

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT





16 Innovare i sistemi di controllo direzionale aziendale: implicazioni e opportunità per le aziende del SSN¹

di Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Marco Morelli, Raffaele Schiavone²

16.1 Introduzione

In un contesto di crescenti fabbisogni di salute riconducibili all'invecchiamento demografico, all'aumento dell'incidenza e prevalenza delle cronicità e alla rapidità dell'innovazione tecnologica, il sistema sanitario italiano è stato investito, nell'ultimo ventennio, da un complesso quadro di dinamiche sistemiche e, negli ultimi mesi, da un'importante crisi dovuta alla pandemia da Covid-19.

Con riferimento a quest'ultima, è apparso evidente come i tradizionali meccanismi operativi, pensati in logica di articolazione organizzativa o prestazionale, hanno impedito o rallentato, quantomeno nella fase di massima crisi, la presa in carico complessiva dei pazienti (Covid-19 e no Covid-19). Con riferimento alle dinamiche di sistema, invece, specialmente in una prima fase, le aziende hanno tentato di adattarsi ai mutamenti cercando di sviluppare metodologie e logiche finalizzate al miglioramento di qualità dei servizi e di utilizzo delle risorse (Elefanti *et al.*, 2001). Nel farlo, l'approccio utilizzato è stato tuttavia orientato al mantenimento di una certa frammentazione interna legata a una lettura «verticale» delle organizzazioni.

Recentemente, la stagione di contenimento delle risorse del settore e le accresciute dimensioni delle aziende successive agli interventi di ingegneria istituzionale avviati da diversi SSR hanno esteso il perimetro di azione e aumentato complessità gestionale e organizzativa aziendale. In questo quadro, autori internazionali (Porter e Lee, 2013) e nazionali (Ferrara *et al.*, 2017) suggeriscono di

¹ Gli autori ringraziano i controller che hanno scelto di partecipare al focus group: per l'ASST Sette Laghi, Paolo Covacich; per l'AUSL di Reggio Emilia, Cecilia Bigliardi e la disponibilità di Maria Elena Costa; per l'AO di Perugia, Fabrizio Ruffini; per l'ASL di Alessandria, Maurizio Deetris; per l'AOU di Sassari, Sara Sanna; per l'IRCCS Spallanzani, Elisa Minichiello.

² Sebbene il lavoro sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, il § 16.1 è da attribuire a Francesca Lecci, il § 16.2 a Marco Morelli e Raffaele Schiavone, il § 16.3 a Marco Morelli, il § 16.4 ad Alessandro Furnari, il § 16.5 a Francesca Lecci e il § 16.6 a Francesca Lecci e Marco Morelli.

ripensare le logiche retrostanti gli assetti e i meccanismi operativi delle aziende, adottando un approccio trasversale e integrato al tema delle piattaforme produttive per l'erogazione dei servizi sanitari e ai modelli interpretativi delle organizzazioni. Adottare tale prospettiva significa abbracciare la funzionalità come criterio guida, in termini di orientamento all'espletamento della funzione principale esercitata dalle aziende, la tutela della salute del paziente, imponendo a queste di riprogettare la propria struttura organizzativa interna nell'ottica di un maggiore orientamento all'integrazione ospedale-territorio e di una focalizzazione sui percorsi e sui processi assistenziali in logica integrata, tra unità organizzative dentro le aziende, e tra *setting* ed erogatori fuori. In aggiunta, la crisi Covid-19 ha ulteriormente contribuito a rendere necessario questo tipo di processo. Non a caso, quelli appena citati sono alcuni dei principi della *value based healthcare* (VBH), che, come dettagliato nel prossimo paragrafo, rappresenta uno dei principali driver di cambiamento del settore. Inevitabilmente, un tale *shift* paradigmatico non può non investire in maniera significativa i meccanismi operativi aziendali, con importanti ripercussioni in fase di disegno, funzionamento e utilizzo dei *tools*. Tra questi, dato il ruolo che idealmente rivestono nel contribuire a guidare e governare un'organizzazione e nel supportare processi di cambiamento e di miglioramento delle performance (Lawson *et al.*, 2003; De Bruijn, 2002), i sistemi di controllo aziendale.

Nonostante la rilevanza del tema, ad oggi pochi studi hanno investigato l'adozione e l'implementazione di innovazioni nei sistemi di controllo che orientino questi ultimi verso i principi della VBH, specialmente con riferimento al contesto italiano. In questo quadro, il contributo mira a indagare lo stato dell'arte dei sistemi di programmazione e controllo delle aziende di servizi sanitari in Italia e propone un affondo sulla loro capacità di accogliere le logiche e i principi proposti dal paradigma della *value based healthcare* attraverso la somministrazione di una survey elettronica alle aziende e la realizzazione di un focus group con controller di alcune delle aziende rispondenti. Il capitolo è pertanto così strutturato: in primis, si propone una rassegna della letteratura sul tema per inquadrare la prospettiva teorica di riferimento (par. 16.2); in secondo luogo, viene dettagliata la metodologia adottata e si esplicitano le domande di ricerca a cui il contributo mira a rispondere (par. 16.3); in terzo luogo, vengono proposti i risultati emersi dall'analisi (par. 16.4) e, subito dopo, discusse le principali implicazioni manageriali a cui questi conducono (par. 16.5); infine, si riportano le conclusioni del lavoro di ricerca (par. 16.6).

16.2 Letteratura di riferimento

Negli ultimi venti anni, la sanità in Italia è stata investita da importanti cambiamenti. In particolare, due sono le aree di innovazione che hanno sollecitato

un'evoluzione dei meccanismi operativi aziendali come quelli di programmazione e controllo (Dallocchio *et al.*, 2016): da un lato, le regioni sono state responsabilizzate sul governo dei SSR, non solo in termini di programmazione dell'offerta, ma anche e soprattutto in termini di solidità economico-finanziaria nella gestione sanitaria; dall'altro, si è sviluppata un'attenzione significativa verso le nuove modalità di definizione delle reti di offerta, che passano dall'essere focalizzate sul *professional* all'essere organizzate attorno al paziente. Tali condizioni ambientali hanno imposto e stanno imponendo alle aziende di servizi sanitari di riprogettare la propria struttura organizzativa interna, che si deve caratterizzare per maggiore orientamento all'integrazione ospedale-territorio, e per una focalizzazione sui percorsi e sui processi assistenziali trasversali a unità organizzative, in modo da garantire una visione unitaria rispetto al paziente e al processo di cura. Sono questi, peraltro, alcuni dei principi della *value based healthcare* (VBH), che rappresenta certamente uno dei principali driver di cambiamento del settore, con importanti potenziali spinte al cambiamento dei tradizionali sistemi di controllo aziendale.

In particolare, Porter e Lee (2013), hanno sviluppato il concetto di “*value agenda*” attorno a sei principi interdipendenti, che costituiscono i pilastri della *value based healthcare*. Gli autori definiscono questi sei principi come di seguito:

1. Organizzarsi in *integrated practice units*.
2. Misurare outcomes e costi per ogni paziente.
3. Introdurre il *bundled payment* per ogni ciclo di cura.
4. Integrare la somministrazione di cura tra diversi ospedali.
5. Espandere i servizi eccellenti in diverse regioni/aree.
6. Costruire piattaforme tecnologiche abilitanti.

Con specifico riferimento all'impatto che questi principi hanno avuto sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo, Kaplan e Porter (2011) sostengono che la misurazione degli outcome ha ricevuto molta più attenzione della misurazione dei costi. Gli autori sottolineano che il problema in sanità è che si misurano “cose sbagliate in modo sbagliato”. In particolare, le dinamiche evolutive descritte impongono ai sistemi di programmazione e controllo di spostare il focus sull'analisi e la gestione dei processi, con l'obiettivo di generare valore per il paziente e migliorare l'efficienza delle organizzazioni sanitarie (Dallocchio *et al.*, 2016). Infatti, l'analisi dei processi permette di migliorare sia le procedure amministrative che quelle cliniche, permettendo la riduzione di sprechi, stress del personale e variabilità dei processi produttivi (Jones and Mitchell, 2006).

Il cambiamento dell'oggetto privilegiato di analisi rappresenta, peraltro, solo una delle innovazioni richieste dalla VBH ai sistemi di programmazione e controllo. Sono infatti tre le dimensioni di analisi di questi sistemi rispetto alle quali è necessario indagare tale impatto (Agliati, 1996): (i) la dimensione strutturale,

ovvero gli oggetti di analisi e le misure di risultato adottate; (ii) la dimensione informativa, che attiene alla gestione dei flussi di alimentazione dei sistemi e alla definizione dell'infrastruttura informatica di supporto; (iii) la dimensione organizzativa, che analizza i sistemi in termini di chiarezza, selettività e rilevanza delle informazioni prodotte.

Come emerge dall'analisi della Figura 16.1, sono soprattutto i primi due principi della VBH ad avere impatto sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo, avendo gli altri quattro principi implicazioni prevalentemente in termini di policy più che di management.

Con riferimento alla dimensione strutturale, già si è detto dello *shift* richiesto nel focus dei sistemi in termini di oggetti di costo (dalle unità organizzative ai processi). A tale cambiamento si deve tuttavia accompagnare anche un ampliamento della tipologia di misure adottate, data la rilevanza nell'ambito della VBH delle performance di qualità e outcome.

Per quanto concerne la dimensione informativa, accogliere i principi della VBH pone gli attori della sanità di fronte alla sfida di integrare i propri flussi informativi non solo all'interno dell'azienda in logica interfunzionale ma anche all'esterno in ottica interorganizzativa. La dimensione informativa è, peraltro, talmente rilevante per la VBH da meritare addirittura un principio specifico indipendente (il principio numero sei sopra citato).

