

Promuovere il performance management delle aziende del settore *Long Term Care*: la costruzione e validazione di un cruscotto direzionale multidimensionale

Prof.ssa ANNA PRENESTINI – Dott.ssa FRANCESCA FERRÉ
Dott.ssa LUANA ARENA – Dott.ssa ANNA COLOMBO

ABSTRACT: (PROMOTING PERFORMANCE MANAGEMENT IN LONG-TERM CARE COMPANIES: THE DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A MULTIDIMENSIONAL MANAGEMENT DASHBOARD). *“The article proposes a multidimensional performance evaluation system for organizations working in the Long-Term Care (LTC) sector. The aim of this study is to develop and validate a multidimensional performance evaluation system for organizations delivering LTC, with the goal of improving management and supporting long-term strategies. This tool aims to integrate economic, organizational, care-related, and satisfaction indicators for both patients and staff. The methodology adopted is based on a mixed empirical analysis, which involved two leading providers in the LTC sector in Italy. Through the nominal group technique (NGT), experts from each institution contributed to the definition and validation of the multidimensional dashboard, discussing and refining the selected indicators based on their relevance, reliability, and measurability. The process included both an initial phase of indicator selection (based on existing literature and practices) and subsequent on the field validation. The results show that the proposed multidimensional dashboard was widely appreciated by the organizations involved. Specifically, five macro-performance areas were defined, with a reduction in the number of indicators from 66 to 62 in one case and from 66 to 45 for the other - depending on their specific operational needs - and some re-working in the composition of the remaining measures. The evaluation areas include human capital management, service organization and delivery, economic-financial performance, patient experience, and care complexity. The originality of this contribution lies in the creation of a flexible and adaptable dashboard for different organizations (public, profit, non-profit) working in the LTC sector, with an integrated approach that allows for both strategic performance measurement and benchmarking between similar organizations. Furthermore, the adoption of NGT as a validation methodology has proven effective in the context of healthcare organizations, making it a valuable methodology for decision-making during the development of the performance management dashboard.”*

Keywords: performance management; multidimensional dashboard; social care;
DOI: 10.17408/RIREA.PFFLAAC091011122024 - ISSN: 1593-9154
Ricevuto: 01-10-2024 - *Accettato:* 17-12-2024

1. Introduzione: rilevanza e caratteristiche del settore *Long Term Care*

L'espressione *Long Term Care (LTC)* è una locuzione ombrello (GUARINO, 2017) che rimanda a varie attività e servizi finalizzati a soddisfare i bisogni assistenziali determinati dall'insorgere della non autosufficienza (GORI, 2003), stabilizzare le condizioni patologiche in corso e concorrere al miglioramento continuo della qualità della vita degli utenti (BURGIO ET AL., 2010).

Nel 2008 la Commissione Europea ha circoscritto la *LTC* a una gamma di servizi per persone che dipendono da un aiuto nelle attività di base della vita quotidiana per un lungo periodo di tempo. William Laing, invece, con il termine *LTC* intende *“tutte le forme di cura della persona o di assistenza sanitaria, e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti?”* (LAING, 1993).

Il tema della gestione del settore del *LTC* ha assunto particolare rilevanza negli ultimi 30 anni in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, fenomeno che presenta una particolare intensità in Europa e in America (BUCCIANTE E SEMBOLONI, 2020). In questo panorama, l'Italia è contraddistinta da un aumento della longevità e una persistente bassa natalità: nel 2022 gli over 65enni sono oltre 14 milioni (23,8% della popolazione), i grandi anziani over 80enni oltre 4,5 milioni (circa il 7,5% della popolazione), infine si contano 20.000 centenari (0,034% della popolazione). Le proiezioni indicano che, entro il 2050, il rapporto tra ultrasessantacinquenni e giovani risulterà in misura di 3 a 1 (ISTAT, 2022).

Se da un lato, dunque, l'aumento della longevità testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi compiuti in ambito scientifico, sanitario e socio-economico, che hanno dato la possibilità di vivere più a lungo e in condizioni di vita più confortevoli, dall'altro emerge un forte tema di gestione e organizzazione nella presa in carico degli utenti anziani. Tra le conseguenze più rilevanti della longevità, infatti, vi è un progressivo aumento delle malattie croniche (anche gravi) e delle comorbidità, ma anche un generale declino delle capacità fisiche e mentali con importanti ripercussioni nello svolgimento delle attività quotidiane: quasi il 10,6% degli over 65enni riferisce di avere gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona; il 27% dichiara di avere difficoltà nella gestione autonoma delle attività domestiche; infine, sono circa 3 milioni e 860 mila gli individui con gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive (ISTAT, 2020). Tali condizioni compromettono in modo crescente l'autosufficienza delle persone anziane rendendo indispensabili interventi assistenziali, modulati in funzione delle loro esigenze, afferenti al comparto del *LTC*.

Gli interventi previsti dal sistema socio-sanitario e sociale italiano possono essere suddivisi in due macrocategorie (ROTOLO, 2014): 1) le prestazioni monetarie (c.d. *cash*) e 2) i servizi reali, i quali afferiscono al setting residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Le prestazioni monetarie prevedono l'erogazione di contributi economici all'utente valutato idoneo sulla base di alcuni requisiti; tale trasferimento viene previsto con lo scopo di sostenere l'assistenza e la cura al domicilio delle persone non autosufficienti, evitando l'istituzionalizzazione (BURGIO ET AL., 2010; FOSTI E NOTARNICOLA, 2014). Esistono più forme di prestazioni *cash* per la non autosufficienza che vengono erogate da diversi enti implementando vari iter di valutazione (FOSTI E NOTARNICOLA, 2014). Tra esse figurano: l'indennità di accompagnamento, gli assegni di cura e i cosiddetti *voucher*, i cui enti responsabili sono le Asl e i Comuni.

Rispetto alla categoria dei servizi reali, il settore *LTC* è rappresentato da un arcipelago di produttori e attori complementari, sia pubblici che privati (*profit* e *non profit*), (FOSTI ET AL., 2012) ed è contraddistinto da forme di presa in carico formalizzate o informali (FOSTI E NOTARNICOLA, 2018).

Le strutture residenziali presentano caratteristiche alberghiere e accolgono, in via temporanea o definitiva, persone non più in grado di rimanere al proprio domicilio a causa delle loro gravi condizioni di salute e bassi livelli di autonomia. I trattamenti semiresidenziali, invece, rappresentano una modalità ibrida di assistenza all'utente che si trova in condizioni di parziale autosufficienza o di decadimento cognitivo. L'ospite che viene gestito presso strutture diurne solitamente può far affidamento sulla disponibilità da parte di *caregiver* formali e/o informali per la sorveglianza durante il periodo notturno (BERNABEI ET AL., 2010; VETRANO, 2021). Infine, le cure domiciliari costituiscono una soluzione terapeutica alternativa al ricovero ospedaliero e ai setting residenziali e semiresidenziali, salvo che l'intensità del carico assistenziale consenta l'erogazione coordinata e continuativa di

prestazioni, sia sanitarie sia socioassistenziali, presso il domicilio del paziente (VETRANO, 2021). In funzione della logica su cui tali servizi sono improntati, sia essa sanitaria-clinica oppure socioassistenziale, nel nostro Paese sono riscontrabili rispettivamente due macro-tipologie di servizi al domicilio: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Gli enti gestori dei servizi di *LTC* presentano caratteristiche, specificità strategiche e imprenditoriali molto divergenti. Le variabili responsabili di tali differenziazioni sono: la natura giuridica (pubblico, privato *for profit* e *non profit*), l'ambito di attività (pubblico convenzionato/accreditato e privato), i servizi offerti (domiciliare, residenziale, diurno e semiresidenziale), il posizionamento nel comparto assistenziale (socio-sanitario, sociale, sanitario), le dimensioni (piccolo, medio, grande) e le strategie di posizionamento (FOSTI E NOTARNICOLA, 2018).

In generale, gli attori vengono raggruppati in due cluster: i piccoli gestori e i gruppi di aziende. I primi corrispondono molto spesso a fondazioni, enti pubblici o cooperative nati su istanza del territorio al fine di soddisfare le esigenze della popolazione della zona servita; proprio per queste caratteristiche ancora non hanno raggiunto una piena maturità di carattere manageriale. Per quanto concerne i gruppi di aziende, si tratta invece di enti, aziende pubbliche o private, *profit* e *non profit*, che offrono un'ampia varietà di servizi e attività trasversali a più aree di *business* segnalando un posizionamento strategico aperto alla diversificazione ed alla ricerca di sinergie tra diversi *setting* assistenziali. In tal senso, questi *players* si rivolgono sia agli anziani che alle persone con disabilità; altri anche ai minori. Infine, una percentuale sempre più crescente eroga servizi sanitari di ricovero e cura, riabilitazione, contrasto alla povertà ed emarginazione tra gli adulti e nuclei psichiatrici (FOSTI ET AL., 2022; ISTAT, 2023).

La proliferazione e l'intreccio di forme assistenziali differenti dimostra come il settore socio-sanitario e sociale italiano per il *LTC* soffra, da sempre, di una mancanza di identità (FOSTI E NOTARNICOLA, 2018). In primo luogo, è privo di un livello istituzionale e di un organo politico di riferimento che promuova una cornice comune della materia (NOTARNICOLA, 2019). Inoltre, non sorge da un modello definito e organico ma è nato a seguito di interventi legislativi, sovrapposti nel tempo, che hanno cercato di creare un'integrazione tra le forme di assistenza presenti (ROTOLO, 2014). Infine, è un sistema che rivela difficoltà istituzionali nel modello di *governance*, nelle relazioni tra i livelli nazionale e regionale/locale con conseguenze nell'equità di accesso e nell'opportunità dei servizi offerti (JESSOULA ET AL., 2018).

Le maggiori criticità nella gestione del settore *LTC* derivano, quindi, dalla mancanza di un sistema strutturato con scopi comuni e obiettivi declinati, dall'assenza di un supporto istituzionale, dall'inadeguatezza della regolamentazione (MILLER ET AL., 2008) e dalla frammentazione nell'allocazione delle competenze e delle risorse (FOSTI, 2013).

Alla luce di queste premesse, l'invecchiamento della popolazione pone rilevanti sfide circa la sostenibilità del sistema *LTC*, in termini di *governance*, gestione della spesa pubblica e di produzione, intesa come capacità delle aziende di offrire servizi appropriati, equi, efficienti ed efficaci, cercando di soddisfare quanto più le aspettative dei beneficiari. In tal senso, diventa sempre più cruciale l'implementazione di sistemi volti alla misurazione e valutazione delle performance che supportino i sistemi di pianificazione strategica e forniscano una rappresentazione completa e multidimensionale dei livelli di performance conseguiti dalle organizzazioni.

Mentre i sistemi di performance management in sanità hanno ormai raggiunto elevati livelli di maturità e sono utilizzati a fini di gestione e di *benchmarking* dalla maggior parte delle aziende sanitarie e degli SSR (AGENAS, 2023; CARBONE ET AL., 2013; NUTI ET AL., 2018) nel caso del settore sociosanitario e sociale per il LTC non si ravvisano modelli e strumenti di performance management strutturati e utilizzati diffusamente dalle aziende del settore.

