



Economia Aziendale Online

Economia Aziendale Online

**Business and Management Sciences
International Quarterly Review**

**SPECIAL ISSUE
THE MULTIDIMENSIONAL CONTENT OF
ECONOMIA AZIENDALE**

**Exploring Theories and Applications
of Business Economics and Management
[2 of 3]**

**La formazione manageriale in sanità.
Nuovi strumenti e modelli tra governance e politiche**

Christian Rainero

Valerio Brescia

Alessandro Cataldo

Pavia, Luglio 2019

Vol. 10 - N. 2/2019

www.ea2000.it
www.economiaaziendale.it



PaviaUniversityPress

La formazione manageriale in sanità. Nuovi strumenti e modelli tra governance e politiche

Christian Rainero¹

Valerio Brescia²

Alessandro Cataldo³

¹ Associate professor
Department of Management
University of Turin

² Research fellows
Department of Management
University of Turin

³ Phd, public manager
ASL 3 Genovese
Genoa Italy

Corresponding Author:
Valerio Brescia
University of Turin, C.so
Unione Sovietica 281 bis,
10100 Torino, Italy
Valerio.brescia@unito.it

Cite as:

Rainero C., Brescia V.,
Cataldo A., (2019). La
formazione manageriale in
sanità. Nuovi strumenti e
modelli tra governance e
politiche. *Economia
Aziendale Online*, Special
Issue, 10(2), 235-256.

Section: *Refereed*

Received: 19 October 2018

Published: 10 July 2019

ABSTRACT

La necessità prodotta dall'aziendalizzazione degli enti pubblici ha portato anche le aziende sanitarie ad aver bisogno di rispondere al bisogno di accountability degli stakeholders. Il change management in sanità e il bisogno di rispondere alla necessità di accountability degli stakeholders porta le strutture sanitarie a individuare strumenti di accompagnamento, governo e esecuzione delle politiche intraprese dai ruoli manageriale ai diversi livelli. A queste esigenze cercano di rispondere i nuovi modelli di governance, e proprio della governance e della formazione della direzione delle aziende sanitarie locali e ospedaliere andremo a indagare per cercare di sviluppare un nuovo modello di pianificazione programmazione e controllo della formazione del top management nelle aziende sanitarie in Italia. Lo studio è stato condotto in tutte le Regioni d'Italia, all'indagine hanno risposto il 40% degli intervistati. Il campione analizza la formazione manageriale organizzata ed erogata da ciascuna regione negli ultimi 5 anni. Attraverso il case study è stato possibile analizzare l'andamento e le caratteristiche legate alla formazione manageriale in modo da proporre un nuovo modello integrato di amministrazione razionale considerando anche il modello di Kirkpatrick nelle fasi della valutazione della ricaduta sull'organizzazione.

The need produced by the corporatization of public bodies has also led health companies to need to respond to the need for accountability of stakeholders. Change management in healthcare and the need to respond to the need for accountability of stakeholders leads healthcare structures to identify tools for accompanying, governing and executing policies undertaken by managerial roles at different levels. The new models of governance try to meet these needs, and we are going to investigate to try to develop a new planning model for planning and controlling the training of top management in health companies in Italy. The study was conducted in all regions of Italy, 40% of respondents answered the survey. The sample analyzes the management training organized and delivered by each region over the past 5 years. Through the case study it was possible to analyze the trend and the characteristics related to managerial training in order to propose a new integrated rational administration model considering also the Kirkpatrick model in the phases of the evaluation of the relapse on the organization.

Keywords: formazione manageriale, performance management, contabilità analitica, sanità, governance, change management

1 – Introduzione

Gli studi economici aziendali e manageriali (Ferrero, 1987) distinguono le realtà imprenditoriali rispetto all'oggetto di attività svolta in aziende di produzione di beni e servizi per lo scambio di mercato (o imprese) e aziende di erogazione o aziende di consumo (Ferrero, 1968, Puddu, 2001). La distinzione tra aziende di erogazione e imprese è necessaria come modello teorico di riferimento ma dal momento in cui i processi di consumo, produzione, acquisizione, conservazione e distribuzione sono comuni a tutte le aziende, la suddivisione spesso non è così netta tra "pura" azienda di consumo e "pura" impresa (Puddu, 2001). La nuova necessità prodotta dall'aziendalizzazione degli enti pubblici ha portato anche le aziende sanitarie ad aver bisogno di rispondere al bisogno di accountability degli stakeholders (Ramolini, 2007; Biancone et al., 2016, 2017; Nieva, 2003; Hinna, 2004). Ai bisogni di valutazione della ricaduta organizzativa all'interno della struttura sanitaria si associano nuove esigenze di rendicontazione sociale e di bisogno di valutazione della percezione del servizio per rispondere meglio al bisogno dell'utenza (Freeman et al., 2010; Stieb, 2009, Rainero & Brescia, 2016; Biancone et al., 2017). Anche la World Health Organization (Who, Regional Office for Europe, 2012) delle Nazioni Unite riconosce tra gli scopi la necessità di individuare strumenti e modelli in grado di rispondere al bisogno attraverso la capacità del sistema sanitario che ricomprenda l'organizzazione strutturale, le partnership, le risorse finanziarie ma anche e, in particolare, la leadership e la governance, lo sviluppo della conoscenza e l'organizzazione delle risorse umane (Aluttis et al., 2014). A queste esigenze cercano di rispondere i nuovi modelli di governance anche definiti dalla letteratura sulla Clinical Governance (Halligan & Donaldson, 2001; Flynn, 2002; Siddiqi et al., 2009; Callaly et al., 2005; Scally & Donaldson, 1998; Degeling et al., 2004). Dagli ultimi dati a disposizione tra il 2012 e il 2016 la spesa sanitaria complessiva è aumentata in media annua dello 0,9%. Dopo una diminuzione dello 0,6% nel 2013 si sono registrati incrementi dell'1,7% nel 2014 e dell'1,3% nel 2015. La spesa sanitaria corrente nel 2016 è pari a 149.500 milioni di euro, in aumento dell'1,0% rispetto all'anno 2015, e la sua incidenza rispetto al Pil è dell'8,9% (ISTAT, 2017). Da quando l'aziendalizzazione delle aziende sanitarie (Del Gesso, 2014; Borgonovi & Fattori, 2001; Puddu, 2011; Brusa & Dezzani, 1983), avvenuta tra gli anni 80 e 90 ha prodotto i propri effetti introducendo strumenti di Clinical Governance e riorganizzazione del Sistema Sanitario con la Legge 502/92, si assiste a una riduzione di incidenza della spesa sanitaria sul PIL in Italia evidenziando l'utilità di tali iniziative sull'intero sistema (AGENAS, 2013). La Clinical Governance è quell'insieme di strumenti che supporta e incoraggia le attività svolte a livello multidisciplinare da dottori, infermieri, e manager per accettare le interconnessioni tra attività clinica e dimensioni messe a disposizione per le cure, riconoscere il bisogno di equilibrio tra autonomia clinica e trasparenza contabile, supportare la sistematizzazione del lavoro clinico, supportare e individuare la ricaduta della condivisione e implicazione dell'integrazione legata a un approccio in team e alla sua valutazione (Degeling et al., 2004). La Clinical Governance è strettamente associata alle politiche e azioni concrete del Programma della Commissione Europea nella ricerca di strumenti utili a incrementare effettivamente la qualità (European Commission, 2014; Halligan & Donaldson, 2001). Tra questi strumenti di governance e definizione delle politiche troviamo la formazione dei dirigenti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere che dovrebbe permettere in un'ottica di multidisciplinarietà l'aumento della qualità e la capacità di problem solving dell'azienda sanitaria. Se in letteratura vi sono diverse evidenze di come il lavoro multidisciplinare e