Infine, innovare i sistemi di controllo significa anche ripensare le finalità a essi assegnate, affiancando alla tradizionale funzione di responsabilizzazione organizzativa una rinnovata capacità di supportare efficacemente i processi decisionali aziendali.

Accanto ai tre elementi sopra citati, la letteratura sulle innovazioni nei sistemi di controllo ha da tempo evidenziato come il successo dei processi di cambiamento in tali sistemi dipenda dalla presenza di alcuni importanti fattori abilitanti (Morelli e Zoni, 2013). Tra essi, in sanità, ricopre un ruolo particolarmente rilevante un forte commitment da parte del top management nel supportare i processi di cambiamento (Lega, 2008).

La maggior parte della letteratura sul tema dell'impatto che i nuovi modelli di management come la VBH hanno sui sistemi di controllo ha focalizzato l'attenzione sulla dimensione strutturale e più in particolare su una specifica metodologia di costing, il *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC). Questi studi (Donovan *et al.*, 2014; Laviana *et al.*, 2016; Bagherpour, 2015; Bertoni *et al.*, 2017; Demeree *et al.*, 2009; Kaplan *et al.*, 2015; Akhavan *et al.* 2016; Oker e Ozyapici, 2013; Hennrikus *et al.*, 2012; Au e Rudmik, 2013) si pongono come principale obiettivo quello di comprendere gli step metodologici fondamentali per il disegno e l'implementazione di sistemi di TDABC.

Poca attenzione, tuttavia, è stata finora posta dalla letteratura sulle dimensioni informativa, organizzativa e dei fattori abilitanti l'implementazione di innovazioni nei sistemi di controllo che orientino questi ultimi verso i principi della

Figura 16.1 **Gli impatti dei principi VBH sui sistemi di controllo direzionale aziendali**

6 PRINCIPI

3 DIMENSIONI DI INFLUENZA

	MANAGEMENT		POLICY	
	STRUTTURALE	ORGANIZZATIVA	INFORMATIVA	
1. Organizzarsi in <i>integrated Practice Unit</i> (IPU)	Shift da unità organizzative a analisi di processi			
2. Misurare costi e outcomes per ogni paziente	Estensione delle misure adottate attraverso l'integrazione di misure eco-fin e non con focus su paziente	Efficace comparazione di costi e outcomes nel tempo	Costruire un'architettura coerente al nuovo oggetto di costo e un singolo repository integrato intra-organizzativo	
3. Muoversi verso sistemi di <i>bundle payments</i> per cicli di cura	Shift su ciclo di cura centrato sulle condizioni cliniche del paziente			
4. Erogare cure integrate trasversali alle singole aziende		Coordinamento tra aziende		
5. Diffondere le <i>best practices</i> oltre i confini aziendali e regionali		Premiare gli <i>highest-value performer</i>		
6. Costruire un sistema			Costruire un singolo repository per le informazioni, la cui alimentazione e il cui accesso sia garantito a più aziende	

Coinvolgimento top management

Fonte: riadattamento degli autori da Porter & Lee (2013) e Agliati (1996)

VBH. Inoltre, sono assenti in letteratura analisi sullo specifico contesto italiano volte a indagare quanto le aziende italiane abbiano provveduto o siano pronte ad accogliere i principi VBH.

Alla luce della rilevanza del tema e dei gap in letteratura individuati, il presente contributo si pone come obiettivo quello di comprendere: in primo luogo, lo stato dell'arte dei sistemi di programmazione e controllo in Italia in termini di capacità di accogliere gli stimoli derivanti dalle innovazioni di management (quali la VBH) nei loro principi di disegno e funzionamento; in secondo luogo, la percezione dei principali attori di tali processi di innovazione – i controller – circa la rilevanza dei principi della VBH nell'orientare i processi di innovazione nei sistemi di controllo.

16.3 Metodologia e domande di ricerca

Il presente lavoro mira a rispondere a due principali domande di ricerca, volte a valutare il grado di innovazione dei sistemi di controllo direzionale:

- ▶ Quanto i sistemi di *management control* delle aziende sanitarie sono pronti a incorporare innovazioni (di cui la VBH è un esempio di primaria rilevanza in letteratura) in grado di meglio supportare i processi decisionali e catturare i driver del valore emergenti nel settore?
- ▶ Come i controller percepiscono le innovazioni nei sistemi di controllo di gestione in sanità emergenti nel dibattito scientifico in corso?

Più in generale, i due quesiti permettono di approfondire e dare evidenza della capacità dei sistemi di controllo direzionale aziendali di focalizzare nuovi oggetti di rilevazione e di determinare il valore prodotto, ad esempio misurando costi e outcomes per paziente in maniera integrata, salvaguardando le coerenze con gli altri meccanismi operativi aziendali (es. budget, premi e incentivi).

Nel tentativo di rispondere alle due domande di ricerca, l'attenzione è stata posta sulle aziende sanitarie pubbliche italiane presenti sul territorio nazionale al 31/12/2019. Lo studio è stato realizzato adottando un approccio metodologico misto, sviluppato lungo due direttrici sequenziali: (i) somministrazione di una *survey* inviata su supporto elettronico alle aziende, i cui rispondenti sono stati individuati nei responsabili del Controllo di Gestione aziendale; (ii) realizzazione di un *focus group*, avente come partecipanti i controller di 6 aziende incluse nel gruppo delle aziende rispondenti alla *survey*, con il fine di commentare i risultati emersi dal questionario.

La *survey* è stata strutturata su quattro sezioni, per un totale di 40 domande complessive. Più nello specifico, le sezioni erano orientate ad approfondire:

- ▶ Aspetti di carattere generale (domande da 1 a 7).
- ▶ L'attuale stato dei sistemi di rilevazione delle determinanti della performance aziendale (domande da 8 a 20).
- ▶ Elementi organizzativi collegati al sistema di controllo (domande da 21 a 32).
- ▶ Traiettorie evolutive dei sistemi di controllo direzionale (domande da 33 a 40).

Con riferimento al *focus group*, invece, sono state selezionate sei delle aziende rispondenti al questionario, al fine di mostrare i risultati emersi dalle analisi e raccogliere l'opinione dei controller, che, in quanto *owner* dei processi di pianificazione e controllo, costituiscono un attore chiave nell'orientare e disegnare le innovazioni nei sistemi di controllo direzionale. In particolare, le aziende selezionate sono rappresentative del panel delle rispondenti per localizzazione geografica, natura istituzionale e dimensione: AOU Sassari, ASL Alessandria, ASST Sette Laghi, IRCCS Spallanzani, AUSL Reggio Emilia, AO Perugia. Il *focus group* è stato realizzato *in distance*, attraverso l'utilizzo di una piattaforma elettronica.

16.4 Risultati

16.4.1 La survey

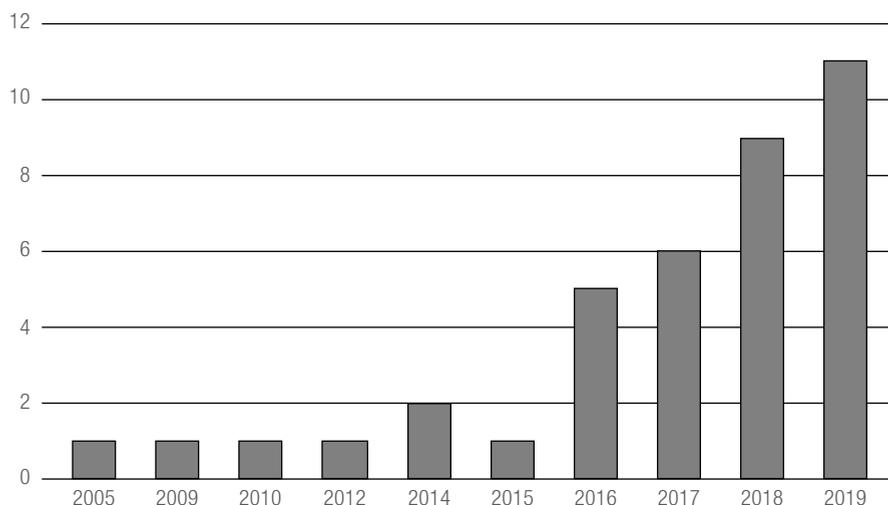
Al questionario hanno complessivamente risposto 46 aziende sanitarie pubbliche sulle 194 complessivamente operanti a livello nazionale (tasso di risposta: 24%). La maggior parte di queste (33; 71,7% del campione) opera in regioni del Nord, mentre la restante quota si distribuisce tra aziende site in regioni del Sud (9; 19,6%) e Centro (4; 8,7%). Si tratta perlopiù di ASL (16; 34,8% del campione) e AO/ASST lombarde (14; 30,4%), a cui si affiancano AO integrate con l'Università (9; 19,6%), IRCCS (6; 13,0%) e un'AOU integrata con il SSN (2,2%).

Un primo risultato che le analisi restituiscono è ben evidenziato nella Figura 16.2, la quale mostra come le aziende abbiano recentemente revisionato i sistemi di rilevazione delle determinanti del risultato aziendale. Nello specifico, l'82% dei rispondenti ha revisionato i sistemi di contabilità analitica aziendale negli ultimi quattro anni, oltre una su due (53%) negli ultimi due. Tale dato permette di evidenziare come il sistema venga aggiornato e vi sia attenzione nel proporre degli interventi di revisione piuttosto costanti e continui.

