

I driver del valore in sanità

Mara Bergamaschi *

In the recent past the healthcare sector has witnessed relevant institutional changes such as the integration of public hospitals, the creation of foundation, operations of mergers and acquisitions and some forms of public private partnership. In this emergent institutional environment, issues concerning the determination of the economic value of healthcare institutions, are attracting increasing attention. The purpose of this paper is to investigate those variables, others than traditional accounting, that significantly influence the determination of the market value of a hospital and that represent the main pillars for the value creation process in healthcare.

Key words

- Creazione di valore, intangibili, valutazione economica in sanità

Parole chiave

- Value creation, intangibles, health care evaluation

ABSTRACT

Nel corso degli ultimi anni il settore sanitario è stato attraversato da rilevanti cambiamenti istituzionali che hanno comportato processi di fusione tra Aziende Sanitarie pubbliche, creazione di fondazioni, *partnership* pubblico e privato e operazioni di *mergers and acquisitions*. In quest'ottica, il tema della determinazione del valore economico delle aziende sanitarie diventa di rilevante attualità. L'articolo si pone l'obiettivo di indagare le variabili non strettamente contabili che impattano in maniera rilevante sulla determinazione del valore di mercato di un'Azienda Ospedaliera e che rappresentano dunque i fondamenti per la creazione di valore in sanità.

I. INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi anni, rilevanti cambiamenti istituzionali hanno interessato il sistema di tutela della salute e in particolare il funzionamento delle Aziende Sanitarie, sia a livello nazionale che a livello internazionale, con riferimento sia alla componente sanitaria privata che quella pubblica. Ciò ha fatto emergere l'importanza crescente che riveste la determinazione del valore economico delle singole aziende.

In particolare, i cambiamenti che hanno caratterizzato la Sanità italiana hanno dato origine a processi di fusione o accorpamento di Aziende Sanitarie pubbliche, creazione di fondazioni, operazioni di *partnership* strutturate tra soggetti pubblici e privati, oltreché ad una serie di operazioni di *mergers and acquisitions* di Aziende Sanitarie private, accreditate e non (Bergamaschi e Lecci, 2008).

Tutto ciò ha reso particolarmente rilevante il tema della valutazione complessiva del valore economico, sia al fine di chiarire il quadro patrimoniale, finanziario ed economico complessivo delle nuove realtà che, nel caso di ingresso di capitali privati, il prezzo che deve essere corrisposto per l'acquisizione di tutta l'azienda o di quote della stessa (Stefani, 2007).

A fronte di un ampio ventaglio di metodi di misurazione del valore (Guatri e Bini, 2005), gli approcci più innovativi in tema di valutazione d'azienda

* Professore associato di economia e gestione delle imprese, Università di Bergamo

pongano particolare enfasi alla comprensione di un adeguato quadro di informazioni, prevalentemente qualitative, che vanno ad integrare la valutazione di tipo quantitativo (Guatri, 2003).

Ogni processo di valutazione è, per definizione, unico e irripetibile e la scelta del metodo attraverso cui procedere deriva da un'attenta analisi delle caratteristiche dell'azienda oggetto di valutazione e delle peculiarità del settore in cui la stessa opera (Damodaran, 2006).

In termini concreti, le semplici informazioni fornite dai documenti contabili aziendali non sono sufficienti per effettuare adeguati processi di valutazione, ma è necessario prendere in considerazione altre dimensioni qualitative in grado di influenzare il valore.

Il bilancio d'esercizio rappresenta infatti il valore patrimoniale di un'azienda in ipotesi di funzionamento, cioè il patrimonio netto contabile alla data di chiusura dell'esercizio. Tale grandezza non è espressiva del reale valore di scambio, poiché il suo calcolo è basato su rigidi criteri valutativi fissati dalla legge (Brugger, 1989), che rispondono all'obiettivo primario di corretta determinazione del risultato di competenza dell'esercizio e lasciano in subordine la valorizzazione di altri asset aziendali, come ad esempio la dinamica degli intangibili.

Ciò è ancora più evidente nel caso di Aziende Sanitarie, in cui l'analisi dei risultati contabili non è in sé sufficiente ad esprimere valutazioni corrette in merito al livello di economicità e, di conseguenza, al valore dell'azienda. Le stesse operano, infatti, in condizioni diverse dal mercato e in assenza di un prezzo, date le peculiarità di scambio atipico proprie dei processi di cessione che le caratterizza.

La presenza di sistemi di finanziamento predeterminati su base tariffaria e spesso basati sui tetti di produzione ha reso evidente l'impossibilità di individuare un meccanismo di oggettivazione dell'utilità prodotta, rispetto al quale contrapporre il costo delle risorse impiegate, desumibile oggettivamente da dati di contabilità (Farneti, 1995; Borgonovi, 2000; Anessi Pessina, 2000; Valotti, 2000)¹.

(1) Si ricorda che le tariffe non sono infatti assimilabili al prezzo di mercato in quanto spesso frutto di politiche sanitarie regionali.

All'incapacità delle tecniche contabili di rappresentare la dinamica del valore, si aggiungono la presenza di regole giuridico-formali in grado di condizionare ed influenzare pesantemente i risultati economico-finanziari, nonché la mancata considerazione dei potenziali rischi e delle attese che gravano sulle aziende, come, ad esempio, i rischi di liquidità derivanti da trasferimenti regionali in ritardo o inadeguati a causa della necessità di contenere i disavanzi sanitari (Jommi e Lecci, 2006).

Proprio per questi motivi, al fine di comprendere la dinamica gestionale di un'Azienda Sanitaria nel lungo periodo e i suoi potenziali risultati prospettici, diventa fondamentale indagare quelle variabili, non direttamente contabili, che impattano in maniera rilevante sulla determinazione del valore ottenuto attraverso l'utilizzo di formule valutative.

Partendo da una rivisitazione dei concetti di leve o *driver* del valore tipicamente presenti nella letteratura di riferimento in tema di valutazione d'azienda (Guatri e Sicca, 2000; Chiacchierini et al, 2008), l'articolo si pone l'obiettivo di:

- Ricostruire i *driver* del valore specifici per le Aziende Sanitarie;
- Identificarne l'impatto sul valore economico delle stesse.