l'insieme delle conoscenze permetta l'effettivo aumento di qualità delle cure (Carter, Garside, & Black, 2003; Lanceley, et al., 2008; Pfeiffer & Naglieri, 1983; Jackson, 1996; Lamb et al., 2011; Lamb et al., 2011a; Atwal & Caldwell, 2002), non vi è evidenza che una formazione multidisciplinare definita dalla legge permetta un'effettiva qualità organizzativa, strutturale e di cura del sistema. La Clinical Governance deriva dall'approccio di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere con la necessità di standardizzare le conoscenze e il lavoro così come l'autonomia e il controllo agli agenti all'interno dell'organizzazione (Flynn, 2002). Non fa eccezione la formazione manageriale per i direttori standardizzata in Italia dalla normativa vigente che ha definito temi, durata e capacità multidisciplinari che i manager devono possedere. Tali competenze sono in grado di orientare la strategia, la cultura e l'organizzazione delle aziende sanitarie quali pilastri del futuro dell'azienda (McAlearney, 2006) ponendo anche le basi per una definizione delle strategie all'interno del sistema sanitario (Filosa Martone, 2001; Brenna, 1992; Del Vecchio & Prandi, 2004). Tra le varie caratteristiche dell'azienda si cita il concetto di sistema aperto e dinamico, nel quale l'ambiente di riferimento è in continua evoluzione e implica l'adattamento dell'azienda ad esso. In tale contesto si colloca il tema del change management definito come approccio alla preparazione e al supporto di individui, team e organizzazioni nel fare cambiamenti organizzativi (Campbell, 2008). La leadership e la loro competenza e conoscenza in questo contesto aperto è uno degli elementi essenziali per aumentare la qualità effettiva del sistema sanitario (Ferlie & Shortell, 2001; Firth-Cozens & Mowbray, 2001; Weiner, Shortell, & Alexander, 1997). Esso include metodi che reindirizzano o ridefiniscono l'uso di risorse, processi aziendali, allocazioni di budget o altre modalità operative che cambiano in modo significativo un'azienda o un'organizzazione. Il change management affronta il vuoto tra strategia ed esecuzione; nel rispondere a tale gap si colloca la formazione manageriale a diversi livelli (van Rossum et al., 2016; Doppelt, 2017). Lo studio indaga criteri, quantità, e qualità dei corsi per direttori di strutture sanitarie realizzati in Italia negli ultimi 5 anni e in base ai riscontri ottenuti cerca di proporre un nuovo modello di pianificazione programmazione e controllo della formazione del top management nelle aziende sanitarie in Italia utile a rispondere al gap legato agli strumenti per valutare l'effettiva ricaduta sull'organizzazione e sulla possibile qualità prodotta (Boni, 1999; Mercuzio & Martinez, 2010; Panozzo, 2005; Brescia, 2016). Il modello di partenza proposto per superare i gap e le evidenze emerse dall'analisi è quello dell'amministrazione razionale che in base alla letteratura di riferimento e al modello di Kirkpatrick (2007) integra quanto il sistema di formazione coordinato dalle regioni italiane non è stato ancora in grado di colmare. L'analisi permette di evidenziare come l'approccio aziendalistico debba essere integrato da strumenti sociologici per fornire una risposta migliore al contesto di riferimento. L'articolo è diviso in sei paragrafi. Successivamente verrà definita la formativa di riferimento in tema di organi dirigenziali in sanità e i contenuti della formazione stabiliti in Italia. Il capitolo successivo definisce la metodologia applicata e l'approccio di partenza per proporre un nuovo modello teorico integrato. La composizione e analisi del campione permettono di fornire un quadro della realtà in Italia. La discussione esplicita in maniera più accurata i modelli di amministrazione razionale, il modello di Kirkpatrick e altre evidenze in tema di formazione manageriale date alla letteratura fino a proporre un nuovo approccio e uno strumento di verifica della ricaduta della formazione manageriale. Il capitolo parte e contestualizza rispetto alla teoria le evidenze fornite dall'analisi. Le conclusioni mettono in evidenza i principali aspetti emersi.

1.1 – *Normativa di riferimento*

La formazione dei direttori generali in sanità è disciplinata dall'art. 3-bis, comma 4, del D.lgs n. 502/1992, nel quale vengono esplicitati gli organi dirigenziali che devono essere presenti nelle Aziende Sanitarie Locali: ovvero il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale, inoltre, è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali. I direttori generali devono presentare, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I corsi in questione hanno periodicità almeno biennale e sono organizzati ed erogati dalla Regione di appartenenza, in collaborazione con le Università o altri soggetti pubblici o privati, accreditati ai sensi dell'art. 16-ter dello stesso decreto-legge, che operano nel campo della formazione manageriale. Per ciò che riguarda i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata e le modalità di certificazione, si fa riferimento al decreto del Ministero della Salute del 1° agosto 2000, previa intesa tra Stato e Regioni in sede di Conferenza permanente. In pratica, lo Stato centrale determina gli obiettivi, ovvero gli output di cui ha bisogno, mentre le Regioni, con i mezzi a propria disposizione, si impegnano a raggiungere gli obiettivi fissati a livello nazionale. Quindi ogni Regione determina autonomamente i programmi, la durata dei corsi, le tipologie di formazione e le modalità di verifica dell'apprendimento, purché siano in linea con le norme emanate a livello nazionale.

La durata minima dei corsi è di 120 ore, da erogare in un tempo massimo di sei mesi. Le scadenze per la presentazione della domanda variano a seconda della figura manageriale: nel decreto legislativo n. 502/1992 si stabilisce che i direttori generali debbano presentare il certificato di frequenza, dello specifico corso di formazione, entro e non oltre diciotto mesi dalla nomina; mentre, i direttori sanitari di struttura complessa devono conseguire l'attestato entro un anno dall'inizio del proprio incarico; invece, in riferimento ai direttori amministrativi, la suddetta norma non fissa alcun termine, perciò è competenza delle Regioni fissarne la scadenza. Come ricordato in precedenza, tutta la disciplina sui corsi di formazione per i direttori generali è contenuta nel decreto del Ministro della Sanità del 1 agosto 2000, in cui si stabilisce che è competenza delle Regioni organizzare ed attivare i corsi di formazione manageriale, che tali corsi hanno ricorrenza biennale e che, per la realizzazione degli stessi, le Regioni si possono avvalere della collaborazione delle Università o di altri soggetti privati o pubblici che operano nel campo della formazione. Gli argomenti trattati spaziano dall'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, alla gestione finanziaria; dalle basi della sanità pubblica, alla direzione delle risorse umane. Queste aree tematiche sono identiche sia per i direttori generali sia per i direttori sanitari e di struttura complessa. La metodologia utilizzata è di tipo prevalentemente attivo, nella quale si privilegiano tecniche di formazione che prevedano il lavoro di gruppo, l'analisi di esperienze significative e lo sviluppo di progetti applicativi. Per comprovare la buona riuscita del corso di formazione e valutare l'effettivo apprendimento, è necessaria una prova finale con successivo colloquio davanti ad una commissione, composta da responsabili delle regioni e delle province autonome, dai legali rappresentanti delle istituzioni pubbliche o private accreditate, che hanno tenuto i corsi, i quali rilasceranno al candidato l'attestato di proficua acquisizione degli strumenti e delle tecniche (compresa una dichiarazione sui giorni di effettiva frequenza) e trasmetteranno tutta la documentazione alla Regione erogatrice del corso. Per mezzo del decreto legislativo n. 171/2016, viene istituito, presso il Ministero della Salute, l'elenco nazionale dei

soggetti idonei alla nomina di direttore generale per le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e altri enti del Servizio Sanitario Nazionale. Gli elenchi sono aggiornati a scadenza biennale e l'iscrizione ha validità per 4 anni. In ogni caso, dopo 4 anni, si dovrà sostenere nuovamente la selezione per essere reinseriti nell'elenco. Alla formazione e all'aggiornamento dell'elenco è preposta una Commissione di esperti, composta in maniera paritetica dai rappresentanti delle amministrazioni statali e regionali. I componenti della commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per tutto il tempo necessario alla formazione dell'elenco e delle attività connesse che ne conseguono.

I candidati ammessi alla selezione devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea specialistica ed esperienza dirigenziale di almeno cinque anni nel settore sanitario o di sette in altro settore;
- Età non superiore a 65 anni.

2 – Metodo

Obiettivo principale dello studio è analizzare le principali caratteristiche e contenuti della formazione manageriale prevista per le figure di direttore generale e di strutture complesse, amministrativa e sanitaria in Italia e definire se l'output è stato raccolto ed è efficace sulla qualità organizzativa. Dall'analisi è possibile evidenziare gap di processo e di misurazione che richiedono nuovi modelli e strumenti utili al fine di individuare un processo di controllo di gestione che mappi la ricaduta sul sistema sanitario. L'analisi è di tipo qualitativo oggettivo, viene concentrata l'attenzione sulla conoscenza epistemologica della realtà osservata e successivamente viene sviluppato e proposto un nuovo modello teorico (Minzberg, 2005). Lo studio analizza le caratteristiche legate alla formazione manageriale degli ultimi cinque anni utilizzando come caso studio le Regioni alle quali è stato somministrato un questionario d'indagine in modalità telematica attraverso il portale istituzionale del Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino¹. Il questionario è stato somministrato a Marzo 2017. Al questionario hanno risposto otto regioni su venti pari a un campione d'analisi del 40% delle regioni italiane. Le regioni indagate sono state altresì oggetto di intervista telefonica successiva al fine di indagare sui fruitori della formazione erogata e sulle modalità di erogazione fino a Giugno 2017. L'analisi del case study (Yin, 1994) si inserisce percorso evolutivo del modello di amministrazione razionale volto ad analizzare anche la ricaduta degli input sociali (Rainero et al., 2016). L'analisi è deduttiva e propone un nuovo approccio che tenga conto di diversi aspetti utili a valutare la ricaduta sull'organizzazione sanitaria e la valutazione dell'efficacia ed efficienza della formazione erogata alla leadership aziendale durante le fasi di pianificazione, esecuzione, verifica e attivazione delle attività future.

2.1 – Campione analizzato

Allo scopo di e dati utili per comprendere al meglio come sono organizzati i corsi di formazione dei manager nelle Aziende Sanitarie, sono stati formulati due diversi questionari: uno rivolto alle regioni, in quanto organizzatrici e erogatrici dei corsi di formazione; l'altro indirizzato ai discendenti ovvero ai direttori generali, direttori sanitari e direttori amministrativi che, per svolgere il loro incarico, hanno dovuto prendere parte al corso di formazione.

¹ http://www.management.unito.it/do/forms.pl/FillOut?_id=npu1;referer=%2fdo%2fforms%2epl%2fSearch

Le Regioni che hanno collaborato ed hanno reso disponibili i propri dati sono: Campania, Lombardia, Piemonte, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Umbria e Valle d'Aosta.