La manutenzione del sistema di contabilità analitica di per sé è tuttavia poco indicativa rispetto al grado di innovatività dei cambiamenti introdotti e rispetto alle effettive caratteristiche di funzionamento e di orientamento ai comportamenti che i sistemi di controllo direzionale delle aziende riescono a produrre all'interno del contesto aziendale. Resta pertanto da approfondire:

- ▶ «cosa» viene misurato, considerando la rilevanza assegnata a questa dimensione dalle indicazioni più recenti della letteratura sui sistemi di controllo in sanità e dalle innovazioni manageriali più significative che si osservano nel settore (ad esempio l'affermarsi delle logiche di *lean management*);
- ▶ la misura in cui i sistemi di controllo sono stati finora in grado di accogliere il paradigma e i principi della VBH descritti in apertura di capitolo (cfr. par. 16.2 – Figura 16.1).

Figura 16.2 **Anno dell'ultima revisione della Contabilità Analitica aziendale (n = 38)**



In quest'ottica, le due sezioni del presente paragrafo mirano a esplorare entrambe le dimensioni appena menzionate: (i) da un lato, oggetti e misure attualmente rilevati dalle aziende e relativa coerenza interna rispetto alle tre dimensioni di disegno dei sistemi di controllo (strutturale, organizzativa e informativa) presentate nel par. 16.2; (ii) dall'altro, il percepito dei controller in tema di propensione ad accogliere i principi della VBH nell'ambito dei sistemi di *management control* adottati.

Oggetti analizzati, misure rilevate e coerenze interne del sistema

La dimensione strutturale permette di evidenziare quali sono gli oggetti di analisi dei sistemi di controllo e quali misure vengono rilevate con riferimento agli stessi. Con riferimento al primo aspetto, la Figura 16.3 mostra come le articolazioni organizzative rappresentino ancora il focus principale della contabilità direzionale aziendale (96% del campione), sebbene una quota non trascurabile di aziende (20; 43,5%) dichiarati di essere in grado di analizzare anche altri oggetti di costo (Figura 16.4), perlopiù relativi a singole prestazioni o gruppi omogenei

Figura 16.3 **Dimensione strutturale: gli oggetti di analisi (n = 46)**

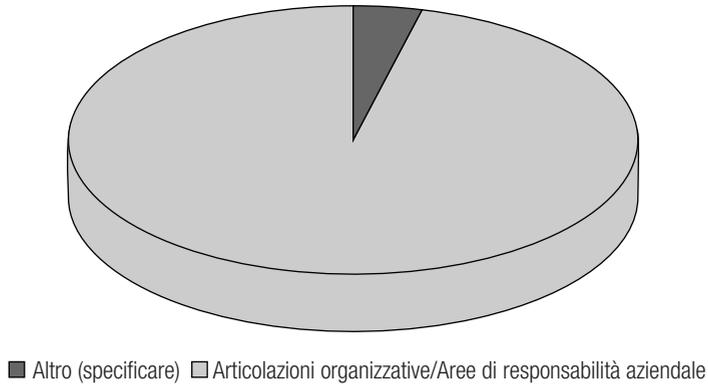
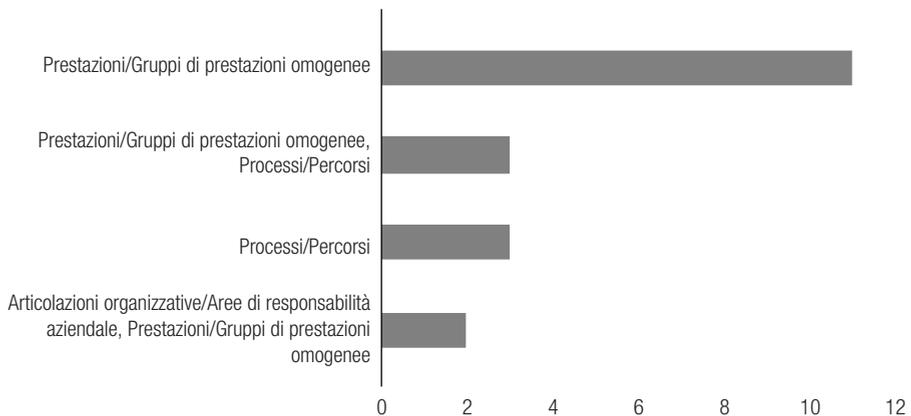


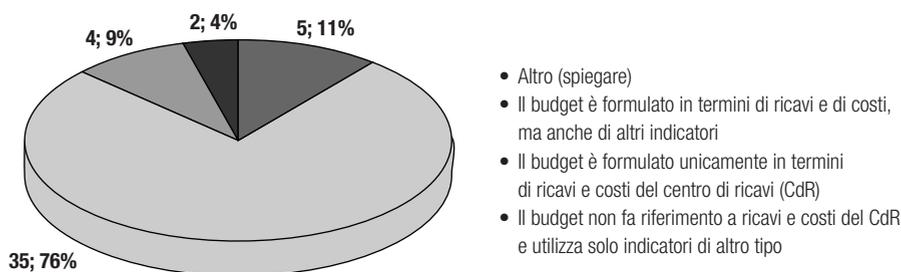
Figura 16.4 **Dimensione strutturale: altri oggetti di analisi (n = 20)**



di prestazioni (11; 24% del campione complessivamente considerato). Poche aziende segnalano di orientare il proprio focus di rilevazione su oggetti più trasversali, tipicamente individuabili in percorsi/processi (6; 13%).

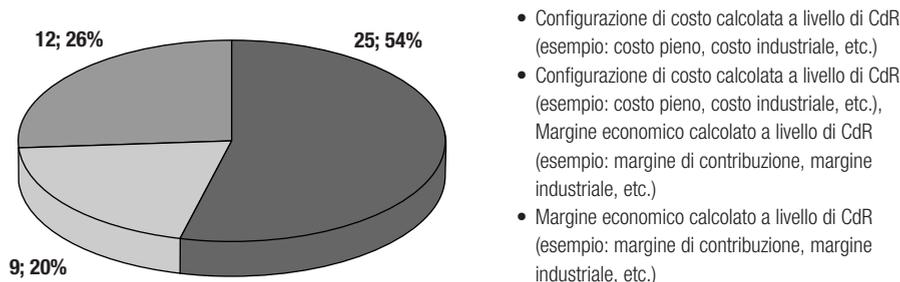
Coerentemente con il disegno tradizionale appena descritto, anche le misure che tipicamente il sistema di contabilità direzionale rileva acquisiscono dei connotati piuttosto classici. In particolare, sono state indagate le misure adottate nei sistemi di responsabilizzazione organizzativa, con specifico riferimento al processo di budgeting. Nella Figura 16.5, infatti, si evidenzia come il budget sia declinato in versione multidimensionale e la relativa responsabilizzazione faccia riferimento sia a parametri di natura economica (prevalentemente ricavi e costi) sia a indicatori di altra natura (es. clinico-gestionali, come misure di esito o appropriatezza organizzativa) nella quasi totalità delle aziende del campione (35; 76%). Gli indicatori economici usati, tuttavia, sono in larga misura legati alla sola configurazione di costo a livello di singolo centro di responsabilità (25;

Figura 16.5 **Dimensione strutturale: le misure utilizzate nel processo di budget (n = 46)**



54%) mentre rimane minoritario l'impiego del concetto di margine economico per articolazione organizzativa (12, 26%; 21, 46% se si considerano anche le aziende che combinano le due dimensioni – Figura 16.6).

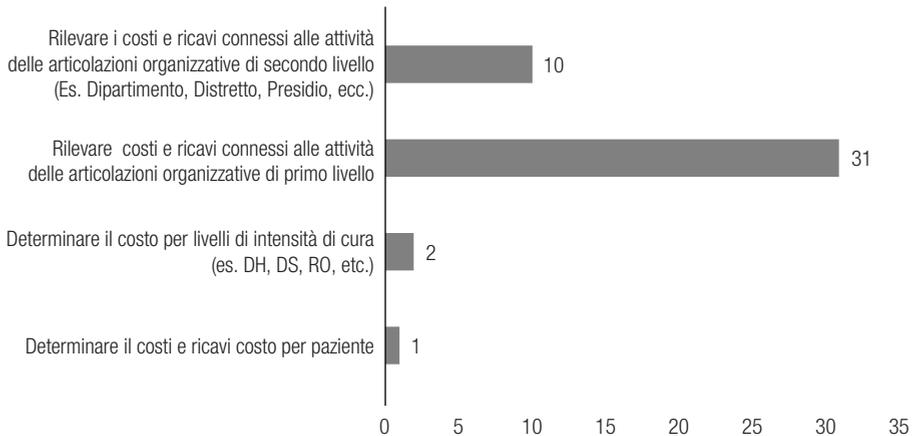
Figura 16.6 **Dimensione strutturale: focus sulle misure economiche contenute nel budget per articolazione organizzativa (n = 46)**



A questa impostazione tradizionale dei processi di responsabilizzazione si accompagnano altrettanto tradizionali finalità assegnate (dimensione organizzativa) al sistema di controllo direzionale aziendale. In particolare, la Figura 16.7 mostra come la quasi totalità delle aziende del campione (41; 89,1%) dichiarino che la principale finalità del sistema sia la rilevazione di costi e per articolazione organizzativa. Nello specifico la maggior parte delle aziende (31; 75,6%) struttura la rilevazione attorno ad articolazioni di primo livello (es. Unità Operative), mentre in una quota minoritaria (10 casi, 24,4%) l'oggetto assume dimensioni più significative ed è rappresentato dai centri di responsabilità di secondo livello (es. Dipartimenti).

