzione, si annovera la possibilità di offrire al management aziendale una rappresentazione più completa ed oggettiva della performance d'azienda (Dossi, 2010; Micheli e Mari, 2014) e, di conseguenza, di poter verificare in tempo reale tanto la validità della propria visione strategica, quanto l'effettiva capacità di realizzarla (Baraldi, 2005, p. 10; Micheli e Manzoni, 2010).

Se gli strumenti di misurazione delle performance sono al centro del dibattito in letteratura, il management sanitario si trova, nel contempo, a dover affrontare un cambiamento paradigmatico relativo al contesto epidemiologico: la prevalenza di anziani fragili e non autosufficienti e di malati cronici (i dati Istat 2013 dicono che oltre un terzo degli italiani soffre di una patologia cronica e il 20% di due). Questo cambiamento pone, infatti, un rischio di sostenibilità economica del S.S.N. (Longo e Cantù, 2013), a fronte della tendenza del legislatore nazionale e regionale ad adottare interventi che, improntandosi a tagli lineari, si focalizzano in gran parte sul controllo degli *input*, piuttosto che sul governo degli *output* e degli *outcome*. Quest'ultimo aspetto impone, pertanto, una riflessione non solo sui sistemi di misurazione delle performance in sé, ma anche sulla loro declinazione nell'assistenza primaria, quale ambito di riferimento per la presa in carico appropriata della fragilità e della cronicità.

A fronte di tale esigenza occorre, tuttavia, osservare che i sistemi di misurazione delle performance dell'assistenza primaria rappresentano un argomento ancora relativamente inesplorato in letteratura. Se molto è stato scritto sui temi dell'associazionismo dei medici di medicina generale e sul loro sistema di budget (Longo e Vendramini, 2001; Tozzi, 2002; Vendramini e Tozzi, 2004; Tozzi e Tedeschi, 2004; Vendramini e Corsalini, 2010), ancora poco è stato

pubblicato sui temi della misurazione delle performance, soprattutto in relazione alla disponibilità e all'utilizzo di indicatori relativi sia all'assistenza erogata dai medici di medicina generale sia agli altri servizi offerti a livello distrettuale (es. assistenza domiciliare integrata, assistenza protesica, assistenza residenziale e semi-residenziale).

Tenuto conto di questo quadro di riferimento, il presente contributo intende analizzare la diffusione delle misure di performance dei servizi di assistenza primaria nel S.S.N. Facendo particolare riferimento al concetto di diffusione delle pratiche di *accounting* nel settore pubblico sviluppato da Jackson e Lapsley (2003), si è studiato il grado di diffusione e di utilizzo di misure di performance economico-finanziarie e non, relative ai servizi di assistenza primaria, all'interno delle aziende sanitarie locali italiane. In particolare, l'analisi empirica ha inteso rispondere a due quesiti di ricerca: quali sono le misure di performance dell'assistenza primaria disponibili all'interno delle aziende sanitarie locali? come vengono utilizzate queste misure?

La restante parte del lavoro è così strutturata: il secondo paragrafo sintetizza l'analisi della letteratura; il terzo paragrafo illustra la metodologia di ricerca; il quarto paragrafo presenta e discute i risultati dell'indagine; l'ultimo paragrafo traccia alcune considerazioni di sintesi, illustra i contributi teorici offerti dall'analisi e le ricadute applicative che ne conseguono ed evidenzia i limiti del lavoro, nonché possibili percorsi di ulteriore ricerca sul tema.

## 2 – Analisi della letteratura

Il tema oggetto di indagine può essere inquadrato alla luce dell'analisi della letteratura avente per oggetto i sistemi di *performance measurement* e di *performance management* dapprima in via generale e, quindi, con specifico riferimento al settore pubblico, alla sanità e ai servizi di assistenza primaria. In particolare:

- nel tratteggiare lo stato dell'arte della letteratura generalista relativa all'evoluzione dei sistemi di misurazione della performance (paragrafo 2.1.), ci si focalizza sui due aspetti principalmente utilizzati nella costruzione della *survey* e nell'interpretazione dei risultati ottenuti: (i) la caratteristica di multidimensionalità delle misure di performance e (ii) le finalità e il processo con cui esse vengono utilizzate in una prospettiva di *management accounting*;
- il riferimento al settore pubblico (paragrafo 2.2.) consente di interpretare i risultati della ricerca tenendo in considerazione le specificità tipicamente riscontrate nell'introduzione e sviluppo dei sistemi di *performance measurement* e *ma-*

*nagement* nelle aziende sanitarie locali, in quanto aziende composte pubbliche;

- da ultimo, i filoni di letteratura focalizzati sulla sanità (paragrafo 2.3.) e sull'assistenza primaria (paragrafo 2.4.) approfondiscono il quadro teorico declinando il tema oggetto di analisi rispetto alle specifiche caratteristiche delle aziende sanitarie e dell'assistenza primaria (quale combinazione economica interna alle aziende sanitarie pubbliche).

Nel prosieguo si offre una sintesi di questi aspetti, focalizzandosi in prevalenza sugli studi più recenti e più direttamente connessi agli obiettivi della ricerca.

### **2.1 – I sistemi di misurazione delle performance**

Nel corso degli ultimi decenni, si è sviluppata un'ampia discussione relativa ai sistemi di misurazione delle performance nell'ambito di scuole di pensiero afferenti a diverse discipline, quali *accounting*, strategia, marketing e *operations management* (ad esempio, cfr. Kotler, 1984; Slack, 1991; Lebas, 1995; Otley, 1999). Tenuto conto degli obiettivi di questo contributo, non si intende proporre una sintesi della vastissima letteratura in materia, bensì evidenziare due aspetti relativi rispettivamente alle caratteristiche delle misure di performance ed al loro utilizzo in una prospettiva di *management accounting*.

Con particolare riferimento al primo aspetto, non mancano posizioni critiche che evidenziano come le aziende tendano a sovra-dotarsi di sistemi di misurazione della performance che spesso confliggono o, comunque, non portano a sintesi efficaci, andando a misurare tutto ciò avviene, ma nulla di ciò che conti (Neely e Bourne, 2000). D'altro canto, è emersa la necessità di superare i sistemi esclusivamente contabili, in quanto fortemente criticabili se usati in maniera isolata rispetto ad altre tipologie di misurazione (tra gli altri, cfr. Baraldi, 2005). Nel dibattito sviluppatosi in letteratura a tale proposito, un punto di riferimento di particolare interesse è rappresentato dall'impostazione di Kaplan e Norton (1996). Gli autori sostengono che le aziende debbano iniziare a misurare non solo se stanno facendo le "cose bene", quanto piuttosto se stanno facendo le "cose giuste"<sup>1</sup>. Anzi, nel bilanciamento dei due fattori si racchiude il miglioramento della performance.

Lungo questa linea di pensiero, Wilcox e Bourne (2002) hanno identificato tre fasi nello sviluppo dei sistemi di misurazione della performance. La prima si

è sviluppata a partire dagli anni '80 con un *focus* prevalentemente efficientista, legato alla componente economico-finanziaria. La seconda fase, di fatto emersa come reazione alla prima, propone una visione multidimensionale dei fenomeni, che ha portato all'elaborazione di sistemi quali il *balanced scorecard* (Kaplan, Norton 1996, 2004; Broccardo, 2010, Lucianetti 2013). Da ultimo, a partire dalla seconda metà degli anni '90, i sistemi di misurazione della performance hanno iniziato ad essere caratterizzati dalla rilevanza delle mappe strategiche, evidenziando anche le correlazioni tra le aree e gli indicatori di performance (*leading e lagging*).

In conclusione, la letteratura è concorde nel sostenere che, pur in presenza di modelli differenti (BSC, MAF<sup>2</sup>, CAF<sup>3</sup>, ecc.), i contemporanei sistemi di misurazione della performance includano diverse dimensioni di analisi tra loro correlate (tra cui anche, ma non solo, la componente economico-finanziaria), utili per operationalizzare gli obiettivi strategici (Franco-Santos *et al.*, 2012). Questa evoluzione ha, peraltro, sollecitato una riflessione relativa ai preliminari epistemologici associati al concetto di misurazione (Micheli e Mari, 2014).

Un secondo tema di particolare rilevanza ai fini del presente contributo è rappresentato dall'utilizzo dei sistemi di misurazione delle performance. Lungo questa riflessione, diversi contributi superano la sola misurazione per giungere ad una vera e propria gestione delle performance (Otley, 1999; Ferreira e Otley, 2009; Broadbent e Laughlin, 2009): i sistemi di performance management offrono, infatti, una visione olistica che integra i sistemi di misurazione con i processi di governo delle determinanti del successo aziendale, tra cui i meccanismi di pianificazione, programmazione ed incentivazione.