Per ciò che riguarda i fruitori del corso, il questionario è stato somministrato, sotto forma di beta test, a 5 direttori generali, al fine di comprendere quali modifiche apportare a tale strumento di valutazione.

Naturalmente, entrambi i questionari sono stati redatti per essere rivolti a tutti i soggetti (sia giuridici che fisici) su scala nazionale: il questionario per le regioni è rivolto a tutte le Regioni e Province Autonome d'Italia, mentre il secondo form è indirizzato al maggior numero possibile di direttori generali, sanitari ed amministrativi, operati nel settore e formati sul territorio italiano.

2.2 – Risultati ed evidenze

Al fine di elaborare al meglio le varie risposte delle Regioni interpellate sono state analizzate le differenze e le peculiarità, analizzando ogni domanda presente nel form e confrontando le diverse risposte. Nelle prime domande viene chiesto di fornire il numero di strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul proprio territorio (ASL, AO, AOU, IRCCS e altre - aziende e istituti sanitari privati) figura 3:

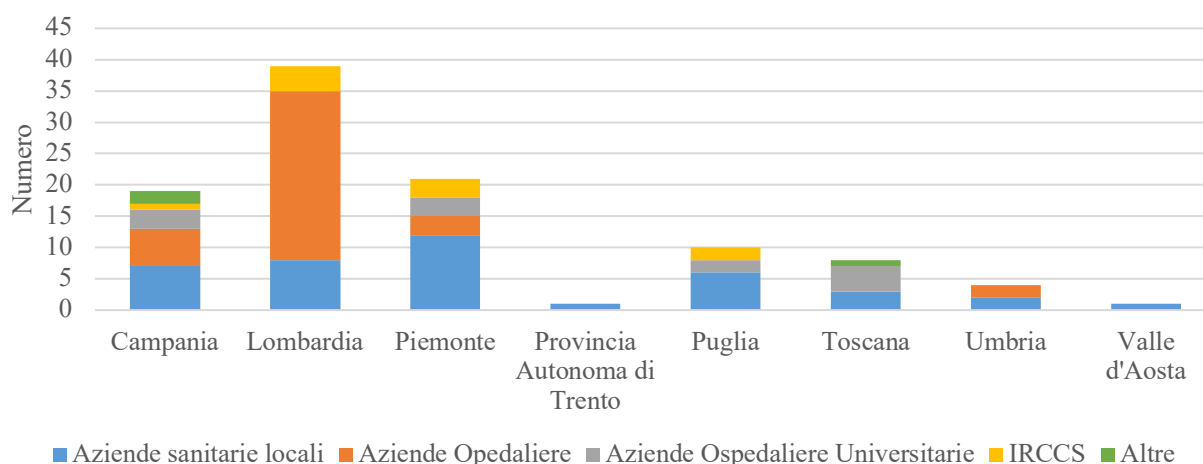


Figura 3 - Numero di strutture sanitarie presenti sul territorio

Fonte: Realizzazione propria su dati regionali

Si può notare come la Lombardia, nonostante non abbia aziende ospedaliere universitarie, abbia comunque il maggior numero di strutture (39), mentre il Piemonte, che risulta essere prima come numero di ASL, passa in seconda posizione con 21 strutture sul proprio territorio. Osservando attentamente il grafico a barre, ci accorgiamo che nel campione analizzato le uniche Regioni a possedere la maggiore varietà di strutture sono la Campania ed il Piemonte. La Lombardia, come accennato in precedenza, non possiede aziende ospedaliere universitarie pure, ciò dipende dal differente sistema di accreditamento e gestione delle strutture sanitarie presente in Lombardia, differente è la situazione rispetto a quella vigente nel territorio piemontese e campano; altrimenti risulta difficile comprendere il motivo di così tante aziende ospedaliere (27 per l'esattezza) a discapito di nessuna AOU.

Si evince inoltre che la Puglia non possiede nessuna azienda ospedaliera, al pari della Toscana, quest'ultima, dichiara di non possedere un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. L'Umbria possiede esclusivamente due ASL e due AO, invece la Provincia Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta hanno rispettivamente una ASL a testa, anche a causa delle ridotte dimensioni del territorio. Bisogna specificare che nella voce "Altre" del grafico, sono inserite le due IRCCS private della Campania e l'Estar, ovvero un ente di supporto giuridico amministrativo, che opera sul territorio toscano. Essendo stata evidenziata la tipologia di strutture operanti sul territorio, ci aspettiamo che le Regioni/Province autonome erogino corsi di formazione in maniera proporzionale al numero di aziende sanitarie presenti. Per comprendere meglio i dati raccolti, è stata calcolata la media dei corsi, in base alle strutture presenti su tutte le aree geografiche dei campioni, ed è stato osservato quante Regioni si discostano dalla suddetta media Figura 4.

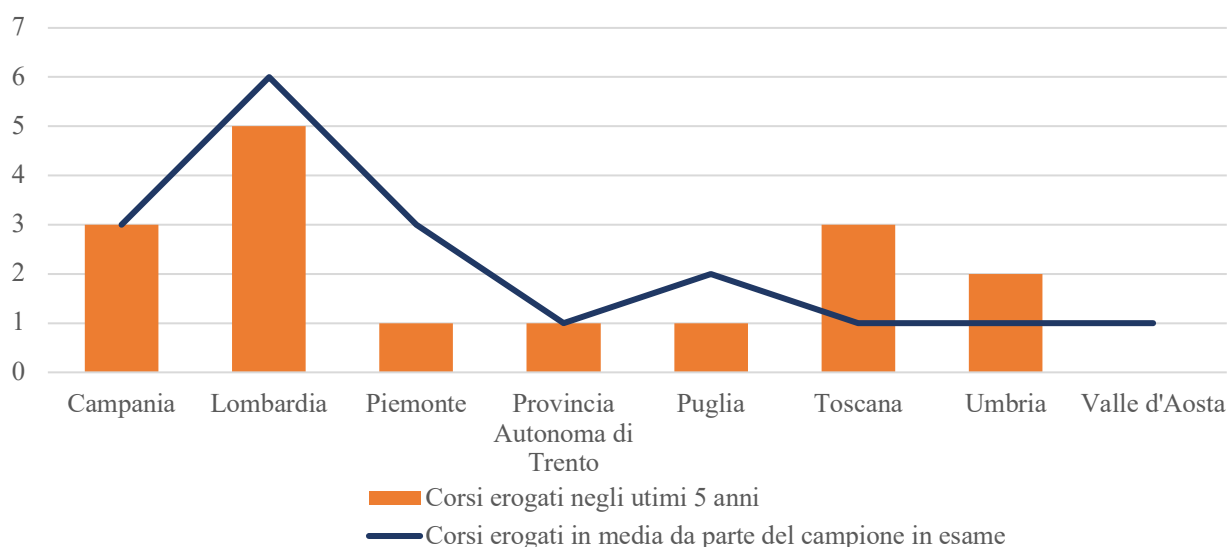


Figura 4 - Confronto tra corsi erogati rispetto alla media del campione in esame

Fonte: Elaborazione propria su dati regionali

Analizzando più nel dettaglio lo schema preso in esame, si evince come la Campania e la Provincia Autonoma di Trento siano perfettamente in linea con la media-campione, mentre Regioni come la Lombardia, la Puglia, la Valle d'Aosta (che addirittura risulta non aver erogato alcun corso in questi ultimi 5 anni) e il Piemonte, che più si discosta dal valore di riferimento, risultano essere al di sotto della stima. Altre regioni, come la Toscana e l'Umbria, invece, hanno un numero maggiore di corsi di formazione rispetto alla media. Questo dato potrebbe evidenziare che alcune regioni cerchino di erogare un numero di corsi congruo, in modo da realizzare un ricambio continuo e tempestivo del personale dirigente; mentre altre Regioni, probabilmente, tendono a selezionare direttori già formati, provenienti anche da altre regioni e amministrazioni sanitarie. Per quanto riguarda la realizzazione dei corsi, essi possono essere organizzati direttamente dalla Regione, dall'Università oppure da un'Agenzia formativa privata. Ogni Regione può scegliere da quali soggetti fare organizzare i corsi, secondo quanto stipulato nella normativa regionale di competenza.

I corsi presi in esame erogati da diversi enti negli ultimi 5 anni sono rappresentati in figura 5.

