

IL PROCESSO DI BUDGET E L'INTERIORIZZAZIONE DEI VALORI: IL CASO DI UN OSPEDALE ITALIANO

Cristiana Cattaneo, Gaia Bassani¹

1. Introduzione

Una recente review sul ruolo del budget in contesti pubblici evidenzia come la maggioranza degli studi abbia ad oggetto la funzione manageriale (i.e. assegnare gli obiettivi ai manager e renderli responsabili sul loro raggiungimento) e intra-organizzativa dello strumento. Il budget, infatti, è per lo più visto come un intermediario politico nelle negoziazioni e allocazioni di potere e risorse, come uno strumento indispensabile di governance e gestione, per programmare, decidere, guidare e controllare e come un essenziale canale di accountability per promuovere trasparenza e coinvolgere gli stakeholder (Anessi-Pessina et al., 2016).

La complessità organizzativa delle aziende sanitarie (Glouberman e Mintzberg, 2001) rende necessario in tali contesti l'utilizzo del budget, come di altri controlli formali, per orientare i comportamenti dei membri verso il perseguimento di obiettivi comuni (Vagnoni e Maran, 2013; Flamholz et al., 1985). I controlli informali in tali contesti sembrano invece funzionare meno poiché si rilevano obiettivi contrastanti ed esigenze di accountability (Abernethy e Vagnoni, 2004).

Il budget può servire a molteplici obiettivi, tra i quali motivare i membri dell'organizzazione ed esprimere conformità ai valori dell'organizzazione stessa (Covaleski et al., 2003). Gli studi che hanno analizzato tali ruoli del budget hanno anche evidenziato, in una prospettiva psicologica, gli "human problems with budgets" (Marginson e Ogden, 2004, p. 436). Infatti, adottando tale prospettiva, le variabili più frequentemente associate allo studio del ruolo del budget sono riferibili agli stati mentali, quali gli atteggiamenti, la motivazione, la soddisfazione e lo stress (Chenhall, 2007; Covaleski et al., 2003). Nonostante l'evoluzione della concettualizzazione e dell'analisi delle variabili che rendano il budget un sistema enabling (nell'accezione di Adler e Borys, 1996), si è ancora distanti dall'avere delle conclusioni senza incorrere nei problemi che Hopwood (1972) menziona in riferimento agli stili di supervisione coercitiva associati al budget (Marginson e Ogden, 2005).

¹ Università degli Studi di Bergamo

Con l'obiettivo di indagare come il budget possa essere uno strumento di interiorizzazione dei valori aziendali in riferimento all'integrazione tra professionisti in un ospedale pubblico italiano, il presente lavoro adotta la teoria c.d. self-determination. Tra le teorie che hanno promosso il concetto di interiorizzazione dei valori come un processo centrale della socializzazione, la self-determination theory precisa come le condizioni del contesto di lavoro siano collegate all'interiorizzazione dei valori (Ryan, 1995; Ryan e Deci, 2000). Il riferimento al controllo organizzativo come l'insieme dei tentativi per mezzo dei quali l'organizzazione intende aumentare la probabilità che gli individui e i gruppi si comportino in linea con gli obiettivi organizzativi (Flaholz et al., 1985) consente di eleggere il controllo organizzativo, e in particolare il budget, ad una caratteristica determinante del contesto di lavoro. Inoltre, tale teoria intende l'interiorizzazione dei valori come il grado con il quale i subordinati hanno accettato e fatto propri i valori dei manager.

L'analisi empirica è stata svolta in una struttura ospedaliera organizzata per intensità di cura e orientata al controllo sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate e all'efficienza dei processi interni. L'orientamento all'intensità di cura implica un costante equilibrio delle risorse a seconda del bisogno clinico-assistenziale del paziente, la promozione di un'offerta assistenziale modulare e l'ottimizzazione dell'attività chirurgica per liberare capacità produttiva (Alesani et al., 2006). Le informazioni sono state raccolte attraverso l'impiego di molteplici metodi di indagine dal 2013 al 2016. A fine 2013 sono state condotte interviste semi-strutturate a diversi ruoli aziendali e nel 2014 è stato erogato un questionario rivolto a 101 coordinatori infermieristici. Dal 2013 ai primi mesi del 2016 sono stati raccolti documenti e annotate conversazioni informali inerenti il percorso di budget e la percezione di interiorizzazione dei valori del personale.

Il paper sviluppa un framework concettuale al paragrafo 2, specifica i metodi di analisi al paragrafo 3, descrive i primi risultati al paragrafo 4 e conclude discutendo le evidenze empiriche alla luce del percorso teorico nel paragrafo 5.