Se architettura strutturale e finalità del sistema di controllo appaiono orientati e impostati seguendo il classico approccio a silos, avendo le sole articolazioni organizzative come oggetto di rilevazione principale, i rispondenti evidenziano tuttavia che tale impostazione risulti poco funzionale a rappresentare le

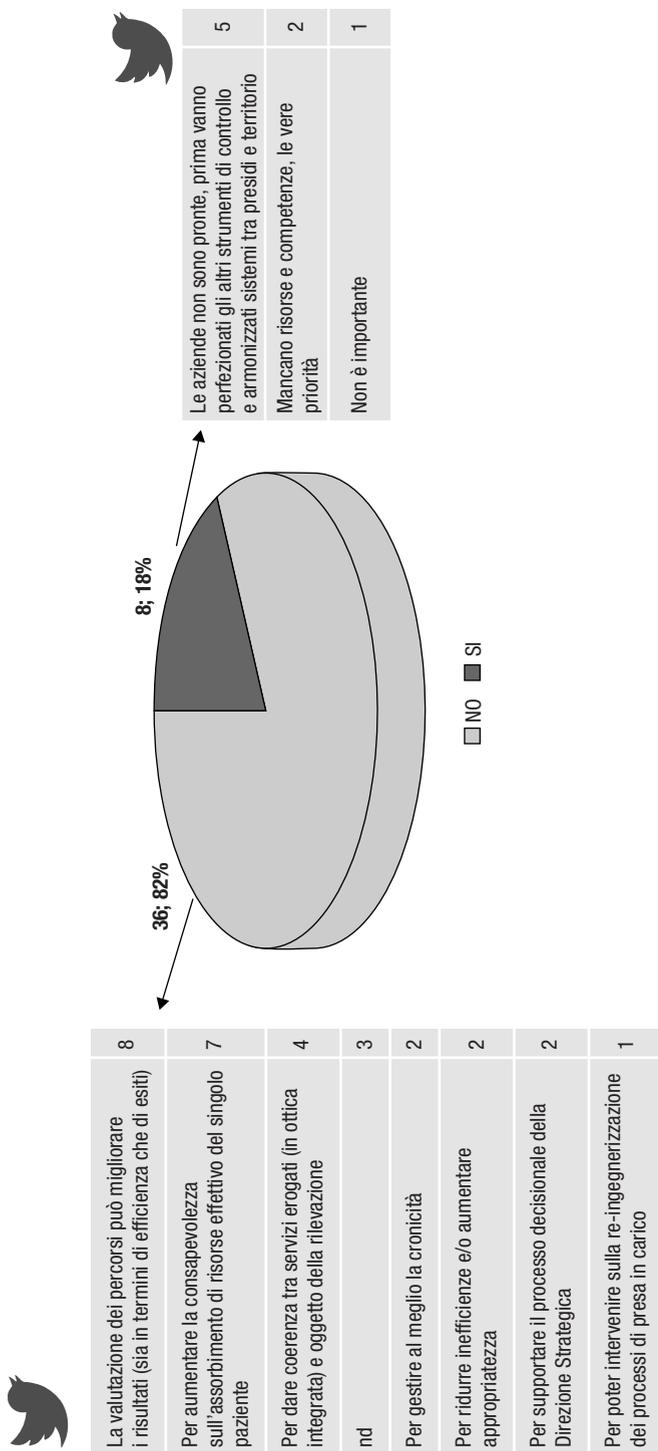
Figura 16.7 **Dimensione organizzativa: finalità del sistema di controllo direzionale (n = 46)**



determinanti del valore che caratterizzano le attuali dinamiche di settore e a supportare processi decisionali coerenti. Sotto questo profilo, è evocativo quanto emerge dalla Figura 16.8: oltre 4 controller su 5 (36; 82% dei rispondenti al quesito) evidenziano come si ritenga necessario modificare l'oggetto di analisi, passando dalle articolazioni organizzative all'intero ciclo di presa in carico del paziente. Tra le motivazioni, raggruppate in cluster dagli autori in fase di analisi³, le due principali fanno riferimento alla possibilità di migliorare i risultati in termini di efficienza ed esito (8 rispondenti) e di aumentare la consapevolezza dell'assorbimento di risorse del singolo paziente (7 rispondenti), a testimonianza del fatto che i controller vedono in questo passaggio di paradigma l'opportunità di supportare con maggiore efficacia i processi decisionali e migliorare le performance aziendali. Sono analoghe le altre motivazioni espresse da chi supporta il passaggio alla rilevazione dell'intero ciclo di presa in carico del paziente: offrire coerenza tra servizi erogati e oggetto di analisi (4 rispondenti); supportare il processo decisionale della Direzione Strategica Aziendale (2); ridurre inefficienze e aumentare appropriatezza (2) o ancora gestire al meglio la cronicità (2). Tra chi, invece, non ravvisa particolare rilevanza in tale cambiamento, la principale motivazione della scelta (5 casi su 8) è ascrivibile al fatto che le aziende non sarebbero pronte ad accogliere tale logica di rilevazione in quanto non avrebbero ancora pienamente a regime gli strumenti più tradizionali del *management control package*. Implicitamente, dunque, è possibile sostenere come anche questo gruppo di rispondenti abbia segnalato l'importanza

³ Si specifica che il questionario chiedeva ai rispondenti di esprimere una motivazione assegnata alla necessità di focalizzare la rilevazione sull'intero ciclo di presa in carico del paziente simulando un post sulla piattaforma social di notizie e microblogging «Twitter Inc.».

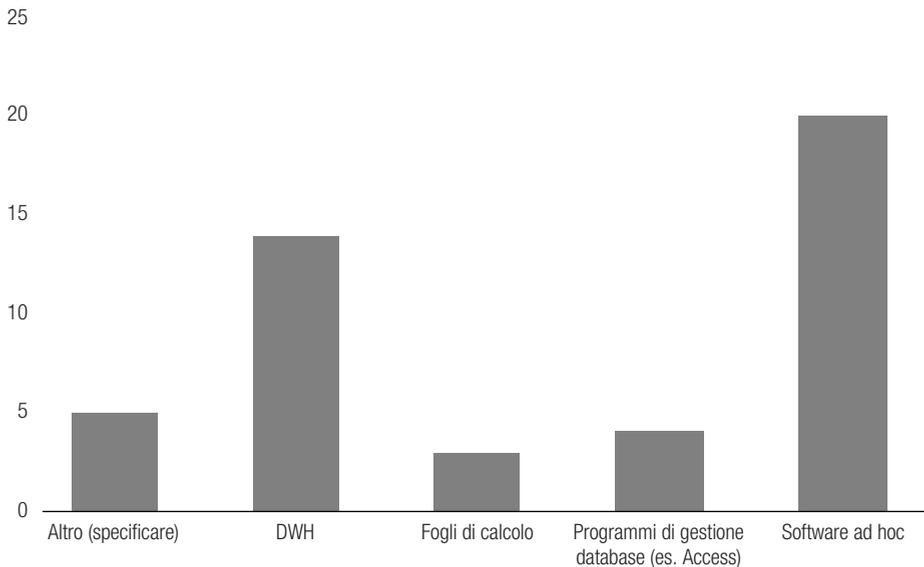
Figura 16.8 Dimensione organizzativa: valutazione sulla necessità di centrare le rilevazioni sull'intero ciclo di presa in carico del paziente (n = 44)



di tale passaggio, procrastinandolo a un momento più idoneo e maturo per il proprio contesto aziendale.

Infine, focalizzando l'attenzione sull'ultima delle tre dimensioni di disegno dei sistemi di controllo esposte in apertura di capitolo – la dimensione informativa – la Figura 16.9 mostra i principali strumenti informativi in essere nelle aziende rispondenti. Sebbene il livello di dettaglio degli oggetti di analisi non sia particolarmente granulare, è possibile tuttavia riscontrare l'impiego diffuso di software *custom* a livello aziendale (20 casi; 43,5%) e *datawarehouse* personalizzati (14; 30,4%). Questa elevata personalizzazione degli strumenti, se da un lato sottolinea l'autonomia decisionale delle aziende e si sposa con le loro specificità organizzative, dall'altro si pone come potenziale ostacolo all'allineamento rispetto al sesto principio della VBH, ossia lo sviluppo di un unico *repository* sovraziendale, la cui alimentazione con aggiornamenti tempestivi e il cui accesso possano essere garantiti simultaneamente a più aziende.