Muovendo da questa considerazione, l'utilizzo delle misure di performance può essere indagato in termini sia di finalità sia di processo (ovvero *perché e come* si utilizzano i sistemi di misurazione delle performance). L'analisi delle finalità di utilizzo, pur essendo stata oggetto di studio anche nei contributi più classici, ha assunto particolare enfasi negli ultimi anni (tra gli altri: Wiersma, 2009; Baars *et al.*, 2010; Grafton *et al.*, 2010; Hall, 2010; Mundy, 2010; van Veen-Dirks, 2010; Tessier e Otley, 2012; Macinati e Anessi Pessina, 2014). Tra i più recenti contributi, se ne segnalano in particolare due. Il primo, proposto da Franco-Santos *et al.* (2012) grazie ad una approfondita analisi della letteratura, identifica i seguenti obiettivi di utilizzo dei sistemi contemporanei di misurazione delle performance: a) supporto al processo decisionale; b) valutazione delle performance aziendali; c) valutazione delle

<sup>1</sup> In inglese diventa quasi un gioco di parole: "to do things right" e "to do the right things".

<sup>2</sup> MAF Managerial Assessment Framework

<sup>3</sup> CAF Common Assessment Framework

performance manageriali; d) supporto alla politica incentivante. Un secondo interessante lavoro è sviluppato da Speklé e Verbeeten (2014) i quali, proponendo una sintesi degli studi precedenti, evidenziano: a) un utilizzo operativo, legato ai processi di *goal setting* di breve periodo e di monitoraggio dei processi; b) un utilizzo incentivante, che si traduce nella definizione dei target, strutturazione degli incentivi e gestione dei meccanismi di ricompensa; c) un utilizzo esplorativo, che si associa alla ricerca di nuove opportunità, ai processi di apprendimento e di revisione di carattere strategico.

Infine, con particolare riferimento al processo di utilizzo delle misure di performance, buona parte delle letterature si fonda sul modello delle leve di controllo proposto da Simons (1995). L'autore, ponendo la strategia al centro del sistema di controllo, identifica una serie di leve che dovrebbero essere idealmente attivate, con intensità variabile, nel continuo processo di formulazione ed implementazione della strategia. Tra queste, ai fini del presente contributo, si sottolineano le leve di controllo diagnostico (impiegate per motivare, monitorare e premiare il raggiungimento di obiettivi predeterminati, secondo i tradizionali meccanismi di *feed-back*) e quelle di controllo interattivo (utilizzate per stimolare l'apprendimento organizzativo e l'emergere di nuove opzioni strategiche). Lungo questa linea di pensiero, sono stati recentemente proposti alcuni approfondimenti, con l'obiettivo di meglio chiarire come le aziende possano utilizzare i sistemi di controllo bilanciando, da un lato, la focalizzazione sul raggiungimento degli obiettivi aziendali e, dall'altro lato, lo stimolo alla ricerca di nuove opportunità (Mundy, 2010; Tessier e Otley, 2012).

## **2.2 – I sistemi di misurazione delle performance nelle aziende pubbliche**

La rilevanza della ricerca sui sistemi multidimensionali di misurazione delle performance nel settore pubblico fonda le proprie origini nel filone di studi noto come *New Public Management*, termine con cui in letteratura si identificano i principi e i contenuti delle riforme che, sviluppatesi a partire dagli anni '80 in numerosi paesi OECD, hanno introdotto nelle amministrazioni pubbliche i sistemi manageriali usati tipicamente nelle aziende private, con la finalità di rompere la tradizionale cultura burocratica a favore del raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei servizi pubblici (Pollit, 1993; Hood, 1995; Terry, 1998; Gori e Fissi, 2011). In particolare, l'esordio di questi studi si è sviluppato lungo due fasi (Groot, 1999): nella prima, si è enfatizzata la diffusione del principio di

*accountability* nei confronti degli *stakeholder* dell'azienda pubblica, quale presupposto che potesse a sua volta permeare ed influenzare i processi organizzativi interni; nella seconda, si sono analizzati i processi di delega, con l'obiettivo di identificare centri di responsabilità manageriale cui applicare le tecniche gestionali. Lungo tale linea di pensiero, è stata in particolare evidenziata la centralità dei sistemi di misurazione delle performance (tra gli altri, Lapsley, 1999; Olson *et al.*, 2001; DeGroff *et al.*, 2010; Cuganesan *et al.*, 2012).

Recentemente, il programma dottrinale del *New Public Management* è stato fortemente dibattuto a causa di diversi fattori, tra cui assumono particolare rilevanza, da un lato, la crescente complessità del settore pubblico e, dall'altro lato, le controverse evidenze circa l'impatto che i processi di riforma generano in termini di efficacia ed efficienza dei servizi resi (De Vries e Nemeč, 2013; Grossi e Steccolini, 2014).

Ponendo particolare attenzione al ruolo dei sistemi di *performance measurement e management*, lo stato dell'arte della ricerca non pone in discussione l'utilità che essi assumono nel settore pubblico, quanto piuttosto argomenta la necessità di considerare anche le contraddizioni, i paradossi e i dilemmi che inevitabilmente emergono nella loro implementazione (Bouckaert e Peters, 2002; Cuganesan *et al.*, 2014).

Lungo questa linea di pensiero, sono stati ad esempio studiati i fattori che possono agevolare od ostacolare la diffusione dei sistemi di misurazione delle performance (Jääskeläinen e Sillampää, 2013). Più in generale, è stata sottolineata la necessità di ripensare le coordinate di riferimento della ricerca di *accounting* nel settore pubblico, ponendo particolare attenzione alle modalità di introduzione e sviluppo delle pratiche manageriale a livello locale. I sistemi di *accounting*, infatti, lungi dal qualificarsi quale meccanismo neutrale indipendente dal contesto aziendale di inserimento, richiedono un'approfondita analisi del processo locale di implementazione, in termini ad esempio di priorità perseguite, scopi e modalità di utilizzo, stili di gestione (Humphrey e Miller, 2012).

Analogamente, è stata enfatizzata la necessità di sviluppare le pratiche di *accounting* tenendo in considerazione come esse interagiscano, a livello locale, con i valori, le aspirazioni ed i processi dei professionisti a cui è delegata la responsabilità dei processi di presa in carico nella soddisfazione dei bisogni pubblici (Kurunmäki e Miller, 2011).

## **2.3 – I sistemi di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie**

Al pari di quanto rilevato nei precedenti filoni di ricerca, anche in sanità sono stati indagati sia le

caratteristiche sia l'utilizzo dei sistemi di misurazione delle performance.

Con riferimento al primo aspetto, Nuti *et al.* (2013) hanno recentemente evidenziato la presenza di un numero crescente di studi che descrivono l'implementazione di sistemi multidimensionali di misurazione delle performance da parte delle aziende sanitarie. In particolare, il fenomeno della multidimensionalità e della scomposizione delle informazioni prodotte dai sistemi di misurazione delle performance è stato evidenziato in maniera significativa sia a livello di sistema sia a livello aziendale.

A livello aggregato, Pollitt (1986), analizzando il sistema sanitario inglese (NHS), notava come già nella seconda metà degli anni '80 molte aziende sanitarie avessero iniziato ad introdurre formalmente esperienze di misurazione della performance. Infatti, le *Health authority* inglesi, fin dal 1986, erano state obbligate ad inserire indicatori di performance multidimensionali nel loro *annual report*. Analogamente, Moriarty e Kennedy (2002) sostengono che i sistemi di misurazione della performance non siano una novità; essi sono stati progressivamente adottati dalle aziende sanitarie in quanto, non esistendo un vero e proprio mercato della sanità, la loro introduzione ha consentito di sostituire le pressioni derivanti dal mercato.

Con particolare riferimento al nostro Paese, Bergamaschi e Lecci (2009) argomentano <<l'assenza di un meccanismo di scambio tipico e di una misura oggettivata del valore di ciò che viene ceduto; la presenza di processi non standardizzabili, anche a fronte della rilevante autonomia professionale dei medici e della conseguente necessità di condivisione degli indicatori, rappresentano solo alcuni, ma ben conosciuti, fattori che ne alimentano la problematicità. Nella realtà delle aziende sanitarie pubbliche, tutto ciò si è tradotto in un progressivo ampliamento della gamma di indicatori utilizzati, spesso a scapito dell'oculata selezione di un nucleo "essenziale" di variabili in grado di esprimere compiutamente l'insieme dei risultati prodotti da ogni unità organizzativa>>. Sono, peraltro, da segnalare significative esperienze di valutazione delle performance a livello nazionale e regionale (Reginato *et al.*, 2011; Nuti *et al.*, 2012; Nuti *et al.*, 2013).