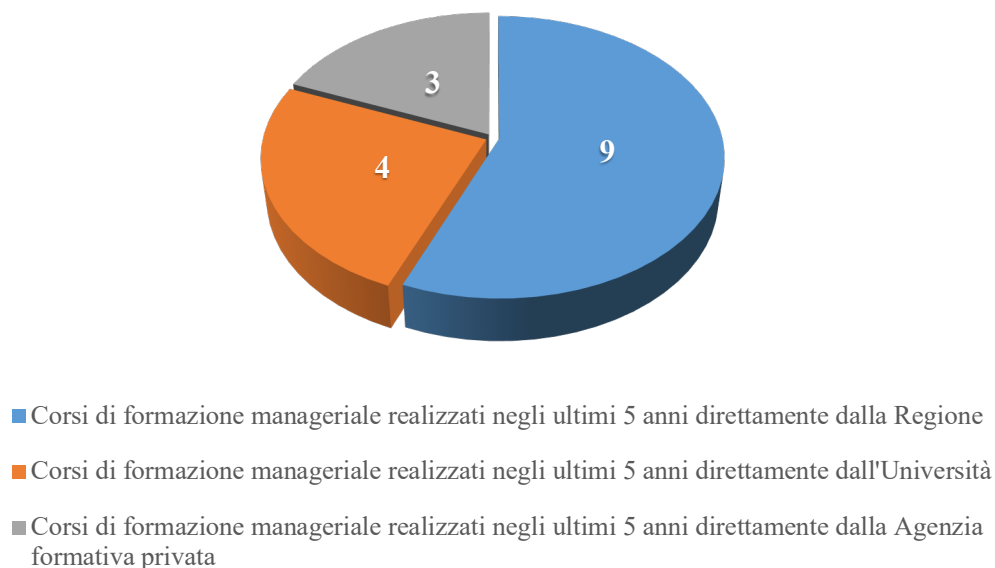


Figura 5 - Ripartizione corsi di formazione

Fonte: Elaborazione propria su dati regionali

Come si può notare, la maggior parte viene organizzata direttamente dalla Regione. Infatti la Lombardia (5), il Piemonte (1), la Puglia (1) e l'Umbria (2) realizzano internamente i percorsi formativi, senza l'ausilio di Università o Agenzie private. Si affidano all'Università degli Studi di Trento (1 corso) ed alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (3 corsi) rispettivamente la Provincia Autonoma di Trento e la Regione Toscana. Infine, i restanti 3 corsi, sono imputabili alla Regione Campania, la quale ne affida l'organizzazione ad una Agenzia di formazione privata che collabora con la Regione stessa. Per ciò che concerne l'imputazione dei costi, solo la Regione Toscana si è fatta parzialmente carico della spesa, ripartendo il costo con i discenti; tutte le altre regioni hanno imputano l'intero costo a carico dei fruitori del corso. Ogni regione utilizza diversi strumenti per valutare l'operato dei direttori. Uno dei più interessanti è quello utilizzato dalla Regione Toscana, la quale si serve di un sistema di valutazione delle performance chiamato "Sistema dei Bersagli", progettato dal laboratorio del MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Nutti, 2010; Pammolli, 2010). Consiste in un processo di condivisione interregionale che ha portato alla selezione di circa 300 indicatori, di cui 150 di valutazione e 150 di osservazione, allo scopo di descrivere e confrontare, attraverso un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario. Gli obiettivi più ricorrenti legati alla formazione risultano essere connessi al fornire gli strumenti e le tecniche manageriali utili ad analizzare e ad organizzare il governo dell'azienda sanitaria; costituire un lessico manageriale comune; tecniche di pianificazione strategica e di controllo di gestione. La metodologia didattica utilizzata durante i corsi è così strutturata:

- Lezioni frontali
- Analisi e discussione di casi studio
- Lavoro di gruppo in aula
- Lavoro individuale al termine della lezione
- Esercitazioni esperienziali outdoor
- Elaborazione di un project work

Al fine di poter comparare in modo semplice i contenuti dei corsi di formazione manageriale delle varie Regioni, si è pensato di raggruppare gli argomenti in macro-aree tematiche, evidenziando le peculiarità e le differenze nella tabella riportata di seguito.

Legenda tabella 2:

- area tematica non erogata
- ✓ area tematica erogata

Tab. 2 Confronto fra aree tematiche dei corsi di formazione

Aree tematiche	Campania	Lombardia	Piemonte	Provincia Autonoma di Trento	Puglia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta
Indicatori di qualità dei servizi	✓	✓	○	✓	✓	✓	○	✓
Organizzazione e gestione dei servizi sociosanitari	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gestione economico-finanziaria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Risorse umane ed organizzazione del lavoro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Politiche sanitarie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	○	✓
Sistemi di pianificazione strategica e valutazione dei risultati	✓	○	○	✓	✓	✓	✓	○
L'Europa e l'assetto istituzionale del SSN	○	○	○	○	✓	○	○	○
Culturale/Metodologic o. Il metodo come cambiamento	○	○	○	○	✓	○	○	○

Tabella 2 - Confronto fra aree tematiche dei corsi di formazione

Fonte: Elaborazione propria su dati regionali

Come si evince dallo schema sopra riportato, ogni Regione sviluppa i programmi dei corsi di formazione in funzione delle proprie esigenze. La Puglia (260 ore) risulta essere la Regione con più argomenti trattati nel proprio corso, seguita dalla Campania (168 ore), dalla Provincia Autonoma di Trento (120 ore) e dalla Toscana (168 ore). Gli argomenti presenti in tutti i programmi sono principalmente tre: organizzazione e gestione dei servizi sociosanitari, gestione economico-finanziaria e risorse umane ed organizzazione del lavoro. Sempre grazie alla tabella in questione, vengono messe in evidenza altre macro-aree che sono molto ricorrenti,

ad esempio le politiche sanitarie, le quali risultano molto utili per ottenere un quadro completo di tutto il Servizio Sanitario Nazionale; oppure gli indicatori di qualità del servizio, atti misurare il livello di assistenza sanitaria che, insieme ai LEA (Mapelli et al., 2007; Pammolli, 2004; Brescia, 2017) risultano molto utili in fase di progettazione. È da evidenziare come la Puglia sia l'unica ad inserire argomenti anche a carattere comunitario, a differenza delle altre autonomie locali che si concentrano maggiormente su una formazione ristretta all'ambito territoriale/nazionale.

3 – Discussione e proposta metodologica

Secondo la teoria antropologica della ragioneria (Ferrero, 1987; Soverchia, 2008; Puddu, 2014; Brescia et al., 2017), il lavoro non rappresenta esclusivamente un fattore produttivo, ma risulta un insieme di bisogni della "persona" che l'azienda mira a soddisfare. Nelle aziende sanitarie il bisogno può essere soddisfatto da privati o da pubblici come evidenziato in figura 1.



Figura 1 - Sistema antropologico

Fonte: Puddu L. *Ragioneria Pubblica. Il bilancio degli enti locali, 2001*, Giuffrè, Milano.

Il punto focale di questo approccio è proprio la persona: infatti le aziende mirano a soddisfare i bisogni degli individui attraverso un approccio di sussidiarietà. Questo implica che, quando un soggetto ha un bisogno, per riuscire a soddisfarlo, inizialmente tenta di provvedere autonomamente, nel caso non ci riuscisse, comincia a chiedere aiuto (sussidio) a soggetti terzi. Come prima scelta, il soggetto portatore di bisogni, si rivolge inizialmente alle persone che gli sono più vicine: come ad esempio amici e familiari. Se neanche con questo supporto riesce nell'intento di soddisfare il proprio bisogno, farà riferimento ad enti no profit o all'economia civile (ovvero dove non è richiesto un corrispettivo in denaro per la sussidiarietà). Nel caso non si ottenga ancora il risultato sperato, ci si rivolge al mercato delle aziende private. Solo come ultima spiaggia il soggetto chiederà sussidio alle aziende pubbliche. Ciò costituisce il concetto di sussidiarietà orizzontale. Con l'espressione sussidiarietà verticale, invece, si fa riferimento alla vicinanza (o alla lontananza) tra il soggetto portatore di bisogni e le aziende pubbliche: quindi la persona (che ricordiamo come punto focale dello studio in questione) si rivolgerà in ordine prima alle aziende pubbliche presenti nel proprio comune di appartenenza, per poi andare (nel caso) a rivolgersi agli enti provinciali, regionali, nazionali ed infine a quelli europei.

Affinché le aziende rispondano ai bisogni all'interno di un modello che tenga conto sia della sussidiarietà sia della soddisfazione è necessario mettere in campo strumenti di leadership e di governance appropriati. Solo un'adeguata formazione manageriale è in grado di rispondere a questi bisogni specifici legati a macchine burocratiche complesse (Flynn, 2002). Inoltre, formazioni manageriali specifiche incidono notevolmente sul livello di conoscenza dei manager con un impatto sul sistema sanitario oltre che sulla singola azienda aumentando la qualità e la ricaduta, questo è rilevabile su singoli eventi formativi di cui si può avere un'immediata rendicontazione e variazione di comportamento (Ozder et al., 2013) ma trova difficoltà quando si parla di impatto sull'intera gestione aziendale. La letteratura però evidenzia come il ruolo manageriale in sanità richieda competenze specifiche che devono essere sviluppate per essere in grado di orientare l'attività aziendale (Wallick & Stager, 2002).

Affinché il sistema formativo sia coerente con la normativa in vigore, bisogna che soddisfi il bisogno primario di salute e riesca a coniugare uno standard di elevata qualità, inoltre dovrebbe creare un Sistema di gestione della qualità appropriato al processo di formazione e al modello di amministrazione razionale aziendale.

I processi relativi al sistema di gestione della qualità dell'organizzazione si basano sul ciclo di Deming (Sokovic, Pavletic, & Pipan, 2010; Johnson, 2002; Mohammad Mosadeghrad, 2014) Plan Do Check Act (P.D.C.A) figura 2 dove:

- Plan (pianificare – progettare): stabilire gli obiettivi e i processi necessari per fornire i risultati coerenti con i requisiti richiesti dal cliente e con le politiche dell'organizzazione.
- Do (dimostrare – fare): dare attuazione ai processi in questione.
- Check (controllare): consiste nel monitorare e misurare i processi e i prodotti a fronte delle politiche, degli obiettivi e dei requisiti relativi ai prodotti, e nel riportarne i risultati.
- Act (agire): adottare correzioni ed azioni per migliorare in modo continuo le prestazioni dei futuri processi.