2. Framework concettuale

Con riferimento allo studio del budget secondo un approccio psicologico, la self-determination theory intende spiegare perché le condizioni contestuali minano o rafforzano l'interiorizzazione dei valori e quali condizioni di contesto favoriscono tale interiorizzazione (Deci e Ryan, 1985). Nella self-determination theory, Ryan e Deci (2000) distinguono differenti tipologie di motivazione basate su molteplici ragioni o obiettivi che stimolano l'agire. La

basilare distinzione che i due autori propongono riguarda la motivazione intrinseca, che si riferisce all'agire mosso da qualcosa che è spontaneamente interessante o divertente, e quella estrinseca, che si riferisce al fare qualcosa che porta ad un risultato scindibile da ciò che l'individuo ritiene di interesse. La motivazione estrinseca, nella nostra concettualizzazione associabile a valori e obiettivi dell'organizzazione distanti da quelli dell'individuo, può essere interiorizzata ed essere quindi assimilata ad una motivazione intrinseca (Gagné e Deci, 2005). Tale percorso di interiorizzazione rappresenta l'assimilazione attiva delle azioni che in origine sono esterne alla propria volontà (Deci et al., 1994). Per tale via, le motivazioni estrinseche, e quindi i valori e gli obiettivi dell'organizzazione, sono integrate con quelle intrinseche, ossia i valori e gli obiettivi di ogni membro.

Flamholtz et al. (1985) precisano come la congruenza degli obiettivi rappresenti il fondamento teorico dell'efficacia organizzativa, molto più della congruenza tra le azioni o i risultati. Questi ultimi, infatti, non possono essere controllati in toto da nessuna entità sociale, sia essa un individuo, un gruppo di individui, o un'organizzazione.

Numerosi studi in campo psicologico hanno dimostrato come la motivazione intrinseca (e quindi anche l'interiorizzazione della motivazione estrinseca) si verifica più facilmente quando vi sono condizioni contestuali che soddisfano i bisogni di autonomia, come la presenza di processi di delega e l'assenza di obiettivi organizzativi troppo sfidanti e rigidi, i bisogni di competenza, ad esempio la presenza di sfide interessanti e feedback positivi, e il senso di appartenenza, come la percezione del supporto e del commitment da parte del supervisore (Ryan, 1995). L'attenzione al bisogno dei membri organizzativi di sentirsi efficaci, di avere una voce e di sentirsi connessi agli altri si verifica in qualsiasi tipologia di organizzazione, nonostante vi siano in ciascuna degli esempi specifici per attivare tali condizioni (Ryan e Deci, 2000).

Poiché il budget "itself represents a dialogue or discourse in which many voices are heard and many parts played" (Colville, 1989, p. 89), ciascuna di queste condizioni può essere rintracciabile in quegli studi di management accounting e control che intendono i sistemi di controllo nell'accezione di controllo organizzativo proposta da Flamholtz et al. (1985). Tali autori sostengono come la *raison d'être* dei sistemi di controllo sia di favorire l'interiorizzazione dei valori e degli obiettivi organizzativi in modo che i membri organizzativi possano di conseguenza agire per il loro perseguimento (rif. all'accezione di controllo organizzativo citata in precedenza).

In termini di autonomia, nella sanità italiana già quasi trenta anni fa si rilevavano richieste di accentuare l'autonomia professionale per i professionisti, attraverso il riconoscimento di una maggiore autonomia gestionale alle unità operative in cui essi svolgono la propria attività (Borgonovi, 1990). Accanto a ciò, già a quel tempo, si sentiva l'esigenza di responsabilizzare gli operatori sul piano economico e di conseguenza su quello organizzativo (Borgonovi, 1990). L'introduzione del budget nelle organizzazioni sanitarie, italiane e non solo, ha pertanto l'obiettivo di meglio razionalizzare entrambe le esigenze (Abernethy e Lillis, 2001; Zavattaro, 1993). I professionisti responsabili delle unità operative percepiscono autonomia quando il budget e i sistemi di misurazione delle performance sono orientati ai risultati poiché consentono di mantenere la desiderata autonomia sui mezzi associati all'esecuzione di complesse attività di cura (Abernethy e Lillis, 2001). In questo modo il personale medico e anche quello infermieristico sentono di preservare la propria professionalità anche se le loro attività vengono traslate in risultati quantificabili (Jonsson e Solli, 1993). Al contempo, il top management riesce a controllare le unità operative nonostante abbia delegato la gestione ai professionisti.

Qualora i professionisti in virtù della loro capacità di gestire in toto i processi core delle "human service organizations" (Abernethy e Stoelwinder, 1995, p. 1) servendosi della loro esperienza e competenza ottengano il controllo anche sui risultati del loro lavoro (Derber e Schwartz, 1991), il top management utilizza il budget come strumento per regolare il potere e l'accresciuto bisogno di autonomia dei professionisti facilitando la condivisione dei valori e degli obiettivi dell'organizzazione attraverso, ad esempio, la partecipazione.