Al livello aziendale, lo studio relativo ai sistemi di misurazione delle performance si è in prevalenza concentrato nei *setting* ospedaliero. Tenuti in considerazione gli obiettivi di questo contributo, si segnala, in particolare, lo studio di Jacobs *et al.* (2004); sulla base di evidenze raccolte nel Regno Unito, in Germania e in Italia, gli autori riportano una situazione di criticità, in quanto i risultati del loro lavoro evidenziano che le informazioni relative ai costi e all'attività svolta non sono accessibili ai professionisti clinici in modo pervasivo, bensì solo ai

ruoli clinici che occupano posizioni di particolare responsabilità. Tale visione fortemente baricentrata sulla componente gestionale, anziché clinica, dei sistemi di controllo è stata recentemente confermata da Macinati e Anessi Pessina (2014); i risultati della loro *survey* dimostrano, infatti, che l'utilizzo dei più sofisticati sistemi di programmazione e controllo da parte delle aziende del S.S.N. è stato particolarmente condizionato dal perseguimento di strategie di controllo dei costi.

Ad ulteriore conferma della rilevanza della multidimensionalità dei sistemi di misurazione delle performance in sanità, si annoverano, infine, numerosi studi che argomentano la diffusione del *balanced scorecard* nei diversi contesti geografici (tra gli altri, Aidemark, 2001; Radnor, Lovell, 2003; Vendramini, 2004; Baraldi, 2005; Kollberg e Elg, 2011).

Con riferimento al secondo aspetto, vale a dire il processo di utilizzo delle misure di performance, la letteratura argomenta due elementi specificamente riferibili al settore sanitario. Anzitutto, vari studi evidenziano la necessità di coinvolgere i professionisti clinici nel processo di implementazione dei sistemi di misurazione delle performance. Ad esempio, Abernethy e Brownell (1999), in una ricerca su 63 ospedali pubblici, argomentano che l'utilizzo del budget come sistema di controllo interattivo, piuttosto che diagnostico, sia più performante in quanto agevola l'apprendimento nei processi di cambiamento strategico. Analogamente, Pettersen e Nyland (2006) evidenziano che, poiché l'utilizzo delle informazioni presenta di sovente una cesura tra i processi manageriali ed i processi clinici, occorre stimolare un percorso di trasparenza improntato alla scomposizione delle informazioni prodotte dai sistemi di controllo aziendale in indicatori che assumano significato per i professionisti clinici che operano a livello divisionale, in modo da attivare un efficace controllo interattivo. Da ultimo, si evidenzia il contributo di Lehtonen (2007), il quale suggerisce l'opportunità di stimolare il coinvolgimento dei professionisti clinici facendo leva sull'integrazione dei meccanismi di *accountability* clinica ed amministrativa, sui processi di assegnazione delle responsabilità, sulla libertà di scelta nell'adottare gli strumenti di controllo ritenuti più appropriati e sulla flessibilità di implementazione dei sistemi di controllo.

Il secondo elemento di specificità, peraltro collegato al precedente, ha per oggetto i fattori comportamentali legati all'introduzione dei sistemi di misurazione delle performance da parte dei professionisti clinici. Tra gli altri, si sottolinea il recente lavoro di Macinati e Rizzo (2014); gli autori, avvalendosi di una *survey* condotta all'interno di un ospedale italiano, evidenziano l'importanza del governo delle variabili comportamentali nell'introduzione del budget, in modo da stimolare un processo di convergenza tra obiettivi individuali ed

obiettivi organizzativi foriero di ricadute positive sulle performance aziendali.

## 2.4 – I sistemi di misurazione delle performance nei servizi di assistenza primaria

A fronte dell'ampio interesse riscontrato in letteratura sui sistemi di misurazione delle performance nel settore pubblico e in sanità, solo pochi studi hanno affrontato il tema con particolare riferimento ai servizi pubblici di assistenza primaria, sia a livello internazionale (Llewlyn and Grant, 1996; Jacobs, 1998; Broadbent *et al.*, 2001; Stewart e Greisler, 2002; Hannah *et al.*, 2005; Broemeling *et al.*, 2009; Silva and Ferreira, 2010) sia nel nostro Paese (Longo e Vendramini, a cura di, 2001; Tozzi, 2002; Vendramini e Tozzi, 2004; Tozzi e Tedeschi, 2004; Vendramini, 2007; Cinquini e Vainieri, 2008; Tozzi *et al.*, 2014). In particolare, le tematiche maggiormente dibattute sono legate alla complessità della definizione stessa di assistenza primaria soprattutto nel contesto statunitense (Starfield, 1994) e alla necessità di introdurre modelli di gestione della cronicità (Light e Dixon, 2004).

Con particolare riferimento al nostro Paese, gli studi si sono concentrati sull'evoluzione dei sistemi di *budget* per i medici di medicina generale da puro contenimento della spesa farmaceutica a meccanismo di responsabilizzazione multidimensionale, con obiettivi legati anche alle linee guida e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (cfr. studi sopra citati). Tenuto conto delle tendenze epidemiologiche vigenti, il tema è di sicuro interesse e richiede un approfondimento per evidenziare driver e meccanismi operativi che abbiano la finalità di incrementare l'efficacia della presa in carico soprattutto dei pazienti fragili e non autosufficienti e migliorare la qualità dell'assistenza (Longo, 2007).

## 3 – Metodologia della ricerca

Al fine di rilevare la diffusione delle misure di performance dei servizi di assistenza primaria e le relative modalità di utilizzo nel panorama del S.S.N., si è fatto ricorso ad una *survey* nazionale. Tutte le aziende sanitarie locali italiane sono state invitate a partecipare allo studio (nella fattispecie, si è trattato di 145 aziende attive alla data di avvio della raccolta dei dati). In particolare, tenuto conto del fatto che nel nostro Paese l'organizzazione dei servizi di assistenza primaria è strutturata su base dipartimentale o distrettuale, per ogni azienda è stato identificato un responsabile dell'erogazione dei servizi di assistenza primaria che potesse essere adeguatamente rappresentativo dello specifico contesto aziendale. La lista degli estensori della *survey* è stata, pertanto, definita includendo: a) il direttore del dipartimento di

assistenza primaria aziendale, ovvero di unità organizzativa equivalente, se disponibile; b) il direttore del distretto socio-sanitario con il maggior numero di residenti rispetto alla popolazione complessivamente servita dall'azienda sanitaria locale, nei restanti casi. Al fine di identificare i soggetti rispondenti a questi criteri di selezione, per ogni azienda sanitaria locale è stata effettuata un'approfondita analisi del sito web aziendale, a cui sono state aggiunte interviste telefoniche laddove necessario. Gli estensori del questionario, una volta identificati, sono stati invitati ad aderire alla ricerca mediante comunicazioni di posta elettronica, corredate da informazioni esaustive in merito alle finalità della ricerca, alla struttura e alla modalità di compilazione del questionario. A seguito di questa prima comunicazione, sono stati effettuati due ulteriori contatti telefonici. Il processo di definizione della lista degli estensori e di raccolta delle informazioni ha complessivamente richiesto sei mesi di tempo.

In tutto, si è ottenuta risposta da parte di 59 aziende sanitarie locali. Tenuto conto del fatto che esse rappresentano il 41% delle aziende attive alla data della *survey*, si ritiene che i risultati siano rappresentativi e generalizzabili. Si consideri, peraltro, che si osservano analoghi tassi di risposta in precedenti studi di management sanitario relativi al contesto nazionale e non (tra gli altri: Kaissi e Charland, 2013; Macinati, 2008a, 2008b).

La struttura del questionario è complessivamente articolata in nove domande, ciascuna delle quali prevede al proprio interno un dettagliato insieme di item. Il questionario è stato testato, in via preliminare, da due accademici esperti di misurazione delle performance in sanità e da otto *practitioner* direttamente impegnati nell'organizzazione e gestione dei servizi di assistenza primaria.