Attraverso un ragionamento induttivo, sviluppato nell'ambito di un'intensa attività di ricognizione dei contributi più rilevanti nella letteratura e di esperienza diretta nelle Aziende Sanitarie, l'articolo si pone l'obiettivo di indagare le peculiarità dei *driver* di valore in Sanità, nonché le principali criticità che si incontrano nella loro valutazione, proponendo un modello di valutazione del valore e del rischio connesso a tali variabili.

In sintesi, l'articolo ruota intorno ad una domanda chiave: perché e quando il valore di un'Azienda Sanitaria potrebbe divergere dal valore contabile dei suoi asset?

Il contributo è strutturato come segue: dopo una breve presentazione del *framework* teorico sui *driver* del valore, si propone una classificazione degli stessi utilizzabile in Sanità (§ 2), se ne illustra la possibile applicazione (§ 3 e 4), evidenziando i principali effetti sul processo di valutazione (§ 5).

I. CREAZIONE DEL VALORE E FONTI DEL VANTAGGIO COMPETITIVO

La creazione e la misurazione del valore delle aziende è un problema di cui si discute ormai da tempo, ma è solo nel recente passato che è diventata componente essenziale ed irrinunciabile nel bagaglio di conoscenze di chiunque voglia tradurre in maniera unitaria ed integrata l'ampio ventaglio di condizioni produttive dell'azienda, tangibili e non, in una o più misure di sintesi, che siano espressione della capacità dell'azienda di generare ricchezza.

Se la creazione del valore è un processo che dipende dalla capacità dell'impresa di conseguire "risultati eccezionali (...) frutto di qualche vantaggio competitivo o della presenza di barriere all'entrata del settore in cui essa opera" (Damodaran, 2006), ai fini di misurazione del valore è necessario mettere a fuoco le determinanti stesse del valore, che passano inevitabilmente attraverso le leve del vantaggio competitivo (Panati e Golinelli, 1994).

Un'impresa riesce, infatti, ad ottenere dal capitale disponibile un valore superiore al costo solo in presenza di un comprovato vantaggio competitivo.

La possibilità di ottenere risultati economici positivi richiede nel lungo periodo il possesso di un differenziale rispetto ai concorrenti effettivi e potenziali, che permetta all'impresa di attivare il circuito generativo di valore.

Per questi motivi il vantaggio competitivo viene considerato la metrica metodologicamente più corretta per la stima degli indicatori utili a fini di valutazione dell'impresa, con particolare riferimento al tasso di crescita (g) e al tasso di rischio (Chiacchierini e Perrone, 2009).

Applicando i principi della moderna teoria del va-

lore (Damodaran, 1999, 2001; Copeland, Koller e Murrin, 2000) ciò che aggiunge valore all'impresa è dunque:

- la capacità di ottenere un tasso di rendimento superiore al costo del capitale sugli investimenti in essere e sui quelli ancora da realizzare (intensità del vantaggio competitivo);
- la durata del periodo durante il quale l'impresa è ritenuta in grado di farlo (durata del vantaggio competitivo).

La determinazione e la misurazione dell'intensità e della durata dei vantaggi competitivi ottenuti nel passato o in ottica prospettica costituisce dunque il momento più critico a fini di attendibilità del risultato conseguito attraverso il processo di valutazione.

A loro volta, i concetti di intensità e di durata del vantaggio competitivo richiedono, per potere essere efficacemente utilizzati ai fini della previsione degli input valutativi, lo sviluppo di uno schema analitico di riferimento sulle diverse fonti del vantaggio competitivo.

Le teorie consolidate e più recenti² individuano le risorse immateriali come principale fonte del vantaggio competitivo di un'impresa. Il differenziale competitivo deriva infatti:

- sia da condizioni che possono essere definite strutturali e di contesto (caratteristiche esterne all'azienda e connesse alla struttura del settore, che possono generare rendite di diverso tipo, anche a fronte dell'intensità delle barriere all'entrata);
- sia da condizioni interne all'impresa stessa e cioè da ciò che la letteratura identifica come risorse immateriali specifiche³.

(2) Sul tema si vedano Guatri e Sicca (2000) che individuano tre ambiti fondamentali rispetto a cui analizzare le leve del valore: (i) condizioni dell'ambiente esterno, (ii) competenze di base e (iii) competenze distintive relative alle singole aree di attività, Chiacchierini e Perrini (2008) che individuano come fonti di vantaggio competitivo l'attrattività di un settore, determinata dalle cinque forze competitive di Porter (1980); le risorse, le compe-

tenze e le capacità distintive (Barney, 1991); le capacità dinamiche (Teece et al., 1997) e le alleanze e i network (McEvily e Zaheer, 1999; Gulati et al., 2000; lansiti e Lieven, 2004).

(3) Dagli inizi del XXI secolo è ampiamente riconosciuto (Lev, 2001; Renoldi, 1992, 1997, 2004) il ruolo delle risorse immateriali, o intangibili, al tempo stesso come determinante essenziale della vitalità e competitività delle imprese, fonte quin-

di della capacità di produrre reddito, o di generare valore, per l'impresa e per i soggetti che partecipano alla sua attività, componente fondamentale, di conseguenza, dello stesso valore economico che l'impresa assume in un dato momento, elemento che diviene necessario considerare e analizzare in modo specifico, e non solo indirettamente, ogni volta che sorge l'esigenza di calcolare il valore economico dell'impresa stessa.

Una redditività superiore al costo può dunque avere diverse origini. Costruire un framework di riferimento rispetto al quale misurare e valutare le fonti intangibili del vantaggio competitivo con riferimento alle realtà sanitarie rappresenta il presupposto per capire come queste leve influenzano il tasso di crescita e il tasso di rischio nei processi di valutazione economica.

2. I VANTAGGI COMPETITIVI GENERATI DALLE CONDIZIONI STRUTTURALI E DI CONTESTO

Con riferimento alle imprese, seguendo il modello delle cinque forze di Porter (1999), fattori quali livello di competizione, potenziali entranti, fornitori, clienti e prodotti sostitutivi giocano un ruolo fondamentale nel determinare l'attrattività del settore e la loro analisi consente dunque di valutare il potenziale di profitto delle imprese che vi operano.