L'imposizione di controlli "amministrativi" nelle aziende sanitarie può provocare l'elusione di tali controlli da parte dei professionisti, nonostante gli indirizzi di efficientamento che i top managers devono attuare siano sempre più pressanti anche in termini di richieste di accountability (Groot, 1999). Per tale via, la partecipazione dei professionisti con responsabilità nelle unità operative alle attività connesse al budget influenza positivamente la loro motivazione (Merchant, 1981; Nouri e Parker, 1998). Tali attività sono riferibili sia alla fase di sviluppo, sia alla fase di controllo degli obiettivi di budget.

Con riferimento alla prima fase, infatti, Adler e Borys (1996) descrivono le "enabling bureaucracies" come organizzazioni ove si rileva la presenza di un alto grado di partecipazione dei membri organizzativi allo sviluppo dei sistemi di controllo. Wouters e Wilderom (2008) adottano la visione di Adler e Borys (1996) e rafforzano la partecipazione allo sviluppo di tali sistemi poiché i controlli implementati devono essere basati sull'identificazione, la

valutazione e l'apprezzamento delle esperienze e delle conoscenze dei membri organizzativi e devono consentire un percorso di sperimentazione in modo che il personale abbia il tempo e il modo di comprendere ed interiorizzare gli obiettivi.

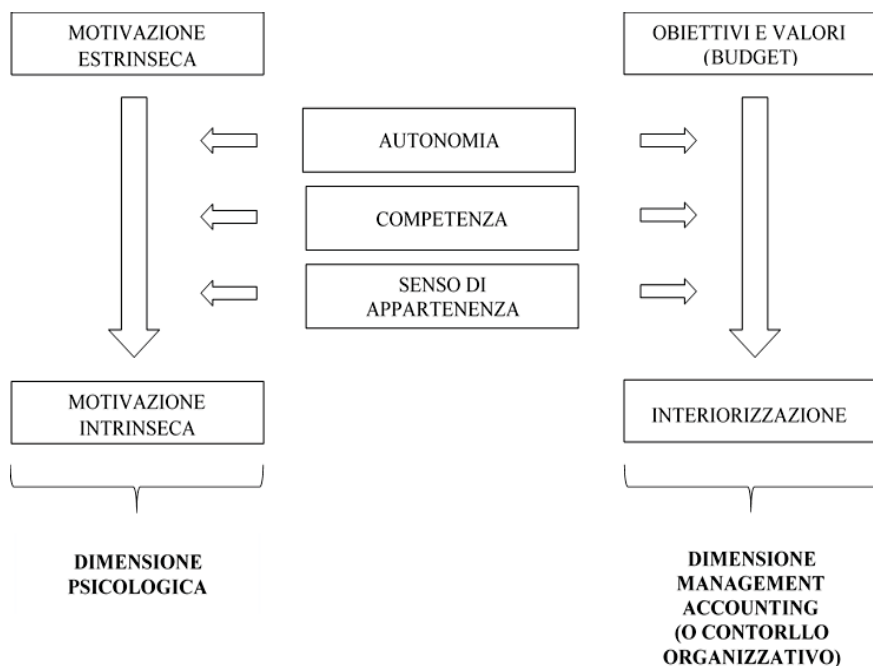
Con riferimento alla fase di controllo del perseguimento degli obiettivi di budget, il coinvolgimento diretto dei professionisti favorisce un'attenzione costante alla realizzazione dei valori e degli obiettivi organizzativi in modo da realizzare scostamenti poco rilevanti (Merchant, 1981). In questo modo il budget può essere anche inteso come un canale per informare le unità operative degli obiettivi delle altre unità.

Il raggiungimento degli obiettivi inseriti nel budget può essere anche interpretato come un segnale della competenza dei professionisti (Maier, 2016; Marginson e Ogden, 2005). Infatti, i professionisti si sentono competenti rispetto ad un'attività se comprendono come attuarla con soddisfazione. I feedback sono parte del sistema di controllo e possono svolgere un importante ruolo di stimolo motivazionale (Marginson e Ogden, 2005), soprattutto quando sono costruttivi (Kluger e deNisi, 1996).

La competenza e la professionalità possono anch'esse essere sviluppate tramite la partecipazione. Wouters e Wilderom (2008) definiscono la professionalità come l'orientamento all'apprendimento con l'obiettivo di migliorare le pratiche lavorative. Infatti, "professionalism may be especially stimulated if self-involvement into departmental improvement efforts is made possible" (Wouters e Wilderom, 2008, p. 495). Per tale via se i membri organizzativi sono inclini a migliorare le loro attività lavorative possono anche accogliere positivamente (in termini di supporto e di sfida) gli obiettivi esplicitati nel budget.