La diffusione delle misure di performance dei servizi di assistenza primaria all'interno di ciascuna azienda sanitaria locale è stata, anzitutto, rilevata mediante cinque domande. Utilizzando una scala binomiale (Sì/No), è stato chiesto di indicare la disponibilità o meno di almeno un indicatore (stimato a preventivo e/o rilevato a consuntivo) per ciascuna di 21 tipologie di misure di performance, a loro volta raggruppate in cinque classi. Le cinque classi – ovvero misure economico-finanziarie, di attività, di innovazione, di qualità e di esito clinico-assistenziale – sono state identificate seguendo precedenti studi relativi ai sistemi di misurazione delle performance in sanità (Nuti *et al.*, 2012; Baars *et al.*, 2010). In particolare, muovendo da questa classificazione, si sono identificate:

- a) sei misure economico-finanziarie: costo dell'assistenza farmaceutica territoriale, costo dell'assistenza protesica ed integrativa, costo del personale medico in convenzione, costo



- dell'assistenza specialistica ambulatoriale, costo dell'assistenza domiciliare, costo dell'assistenza residenziale e semi-residenziale;
- b) tre misure relative ai volumi di attività: numero delle prestazioni erogate; numero di pazienti trattati; numero di accessi ai servizi;
  - c) tre misure relative alla qualità dell'attività: indicatori relativi ai tempi di attesa per l'accesso ai servizi, alla soddisfazione dei pazienti, all'appropriatezza dei *setting* assistenziali;
  - d) quattro misure di innovazione: indicatori di sviluppo di innovazioni di carattere organizzativo, di integrazione tra diversi servizi di assistenza primaria, di integrazione con i servizi ospedalieri, di integrazione con i servizi sociali a rilevanza sanitaria;
  - e) cinque misure clinico-assistenziali: indicatori di distribuzione dei fattori di rischio, di trattamento della popolazione target e di esito in termini di mortalità, complicanze e recidive nella presa in carico dei pazienti, prevalenza e incidenza delle patologie.

Il questionario ha, inoltre, incluso due ulteriori domande finalizzate ad indagare il livello di granularità delle misure di performance oggetto di analisi. In particolare, si è rilevata la disponibilità di una scomposizione degli indicatori rispettivamente per:

- a. aree organizzative – precisate in termini di distretti socio-sanitari, gruppi multiprofessionali responsabili della presa in carico dei pazienti (es. nuclei di cure primarie, unità di cure primarie, unità territoriali di assistenza primaria), forme associative di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, singoli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- b. aree di attività – definite in termini di *setting* assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale/semiresidenziale), fasce di età della popolazione assistita, patologie prevalenti da cui è affetta la popolazione assistita, singoli pazienti presi in carico.

Infine, le ultime due domande del questionario sono state finalizzate ad indagare l'utilizzo delle misure di performance dell'assistenza primaria. In linea con quanto analizzato nella letteratura in tema di utilizzo manageriale delle misure di performance (Grafton *et al.*, 2010; Mundy, 2010; van Veen-Dirks, 2010; Tessier e Otley, 2012; Speklé e Verbeeten, 2014) anche in sanità (Abernethy e Brownell, 1999; Naranjo-Gil e Hartmann, 2006; Pettersen e Nyland, 2006), si è ritenuto opportuno distinguere, da un lato, gli obiettivi di utilizzo (ovvero *perché* si utilizzano le misure) e, dall'altro lato, il processo (ovvero *come* si

utilizzano le misure). Al fine di operationalizzare entrambe le variabili, gli item del questionario sono stati opportunamente declinati in coerenza con le specificità dei servizi di assistenza primaria. Per ciascun item si è rilevata la percezione della frequenza di utilizzo attraverso una scala Likert a quattro livelli (mai, raramente, spesso, sempre).

In particolare, sono stati indagati dieci obiettivi di utilizzo delle misure di performance dell'assistenza primaria: definire gli obiettivi di esito attesi dai servizi di assistenza primaria e valutarne il grado di conseguimento; definire obiettivi di corresponsabilità in capo ai titolari dei servizi di assistenza primaria e ad altri attori (es. servizi ospedalieri e/o servizi sociali a rilevanza sanitaria) ed apprezzarne il relativo conseguimento; programmare l'attività di erogazione dei servizi di assistenza primaria (in termini sia quantitativi sia qualitativi) e controllarne il relativo svolgimento; allocare le risorse necessarie per l'erogazione dei servizi di assistenza primaria e monitorarne il relativo utilizzo; incentivare i responsabili dei servizi di assistenza primaria ovvero i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Da ultimo, muovendo dal modello delle leve di controllo originariamente suggerito da Simons (Simons, 1995) e successivamente ripreso in diversi contributi (Tuomela, 2005; Mundy, 2010; Tessier e Otley, 2012; Kominis e Duddau, 2012) anche relativi al settore sanitario (Naranjo-Gil e Hartmann, 2006), si sono analizzate le modalità di utilizzo delle misure distinguendo la natura interattiva e/o diagnostica dei processi di controllo. In particolare, se l'utilizzo diagnostico si traduce nella comparazione tra obiettivi e risultati, al fine di identificare gli scostamenti ed attivare le più opportune azioni correttive secondo i meccanismi di feed-back propri dei tradizionali sistemi di controllo, l'utilizzo interattivo consiste, invece, in un processo intenso e formale di comunicazione a due vie tra manager e subordinati ai diversi livelli dell'organizzazione (Mundy, 2010: 501). Inoltre, in considerazione delle specificità degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie territoriali, che includono la presenza di organi di governo dell'assistenza primaria alle dipendenze gerarchiche del livello aziendale, si è ritenuto opportuno analizzare lo svolgimento di un processo interattivo e/o diagnostico di controllo a livello sia di alta direzione sia divisionale (laddove le divisioni sono rappresentate, come si è detto, dal dipartimento di assistenza primaria o dal distretto socio-sanitario). Giova, peraltro, precisare la necessità di sviluppare l'analisi delle leve di controllo sia a livello strategico (corporate) sia a livello operativo (divisionale) è stata recentemente richiamata da Tessier e Otley (Tessier e Otley, 2012). Infine, considerando la rilevanza dei processi di rilevazione a preventivo e a consuntivo, l'utilizzo interattivo/diagnostico a livello aziendale/

divisionale è stato indagato sia *ex ante* sia *ex post*. Di conseguenza, mettendo a fattori comune queste considerazioni, la struttura della domanda relativa alla percezione di frequenza nell'utilizzo delle misure di performance dell'assistenza primaria include complessivamente 8 item:

1. utilizzo interattivo a livello aziendale a preventivo;
2. utilizzo diagnostico a livello aziendale a preventivo;
3. utilizzo interattivo a livello divisionale a preventivo;
4. utilizzo diagnostico a livello divisionale a preventivo;
5. utilizzo interattivo a livello aziendale a consuntivo;
6. utilizzo diagnostico a livello aziendale a consuntivo;
7. utilizzo interattivo a livello divisionale a consuntivo;
8. utilizzo diagnostico a livello divisionale a consuntivo.

#### 4 – Risultati

I risultati della *survey* dimostrano, anzitutto, una buona diffusione delle misure di performance dell'assistenza primaria all'interno delle aziende sanitarie territoriali (cfr. **Tabella 1**). Tuttavia, emerge una certa eterogeneità rispetto alle diverse tipologie di misure disponibili.

Infatti, da un lato, le misure economico-finanziarie, quelle relative ai volumi e alla qualità dell'attività e quelle di innovazione risultano presenti con almeno un indicatore con una frequenza che varia dal 66% al 98% delle aziende rispondenti, fatte salve le misure di costo dell'assistenza domiciliare (presenti solo nel 56% delle aziende).

Dall'altro lato, le misure clinico-assistenziali risultano diffuse con una frequenza decisamente inferiore, che oscilla tra il 42% ed il 58% delle aziende rispondenti. Occorre, peraltro, osservare che, per la gran parte delle tipologie di misure analizzate, è presente una percentuale non trascurabile di aziende che dichiara di non disporre di alcun indicatore né a preventivo né a consuntivo. In particolare, una percentuale di aziende rispondenti variabile tra il 10% ed il 44% non dispone di alcuna misura per ben 14 delle 21 tipologie di misurazione analizzate.

Le considerazioni relative alla diffusione delle misure risultano più critiche se si osserva la loro scomposizione sia sotto il profilo organizzativo, sia rispetto alle aree di attività. Ciò vale, peraltro, per tutte le classi di tipologie di misure analizzate. Con riferimento al primo aspetto (cfr. **Tabella 2**), emerge una diffusa scomposizione organizzativa di tutte le misure solo rispetto ai distretti socio-sanitari.