Il processo di miglioramento continuo nel processo di formazione degli adulti in sanità dovrebbe tenere conto di una serie di elementi che incidono sull'output, dividendo l'output della formazione tra utente, miglioramento continuo, ricaduta nei fatti e rispetto della persona (Gallagher & Smith, 1997; Rotondi, 2004).

Gli elementi che incidono sulla soddisfazione dell'utente riguardano la trasparenza ovvero obiettivi, sessione dal programma del corso, schema e programma e relativi materiali e letture per sessione, l'analisi del background e l'implementazione relativa alla valutazione e incremento del background di ciascun discente. L'analisi condotta evidenzia come questi aspetti siano stati sviluppati in Italia nei percorsi analizzati, fatta eccezione per la valutazione iniziale del background e l'analisi singola dell'incremento al termine del corso.

Il rispetto delle persone riguarda l'approccio con cui il corso viene erogato e le principali modalità. Sono individuabili per tale aspetto l'incremento del network tra discenti e docenti, i lavori di gruppo con possibilità di incrociare i diversi gruppi tra loro per far conoscere i soggetti tra loro e incrementare la capacità di problem solving multidisciplinare, l'analisi dei contenuti metodologici con analisi a piccoli gruppi di ricadute pratiche del modello in base alla propria conoscenza disciplinare che porti a una maggiore conoscenza delle competenze e conoscenze a disposizione nell'organizzazione. Tali elementi incidono sul rispetto interpersonale legato anche alle competenze specifiche di ciascuno. Nei corsi erogati in Italia tali metodi e aspetti sono di norma rispettati.

Gli elementi legati alla ricaduta nei fatti e al miglioramento continuo riguardano principalmente le metodologie di valutazione sia del corso che di ciascun soggetto, in particolare

la letteratura suggerisce la creazione di un consiglio per la qualità composto da un componente per sottogruppo che periodicamente valuti la qualità del percorso formativo e proponga modifiche che portino a un miglioramento dei contenuti ove carenti o da sviluppare, e continui feedback orale o scritti da parte dei tutor del corso con possibilità di metodi di autovalutazione tra gruppi attraverso valutazioni informali come videoregistrazioni e feedback tra pari (discenti). Dall'analisi condotta non vi è nessun riscontro dei metodi proposti dalla letteratura che andrebbero nella realtà a incrementare il miglioramento continuo di corso e discenti.

Sono presenti inoltre in letteratura elementi implementativi combinati necessari per una maggiore ricaduta della formazione. Sia il miglioramento continuo della qualità che il rispetto dei soggetti legata sempre alle modalità di erogazione del corso; un ottimo approccio può essere quello di definire gruppi fissi dopo tre sessioni composti da discenti e docenti con un comune glossario utile nell'apprendimento e nella comunicazione tra i soggetti coinvolti nel percorso formativo. Il rispetto degli individui e il miglioramento continuo suggeriscono fin dalla seconda sessione la definizione di un piano di sviluppo individuale legato agli obiettivi di ciascuno legando ciascun soggetto al contesto di riferimento. Ultima la promozione del miglioramento continuo e la ricaduta dei fatti attraverso l'analisi di un caso studio già pubblicato per gruppo di lavoro portando a una risoluzione in base alle competenze professionali di ciascun soggetto. Tutti questi elementi sono già stati sviluppati nel campione fatta eccezione per la definizione di un glossario comune utilizzato e sviluppato da ciascun gruppo.

Tutti questi elementi hanno la necessità di essere collocati nel sistema continuo di qualità per avere una ricaduta positiva sull'organizzazione come risultato della formazione (Gallagher & Smith, 1997).

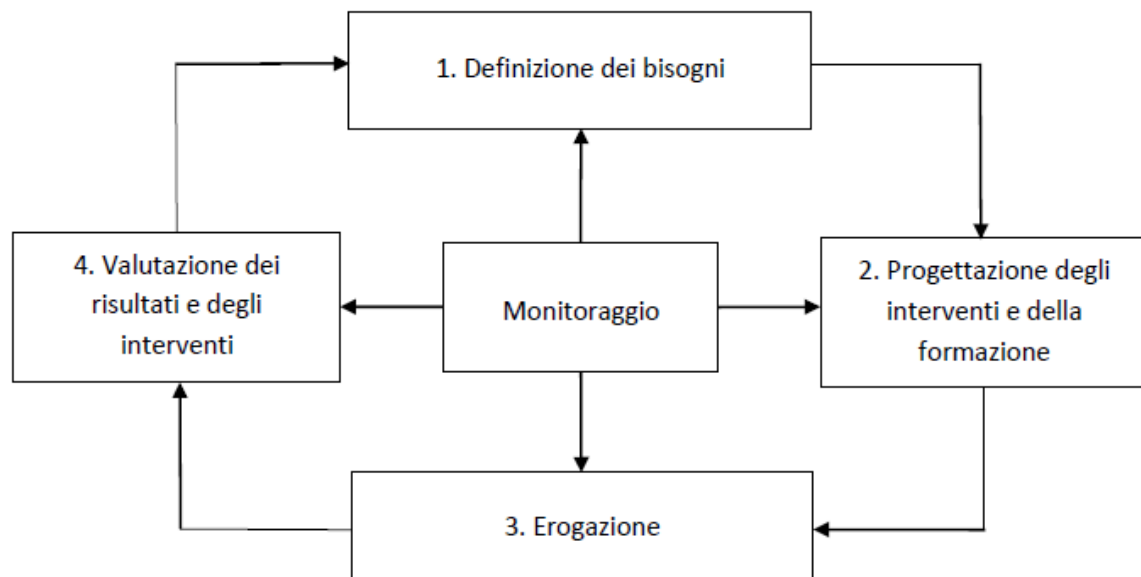


Figura 2 - Ridefinizione Ciclo di Deming in base al processo formativo

Fonte: Brescia V.; Rainero C.; Puddu L.; Gualano M.R.; Bert F. (2016); La formazione come strumento di management nella sanità, Sviluppo & Organizzazione 56-67; Maggio/Giugno.

Tale modello si affianca a quello di amministrazione razionale fondato sul bilancio (Puddu, 2001) integrato (Rainero et al., 2016) che, incrociando gli aspetti della gestione e le fasi della gestione, identifica i documenti di bilancio di programmazione, esecuzione e controllo che devono essere sviluppati (Tabella 1).

Aspetti della Gestione	Fasi della Gestione		
	Programmazione	Esecuzione	Controllo
FINANZIARIO	Preventivo finanziario	Rilevazioni di contabilità	Rendiconto finanziario
Impieghi Fonti <i>Variatione finanziaria</i>			
PATRIMONIALE	Stato patrimoniale preventivo	Rilevazioni di contabilità	Stato patrimoniale consuntivo
Attivo Passivo <i>Netto</i>			
ECONOMICO	Conto economico preventivo	Rilevazioni di contabilità	Conto economico consuntivo
Costi Proventi <i>Utile</i>			
SOCIALE	Programmazione sociale	Contabilità non finanziaria (Social Accounting)	Rendicontazione Sociale
Esternalità Impatto sociale			
Quadratura/Rilevanza	Bilancio (integrato) preventivo	Contabilità Integrata	Bilancio (integrato) consuntivo

Tabella 1 - Amministrazione razionale fondata sul bilancio

Fonte: Rainero, C, Puddu, L., & Migliavacca, A. (2016). Aziende, Amministrazione Razionale e Impatto Sociale. Il Governo aziendale tra tradizioni e innovazione. XII Aziende Non-Profit Etica e responsabilità sociale – Società Italia di Ragioneria e di Economia Aziendale ISBN: 9788891736604

La tabella esplicita i documenti inerenti alle singole fasi della gestione, focalizzati sotto gli aspetti della gestione sopra enunciati. Per quanto concerne l'aspetto finanziario, l'ambito di analisi sono gli impieghi e le fonti finanziarie, con la relativa variazione finanziaria; sotto l'aspetto patrimoniale, l'ambito di analisi sono le poste attive e passive di patrimonio, con la relativa differenza (il Patrimonio Netto); sotto l'aspetto economico, l'ambito di analisi sono i costi e i proventi, la cui differenza è rappresentata dal risultato d'esercizio (utile/perdita). Tutti gli aspetti devono essere analizzati a preventivo e consuntivo e monitorati attraverso le rilevazioni di contabilità.