Infine, con riferimento al ruolo che il budget può avere nello stimolare il senso di appartenenza dei professionisti, Wouters e Wilderom (2008) delineano ancora la richiesta di forte coinvolgimento dei membri e di collaborazione con i top manager nel percorso di sviluppo del sistema di controllo. Tale partecipazione può a volte essere minata dalla personalità autoritaria di alcuni professionisti che impedisce la collaborazione (Chenhall, 1986). Nouri e Parker (1998) si riferiscono ad un forte commitment organizzativo come all'accettazione degli obiettivi organizzativi e all'inclinazione di esercitare degli sforzi nell'interesse dell'organizzazione. Qualora i professionisti percepiscano attraverso il budget il supporto e il commitment del top management il loro senso di appartenenza, di conseguenza, aumenta. La figura sottostante riassume il framework concettuale proposto (Fig. 1).

Fig. 1 – Framework concettuale



3. Metodi di raccolta delle informazioni

L'analisi trae spunto dall'interesse di comprendere come un sistema di controllo formale, quale il budget, possa veicolare i valori del management aziendale e favorire l'integrazione dei membri organizzativi. La scelta del contesto di studio in un'azienda ospedaliera lombarda è stata favorita dalla conoscenza del profuso commitment della Direzione Aziendale nel voler diffondere responsabilizzazione e aggregazione approfittando delle sedute di budget.

I metodi di analisi di cui ci si è avvalsi sono molteplici. Le risultanze proposte derivano da alcune interviste effettuate nel 2013 nella struttura ospedaliera e precisamente al Direttore Sanitario (11.11.2013), al Responsabile USSA Controllo di Gestione e Coordinatore Progetti N.O. (14.11.2013) e al Coordinatore Infermieristico a cui era affidato il coordinamento della cabina di regia del blocco operatorio (09.12.2013).

Inoltre, ci si è avvalsi del risultato di un questionario somministrato a 101 professionisti con funzioni di coordinamento nel periodo Maggio-Agosto 2014 in cui si rileva la percezione del percorso di sviluppo del loro ruolo

nella struttura sanitaria oggetto d'indagine. In particolare, tra le varie richieste, si è inteso indagare il grado di coinvolgimento e lo spazio di autonomia percepito nell'esercizio dei principali processi organizzativi e gestionali, tra i quali vi è anche il budget. L'occasione di raccolta dei questionari creata ad hoc dalla Direzione Professioni Sanitarie ha consentito un buon tasso di risposta (83%) con 84 questionari utilizzabili per l'analisi.

I risultati delle interviste e dei questionari sono stati analizzati congiuntamente ad alcuni documenti aziendali, quali ad esempio il POA 2011-2014, delibere e note regionali sul percorso di strutturazione del budget. A complemento sono state annotate alcune osservazioni emerse durante incontri informali con la Direzione delle Professioni Sanitarie e con il Controllo di Gestione.

Il percorso di analisi dei materiali a disposizione, ha tenuto conto della raccolta longitudinale dei materiali, di un'analisi puntuale dei termini utilizzati nelle interviste e negli incontri informali e della rilevazione processuale del coinvolgimento e dell'autonomia all'interno del questionario erogato. Ne è emersa un'evoluzione in termini di responsabilizzazione ed evidenza dell'importanza del ruolo del coordinatore infermieristico per l'organizzazione sanitaria.

4. Caso di studio

L'ospedale indagato è organizzato per facilitare l'efficientamento delle risorse interne e una pronta erogazione della cura con particolare riferimento alle acuzie. L'orientamento alla condivisione degli spazi d'intervento e di degenza e all'ottimizzazione del servizio assistenziale è riferibile all'approccio della struttura per intensità di cura e alta specializzazione. Come descritto nel piano organizzativo aziendale, i professionisti rappresentano il fattore critico di successo e l'ospedale "focalizza il proprio modello di gestione sugli elementi che ruotano attorno ai valori della qualità del servizio, dell'orientamento al risultato, dell'efficacia, dell'efficienza e del senso di appartenenza all'organizzazione, abbandonando tutti i retaggi dell'approccio burocratico". (rif. POA 2011-2014)

La Direzione Aziendale, consapevole di gestire uno degli ospedali più rinomati nel panorama italiano per la soluzione di casi complessi, è alla costante ricerca della valorizzazione del personale medico in primis, ma anche infermieristico e afferente ad altre professioni. Lo stesso Direttore Sanitario (rif. Intervista 11.11.2013) sottolinea la volontà di attuare percorsi strategici focalizzati alla centralità del paziente secondo i suoi bisogni di cura e assi-

stenza. Ciò significa valorizzare le singole professionalità e mitigare i personalismi a beneficio di una appropriata ed efficiente risposta al problema di salute.