L'obiettivo di questo articolo è, quindi, proporre un sistema di valutazione multidimensionale delle performance per le aziende del settore LTC allo scopo di fornire strumenti utili per il miglioramento della gestione manageriale e di supporto alle strategie e alla programmazione degli obiettivi annuali, siano esse enti gestori di piccole dimensioni o gruppi aziendali. A tal fine, la ricerca ha utilizzato una metodologia empirica mista, che ha condotto a un'analisi di casi aziendali, coinvolgendo due aziende leader nel settore LTC, e applicando agli esperti in ogni singola azienda la *nominal group technique* (NGT) originariamente sviluppata da DELBECQ E VAN DE VEN (1971; VAN DE VEN E DELBECQ, 1974) come meccanismo per prendere decisioni condivise all'interno di un gruppo, contrapposto alle tecniche di coinvolgimento di singoli individui. La NGT ha permesso di analizzare le percezioni relative al cruscotto presentato e chiedere agli esperti di proporre eventuali modificazioni necessarie.

L'articolo si struttura nei seguenti paragrafi: dapprima viene presentato il *background* teorico di riferimento e indagato lo stato dell'arte dei sistemi di performance management per il controllo diagnostico nel settore sociosanitario, nel terzo paragrafo sono presentati gli obiettivi e la metodologia della ricerca empirica, nel quarto si propone l'analisi dei due casi aziendali e i risultati ottenuti con la NGT applicata alle due aziende. Infine, sono presentate le discussioni e conclusioni.

2. I sistemi di performance management per il settore LTC

Il performance management nel settore salute si configura come una soluzione manageriale orientata a sostenere i processi decisionali, promuovendo una gestione più efficiente delle risorse (BERWICK, 2016), e a orientare i comportamenti attraverso la definizione di obiettivi e target specifici (WANG E BERMAN, 2001). Nella sua accezione iniziale, il concetto di performance era principalmente orientato sugli aspetti di natura finanziaria e sulla produttività. Con la trasformazione e l'evoluzione del settore, tale concetto si è arricchito, trasformandosi in un costrutto multidimensionale che considera non solo i parametri di efficienza e produttività, ma anche gli esiti e l'impatto sociale prodotto (GRAY, 2017; PAPANICOLAS et al., 2022; PORTER, 2010). I tradizionali sistemi di misurazione del controllo, basati su metriche contabili, sono stati così progressivamente integrati da sistemi multidimensionali, come la *Balanced Scorecard*, al fine di catturare tanto i risultati finanziari quanto quelli non finanziari e intangibili (KAPLAN e NORTON, 1996), rispondendo così a contesti sempre più complessi e dinamici (PRENESTINI, 2008). La letteratura riporta come i sistemi di misurazione delle performance di successo, oltre a garantire la multidimensionalità, sono spesso caratterizzati dall'essere mirati, unificati, integrati, flessibili e adattabili oltre ad essere trasparenti e tempestivi (FRYER ET AL., 2009; NUTI ET AL., 2013).

Nello sviluppo di sistemi di performance management per le aziende del LTC, è necessario tener conto che esse si trovano, oggi, a fronteggiare una serie di sfide specifiche del settore che derivano da pressioni interne ed esterne: la multi-specializzazione dei grandi

player che offrono una grande varietà di servizi trasversali a più aree di business (area anziani, disabilità, psichiatria, minori, riabilitazione, servizi sanitari di ricovero e cura), la necessità del contenimento dei costi, la richiesta di aumento dell'integrazione tra i setting assistenziali, la carenza di informazioni concernenti le dimensioni qualitative, organizzative e di efficacia delle cure erogate (FOSTI ET AL., 2021, 2022). D'altra parte, tali aziende vivono le tradizionali criticità che affrontano le aziende di un settore in continua crescita come: il contemporaneo aumento della complessità e dimensionale dei sistemi aziendali, il decentramento organizzativo, le asimmetrie informative tra settori e livelli gerarchici, le pressioni derivanti dalle crescenti attese e dalle diverse prospettive degli *stakeholders* interessati. Tutti questi fenomeni impongono sempre di più l'esigenza di sviluppare strumenti di valutazione delle performance (BERGAMIN BARBATO, 1991; FERRANDO, 2018), sia in logica di benchmarking che longitudinale.

In particolare, per le loro caratteristiche di aziende multiservizio, il coordinamento delle diverse *business unit* risulta più complesso; di conseguenza, la formulazione, l'implementazione e il controllo delle strategie tramite strumenti gestionali diventa un tema cruciale (GOOLD ET AL., 1994). È dunque importante che queste aziende sviluppino un sistema di controllo che cerchi di allineare le capacità delle singole *business unit* con il mercato di riferimento e la strategia complessiva aziendale.

La misurazione delle performance risulta, quindi, una leva strategica sempre più importante per le aziende del *LTC* al fine di (CARBONE ET AL., 2013; LEGA, 2020): a) rispondere in modo più coerente ai bisogni e alle problematiche che nascono nell'ambiente e richiedono una nuova postura; b) orientare le aziende verso il raggiungimento del successo desiderato; c) realizzare le strategie ed avviare eventuali percorsi di miglioramento all'interno delle organizzazioni.

Inoltre, nella costruzione degli strumenti di performance management per tale settore, da un lato è necessario mantenere le tradizionali caratteristiche dei sistemi di programmazione e misurazione dei risultati, dall'altro è essenziale considerare alcune delle caratteristiche peculiari delle aziende del *LTC*.

Per il primo punto, tra le ragioni più importanti per la realizzazione di sistemi di performance management, troviamo la possibilità di valutare l'economicità dell'azienda: attraverso il monitoraggio delle performance economiche aziendali, è possibile interpretare e capire l'andamento dell'azienda dal punto di vista economico e, di conseguenza, elaborare e sperimentare eventuali nuove azioni strategiche o tattiche per migliorarlo (AA.VV., 2013). L'implementazione di sistemi di performance management consente di realizzare una programmazione delle attività puntuale, sia delle quantità di prestazioni, sia della loro valorizzazione in termini monetari, permettendo l'allineamento tra la strategia aziendale, di ampio respiro e con una visione di medio-lungo termine, con il livello operativo e decisionale, rendendo così coerenti le azioni messe in atto nella quotidianità con gli obiettivi strategici fissati a monte (PRENESTINI, 2008). Inoltre, un valido sistema di programmazione e di controllo deve essere in grado di tradurre i diversi obiettivi fissati in termini quantitativi affinché siano oggettivamente misurabili e quindi trasparenti verso i soggetti valutati: tale passaggio è fondamentale per procedere con le diverse fasi del ciclo delle performance, in modo che i diversi monitoraggi fatti attraverso la reportistica e la valutazione finale siano tempestivi e informativi (PAOLINI ET AL., 2020). Infine, è rilevante garantire la responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori verso il raggiungimento di obiettivi stabiliti ex ante, motivazione e incentivazione dei dipendenti, diffondendo una cultura meritocratica (LEGA, 2020; PAOLINI ET AL., 2020).

Per quanto concerne le caratteristiche delle aziende del settore *LTC*, nella costruzione del sistema di performance management è necessario tenere in considerazione che esse: 1) hanno come *mission* il soddisfacimento di bisogni di salute e socio-assistenziali di pazienti che, in alcuni casi, non possono esprimere direttamente le proprie preferenze ma le decisioni di acquisto e la valutazione dei servizi deriva da parenti e *caregiver*; 2) i processi produttivi non sono completamente standardizzabili per via della variabilità naturale (in particolare clinica e assistenziale, oltre che sociale) che riguarda i destinatari dei loro servizi, ma anche della variabilità artificiale causata dall'autonomia professionale degli operatori oltre che da inefficienze nei processi. Riguardo quest'ultimo punto, è necessario tenere in considerazione il quadro clinico e sociale complesso relativo all'utenza che accede maggiormente ai servizi di lungo assistenza: persone anziane, per lo più di genere maschile, non autosufficienti, con elevati bisogni sanitari e con problemi di tipo cognitivo.

Dal punto di vista dello stato dell'arte, a differenza dei contesti ospedalieri e delle cure primarie, per i quali sono stati sviluppati sistemi nazionali di valutazione delle performance (ad esempio, il Piano Nazionale Esiti e il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del monitoraggio delle prestazioni sanitarie) e la letteratura ha proposto diversi modelli di cruscotti multidimensionali di misurazione (CARBONE ET AL., 2013; NUTI ET AL., 2018), il settore del *LTC* non è stato ancora fortemente interessato da questi processi. Inoltre, i sistemi di controllo e programmazione del settore sanitario utilizzano dati consolidati che provengono da flussi amministrativi nazionali e hanno l'obiettivo di monitorare non solo la copertura dei servizi ma anche – e soprattutto – di fornire indicazioni circa la qualità, l'efficacia e l'appropriatezza dei percorsi (FONDAZIONE CENCI GALLINGANI E NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA), 2021).

Attualmente in Italia non esiste un sistema strutturato e validato che consenta di monitorare le performance nel comparto sociosanitario e i flussi amministrativi NSIS del Ministero della Salute, finalizzati alla raccolta dati per tipologia di servizio, risultano ancora in fase di avvio (si veda il flusso SIAD per la rilevazione delle prestazioni dell'ADI, nonché il flusso FAR per l'attività residenziale e semi-residenziale) (VETRANO, 2022). Dunque, le analisi sinora condotte da Istat e Ministero della Salute, anche se in modo frammentario, permettono di rilevare il numero di utenti beneficiari dei servizi, il personale operante nel settore e i presidi esistenti, senza tuttavia approfondire le performance prestazionali, siano esse qualitative che quantitative.

Pur in mancanza di politiche nazionali e regionali strutturate per la valutazione delle performance del settore *LTC*, un'analisi della letteratura grigia e scientifica a livello internazionale e nazionale ha consentito di evidenziare alcuni dei sistemi e degli strumenti che si sono sviluppati nell'ultimo decennio per la misurazione delle performance nell'ambito sociosanitario con l'obiettivo di presentare risultati comparativi sulla qualità delle cure erogate dai servizi *LTC* o con un approccio di *assessment* multidimensionale.

Tra gli strumenti più diffusi per la misurazione delle performance nei contesti del *LTC* a livello internazionale, vi è il *Residential Assessment Instrument* (RAI), uno strumento di valutazione che ha lo scopo di monitorare lo stato di salute dei singoli assistiti over 65 non autosufficienti e costruire poi indicatori di qualità, come *Key Performance Indicators* (KPIs) riguardanti gli incidenti, incontinenza, consumo di farmaci, malnutrizione, qualità di vita, per aiutare il personale delle residenze a misurare e valutare i bisogni degli assistiti, a sistematizzare i loro dati anagrafici e clinici e, infine, a definire e pianificare la loro presa in carico (BARSANTI ET AL., 2019; HUTCHINSON ET AL., 2010).

Sempre a livello internazionale, è importante citare lo studio “Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People” coordinato dal Centro Europeo per la Politica e la Ricerca in Materia di Assistenza Sociale e realizzato con partner provenienti dalla Germania, Paesi Bassi, Inghilterra, Italia, Lussemburgo e Slovenia (HOFFMANN ET AL., 2010; HOFFMANN e LEICHSENTRING, 2011). Tale progetto, con l'intento di sostenere la promozione della qualità dei servizi sociosanitari in modo sistematico, ha previsto la raccolta, l'analisi e la convalida di indicatori di qualità orientati ai risultati. Oltre alla qualità dell'assistenza, si denota un forte *focus* sulla qualità della vita dei pazienti, sulle performance economiche, sulle questioni di *leadership* e sul contesto esterno.

A livello nazionale, invece, un'esperienza da segnalare è quella dell'Osservatorio Settoriale sulle RSA della LIUC – Università Cattaneo (SEBASTIANO, 2015) che, a partire dal 2009, ha elaborato oltre 70 indicatori di performance organizzativo-assistenziali riguardanti diverse prospettive di analisi (condizioni cliniche degli assistiti, qualità dell'assistenza erogata, gestione economico finanziaria, ecc.).