Figura 16.9 **Dimensione informativa: strumenti informativi Co.An. utilizzati (n = 46)**

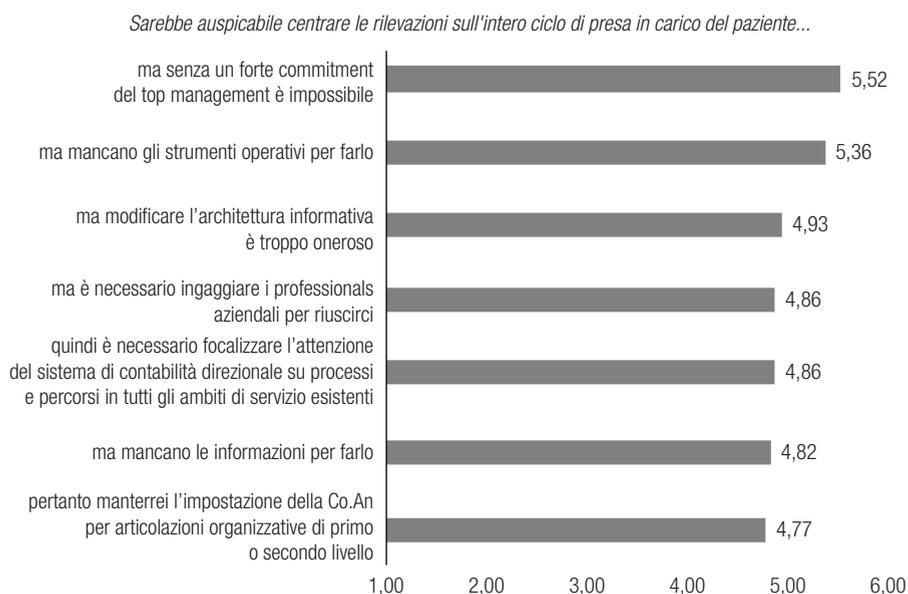


Note: in «Altro» sono state fornite le seguenti risposte: a. procedure in ambiente SAS autoprodotte, SAP BusinessObjects BI Launch Pad, simultaneamente DWH e Software ad hoc, modulo interno al SW di contabilità generale, simultaneamente DWH, software ad hoc e fogli di calcolo.

I principi VBH e l'innovazione nei sistemi di controllo: il percepito dei controller
L'as is dei sistemi di controllo direzionale nelle aziende sanitarie appare caratterizzato da una ridotta capacità di abbracciare logiche e strumenti pienamente coerenti con i modelli assistenziali emergenti e i principi della *value based*

healthcare. Tuttavia, come si è avuto modo di apprezzare nel paragrafo precedente, esiste una diffusa consapevolezza rispetto alla necessità di introdurre «nuovi» oggetti di rilevazione. Centrare il sistema di rilevazione sull'intero ciclo di presa in carico del paziente implica inevitabilmente agire su diverse leve e ripensare i meccanismi operativi aziendali. Nell'ottica di raggiungere un simile risultato, la Figura 16.10 evidenzia le principali determinanti che possono favorire o ostacolare questo processo di trasformazione (si veda ad esempio, Morrelli e Zoni, 2013) dei sistemi di controllo direzionale aziendale. I valori della Figura sono costruiti sulla base del giudizio espresso dai rispondenti attraverso una scala Likert 1-7. I controller sottolineano come le principali determinanti siano rappresentate dal commitment del top management aziendale (5,52), senza il quale il processo di cambiamento sarebbe da considerarsi arenato prima ancora della sua introduzione, e l'adeguatezza degli strumenti a disposizione (5,36), ad oggi considerati carenti e ostacolo di estremo rilievo all'attivazione di meccanismi virtuosi di cambiamento nei sistemi di controllo.

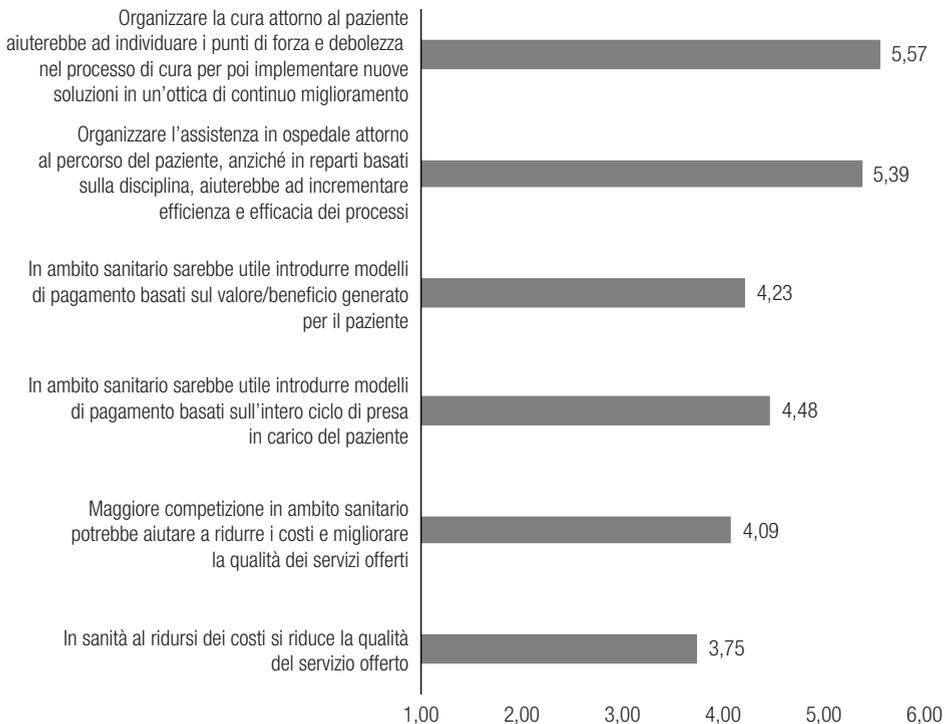
Figura 16.10 **La percezione dei controller sui fattori che abilitano o ostacolano il centrare le rilevazioni sull'intero ciclo di presa in carico del paziente**



Se invece l'attenzione viene posta in maniera diretta sulla capacità di assorbimento e condivisione dei principi VBH riconducibili perlopiù agli aspetti prettamente manageriali presentati nella Figura 16.1, la Figura 16.11 mostra come i rispondenti condividano fortemente la rilevanza dell'organizzare le attività di

cura attorno al paziente rispettivamente (i) per individuare punti di forza e debolezza del processo di cura ed eventualmente introdurre soluzioni innovative di organizzazione delle cure (5,57) e (ii) per incrementare efficacia ed efficienza dei servizi integrati erogati (5,39). Decisamente più neutra la percezione rispetto all'introduzione di sistemi di remunerazione legati al valore/beneficio per il paziente (4,23) o di tipo *bundled* (4,48).

Figura 16.11 **La percezione dei controller rispetto ai principi VBH**



Tale percezione assume intensità diversa a livello di azienda considerando sia la dimensione (Tabella 16.1) che la natura giuridica (Tabella 16.2). Nel primo caso, si nota come le aziende con un numero di posti letto tra 250 e 750 riportino valori più elevati praticamente su tutti gli item di risposta, a testimonianza di una probabile maggiore propensione ad accogliere i principi VBH dettata dal combinato disposto di una media complessità gestionale e un'adeguata massa critica in termini di offerta, che facilitano azioni di controllo e monitoraggio delle attività e il coordinamento intra-aziendale. Nel secondo caso, invece, non sorprende osservare la maggiore propensione delle AO integrate con l'Università e degli istituti di ricerca di rilevare come centrale l'organizzazione delle cure attorno al paziente nel tentativo di implementare nuove soluzioni in ottica di continuo miglioramento.

Tabella 16.1 **La percezione dei controller rispetto ai principi VBH per dimensioni dell'azienda rispondente**

	In ambito sanitario sarebbe utile introdurre modelli di pagamento basati sull'intero ciclo di presa in carico del paziente	In ambito sanitario sarebbe utile introdurre modelli di pagamento basati sul valore/beneficio generato per il paziente	In sanità al ridursi dei costi si riduce la qualità del servizio offerto	Organizzare l'assistenza in ospedale attorno al percorso del paziente, anziché in reparti basati sulla disciplina, aiuterebbe ad incrementare efficienza e efficacia dei processi	Organizzare la cura attorno al paziente aiuterebbe ad individuare i punti di forza e debolezza nel processo di cura in modo da poter implementare nuove soluzioni in un'ottica di continuo miglioramento	Maggiore competizione in ambito sanitario potrebbe aiutare a ridurre i costi e migliorare la qualità dei servizi offerti
< 250	5,00	4,75	4,00	5,00	5,25	4,00
[250- 750]	5,09	4,55	4,27	5,73	6,09	4,09
> 750	4,38	4,31	3,38	5,00	5,62	3,69

Note: sono state escluse dalla rilevazione le informazioni relative alle ASL rispondenti. Giudizio espresso dai rispondenti attraverso l'impiego di una scala Likert 1-7.

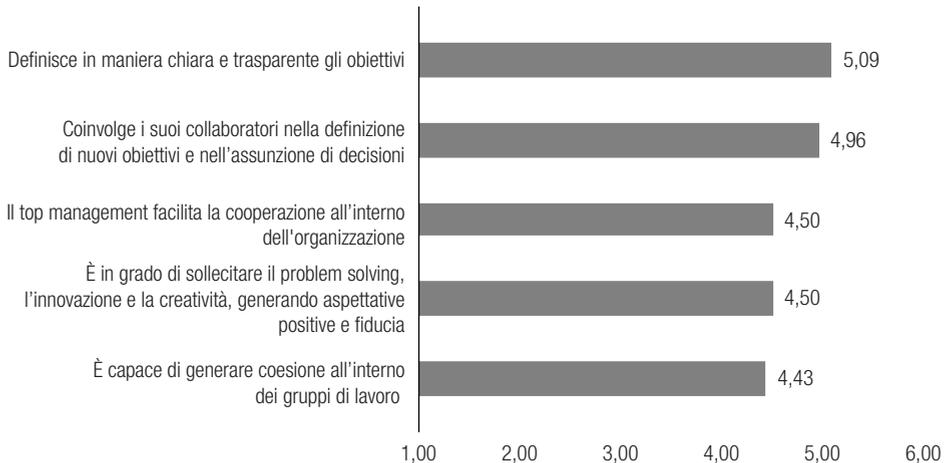
Tabella 16.2 **La percezione dei controller rispetto ai principi VBH per tipologia dell'azienda rispondente**

	In ambito sanitario sarebbe utile introdurre modelli di pagamento basati sull'intero ciclo di presa in carico del paziente	In ambito sanitario sarebbe utile introdurre modelli di pagamento basati sul valore/beneficio generato per il paziente	In sanità al ridursi dei costi si riduce la qualità del servizio offerto	Organizzare l'assistenza in ospedale attorno al percorso del paziente, anziché in reparti basati sulla disciplina, aiuterebbe ad incrementare efficienza e efficacia dei processi	Organizzare la cura attorno al paziente aiuterebbe ad individuare i punti di forza e debolezza nel processo di cura in modo da poter implementare nuove soluzioni in un'ottica di continuo miglioramento	Maggiore competizione in ambito sanitario potrebbe aiutare a ridurre i costi e migliorare la qualità dei servizi offerti
AO integrata con l'Università	4,13	4,63	3,63	5,38	6,00	4,13
AO/ASST	5,00	4,31	4,08	4,92	5,46	3,77
AOU Integrata con il SSN	5,00	3,00	5,00	5,00	5,00	3,00
ASL	4,13	3,88	3,63	5,81	5,44	4,63
IFCCS	4,67	4,67	3,33	5,33	5,67	3,50

Note: giudizio espresso dai rispondenti attraverso l'impiego di una scala Likert 1-7.