Per le Aziende Sanitarie, tali variabili possono essere fortemente differenziate all'interno dei diversi contesti regionali. Le regole di organizzazione, accreditamento e finanziamento influenzano, infatti, le prospettive di crescita delle strutture sanitarie e la loro analisi diventa il presupposto di fondo su cui fondare il processo di valutazione.

In particolare:

- il livello di competizione del settore risulta influenzato dalla scelta tra sistemi di finanziamento basati sulla spesa storica, sul bisogno di assistenza (quota capitaria), o ancora, sui livelli di produzione (sistema tariffario). Inoltre l'introduzione di tetti⁴, ovvero di un blocco delle voci di

bilancio in entrata a un qualsiasi livello, così come l'utilizzo di forme contrattuali tra acquirenti e fornitori affievoliscono la possibilità di attuare strategie di espansione, con evidenti ripercussioni in termini di potenziale dinamicità dei risultati economici delle aziende;

- il numero e la tipologia di potenziali entranti, nonché la presenza di aziende con prodotti sostitutivi e/o complementari è **determinato** dalle regole e dai meccanismi di autorizzazione e di accreditamento⁵;
- il potere dell'acquirente dipende strettamente dal soggetto che acquista le prestazioni (Regione, Asl, assicurazioni, privati). La composizione dei potenziali clienti determina condizioni di sostenibilità economica nel lungo periodo differenti, ciò a fronte di tempi di pagamento e condizioni di rischio di inadempienza molto diverse.

Appare evidente che in presenza di elevati gradi di differenziazione delle prestazioni⁶ erogate, l'analisi sopra descritta dovrebbe trovare applicazione per singole linee di produzione (aree strategiche di affari). Le dinamiche legate all'innovazione tecnologica che incidono, oltre che sulle barriere in entrata, sul potere dei fornitori, presentano infatti caratteristiche specifiche nei diversi ambiti di attività. Inoltre le stesse regole di finanziamento e di accreditamento possono differenziarsi notevolmente per tipologia di prestazioni (si pensi all'area oncologica spesso estranea alla dinamica dei tetti).

Se adeguatamente sviluppata, l'analisi consente di costruire un quadro di sintesi delle leve, che diventa *input* fondamentale, seppur non sufficiente, per attivare processi di valutazione economica mirati (Tabella I).

(4) Esistono diverse tipologie di tetti; ad esemplificazione tetti di sistema, in cui la regione predefinisce l'ammontare di risorse destinate a un certo settore (quello ospedaliero nel caso specifico) e se l'insieme della produzione da finanziare eccede il predefinito, vengono percentualmente ridotte le tariffe; tetti di struttura, in cui a ogni produttore viene assegnato un volume massimo di produzione in termini finanziari, solitamente definito su base storica, superato il quale le prestazioni non ven-

gono remunerate o vengono valorizzate a tariffe decrescenti; per origine, in cui viene predefinito, sempre in termini finanziari, il volume di prestazioni destinabili a una certa popolazione/tipologia di prestazioni e se il volume di quelle effettivamente erogate eccede quello previsto i produttori che hanno offerto le prestazioni in questione si vedono ridotte le tariffe (Del Vecchio, 2004). (5) Infatti, la scelta di attivare servizi che possono aggiungere o togliere valore al prodotto erogato da un'Azienda

Sanitaria (si pensi ad esempio alla presenza di RSA sul territorio o di centri di riabilitazione che consentono la deospedalizzazione del paziente nella fase non acuta della malattia, riducendo quindi i costi del paziente a parità di tariffa), incide pesantemente sull'attrattività del settore.

(6) Ciò vale, in particolare, nel caso delle Aziende Sanitarie che sono caratterizzate da un'elevata eterogeneità di servizi, che vanno dalla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione.

Tabella 1 – Valutazione del livello di attrattività del contesto in cui opera l'azienda

	N. aziende autorizzate e/o accreditate appartenenti al "gruppo strategico" (CONCENTR.NE)	Sistema di accreditamento e dinamicità dello stesso (BARRIERE)	Tipologia di finanziamento (LIVELLO DI COMPETIZIONE)	Tipologia di acquirente (Regione, Asl, Assicurazione, Privato) (POTERE / SOLIDITÀ ACQUIRENTI)	POTERE DEL FORNITORE	Giudizio complessivo di attrattività
ASA 1	+++	++	+	++	+	
ASA 2	++	++	+	+++	+	
ASA 3	+	++	+++	+	+	

Fonte: nostra elaborazione

4. I VANTAGGI COMPETITIVI GENERATI DALLE RISORSE IMMATERIALI SPECIFICHE DELL'AZIENDA

Se le risorse immateriali, o intangibili, determinano in maniera univoca la vitalità e la competitività delle imprese e rappresentano la principale fonte distintiva e di generazione di reddito, la loro analisi assume un ruolo fondamentale nella determinazione del valore economico che l'impresa assume in un dato momento.

Sul piano teorico e dell'elaborazione concettuale, questa consapevolezza è frutto di distinti filoni di ricerca nell'ambito delle discipline economiche, aziendali e manageriali. Ai fini di questo elaborato si è ritenuto utile proporre come traccia di riferimento per l'analisi il modello del capitale intellettuale (Itami, 1988; Stewart, 2002, Lipparini, 2002; Turco, 2004; Lizza, 2005; Previati e Vezzani, 2007), che rielabora il concetto del capitale umano, arricchendolo con spunti derivanti da altri filoni teorici e soprattutto dalla prospettiva di creazione della conoscenza (Sveiby e Lloyd, 1990, Stewart, 1999), la principale fonte di vantaggio competitivo per le Aziende Sanitarie.

Secondo tale modello il capitale intellettuale rappresenta le risorse intangibili dell'impresa e costituisce la fonte fondamentale della differenza tra il valore di mercato e il suo valore contabile, espresso dal capitale proprio rivalutato (tenendo eventualmente conto del valore di rimpiazzo delle attività fisse). Esso concorre dunque, in combinazione con il capitale finanziario, alla formazione del valore dell'impresa, trasformando gli elementi materiali e accrescendone il valore (Stewart, 2002).

