




SABINA NUTI

## IL RUOLO DELLA VALUTAZIONE PER I SERVIZI PUBBLICI

View metadata, citation and similar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

brought to you by  CORE

provided by Archivio della ricerca

### *Premessa*

Nei paesi OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) l'entità delle risorse dedicate ai servizi sanitari incide notevolmente nella spesa pubblica raggiungendo il 6,45% sul prodotto interno lordo<sup>1</sup>. In presenza di bisogni in continua crescita, a causa sia dell'invecchiamento della popolazione che del miglioramento della qualità di vita, i servizi sanitari svolgono un ruolo fondamentale nella risposta ai bisogni dei cittadini.

Se alla sanità vengono dedicate risorse sempre più ingenti, contemporaneamente diventa sempre più necessario dotarsi di sistemi capaci di misurare i risultati conseguiti, ossia quanto i servizi erogati siano stati adeguati alla domanda, efficaci in termini qualitativi e efficienti nell'uso delle risorse rese disponibili dai cittadini stessi. Questa esigenza non è presente solo nel nostro paese: al tema sono stati dedicati studi e implementazioni pratiche in molti paesi, soprattutto dove il servizio sanitario è a copertura universale. Il tema della performance delle amministrazioni pubbliche e dei sistemi da adottare per la loro misurazione e valutazione è argomento al centro del dibattito politico e istituzionale a livello mondiale. Politici, cittadini, ricercatori, e le stesse amministrazioni pubbliche, si pongono il quesito di come possa essere efficacemente misurata la capacità del soggetto pubblico di creare valore per il cittadino con le risorse rese disponibili dalla comunità, ossia di come misurare i risultati perseguiti mediante l'azione pubblica. Malgrado vi siano ancora limitate evidenze sui fattori determinanti la

<sup>1</sup> Dato anno 2004. Fonte: Eco-salute OCSE 2007, Luglio 2007.





performance delle pubbliche organizzazioni [Boyne 2003], negli ultimi anni il tema è stato sempre più frequentemente affrontato dalle amministrazioni pubbliche e dagli studiosi, alla ricerca di meccanismi di governo capaci di misurare le molteplici dimensioni che caratterizzano l'azione pubblica [Weimer, Gormley 1999; Andrews *et al.* 2006].

La complessità del tema nasce in primo luogo dalla tipologia dell'oggetto da valutare, cioè i risultati conseguiti dall'azione pubblica che, per loro natura, sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e correlati tra loro.

Nell'ambito dell'azione pubblica in generale, il tema riveste grande rilevanza, soprattutto per quanto riguarda i servizi di pubblica utilità quali l'istruzione [Nutti, 2000] e la sanità. Il motivo è da ricercarsi, in primo luogo, nella criticità di questi servizi, in cui l'utente è in condizioni di asimmetria informativa rispetto al soggetto erogatore e dove l'azione dello Stato come garante di equità è più necessaria. Inoltre, il rilevante assorbimento di risorse finanziarie da parte di queste tipologie di servizi e il conseguente aumento dei costi sostenuti dalla collettività per l'erogazione degli stessi, in parte dovuto all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari e formativi percepiti dai cittadini, hanno imposto in tutti i paesi OCSE con copertura sanitaria universale, l'introduzione di strumenti e sistemi di governo sempre più complessi, orientati sempre più alla misurazione dei risultati conseguiti.

Dalle esperienze internazionali e dagli studi svolti soprattutto nel campo del public management e della valutazione sanitaria, emergono alcune indicazioni che sono servite da guida al lavoro di progettazione e di implementazione svolto dal gruppo di ricerca del Laboratorio *Management e Sanità* della Scuola Superiore Sant'Anna per la Regione Toscana. Il testo si propone di analizzare le esperienze estere di maggiore rilievo, tra cui la Spagna (con la Regione Valencia), il Canada (con l'Ontario), l'Olanda, il Giappone e le tre nazioni della Gran Bretagna. A queste esperienze internazionali è dedicata la seconda parte, propedeutica all'illustrazione del sistema adottato per la valutazione della performance





della sanità toscana, a cui sono riservate la terza parte (per quanto riguarda la sua descrizione complessiva) e la quarta (per l'analisi specifica delle sue componenti).