Inoltre, l'attuazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali coerenti con tale impostazione richiede una condivisione dei valori tra il personale dedicato alla cura. In vista dell'attuazione di un'organizzazione per intensità di cura, l'azienda ha attivato numerosi progetti in cui personale medico, tecnico ed infermieristico hanno lavorato ogni giorno insieme per migliorare l'efficienza e superare i problemi legati alla condivisione delle risorse (rif. Intervista Responsabile USSA Controllo di Gestione e Coordinatore Progetti N.O. 14.11.2013). Nello stesso periodo, i coordinatori infermieristici hanno partecipato a percorsi formativi per lo sviluppo della loro professione in termini di programmazione, gestione e controllo dei flussi di materiali e risorse afferenti a più specialità (rif. Questionario).

Nel programma formativo particolare attenzione è stata dedicata alla rilevazione di tali flussi all'interno della contabilità analitica aziendale, uno dei principali strumenti di controllo implementato a seguito e in coerenza con le linee guida regionali. Le unità strutturali e i centri di costo individuati sono funzionali anche all'attribuzione di obiettivi quantitativi e qualitativi. Il budget annuale, infatti, si avvale della strutturazione per centri di costo e prevede una compartecipazione di responsabilità tra differenti professionalità. La Direzione Aziendale considera il budget uno degli strumenti di controllo formale dell'organizzazione più efficaci.

La più intensa condivisione di risorse tra diversi centri di responsabilità ha indotto a rivedere l'impianto del budget aziendale non solo in termini di obiettivi, ma anche e soprattutto in termini di realizzazione, monitoraggio intermedio e finale. Rispetto alle linee guida regionali, infatti, il Direttore Generale ha istituzionalizzato il coinvolgimento della Direzione delle Professioni Sanitarie e della Direzione Medica di Presidio e la co-responsabilità dei coordinatori infermieristici nella fase di predisposizione, di negoziazione degli obiettivi e di monitoraggio intermedio e finale dei risultati perseguiti.

In particolare, la Direzione delle Professioni Sanitarie e la Direzione Medica di Presidio sono membri del Comitato di Budget e si occupano, assieme alla Farmacia della costruzione di obiettivi non economici legati alla qualità, alla formazione e alla certificazione. La Direzione Aziendale partecipa al Comitato di Budget fornendo gli orientamenti strategici in coerenza con il piano triennale e il Controllo di Gestione gestisce l'intero processo costruendo degli obiettivi di risultato (i.e. ricavo e costo) coerenti con gli orientamenti della Direzione Aziendale e degli altri componenti. La costruzione degli indicatori confluisce in una prima proposta di budget all'interno della

quale si ritrovano gli obiettivi di attività, qualità e risorse coerenti con le condivisioni avvenute negli incontri del Comitato di Budget. Alcuni degli indicatori proposti sono comuni a più professionisti. Tale ipotesi costituisce la base di discussione e contrattazione con i Dipartimenti aziendali.

In questa fase il Controllo di Gestione incontra, per ogni Dipartimento, il Direttore di dipartimento, il Direttore di unità strutturale (i.e. Primario) e anche il Coordinatore infermieristico. Come anticipato, infatti, ogni Coordinatore infermieristico, rappresentato nel Comitato di Budget dalla Direzione delle Professioni Sanitarie, discute della scheda di budget di propria competenza avanzando osservazioni e richieste di risorse, formazione e investimenti a basso impatto. I Coordinatori infermieristici assieme ai Primari, ai Direttori di dipartimento e al Comitato di Budget partecipano all'incontro di contrattazione e definizione degli obiettivi di attività, qualità e risorse a seguito del quale avviene la sottoscrizione congiunta della scheda di budget e del verbale incontro. Rispetto alla maggioranza delle esperienze italiane, la presenza dei coordinatori infermieristici nella costruzione degli obiettivi è rara (rif. Documento gruppo di lavoro budget). Il questionario rileva con una scala Likert da 1 (livello minimo) a 5 (livello massimo) come gli stessi Coordinatori percepiscano il loro coinvolgimento nell'individuazione degli obiettivi di budget (2,89) e ancor di più nell'individuazione delle risorse necessarie per il conseguimento di tali obiettivi (3,28). Sono invece più autonomi nella definizione dei piani di lavoro (4,31), nell'attribuzione degli obiettivi al personale (4,25) e nell'analisi dei risultati conseguiti (3,90). In generale, i Coordinatori percepiscono il budget come lo strumento di controllo e gestione più sviluppato all'interno dell'azienda (3,74).