**Tabella 1 – Diffusione delle misure di performance dell'assistenza primaria (n= 59)**

	Disponibilità di almeno un indicatore sia a preventivo sia a consuntivo		Assenza di qualunque indicatore sia a preventivo sia a consuntivo	
	N.	%	N.	%
<i>Misure economico-finanziarie</i>				
Costo dell'assistenza farmaceutica territoriale	56	95%	0	0%
Costo dell'assistenza protesica ed integrativa	48	81%	6	10%
Costo dell'assistenza residenziale e semi-residenziale	47	80%	7	12%
Costo del personale medico in convenzione	45	76%	10	17%
Costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale	39	66%	14	24%
Costo dell'assistenza domiciliare	33	56%	19	32%
<i>Misure relative ai volumi di attività</i>				
Numero delle prestazioni erogate	58	98%	0	0%
Numero di pazienti trattati	54	92%	2	3%
Numero di accessi ai servizi	50	85%	5	8%
<i>Misure di innovazione</i>				
Indicatori di integrazione dei servizi di assistenza primaria con i servizi ospedalieri	48	81%	5	8%
Indicatori di integrazione dei servizi di assistenza primaria con i servizi sociali a rilevanza sanitaria	43	73%	8	14%
Indicatori di sviluppo di innovazioni di carattere organizzativo	42	71%	11	19%
Indicatori di integrazione tra diversi servizi di assistenza primaria	39	66%	13	22%
<i>Misure relative alla qualità dell'attività</i>				
Indicatori relativi ai tempi di attesa per l'accesso ai servizi di assistenza primaria	52	88%	4	7%
Indicatori di soddisfazione dei pazienti	49	83%	2	3%
Indicatori di appropriatezza dei setting assistenziali	39	66%	14	24%
<i>Misure clinico-assistenziali</i>				
Distribuzione dei fattori di rischio	34	58%	16	27%
Trattamento della popolazione target con servizi di assistenza primaria	31	53%	18	31%
Indicatori di esito di servizi di assistenza primaria in termini di prevalenza e di incidenza di patologie	31	53%	16	27%
Indicatori di esito di servizi di assistenza primaria in termini di tassi di mortalità	29	49%	19	32%
Indicatori di esito di servizi di assistenza primaria in termini di complicanze e recidive	25	42%	26	44%

Tale aspetto presenta in ogni caso una valenza limitata, in quanto la granularità delle misure articolate per distretto è, per definizione, limitata, date le rilevanti dimensioni dei distretti in termini di numerosità sia della popolazione servita sia dei professionisti coinvolti.

Al contrario, l'articolazione delle misure per aree organizzative più circoscritte (es. nuclei di cure primarie e forme associative dei medici di medicina generale) risulta presente in una percentuale di aziende che oscilla solo tra il 14% ed il 47% delle aziende rispondenti. Le uniche eccezioni sono rappresentate dall'articolazione delle misure di attività ed economico-finanziarie per singoli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, presenti rispettivamente nel 58% e nel 64% delle aziende rispondenti, la cui disponibilità è probabilmente interpretabile in relazione alla necessità di disporre di un supporto informativo per le politiche di incentivazione.

**Tabella 2 – Articolazione delle misure di performance dell'assistenza primaria per aree di responsabilità (n=59)**

Articolazione delle misure per...	Misure di attività		Misure di innovazione		Misure economico-finanziarie		Misure di qualità e clinico-assistenziali	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
... distretto socio-sanitario <sup>(1)</sup>	51	93%	48	87%	50	91%	51	93%
... nuclei di cure primarie, unità di cure primarie, unità territoriali di assistenza primaria o forme equivalenti	17	29%	8	14%	16	27%	13	22%
... forme associative MMG/PLS	28	47%	17	29%	26	44%	24	41%
... singoli MMG/PLS	34	58%	22	37%	38	64%	25	42%

<sup>(1)</sup> Poiché 4 aziende aderenti alla *survey* presentano un solo distretto socio-sanitario, esclusivamente per questo item la distribuzione percentuale delle risposte è rapportata a 55 aziende, anziché a 59.

Analoghe considerazioni valgono per la scomposizione delle misure per aree di attività (cfr. **Tabella 3**), che presentano un certo livello di dettaglio solo per una tipologia di area di attività considerata. In particolare, solo la scomposizione per *setting* assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale/semiresidenziale) risulta abbastanza diffusa, con una frequenza rispettivamente pari al 78% per le misure di attività ed economico-finanziarie, al 66% per le misure di qualità e clinico-assistenziali e per il 54% per le misure di innovazione. Tale considerazione è

probabilmente interpretabile anche alla luce dei requisiti normativi che impongono processi di *accountability* istituzionale relativi all'assistenza domiciliare e residenziale/semiresidenziale.

**Tabella 3 – Articolazione delle misure di performance dell'assistenza primaria per aree di attività (n=59)**

Articolazione delle misure per...	Misure di attività		Misure di innovazione		Misure economico-finanziarie		Misure di qualità e clinico-assistenziali	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
... <i>setting</i> assistenziale (domiciliare, ambulatoriale, residenziale/semiresidenziale)	46	78%	32	54%	46	78%	39	66%
... fasce di età della popolazione assistita	29	49%	12	20%	17	29%	17	29%
... patologie prevalenti da cui è affetta la popolazione assistita	30	51%	23	39%	22	37%	21	36%
... singolo paziente	10	17%	2	3%	11	19%	4	7%

Viceversa, il dettaglio delle misure per fasce di età della popolazione e per patologie risulta diffuso con una frequenza decisamente inferiore (con un *range* che varia rispettivamente tra il 29% ed il 49% e tra il 36% ed il 51% delle aziende rispondenti). Da ultimo, la disponibilità di misure articolate per singolo paziente risulta presente in via residuale, con una frequenza che oscilla solamente tra il 3% ed il 19%.

Muovendo l'analisi dalla diffusione delle misure di performance dell'assistenza primaria al loro utilizzo, emerge che il potenziale informativo disponibile non viene sempre sfruttato appieno. Facendo anzitutto riferimento agli obiettivi di utilizzo delle misure di performance (cfr. **Tabella 4**), dalla *survey* emerge che la frequenza di utilizzo delle misure non si attesta sempre su valori elevati (spesso o sempre); al contrario, una quota non trascurabile di aziende ritiene di non utilizzare, se non raramente, le misure di performance disponibili per gli scopi indagati<sup>4</sup>. Infatti, fatta eccezione per il

<sup>4</sup> Ci si riferisce, in particolare, ai due decreti ministeriali, emanati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 17 Dicembre 2008, e disciplinanti – rispettivamente – la «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare» (cd. flusso Siad) e la «Istituzione della banca dati finalizzata alla

solo monitoraggio a consuntivo delle attività svolte e delle risorse consumate, per le quali si evidenzia una percentuale di aziende che utilizza le misure in modo sistematico (spesso o sempre) rispettivamente nel 92% e nell'86% dei casi, per tutti i restanti obiettivi emerge che le misure di performance non vengono utilizzate mai, o solo raramente, con una percentuale di risposte che varia tra il 27% ed il 53%.

**Tabella 4 – Gli obiettivi di utilizzo delle misure di performance dell'assistenza primaria (n=59)**

Le misure sono utilizzate...	Mai		Raramente		Spesso		Sempre	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
... per allocare le risorse	6	10%	23	39%	20	34%	10	17%
... per monitorare il consumo delle risorse	1	2%	4	7%	27	46%	27	46%
... per programmare le attività (obiettivi di volume e di qualità dell'attività)	2	3%	14	24%	31	53%	12	20%
... per monitorare il conseguimento degli obiettivi di attività	1	2%	7	12%	23	39%	28	47%
... per incentivare i responsabili dei servizi di assistenza primaria	14	24%	17	29%	22	37%	6	10%
... per incentivare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta	4	7%	14	24%	31	53%	10	17%
... per definire obiettivi di risultato	4	7%	21	36%	20	34%	14	24%
... per valutare il conseguimento degli obiettivi di risultato	4	7%	22	37%	20	34%	13	22%
... per definire obiettivi di corresponsabilità in capo ai titolari dei servizi di assistenza primaria e ad altri attori (es. servizi ospedalieri e/o servizi sociali a rilevanza sanitaria)	8	14%	18	31%	25	42%	8	14%
... per valutare il conseguimento di obiettivi di corresponsabilità in capo ai titolari dei servizi di assistenza primaria e ad altri attori (es. servizi ospedalieri e/o servizi sociali a rilevanza sanitaria)	8	14%	18	31%	25	42%	8	14%

Tale situazione appare particolarmente critica almeno per tre ragioni. Anzitutto, è emerso che le misure di performance sono usate in maniera pervasiva solo con riferimento agli scopi più tradizionali di controllo, vale a dire il monitoraggio delle risorse e delle attività. Come osservato da Speklé e Verbeeten (2014: 135), tale utilizzo è da considerare come un requisito di base nello sviluppo di un qualsivoglia sistema di misurazione delle performance. Ad esso dovrebbero affiancarsi anche utilizzi di carattere esplorativo (vale a dire, nel nostro caso, la definizione e messa in discussione di obiettivi di risultato, anche in logiche di corresponsabilità) ed incentivanti. Viceversa, come già evidenziato, questi aspetti risultano

rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali» (cd. flusso Far). Nello specifico, il flusso Siad rileva gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da parte di operatori sanitari nell'ambito dell'assistenza domiciliare a favore di cittadini residenti e non residenti in un determinato ambito territoriale, mentre il flusso Far è finalizzato al monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o per persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, erogate in strutture accreditate nei confronti di cittadini residenti e non residenti in un determinato ambito territoriale.

solo parzialmente presenti nei processi di misurazione delle performance dell'assistenza primaria nel panorama del S.S.N.