Infine, considerata la rilevanza assegnata al commitment del top management aziendale dai rispondenti, la Figura 16.12 offre una fotografia della sua attuale capacità di rispondere a istanze organizzative funzionali all'attivazione e/o al mantenimento di processi di cambiamento stabili ed efficaci nei sistemi di controllo. Le principali connotazioni che riguardano il top management si esprimono fondamentalmente nella sfera della definizione degli obiettivi, attraverso la loro chiarezza e trasparenza (5,09) e nel processo partecipato per la loro individuazione e per l'assunzione di decisioni (4,96). Appare meno sviluppata e capillare la sua capacità di stimolare cooperazione intra-organizzativa e promuovere un approccio votato al *problem solving* e all'innovazione.

Figura 16.12 **Il percepito dei controller rispetto al ruolo del top management aziendale**



Dalla survey, dunque, emerge chiaramente come: (i) gli oggetti di rilevazione e le misure utilizzate seguano sostanzialmente logiche tradizionali, (ii) gli strumenti utilizzati siano classici e non sempre adeguatamente alimentati, (iii) i sistemi informativi appaiano frammentati e non omogenei, (iv) il top management aziendale rappresenti un driver fondamentale per la promozione di soluzioni innovative nei sistemi di controllo direzionale e (v) vi sia una generale e diffusa volontà dichiarata di accogliere i principi VBH nei sistemi di controllo, centrando la rilevazione sull'intero ciclo di presa in carico del paziente. Nei fatti, tali considerazioni suggeriscono la possibilità che tra le aziende coinvolte nello studio esistano casi estremamente rari di sistemi di controllo effettivamente pronti a fare uso dei processi come oggetto di analisi. Mentre altri meccanismi operativi aziendali hanno subito una rapida evoluzione nel corso degli ultimi anni (es. introduzione dell'operations management, diffusione dei

PDTA), il sistema di controllo sembra rimanere ancorato a logiche tradizionali. Per comprendere quanto questa evidenza sia frutto di «scelta» o «necessità» e per raccogliere un'opinione sullo stato in cui versano i sistemi di controllo delle aziende sanitarie, è stato organizzato un *focus group* con alcuni dei controller che in precedenza avevano risposto al questionario. Le evidenze del *focus group* sono oggetto del paragrafo che segue.

16.4.2 Il focus group con i controller

Nella seconda fase dello studio, i risultati emersi dalla survey sono stati posti all'attenzione dei responsabili del controllo di gestione di alcune delle aziende rispondenti al questionario elettronico. È stato organizzato un *focus group* in modalità *distance* alla luce delle restrizioni e delle difficoltà logistiche imposte dall'emergenza legata alla pandemia da Covid-19. In particolare, il *focus group* è stato realizzato il giorno 2 luglio 2020, è durato due ore e ha visto la partecipazione di sei controller: AUSL Reggio Emilia, AO Perugia, ASL Alessandria, AOU Sassari, IRCCS Spallanzani e ASST Sette Laghi. Il focus group ha visto il simultaneo coinvolgimento di tre ricercatori, i quali hanno avuto modo di presentare i risultati esposti nella sezione precedente del capitolo e raccolto le opinioni emerse dal confronto tra i sei referenti aziendali coinvolti.

Un primo tema emerso dal confronto riguarda la percezione rispetto allo *shift* nell'oggetto di analisi del sistema di controllo direzionale proposto dai principi della VBH. I partecipanti hanno ampiamente espresso la propria consapevolezza rispetto alla necessità di adeguare il sistema di controllo direzionale alle novità suggerite dai modelli assistenziali emergenti («*che il sistema si stia orientando verso questo sistema operativo lo percepiamo*», «*se ne sente parlare da diverso tempo*», «*i modelli assistenziali trasversali, come l'intensità di cura, ormai sono molto diffusi*»), con l'annessa necessità di riorientare le misure utilizzate («*il futuro è andare sui processi*»). Tuttavia, è largamente condivisa la criticità legata alla non adeguatezza degli strumenti informatici a disposizione per operare questo *shift* paradigmatico. Ne è derivata una riflessione e una sostanziale concordanza di vedute rispetto al fatto che i risultati emersi dalla survey, con specifico riferimento all'impostazione «tradizionale» che caratterizza oggetti e misure, siano quanto mai espressione di quanto avviene in azienda e di come ciò sia spesso l'esito di due fenomeni: (i) la mancanza di una chiara strategia di innovazione manageriale; (ii) una conseguente assenza di visione sulle finalità e l'architettura (di struttura e informatica) dei sistemi di controllo («*l'impostazione è ancora quella tradizionale, con nessun input fornito né da Regione né dal top management ad esempio nel discostarsi dall'attribuzione degli obiettivi alle unità organizzative*»). L'impulso al cambiamento viene dunque «esternalizzato» al di fuori della funzione di P&C a livelli istituzionali più elevati intra ed extra azienda («*laddove la direzione strategica crede nel budget e nella per-*

formance anche il CdG assume un ruolo diverso dentro l'azienda e centrale»). Si tratta di un elemento coerente con le evidenze relative al ruolo centrale del top management nel promuovere la spinta al cambiamento, emerso dalle rilevazioni della survey e dalla letteratura di riferimento (si veda ad es. Lega, 2008). Tale esternalizzazione, tuttavia, si scontra con l'alto tasso di turnover del top management aziendale, che impedisce una pianificazione di interventi di lungo termine, quale è quello richiesto dalla definizione ed implementazione di cambiamenti significativi nel sistema di controllo direzionale. Se al turnover della direzione strategica aziendale si associano i fenomeni di discontinuità politica a livello regionale, il quadro che i controller hanno restituito è quello di una sostanziale impossibilità a operare innovazioni significative di qualunque natura, incluse quelle nell'ambito del *management control package*.

Dunque, sebbene il sistema di controllo venga costantemente mantenuto, l'oggetto principale attorno a cui i sistemi tendono a girare rimangono le classiche articolazioni organizzative (di primo o secondo livello). Sotto il profilo economico-finanziario si è osservato come la responsabilizzazione avvenga attorno alle più tradizionali configurazioni di costo, mentre rimane minoritario l'impiego del concetto di margine. Si segnala, infatti, come l'analisi di oggetti diversi avvenga nella maggior parte dei casi in maniera episodica e per soddisfare richieste specifiche del top management aziendale (*«alcune analisi spot di costo per processo è capitato di farle sui PDTA tipici – es. diabete. Sono richieste pervenute da top management e governo clinico con valutazioni in termini di appropriatezza/esiti e assorbimento risorse»*). Sotto questo profilo, è stato sottolineato come il setting ospedaliero si presti piuttosto facilmente a concrete innovazioni a carico dell'oggetto di analisi (*«magari su attività che vogliamo rafforzare o nuove attività che si prevedono di attivare nel corso dell'anno»*), sia in termini di confini dello stesso (focalizzazione dei processi clinico-assistenziali), sia con riferimento alle misure da adottare (integrando aspetti di appropriatezza). Di meno facile implementazione sono le innovazioni nei meccanismi di analisi e rilevazione delle attività del setting territoriale: a questo livello i cambiamenti sono perlopiù in fase embrionale e ispirati prevalentemente da richieste e spinte prodotte dalla cabina di regia regionale (*«sulla parte del territorio c'è più una ricerca di utilizzo di indicatori, alla luce delle direttive regionali, che richiamano i piani di prevenzione e sicurezza o quello che la regione ci chiede»*). La spinta regionale resta cruciale anche sul fronte dell'ampliamento delle dimensioni oggetto di responsabilizzazione organizzativa nei sistemi di budget, agendo così da collante organizzativo o perlomeno da promotore di allineamento culturale all'interno dell'azienda (*«crescentemente inseriamo nelle schede di budget qualità e outcome, il tutto favorito dal fatto che i DG sono valutati sul miglioramento dell'appropriatezza. I clinici hanno quindi accettato più facilmente, vista la spinta regionale»*).

Tali considerazioni sono strettamente collegate a un ulteriore aspetto di estremo rilievo: data la crescente rilevanza assegnata a misure di outcome e

qualità, il coinvolgimento e la compartecipazione dei clinici appare come una possibilità non troppo complessa (*«credo che il futuro sia la misura degli outcome, su cui anche i clinici sono molto orientati»*), anche nell'ottica di promuovere rilevazioni trasversali che possano fungere da driver di allineamento dei linguaggi e facilitatore di coordinamento e dialogo intra-organizzativo (*«abbiamo cercato di sviluppare indicatori che stimolino percorsi tra unità, che permettano ai clinici di confrontarsi e trovarsi»*).