Successivamente, la Direzione delle Professioni Sanitarie unitamente alla Direzione Medica di Presidio monitora l'andamento semestrale degli obiettivi qualitativi concordati nelle schede budget. Qualora gli obiettivi economici, il cui monitoraggio trimestrale è gestito direttamente dal Controllo di Gestione, o gli obiettivi qualitativi presentino uno scostamento significativo rispetto al concordato, il Controllo di Gestione convoca le strutture coinvolte (con la presenza del Direttore di dipartimento, del Primario e del Coordinatore infermieristico) per analizzare le cause di tale andamento, discutere il dettaglio degli scostamenti e approntare, per quanto possibile, delle attività di rientro.

Al di là di queste situazioni particolari, ogni semestre il Direttore Generale ha istituito una riunione di discussione dei monitoraggi a cui partecipano i membri del Comitato di Budget, i Direttori dipartimento, i Primari e i Coordinatori di tutti i dipartimenti aziendali. Durante tale incontro vengono discussi gli andamenti, dando feedback formali e ad hoc. Il verbale viene poi

condiviso con tutti i presenti e sottoscritto. Il Direttore Generale ha fortemente voluto la presenza anche dei Coordinatori affinché percepissero direttamente l'importanza gestionale a loro attribuita. Inoltre, la loro presenza segnala al personale medico la necessità di condividere un percorso comune volto alla cura del paziente e all'efficientamento delle risorse interne. Il Coordinatore infermieristico intervistato dichiara di sentirsi molto responsabilizzato sul budget e che la presentazione dei risultati semestrali in un incontro in plenaria è un forte stimolo ad avere sempre presente gli obiettivi sottoscritti (rif. Intervista Coordinatore Infermieristico a cui era affidato il coordinamento della cabina di regia del blocco operatorio 09.12.2013).

Da queste riunioni semestrali possono derivare provvedimenti che vengono adottati qualora si rilevino scostamenti rispetto agli stanziamenti a budget. Infatti, in caso di scostamenti positivi il risparmio dei Dipartimenti resterà a loro beneficio nei mesi successivi, mentre in caso di scostamenti negativi, il gap valoriale è tenuto in considerazione durante la negoziazione e l'attribuzione degli obiettivi dell'anno successivo. I report che rilevano tali scostamenti vengono condivisi con tutti i partecipanti alle riunioni semestrali appena descritte.

5. Discussione e riflessioni conclusive

Il framework delineato intende individuare alcune vie di rafforzamento degli obiettivi e valori aziendali (espressi nel budget) in termini di controllo organizzativo, facendo riferimento alla self-determination theory (Deci e Ryan, 1985) e in particolare agli strumenti che consentono di trasformare le motivazioni estrinseche in motivazioni intrinseche (i.e. autonomia, competenza e senso di appartenenza) (Ryan e Deci, 2000; Ryan, 1995). Il caso di studio, letto soprattutto in chiave evolutiva, offre alcune evidenze coerenti con il framework.

La strutturazione organizzativa per centri di responsabilità, introdotta gradualmente ma in modo sistematico porta in sé il concetto stesso di autonomia e di delega (Abernethy e Lillis, 2001; Zavattaro, 1993). La scelta di avere strutture dipartimentali delinea un processo a cascata di definizione e condivisione di obiettivi con un ritorno di responsabilizzazione per livelli successivi. I soggetti coinvolti sono la Direzione del Dipartimento, il Dirigente della unità operativa e il coordinatore infermieristico. Appare pertanto chiara e rafforzata l'autonomia nella gestione delle attività per il raggiungimento degli obiettivi, ma al contempo vi è una naturale spinta all'integrazione tra i soggetti che, nelle rispettive aree (i.e. coordinamento dipartimentale, medica e professioni sanitarie) contribuiscono all'implementazione del budget.

Nell'azienda in studio si è attuato un processo di coinvolgimento nella definizione degli obiettivi (Colville, 1989). Il settore sanitario è soggetto a stringenti vincoli esterni di allocazione delle risorse nella negoziazione tra azienda e Regione, che portano ad un ammontare di risorse "dato". Nell'ambito di tali risorse, la Direzione Aziendale delinea in ottica strategica, con il supporto del controllo di gestione, una proposta di budget, condivisa in Comitato di Budget con la Direzione delle Professioni Sanitarie, la Direzione Medica di Presidio e la Farmacia. Il momento della negoziazione configura un esempio di passaggio da una motivazione estrinseca ad una intrinseca (Ryan, 1995) perché, da un lato rende evidente e supporta l'autonomia dei soggetti coinvolti, riconoscendo esplicitamente a ciascuno di loro un "ruolo" specifico nella definizione degli obiettivi (Merchant, 1981; Nouri e Parker, 1998). Per altro verso, l'obiettivo finale deve risultare "condiviso", rafforzando il valore dell'integrazione attraverso la corresponsabilità nel raggiungimento dei risultati. Il gesto simbolico della firma congiunta rappresenta le due dimensioni delineate come consapevolezza del proprio ruolo e della complementarità con le altre figure chiamate a realizzare il budget. In tal senso i progetti di collaborazione che hanno agevolato il passaggio all'intensità di cura sono stati uno strumento per favorire l'interiorizzazione del valore dell'integrazione nelle pratiche operative prima ancora che nella logica del budget ma ne sono stati la premessa affinché la negoziazione congiunta fosse positivamente gestita.