Inoltre, parallelamente a tale studio, per favorire una definizione condivisa di strumenti di valutazione, Regione Lombardia ha promosso e coordinato un ulteriore importante tavolo di lavoro orientato alla definizione di indicatori finalizzati ad agevolare la programmazione e la governance dei servizi sociosanitari. Tale ricerca ha presentato 59 differenti indicatori afferenti a 25 obiettivi suddivisi in cinque aree, tra le quali rientra l'Area Anziani, con lo scopo di supportare i responsabili della programmazione nel monitoraggio costante dei risultati e nella pianificazione delle politiche, monitorare le performance delle organizzazioni nel tempo, favorendo, da un lato, l'analisi delle tendenze e delle performance, e dall'altro il *benchmark* con realtà comparabili e favorire l'adozione e la diffusione sul territorio lombardo di strumenti di progettazione e valutazione oggettivi, omogenei, confrontabili e condivisi dai principali attori sociosanitari coinvolti (ARIA, 2019).

Rispetto alle esperienze italiane, è di fondamentale importanza anche il lavoro pionieristico svolto presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa intitolato “Il Sistema Di Valutazione Delle Residenze Per Anziani in Toscana” che ha introdotto le logiche di performance management e della multidimensionalità delle performance all'interno delle RSA del nostro Paese e che risulta tra i più completi e affidabili. Tale lavoro, nella sua versione originale, proponeva una suddivisione di 126 indicatori in 6 differenti dimensioni di performance: Salute della popolazione, Organizzazione dei servizi assistenziali, Assistenza socio-sanitaria, Soddisfazione degli assistiti e familiari, Benessere organizzativo e Dinamica economico-finanziaria ed efficienza operativa, con lo scopo di portare all'interno del sistema socio-sanitario metodologia e strumenti di valutazione consolidati e testati nel modo sanitario, opportunamente adeguati e adattati al diverso contesto e ai diversi attori (NUTIE ROSA, 2012).

Un'altra esperienza nata nella regione Toscana nel 2019 è il Programma di Osservazione del Territorio (PrOTer): si tratta di un portale che raccoglie una selezione di indicatori per il monitoraggio dei principali percorsi assistenziali territoriali di Zona Distretto, tra i quali è presente quello relativo alla non autosufficienza dell'anziano. La sezione “Indicatori di lungo assistenza” comprende un set di KPIs relativi al monitoraggio della presa in carico della non autosufficienza nella popolazione anziana da parte dei servizi territoriali, di tipo domiciliare o residenziale e riguardano soprattutto l'accessibilità ai servizi da parte degli anziani o dei loro familiari/caregiver, l'appropriatezza della presa in carico in struttura residenziale sanitaria assistita, la tempestività della presa in carico rispetto al bisogno, l'efficacia della presa in carico, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, la

sicurezza della persona durante la presa in carico e la sostenibilità economica e spesa ospedaliera e territoriale.

Un ulteriore progetto di valutazione, in questo ambito, è stato condotto da Agenas nel 2015, di concerto con il Ministero, enti di ricerca specializzati, esperti e alcune Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto), dal titolo “Sviluppo e validazione di un set di indicatori per monitorare la *Long Term Care* degli anziani non autosufficienti” (Progetto Luna), con lo scopo di monitorare tempestività, efficacia del percorso di cura, continuità assistenziale ospedale-territorio, accessibilità ai servizi e appropriatezza del piano assistenziale erogato rispetto a quanto stabilito in sede di valutazione multidimensionale. Infine, oltre queste dimensioni, ha previsto il monitoraggio e la valutazione del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, che può essere ricondotto a quanto presente in letteratura sotto il nome di *patient centredness*.

Nel 2010, invece, in Emilia-Romagna, è stato avviato il progetto finanziato dal Ministero nel programma CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) per la validazione di un set multidimensionale di indicatori di struttura, processo ed esito ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema. Tale progetto intendeva descrivere la qualità dell’assistenza erogata in un campione di strutture residenziali di alcune regioni italiane (Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio e Puglia), il cui coinvolgimento era finalizzato a costruire un modello strutturato e integrato per la lettura dei livelli di performance, cercando di armonizzare i differenti sistemi informativi.

Tuttavia, tali modelli di valutazione delle performance – sia a livello internazionale sia nazionale – presentano una serie di criticità che rendono necessario un avanzamento delle proposte di framework. In particolare, nessuno dei sistemi proposti è andato verso un consolidamento effettivo: non si è creato, quindi, un sistema di valutazione delle performance realmente diffuso e utilizzato tra le aziende del settore *LTC*, che risponda delle caratteristiche di complessità di tali aziende, anche sviluppato in un’ottica longitudinale, o che permetta un *benchmarking* tra organizzazioni anche di diverse Regioni. Le proposte si sono distinte come soluzioni sperimentali per supportare audit di governo (Agenas), la programmazione di zona (Programma CCM Emilia Romagna), e il monitoraggio della presa in carico dei servizi (PrOTer Toscana), oppure come strumenti di confronto intra-regionale (Osservatorio LIUC e Sistema di Valutazione della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa), talvolta risultando in soluzioni di difficile sostenibilità (Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa).

In conclusione, i sistemi sopra riportati hanno prodotto una molteplicità di misure di performance, di diversa natura, con architetture informative variabili che talvolta hanno creato rischi di distorsione delle informazioni. Inoltre, alcune prospettive di performance non sono state considerate all’interno di tali framework, come la soddisfazione degli operatori.

3. Obiettivi e metodologia del lavoro di ricerca

Sulla base di quanto esposto, il performance management applicato ai servizi di *LTC* è certamente un valido aiuto nell’affrontare questa complessità e le implicazioni sul controllo delle strategie sia per i soggetti interni alle organizzazioni, in particolare il management aziendale e i controller, sia come sistema di *benchmarking* per decisori e i *policy maker* che, a livello territoriale, regionale e nazionale, sono chiamati a interpretare i bisogni della

popolazione, a pianificare e fornire gli interventi di assistenza necessari e assicurare una presa in carico efficace ed efficiente (BARSANTI ET AL., 2019; FOSTI E NOTARNICOLA, 2018).

L'obiettivo del presente lavoro di ricerca è quindi quello di proporre e validare con esperti un sistema di misurazione delle performance direzionale che integri in ottica multidimensionale gli obiettivi strategici di aziende del *LTC*.

Le domande che hanno guidato la ricerca sono state le seguenti:

- 1) Quali sono le prospettive e le misure di performance che sono ritenute utili per il raggiungimento delle strategie delle aziende del *LTC*?
- 2) Risulta necessaria una customizzazione del cruscotto di performance secondo le esigenze delle singole aziende del *LTC*?

Per rispondere a questo obiettivo generale e alle domande di ricerca, la metodologia ha previsto due principali fasi:

1. La definizione di un Cruscotto Multidimensionale per la valutazione delle performance nel settore *LTC* da parte delle ricercatrici, popolato con indicatori previsti in letteratura scientifica ed elaborato attraverso la definizione di differenti dimensioni e prospettive di riferimento. Per questa prima fase è stato seguito un metodo di selezione già utilizzato in passato da diversi lavori scientifici su diverse tipologie di Aziende Sanitarie Pubbliche (CARBONE ET AL., 2013; AA.VV. 2013) e specifiche *Business Unit* quali, ad esempio, un dipartimento di salute mentale (LATORRE ET AL. 2016) o i servizi di prevenzione (VAINIERI ET AL., 2013).

2. La valutazione e validazione degli indicatori previsti dal Cruscotto Multidimensionale *LTC* attraverso una metodologia mista che ha coinvolto separatamente due aziende leader nel settore *LTC*. Dapprima sono stati analizzati i singoli casi studio, approfondendo i sistemi di valutazione attualmente in uso nelle singole aziende e confrontandoli con il modello proposto. Successivamente, in ciascuna azienda è stato coinvolto un gruppo di esperti attraverso la tecnica della *NGT* (DELBECQ E VAN DE VEN, 1971; VAN DE VEN E DELBECQ, 1974) modificata per adattarla alle caratteristiche del presente studio.

La prima fase della ricerca ha condotto alla definizione delle prospettive e alla selezione degli indicatori per un Cruscotto Multidimensionale utile alla valutazione delle performance nel settore *LTC*. In primo luogo, quindi, sono state definite le caratteristiche di base e le funzioni alle quali doveva rispondere tale tipologia di strumento di misurazione e valutazione delle performance, sulla base degli obiettivi generali dei sistemi diagnostici di controllo (CARBONE ET AL., 2013; INAMDAR ET AL., 2002; SIMONS, 2014):

- favorire la valutazione della performance aziendale secondo una prospettiva olistica;
- supportare i vertici aziendali (e i controller) nel reperire dati e informazioni utili all'elaborazione dei processi decisionali strategici;
- orientare le organizzazioni a misurare e monitorare le strategie aziendali attraverso il controllo di alcuni KPIs afferenti a diverse dimensioni;
- garantire una panoramica dei dati in ottica longitudinale e di *benchmarking* per facilitare un confronto dei risultati (anche tra diverse organizzazioni) nel corso del tempo (per identificare le eventuali criticità esistenti e/o le *best practice*);
- fungere da stimolo per l'implementazione di programmi orientati al miglioramento continuo delle performance in termini di efficacia, appropriatezza, qualità dell'assistenza erogata ed efficienza nell'utilizzo delle risorse
- garantire una maggiore trasparenza nei confronti degli *stakeholders* e dei cittadini/pazienti.

Seguendo queste premesse, la ricerca ha previsto in primis la raccolta di tutti gli indicatori esistenti in letteratura (alcuni internazionale ma per lo più nazionale), oltre quelli presenti attualmente nelle esperienze e negli studi condotti nel nostro Paese, così come rappresentati nel paragrafo precedente. Questo ha permesso di sviluppare un primo modello con un considerevole numero di indicatori, che si attestava circa a 700. Tali indicatori sono stati inseriti in un database, con tutti gli elementi decisionali necessari per la scelta, quando presenti in letteratura (ad es. modalità di calcolo, target, frequenza di monitoraggio suggerita, fonte). In seguito, attraverso un brainstorming durante il quale ciascun indicatore è stato discusso tra le autrici dello studio, è stata effettuata un'accurata attività di analisi e selezione di tali KPIs, tenendo conto dei seguenti criteri decisionali.

In primo luogo, sono state considerate le caratteristiche distintive necessarie per uno strumento gestionale di performance management, che quindi si devono riflettere nelle caratteristiche degli indicatori: rilevanza (fornisce informazioni su aspetti importanti per il livello di governo selezionato), validità (esprime la rispondenza agli scopi per i quali lo strumento è predisposto), tempestività (report forniti nei tempi più brevi e utili per prendere decisioni), chiarezza (fornisce un'indicazione univoca su come interpretare i dati), affidabilità (è sicuro e attendibile in particolare con riferimento alle fonti informative), fattibilità di calcolo (possibilità di calcolare il singolo indicatore), e traduzione in azioni (individua in modo chiaro le azioni da compiere per migliorare la performance) (VAINIERI ET AL 2013).