Un ulteriore tema ampiamente dibattuto nel corso del focus group, che nei fatti rappresenta un affondo rispetto a quanto appena riportato, riguarda i sistemi informativi, i quali *«ragionano a silos, come contenitori»*, con *«sovrastutture di sistemi che non sempre riescono a parlarsi tra loro»*. Inevitabilmente questo aspetto genera delle complessità di armonizzazione della base informativa a disposizione e genera forti criticità legate alla scarsa affidabilità, completezza e profondità delle informazioni rilevate e disponibili. Si segnala peraltro che anche il *«movimento potenziale generabile dal basso dalle aziende»* si scontra con modelli di rilevazione e debiti informativi verso i livelli istituzionali superiori (Regioni e Ministero) molto rigidi e poco inclini a prestarsi a logiche decisionali più funzionali alle esigenze aziendali. Emerge una cornice piuttosto nitida: la responsabilizzazione tradizionale è largamente utilizzata, anche con buoni risultati in termini di orientamento dei comportamenti in seno alle singole unità organizzative. Tuttavia sembra lontana la possibilità di sviluppare meccanismi di responsabilizzazione a estensione orizzontale, che quindi privilegiino principi di responsabilità condivisi tra più unità organizzative abbracciando la logica per processi, a causa delle complessità legate alla frammentazione dei sistemi informatici e dei debiti informativi, la cui armonizzazione è emersa come elemento critico nel corso del focus group (*«tante volte ci sono tanti sistemi diversi con tempistiche contrattuali che si accavallano e non è facile congedare un sistema»; «l'impatto di un cambio del sistema operativo sul personale è importante»; «manca l'investimento sulla creazione dell'unicum, vero sforzo necessario per un cambiamento radicale significativo»; «non sono pronti perché sono stati creati su logiche fondate sullo storico [...] con la conseguente difficoltà di farli dialogare»*).

Un ultimo aspetto affrontato nel corso del focus group, quanto mai attuale e di estremo rilievo, ha riguardato la connotazione del mestiere di controller nell'ingaggio dei clinici nell'adozione delle logiche di programmazione e controllo alla luce della gestione della fase emergenziale generata dalla pandemia da Covid-19. In particolare, le sfide poste dalla situazione critica hanno costituito un'opportunità di dialogo organizzativo, perlomeno nei contesti organizzativi più maturi (*«abbiamo un ritorno dai clinici che ci chiedono costi Covid vs non-Covid per comprendere come ricomporsi e programmare i prossimi passi»; «la pandemia ha in realtà avvicinato i due profili quello medico e quello gestionale: il Covid come occasione per capire come l'integrazione tra queste due compo-*

enti è fondamentale per portare a casa dei risultati»), e di sviluppo di strumenti e logiche che possano muovere verso la trasversalità proposta dal paradigma della VBH, considerando quanto il Covid abbia obbligato a lavorare su famiglie di pazienti, di fatto “aprendo le porte” al processo («è stato aperto un nuovo gestore di budget e centri di costo “Covid”, che va oltre le unità organizzative»).

16.5 Discussione e implicazioni

I risultati della survey e il contributo all’interpretazione degli stessi generato dal focus group forniscono spunti significativi in merito ai quesiti di ricerca investigati nel presente capitolo.

La prima domanda di ricerca era tesa ad indagare quanto i sistemi di *management accounting and control* delle aziende sanitarie siano pronti a incorporare innovazioni, di cui la VBH è un esempio di primaria rilevanza in letteratura, in grado di meglio supportare i processi decisionali in una logica a valore. In tal senso appare evidente che, a meno di pochi casi, i sistemi di *management accounting and control* in uso presso le aziende sanitarie pubbliche italiane non presentano gradi di sviluppo tali da consentire una rapida transizione verso logiche e principi più sofisticati o caratterizzati da un elevato grado di innovazione. In questo momento, nello specifico, i sistemi di controllo direzionale adottati in ambito sanitario presentano dei connotati piuttosto omogenei su tutto il territorio nazionale, per tutte le classi dimensionali e per le varie connotazioni istituzionali delle aziende:

- ▶ in termini di dimensione strutturale, l’oggetto di analisi è l’articolazione organizzativa e il contenuto della rilevazione e della responsabilizzazione è fondamentalmente economica (basata su dati di costo e ricavo), con integrazioni di natura clinico-gestionale, come misure di esito o appropriatezza organizzativa;
- ▶ in termini di dimensione organizzativa, la finalità del sistema è quella più tradizionale di orientare e allineare i comportamenti all’interno dei centri di responsabilità prevalentemente di primo livello;
- ▶ in termini di dimensione informativa, nonostante vengano dichiarati elevati livelli di progettazione customizzata, i sistemi informativi di supporto paiono lontani dal riuscire a produrre informazioni in grado di supportare livelli di analisi più sofisticati della semplice dimensione organizzativa.

Con riferimento alla seconda domanda di ricerca (percezione dei controller sui fabbisogni di innovazione nei sistemi di controllo di gestione in sanità) siamo di nuovo davanti a una situazione di grande convergenza di pensiero: le innovazioni sono ritenute necessarie perché gli attuali sistemi mal si prestano agli attuali

fabbisogni decisionali e gestionali. Al massimo, tuttavia i controller ritengono di doverne procrastinare un po' l'adozione, in attesa di avere un substrato di strumenti di base correttamente funzionante e uno stock di competenze tecniche sufficiente a guidare la transizione. Nello specifico, nuovi strumenti e competenze solide sono necessari per adottare logiche di controllo innovative, focalizzate sulle attività di cura attorno al paziente, per consentire una migliore individuazione di punti di forza e debolezza del processo di cura ed eventualmente introdurre soluzioni innovative di organizzazione delle cure ed incrementare efficacia ed efficienza dei servizi integrati erogati.

Di fronte a questa convergenza verso la necessità di cambiamento, due sono le condizioni ritenute pressoché unanimemente abilitanti:

- ▶ il commitment del top management aziendale, senza il quale il processo di cambiamento sarebbe da considerarsi arenato prima ancora della sua introduzione;
- ▶ l'adeguatezza degli strumenti a disposizione, ad oggi considerati carenti e ostacolo di estremo rilievo all'attivazione di meccanismi virtuosi di cambiamento nei sistemi di controllo.

Un quadro di grande omogeneità complessiva, dunque, ma con due specifiche:

- ▶ come spesso succede quando vengono condotte analisi di questa natura, le aziende del centro-sud tendono a non rispondere. Di fatto, quindi, non è possibile dire quali siano le dinamiche che caratterizzano queste aziende. Tuttavia, le ragioni di tale assenza di risposta potrebbero derivare da (i) scarso interesse alla condivisione e al confronto; (ii) carenza di interlocutori qualificati a fornire risposte a questa tipologia di indagini; (iii) semplice disattenzione; (iv) mancanza di tempo sufficiente da dedicare a questi temi (sebbene la survey richiedesse non più di 30 minuti di tempo); (v) un combinato disposto delle precedenti. Quale che sia la ragione specifica, appare poco plausibile immaginare un quadro di maggior sviluppo e di maggior propensione all'innovazione nei sistemi di controllo;
- ▶ la dimensione e la focalizzazione su una specifica area di bisogno non sembrano essere invarianti rispetto alla propensione ad innovare nei sistemi di controllo. Nello specifico, avere una dimensione significativa ma non eccessiva (tra i 250 e i 750 posti letto), con conseguente complessità gestionale media e adeguata massa critica in termini di offerta, ed essere abituati ad operare in un contesto organizzativo che combina cura e ricerca paiono essere due aspetti non secondari in termini di predisposizione al cambiamento.

Il confronto con i controller ha aggiunto alcuni elementi di riflessione ulteriore:

- ▶ tecnicamente (al momento più in ospedale che sul territorio) le innovazioni sono possibili, tant'è che già si utilizzano nuove logiche e principi di *management accounting and control* per supportare processi decisionali specifici;
- ▶ esiste un doppio canale in grado di condizionare la funzionalità e la propensione all'innovazione nei sistemi. Uno è il canale extra aziendale (Regioni e Ministero in primis) con la continua richiesta di soddisfare fabbisogni informativi disallineati rispetto ad oggetti di analisi e misure più sofisticati. L'altro è il canale aziendale, costituito dalla direzione strategica aziendale, che pur nella sua capacità di definire obiettivi chiari e partecipati, mostra tassi di turnover tali da rendere difficile la definizione e l'implementazione di grandi progetti di cambiamento;
- ▶ resta cruciale il tema del confronto con i professionisti sanitari. Allineare i sistemi di controllo direzionale in sanità a logiche e principi di *management accounting and control* che fanno del paziente e del percorso di cura il loro fulcro principale richiede, necessariamente, un maggior coinvolgimento di dirigenti medici e delle professioni sanitarie nei processi di controllo stesso. Un coinvolgimento che i manager di *line* hanno lungamente auspicato e richiesto e che rende, però, centrale il tema della formazione manageriale di queste figure.