Il capitale intellettuale è costituito da tre componenti fondamentali:

- il capitale umano, che comprende le competenze, la capacità propositiva e di relazione, i valori interiorizzati e praticati dal personale;
- il capitale relazionale, che esprime il valore delle relazioni con i soggetti esterni ed in particolare modo con i clienti (*customer value*) e la fiducia acquisita presso i vari interlocutori;
- il capitale organizzativo, che è concepito come l'insieme delle competenze aziendali strutturate e sistematizzate, che trovano quindi concretizzazione in diritti di proprietà intellettuale, sistemi gestionali, basi di dati, procedure, innovazione e flessibilità organizzativa, cultura.

È l'interazione continua tra capitale umano, organizzativo e di relazione che, combinandosi con i flussi di capitale finanziario, affina e valorizza ciascuna delle componenti, alimentando il valore complessivo dell'impresa.

La misurazione del capitale intellettuale e il confronto del valore dello stesso in archi temporali differenti o con aziende simili che operano nello stesso settore, consente di fornire le basi quantitative per una più oggettiva quantificazione degli indicatori utili a fini di valutazione economica.

Nonostante esistano diversi modelli per la sua misurazione⁷, è **ampiamente riconosciuto** che il metodo va affinato in coerenza con il settore e le

(7) Tra i modelli di misurazione sviluppati si segnalano l'*Intangible Assets Monitor* (IAM) (Sveiby, 1997); lo *Skandia Navigator* (Bontis 1996, 2000, Dzikowski et al, 2000), la *Balanced Scorecard* (Norton and Kaplan, 1996).

specificità dell'azienda oggetto di analisi e che un efficace processo di misurazione dovrebbe consentire di identificare e valutare le diverse componenti attraverso opportuni indicatori.

La scelta della tipologia e del numero degli indicatori da utilizzare rappresenta dunque la prima fase critica del processo; adottare un numero elevato di indicatori rende infatti la misurazione troppo generica con la possibilità di tralasciare il monitoraggio di risorse cruciali per la performance aziendale e di rendere troppo complicata la metrica per potere essere gestita. D'altro canto, la presenza di un numero troppo limitato rischia di non cogliere la complessità del fenomeno.

Infine ogni componente del Capitale Intellettuale richiede una misurazione degli effetti in termini di potenziale sui risultati prospettici aziendali, ossia della sua capacità:

- da un lato, di intensificare e rendere duraturo il vantaggio competitivo nel tempo;
- dall'altro, di ridurre o intentificare il potenziale rischio connesso alla sua presenza in azienda.

Ad esemplificazione, la presenza di *professional* con elevate competenze distintive rappresenta sia una leva di generazione di valore che un rischio aziendale, infatti per l'azienda sanitaria affidarsi alla norma del singolo specialista comporta il rischio di improvvisa caduta della propria capacità competitiva a fronte di scelte di cambiamento di struttura da parte del professionista (Bergamaschi, 2008).

4.1. LA MISURAZIONE DEL CAPITALE UMANO

Se le componenti fondamentali del capitale umano sono le competenze, le relazioni, i valori, le attitudini, le motivazioni, i comportamenti, l'educazione, l'esperienza, l'agilità intellettuale, gli atteggiamen-

ti delle risorse umane dell'azienda (Bontis, 1998), è agevole riconoscere come, nelle Aziende Sanitarie, tipicamente *knowledge intensive*, tali componenti rappresentino il principale fattore critico di successo (Lega, 2008).

Per tale tipologia d'azienda "l'abilità tecnica o, più propriamente, il personale che la possiede, costituisce la risorsa più importante, se non addirittura l'unica (...) è il *know how* degli individui che determina il profitto"; "il successo di un'impresa di *know how* [quali sono le aziende sanitarie] dipende in ultima analisi dalla capacità dei suoi *professional* rispetto a quella dei loro omologhi, al lavoro presso le imprese rivali" (Sveiby e Lloyd, 1990). I professionisti sono, infatti, a continuo contatto con gli utenti, i quali "acquistano" proprio le loro conoscenze e competenze, fidandosi della loro reputazione professionale (Sveiby e Lloyd, 1990) e della loro capacità di applicare le conoscenze al caso concreto, di personalizzare quindi la prestazione⁸ (De Pietro, 2005; Bergamaschi, 2008).

D'altro canto, se, nelle aziende sanitarie, le conoscenze si sono da sempre sviluppate nelle pratiche professionali e il processo di apprendimento, così come quello di diffusione delle conoscenze, è un'attività fondamentale che spesso si svolge a livello di gruppo, le "comunità di pratica", intese come gruppi autogestiti di diffusione di conoscenze, diventano di estrema rilevanza⁹. L'interazione dei soggetti, il semplice fatto di discutere con altri individui e scambiare idee, la condivisione delle conoscenze individuali e delle competenze possedute, consentono, infatti, di apprendere nuovi fatti, nuove prospettive, in una parola, permettono di sviluppare conoscenza (Turco, 2004).

Al fine di poter determinare il valore di un'azienda sanitaria, diventa dunque fondamentale stabilire la presenza e il livello di competenze distintive e di motivazione personale nei *professional*, valutare l'efficacia delle "comunità di pratica", la presen-

(8) Una delle caratteristiche specifiche delle Aziende Sanitarie è la difficile standardizzabilità dei processi, che richiedono ogni volta la capacità di plasmare le proprie conoscenze sulle caratteristiche specifiche del paziente.

(9) "Le «comunità di pratica» sono la fabbrica del capitale umano, cioè il luogo

dove questo materiale viene prodotto" (Stewart, 1999), "rappresentano la fucina delle idee che vanno ad alimentare il capitale umano: esse permettono, quindi, il trasferimento delle conoscenze e favoriscono l'innovazione" (Lizza, 2005). Le comunità di pratica sono gruppi di persone legate, in modo informale, dalla

condivisione di un interesse, dalla necessità di dover affrontare un medesimo insieme di problemi e dalla ricerca comune delle soluzioni, dalla passione per un determinato argomento, le quali approfondiscono la loro conoscenza ed esperienza al riguardo attraverso l'interazione ed il confronto costanti (Stewart, 1999).