L'evoluzione del contesto sanitario e in particolare dell'azienda in studio, hanno fatto emergere un progressivo riconoscimento di una componente manageriale prima con riferimento all'area medica e poi con riguardo alle professioni sanitarie (Cattaneo et al., 2014). Le competenze hanno visto emergere e crescere componenti che superano il tradizionale ambito sanitario per ampliarsi a quello organizzativo e di gestione manageriale di risorse scarse e a sempre maggiori soft skills. Nel contesto di riferimento il coinvolgimento di tutti gli attori, sia in termini istituzionali nel Comitato di Budget, sia in termini negoziali e realizzativi rafforza e sancisce il riconoscimento di tutte le professionalità. Inoltre, il momento di condivisione periodico, voluto dalla Direzione Generale svolge la tipica funzione di feedback del budget (Marginson e Ogden, 2005) ma, letta nella chiave della self-determination theory, può essere anche interpretata sia come elemento di trasmissione del valore dell'integrazione come fattore determinante nel raggiungimento dei risultati, sia come "competenza" rilevante nelle professionalità di tutti gli attori (Wouters e Wilderom, 2008).

L'impostazione generale del processo di budget e della negoziazione in particolare nonché la riunione periodica di aggiornamento sui risultati del

budget vanno nella direzione di spingere all'interiorizzazione del valore di appartenenza che possa condurre all'allineamento degli obiettivi individuali rispetto a quelli generali dell'organizzazione (Wouters e Wilderom, 2008). Questo è probabilmente il punto più delicato perché deve confrontarsi con una fase di verifica del raggiungimento degli obiettivi che si sostanzia in ultima analisi in un controllo di obiettivi individuali, talora piuttosto incisivo. L'interiorizzazione degli obiettivi e dei valori dell'integrazione passa attraverso la capacità di contemperare i protagonismi (Chenhall, 1986) talora rilevanti nel contesto sanitario, l'attenzione verso il proprio obiettivo personale con l'equilibrio di insieme. In tal senso, il fatto di inserire negli obiettivi di budget, economici ma soprattutto qualitativi (Abernethy e Lillis, 2001), alcuni indicatori "congiunti" realizzabili solo con il concorso di tutti gli attori è un primo segnale in tale direzione.

Per quanto riguarda il supporto e il commitment che rappresentano una potente leva di interiorizzazione (Nouri e Parker, 1998), i meccanismi delineati favoriscono un orientamento in tale direzione dato il forte coinvolgimento degli attori sebbene, almeno dalle considerazioni emerse dai colloqui informali e in parte dal questionario, la percezione non è ancora sufficientemente sviluppata e richiederebbe l'implementazione di ulteriori strumenti e azioni da parte della Direzione Aziendale.

Il caso evidenzia come il contesto sanitario sia particolarmente delicato e per molti versi critico in tema di interiorizzazione di valori e obiettivi (Glouberman e Mintzberg, 2001). Tuttavia, una lettura che tenga conto della self-determination theory (Deci e Ryan, 1985), ha permesso di individuare alcuni strumenti, azioni e comportamenti che la direzione ha posto in essere per favorire una motivazione intrinseca piuttosto che estrinseca nel design, sviluppo e realizzazione del processo di budget. Tali elementi possono essere, adattati nelle diverse realtà, un riferimento per Direzioni Aziendali che vogliano diffondere nell'organizzazione alcuni valori strategici.

Lo studio presenta dei limiti connessi, da un lato al fatto di riguardare un unico caso aziendale, dall'altro dall'opportunità di approfondire ulteriormente la dimensione psicologica dell'interiorizzazione che non rientrava negli scopi della presente analisi.

Tuttavia, il campo di studi pare essere particolarmente fertile per meglio comprendere i meccanismi che possono essere attivati per favorire, in un settore storicamente poco caratterizzato da condivisione e integrazione, un maggiore coordinamento e allineamento degli obiettivi individuali alla direzione strategica dell'azienda.

Inoltre, dal punto di vista dei practitioner, il caso di studio è un esempio di come i sistemi di controllo abbiano nelle loro corde l'idea di favorire il

controllo organizzativo (Flamholtz et al., 1985) spingendo sull'interiorizzazione motivazionale. Tuttavia, l'imposizione di tali sistemi può risultare poco proficua e agire negativamente sulla motivazione. Lo sviluppo di condizioni contestuali che rafforzino la percezione dell'autonomia, della competenza e del senso di appartenenza dei professionisti è il driver affinché tutti possano agire secondo i valori, gli obiettivi e le responsabilità proprie di un'azienda ospedaliera.

Bibliografia

- Abernethy M.A., Lillis A.M. (2001), Interdependencies in organization design: a test in hospitals, *Journal of Management Accounting Research*, 13, 107-129.
- Abernethy M.A., Vagnoni E. (2004), Power, organization design and managerial behaviour, *Accounting, Organizations and Society*, 29, 207-225.
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), The role of professional control in the management of complex organizations, *Accounting, Organizations and Society*, 20, 1, 1-17.
- Adler P.S., Borys B. (1996), Two types of bureaucracy: enabling and coercive, *Administrative Science Quarterly*, 41, 1, 61-89.
- Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S. (2006), Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota, in Anessi Pessina E., Cantù E. a cura di, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Anessi-Pessina E., Barbera C., Sicilia M., Steccolini I. (2016), Public sector budgeting: a European review of accounting and public management journals, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 29, 3, 491-519.
- Borgonovi E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- Cattaneo C., Bassani G., Galizzi G. (2014), Il coordinamento infermieristico in un percorso di cambiamento aziendale: whence e whither, *Mecosan*, 90, 33-54.
- Chenhall R.H. (1986), Authoritarianism and participative budgeting: a dyadic analysis, *The Accounting Review*, 61, 2, 263-272.
- Chenhall R.H. (2007), Theorizing contingencies in management control systems research, in Chapman C.S., Hopwood A.G., Shields M.D. a cura di, *Handbook of Management Accounting Research*, 163-205.
- Colville I. (1989), Scenes from a budget: helping the police with their accounting enquiries, *Financial Accountability and Management*, 5, 2, 89-106.

- Covaleski M.A., Evans III J.H., Luft J.L. (2003), Budgeting research: Three theoretical perspectives and criteria for selective integration, *Journal of Management Accounting Research*, 15, 3-49.
- Deci E.L., Eghrari H., Patrick B.C., Leone D.R. (1994), Facilitating internalization: The self-determination theory perspective, *Journal of Personality*, 62, 119-142.
- Deci E.L., Ryan R.M. (1985), *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York, Plenum.
- Derber C., Schwartz W.A. (1991), New Mandarins or New Proletariat?: Professional Power at Work, *Research in the Sociology of Organizations*, 8, 71-96.
- Flamholtz E.G., Das T.K., Tsui A. (1985), Toward an integrative framework of organizational control, *Accounting, Organizations and Society*, 10, 1, 35-50.
- Gagné M., Deci E.L. (2005), Self-determination theory and work motivation, *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362.
- Glouberman S., Mintzberg H. (2001), Managing the care of health and the cure of disease – Part I: differentiation, *Health Care Management Review*, Winter, 56-69.
- Groot T. (1999), Budgetary reforms in the non-profit sector: A comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands, *Financial Accountability & Management*, 15 3/4, 353-376.
- Hopwood A.G. (1972), An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation, *Journal of Accounting Research*, 10, 156-182.
- Jonsson S., Solli R. (1993), “Accounting talk” in a caring setting, *Management Accounting Research*, 4, 4, 301-321.
- Kluger A.N., deNisi A. (1996), The effect of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory, *Psychological Bulletin*, 119, 2, 254-284.
- Maier E.R. (2016), The budget in the aesthetic: The role of calculative practice in the production of popular culture. *Management Accounting Research*, in press, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mar.2016.03.001>
- Marginson D., Ogden S. (2004), Coping with ambiguity through the budget: the positive effects of budgetary targets on managers’ budgeting behaviours, *Accounting, Organizations and Society*, 30, 435-456.
- Merchant K.A. (1981), The design of the corporate budgeting system: influences on managerial behavior and performance, *The Accounting Review*, 56, 4, 813-829.

- Nouri H., Parker R.J. (1998), The relationship between budget participation and job performance: the roles of budget adequacy and organizational commitment, *Accounting, Organizations and Society*, 23, 5/6, 467-483.
- Ryan R.M. (1995), Psychological needs and the facilitation of integrative processes, *Journal of Personality*, 63, 3, 397-427.
- Ryan R.M., Deci E.L. (2000), Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions, *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Vagnoni E., Maran L. (2013), *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche – Il lungo cammino*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Wouters M., Wilderom C. (2008), Developing performance-measurement systems as enabling formalization: a longitudinal field study of a logistic department, *Accounting, Organizations and Society*, 33, 488-516.
- Zavattaro F. (1993), Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario, *Mecosan*, 5, 24-35.