In un processo basato sulla Clinical Governance, gli aspetti gestionali evidenziati e i documenti legati alla fase della gestione forniscono un canovaccio per valutare dalla fase di programmazione alla fase di controllo sia l'effettiva ricaduta della formazione sull'azienda, sia la dimensione correlata all'output che le scelte manageriali possono avere su qualità organizzativa, strutturale e di cura del sistema (Biancone et al., 2017a) anche attraverso il Bilancio integrato, un sistema di contabilità integrata e un bilancio consuntivo integrato. Sia le fasi legate alla contabilità ordinaria che quelle legate alla contabilità integrata necessitano di nuovi indicatori. Spesso spostando sul personale il costo dei corsi per manager e direttori non vi è un processo di reale rendicontazione degli input e degli output legati sia a elementi contabili che extracontabili. Senza elementi di qualità non è possibile valutare effettivamente la ricaduta della formazione sull'organizzazione. Pertanto, non è possibile valutare se effettivamente è

umentata la qualità delle cure grazie ai cambiamenti e alle politiche intraprese o sono diminuiti i costi mantenendo i LEA a livelli costanti. Il processo di rendicontazione è utile solo se tutte le fasi del processo a partire dal budgeting sono state seguite evidenziando in maniera chiara i principali risultati e fornendo elementi di confronto e di analisi anche grafica, tali elementi dovrebbero inoltre essere confrontati nel tempo in base a benchmarking di sistema e a serie storiche (Beretta, 2018; Brescia, 2019). Dall'analisi condotta sono presenti diverse lacune che possono essere sanate dalle evidenze fornite dalla letteratura e integrate grazie al modello di Kirkpatrick (Kaufman, 1994; Kirkpatrick et al., 1975, 1987, 2007; Watkins, 1998; Brinkerhoff, 1988; Bates, 2004). Secondo la sua teoria Ogni fase della formazione ha una sua importanza, e ciascuna fase ma sono fortemente connessi uno con l'altro, al punto che solo una piena soddisfazione del livello precedente genera esiti positivi in quello immediatamente successivo. La prima fase è la "reazione", ovvero l'opinione dei destinatari dell'attività relativamente all'intero progetto o a una parte di esso.

L'obiettivo è di misurare la soddisfazione, il gradimento ed il tasso di interesse del personale coinvolto e dei tutor. Gli elementi di rilevanza nella valutazione della reazione sono diversi. Innanzitutto, aiuta l'erogatore a migliorare la qualità del processo formativo, incidendo sulla sua efficacia. Inoltre, offre un sistema di partecipazione ai soggetti formati, che sono chiamati a fornire un feedback sull'attività e quindi, in un certo senso, a giudicare l'operato dello staff dell'erogatore. Ancora, permette di reperire informazioni e dati utili sia al management sia ai progettisti nelle decisioni future. Per ciò che riguarda la metodologia adottata per la valutazione ed i relativi strumenti, il modello propone l'utilizzo di un modulo standard, rigorosamente anonimo, che richiede valutazioni qualitative scalari, in forma di domande chiuse, associate a domande aperte che stimolano il soggetto a fornire suggerimenti e commenti personali. La seconda fase del Modello di Kirkpatrick è l'"apprendimento". Valutarlo equivale a misurare quali conoscenze sono state trasmesse ai partecipanti, quali abilità sono state sviluppate e quali atteggiamenti sono stati modificati.

La rilevanza, in questo caso, è data da un lato dalla possibilità di ottenere informazioni sull'efficacia delle metodologie utilizzate, dall'altra dall'opportunità di verificare i risultati dell'analisi sulla reazione anche sotto un profilo concettuale.

Quanto alle metodologie, il modello indica l'utilizzo di test da somministrare prima e dopo l'attività ad ogni individuo, quando possibile in forma anonima (in questo caso, a differenza del livello di reazione, la forma anonima non è condizione indispensabile in quanto vi è minore pericolo di volute distorsioni nelle risposte), utilizzando preferibilmente gruppi di controllo per isolare il più possibile gli effetti della formazione dalle inferenze ambientali e contestuali. La terza fase è il "comportamento sul lavoro", che riguarda invece l'effettivo utilizzo sul posto di lavoro delle capacità acquisite. Si deve cioè verificare quali cambiamenti nel comportamento lavorativo sono attribuibili al trasferimento delle competenze acquisite mediante la formazione.

L'effettivo utilizzo di capacità, abilità e conoscenze non è sempre collegato, infatti, alla loro assimilazione. Come nel livello precedente, anche in questo caso si procede ad una valutazione preformazione e ad una successiva.

Non è sempre possibile, tuttavia, condurre un'analisi del comportamento lavorativo a monte, né è sempre possibile ricavare i dati necessari da valutazioni registrate internamente dall'azienda in questione. Spesso quindi si rende necessario procedere solo con la valutazione a posteriori e confrontarne i risultati con dati di comportamento derivati da interviste ai soggetti stessi e ad altri membri dell'organizzazione. Al fine di conferire maggior valore all'analisi,

quando è necessario ricorrere a interviste per i dati a monte il modello consiglia l'utilizzo di fonti multiple e provenienti da ambiti diversi (ad esempio lavoratori coinvolti, colleghi, supervisori e manager). Oltre a quello delle interviste, per la raccolta dei dati è possibile utilizzare anche in questo caso il metodo del questionario, più pratico e meno dispendioso in termini di tempo e risorse, ma anche meno preciso e meno dettagliato. In termini dimensionali, la valutazione a livello di comportamento sul lavoro può essere condotta su tutti gli individui partecipanti al progetto o su un campione di questi.

Per ciò che riguarda le tempistiche e le ripetizioni dei test di verifica, il modello propone di condurli più volte dopo il termine dell'attività formativa, in modo da rilevare cambiamenti che si presentano nel medio periodo (dopo 3-6 mesi dalla chiusura dell'iniziativa) e non solo quelli che possono essere generati nell'immediato. Il quarto livello del modello di Kirkpatrick è dato dai "risultati finali", ovvero dall'impatto sull'organizzazione, in termini di performance, delle attività svolte. In questo caso, l'inferenza di fattori esterni può risultare decisiva nella misurazione di dati relativi all'azienda nel suo complesso, per cui il modello propone per questo livello l'utilizzo sistematico di gruppi di controllo. Tuttavia, l'evidenza storica suggerisce quantomeno una difficoltà nella conduzione di questo tipo di analisi, dovuta anche alle tempistiche poco chiare e troppo imprevedibili in cui un miglioramento nel comportamento lavorativo si riflette in risultati positivi per l'organizzazione.



Figura 6 - Modello di amministrazione razionale della formazione adattato al modello di Kirkpatrick

Fonte: elaborazione propria su dati regionali

Pertanto, il modello di amministrazione razionale secondo il Ciclo di Deming, visto precedentemente, si può riadattare e modellare figura 6 per incrementare la ricaduta della

formazione manageriale sul sistema attribuendo a ciascun momento della gestione del corso una fase del Modello di Kirkpatrick.

Nella prima fase, è prevista la definizione dei macro-fattori di intervento, che verranno integrati con gli ambiti specifici (specialità o competenze trasversali) di ogni struttura sanitaria (ASL, Azienda sanitaria, presidi e centri privati accreditati), stabiliti nel Piano Formativo. Durante la seconda fase, il processo avvia la micro-progettazione, ovvero ciascuna struttura o ente si occupa di individuare il numero di corsi, la struttura, il numero di ore, il materiale, la tariffa per ogni docente e i costi indiretti (riscaldamento, luce, gas, elettricità, ecc.). Tutti questi elementi costituiscono il budget e permettono anche di definire i costi standard per ogni giornata formativa. Un aspetto importante da tenere in considerazione in questa fase è la ricaduta sia in termini economici (ROI) sia in termini di competenza acquisita in sede di micro-progettazione con i costi standard individuati. La terza fase riguarda l'erogazione della formazione. In questo ambito, per agevolare il percorso formativo, è essenziale costruire percorsi standardizzati anche attraverso l'ausilio dei sistemi di qualità. In questa fase, risulta essere importante anche misurare le performance intermedie, attraverso strumenti di valutazione economica, come ad esempio la variazione dei costi standard e dei costi effettivi, rapportando i propri risultati con quelli delle altre Regioni, alla ricerca di scostamenti per ogni singolo evento. Per ciò che riguarda la quarta fase, essa viene attuata attraverso una valutazione ex ante, in itinere ed ex post, quest'ultima in modo più specifico attraverso il modello di Kirkpatrick. Dall'analisi condotta sul campione sarà inoltre necessario integrare nella prima fase la valutazione del background di ciascun discente e mappare durante tutto il percorso l'incremento delle conoscenze del singolo soggetto. Il Consiglio di qualità dovrebbe essere instaurato e insediarsi nella terza fase (che prevede una ripartizione dei tempi durante l'esecuzione) e la quarta fase. Sempre nella terza fase sarà necessario introdurre elementi di valutazione informare come videoconferenze e confronto tra pari per migliorare la ricaduta e le capacità individuali. Nella seconda fase dovrebbe già essere definito un glossario comune associato a ciascun corso definito nel piano e dalla terza fase un glossario per ciascun gruppo e ciascuna lezione.