In secondo luogo, per evitare la selezione di un numero eccessivo di indicatori, che determinerebbero un accumulo di dati e produrrebbero una defocalizzazione sugli aspetti necessari per raggiungere i risultati di lungo periodo e la crescita economica e qualitativa dell'azienda, sono stati adottati due ulteriori criteri:

- la selezione di indicatori con un'importante capacità diagnostica e una visione trasversale ed esaustiva dei fenomeni, includendo sia misure di input e di processo (*leading indicators*) che di risultato/*outcome* (*lagging indicators*);
- l'eliminazione di indicatori simili/ridondanti, troppo specifici e non generalizzabili, in prospettiva di considerare solo quelli più significativi anche in funzione delle sfide aperte nel settore *LTC*.

Il processo di selezione degli indicatori ha richiesto tre incontri di circa quattro ore ciascuno, durante il quale è stato effettuato il confronto collettivo tra le autrici dello studio.

A seguire, i KPIs selezionati, sono stati differenziati tra indicatori "principali" e "sottoindicatori", adottando una logica *drill down* per il progressivo approfondimento delle performance e delle relazioni tra *stakeholders* interni (CARBONE ET AL., 2013).

Successivamente, per ciascun indicatore è stata delineata una specifica denominazione, definita la modalità di calcolo e il setting assistenziale (residenziale, domiciliare o entrambi) a cui si riferisce. Infine, ciascuna misura è stata corredata dal target da raggiungere e dalla frequenza del monitoraggio. In particolare, il valore soglia è stato delineato in funzione degli *standard* previsti a livello nazionale laddove presenti, negli altri casi si è stabilito un confronto rispetto ai valori storici dell'indicatore oppure un confronto rispetto a *benchmark*, quando disponibili i dati, oppure la tendenza a cui tali KPIs dovrebbero tendere.

Per quanto concerne la frequenza del monitoraggio, essa (annuale, giornaliera, mensile, settimanale, trimestrale) è stata determinata sulla base di quanto riportato nelle esperienze e, ove non vi erano precisazioni in merito, in funzione della necessità di ottenere informazioni

con una certa costanza e alla possibilità di reperire con facilità i dati necessari per il calcolo. Stabiliti gli indicatori, sono state definite le aree e le dimensioni delle performance, nonché gli ambiti di osservazione dei risultati. Durante questa fase di costruzione si è tratto ispirazione dalla *Balanced Scorecard* (KAPLAN E NORTON, 1996), framework multidimensionale di misurazione e rendicontazione delle performance, nonché dalle prospettive in essa considerate (economico-finanziaria, del cliente, dei processi interni, dell'apprendimento e della crescita), e dal Cruscotto Direzionale Multidimensionale elaborato per le Aziende Sanitarie Pubbliche (CARBONE ET AL., 2013). Le dimensioni sono state ideate con l'intento di raggruppare gli indicatori in funzione dei fenomeni che misurano e valutano. Le aree di governo, invece, sono state definite in modo tale che aggregassero le dimensioni in macro-ambiti tematici, basilari per assicurare un governo strategico dell'organizzazione. La denominazione delle aree e dimensioni e la riclassificazione degli indicatori tra queste è stata revisionata più volte attraverso *brainstorming* tra le ricercatrici.

Al termine della prima fase, l'output della ricerca è stato un cruscotto di controllo diagnostico con 5 aree di performance, 16 dimensioni e 66 indicatori, descritto nel prossimo paragrafo.

La seconda fase della ricerca ha riguardato la valutazione e la validazione del cruscotto e dei suoi indicatori ed è stata divisa in due parti. La prima ha portato ad un'analisi dei sistemi di controllo diagnostico utilizzati da ciascuna delle aziende per un primo confronto tra lo stato dell'arte e il modello proposto; tale analisi è stata effettuata sulla base dell'esperienza maturata da due autrici del presente contributo in quanto professioniste che lavorano nel controllo di gestione delle aziende coinvolte. La seconda ha previsto la NGT con il coinvolgimento di un gruppo di esperti in ciascuna delle due aziende.

La NGT nata allo scopo di migliorare le tecniche per poter prendere decisioni che coinvolgono gruppi di persone, differisce dalla Delphi analysis perché gli esperti “siedono attorno ad un tavolo” e non sono fisicamente dispersi (DELBECQ E VAN DE VEN, 1971). La prossimità fisica è quindi un elemento centrale della NGT, così come – diversamente da altri metodi di interazione – il processo decisionale è strutturato in diverse fasi (VAN DE VEN E DELBECQ, 1974): si inizia dall'identificazione dell'obiettivo di valutazione o analisi; successivamente ciascuno degli esperti coinvolti (in maniera indipendente l'uno dall'altro) elenca le proprie idee e ragioni sull'argomento rispetto al quale sono chiamati a decidere, per poi condividerle e discuterle insieme allo scopo di chiarire dubbi e analizzare la situazione; in seguito avviene una valutazione quantitativa della decisione o la determinazione di un ranking a livello individuale; infine il processo si conclude con la “decisione di gruppo” che è il risultato combinato dei voti individuali. La NGT è stata utilizzata nel tempo in diversi settori e per diversi ambiti decisionali. Spesso è stata utilizzata in sanità, dai temi di carattere strategico (LONGO, LEGA, ET AL., 2010; LONGO, PRENESTINI, ET AL., 2010) sino a quelli più legati alla definizione di politiche sanitarie o attività di *priority setting* (MCMILLAN ET AL., 2014; VAHEDIAN-SHAHROODI ET AL., 2023) e, in poche sperimentazioni, anche per decisioni relative al performance management (ROBINSON et al., 2003). Nel caso della presente ricerca, la NGT è stata applicata a due gruppi di esperti, ciascuno relativo ad una delle due aziende coinvolte (IRCCS Auxologico e Korian), in modo separato e con alcune differenze applicative che rispondevano meglio alle necessità informative delle singole ricercatrici mantenendo una coerenza metodologica interna all'azienda.

Per Korian, il gruppo era composto da un componente del *Quality Team* e cinque del *Planning & Controlling Team*, tutti con esperienza pluriennale nel settore LTC. Per l'IRCCS

Auxologico, il gruppo era composto dal Direttore Generale della struttura Auxologico Roma Buon Pastore, nonché Responsabile del Controllo di Gestione di Auxologico, *due* controller e una HR manager appartenente alla Direzione delle Risorse Umane, la quale ha contribuito specificatamente per gli indicatori riguardanti il Capitale Umano.

In entrambe le aziende, dopo un breve *excursus* sugli obiettivi e il metodo della ricerca da parte delle ricercatrici impegnate in ciascuna di esse, la NGT si è svolta come segue:

- una preliminare descrizione, da parte delle autrici, del cruscotto e dalla selezione di indicatori effettuata nella fase del *brainstorming*;
- l'esposizione, da parte degli esperti coinvolti, delle proprie idee e valutazioni sul cruscotto seguita da una discussione di gruppo sulle riflessioni di ciascuno; tale fase, oltre alla formazione delle riflessioni sui singoli indicatori da parte degli esperti, è stata finalizzata a prendere decisioni su quali dimensioni del cruscotto modificare;
- la valutazione quantitativa, da parte di ognuno dei professionisti secondo le specifiche aree di interesse e di lavoro in azienda, di ogni indicatore con un punteggio su scala Likert.

La valutazione di ogni indicatore su scala Likert (VAINIERI ET AL., 2013) è stata effettuata sulla base dei seguenti item:

- affidabilità, intesa come la possibilità di fare affidamento sul valore dell'indicatore, quindi se i valori ottenuti sono solidi e affidabili o se potrebbe esserci eventualmente ambiguità nell'interpretarli (da non affidabile a molto affidabile);
- rilevanza, per capire quanto l'indicatore dia una misura corretta della performance che si vuole monitorare e valutare e quanto sia utile a livello informativo e in grado di orientare i comportamenti (da non rilevante a molto rilevante);
- calcolabilità, che indica invece quanto, effettivamente, sia possibile l'estrapolazione dei dati per poter calcolare il valore dell'indicatore e se il valore richiesto sia effettivamente calcolabile (da non calcolabile a calcolabile facilmente).

Gli indicatori che non raggiungevano un punteggio minimo complessivo sono stati eliminati dal cruscotto. Gli altri discussi e, se necessario, modificati. Inoltre, sono stati suggeriti da parte degli esperti riferimenti relativi ai target, quando non presenti come invece nel caso di *gold standard* in letteratura scientifica o normativa, e alla cadenza di monitoraggio preferibile.

4. Risultati della ricerca

4.1 La struttura e le dimensioni del Cruscotto Multidimensionale delle Aziende del settore LTC

Nella Tabella 1 è rappresentata la struttura del Cruscotto Multidimensionale LTC costruito a seguito della prima fase di analisi. Esso si articola su tre livelli: aree, dimensioni e indicatori di performance.

Tabella 1. Struttura del Cruscotto Multidimensionale delle aziende del LTC

<i>Area</i>	<i>Dimensione</i>	<i>Numero Indicatori</i>
Capitale Umano	Benessere organizzativo	4
	<i>Risk management</i>	4
	Sviluppo delle competenze	3
Economico-finanziaria	Economicità	3
	Costi	6
	Ricavi	2
Organizzazione ed Erogazione del Servizio	Appropriatezza	4
	<i>Patient safety</i>	7
	Tempestività	3
	<i>Value proposition</i>	5
	Personalizzazione del servizio	4
	Efficienza operativa	2
<i>Patient Experience</i>	Qualità percepita dagli assistiti	3
	Qualità percepita dai familiari	3
Complessità Assistenziale	Performance clinico-assistenziale	6
	Stato di salute	7
TOTALE		66

L'area del **Capitale umano** approfondisce alcuni aspetti che riguardano persone, talenti, competenze e conoscenze richieste per la strategia aziendale. In particolare, vengono monitorate alcune variabili che afferiscono alla capacità delle organizzazioni di promuovere e conservare il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori ad ogni livello, alla capacità dell'organizzazione di attivare e diffondere strumenti per lo sviluppo individuale ed organizzativo, e alla capacità di operare garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema. Questa area è misurata lungo tre differenti dimensioni:

1. *Benessere organizzativo*. È una dimensione dedicata alla soddisfazione lavoro correlata, nota anche come benessere lavorativo. Quest'ultimo è costituito da molteplici fattori che vanno tenuti in considerazione per l'impatto che hanno sul personale che lavora nelle strutture del LTC e di conseguenza sui residenti e sulla qualità dell'assistenza erogata. Il ruolo degli operatori è centrale: su di essi ricadono tutte le attività di presa in carico degli ospiti, la maggior parte non autosufficienti e che richiedono un'intensità assistenziale elevata. Per tal motivo, i professionisti sono frequentemente soggetti ad un forte carico psicofisico ed è bene che il loro benessere venga sorvegliato, misurato e garantito. Le professioni "altruiste", cui sono richieste capacità personali, oltre che abilità professionali e tecniche, e in cui non sempre l'attenzione per l'altro è riconosciuta e premiata con la gratitudine di chi assiste, sono soggette a doppia fonte di stress, il loro e quello della persona aiutata. Questo processo stressogeno, se non adeguatamente e tempestivamente supportato, porta al suo esito patologico: il *burnout*. L'operatore sarà sofferente nel fisico e nello spirito, demotivato, indifferente e cinico

nei confronti della professione e delle persone a cui in precedenza ha dedicato impegno. Da qui deriva un senso di impotenza dovuto alla convinzione di non poter fare nulla per superare l'incongruenza tra ciò che si ritiene che l'utente si aspetti e ciò che si è in grado effettivamente di offrire. Alcune evidenze, infine, hanno mostrato che il *burnout* comporta un deterioramento della qualità delle cure e inficia negativamente sui tassi di *turnover*, assenteismo dei lavoratori e morale basso (CONVERSO E FALCETTA, 2007).

2. *Risk management*. Misura la frequenza degli infortuni che coinvolgono gli operatori al fine di comprendere eventuali inadempienze rispetto a linee guida e protocolli sulla sicurezza sui luoghi di lavoro. L'obiettivo è quello di rafforzare le azioni per prevenire gli incidenti sul lavoro, i rischi professionali ed accrescere il livello di attenzione dei singoli professionisti durante lo svolgimento delle loro attività.
3. *Sviluppo delle competenze*. Misura la capacità dell'organizzazione di rispondere alle esigenze formative del personale (formazione obbligatoria e non) e di orientarsi verso la valorizzazione e la motivazione degli stessi. I continui cambiamenti e progressi nei campi dell'innovazione tecnologica e della ricerca medico-scientifica che interessano il mondo sanitario e sociosanitario impongono alle organizzazioni la responsabilità di indirizzare i professionisti verso un aggiornamento continuo che consenta loro di far fronte a tali evoluzioni, organizzare servizi di livello avanzato e ridurre i rischi a loro carico. L'aggiornamento continuo, come sintetizza il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, è da considerarsi requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale al fine di "garantire la migliore cura e assistenza possibili", come enfatizzato dal codice di deontologia medica. In aggiunta, la formazione è anche responsabilità verso i pazienti in quanto il costante aggiornamento dei professionisti contribuisce allo sviluppo di un'assistenza efficace, appropriata, sicura ed efficiente che sia in grado di soddisfare le esigenze di tutti gli utenti. Investire in percorsi di formazione significa dunque poter contare su personale sempre aggiornato, con un bagaglio crescente di competenze (tecnico-specialistiche e gestionale-organizzative), che sappia applicare le nuove tecniche e utilizzare in modo efficace i nuovi software, dispositivi e tecnologie.

L'area **Economico-finanziaria** è stata delineata in funzione della necessità delle direzioni aziendali di controllare fenomeni economico-finanziari che hanno un impatto strategico nel lungo periodo. Tale area fornisce informazioni circa la capacità dell'azienda di utilizzare in modo appropriato le risorse monitorando al contempo la sostenibilità economica delle scelte gestionali nel breve e lungo termine. Le dimensioni analizzate sono:

- 1) l'economicità, che concorre a fornire dati riguardanti l'equilibrio economico-finanziario;
- 2) i costi e, infine,
- 3) i ricavi, nonché l'analisi delle componenti negative e positive di reddito le quali evidenziano le conseguenze economiche delle azioni avviate nel passato e nel presente.

Queste analisi hanno l'obiettivo di porre il focus sul miglioramento dell'efficienza delle varie attività aziendali ottimizzando l'utilizzo delle risorse all'interno dell'organizzazione. Affinché i *KPIs* afferenti a queste dimensioni siano rappresentativi di quanto appena esposto, si è stabilito un monitoraggio di tipo comparativo tra le strutture in ottica longitudinale.

L'area **Organizzazione ed erogazione del servizio** valuta gli aspetti inerenti ai processi produttivi core dell'azienda, la sua capacità di creare valore attraverso l'erogazione dei servizi e le performance relative all'organizzazione e gestione delle attività. Le metriche utilizzate in quest'area consentono alle figure manageriali di conoscere in ogni momento l'andamento del *business* e se i servizi rispondono alle esigenze dei pazienti assistiti tramite l'analisi di differenti dimensioni, di seguito riportate, dei processi erogativi.

1. *Appropriatezza* è una dimensione valutativa fondamentale in ambito sanitario e sociosanitario che consente di monitorare le attività in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili. Una prestazione è considerata appropriata se viene erogata dal giusto professionista, al giusto paziente e nel giusto *setting* assistenziale. In tale dimensione sono ricompresi *KPIs* attinenti all'appropriatezza clinica, rivolta alla valutazione prettamente medico-tecnica di specifiche attività assistenziali, e organizzativa, per il miglior utilizzo delle risorse disponibili (soprattutto in termini di risorse umane).
2. *Efficienza operativa* monitora la capacità produttiva dell'organizzazione, nonché i livelli di saturazione raggiunti. I *KPIs* afferenti a tale dimensione consentono di misurare e valutare la produttività delle risorse con la prospettiva di ottimizzare e razionalizzare l'uso delle stesse.
3. *Patient safety* valuta la sicurezza delle cure prestate agli assistiti in prospettiva di gestire al meglio e in modo appropriato il rischio connesso all'erogazione di assistenza sociosanitaria, ottenere i migliori risultati funzionali e prevenire eventuali condizioni di peggioramento. La dimensione sicurezza è stata contemplata *in primis* perché la promozione della sicurezza delle cure rappresenta un diritto dei pazienti, un dovere dei professionisti ed un obbligo delle organizzazioni; in secondo luogo, perché le critiche e complesse condizioni cliniche dell'utente non autosufficiente beneficiario dei servizi di *LTC* presentano di per sé una quota di rischio clinico da presidiare e richiedono, dunque, una gestione assistenziale articolata.
4. *Personalizzazione del servizio* è una dimensione che consente di verificare quanto il servizio erogato sia tarato sui bisogni del singolo paziente. Nel comparto sociosanitario, e sanitario in generale, la personalizzazione dei servizi è considerata una strategia importante per il successo in quanto consente di differenziare le proprie prestazioni assistenziali rispetto alla concorrenza con la prospettiva di rispondere alle esigenze individuali del paziente, garantendo l'*empowerment* e il coinvolgimento dell'utente stesso nel suo percorso di cura. Inoltre, tale dimensione è considerata un aspetto molto importante nella valutazione della qualità di una RSA. I *KPIs* analizzati in questa dimensione afferiscono alla redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) degli ospiti in struttura e alla condivisione dello stesso con i familiari ed i suoi caregiver.
5. *Tempestività*, intesa sia nella presa in carico sia nell'erogazione del servizio domiciliare o residenziale, è una dimensione che consente di quantificare il tempo che intercorre dal momento della richiesta fatta dall'utente al momento dell'erogazione effettiva della prestazione. Tale aspetto è oggi imprescindibile per un offrire un servizio di qualità ed in linea con le aspettative dei pazienti.
6. *Value proposition* pone l'attenzione sulle attività *peripherals* che vengono organizzate ed erogate al fine di creare valore aggiunto per il paziente e non più solo funzionale. Questa dimensione influenza la valutazione complessiva della qualità dell'assistenza fornita nelle strutture e la *patient experience*.

L'area ***Patient experience*** approfondisce l'esperienza e la soddisfazione degli utenti e dei loro familiari ed è considerata una tra le *Keys Performance Areas* su cui basare la valutazione della qualità dell'assistenza insieme al monitoraggio concernente l'efficacia clinica e la sicurezza.

L'area **Complessità assistenziale** intende fornire informazioni, attraverso l'analisi di due dimensioni, riguardanti sia l'efficacia dei trattamenti erogati sia i bisogni e le esigenze cliniche del paziente assistito:

1. *Performance clinico-assistenziale*, è una dimensione la cui finalità è quella di monitorare e valutare la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni dei pazienti attraverso la sua attività core e di ottenere gli esiti (*outcome*) desiderati in termini di efficacia clinica e qualità degli interventi erogati.
2. *Stato di salute* contribuisce a costruire una fotografia sulle caratteristiche cliniche dell'utenza presa in carico, in particolar modo facendo riferimento a problematiche tipicamente diffuse tra gli anziani non autosufficienti (dolore, ulcere, contenzione, peso, incontinenza, depressione, deficit cognitivi). Questo consente di poter erogare risposte appropriate e modulate secondo diversi livelli di intensità e in funzione dei reali bisogni, pianificando di conseguenza l'assistenza che deve essere garantita all'ospite in termini di impegno, intensità, minutaggio assistenziale e di adeguatezza di risorse (rispettando anche i requisiti regionali imposti).

4.2 Il caso Korian

Korian è un "network della salute". Da 30 anni opera per rispondere alle esigenze sanitarie e assistenziali grazie a un'offerta completa di servizi sanitari e socio-sanitari disponibili in oltre 100 strutture suddivise in diverse aree di attività: Case di Cura e Cliniche di Riabilitazione, Poliambulatori, Residenze per Anziani, Cure domiciliari e Appartamenti per la Terza e Quarta Età. Korian fa parte del gruppo europeo Clariane, leader in Europa nel settore sanitario e sociosanitario, presente in 6 paesi (Francia, Germania, Italia, Belgio, Paesi Bassi, Spagna). Il Gruppo riunisce, forma e supporta una comunità di oltre 67.000 professionisti.

In Italia, Korian è presente in 9 Regioni dalla Lombardia al Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, Toscana, Lazio, Puglia e Sardegna con un'ampia varietà di servizi e strutture. In particolare si contano 64 RSA e Case di Riposo, 4 Comunità per Anziani e 11 Centri Diurni (con oltre 7.000 posti letto); 126 Appartamenti, 1 Casa e 4 Comunità per anziani (per un totale di 270 posti letto); 10 servizi di cure a domicilio con 500 operatori specializzati nell'assistenza alle persone fragili (come anziani, disabili, pazienti con patologie croniche, affetti da SLA, in stato vegetativo o di minima coscienza e malati terminali che necessitano di cure palliative); e, infine, 14 Case di Cura, 14 Centri di Riabilitazione, 34 Poliambulatori e Centri diagnostici, 6 Centri per Disabili, 12 Comunità Psichiatriche e 6 Hospice.

Korian presenta un Cruscotto Direzionale, in fase di sperimentazione, che consente di misurare e valutare le performance aziendali ricorrendo ad alcuni KPIs afferenti sia al comparto sanitario che sociosanitario, i quali forniscono informazioni riguardanti differenti macroaree di valutazione. In particolare, il gruppo possiede uno strumento gestionale che consente di monitorare in modo sistematico alcuni KPIs e metriche aziendali con una visualizzazione unificata e personalizzabile dei dati. L'organizzazione si avvale del *Power BI*, nonché uno degli strumenti di *business intelligence* di Microsoft attraverso cui si organizzano

e analizzano i dati aziendali, per costruire report interattivi in continuo aggiornamento da condividere con il *top management* ai fini di un'appropriata delimitazione dei processi decisionali strategici.

Tale strumento restituisce l'elaborazione numerica e grafica correlata all'andamento di KPIs appartenenti al "Korian Cruscotto Direzionale" e al "*Korian Facilities Summary*". Il primo offre una panoramica di dati relativi ad indicatori che monitorano la dimensione economico-finanziario, del capitale umano, di produzione ed efficacia dei servizi appartenenti alle diverse aree di business dell'organizzazione, nonché quei servizi erogati dalle varie strutture nel corso del tempo.

Nel dettaglio, la configurazione di questo tipo di cruscotto è stata impostata in modo tale che sia possibile una restituzione del dato in funzione di alcuni parametri specifici che possono essere appositamente selezionati: i) anno, mese e giorno di cui si intende effettuare l'analisi; ii) regione; iii) città; iv) struttura; v) Area Manager; vi) setting assistenziale (RSA, Post Acuto, Hospice, Casa di Cura, Ambulatorio, ADI, Altri servizi). Inoltre, alcuni indicatori (ad esempio, il tasso di occupazione) sono stati costruiti in ottica longitudinale e di *benchmarking* al fine di analizzare i dati in termini comparativi tra differenti strutture (oppure prendendo in rassegna un'unica struttura) nel corso del tempo.

Per quanto concerne, invece, il *Korian Facilities Summary*, esso restituisce, sia a livello di gruppo che a livello di singola struttura, i livelli di performance relativi ad un numero molto ristretto di KPIs con l'intento di fornire una fotografia sintetica (ossia legata ad informazioni prioritarie), chiara e significativa. Questa configurazione inoltre permette di selezionare uno specifico indicatore, incluso tra quelli del report *Korian Facilities Summary*, per il quale si intende visionare l'andamento mensile in termini grafici negli ultimi due anni.

Prima di coinvolgere il gruppo di esperti Korian, ai fini della discussione e valutazione del Cruscotto, è stata effettuata un'analisi e comparazione tra gli indicatori presenti nel Cruscotto Direzionale dell'azienda e quelli selezionati nel modello proposto. Questa attività ha consentito di integrare nel Cruscotto elaborato nella presente trattazione alcuni KPIs utilizzati da Korian, omettendo eventuali indicatori già presenti o che restituivano informazioni ridondanti, poco chiare e non in linea con gli obiettivi della ricerca.

Durante l'attività di assegnazione dei relativi punteggi ai vari KPIs, gli esperti hanno espresso alcune criticità e suggerimenti in merito alla modalità di calcolo di alcune misure e riguardo la certezza ed affidabilità delle informazioni che restituiscono questi indicatori.

In relazione a quanto emerso dal confronto con il Cruscotto Direzionale e dalla discussione con gli esperti del gruppo Korian Italia, il cruscotto delle performance del settore LTC è stato dunque rivisto apportando le modifiche suggerite. In particolare, sulla base di quanto esplicitato nel precedente paragrafo e considerata la proposta iniziale di 66 indicatori, sono state eliminate 27 misure di performance (41%), mantenute invariate 32 (49%), modificate 7 (10%) e aggiunte 23 (integrazioni effettuate con quanto attualmente presente nel cruscotto del caso studio).

Complessivamente, la nuova proposta risulta essere strutturata da cinque aree, quindici dimensioni e 62 indicatori (versus i 66 iniziali) come rappresentato nella Tabella 2. La dimensione *value proposition* nell'area organizzazione ed erogazione del servizio è stata eliminata dopo le valutazioni degli esperti.

Tabella 2. Struttura del Cruscotto Multidimensionale LTC dopo validazione di Korian

<i>Area</i>	<i>Dimensione</i>	<i>Numero Indicatori</i>
Capitale umano	Benessere organizzativo	4
	<i>Risk management</i>	2
	Sviluppo delle competenze	2
Complessità assistenziale	Performance Clinico-assistenziale	6
	Stato di Salute	3
Economico finanziaria	Costi	3
	Economicità	6
	Ricavi	5
Organizzazione ed erogazione del Servizio	Appropriatezza	10
	Efficienza operativa	8
	<i>Patient Safety</i>	4
	Personalizzazione del servizio	4
	Tempestività	1
Patient experience	Qualità percepita dagli assistiti	2
	Qualità percepita dai familiari	2
Totale		62

4.3 Il caso IRCCS Auxologico

La Fondazione non profit IRCCS Auxologico, riconosciuta come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dal 1972, che conta 21 strutture ospedaliere, diagnostiche e poliambulatoriali in Italia, tra Lombardia, Piemonte e Lazio e in Romania: tra queste strutture, due sono interamente dedicate a servizi per gli anziani, Auxologico Residenza per Anziani a Milano e Auxologico Roma Buon Pastore, a Roma.

La prima è una RSA aperta nel 2007, accreditata con il SSN che dispone di 108 posti letto dedicati all'accoglienza e all'assistenza di persone non autosufficienti.

Questa RSA, inserita in una struttura ospedaliera-riabilitativa, offre sia servizi prettamente assistenziali, sia la possibilità di svolgere anche attività sociali (come lettura dei giornali, giardinaggio) e servizi di cura alla persona come il podologo e il parrucchiere (servizi presenti anche nella RSA di Roma).

In questo contesto assistenziale, i pazienti vengono presi in carico da un'équipe multidisciplinare composta da Medico, Coordinatore Infermieristico, Fisioterapista, Educatore, ASA, Assistente Sociale e Psicologo, che provvede alla definizione del PAI e si fa carico della realizzazione degli obiettivi indicati e della verifica dei risultati. Inoltre, presso questa struttura, viene garantita presenza medica in orario diurno feriale e reperibilità medica negli orari non coperti dalla presenza del medico, oltre alla presenza infermieristica e assistenziale nelle 24 ore. Gli altri servizi forniti sono quello socioeducativo, la fisioterapia, il servizio sociale e quello di supporto psicologico.

Per quanto riguarda la sede di Roma, questa è divisa in due parti: la Casa di Cura, specializzata nella riabilitazione motoria e neuromotoria, con reparto di lungodegenza post-

acuzie dedicato ai pazienti che, dopo la fase acuta della malattia, vengono inviati dalle strutture ospedaliere per completare il percorso di cura, e la RSA, di cui una parte è dedicata al Nucleo Intensivo per l'assistenza di pazienti in stato vegetativo con necessità di supporto alle funzioni vitali. La RSA, convenzionata con il SSN, dispone di 100 posti letto di Mantenimento dedicati all'accoglienza e all'assistenza di persone non autosufficienti che presentano necessità di tutela sanitaria e a cui vengono offerte prestazioni di lunga assistenza, anche di tipo riabilitativo. In tale struttura, è disponibile l'assistenza medica, infermieristica e sociosanitaria nelle 24 ore e sono forniti, a seconda del bisogno, i servizi di fisioterapia, di terapia occupazionale, il servizio socioeducativo, di assistenza sociale, di supporto psicologico e dietologico.

Il processo di misurazione e monitoraggio delle performance in Auxologico, trattandosi di una realtà *multibusiness*, è molto articolato e viene svolto attraverso l'utilizzo di diversi strumenti operativi, in particolare la contabilità analitica per comprendere l'andamento economico-gestionale delle diverse unità operative sanitarie e centri di responsabilità aziendali, e la costruzione di indicatori sintetici ad hoc per che permettono di misurare e valutare le performance aziendali con focus su particolari aspetti della gestione caratteristica dell'attività *core* sanitaria.

Il controllo di gestione interviene quindi nella costruzione e nell'analisi dei dati riguardanti le diverse unità operative sanitarie e delle funzioni trasversali presenti in azienda e, attraverso diverse tipologie di reportistica, con deadline mensili, trimestrali, semestrali o annuali, informa e riporta ai diversi interlocutori aziendali a seconda della loro area di competenza per orientare i processi decisionali strategici.

Più nello specifico, le aree presidiate da tali strumenti sono tendenzialmente suddivise per Area di Business (InPatient, OutPatient e RSA), per Area Geografica (Lombardia, Piemonte, Lazio, Romania) e per Disciplina, in modo da offrire al top management e ai diversi portatori di interesse un quadro sempre completo e aggiornato dell'andamento economico-gestionale delle diverse strutture.

Nel momento in cui è stata presentata la presente ricerca con gli annessi quesiti, uno dei temi maggiormente discussi durante le riflessioni in gruppo è stato la necessità di definire un cruscotto snello, con un numero di indicatori gestibile. In particolare, secondo l'opinione del gruppo di esperti e coerentemente con quanto indica la letteratura (Simons, 2014), è opportuno proporre uno strumento sintetico, che possa essere realmente fruibile dal *top management* aziendale, evitando di sovraccaricarlo con informazioni che, per quanto dettagliate e potenzialmente utili, non possono essere prese in considerazione, a causa della limitatezza di tempo e di attenzione dei decisori.

A seguito della valutazione tramite punteggio, come rappresentato nella Tabella 3, il cruscotto finale assume la seguente struttura e detiene un totale di 45 indicatori tra quelli selezionati sulla base di affidabilità, rilevanza e calcolabilità e le eventuali modifiche ed integrazioni apportate in fase di validazione.

Dalla proposta iniziale il numero di indicatori è stato complessivamente ridotto di 21 unità (32%). Sono stati mantenuti 34 indicatori (51%), eliminati 28 indicatori (42%), modificati 4 (6%; uno, riguardante la formazione del personale, è stato diviso in due indicatori più specifici, mentre gli altri tre, riguardanti la condivisione del Piano Assistenziale Integrato – PAI, sono stati aggregati in un unico indicatore) e sono stati aggiunti ex novo 7 indicatori (11%).

**Tabella 3. Struttura del Cruscotto Multidimensionale LTC
dopo validazione di IRCCS Auxologico**

<i>Area</i>	<i>Dimensione</i>	<i>Numero Indicatori</i>
Capitale Umano	<i>Risk management</i>	4
	Benessere organizzativo	4
	Sviluppo delle competenze	3
Economico-finanziaria	Redditività	2
	Costi	4
	Ricavi	2
	Solidità	2
Organizzazione ed erogazione del servizio	Appropriatezza	3
	Efficienza operativa	2
	<i>Patient safety</i>	4
	Personalizzazione del servizio	2
	Tempestività	1
Patient experience	Qualità percepita dagli assistiti	2
	Qualità percepita dai familiari	2
Complessità assistenziale	Performance clinico-assistenziale	4
	Stato di salute	4
TOTALE		45

A livello di aree, queste sono state lasciate tutte poiché considerate tutte meritevoli di essere presidiate, mentre riguardo le dimensioni, pur mantenendosi 16 in entrambe le versioni, sono stati effettuati due cambiamenti:

- la dimensione *value proposition*, afferente all'area dell'Organizzazione ed Erogazione del Servizio, è stata tolta, in quanto nessuno degli indicatori raggiungeva il punteggio minimo soglia richiesto per essere inserito nella versione finale poiché, in base a quanto emerso in fase di validazione, questi risultavano troppo specifici e poco informativi per il top management aziendale ma più adatti per alcune specifiche funzioni aziendali (ad es. ufficio qualità);
- è stata aggiunta la dimensione *solidità* all'interno dell'area Economico-Finanziaria poiché è stato ritenuto fondamentale presidiare anche la capacità dell'impresa di finanziarsi con mezzi propri e di avere una struttura equilibrata a livello patrimoniale e ciò deve anche emergere da uno strumento multidimensionale.

5. Il Cruscotto Multidimensionale *LTC* post valutazioni

A mo' di esempio si riporta una sezione del cruscotto multidimensionale con le differenze relative alle valutazioni delle due aziende (Tabella 4). Sono riportati i seguenti dati:

- il setting assistenziale a cui è applicabile: RSA, se strutture residenziali, ADI, se al domicilio o entrambi (RSA+ADI);
- la denominazione specifica;
- la modalità di calcolo, quindi la formula matematica da utilizzare;
- la cadenza di monitoraggio suggerita;
- il target previsto che può essere un numero definito stabilito da *gold standard*, letteratura o normativa, oppure si suggerisce una lettura in ottica longitudinale rispetto ai dati storici o di *benchmarking*.

Le righe relative agli indicatori principali sono state evidenziate, in modo da distinguerli dai sottoindicatori il cui monitoraggio può essere utile per eventuali approfondimenti sulle performance.

Infine, nelle ultime due colonne, viene indicato se l'indicatore è stato confermato nelle due aziende dalla versione precedente del cruscotto (C), modificato (M), aggiunto (A), eliminato (E), non applicabile (NA), in seguito alla valutazione svolta dalle due aziende.

Come verificabile nel caso di quest'area riportata a titolo di esempio, dal confronto tra le aziende – pur mantenendo la maggior parte degli indicatori proposti nella sua versione iniziale – emerge una differenziazione tra le scelte di eliminazione, di modifica e di aggiunta. Ciascuna delle aziende, quindi, dimostra una propria filosofia di fondo e attuazione operativa dei sistemi di controllo ma il cruscotto proposto si è dimostrato in grado di rispondere largamente alle esigenze informative che queste aziende avevano. Infatti, la suddivisione tra aree e dimensioni è stata lasciata quasi totalmente uguale alla proposta e circa il 50% degli indicatori sono stati confermati senza alcuna modifica in entrambi i casi analizzati. Un'ulteriore differenza è relativa al numero di indicatori totali validati dalle due aziende nel cruscotto multidimensionale: mentre Korian ha ridotto di poco il numero di indicatori totali previsto dal cruscotto (da 66 a 62 misure di performance), Auxologico IRCCS ha optato per una riduzione e quindi maggior parsimonia informativa (fino a 45 misure).

Tabella 4. L'area del Capitale Umano

Dimen- sione	Setting assist.	Denomin. indicatore	Modalità calcolo	Target	Cadenza monitor.	IRCCS Auxolo- gico	Korian
<i>Risk management</i>	RSA	Tasso di infortuni	(Numero infortuni/ 30 giorni) *100	→0%	Mese	C	M
<i>Risk management</i>	RSA	Durata media degli infortuni	Sommatoria giorni di infortunio/ Numero di infortuni occorsi nell'anno	→0	Anno	C	C
<i>Risk management</i>	RSA	Tasso di infortuni derivanti dalla movimentazi one dell'utente	(Numero incidenti avvenuti ad operatori della struttura nell'ambito della movimentazione dell'utente/ Monte orario annuale degli operatori con funzioni assistenziali) *100	→0%	Anno	C	E
<i>Risk management</i>	RSA	Tasso di infortuni derivanti dall'utilizzo di materiali biologici	(Numero incidenti di contaminazione per gli operatori della struttura nell'ambito della gestione e manipolazione di materiali biologici / Monte orario annuale degli operatori con funzioni assistenziali) *100	→0%	Anno	C	E
Benessere organizzat.	RSA ADI	Tasso di assenteismo da malattia	(Sommatoria di ore di assenza per malattia in un mese/ Numero di ore teoriche lavorabili nel mese) *100	≤7%	Mese	C	M
Benessere organizza- tivo	RSA+ ADI	Indice di turn-over operatori per categoria professionale nell'anno	(Numero dipendenti assunti e cessati per categoria professionale/ Numero medio dipendenti per categoria personale) *100	≤8%	Mese	C	C
Benessere organizza- tivo	RSA+ ADI	Percentuale ore di lavoro straordinario effettuate	(Numero ore straordinario per categoria professionale /Numero totale ore per categoria professionale) *100	≤6%	Mese	C	C

Benessere organizzativo	RSA	Percentuale di partecipazioni e all'indagine di clima interno	(Numero osservazioni rilevate/ Numero osservazioni attese) *100	Confronto delle risposte tra strutture nel corso degli ultimi tre anni	Anno	C	C
Sviluppo delle competenze	RSA ADI	Percentuale del personale dipendente che ha partecipato ai corsi di formazione obbligatoria nell'anno indice, per categoria professionale	(Numero di operatori per categoria professionale che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione obbligatoria nell'anno indice/ Numero totale di operatori della categoria professionale) *100	→100%	Anno	M	M
Sviluppo delle competenze	RSA ADI	Percentuale del personale dipendente che ha partecipato ad almeno un corso di formazione facoltativo nell'anno indice, riguardante <i>soft skills</i> o temi di interesse delle unità operative, per categoria professionale	(Numero di operatori per categoria professionale che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione non obbligatoria nell'anno indice/ Numero totale di operatori della categoria professionale) *100	> anno precedente	Anno	A	NA
Sviluppo delle competenze	RSA ADI	Percentuale di operatori che hanno ricevuto formazione sul tema del fine vita	(Numero di operatori con almeno un corso di formazione effettuato durante la propria carriera lavorativa sul tema del fine vita/ Numero di operatori in servizio in struttura con almeno 6 mesi continuativi di servizio nel periodo di riferimento) *100	>anno precedente	Anno	C	E

Sviluppo delle competenze	RSA ADI	Percentuale di operatori che hanno ricevuto formazione sul tema della violenza contro gli operatori (S)	(Numero operatori con almeno un corso di formazione effettuato durante la propria carriera lavorativa sul tema degli atti di violenza a danno degli assistiti e degli operatori/ Numero di operatori in servizio in struttura con almeno 6 mesi continuativi di servizio nel periodo di riferimento) *100	>anno precedente	Anno	E	M
---------------------------	------------	---	---	------------------	------	---	---

6. Conclusioni

Dati i trend demografici riportati nei precedenti paragrafi, è evidente come nei prossimi anni la domanda di servizi *LTC* sia destinata ad aumentare vertiginosamente: sarà necessario indirizzare l'intero sistema dell'offerta verso soluzioni organizzative e manageriali innovative, prestazioni sempre più efficaci ma finanziariamente efficienti e sostenibili nel medio-lungo termine. Il miglioramento complessivo del management delle aziende *LTC* passa anche attraverso la costruzione di sistemi di performance management che permettano di garantire una gestione manageriale di alto livello e superino quella giorno per giorno e poco manageriale che è ancora presente soprattutto nelle aziende *LTC* di piccole dimensioni.

La rilevanza dei sistemi di performance management per le aziende del settore *LTC* è, quindi, indiscutibile per procedere al conseguimento della propria *mission*: l'applicazione di strumenti di performance management nelle aziende *LTC* è dunque essere necessaria al fine di governare strategie e risultati di queste organizzazioni, che si troveranno a dover prendere in carico pazienti sempre più anziani, con condizioni di salute sempre più articolate e complesse.

I sistemi di monitoraggio e valutazione della performance del settore *LTC* dovrebbero essere in grado di gestire e misurare sia il raggiungimento dei risultati finali (*lagging indicator*, in termini sia di *outcome* di salute sia di economicità aziendale), sia i processi e gli input sottesi al loro conseguimento (attraverso i *leading indicator*), rappresentando quindi una condizione necessaria affinché si parli di *evidence-based management*. In tal modo, il management aziendale avrà a disposizione le informazioni necessarie sia per orientare i comportamenti interni (valenza interna), sia per dare a tutti gli stakeholder esterni interessati le opportune evidenze riguardo ai bisogni soddisfatti, alle risorse utilizzate e ai risultati ottenuti (valenza esterna).

La costruzione di questo cruscotto ha avuto come obiettivo principale quello di proporre un sistema di valutazione organico e multidimensionale che rappresentasse diverse aree utili per l'apprezzamento delle performance delle aziende *LTC*. Per quanto riguarda la risposta alla prima domanda di ricerca, questo studio ha portato ad inserire alcune prospettive non considerate nelle attuali esperienze di valutazione del settore *LCT*, quali la soddisfazione degli operatori, e considerare misure di valutazione di efficienza delle risorse e di attività, continuità delle cure tra ospedale e territorio, qualità e appropriatezza

dell'assistenza, organizzazione dei servizi e del percorso assistenziale, valutazione dei bisogni e di efficacia in termini di esiti clinici, soddisfazione delle esigenze e valutazione dei servizi da parte degli anziani assistiti e dei loro nuclei familiari.

Rispetto alla seconda domanda di ricerca, attraverso la validazione del cruscotto con la NGT insieme ad esperti delle aziende LTC, si è evidenziata la necessità di *customizzare* il sistema secondo le esigenze informative, la filosofia manageriale e la gestione operativa degli strumenti di monitoraggio e controllo presenti nelle singole realtà.

Il cruscotto, in questo percorso di *customizzazione*, si è dimostrato adattabile alle esigenze aziendali anche per evitare un eccessivo ricorso ad indicatori non coerenti con la realtà specifica, con il rischio di defocalizzare l'attenzione del management aziendale.

Lo scopo della ricerca era anche quello di garantire una validazione del cruscotto utilizzando la NGT che, accompagnata dall'analisi di casi, si è dimostrata un'interessante metodologia per la validazione di questi sistemi di monitoraggio e controllo nel caso del coinvolgimento di gruppi di esperti in azienda.

La ricerca ha dimostrato che questo sistema di valutazione è stato apprezzato e ritenuto utile da parte degli esperti coinvolti per diverse caratteristiche:

- è uno strumento flessibile e dinamico, in quanto modificabile e integrabile con ulteriori indicatori a seconda delle necessità informative manifestate dalle diverse aziende LTC;
- pur nella flessibilità di scelta, è uno strumento che permette un *benchmarking* tra aziende dello stesso gruppo e potenzialmente permette anche di svolgere un primo confronto fra le aziende/enti impegnati nel settore del LTC;
- è risultato comprensibile e chiaro per dare una rappresentazione immediata e fruibile dei risultati aziendali sia relativi alle diverse aree e dimensioni presidiate, sia nel suo insieme;
- come emerso dai commenti durante la NGT, può essere utile come strumento di rendicontazione, aiutando a dare evidenza delle performance aziendali in modo trasparente anche all'esterno dell'organizzazione, in una prospettiva di responsabilità sociale.

Se dal punto di vista manageriale lo strumento è stato particolarmente apprezzato dalle aziende, esso risente ancora di una ridotta generalizzabilità poiché validato solo con il coinvolgimento di due aziende seppur tra le più rilevanti del settore LTC.

Di conseguenza dal punto di vista degli sviluppi futuri della ricerca scientifica in questo campo, ci sono almeno due punti che possono essere rilevanti:

- a) un'estensione della valutazione e validazione dello strumento, per verificare se anche in aziende di diverse dimensioni/caratteristiche possa essere ritenuto altrettanto utile e chiaro oppure vi siano delle differenze dovute alle specifiche situazioni aziendali, individuando dei *cluster*.
- b) l'analisi delle cause alla base delle decisioni di eliminazione o di mantenimento degli indicatori. Se ciò dipende dalla mission, vision, cultura organizzativa o modello gestionale dell'azienda oppure dalle scelte delle singole persone che sono chiamate come esperti (controller, direzione strategica, ecc.) e dal loro specifico *background*.

La diffusione di uno strumento di performance management nelle aziende del LTC è quindi rilevante sia dal punto di vista della gestione manageriale sia interessante dal punto di vista scientifico.

Dal punto di vista pratico, la possibilità di attingere ad un cruscotto di performance già definito può supportare il controllo direzionale di aziende anche meno avanzate dal punto di vista di questa funzione.

Le aziende del *LTC*, infatti, possono fare riferimento al cruscotto di indicatori selezionato dagli esperti delle due aziende (disponibile su richiesta) e definire un proprio cruscotto customizzato.

Dal punto di vista scientifico, se lo strumento dovesse diffondersi a livello di numerose aziende del settore *LTC*, gli studiosi potrebbero portare avanti ulteriori ricerche scientifiche con domande di ricerca pertinenti quali, ad esempio, la correlazione tra specifici fenomeni e indicatori di performance, grazie ad un *benchmarking* esteso su numerose aziende.

Infine, la metodologia NGT ha ottenuto risultati interessanti e si ritiene possa essere utilizzata più diffusamente anche in futuro nell'ambito decisionale relativo alle scelte di costruzione di strumenti di performance management.

ANNA PRENESTINI

Associato di Economia Aziendale

Università degli Studi di Milano

Dipartimento di Economia Management e Metodi Quantitativi

FRANCESCA FERRÈ

Ricercatore di Economia Aziendale

Università degli Studi di Milano

Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute

LUANA ARENA

KORIAN Italia

ANNA COLOMBO

Auxologico IRCCS

Tutte le schede relative al dettaglio degli indicatori del cruscotto non sono riportate nella presente pubblicazione per ragioni di spazio, ma sono disponibili su richiesta alla *corresponding author* del presente contributo: prof.ssa Anna Prenestini, anna.prenestini@unimi.it

Ringraziamenti

Le autrici desiderano ringraziare i professionisti che hanno partecipato a questa ricerca. Per il gruppo Korian: Giovanni Cattoni, *Quality Team*; Rossana Vozzi, *Planning & Controlling Manager*; Giacinto Cavaliere, *Long Term Care Specialist*; Marcella Campi, *già Country performance controller*; Riccardo Testi, *FP&A and Reporting Consolidation Manager*; Laura Testa, *Health Controller*. Per l'IRCCS Auxologico: Alessio Mulas, *Direttore Generale*; Alessandro Maggi, *Responsabile della Direzione Pianificazione & Controllo*; Roberto Valente, *Business Controller*; Sabina Addario, *HR Manager*.

Bibliografia

- AA.VV. (2013). *La valutazione delle performance per il governo strategico delle Aziende Sanitarie Pubbliche*. EGEA.
- AGENAS. (2023). *PROGRAMMA NAZIONALE ESITI. Edizione 2023*.
- ARIA. (2019). *Linee Guida Cartella Sociale Informatizzata. Manuale degli indicatori*.
- BARSANTI, S., COLOMBINI, G., PARDINI, E., E ROSA, A. (2019). La valutazione della performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali: il caso della Regione Toscana. *I luoghi della cura*, 2. www.luoghicura.it
- BERGAMIN BARBATO, M. (1991). *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*. UTET.
- BERNABEL, R., CARBONIN, P., DI BARI, M., DI CIOCCO, L., FINI, M., LATTANZIO, F., MARCHIONNI, N., MASOTTI, G., OLEARI, F., PALUMBO, F., PAOLISSO, G., RENGO, F., SIMONETTI, G., TRABUCCHI, M., E ZUCCARO, S. M. (2010). *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*.
- BERWICK, D. M. (2016). Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA*, 315(13), 1329. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509>
- BUCCIANI, C., E SEMBOLONI, M. (2020). L'invecchiamento della popolazione italiana e i suoi effetti in ambito economico. *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, LXXIV (2), 97–108. https://iris.uniroma1.it/retrieve/e3835329-3947-15e8-e053-a505fe0a3de9/Zannella_Gender_2020.pdf
- BURGIO, A., BATTISTI, A., SOLIPACA, A., COLOSIMO, S. C., SICURO, L., DAMIANI, G., BALDASSARRE, G., MILAN, G., TAMBURRANO, T., CRIALESI, R., E RICCIARDI, W. (2010). *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2018/07/04_2010.pdf
- CARBONE, C., LECCI, F., LEGA, F., PRENESTINI, A., ROTOLO, A., TARRICONE, R., E VALOTTI, G. (2013). Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione. In CERGAS - Bocconi (A c. Di), *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. Rapporto OASI 2013* (pagg. 515–550). EGEA.
- CONVERSO, D., E FALCETTA, R. (2007). *Burn-out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni sociosanitarie*. Centro Scientifico Editore.
- DELBECQ, A. L., E VAN DE VEN, A. H. (1971). A Group Process Model for Problem Identification and Program Planning. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 7(4), 466–492. <https://doi.org/10.1177/002188637100700404>
- FERRANDO, P. M. (2018). *Creazione di valore e reporting integrato nell'evoluzione dei sistemi di controllo* (1ª ed.). Giappichelli.
- FONDAZIONE CENCI GALLINGANI, E NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA). (2021). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*. Maggioli Editore. www.maggiolieditore.it
- FOSTI, G. (2013). *Rilanciare il Welfare Locale*. EGEA. www.egeaonline.it
- FOSTI, G., LARENZA, O., LONGO, F., E ROTOLO, A. (2012). Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy? In E. Cantù (A c. Di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*. (pagg. 167–183). EGEA.
- FOSTI, G., E NOTARNICOLA, E. (2014). *Il Welfare e la Long Term Care in Europa* (1ª ed.). EGEA.
- FOSTI, G., E NOTARNICOLA, E. (2018). *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care* (1ª ed.). EGEA.
- FOSTI, G., NOTARNICOLA, E., E PEROBELLI, E. (2021). *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia* (1ª ed.). EGEA.
- FOSTI, G., NOTARNICOLA, E., E PEROBELLI, E. (2022). *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti* (1ª ed.). EGEA.
- FRYER, K., ANTONY, J., E OGDEN, S. (2009). Performance management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 22(6), 478–498. <https://doi.org/10.1108/09513550910982850>
- GOOLD, M., CAMPBELL, A., E ALEXANDER, M. (1994). *Corporate-Level Strategy: Creating Value in the Multibusiness Company* (1ª ed.). John Wiley e Sons, Inc.
- GORI, C. (2003). Il finanziamento dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti: strategie a confronto. *I luoghi della cura*, 1(1), 7–12.
- GRAY, M. (2017). Value based healthcare. *BMJ*, j437. <https://doi.org/10.1136/bmj.j437>
- GUARINO, F. (2017). Attualità LTC e non autosufficienza in Italia: tra definizioni teoriche e prospettive di spendibilità. *SALUTE E SOCIETÀ*, 207–267. <https://francoangeli.it/rivista/getArticoloFree/32111/It>
- HOFFMANN, F., E LEICHSENRING, K. (2011). Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people. In *POLICY BRIEF* (Nr 1). <http://www.euro.centre.org/progress>
- HOFFMANN, F., MAAS, F., RODRIGUES, R., BRUCKMÜLLER, A., GROSS, S., KATTNIGG, A., LEICHSENRING, K., SCHLÜTER, W., STAFLINGER, H., SCHNABEL, E., BRUCKER, U., BURKERT, A., BRAUN, H., GROBE, D., MEYER, J. E., MINKMAN, M., PEL, R., E MAK, S. (2010). *Measuring Progress: Indicators for care homes*.
- HUTCHINSON, A. M., MILKE, D. L., MAISEY, S., JOHNSON, C., SQUIRES, J. E., TEARE, G., E ESTABROOKS, C. A. (2010). The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 10(1), 166. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-166>

- INAMDAR, N., KAPLAN, R. S., E BOWER, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 47(3), 179–195; discussion 195–6.
- ISTAT. (2020). *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*.
- ISTAT. (2022). *Rapporto Annuale 2022. La situazione del Paese*.
- JESSOULA, M., PAVOLINI, E., RAITANO, M., NATILI, M. (2018). *E.SPN Thematic Report on challenges in long-term care: Italy*.
- Kaplan, R. S., e Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press.
- LAING, W. (1993). *Financing Long Term Care: The Crucial Debate*. Age Concern England.
- LATORRE, V., PRENESTINI, A., SEMISA, D. (2016). Il Performance Management nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM): proposta di un cruscotto multidimensionale e prospettive di implementazione, *Mecosan*, 97(1), 71–89. <https://doi.org/10.3280/MESA2016-097005>
- LEGA, F. (2020). *Economia e Management Sanitario* (II). EGEA.
- LONGO, F., LEGA, F., E DEL VECCHIO, M. (2010). *La sanità futura*. EGEA.
- LONGO, F., PRENESTINI, A., E TASSELLI, S. (2010). La struttura degli scenari e la NGT (Nominal Group Technique). In F. LONGO, F. LEGA, E M. DEL VECCHIO (A c. Di), *La sanità futura* (1ª ed., pagg. 39–48). EGEA.
- MCMILLAN, S. S., KELLY, F., SAV, A., KENDALL, E., KING, M. A., WHITTY, J. A., E WHEELER, A. J. (2014). Using the Nominal Group Technique: how to analyse across multiple groups. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 14(3), 92–108. <https://doi.org/10.1007/s10742-014-0121-1>
- MILLER, E. A., BOOTH, M., E MOR, V. (2008). Assessing Experts' Views of the Future of Long-Term Care. *Research on Aging*, 30(4), 450–473. <https://doi.org/10.1177/0164027508316607>
- NOTARNICOLA, E. (2019). Le politiche regionali per la Long-Term Care: come si sono mosse le Regioni? *I luoghi della cura*, 4. www.luoghicura.it
- NUTI, S., NOTO, G., VOLA, F., E VAINIERI, M. (2018). Let's play the patients music. *Management Decision*, 56(10), 2252–2272. <https://doi.org/10.1108/MD-09-2017-0907>
- NUTI, S., E ROSA, A. (2012). *Il sistema di valutazione delle residenze per anziani in Toscana 2012*.
- NUTI, S., SEGHERI, C., E VAINIERI, M. (2013). Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience. *Journal of Management and Governance*, 17(1), 59–69. <https://doi.org/10.1007/s10997-012-9218-5>
- PAOLINI, A., CHIUCCHI, M. S., E GATTI, M. (2020). I sistemi di pianificazione e controllo della gestione. In N. CASTELLANO, F. BARTOLACCI, E S. MARASCA (A c. Di), *Controllo di gestione. Pianificazione, programmazione e reporting*. G. Giappichelli Editore.
- PAPANICOLAS, I., RAJAN, D., KARANIKOLOS, M., SOUCAT, A., E FIGUERAS, J. (2022). *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- PORTER, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- PRENESTINI, A. (2008). Strategic control in public health care organizations. *Mecosan*, 17(68).
- ROBINSON, V. A., HUNTER, D., E SHORTT, S. E. D. (2003). Accountability in Public Health Units. *Canadian Journal of Public Health*, 94(5), 391–396. <https://doi.org/10.1007/BF03403569>
- ROTOLO, A. (2014). Italia. In G. Fosti e E. Notarnicola (A c. Di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa* (1ª ed., pagg. 93–116). EGEA.
- SEBASTIANO, A. (2015). Dove siamo? Il benchmarking nelle RSA: l'esperienza dell'Osservatorio Settoriale sulle RSA. In O. Zanutto e P. Galfione (A c. Di), *Business Intelligence nelle RSA. La valutazione delle informazioni nel processo decisionale* (pagg. 159–169). Maggioli Editore.
- SIMONS, R. (2014). *Performance Measurement and Control Systems for Implementing Strategy* (First). Pearson.
- VAHEDIAN-SHAHROODI, M., MANSOURZADEH, A., MOGHANI, S. S., E SAEIDI, S. (2023). Using the Nominal Group Technique in Group Decision-Making: A Review. *Med Edu Bull*, 4 (14), 837–882. <https://doi.org/10.22034/MEB.2024.434656.1090>
- VAINIERI, M., FABRIZI, A. C., E DEMICHELI, V. (2013). Valutazione e misurazione dei servizi di prevenzione. Limiti e potenzialità derivanti da uno studio interregionale. *Politiche Sanitarie*, 14(4), 161–176.
- VAN DE VEN, A. H., E DELBECQ, A. L. (1974). The Effectiveness of Nominal, Delphi, and Interacting Group Decision Making Processes. *Academy of Management Journal*, 17(4), 605–621. <https://doi.org/10.2307/255641>
- VETRANO, D. L. (2021). *LONG-TERM CARE IN ITALIA: verso una rinascita?*
- VETRANO, D. L. (2022). *La mappa della fragilità in Italia. Gradiente geografico e determinanti sociodemografici*. *INDAGINE 2022*. https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2022/04/indagine-2022_italialongeva.pdf
- WANG, X., E BERMAN, E. (2001). Hypotheses about Performance Measurement in Counties: Findings from a Survey. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 403–428. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a003508>