Un secondo ordine di criticità emerge dal confronto tra gli obiettivi di utilizzo delle misure di performance - su cui ci si sta soffermando - e la tipologia di misure disponibili precedentemente commentate (cfr. Tabella 1). In termini generali, si osserva infatti che, nonostante le misure di performance presentino un buon livello di diffusione, fatte salve le differenze riscontrate con riferimento alle diverse tipologie di indicatori, non traspare un utilizzo pervasivo del patrimonio informativo disponibile. Si conferma, pertanto, il fatto che lo sviluppo di sistemi di misurazione delle performance non si traduce automaticamente nel loro utilizzo di carattere gestionale (Bouckaert e Peters, 2002).

In termini più specifici, possono essere sviluppate ulteriori considerazioni. Da un lato, è ragionevole osservare che, a fronte della maggior diffusione delle misure economico-finanziarie e di attività, si rileva una maggior frequenza di utilizzo delle funzioni di controllo delle risorse e delle attività rispetto ai restanti obiettivi di utilizzo delle informazioni; era peraltro ragionevole aspettarsi tale fenomeno, in quanto le attività di monitoraggio a consuntivo delle risorse e delle attività sono, evidentemente, agevolate dall'ampia disponibilità di misure economico-finanziarie e di misure relative ai volumi di attività. Dall'altro lato, è tuttavia criticabile il fatto che, nonostante si disponga di un'ampia base informativa, prevalga il monitoraggio delle risorse e delle attività solo a consuntivo rispetto alla definizione dei rispettivi obiettivi a preventivo; tale evidenza è in netto contrasto rispetto alle indicazioni offerte dalla letteratura che evidenzia la necessità di promuovere appieno la gestione delle performance dell'assistenza primaria, al di là delle mere funzioni di monitoraggio a consuntivo (Silva e Ferreira, 2010).

Le possibili spiegazioni della difficoltà di diffondere un ampio utilizzo delle misure di performance sono riconducibili alle indicazioni offerte dalla letteratura relativa al settore pubblico e alla sanità. Una prima spiegazione è riconducibile alle criticità che si evidenziano nell'applicare a livello aziendale gli strumenti manageriali, tra cui i sistemi di misurazione delle performance, promossi primariamente dai processi di riforma nel settore pubblico. È stato, infatti, dimostrato che l'attuazione degli strumenti in analisi

richiede un processo di adattamento e di sviluppo a livello aziendale al fine di superare le mere esigenze di *accountability* istituzionale ed approdare ad un utilizzo manageriale maturo (cfr. paragrafo 2.2). Una seconda spiegazione è, invece, offerta dalla letteratura focalizzata sul settore sanitario, che argomenta varie complessità insite nel coinvolgimento dei professionisti clinici nell'implementazione dei sistemi di misurazione delle performance (cfr. paragrafo 2.3).

In terzo luogo, con particolare riferimento all'utilizzo di carattere incentivante, è criticabile il fatto di osservare un più frequente utilizzo delle misure di performance per incentivare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta rispetto a quanto non avvenga per i responsabili dei servizi di assistenza primaria. Se tale evidenza trova giustificazione alla luce delle particolari caratteristiche istituzionali che regolano il rapporto tra i medici convenzionati e le aziende sanitarie locali nel nostro Paese, risulta cionondimeno opportuno evidenziare la necessità di completare il processo incentivante anche nei confronti dei soggetti che ricoprono ruoli di responsabilità gestionale dell'assistenza primaria. Analoghe considerazioni valgono per il processo di utilizzo delle misure di performance (cfr. **Tabella 5**).

**Tabella 5 – Il processo di utilizzo delle misure di performance dell'assistenza primaria (n=59)**

	Mai		Raramente		Spesso		Sempre	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Le misure sono utilizzate in sede di definizione a livello aziendale degli obiettivi di budget dell'assistenza primaria, a supporto di una intensa interazione tra la direzione aziendale e il responsabile dell'assistenza primaria (utilizzo interattivo ex ante a livello aziendale)	2	3%	15	25%	29	49%	13	22%
Le misure sono utilizzate dai servizi amministrativi di staff che, in sede di definizione del budget dell'assistenza primaria a livello aziendale, rendono disponibili alcune informazioni sulla cui base la direzione strategica aziendale o la direzione dell'assistenza primaria definisce, in via disgiunta, gli obiettivi attesi (utilizzo diagnostici ex ante a livello aziendale)	9	15%	17	29%	20	34%	13	22%
Le misure sono utilizzate a supporto di una intensa relazione tra il responsabile dell'assistenza primaria ed i suoi collaboratori, successivamente o contestualmente alla definizione degli obiettivi di budget dell'assistenza primaria a livello aziendale (utilizzo interattivo ex ante a livello divisionale)	3	5%	14	24%	29	49%	13	22%
Le misure sono utilizzate dal responsabile dell'assistenza primaria per informare i propri collaboratori circa gli obiettivi complessivamente assegnati, successivamente o contestualmente alla definizione degli obiettivi di budget a livello aziendale (utilizzo diagnostico ex ante a livello divisionale)	3	5%	11	19%	25	42%	20	34%
Le misure di performance vengono continuamente utilizzate nelle relazioni tra la direzione strategica aziendale e il responsabile dell'assistenza primaria come strumento per ragionare e discutere sulle possibili alternative decisionali relative ai servizi di assistenza primaria, non solo in sede di programmazione e budgeting, ma anche frequentemente durante lo svolgimento dell'attività in corso d'anno (utilizzo interattivo ex post a livello aziendale)	7	12%	17	29%	25	42%	10	17%
Le misure di performance rilevate a consuntivo vengono confrontate con gli obiettivi di budget prevalentemente dai servizi di staff (es. controllo di gestione), i quali inviano i report formali in via disgiunta alla direzione aziendale e al responsabile dell'assistenza primaria (utilizzo diagnostico ex post a livello aziendale)	2	3%	14	24%	31	53%	12	20%
Le misure di performance vengono continuamente utilizzate nelle relazioni tra il responsabile dell'assistenza primaria ed i suoi collaboratori come strumento per ragionare e discutere sulle possibili alternative decisionali relative ai servizi di assistenza primaria, non solo in sede di programmazione e budgeting, ma anche frequentemente durante lo svolgimento dell'attività in corso d'anno (utilizzo interattivo ex post a livello divisionale)	4	7%	13	22%	31	53%	11	19%

Combinando le diverse modalità di utilizzo delle misure desumibili in letteratura, così come illustrato nel paragrafo precedente, emerge, infatti, che le otto modalità indagate risultano applicata in maniera sistematica (spesso o sempre) con una quota che varia dal 56% al 76% delle aziende rispondenti. Al contrario, emerge un utilizzo del tutto residuale (mai o raramente) in una quota significativa di aziende, che oscilla tra il 24% ed il 44% dei casi. Questi risultati appaiono particolarmente critici se si considerano le ricerche che dimostrano che l'efficacia dei sistemi di misurazione delle performance dipende anche da un utilizzo pervasivo delle misure di performance secondo modalità sia diagnostiche sia interattive (Grafton *et al.*, 2010; Kominis e Dudau, 2012).

## 5 – Conclusioni

Il presente lavoro ha preso le mosse da due ordini di considerazioni. Da un lato, la letteratura evidenzia la rilevanza dei sistemi di *performance measurement e management* non solo in generale, ma anche in sanità e nel settore pubblico. Dall'altro lato, a fronte della centralità assunta dall'assistenza primaria, solo pochi studi hanno sinora analizzato i sistemi di misurazione delle performance in questa particolare tipologia di servizi.

Muovendo da questa premessa, la presente ricerca si inserisce nel filone della letteratura che analizza il tema della misurazione delle performance dell'assistenza primaria (cfr. paragrafo 2.4) e vi intende contribuire analizzando, in primo luogo, la diffusione delle misure di performance dell'assistenza primaria e, in secondo luogo, gli scopi e le modalità con cui esse sono utilizzate all'interno delle aziende sanitarie locali del nostro Paese. In estrema sintesi, i risultati evidenziano che, a fronte di una buona diffusione delle diverse tipologie di misure di performance, economico-finanziarie e non, una significativa quota di aziende non le utilizza in maniera frequente per i diversi scopi e con le varie modalità in cui può ragionevolmente tradursi il loro impiego.

Questi risultati contri-

buiscono ad arricchire il dibattito presente in letteratura. Al pari di quanto riscontrato in altri contesti nazionali (Silva e Ferreira, 2010), anche nel nostro Paese lo sviluppo dei sistemi di misurazione delle performance dell'assistenza primaria, pur essendo stato avviato, presenta ampi spazi di miglioramento. In particolare, si ravvede, da un lato, la necessità di completare la diffusione delle diverse tipologie di misure di performance (si pensi, ad esempio, alle misure di esito). Dall'altro lato, occorre promuovere un più intenso utilizzo del patrimonio informativo disponibile.

Muovendo la riflessione sul piano pragmatico, si evidenziano una serie di ricadute applicative. La ricerca, infatti, evidenzia che: a) da un lato, il management dell'assistenza primaria non solo conosce gli strumenti di misurazione delle performance, ma ha anche una chiara percezione delle potenzialità degli stessi; b) dall'altro lato, complici anche i tagli orizzontali e l'incertezza ambientale e politica (soprattutto in alcuni contesti) che hanno fatto ritornare "di moda" l'approccio monodimensionale finanziario, optano per non utilizzare/implementare tutto il patrimonio informativo disponibile, concentrandosi prevalentemente su misure che privilegiano fenomeni di breve periodo (coerenti con le logiche di breve della politica) e di carattere finanziario (coerenti con le logiche della *spending review* che si concretizza con meri tagli orizzontali).

La ricerca presenta i limiti tipici delle *survey* nell'ambito delle metodologie delle scienze sociali (Yin, 1994; Fattore, 2005). Inoltre, la scelta della *survey* nazionale ha implicato la mancata considerazione delle specificità delle singole realtà regionali, ciascuna con le proprie linee di indirizzo strategico e peculiarità. Una clusterizzazione per regione avrebbe, di converso, fatto perdere la visione complessiva del Servizio Sanitario Nazionale a favore dei differenti Servizi Sanitari Regionali. Un ulteriore limite della ricerca è ravvisabile nella strutturazione dell'analisi degli indicatori che, assumendo una prospettiva organizzativa tradizionale, è baricentrata sugli assetti organizzativi verticali (distrettuali e dipartimentali). In prospettiva futura, anche alla luce dei contributi di recente pubblicazione (Tozzi *et al.*, 2014), il *focus* di ricerca potrebbe concentrarsi sui sistemi di misurazione delle performance relativi a modelli organizzativi orizzontali, cd. *patient focused*; in ambito territoriale, assume, infatti, particolare rilevanza l'analisi delle risorse consumate, delle attività erogate e degli *outcome* generati lungo i percorsi di presa in carico dei pazienti fragili affetti da patologie croniche. Tale analisi consentirebbe di monitorare non solo l'efficienza nei processi di consumo delle risorse viepiù scarse, ma anche l'efficacia dei percorsi in termini, ad esempio, di *compliance* dei pazienti, diminuzione di eventi avversi e di livelli di salute, con beneficio per i

pazienti e per l'intero S.S.N. Da ultimo, si segnala che nell'analisi dei dati non è stato possibile applicare tecniche di verifica relative al cd. *non-response bias* (eg. Whitehead *et al.*, 1993).

## References

- Abernethy M.A. e Brownell P. (1999), The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 24, No. 3 [189-204].
- Aidemark L.G. (2001), The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation, *Financial Accountability & Management*, Vol.17, No.1 [23-40].
- Baars I.J., Evers S.M.A.A., Arntz A. e van Merode G.G (2010), Performance measurement in mental health care: present situation and future possibilities, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 25, No. 3 [198-214].
- Baraldi S. (2000), *Le performance manageriali*, McGraw-Hill, Milano.
- Baraldi S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- Bergamaschi M. e Lecci F. (2009), *Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2009*, EGEA, Milano [495-520].
- Bouckaert G. e Peters B.G. (2002), Performance measurement and management. The Achilles' heel in administrative modernization, *Public Performance & Management Review*, Vol. 25, No. 4 [350-362].
- Broadbent J., Jacobs K. e Laughlin R. (2001), Organizational resistance strategies to unwanted accounting and finance changes: the case of general medical practice in the UK, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 14, No. 5 [565-586].
- Broadbent J. e Laughlin R. (2009), Performance management systems: a conceptual model, *Management Accounting Research*, Vol. 20, No. 4 [283-295].
- Broccardo L. (2010), An Empirical study of the Balanced Scorecard as a flexible strategic management and reporting tool, *Economia Aziendale Online*, Vol. 2 [81-91].
- Broemeling A.M., Watson D.E., Black C., Sabrina T.W. (2009), Measuring the performance of primary healthcare: existing capacity and potential information to support population-based analyses, *Healthcare Policy*, Vol. 5, Spec. No [47-64].
- Casati G. (2000), *Il sistema di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- Cavalluzzo K. S. e Ittner C. D. (2003), Implementing performance measurement innovations: evidence from

- government, *Accounting Organizations and Society*, Vol. 29, No.3/4 [243-268].
- Cinquini L. e Vainieri M. (2008), Measuring primary care services performance: issues and opportunities from a home care pilot experience in the Tuscany health system, *Health Services Management Research*, Vol. 21, No. 3 [199-210].
- Cuganesan S., Dunford R. e Palmer I. (2012), Strategic management accounting and strategic practices within a public sector agency, *Management Accounting Research*, Vol. 23, No.4 [245-260].
- Cuganesan S., Guthrie J. e Vranic V. (2014), The riskiness of public sector performance measurement: a review and research agenda, *Financial Accountability & Management*, Vol. 30, No.3 [279-302].
- De Vries M. e Nemeč J. (2013), Public sector reform: an overview of recent literature and research on NPM and alternative paths, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 26, No. 1 [4-16].
- DeGroff A., Schooley M., Chapel T. e Poister T.H. (2010), Challenges and strategies in applying performance measurement to federal public health programs, *Evaluation and Program Planning*, Vol.33, No. 4 [365-72].
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, EGEA, Milano.
- Dossi A. (2010), «Prefazione», in Bhimani A, Caglio A, Ditillo A. e Morelli M., *Performance management*, EGEA, Milano [I-XVI].
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, EGEA, Milano.
- Ferreira A. e Otley D. (2009), The design and use of management control systems: an extended framework for analysis, *Management Accounting Research*, Vol.20, No.4 [263-282].
- Francesconi A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, CEDAM, Padova.
- Franco-Santos M., Lucianetti L. e Burne M. (2012), Contemporary performance measurement systems: a review of their consequences and a framework for research, *Management Accounting Research*, Vol. 23, No.2 [79-119].
- Gori E. e Fissi S. (2011), Le performance del servizio asili nido nei comuni italiani, *Economia Aziendale Online*, Vol. 2, No. 4 [365-379].
- Grafton J., Lillis A.M. e Widener S.K. (2010), The role of performance measurement and evaluation in building organizational capabilities and performance, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 35, No. 75 [689-706].
- Groot T. (1999), Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands, *Financial Accountability & Management*, Vol. 15, No. 3-4 [353-376].
- Grossi G. e Steccolini I. (2014), Accounting for public governance, *Qualitative Research in Accounting & Management*, Vol. 11, No. 2 [86-91].
- Hall M. (2010), Accounting information and managerial work, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 35, No.3 [301-315].
- Hannah G.M., Dey C.R. e Power D.M. (2005), Attempts to improve accountability in primary health care: evidence from a GP practice in Scotland, *Qualitative Research in Accounting & Management*, Vol. 2, No. 2 [129-151].
- Hood C. (1995), The New Public Management in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, No. 2-3 [93-109].
- Humphrey C. e Miller P. (2012), Rethinking impact and redefining responsibility - The parameters and coordinates of accounting and public management reforms, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 25, No. 2 [295-327].
- Jääskeläinen A. e Sillampää V. (2013), Overcoming challenges in the implementation of performance measurement. Case studies in public welfare services, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 26, No. 6 [440-454].
- Jackson A. e Lapsley I. (2003), The diffusion of accounting practices in the new “managerial” public sector, *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 16, No. 5 [359-372].
- Jacobs K. (1998), Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association, *Management Accounting Research*, Vol. 9, No. 1 [55-70].
- Jacobs K., Marcon G. e Witt D. (2004), Cost and performance information for doctors: an international comparison, *Management Accounting Research*, Vol. 15, No.3 [337-354].
- Kaissi A. e Charland T.A. (2013), How satisfied are hospital systems with their ownership of retail clinics?, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 58, No. 2 [143-153].
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating strategy into action*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (2004), *Strategy maps. Converting intangible assets into tangible outcomes*, Harvard Business School Publishing, Boston.
- Kaplan R.S. e Porter M.E. (2011), How to solve cost crisis in healthcare, *Harvard Business Review*, Vol. 89, No.9 [46-64].
- Kollberg B. e Elg M. (2011), The practice of the Balanced Scorecard in health care services, *International*

- Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 60, No.5 [427-445].
- Kominis G. e Dudau A.I. (2012), Time for interactive control systems in the public sector? The case of the every child matters policy change in England, *Management Accounting Research*, Vol. 23, No. 2 [142-155].
- Kotler P. (1984), *Marketing Management Analysis, Planning and Control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Kurunmäki L. e Miller P. (2011), Regulatory hybrids: Partnerships, budgeting and modernizing government, *Management Accounting Research*, Vol. 22, No. 4 [220-41].
- Lapsley I. (1999), Accounting and the New Public Management: instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity?, *Financial Accountability & Management*, Vol. 15, No. 3-4 [201-207].
- Lebas M.J. (1995), Performance measurement and performance management, *International Journal of Production Economics*, Vol.41, No.1 [23-35].
- Lecci F. e Longo F. (2004), Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di) (2004), *Rapporto OASI 2004*, EGEA, Milano [491-521].
- Lehtonen T. (2007), DRG-based prospective pricing and case-mix accounting – Exploring the mechanisms of successful implementation, *Management Accounting Research*, Vol. 18, No. 3 [367-395].
- Light D. e Dixon M. (2004), Making the NHS more like Kaiser Permanente, *British Medical Journal*, Vol. 328, No. 7442 [763-765].
- Llewellyn S. e Grant J. (1996), The impact of fundholding on primary health care: accounts from Scottish GPs, *Financial Accountability & Management*, Vol. 12, No. 2 [125-140].
- Longo F. (2007), Implementing managerial innovations in primary care: Can we rank change drivers in complex adaptive organizations?, *Health Care Management Review*, Vol. 32, No. 3 [213-225].
- Longo F. e Cantù E. (2013), Dove sta andando il SSN: evidenze dal rapporto OASI 2013, AA.VV. (a cura di), *Rapporto OASI 2013*, EGEA, Milano [1-24].
- Longo F. e Vendramini E. (a cura di) (2001), *Il Budget per i Medici di Medicina Generale*, McGraw-Hill, Milano.
- Lucianetti L. (2013), Antecedents and consequences of Balanced Scorecard, *Economia Aziendale Online*, Vol. 4, No. 1 [19-32].
- Macinati M.S. (2008a), Outsourcing in the Italian National Health Service: findings from a national survey, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 23, No. 1 [21-36].
- Macinati M.S. (2008b), The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service, *Health Policy*, Vol. 85, No. 2 [228-241].
- Macinati M.S. e Anessi Pessina E. (2014), Management accounting use and financial performance in public health-care organisations: evidence from the Italian National health Service, *Health Policy*, Vol. 117, No. 1 [98-111].
- Macinati M.S. e Rizzo M.G. (2014), Budget goal commitment, clinical managers' use of budgeting information and performance, *Health Policy*, Vol. 117, No. 2 [228-238].
- Micheli P. e Manzoni J.F. (2010), Strategic performance measurement: benefits, limitations and paradoxes, *Long Range Planning*, Vol. 43, No. 4 [465-476].
- Micheli P. e Mari L. (2014), The theory and practice of performance measurement, *Management Accounting Research*, Vol. 25, No. 2 [147-156].
- Moriarty P. e Kennedy D. (2002), Performance measurement in the public sector services: problems and potentials, Paper presentato al *Performance management conference*, Centre of Business Performance, Boston, MA.
- Mundy J. (2010), Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 35, No.5 [499-523].
- Naranjo-Gil D. e Hartmann F. (2006), How top management teams use management accounting systems to implement strategy, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 18 [21-53].
- Neely A. (1999), The performance measurement revolution: why now and what next, *International Journal of Operation & Production Management*, Vol.1, No.1 pp.205 - 228
- Neely A.D., Gregory M.J. e Platts, K.W. (1995), Performance measurement system design: a literature review and research agenda, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 15, No. 4 [80-116].
- Neely A.D. e Bourne M. (2000), Why performance measurement initiatives fail, *Measuring Business Excellence*, Vol. 4, No. 4 [3-6].
- Nuti S., Seghieri C. e Vainieri M (2013), Assessing the effectiveness of a performance evaluation systems in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience, *Journal of Management Governance*, Vol. 17, No. 1 [59-69].
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. e Zett S. (2012), Assessment and Improvement of the Italian Healthcare System: First Evidence from a Pilot National Performance Evaluation System, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 57, No. 3 [182-198].



- Olson O., Humphrey C. e Guthrie J. (2001), Caught in an evaluator trap: a dilemma for public services under NPFM, *The European Accounting Review*, Vol.10, No. 3 [505-522].
- Otley D. (1999), Performance management: a framework for management control systems research, *Management Accounting Research*, Vol.10, No.4 [363-382].
- Pettersen I.J. e Nyland K. (2006), Management and control of public hospitals – the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 21, No. 2 [133-149].
- Pollit C. (1993), *Managerialism and the public sector: the Anglo-American Experience*, Blackwell, Oxford.
- Pollitt C. (1986), Beyond the managerial model: the care for broadening performance assessment in government and the public services, *Financial, Accountability and Management*, Vol. 2, No. 3 [155-170].
- Radnor Z.J. e Lovell B. (2003), Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi agency setting, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 16, No. 2 [99-108].
- Radnor Z.J. e McGuire, M. (2004), Performance management in the public sector: fact or Fiction?, *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53, No. 3 [245-260].
- Reginato E., Nonnis C. e Pavan A. (2011), Modern public internal control systems and accountability in health care organisations, *Economia Aziendale Online*, Vol. 2, No. 4 [381-396].
- Silva P. e Ferreira A. (2010), Performance management in primary healthcare services: evidence from a field study, *Qualitative Research in Accounting and Management*, Vol. 7, No. 4 [429-449].
- Simons, R. (1995), *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Slack N. (1991), *The Manufacturing advantage: achieving competitive manufacturing operations*, Mercury, London.
- Speklé R.F. e Verbeeten F.H.M. (2014), The use of performance measurement systems in the public sector: effects on performance, *Management Accounting Research*, Vol. 25, No. 2 [131-146].
- Starfield B. (1994), Is primary care essential?, *The Lancet*, Vol. 344, No. 8930 [1129 – 1133].
- Stewart L.J. e Greisler D. (2002), Measuring primary care practice performance within an integrated delivery system: a case study, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47, No. 4 [250-261].
- Terry L. (1998), *Administrative Leadership*, Neomanagerialism, and the New Public Management Movement, *Public Administration Review*, Vol. 58, No. 3 [194-200].
- Tessier S. e Otley D. (2012), A conceptual development of Simons' Levers of Control Framework, *Management Accounting Research*, Vol. 23, No. 3 [171-185].
- Tozzi V. (2002), Analisi comparativa delle scelte regionali per la medicina generale in Lombardia, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2002*, EGEA, Milano [246-266].
- Tozzi V., Longo F., Pacileo G., Salvatore D., Pinelli N. e Morando V. (2014), *PDPA standard per le patologie croniche*, EGEA, Milano.
- Tozzi V. e Tedeschi P. (2004), *Il governo della domanda*, (a cura di) McGraw-Hill, Milano.
- Tuomela T.S. (2005), The interplay of different levers of control: a case study of introducing a new performance measurement system, *Management Accounting Research*, Vol. 16, No. 3 [293-320].
- Van Veen-Dirks P. (2010), Different uses of performance measures: the evaluation versus reward of production managers, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 35, No. 2 [141-164].
- Vendramini E. (2007), Misurare la performance nelle cure primarie: un approccio metodologico, *Mecosan*, Vol.16, No.61 [125– 138].
- Vendramini E. e Tozzi V. (2004), L'associazionismo come strumento di governo della medicina generale, in Borgonovi E. e Longo F. (a cura di), *Rapporto OASI 2004*, EGEA, Milano [431-446].
- Vendramini E. e Corsalini E. (a cura di) (2010), *Integrare la rete dei servizi territoriali*, EGEA, Milano.
- Whitehead J.C., Groothuis P.A. e Blomquist G.C. (1993), Testing for non-response and sample selection bias in contingent valuation. Analysis of a combination phone/mail survey, *Economics Letters*, Vol. 41 [215-220].
- Wilcox M. e Bourne M. (2002), *Performance measurement and management: research and action*, Paper presentato al Performance Management Association Conference, Centre for Business Performance, Boston, MA.
- Wiersma E. (2009), For which purposes do managers use Balanced Scorecards? An empirical study, *Management Accounting Research*, Vol. 20, No.4 [239-251].
- Yin, Robert. (1984/1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.