Infine, si propongono alcune riflessioni sull'impatto che la gestione dell'emergenza Covid-19 potrà produrre anche sui sistemi di controllo direzionale in sanità. Da un lato, la rapida e violenta diffusione della pandemia ha reso evidente come ragionare per silos organizzativi sia quanto mai pericoloso in ambito sanitario, in questo esplicitando l'importanza di focalizzarsi sulla presa in carico complessiva del paziente. Dall'altro lato, tuttavia, l'emergenza rischia di acuire, nei contesti meno maturi, la tradizionale frattura tra componente medico-professionale e componente amministrativo-gestionale, rendendo più complessa la ricerca di un linguaggio comune all'interno dell'azienda.

16.6 Conclusioni

Il presente capitolo ha focalizzato il tema delle innovazioni nei sistemi di controllo in sanità provando a dare risposta ai quesiti presentati nel §16.3.

La risposta alla domanda sulla capacità degli attuali sistemi di controllo di adottare logiche innovative in ottica di *value-based healthcare* è che i sistemi sono ancora orientati su oggetti e misure tradizionali. Questo avviene per diverse ragioni:

- ▶ Esistono indicazioni normative specifiche, ex D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii. che impediscono, di fatto, l'abbandono dell'articolazione organizzativa come fulcro attorno a cui ruotano i sistemi di controllo direzionale. Sebbene tali indicazioni non vietino oggetti di analisi differenti, se non altro costituiscono un rallentamento all'adozione di logiche e principi di *management accounting and control* più sofisticati;
- ▶ Si riscontra in tutti i contesti aziendali e, in misura maggiore, nelle organizzazioni ad alta intensità di capitale intellettuale, un *lag* temporale significativo tra innovazioni nei sistemi di management e riallineamento dei sistemi di controllo. Questo succede perché cambiare i sistemi di controllo implica modificare il linguaggio aziendale e tale modifica assume elevati gradi di pervasività in aziende caratterizzate da scarsa standardizzazione dei processi produttivi;
- ▶ Si rileva una difformità nei linguaggi dei sistemi informativi aziendali (raccolta e messa a disposizione delle informazioni) che impedisce di raggiungere gli obiettivi del sistema di controllo (orientamento della performance), che dell'azienda costituisce *the one language*. Ciò può essere dovuto:
 - al fatto che i sistemi informativi e di controllo non vengono “installati” contemporaneamente e potrebbero rappresentare, dunque, contesti istituzionali differenti (generando una mancanza di collegamento temporale tra i due sistemi),
 - al fatto che gruppi organizzativi differenti siano stati incaricati di sviluppare i due sistemi (mancanza di collegamento organizzativo tra i due sistemi).
 Entrambe le fattispecie, di fatto, generano una mancanza di collegamento sostanziale (nel contenuto) tra il sistema di controllo e il sistema informativo;
- ▶ Pur essendo una delle cause di mancanza di collegamento organizzativo, merita una considerazione a parte il tema del *turn over* del top management aziendale. Sia la letteratura scientifica sul tema sia le considerazioni dei controller mostrano il ruolo significativo che la direzione strategica aziendale riveste nel definire la *vision* complessiva e nel porre le condizioni di concreta attuazione di iniziative di innovazione nei sistemi di *management accounting and control*. I tempi medi di permanenza in carica dei direttori generali sono tali da rendere particolarmente complessa la pianificazione di interventi di lungo termine, quale è quello richiesto dalla definizione ed implementazione di cambiamenti significativi nel sistema di controllo direzionale.

La risposta alla seconda domanda su come i controller percepiscano le innovazioni emergenti nei sistemi di controllo evoca una sorta di principio del “vorrei ma non posso”. L'aspetto positivo è dato dal fatto che esiste una diffusa consapevolezza della necessità di cambiamento. È evidente che, si tratti o meno dei principi della VBH, l'oggetto dei sistemi di controllo in sanità nel prossimo futuro diventeranno i processi di presa in carico dei pazienti. Questo consentirà,

dentro le aziende, di allineare i linguaggi dei sistemi di controllo con quelli dei sistemi di gestione operativa e, fuori dalle aziende, di produrre flussi informativi in grado di meglio supportare processi di policy sanitaria. Ma su chi debba operationalizzare questo cambiamento e come farlo le idee non sono ancora chiare. Molti soggetti dentro l'azienda (il top management, il controllo di gestione e l'operations management) e fuori dall'azienda (le regioni e gli organi istituzionali centrali) avrebbero il potere di avviare un processo di innovazione che pare comunque irreversibile. Il rischio è che tale cambiamento possa non arrivare in tempi utili nel tentativo di ritardare la rottura di seppur precari equilibri intra e inter-organizzativi. Un tentativo che dietro il “vorrei ma non posso” nasconde un meno coraggioso “potrei ma non voglio” e che lascia, almeno al momento, tante domande senza risposta:

- ▶ Su come vecchi e nuovi oggetti di responsabilizzazione possano coesistere (il budget di UU.OO e il budget di processo, per fare un esempio).
- ▶ Sul ruolo del dipartimento (articolazione organizzativa di II livello) che appare ancora una volta marginale in termini di governo delle risorse e dei risultati.
- ▶ Sugli spazi di collegamento che l'adozione di strumenti di controllo basati sul valore avrebbero con i sistemi di valutazione individuale.
- ▶ Sul legame, più volte evocato, tra sistemi di controllo e sistemi di operations management.

16.7 Bibliografia

- Agliati M. (1996). *Tecnologie dell'informazione e sistema amministrativo. L'evoluzione negli assetti operative e organizzativi della funzione amministrativa. Esperienze a confronto*. Milano, EGEA.
- Akhavan S., Ward L., Bozic K.J. (2016). “Time driven Activity-based Costing accurately reflects cost in arthroplasty surgery”. *Clinical orthopaedics and related research*, 474(1): 8-15.
- Au J., Rudmik L. (2013). “Cost of outpatient endoscopic sinus surgery from the perspective of the Canadian government: a time-driven activity-based costing approach”. *International forum of allergy & rhinology*, 3(9): 748-754.
- Bagherpour M. (2015). “Risky time driven activity based costing in medical center: a development, implementation and simulation based optimization approach”. *Journal of accounting and management*, 5(2): 47-61.
- Bertoni M., De Rosa B., Lutitsky I.D. (2017). “Opportunities for the improvement of cost accounting systems in public hospitals in Italy and Croatia: a case study”. *Journal of contemporary management issues*, 22 (special issue): 109-128.

- Dalocchio M., Lecci F., Morelli M. (2016). “La valutazione delle performance dei processi chirurgici”. In: Dalocchio M., Tamarowski C., Campanelli G. (a cura di) *Valore e misurazione della performance*. Milano, EGEA, pp. 83-107.
- De Bruijn H., (2002). “Performance Measurement in the Public Sector: Strategies to Cope with the Risks of Performance Measurement”, *The International Journal of Public Sector Management*, 15(7), pp 578-594, Emerald Group Publishing.
- Demeere N., Stouthuysen K., Roodhooft F. (2009). “Time-driven activitybased costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact”. *Health policy*, 92(3): 296-304.
- Donovan C.J., Hopkins M., Kimmel M.B., Koberna S., Montie C.A. (2014). “How Cleveland Clinic used TDABC to improve value”. *Healthcare Financial Management*, 68(6): 84-88.
- Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E. (2001). *La qualità della sanità*. Milano, EGEA.
- Ferrara L., Morando V., Tozzi D.V. (2017). “Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio”. In: CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2017*. Milano, Egea.
- Hennrikus W.P., Waters P.M., Bae D.S., Virk S.S., Shah A.S. (2012). “Inside the value revolution at Children’s Hospital Boston: time-driven activity-based costing in orthopedic surgery”. *The Harvard Orthopaedic Journal*, 14: 50-57.
- Jones D., Mitchell A. (2006). “Lean thinking for the NHS”. NHS confederation. Disponibile online: <https://www.leanuk.org/wp-content/uploads/2020/03/Lean-Thinking-in-the-NHS-Daniel-T-Jones-and-Alan-Mitchell.pdf>. Ultimo accesso: 04/08/2020.
- Kaplan A.L., Agarwal N., Setlur N.P., Tan H.J., Niedzwiecki D., McLaughlin N., Burke M.A., Steinberg K., Chamie K., Saigal C.S. (2015). “Measuring the cost of care in benign prostatic hyperplasia using time-driven activitybased costing”. *Healthcare*, 3(1): 43-48.
- Kaplan R.S., Porter M.E. (2011). “How to solve the cost crisis in Health Care”. *Harvard Business Review*, 89(9) 46-64.
- Laviana A.A., Veruttipong D., Tan H.J., Burke M.A., Niedzwiecki D.R., Kupelian P.A., King C.R., Steinberg M.L., Kundavaram C.R., Kamrava M., Kaplan A.L., Moriarity A.K., Hsu W., Margolis D.J.A., Hu J.C., Saigal C.S. (2016). “Utilizing time-driven activity-based costing to understand the short- and longterm costs of treating localized, low-risk prostate cancer”. *Journal of the American Cancer Society*, 122(3): 447-55.
- Lawson R., Stratton W., Hatch T. (2003). “The benefits of a scorecard system”, *CMA Management*, 77(4), pp. 24-26.
- Lega F. (2008). “Lights and shades in the managerialization of Italian National Health Service”, *Health Services Management Research*, 21: 248-261.

- Morelli M., Zoni L. (2013). *Innovare i sistemi di controllo. Affrontare la crisi e sostenere la crescita*. Milano, EGEA.
- Öker F., Özyapici H. (2013). "A new costing model in hospital management: time-driven activity-based costing system". *The healthcare manager*, 32(1): 23-36.
- Porter M.E., Lee T.H. (2013). "The strategy that will fix healthcare". *Harvard Business Review*, 91(10): 50-70.