Tabella 2 – Alcuni possibili indicatori da utilizzare per la valutazione

INDICATORI DI MISURAZIONE DEL CAPITALE UMANO	SCALA DI VALUTAZIONE (DA 1 A 10)
<i>COMPETENZE INDIVIDUALI</i>
Impact factor per persona
Trials attivi
N. Pubblicazioni internazionali
Fatturato per persona
% di personale con valutazione eccellente
Ore di docenza tenute da professionisti
<i>SFORZO AZIENDALE DI SVILUPPARE COMPETENZE INDIVIDUALI</i>
% operatori coinvolti in iniziative formative
% del personale valutato periodicamente
% fatturato investito in formazione
% operatori coinvolti in iniziative formative
<i>LIVELLO MOTIVAZIONE PERSONALE</i>
Employee satisfaction index
N° dimissioni tra il personale ad alta qualificazione
N° dimissioni tra gli assunti da meno di 5 anni
Anzianità aziendale media (relazione inversa)
Turnover annuo (%) (relazione inversa)
<i>PRESENZA GRUPPI AUTO-GESTITI</i>
N. di incontri tra professional per discussione casi critici
Valutazione complessiva del capitale umano	

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 3 – Valutazione del valore generato e del rischio connesso alle leve legate al capitale umano

	Competenze individuali	Sforzo aziendale di sviluppare competenze individuali	Livello di motivazione personale	Presenza di gruppi auto-gestiti di diffusione conoscenze
Impatto sul valore	+	+	+	+
Impatto sul livello di rischiosità	+			

Fonte: nostra elaborazione

za di team auto-gestiti con l'obiettivo di accrescere e condividere le conoscenze e le esperienze dei singoli professionisti, l'intensità degli sforzi destinati dall'azienda al consolidamento ed accrescimento del capitale umano.

Seppur consapevoli di un possibile scetticismo verso l'affidamento ad indicatori quantitativi per valutare elementi essenzialmente qualitativi, la Tabella 2 fornisce alcuni esempi significativi degli indicatori da prendere in considerazione per valutare il livello di consolidamento del capitale umano all'interno di un'Azienda Sanitaria. Nella Tabel-

la 3 le variabili oggetto di misurazione vengono valutate in termini di impatto sul valore e sul livello di rischiosità.

4.2. LA MISURAZIONE DEL CAPITALE ORGANIZZATIVO

Affinché le competenze individuali rappresentino vero capitale e fonte di valore necessitano di essere amplificate a livello organizzativo al fine di renderle competenze distintive dell'intera azienda (Lipparini, 2002; Lizza, 2005).

Tabella 4 – Alcuni possibili indicatori da utilizzare per la valutazione del capitale strutturale

INDICATORI DI MISURAZIONE DEL CAPITALE STRUTTURALE	SCALA DI VALUTAZIONE (DA 1 A 10)
Strumenti di RACCOLTA, comunicazione e diffusione di informazioni
Presenza di data base
Presenza di biblioteche elettroniche aggiornate
Disponibilità di benchmark strutturati
Valore investimenti tecnologie telecomunicative
Numero di U.O. collegate in rete
% referti digitali
% schede di dimissione elettroniche
SISTEMI DI GESTIONE DEL PERSONALE CHE AGEVOLANO GENERAZIONE COMPETENZE	
Ore formazione erogate
% scostamento competenze e skills dei profili
Indice di gestione talenti = Top Performers (rapporto tra talenti collocati in aree strategiche e totale talenti)
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E PRESENZA DI ALTRE PROCEDURE	
Numero di certificazioni ISO 9000 e simili
Numero di strutture accreditate
N. di Percorsi diagnostico terapeutici attivi
% aderenza ai PDT
Forme organizzative flessibili e trasversali
Numero di gruppi interdisciplinari
Presenza case manager
CONDIVISIONE DI UN PROGETTO STRATEGICO E DI UNA CULTURA AZIENDALE	
% accordi sindacali raggiunti con tutte le OOSS
Livello di partecipazione alle riunioni aziendali

Valutazione complessiva del capitale organizzativo	

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 5 – Valutazione del valore generato dalle leve legate al capitale strutturale

	Strumenti di raccolta, comunicazione e diffusione di informazioni	Sistemi di gestione del personale che agevolano generazione competenze	Percorsi diagnostico terapeutici e altre procedure	Forme organizzative flessibili e trasversali	Condivisione progetto strategico e cultura aziendale
Impatto sul valore	+	+	+	+	+

Fonte: nostra elaborazione

Il capitale strutturale rappresenta il complesso di interazioni, procedure, strumenti di comunicazione e di accumulazione di conoscenza su cui l'azienda investe al fine di fare uscire dalla sfera del singolo le competenze individuali e trasformarle in bene dell'organizzazione (Previati e Vezzano, 2007), che resta all'interno dell'azienda anche quando se ne sia andata la componente personale (Turco, 2004).

Una condivisione delle competenze massimizza il valore e attiva meccanismi di difesa, permettendo così alle Aziende Sanitarie di passare dalla dipendenza dal singolo professionista al governo dei saperi a livello aziendale.

La presenza di sistemi di raccolta, comunicazione e diffusione di informazioni (biblioteche aggiornate, database di conoscenze, benchmark strutturati, tecnologie telecomunicative informatiche e telematiche, reti per la

trasmissione in tempo reale di dati e immagini), di sistemi premianti in grado di agevolare la generazione di competenze (premi per la ricerca o per la qualità, finanziamenti per l'innovazione), di sistemi di codifica delle procedure (percorsi diagnostici di riferimento condivisi), di strutture organizzative flessibili e trasversali, (gruppi di progetto o di processo, *project work*, *project team*, *Case Manager*, *DRG Manager*) facilita la condivisione di conoscenze e garantisce quel tipo di integrazione adattiva, che è alla base della dinamica di creazione delle competenze organizzative (Grantt, 1991).

Nello stesso tempo la presenza di una forte "cultura aziendale"¹⁰ (Turco, 2004), e di approcci partecipativi alle decisioni aziendali, rappresentano variabili potenzialmente in grado di generare maggiore valore nelle realtà sanitarie¹¹.