Il gruppo di lavoro ha, secondo le indicazioni della letteratura, strutturato un questionario per registrare l'effettiva ricaduta sul comportamento sul posto di lavoro e sul sistema in termini di performance. Lo strumento utilizzato è composto da diversi item, raggruppati in sezioni. Ogni sezione indaga su diversi aspetti del corso di formazione e raccoglie dati utili per rispondere alle esigenze del modello di Kirkpatrick. Il modello di questionario proposto (Brescia, 2017) è diviso in diverse parti. Come si può notare, la prima parte del questionario è di carattere generale. La sezione A) è utile per comprendere se le attese dei formati, nei confronti del corso, si sono rivelate o meno fondate. Inoltre, si cerca di chiarire se le informazioni, che sono pervenute ai partecipanti, siano risultate essere in linea col programma, gli obiettivi e i risultati attesi. Questa sezione del questionario, rispetto al modello di Kirkpatrick, riguarda la valutazione del gradimento (prima fase). Nella sezione B) viene analizzata la qualità della didattica percepita dai discenti. Con queste domande si sta cercando di capire se tutti gli aspetti del corso sono risultati congruenti con il bisogno "formazione" e se anche i contenuti, i metodi, l'ambiente e la valutazione finale siano stati pensati in modo coerente, per poter preparare al meglio i corsisti. Questa fase del questionario fa ancora parte del primo livello o fase del modello di Kirkpatrick (reaction). Grazie alle domande contenute nella sezione C), si comprende se i discenti hanno percepito un miglioramento delle competenze nello svolgere le loro mansioni,

dovuto al processo formativo che è stato somministrato. Naturalmente, a questi dati vanno affiancati anche ai risultati delle valutazioni ricavate al termine del corso, per poter avere un quadro chiaro della misura dell'apprendimento messa in atto durante la formazione. Questa sezione ha lo scopo di raccogliere le informazioni relative alla valutazione dell'apprendimento del modello di Kirkpatrick. Con la sezione D) si ricavano dati sui risultati individuali prodotti. Naturalmente, come per il gruppo di quesiti C), tali risposte devono essere affiancate ai risultati della prova finale, al fine di comprendere se realmente si sono ottenuti, ed in che misura, i risultati sperati. I quesiti sopra elencati riguardano anch'essi il secondo livello o fase del modello di Kirkpatrick. Le domande della sezione E) non fanno più riferimento, come in precedenza, al corso di formazione, ma in questo caso si cerca di capire se, dopo la formazione, vi sono stati dei cambiamenti a livello organizzativo sul proprio posto di lavoro. Ciò risulta essere una valutazione di grande rilievo per l'organizzazione stessa, perché permette di verificare se il corso di formazione ha prodotto i miglioramenti organizzativi sperati. Come logico, i dati raccolti in questa fase riguardano la valutazione del comportamento (livello o fase 3 di Kirkpatrick). Per mezzo della sezione F) si valuta l'impatto che del corso sull'organizzazione in cui operano i discenti. Questa valutazione non è più basata sulla percezione del corsista, bensì mira a ricavare dei dati oggettivi sui risultati maturati a seguito del corso di formazione. Tali risultati riguardano il quarto livello o fase di valutazione del modello di Kirkpatrick (valutazione dei risultati). Le ultime due domande sono utili per ottenere importanti informazioni finalizzate al miglioramento del corso di formazione e dello strumento stesso.

4 – Conclusioni

Il modello proposto in questo articolo è rivolto a tutte le aziende pubbliche regionali, ai quali compete per legge l'erogazione dei corsi di formazione manageriali in sanità. Lo scopo di tale modello è quello di programmare, eseguire e valutare i corsi di formazione in maniera efficiente. Il modello e gli strumenti che sono stati presentati sono pronti per essere messi in pratica, ma lo scoglio più grande, che ancora non si è riuscito a superare, riguarda la raccolta dei dati relativi alla valutazione e ricaduta economica e sul sistema. Per ottenerli ed averli a disposizione in maniera chiara e di semplice consultazione, è necessario applicare i principi dell'amministrazione razionale e della contabilità analitica sia sul corso che sulla struttura sanitaria (Puddu et al. 2017; Kirkpatrick, 1987, 2007, 2009). Con l'introduzione della contabilità analitica negli enti pubblici, si potrebbe comprendere con esattezza quali costi sono stati sostenuti per la formazione manageriale dei direttori generali, sia a livello nazionale sia a livello locale, e al contempo rintracciare tutte le voci di ricavo o valore aggiunto che sono correlate alla formazione stessa. Con questi dati risulterebbe molto agevole calcolare il ROI della formazione. Inoltre, per mezzo della conformazione ciclica, il modello di amministrazione razionale punta ad evolversi e a migliorarsi nel tempo. In sostanza, più viene utilizzato, più vengono apportati miglioramenti alle sue fasi, divenendo sempre più preciso e mirato. Proprio grazie a questa proprietà, può essere facilmente apprezzato, poiché dotato di un sistema rivolto al miglioramento continuo dell'intero processo. L'analisi condotta, nonostante non sia riuscita a mappare l'intero territorio italiano permette già di tratte importanti conclusioni. Sono assenti nella formazione manageriale erogata diversi aspetti di processo che risultano importanti ed essenziali per la letteratura esaminata e che richiedono nuovi approcci per colmare i gap individuati. Tali evidenze hanno portato alla proposta di integrazione del modello di amministrazione razionale secondo le indicazioni del Modello di Kirkpatrick. La definizione

dell'albo nazionale per i direttori generali di aziende sanitarie locali affiancato all'albo regionale dei soggetti qualificati per svolgere attività di direzione amministrativa e sanitaria hanno bisogno di mettere in campo nuovi strumenti di controllo di gestione per evitare una dispersione delle risorse e valutare la ricaduta delle politiche definite e tradotte dalla formazione manageriale erogata. La multidisciplinarietà nei processi gestionali e clinici, così come il bisogno di ridurre le risorse impiegate in sanità nel tempo richiedono nuovi approcci metodologici e strumenti multidisciplinari per poter incrementare l'efficacia della clinical governance adottata fino ad oggi grazie all'aziendalizzazione del pubblico.

5 – Ringraziamenti

Si ringrazia lo studente Andrea Giangregorio, laureato in Business & Management presso la Scuola di Management e Economia di Torino, per aver assistito il gruppo di ricerca nelle fasi di raccolta delle informazioni.

REFERENCES

- AGENAS (2013). *Archivio: Andamento della spesa 2008-2013*. <http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/spesa-sanitaria/monitoraggio-della-spesa-sanitaria>
- Aluttis, C., Van den Broucke, S., Chiotan, C., Costongs, C., Michelsen, K., & Brand, H. (2014). *Public health and health promotion capacity at national and regional level: a review of conceptual frameworks*, *Journal of public health research*, 3(1).
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). *Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration?*, *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(4), 360-367.
- Bates, R. (2004). *A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence*, *Evaluation and program planning*, 27(3), 341-347.
- Beretta, V. (2018). *Il Processo ei Principi di Rilevazione. La teoria della rilevazione aziendale, nel pensiero di Piero Mella*, *Economia Aziendale Online*, 9(1), 91-113.
- Biancone, P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2016). *Popular report and Consolidated Financial Statements in public utilities. Different tools to inform the citizens, a long journey of the transparency*, *International Journal of Business and Social Science*, 7(1).
- Biancone, P. P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2016). *The Popular Financial Reporting: Focus on Stakeholders—The first European Experience*, *International Journal of Business and Management*, 11(11), 115.
- Biancone, P. P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2017). *Popular financial reporting: Results, expense and welfare markers*, *African Journal of Business Management*, 11(18), 491-501.
- Biancone P., Vania T., Brescia V., Migliavacca A. (2017a). *Quality and control in the healthcare: a win-win mix?*, *International Journal of Business and Social Science*, Vol 8 n.7, July SSN 2219-1933 (Print), 2219-6021 (Online).
- Boni, S., Grandi, S., & La Rosa, M. (Eds.). (1999). *La formazione del management sanitario (Vol. 40)*, FrancoAngeli.
- Brenna, A. (1992). *L'economia sanitaria nella formazione manageriale: prospettive e problemi*, *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 29-40.
- Brescia V.; Rainero C.; Puddu L.; Gualano M.R.; Bert F. (2016). *La formazione come strumento di management nella sanità*, *Sviluppo & Organizzazione* 56-67; Maggio/Giugno.
- Brescia, V., Rainero, C., Puddu, L., Tradori, V., Secinaro, S., Indelicato, A., ... & Gualano, M. R. (2017). *Italian Health Care System: Methodology Suggestion for the Financial Equilibrium and Essential Level of Care*, *Business, Management and Economics Research*, 3(4), 40-51.
- Brescia V. (2017, March 1). *Questionario di valutazione sulla ricaduta dell'attività di formazione manageriale svolta dai direttori in carica*, Zenodo. <http://doi.org/10.5281/zenodo.2549354>
- Brinkerhoff, R. O. (1988). *An integrated evaluation model for HRD*, *Training & Development Journal*, 42(2), 66-69.
- Borgonovi, E., & Fattore, G. (2001). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI.
- Brescia, V. (2019). *The popular financial reporting: new accounting tool for Italian municipalities*, Franco Angeli.
- Brusa, L., & Dezzani, F. (1983). *Budget e controllo di gestione*, Giuffrè.
- Callaly, T., Arya, D., & Minas, H. (2005). *Quality, risk management and governance in mental health: an overview*, *Australasian Psychiatry*, 13(1), 16-20.
- Campbell, R. J. (2008). *Change management in health care*, *The health care manager*, 27(1), 23-39.
- Carter, S., Garside, P., & Black, A. (2003). *Multidisciplinary team working, clinical networks, and chambers; opportunities to work differently in the NHS*, *BMJ Quality & Safety*, 12(suppl 1), i25-i28.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". (GU Serie Generale n.4 del 07-01-1994 - Suppl. Ordinario n. 3).