1. *I sistemi di valutazione della performance nel contesto dei servizi di pubblica utilità*

Nel 2007 la spesa pubblica destinata alla sanità nella sola regione Toscana è stata pari a 6.100 milioni di euro, corrispondente a circa il 70% del budget di spesa complessivo della Regione. Il sistema sanitario regionale pubblico conta su più di 50.000 dipendenti, ed i suoi servizi incidono enormemente sulla vita dei cittadini, sia in termini sociali, in quanto rappresentano una determinante considerevole della qualità di vita della persona, sia in termini economici (come spesa che la collettività sostiene), che come volano di sviluppo economico. Il sistema sanitario regionale contribuisce infatti in modo considerevole alla generazione dei redditi dell'economia. Sulla base di uno studio realizzato dall'Irpet<sup>2</sup>, se in Toscana non esistessero i servizi sanitari, il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5% e del 5,7%.

La rilevanza del sistema sanitario per una regione è quindi tale da rendere estremamente critica – e fondamentale – la sua gestione, intesa sia in termini di capacità di fornire ai cittadini servizi adeguati in qualità e volume, sia in termini di sostenibilità economica e di impatto per lo sviluppo del territorio.

Si tratta di servizi che rientrano tra quelli definiti di «pubblica utilità» e che, come prevede la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1997, sono quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati: la salute, l'assistenza e previdenza

<sup>2</sup> Cfr. la Relazione Sanitaria Regione Toscana 2003-2005, parte seconda, cap.7, *Il sistema sanitario regionale: un attore importante del sistema economico toscano*, a cura dell'Irpet, pp. 139-149.





sociale, l'istruzione e la libertà di comunicazione, la libertà e la sicurezza della persona, la libertà di circolazione, ai sensi dell'art. 1, legge 12 giugno 1990 n. 146, e i servizi di erogazione di energia elettrica, acqua e gas.

L'erogazione di tali servizi, secondo la direttiva in esame, deve essere uniformata ai seguenti principi fondamentali:

- *eguaglianza*, nel senso che l'erogazione del servizio deve essere ispirata al principio di uguaglianza dei diritti degli utenti, intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione, e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni generali e specifiche, di erogazione del servizio;
- *imparzialità* nei confronti degli utenti;
- *continuità*, in quanto l'erogazione dei servizi pubblici deve essere continua, regolare e senza interruzioni;
- *diritto di scelta*, nel senso che deve essere consentito all'utente di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio, specie per i servizi distribuiti sul territorio;
- *partecipazione* garantita a tutti i cittadini, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione, sia per favorire la collaborazione con i soggetti erogatori;
- *efficienza ed efficacia* che devono essere perseguite nello svolgimento delle attività.

Garantire l'applicazione di tali principi, ossia la copertura universale e l'equità, insieme alla sostenibilità economica del sistema, rappresenta, sempre di più, una tra le sfide più difficili per le amministrazioni pubbliche. A livello regionale questo è vero soprattutto per i servizi sanitari, che rappresentano il vero banco di prova per le parti politiche. Il buon funzionamento e una qualità adeguata dei servizi sanitari rappresentano infatti per il cittadino parametri rilevanti per valutare i risultati conseguiti dall'amministrazione regionale. Si tratta di servizi «vicini» alla gente, che incidono pesantemente sulla vita delle persone, che coinvolgono direttamente e indirettamente tutta la popolazione.

Conseguentemente, per le amministrazioni regionali, il poter contare su un sistema di misurazione dei risultati





ottenuti dal sistema sanitario diventa, in questo contesto, un vero e proprio – fondamentale – strumento di *governance*, che può determinare in buona misura il successo politico di un'amministrazione regionale.

La normativa italiana, a partire dalla fine degli anni Ottanta, contiene continui e sempre più puntuali riferimenti alla necessità di introdurre e applicare nell'amministrazione pubblica italiana, in modo diffuso e a tutti i livelli, «principi e criteri aziendali idonei a coniugare la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa con l'efficacia delle politiche di intervento pubblico, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione» [Borgonovi 1996].

Le istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità non hanno finalità di lucro; tuttavia, benché per misurare il valore prodotto dalla gestione, non dispongano di una grandezza comune quale il profitto realizzato, devono comunque ricercare strumenti per verificare i risultati conseguiti [Farneti 1995].

Il cuore del problema sembra essere il medesimo evidenziato a suo tempo da Simon [Simon 1950]: perseguire fini di pubblica utilità non significa rinunciare a obiettivi di corretto impiego delle risorse o di qualità del servizio, perché ciò conduce inevitabilmente a mettere in forse il soddisfacimento delle attese del pubblico.

Molti sono infatti convinti che soltanto la presenza di un efficace sistema di controllo possa garantire il raggiungimento della missione fondamentale della pubblica amministrazione, che consiste nel porsi al servizio dei cittadini e della società [Crozier 1987; Mayne, Zapico, Goni 1997].

Anthony individua quale «principale caratteristica che distingue il controllo direzionale in un'organizzazione non profit rispetto all'azienda di produzione l'assenza del profitto come obiettivo, come criterio per valutare politiche alternative, come misura del risultato. Non esiste nelle organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità, un altro elemento ad esso confrontabile, ed il problema connesso al controllo direzionale si presenta pertanto più difficile. Poiché nelle organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità il profitto non è un obiettivo, e i risultati





non si misurano sinteticamente con il profitto realizzato, è necessario soffermarsi a comprendere meglio quali sono gli obiettivi stessi che l'amministrazione persegue. Poiché le scelte politiche non possono essere giudicate sulla base della loro idoneità a perseguire l'obiettivo del profitto, la direzione elabora altri criteri per decidere circa i programmi di azione e altre misure per valutare il successo dell'azienda» [Anthony 1984].

In particolare, secondo alcuni autori [Gilbert e Andrault 1984], il governo di organizzazioni erogatrici di servizi di pubblica utilità appare caratterizzato dall'esistenza di differenti processi decisionali, riconducibili a due tipologie, secondo che prevalga il contenuto politico o quello manageriale. In coerenza con tale distinzione dovrebbero essere disegnati e implementati meccanismi di controllo differenti: mediante il controllo di gestione si dovrebbero misurare i risultati relativi alle prestazioni realizzate in termini di volumi e risorse impiegate; mediante i meccanismi di valutazione politica dovrebbe invece essere possibile osservare l'impatto delle decisioni politiche sull'ambiente sociale, al fine di individuare effetti non desiderati o ricercati dell'azione politica.

Malgrado questa distinzione sia spesso difficile da effettuare nella pratica, è fondamentale considerare la missione differente e al tempo stesso integrabile della «politica» e della «gestione». Alla prima il compito della rappresentanza dei cittadini e la responsabilità della individuazione degli obiettivi di bene sociale da perseguire; alla seconda il mandato di tradurre questi ultimi in pratica e responsabilità dell'uso efficiente ed efficace delle risorse messe a disposizione dalla collettività. In sintesi, non vi è buona politica senza una gestione capace di realizzare i piani definiti, ma al contempo una buona gestione dipende dalla capacità di governo della politica. Per valutare complessivamente la performance conseguita è necessario – più nel contesto dei servizi pubblici che in quello delle imprese che operano sul mercato –, disporre di molteplici meccanismi di misurazione dei risultati per una valutazione integrata della performance conseguita (per quanto consentito dalla complessità gestionale).





In questa logica di ampliamento del campo di azione, il sistema di controllo può essere definito un sistema di «valutazione dei risultati di attività e programmi pubblici», intendendo con il termine *valutazione* il processo atto a riconoscere e determinare il valore (*worth and value*), il merito, la validità di programmi e attività delle amministrazioni pubbliche [Vedung 1997]. Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità, benché possano non avere finalità di profitto, debbono infatti operare per creare *valore* e la loro strategia e gestione deve essere valutata proprio in quest'ottica [Coda 1990].

## 2. Performance aziendale o di sistema?

La letteratura manageriale affronta la problematica della valutazione della performance considerando quale oggetto di riferimento il sistema azienda e non un sistema quale quello sanitario pubblico, in cui sono presenti molteplici soggetti con ruoli differenziati.

Negli ultimi vent'anni sono stati introdotti in bibliografia molti sistemi di valutazione della performance multidimensionale [Lynch e Cross 1991; Fitzgerald *et al.* 1991; Kaplan e Norton 1992; Lewis 1999]. Tra questi il modello che ha sicuramente avuto maggiore diffusione è il *Balanced Scorecard*, disegnato in prima battuta per le realtà imprenditoriali orientate al profitto. La qualità e l'originalità di questo modello sono sostanzialmente legate alla multidimensionalità (ossia alla sua attitudine a rappresentare la performance rispetto a molteplici punti di vista) e alla sua capacità di integrare la strategia con l'azione. Kaplan e Norton, nel 2000 e nel 2001, propongono infatti questo sistema quale strumento efficace per:

- tradurre la strategia in termini operativi, ossia descriverla attraverso obiettivi chiari, integrati a sistema, in cui siano evidenti le priorità e le relazioni causa ed effetto. Un'adeguata descrizione degli obiettivi è già uno strumento fondamentale di comunicazione interna ed esterna all'azienda;





- allineare l'organizzazione alle strategie, allo scopo di creare sinergie, ossia orientare l'assetto organizzativo delle aziende in modo da giocare di squadra, evitando che gli obiettivi specifici diventino prioritari rispetto a quelli complessivi dell'organizzazione;
- rendere la strategia un lavoro quotidiano di ciascuno, ossia far sì che tutti siano partecipi e contribuiscano al risultato aziendale, consapevoli del piccolo grande ruolo che ciascuno ha nel conseguimento di una strategia di successo;
- fare della strategia un processo continuo, evitando che gli obiettivi di breve periodo siano incoerenti o addirittura di ostacolo agli obiettivi di lungo periodo. In quest'ottica appare fondamentale l'integrazione della Balanced Scorecard (BSC) con il sistema di budget, troppo spesso orientato al solo miglioramento di breve periodo, e scarsamente integrato con le strategie di lungo periodo;
- mobilitare il cambiamento mediante la leadership, intesa come strumento che il top management può adottare nelle fasi di profonda trasformazione, quando è essenziale muovere tutta l'organizzazione con coerenza e chiarezza di intenti.

Successivamente i due autori hanno affermato che il BSC può essere efficacemente applicato anche alle realtà pubbliche che erogano servizi di pubblica utilità. Fondamentale è che esistano relazioni di causa ed effetto tra le misure di processo ed i risultati di outcome. Per il settore pubblico, in genere, la proposta è di modificare ed adattare le dimensioni di valutazione della performance e di sostituire, ad esempio, la prospettiva finanziaria con i risultati per il cittadino o per l'utilizzatore finale, che risulta essere, indirettamente, l'azionista finale del sistema pubblico.

Il focus dei risultati di outcome del Balanced Scorecard dovrebbe essere collegato alla missione dell'istituzione non profit pubblica in oggetto, ossia, nel caso della sanità, al miglioramento dei livelli di salute della popolazione [Chang, Lin, Northcott 2002]. Se nel caso delle aziende private,







infatti, l'obiettivo perseguito dai manager e monitorato con la BSC è quello di massimizzare il valore per l'azionista, nel caso di un sistema sanitario regionale l'obiettivo fondamentale che accomuna più *stakeholders* del sistema – quali i cittadini ed i politici – è il miglioramento della salute della popolazione. Per perseguire questo obiettivo, nel sistema di valutazione della performance si possono considerare ulteriori dimensioni relative ai processi e agli output realizzati, che agiscono quali fattori determinanti e che coinvolgono altri soggetti quali i manager e i professionisti – medici ed operatori sanitari in genere.

Per essere un efficace strumento di governo strategico, il BSC dovrebbe considerare le misure finanziarie, e dovrebbe farlo non in una logica di relazione causale, così da evidenziare che dalla gestione dei processi si ottengono output capaci di migliorare gli outcome finali [Kaplan e Norton 1996c, 2000, 2001; Purslove e Simpson 2000]. Gli indicatori selezionati in ciascuna dimensione che compone il Balanced Scorecard dovrebbero essere capaci di «catturare» i fenomeni di fondamentale rilevanza rispetto agli obiettivi strategici perseguiti [Baraldi 2005].

Se quindi i sistemi di valutazione multidimensionali possono essere efficacemente applicati anche in realtà pubbliche, ed in particolare nel contesto sanitario [Niven 2003; Vignati 2004], il punto successivo da analizzare è se possono essere applicati anche a livello di sistema, ossia in dimensione regionale o nazionale. Uno strumento come il BSC acquista utilità nella misura in cui è collegato alla strategia aziendale, ne guida l'azione e, mediante la verifica dei risultati con un approccio fortemente orientato allo studio delle determinanti dei risultati, aiuta a riorientare gli sforzi, nel caso in cui questi non siano in linea con la strategia. È possibile applicare le stesse logiche per un sistema pubblico, composto da molteplici soggetti, con missioni a volte integrate tra di loro, a volte anche in competizione? È possibile per un sistema pubblico nel suo complesso non solo avere obiettivi politici, ma tradurli in strategie di azione coerenti tali da permettere l'applicazione di strumenti di misurazione gestionali quali il BSC? Alcuni autori evidenziano che l'assunzione della presenza di una relazione causale tra obiettivi, azioni e





risultati sia troppo semplicistico rispetto alla realtà [Otley 1999] e questo sembra particolarmente condivisibile per il settore pubblico. In questo caso infatti, molto dipende dalle scelte di assetto organizzativo. Nel contesto sanitario, quanto più il soggetto politico interviene per definire non solo gli obiettivi, ma pianificando anche le modalità e le strategie per perseguirli, tanto più strumenti – quali il BSC – sono adottabili.

Risultano in realtà sempre più presenti nel contesto internazionale paesi che hanno adottato sistemi multidimensionali di valutazione per la rappresentazione dei risultati conseguiti in sanità dal sistema pubblico – si veda in merito l'esperienza danese [AA.VV. 2004]. In Gran Bretagna per esempio, come strumento strategico per il governo della performance del sistema sanitario pubblico, fu a suo tempo introdotto il PAF (*Performance Assessment Framework*) che, come il BSC, ha come assunzione di fondo il collegamento causale tra input, processi, output e outcome. Il governo inglese spiegò così, al momento del lancio del sistema nel 1998, le scelte delle dimensioni presenti e monitorate nel PAF: «Dall'analisi dello stato di salute delle diverse comunità della nostra popolazione (stato di salute iniziale), abbiamo bisogno di assicurarci che ogni persona che necessita di assistenza e cura (equità di accesso) riceva una risposta appropriata ed efficace (erogazione efficace), offrendo un servizio di alto valore aggiunto (efficienza), con la massima sensibilità e cura possibile (esperienza del paziente/utente), così da perseguite buoni risultati di outcome clinici (outcome clinici) e di massimizzare il contributo al miglioramento dello stato di salute della popolazione (miglioramento dello stato di salute iniziale)» [NHS Executive 1999]. Analizzando proprio l'esperienza inglese, alcuni autori evidenziano che sistemi come il BSC possono essere insufficienti a governare la complessità di sistemi complessi quali quelli sanitari [Li-cheng Chang 2004].

Analizzando le applicazioni del BSC realizzate in sanità a livello internazionale e nazionale si concorda con quanti [Zelman *et al.* 2003; Baraldi 2005] apprezzano l'impostazione di fondo del modello proposto da Kaplan, ma evidenziando la necessità di opportuni e rilevanti adattamenti al contesto sanitario – adattamenti che hanno determinato, in molti casi,





la progettazione di modelli concettuali assai diversi dal sistema originale.

Ciò che appare soprattutto difficile e critico non è tanto la rappresentazione multidimensionale dei risultati, quanto la costruzione della «mappa strategica» che consenta di governare le relazioni di causa ed effetto tra azioni e risultati conseguiti, e che può avere, nel contesto dei sistemi sanitari pubblici, diversi gradi di applicazione in base alle scelte di ruolo del soggetto pubblico. La complessità della questione e i suoi risvolti politici fanno sì che la formalizzazione di tale mappa sia difficile, rendendo ardua l'esplicitazione del processo di razionalizzare in tutte le sue componenti.

In proposito appare molto interessante l'esperienza condotta dall'Ontario, Canada [The Ontario Health System Scorecard 2005; Brown, Pink 2005] che, partendo dai report di valutazione della performance già elaborati nel corso degli anni per i vari ambiti del sistema sanitario, nel 2005 ha predisposto un report per il sistema sanitario nel suo complesso che ricostruisce la mappa strategica, ossia gli obiettivi, le azioni e i risultati conseguiti (Fig. 1).

La mappa così predisposta permette di avere una visione integrata e coordinata dell'agire pubblico, e facilita l'individuazione delle azioni correttive e la valutazione anche politica dell'operato dell'amministrazione pubblica in cui i risultati di outcome, ossia di salute della popolazione, possono essere correlati con la sostenibilità finanziaria del sistema.

Tanto più la politica si assume il compito e la responsabilità della programmazione e pianificazione del sistema, limitando la competizione tra le istituzioni che compongono il sistema e regolando le operazioni di scambio a garanzia del cittadino, tanto più diventano essenziali l'adozione di strumenti complessi per la valutazione della performance e la predisposizione di mappe strategiche. Le logiche del BSC rappresentano un punto di partenza valido, ma da sviluppare e adattare alla complessità dell'oggetto da monitorare.

Il sistema sanitario pubblico italiano, che rappresenta una scelta fondamentale del nostro paese, condivisa da tutte le componenti politiche, viene oggi spesso messo sotto accusa in quanto incapace di garantire la sostenibilità economica,



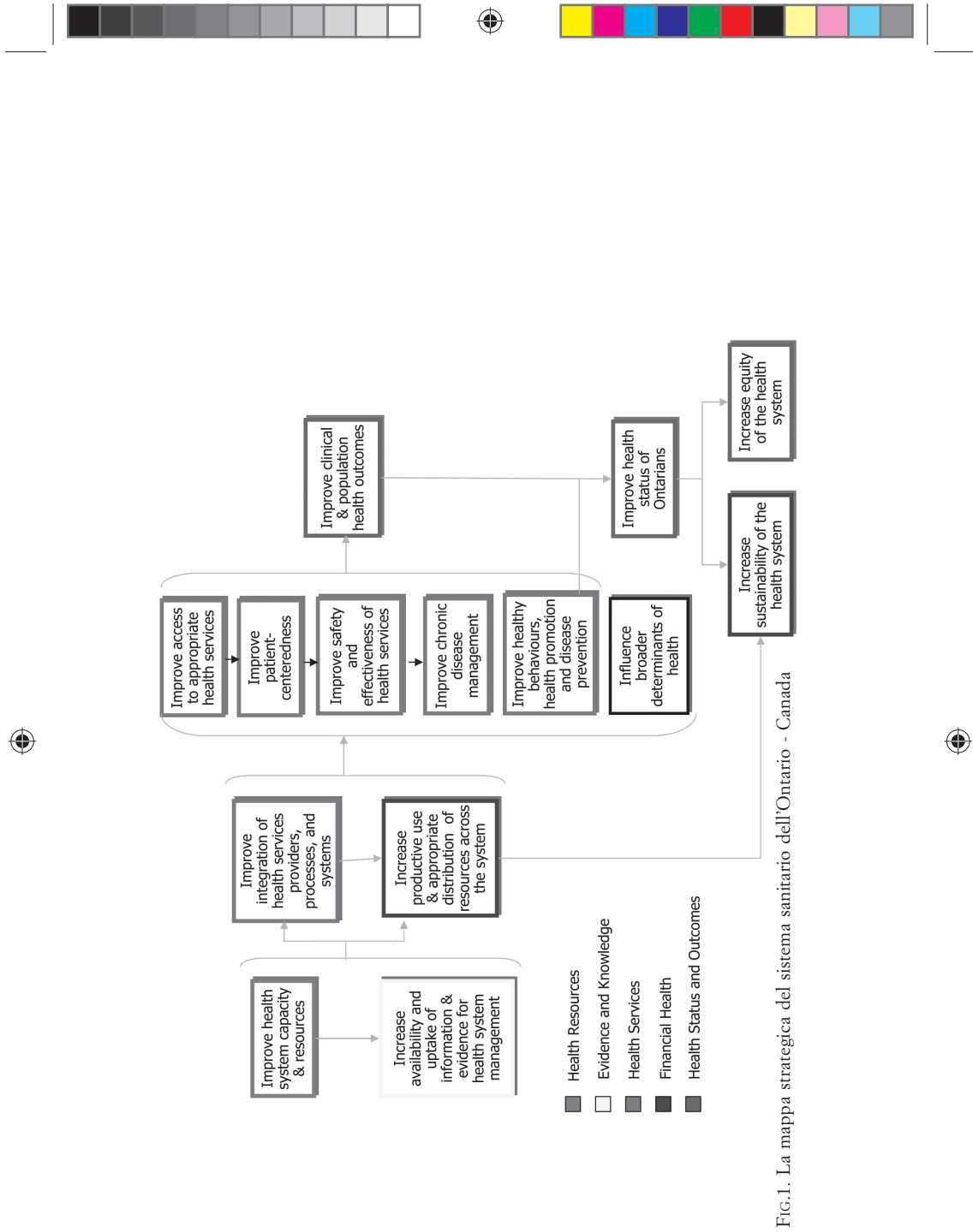


FIG.1. La mappa strategica del sistema sanitario dell'Ontario - Canada



la qualità dei servizi ed anche la stessa equità. Non si può negare, e non solo in Italia, che nel sistema pubblico siano presenti carenze organizzative e talvolta qualitative, che vi siano ancora moltissime sacche di inefficienza, che vi sia spesso più attenzione alle procedure e al sistema di potere che all'effettiva congruenza delle scelte fatte rispetto ai risultati raggiunti [Wholey, Newcomer, 1997]. Molti propongono un'iniezione di «mercato» e di competizione, per obbligare il sistema pubblico a recuperare in efficienza, qualità e fedeltà del cittadino.

In realtà la competizione può determinare duplicazione di investimenti e sprechi complessivi, oltre che minore equità di accesso e fruizione dei servizi, con problematiche sempre maggiori per le fasce di popolazione a basso reddito e scolarizzazione. Quindi, pur mantenendo una molteplicità di soggetti con ruoli diversificati nel sistema, pur nulla togliendo alle «aziende» che operano in questo sistema, è opportuno che l'amministrazione pubblica si assuma il ruolo di programmazione e pianificazione del sistema stesso e, di conseguenza quello di verifica dei risultati. In quest'ottica, quali strumenti di supporto all'azione di governo, gli strumenti di valutazione della performance multidimensionali appaiono come meccanismi adeguati e necessari al soggetto pubblico. Più problematica e complessa è forse la costruzione della «mappa strategica», ossia delle relazioni di causa ed effetto che sottendono e legano i risultati conseguiti agli input e alle azioni compiute. Questa fase è raggiungibile solo dopo che l'amministrazione pubblica dispone di dati in misura consistente – e per più anni – e svolge la sua azione con un approccio fortemente integrato.

La disponibilità di informazioni per più periodi di misurazione permette di riflettere sull'assetto stesso del sistema sanitario e sugli ambiti di responsabilità assegnati ai diversi soggetti che lo compongono. Infatti, la presenza di un sistema integrato nel suo assetto organizzativo con diverse modalità di azione (network, consorzi, accordi fra i soggetti) necessita di sistemi di valutazione capaci di monitorare la performance non solo dei singoli soggetti che lo compongono, ma anche relativi alla sua interezza come sistema coordinato. In questi





contesti, se i risultati tra gli attori del sistema (nel nostro caso le aziende sanitarie) tendono a registrare risultati e trend simili, è ipotizzabile che tale realtà sia frutto delle politiche adottate a livello di sistema e che la componente di decisione politica ne possa assumere in grande misura gli onori e gli oneri. Se invece i risultati perseguiti registrano rilevanti diversità tra i soggetti monitorati, è probabile che la performance sia determinata dalle scelte del livello aziendale, ossia dai processi, l'organizzazione e la professionalità messi in campo a livello specifico. L'esperienza del sistema di valutazione della performance adottato dalla sanità toscana, a tale proposito porta evidenze interessanti (si veda la terza parte del testo).