La Tabella 4 fornisce alcuni esempi significativi degli indicatori da prendere in considerazione per valutarne il livello di consolidamento del capitale organizzativo. Nella Tabella 5 le variabili oggetto di misurazione vengono valutate in termini di impatto sul valore e sul livello di rischiosità.

4.3. LA MISURAZIONE DEL CAPITALE RELAZIONALE

Il capitale relazionale rappresenta l'insieme delle relazioni stabili ed acquisite tra l'impresa ed i suoi interlocutori. "La sua essenza, infatti, è la conoscenza che transita in tutta quella serie di relazioni

instaurate fuori dell'organizzazione" (Turco, 2004).

Appartenere ad una rete di relazioni con altri attori sociali, sviluppare capacità di gestire tale rete, impegnarsi nella costruzione di un dialogo continuo con i propri interlocutori, prolungare l'orizzonte temporale dei rapporti, non limitati più alla mera transazione, ma caratterizzati da continui scambi di informazioni e conoscenze, investire per creare una adeguata reputazione¹² e una relazione di fiducia con i diversi interlocutori, diventano dunque fonti essenziali di successo per l'azienda.

Per le Aziende Sanitarie si tratta in definitiva di verificare la presenza di:

- adeguati investimenti in *marketing*, con l'obiettivo di consolidare il proprio capitale clienti e di governare adeguatamente il rapporto con i principali induttori della domanda. La crescita generalizzata negli utenti di servizi sanitari circa i propri diritti ha infatti segnato un effettivo e consolidato *empowerment* degli stessi, avvicinando molto la loro condizione a quella dei clienti in situazioni di mercato. Inoltre il ruolo di indirizzo nei processi di scelta dell'utente esercitato dai Medici di Medicina Generale, rende gli stessi *partner* fondamentali delle aziende sanitarie;
- *partnership* consolidate con gli altri fornitori di servizi, sia in una logica verticale che orizzontale, al fine di potere ridurre i costi di transazione, i tempi e i rischi della ricerca di informazioni, di accedere a nuove opportunità tecnologiche e di combinare competenze complementari¹³;

(10) La cultura aziendale è definita come l'insieme dei valori, degli atteggiamenti, delle convinzioni profonde, delle credenze e degli assunti taciti condivisi all'interno dell'azienda, risultato della particolare ed irripetibile storia della specifica impresa della quale definiscono l'identità profonda.

(11) Ad esemplificazione l'elaborazione di un piano strategico condiviso e partecipato consente di favorire processi di apprendimento organizzativo dal passato (lasciando una memoria storica a uso anche dei futuri dirigenti), ma anche di rafforzare una classe dirigente che si identifichi non solo con gli interessi particolari della propria famiglia professionale, unità organizzativa o gruppo di appartenenza, ma anche con i finalismi

aziendali (obiettivo difficile da raggiungere in contesti professionalizzati e normativamente codificati quali quelli delle Aziende Sanitarie) (Lega, 2008).

(12) In particolare, la reputazione è "la rappresentazione che l'impresa riesce a costruire di sé presso gli interlocutori con cui entra in contatto, per cui altro non è che la percezione che gli interlocutori hanno dell'impresa" (Turco, 2004). La reputazione si configura come la sintesi degli elementi che concorrono a determinare l'identità dell'impresa ed è il risultato di due determinanti fondamentali: la natura e le caratteristiche specifiche di quell'azienda, l'attività relazionale e comunicativa attraverso la quale l'azienda trasmette la propria immagine, influenzando così la stessa percezione esterna.

(13) In particolare nelle Aziende Sanitarie la continua e rilevante innovazione scientifica e tecnologica, la conseguente specializzazione nel trattamento dei casi, l'evoluzione rapida dei bisogni, unitamente ad una domanda sanitaria potenzialmente illimitata e fortemente eterogenea, rendono ormai impensabile garantire, a livello di singola struttura, tutte le competenze e gli investimenti necessari per rispondere in maniera adeguata all'ampia gamma di prestazioni richieste dall'utenza. Ne consegue la necessità che le Aziende Sanitarie si focalizzino su attività coerenti con la propria peculiare dotazione di risorse e competenze, attivando, relativamente alle altre aree, adeguati processi di *partnership* (Bergamaschi, 2008).

Tabella 6 – Alcuni possibili indicatori da utilizzare per la valutazione del capitale relazionale

INDICATORI DI MISURAZIONE DEL CAPITALE RELAZIONALE	SCALA DI VALUTAZIONE (DA 1 A 10)
RELAZIONI CON UTENTI E MMG
N. prenotazioni tramite MMG, farmacie, altri interlocutori
Indici di <i>customer satisfaction</i>	
Liste di attesa	
N. percorsi condivisi con MMG
Numero di reclami ricevuti e registrati (<i>relazione inversa</i>)
Quote di mercato sulle diverse linee di produzione

RELAZIONI CON COMPETITORS (PARTECIPAZIONE A RETI VERTICALI O ORIZZONTALI)
Tempi di trasferimento pazienti in RSA
N. partnership con altre strutture di offerta
N. hub and spoke o reti a cui si partecipa

RELAZIONI CON REGIONE E ALTRI STAKEHOLDER
Valore risorse raccolte attraverso azioni di fund raising
Valore complessivo grant ottenuti	
Valore finanziamenti ad hoc	
% finanziamenti da fonti non istituzionali	
NATURA E CARATTERISTICHE DELL'AZIENDA
n. medici universitari
% finanziamenti da Università
INVESTIMENTI SU IMMAGINE E REPUTAZIONE	
Investimenti in marketing
Sponsorizzazione di eventi sociali
N. iniziative di comunicazione
Valutazione complessiva del capitale relazionale	

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 7 – Valutazione del valore generato e del livello di rischio connesso alle leve legate al capitale relazionale

	Relazioni con utenti e MMG	Relazioni con competitors (reti verticali o orizzontali)	Relazioni con Regione e altri interlocutori istituzionali	Natura e caratteristiche dell'azienda	Reputazione e immagine
Impatto sul valore	+	+	+	+	+
Impatto sul livello di rischiosità					-

Fonte: nostra elaborazione

- capacità di gestire le relazioni con i principali Attori Istituzionali, tra i quali la Regione, al fine di governare il livello di consenso che la stessa azienda è in grado di generare sul proprio territorio, consenso spesso determinato dal valore prodotto nei confronti del sistema socio-economico di riferimento¹⁴;
- investimenti in immagine e reputazione, risorse che si formano nel corso del tempo, attraverso un lento processo di sedimentazione di informazioni, esperienze, sensazioni e percezioni dei

soggetti che entrano in rapporto con l'azienda, anche grazie ad una corretta trasmissione dei propri obiettivi, della filosofia e della missione. In questo senso, molto spesso in sanità la natura e la tipologia dell'azienda sanitaria (universi-

(14) Tale valore comprende risultati sociali, quali il miglioramento dello stato di salute della popolazione, oltreché il contributo alla sostenibilità economica di questi livelli di assistenza nel sistema (Bergamaschi, 2008).

taria, di ricerca, monospecialistica, ecc.) influenzano l'immagine che l'utenza, i fornitori, il terzo pagante possono avere della stessa. A titolo esemplificativo la presenza dell'Università comporta, da un lato, un innalzamento della reputazione clinico professionale, dall'altro, la presenza di lungaggini decisionali e irrazionalità economiche, esito di compromessi determinati da logiche eminentemente universitarie (Lega, 2008)

In sintesi, ai fini di valutazione del valore di un'Azienda Sanitaria, è necessario analizzare complessivamente la capacità di coordinamento ed integrazione con i soggetti esterni che con essa interagiscono: qualora infatti la creazione di valore non possa essere raggiunta solo attraverso le risorse aziendali, "compito del *management* diventa... quello di gestire un portafoglio di relazioni in grado di garantire...tutte le competenze la cui ricombinazione permetta di conseguire... la generazione del valore" (Mele, Triassi, 2008).

La Tabella 6 fornisce alcuni esempi significativi degli indicatori da prendere in considerazione per valutarne il livello di consolidamento del capitale relazionale. Nella Tabella 7 le variabili oggetto di misurazione vengono valutate in termini di impatto sul valore e sul livello di rischiosità.

5. CONCLUSIONI

Le considerazioni esposte possono supportare il valutatore nell'individuare la presenza delle leve del valore nelle Aziende Sanitarie oggetto di valutazione.

In particolare dall'analisi effettuata emergono tre principali ordini di leve sulle quali è necessario focalizzarsi:

- la presenza di competenze professionali e di strumenti tesi alla loro condivisione;
- *l'information technology*;
- il sistema di reti e di relazioni interne ed esterne.

La presenza di competenze professionali e di strumenti tesi alla loro condivisione è, data la natura dei servizi sanitari, sicuramente la componente di maggiore esaltazione del valore. Le *driving force* del sistema competitivo e della tecnologia accentuano

ulteriormente questo aspetto. Non è un caso che i ruoli professionali indicati come critici sono anche quelli che si interfacciano direttamente con l'utente e che, tradizionalmente, attraggono la domanda.

Neppure è un caso che le Aziende Sanitarie che più puntano e investono sul personale e sulla tecnologia, mettono al centro della propria attenzione i *professional* e le loro competenze distintive.

Tutto ciò richiede l'esistenza di forme evolute di *Knowledge Management*, che superino l'approccio incentrato sul ruolo illuminato e carismatico di una figura di *leader*.

L'information technology, rappresenta un'ulteriore leva di vantaggio competitivo da considerare nelle analisi qualitative tese alla determinazione del valore nelle aziende sanitarie. Anche in questo caso è richiesto un approccio focalizzato sulle caratteristiche dei processi sanitari e orientato dall'esigenza centrale della *customer relationship*, attraverso la creazione di una "infrastruttura tecnologica" che faciliti la gestione, la circolazione e la condivisione della conoscenza e delle informazioni relative al paziente, sia all'interno che all'esterno dell'azienda.

Il sistema di reti e di relazioni sia interne che esterne, rappresenta un ulteriore variabile fondamentale nel processo di determinazione del valore delle strutture sanitarie. Esso consente di perseguire, al contempo, condizioni di maggiore equità e migliore presa in carico dell'utente, di efficacia clinica, di sicurezza per i pazienti e di efficienza economica complessiva e, anche grazie al contributo delle tecnologie informative ed informatiche, consente l'acquisizione attraverso transazioni di mercato con soggetti esterni dei contributi fino ad ora apportati dalle unità organizzative interne.

L'attivazione di processi di riconnessione e messa in rete di tutti i professionisti presenti nell'azienda e di tutte le linee di produzione con le aziende sul territorio che svolgono attività a monte o a valle del processo produttivo (*continuum of care*) o attività simili (integrazione orizzontale) e che quindi condividono tra loro risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità (Lega 2003), rappresenta infatti uno dei più rilevanti fattori critici di successo nel prossimo futuro.

In sintesi, l'utilizzo combinato e integrato delle tre leve indicate rappresenta un sintomo importante

della capacità di un'azienda di generare valore nel tempo; è una loro presenza bilanciata che consente la crescita dell'azienda in tutte le sue componenti come reale fattore di competitività, fondamentale per determinare i risultati economico-finanziari prospettici.

Sono infatti tali *driver* che, se confermati in termini di intensità e sostenibilità e valutati in termini di intensità e forza, influenzano il valore di mercato di una struttura sanitaria.

In questo senso, al fine di tradurre il processo di misurazione del capitale intellettuale in algoritmi valutativi, un possibile approccio da prendere in considerazione è quello della costruzione di un *IC-Index (intellectual capital index)* focalizzato sul monitoraggio delle dinamiche del Capitale Intellettuale, che cerca di aggregare tutti gli indicatori in un solo indice e di correlare i cambiamenti nel capitale intellettuale nel tempo e con i cambiamenti del contesto.

In definitiva, la costruzione di un *IC-index* risulta interessante in termini assoluti, ma soprattutto in termini comparativi rispetto sia alla stessa azienda nel tempo, sia rispetto ad altre aziende. I dati relativi consentono, infatti, di creare delle scale comparative che potranno essere utilizzate a fini di identificazione più oggettiva dei valori del tasso di crescita e del tasso di rischio.

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E., *Il sistema di contabilità generale: diffusione e maturità*, in EUGENIO ANESSI PESSINA, ELENA CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2000*, Egea, Milano, 2000.
- BARNEY J.B., *Firm resources and sustained competitive advantage*, in *Journal of Management*, vol. 17, n. 1, 1991.
- BARNEY J.B., WRIGHT M., KETCHEN JR. D.J., *The resource-based view of the firm: Ten years after 1991* in *Journal of Management*, vol. 27, n. 6, 2001.
- BERGAMASCHI M., *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, Milano, Mc Graw-Hill, 2008.
- BERGAMASCHI M., LECCI F., *La costruzione della base informativa per la determinazione del valore economico delle aziende sanitarie*, in *Azienda Pubblica*, 2008, n. 2-3.
- BONTIS N., *Intellectual Capital: an Exploratory Study that Develops Measures and Models*, *Management Decision*, 1998, vol. 36, n. 2.
- BORGONOVÌ, E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2000.
- BRUGGER G., *La valutazione dei beni immateriali legati al marketing ed alla tecnologia*, *Finanza, marketing e produzione*, 1989, n. 1.
- CHIACCHIERINI C., PERRONE V., PERRINI F., *I-Valuation: intangibili, competitività e valutazione d'impresa*, Egea, Milano, 2008.
- COPELAND T.E.; KOLLER T., MURRIN J., *Valuation: measuring and Managing the Value of Companies*, Mc Kinsey and Co., New York, 2000.
- DAMODARAN A., *Valuation Approaches and Metrics: A Survey of the Theory and Evidence*, New York: Stern School of Business, 2006.
- DEL VECCHIO M., *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*, in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ, *Rapporto Oasi 2003*, Egea, Milano, 2004.
- DE PIETRO C., *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane*, Mc Graw Hill, Milano, 2005.
- FARNETI G., *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica*, Giappichelli, Torino, 1995.
- GRANT R.M., *The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation*, *California Management Review*, 1991, Spring.
- GULATI R., NOHRIA N., ZAHEER A., *Strategic Network*, *Strategic Management Journal* (Special Issue), 2000, 21 (3).
- GUATRI L., *Il Giudizio Integrato di Valutazione*, Università Bocconi Editore, Milano, 2003.
- GUATRI L., BINI M., *Nuovo trattato sulla valutazione delle aziende*, Università Bocconi Editore, Milano, 2005.
- GUATRI L., SICCA L., *Strategie, leve del valore, valutazione delle aziende*, Università Bocconi Editore, Milano, 2000.
- IANSITI M., LEVIEN R., *The keystone advantage. What the new dynamics of business ecosystems mean for strategy, innovation and sustainability*, Harvard Business School Press, 2004.

- ITAMI H., *Le risorse invisibili*, Isedi, Torino, 1998.
- JOMMI C., LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione e evoluzione*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., (a cura di), *Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano, 2006.
- LEGA F., *Orientare all'innovazione l'ospedale: aspetti strategici, organizzativi e gestionali*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., (a cura di), *Rapporto Oasi 2003*, Egea, Milano, 2003.
- LEGA F., *Management delle aziende brain intensive*, Egea, Milano, 2008.
- LEV B., *Intangibles: Management, Measurement, and Reporting*, The Brookings Institution Press, Washington, DC, 2001.
- LIPPARINI A., *La gestione strategica del capitale intellettuale e del capitale sociale*, Il mulino, Bologna, 2002.
- LIZZA P., *Il capitale intellettuale. Profili di gestione e valutazione*, Giuffrè, Milano, 2005.
- McEVILY B., ZAHEER A., *Bridging ties: a source of firm heterogeneity in competitive capabilities*, *Strategic Management Journal*, 1999, 20 (12).
- MELE R., TRIASSI M. (a cura di), *Management e gestione delle aziende sanitarie*, CEDAM, Padova, 2008.
- PORTER M.E., *Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors*, The Free Press, New York, 1980.
- PORTER M.E., *Competitive Advantage*, The Free Press, New York, 1985 (trad. It. Il vantaggio competitivo, Edizioni di Comunità, Torino, 1999).
- PANATI G., GOLINELLI G.M., *Tecnica economica industriale e commerciale*, NIS, Roma, 1994.
- PREVIATI D., VEZZANI P. (a cura di), *Il capitale intellettuale: misurazione, gestione e valorizzazione. Prospettive di analisi e prassi manageriali per il settore dei servizi finanziari*, Bancaria Editrice, Roma, 2007.
- RENOLDI A., *La valutazione dei beni immateriali*, Egea, Milano, 1992.
- RENOLDI A., *Valore dell'impresa, creazione di valore e struttura del capitale*, Egea, Milano, 1997.
- RENOLDI A., *Le risorse immateriali: un'ipotesi di sistematizzazione*, in BRONDONI S. M., (a cura di), *Il sistema delle risorse immateriali d'impresa: cultura d'impresa, sistema informativo e patrimonio di marca*, Giappichelli, Torino, 2004.
- STEFANI A., *La costituzione di società miste nel settore sanitario. Problemi di valutazione*, in *Organizzazione sanitaria*, 2007, n. 6, pag. 31-39.
- STEWART T.A., *Il capitale intellettuale. La nuova ricchezza*, Ponte alle Grazie, Milano, 1999.
- STEWART T.A., *La ricchezza del sapere. L'organizzazione del capitale intellettuale nel 21° secolo*, Ponte alle Grazie, Milano, 2002.
- SVEIBY K.E., LLOYD T., *La gestione del knowhow*, Franco Angeli, Milano, 1990.
- TEECE D.J., PISANO G., SHUEN A., *Dynamic capabilities and strategic management*, *Strategic Management Journal*, 1997, 18 (7).
- TURCO M., *L'incidenza del patrimonio intellettuale sullo sviluppo aziendale. Modelli di analisi*, Cacucci, Bari, 2004.
- VALOTTI G., *La riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*, Egea, Milano, 2000.