- Decreto 17 maggio 2002. Individuazione delle prestazioni sanitarie esenti dall'applicazione dell'imposta sul valore aggiunto. (GU Serie Generale n.189 del 13-08-2002).
- Decreto 2 agosto 2000. Modificazioni ed integrazioni alle tabelle delle equipollenze e delle affinità previste, rispettivamente, dal decreto ministeriale 30 gennaio 1998 per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario e dal decreto ministeriale 31 gennaio 1998 per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.193 del 19-08-2000).
- Decreto Legislativo 4 agosto 2016, n. 171 Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria. (16G00185) (GU Serie Generale n.206 del 03-09-2016)
- Degeling, P. J., Maxwell, S., Iedema, R., & Hunter, D. J. (2004). *Making clinical governance work*, Bmj, 329(7467), 679-681.
- Del Gesso, C. (2014). *La visione sistemica dell'azienda sanitaria pubblica. Tendenze evolutive dell'organizzazione, della gestione e della rilevoazione nel sistema di tutela della salute*.
- Del Vecchio, M., & Prandi, F. (2004). *Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario*, Mecosan, 13(52), 99-106.
- Doppelt, B. (2017). *Leading change toward sustainability: A change-management guide for business, government and civil society*, Routledge.
- European Commission (2014). *The third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020*. Available from:http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0017_en.htm
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). *Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change*, The Milbank Quarterly, 79(2), 281-315.
- Ferrero, G. (1968). *Istituzioni di economia d'azienda*, Giuffrè.
- Ferrero G. (1987). *Impresa e Management*. Giuffrè, Milano.
- Firth-Cozens, J., & Mowbray, D. (2001). *Leadership and the quality of care*, BMJ Quality & Safety, 10(suppl 2), ii3-ii7.
- Flynn, R. (2002). *Clinical governance and governmentality*, Health, risk & society, 4(2), 155-173.
- Freeman, R. E., Harrison, J. S., Wicks, A. C., Parmar, B. L., & De Colle, S. (2010). *Stakeholder theory* (p. 362), Cambridge: Cambridge University Press.
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). *Implementing clinical governance: turning vision into reality*, Bmj, 322(7299), 1413-1417.
- Jackson, S. E. (1996). *The consequences of diversity in multidisciplinary work teams*, Handbook of work group psychology, 53-75.
- Johnson, C. N. (2002). *The benefits fo PDCA*, Quality Progress, 35(5), 120.
- Kaufman, R., & Keller, J. M. (1994). *Levels of evaluation: beyond Kirkpatrick*, Human Resource Development Quarterly, 5(4), 371-380.
- Kirkpatrick, S., Gelatt Jr, C. D., & Vecchi, M. P. (1987). *Optimization by simulated annealing*. In *Spin Glass Theory and Beyond: An Introduction to the Replica Method and Its Applications* (pp. 339-348).
- Kirkpatrick D.L. (1975). *Evaluating training programs*, Tata McGraw-Hill Education.
- Kirkpatrick, D. (2007). *The four levels of evaluation* (No. 701), American Society for Training and Development.
- Kirkpatrick, D. L. (2009). *Implementing the Four Levels: A Practical Guide for Effective Evaluation of Training Programs: Easyread Super Large 24pt Edition*, ReadHowYouWant. com.
- Filosa Martone, R. (2001). *La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica*, Giappichelli, Torino.
- Flynn, R. (2002). *Clinical governance and governmentality*, Health, risk & society, 4(2), 155-173.

- Gallagher, J. D., & Smith, D. H. (1997). *Applying total quality management to education and training: A US case study*, International Journal of Training and Development, 1(1), 62-71.
- Hinna, L. (2004). *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze*, Franco Angeli.
- ISTAT (2017). *Il nuovo sistema dei conti della sanità per l'Italia*. <https://www.istat.it/it/archivio/201748>
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*, London: Sage.
- Lamb, B. W., Sevdalis, N., Mostafid, H., Vincent, C., & Green, J. S. A. (2011). *Quality improvement in multidisciplinary cancer teams: an investigation of teamwork and clinical decision-making and cross-validation of assessments*, Annals of surgical oncology, 18(13), 3535-3543.
- Lamb, B. W., Sevdalis, N., Arora, S., Pinto, A., Vincent, C., & Green, J. S. (2011a). *Teamwork and team decision-making at multidisciplinary cancer conferences: barriers, facilitators, and opportunities for improvement*, World journal of surgery, 35(9), 1970-1976.
- Lanceley, A., Savage, J., Menon, U., & Jacobs, I. (2008). *Influences on multidisciplinary team decision-making*, International Journal of Gynecological Cancer, 18(2), 215-222.
- Lusa, C., Puddu, L., Rainero, C., & Scagliola, L. (2016). *La certificazione dei processi amministrativi nelle aziende sanitarie (Vol. 6)*, G Giappichelli Editore.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*, Quality and Safety in Health Care, 12(suppl 2), ii17-ii23.
- Mapelli, V., De Stefano, A., Compagnoni, V., Gambino, A., & Ceccarelli, A. (2007). *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez, 57.
- McAlearney, A. S. (2006). *Leadership development in healthcare: a qualitative study*. Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior, 27(7), 967-982.
- Mercurio, R., & Martinez, M. (2010). *Modelli di governance e processi di cambiamento nelle public utilities*, Franco Angeli.
- Mintzberg, H. (2005). *Developing theory about the development of theory*. Great minds in management: The process of theory development, 355-372.
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2014). *Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations*, International journal of health care quality assurance, 27(4), 320-335.
- Nuti, S. (2008). *Il sistema di valutazione della performance in sanità*, Bologna: Il Mulino.
- Pammolli, F., & Salerno, N. C. (2010). *I numeri del Federalismo in Sanità. Benchmarking e Standard su profili di spesa per età*, Fondazione Cerm, working paper, (3).
- Pammolli, F., & Salerno, N. C. (2004). *La definizione operativa dei Lea 'chiave di volta' del federalismo*, Note CERM, 9(04).
- Panozzo, F. (Ed.). (2005). *Pubblica amministrazione e competitività territoriale: il management pubblico per la governance locale (Vol. 582)*, FrancoAngeli.
- Pfeiffer, S. I., & Naglieri, J. A. (1983). *An investigation of multidisciplinary team decision-making*, Journal of Learning Disabilities, 16(10), 588-590.
- Puddu L. (2001). *Ragioneria Pubblica. Il bilancio degli enti locali*, Giuffrè, Milano.
- Puddu L., Büchi G., Biancone P.P., Rainero C., Secinaro S., Tradori V., Migliavacca A., Indelicato A., Brescia V., Bignamini E., Cappa C., Ruffino E.D., Zollesi G. (2017). *Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e Valorizzazione Sociale*, In-DIPENDENZE, Boves, Italy
- Puddu, L. (Ed.). (2011). *Elementi essenziali per la predisposizione e la certificazione del bilancio delle aziende sanitarie*, Giuffrè Editore.
- Puddu, L., Indelicato, A., Pollifroni, M., Rainero, C., Secinaro, S., Sorano, E., & Tradori, V. (2014). *Appunti di «Ragioneria pubblica applicata»*, Celid, Torino, Italy.

- Rainero, C., & Brescia, V. (2016). *Corporate Social Responsibility» and «Social Reporting»: The Model of Innovation «Piedmont Method*, International Journal Series in Multidisciplinary Research (IJSMR)(ISSN: 2455-2461), 2(3), 18-40.
- Romolini, A. (2007). *Accountability e bilancio sociale negli enti locali (Vol. 34)*, FrancoAngeli.
- Rotondi, M. (2004). *Facilitare l'apprendere: modi e percorsi per una formazione di qualità (Vol. 1)*, FrancoAngeli.
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). *Looking forward: clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ: British Medical Journal, 317(7150), 61.
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). *Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance*, Health policy, 90(1), 13-25.
- Sokovic, M., Pavletic, D., & Pipan, K. K. (2010). *Quality improvement methodologies—PDCA cycle, RADAR matrix, DMAIC and DFSS*, Journal of achievements in materials and manufacturing engineering, 43(1), 476-483.
- Soverchia, M. (2008). *L'armonizzazione contabile delle amministrazioni pubbliche. Attori, processi, strumenti (Vol. 83)*, Giuffrè Editore.
- Stieb, J. A. (2009). *Assessing Freeman's stakeholder theory*, Journal of Business Ethics, 87(3), 401-414.
- van Rossum, L., Aij, K. H., Simons, F. E., van der Eng, N., & ten Have, W. D. (2016). *Lean healthcare from a change management perspective: The role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre*, Journal of health organization and management, 30(3), 475-493.
- Wallick, W. G., & Stager, K. J. (2002). *Healthcare managers' roles, competencies, and outputs in organizational performance improvement/Practitioner response*, Journal of Healthcare Management, 47(6), 390.
- Watkins, R., Leigh, D., Foshay, R., & Kaufman, R. (1998). *Kirkpatrick plus: Evaluation and continuous improvement with a community focus*, Educational Technology Research and Development, 46(4), 90-96.
- Weiner, B. J., Shortell, S. M., & Alexander, J. (1997). *Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership*, Health services research, 32(4), 491.
- WHO Regional Office for Europe (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Available from:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf