

# 15 Le innovazioni nei sistemi di programmazione e controllo

di Francesca Lecci e Emanuele Vendramini<sup>1</sup>

## 15.1 Introduzione

La funzione di programmazione e controllo è uno dei sistemi operativi più studiati, insieme alla gestione del personale. I contributi sul tema (e le relative pubblicazioni) hanno preso in considerazione tanto le caratteristiche generali dei sistemi di P&C (Casati, 2000; Vendramini, 2003) quanto gli aspetti specifici relativi alle modalità di implementazione dei vari strumenti (report, indicatori, sistema delle responsabilità economiche), spesso utilizzando casi di studio (Yin, 1994).

I *driver* del processo di innovazione/cambiamento relativi ai sistemi di programmazione e controllo, invece, risultano meno analizzati e studiati, quanto meno con riferimento alle aziende sanitarie. A tal fine il presente contributo si propone di rispondere alle seguenti domande: chi governa l'innovazione della funzione programmazione e controllo? Quali caratteristiche hanno le sperimentazioni aziendali in tema di sistemi di programmazione e controllo? Inoltre, chi sono gli attori del cambiamento e dell'innovazione? Che ruolo hanno?

Dopo aver esplicitato la rilevanza che il tema riveste in letteratura (§ 15.2), il capitolo illustra gli obiettivi e la metodologia di ricerca (§ 15.3.1) e le dimensioni di analisi dei casi presi in considerazione (§ 15.3.2). Quindi, vengono sinteticamente descritte le esperienze indagate (§ 15.4), seguite da una rilettura delle stesse sulla base delle dimensioni interpretative adottate (§ 15.5). Il §15.6 traccia le principali considerazioni conclusive e le possibili traiettorie di sviluppo.

---

<sup>1</sup> Gli autori hanno condiviso l'ideazione, lo sviluppo e la realizzazione del progetto di ricerca da cui deriva il presente capitolo. In termini di stesura finale i §§ 15.2, 15.3.1, 15.4 e 15.6 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, i §§ 15.1, 15.3.2 e 15.5 a Emanuele Vendramini. Si ringraziano per il supporto fornito all'analisi: Marina Iannucci per l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù; Bruna Masseroni e Cristina Boni per l'ASL di Cremona; Alessia Macchia per l'AUSL di Pistoia; Graziella Fedeli per l'AUSL di Firenze; Piero Salvadori per l'AUSL di Empoli; Achille Bonzanigo e Roberta Muci per l'ASL di Como; Paolo Civillini per l'ASL di Lecco.

## 15.2 Inquadramento concettuale e rilevanza nell'attuale dibattito del SSN

L'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) ha rappresentato, per le aziende sanitarie, uno dei più importanti vettori di cambiamento (Casati, 2000; Francesconi, 2003; Del Vecchio, 2008; Bergamaschi e Lecci, 2009) soprattutto a partire dagli anni novanta (Lecci e Longo, 2004).

È a quel periodo, infatti, che risale il maggior numero di sperimentazioni legate all'introduzione di strumenti di P&C (sistemi di budget, contabilità analitica e reporting) ed è sempre in quell'epoca che le aziende sanitarie hanno avviato una politica di sviluppo di risorse professionali e tecnologiche finalizzata a supportare le nuove logiche di governo (Vendramini, 2003).

Nella loro accezione originaria, i sistemi di P&C si configurano come «le routine e le procedure formali basate sulle informazioni che i manager utilizzano per mantenere o modificare le modalità di comportamento dell'organizzazione nello svolgimento dell'attività» (Simons, 1995, p. 5). Essi costituiscono, pertanto, un modello di comportamento gestionale e rappresentano quelle variabili organizzative che influenzano direttamente o indirettamente l'azione dei diversi attori all'interno di un'azienda (Airoldi et al. 1994, p. 431).

Le finalità che la letteratura assegna ai sistemi di P&C possono essere molteplici e, almeno in parte, conflittuali (Anton, 1964; Amigoni, 1995; Casati, 2000): (i) operazionalizzazione e articolazione dei programmi strategici; (ii) responsabilizzazione rispetto ai risultati (prevalentemente economici) aziendali; (iii) guida e motivazione dei manager; (iv) coordinamento ed integrazione; (v) comunicazione; (vi) valutazione e controllo; (vii) apprendimento e formazione.

Tuttavia, i tratti distintivi delle aziende sanitarie pubbliche (Bergamaschi, 2004) rendono del tutto peculiari il perseguimento delle finalità elencate e una corretta applicazione di questi strumenti (Anessi Pessina, 2002; Young, 1993). Infatti:

- ▶ Poiché le aziende sanitarie pubbliche assolvono il fine primario di soddisfare i bisogni di salute della popolazione, la finalità di responsabilizzazione rispetto ai risultati economici è (o è stata) in parte osteggiata e deve essere configurata più come *compliance* ad un vincolo che come spinta al perseguimento di un obiettivo.
- ▶ L'assenza di un contesto di mercato, di operazioni di scambio tipico e il ruolo di *holding* della Regione rendono più complesso operazionalizzare ed articolare i programmi strategici.
- ▶ L'assoluta autonomia professionale dei medici e la non standardizzabilità dei processi di produzione ed erogazione riducono la possibilità di conseguire efficacemente la finalità di guida e motivazione.
- ▶ La presenza di un'elevata differenziazione di attività e di elevati gradi di spe-

cializzazione determina una significativa complessità nel conseguire opportuni livelli di coordinamento ed integrazione<sup>2</sup>.

Se a ciò si aggiunge che, in passato, le aziende pubbliche (non solo quelle sanitarie) (Valotti, 2009) non sono state in grado di generare un'adeguata cultura della valutazione e non hanno sviluppato sistemi di *benchmarking* (che costituiscono una delle più significative occasioni di apprendimento e crescita), appare evidente che i sistemi di P&C hanno fatto fatica, in un primo momento, ad esprimere pienamente le proprie potenzialità.

Tuttavia, per una lunga fase storica (coincidente con gli anni '90), i sistemi di P&C sono riusciti a produrre importanti effetti positivi, soprattutto con riferimento alla loro capacità di porre attenzione alla dimensione economico-finanziaria e di sviluppare cultura manageriale. Nel corso del tempo si è, però, sviluppata una rilettura dei sistemi di P&C in logica eminentemente burocratica, con un sostanziale scollegamento tra obiettivi di gestione e finalismi aziendali, un orientamento al breve periodo, logiche decisionali di tipo incrementale ed un'enfasi prevalentemente interna (Bergamaschi e Lecci, 2008; Devine et al., 2000).

Per correggere queste distorsioni si è agito lungo due direttrici.

- ▶ Si è cercata una maggiore integrazione con altri processi, quali: (i) la formulazione, l'affinamento o la revisione delle linee strategiche; (ii) la programmazione degli investimenti; (iii) la negoziazione di obiettivi e finanziamenti della Regione; (iv) la valutazione e incentivazione del personale (Bergamaschi, 2004); (v) i progetti finalizzati ad incrementare qualità ed appropriatezza (Bergamaschi e Lecci, 2008).
- ▶ Si è ampliato il set di strumenti e di meccanismi di governo della performance, passando da una prospettiva prevalentemente monodimensionale (produttività e risorse) a prospettive multidimensionali.

Sotto la spinta di diversi fattori (Neely, 1999; Baraldi, 2000), le aziende sanitarie hanno quindi palesato la propria insoddisfazione verso una rilettura burocratica del ciclo di P&C.

In particolare, si è assistito ad una crescente attenzione nei confronti dei sistemi di valutazione della performance (Kaplan e Norton, 1992), intesi come strumenti che meglio supportano il processo di raggiungimento degli obiettivi aziendali (Cavalluzzo e Ittner, 2003). Tale crescente attenzione ha determinato la nascita di numerosi modelli di misurazione che hanno progressivamente spostato il focus dai risultati economico-finanziari e dalle loro determinanti, alle attività e ai processi aziendali (si pensi alle logiche *activity-based*), fino alla coe-

<sup>2</sup> Gli ultimi due tratti di peculiarità delle aziende sanitarie pubbliche evidenziano, tuttavia, al contempo, la particolare utilità nell'implementare il sistema di P&C.

renza con le strategie deliberate (ad esempio nei modelli *balanced scorecard*), al fine di dare una rappresentazione più oggettiva della performance d'azienda (Dossi, 2010)<sup>3</sup>.

In questo modo, la priorità dei sistemi di P&C si amplia e affianca alla misurazione della performance la gestione delle sue determinanti (Shank e Govindarajan, 1993; Balachandran e Balachandran, 2005; Hansen e Mowen, 2006; Bergamaschi et al., 2010). L'obiettivo è, pertanto, quello di passare dalla contabilizzazione dei risultati aziendali al governo dei medesimi, ovvero spostare l'ottica di osservazione dai luoghi di addensamento delle performance ai processi di loro formazione, analizzando così i contenuti decisionali affidati ai manager.

Questo implica la necessità di spostare l'enfasi su temi di management, ovvero sui processi e sulle modalità di governo di sistemi organizzativi complessi.

## 15.3 Obiettivi del lavoro e metodi di ricerca

### 15.3.1 Obiettivi di ricerca e selezione dei casi

Alla luce dell'analisi della letteratura, la ricerca si pone l'obiettivo di rappresentare alcune innovazioni introdotte nei sistemi di P&C direzionale delle aziende sanitarie, esplicitandone finalità attese e caratteristiche e cercando di comprendere se esse si collocano nella scia evolutiva disegnata dalle teorie manageriali di riferimento.

Per perseguire l'obiettivo dichiarato, il percorso di ricerca è stato suddiviso in tre fasi: (i) la predisposizione e l'invio di una *call for proposal*, indirizzata alle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate alle pubbliche, al fine di mappare le principali iniziative di innovazione in atto; (ii) la predisposizione di una griglia di valutazione dei progetti ricevuti e la selezione dei casi di analisi; (iii) l'analisi dei casi.

La *call for proposal* è stata inviata nel mese di aprile 2011 al fine di invitare le aziende a condividere i progetti più significativi in tema di innovazione dei sistemi di P&C. L'invito a partecipare è stato inviato a tutti i soggetti che nelle singole aziende sanitarie ricoprono il ruolo di responsabile del Controllo di Gestione, nonché ai rappresentanti delle direzioni aziendali. Questa è la definizione di «rispondente» prevista dal disegno dello studio.

Per la descrizione dell'iniziativa è stata predisposta un'apposita scheda strut-

<sup>3</sup> Resta tuttavia inteso che, dal momento che le teorie manageriali appartengono al campo delle scienze sociali, il conseguimento dell'oggettività nella misurazione è da considerarsi come funzione diretta della condivisione delle regole e dei principi di misurazione adottati. In sintesi, una misura può essere considerata precisa solo se è percepita e valutata in maniera uniforme dall'insieme dei suoi utilizzatori. In tal senso, l'evoluzione della scienza della misurazione in ambito manageriale richiede il bilanciamento della sofisticazione dei metodi con la loro condivisione e diffusione presso gli utilizzatori rilevanti (Dossi, 2010).

turata in formato elettronico. In questo modo il referente aziendale ha anche avuto l'opportunità di dedicare complessivamente più tempo alle risposte rispetto all'alternativa di un'intervista personale o telefonica (Fattore, 2005).

Nello specifico, alle aziende è stato chiesto di presentare l'iniziativa di innovazione avviata con riferimento alle seguenti sezioni:

- ▶ le finalità dell'innovazione introdotta e i risultati attesi;
- ▶ la metodologia adottata;
- ▶ il sistema di monitoraggio del processo di innovazione;
- ▶ il sistema di *governance* complessiva del progetto;
- ▶ i risultati raggiunti e i passi successivi.

Si tratta di aspetti che consentono una rilettura dei diversi strumenti non solo sul piano strettamente tecnico, ma anche della loro utilità al funzionamento e al governo o autogoverno di sistemi complessi (Anthony e Young, 1992; Casati, 1996).

I progetti ricevuti sono stati valutati dagli autori in base a due dimensioni: la rilevanza dell'iniziativa (valutata su una scala da 1 a 10) e la qualità della presentazione (scarsa, mediocre, sufficiente, buona, molto buona, ottima).

La combinazione dei due indici ha consentito di individuare i seguenti 7 casi, che verranno sinteticamente descritti nel § 15.4:

- ▶ Il nuovo sistema di controllo di gestione all'IRCCS Bambin Gesù di Roma.
- ▶ Il cruscotto direzionale nell'ASL di Lecco.
- ▶ Il sistema di *activity-based costing* all'ASL di Como.
- ▶ La reportistica per i MMG nell'AUSL di Empoli.
- ▶ La distinta base nel dipartimento chirurgico dell'AUSL di Firenze.
- ▶ La riprogettazione gestionale per intensità di cura dell'area chirurgica nell'AUSL di Pistoia.
- ▶ La procedura di *audit* su otto macroprocessi aziendali nell'ASL di Cremona.

### 15.3.2 Dimensioni di analisi

Per l'analisi dei casi aziendali si è provveduto a costruire una griglia interpretativa che prende in considerazione le seguenti dimensioni (Corsalini e Vendramini, 2010):

- ▶ Strategia di attuazione;
- ▶ Direzione del processo;
- ▶ Focus dell'iniziativa;
- ▶ Natura degli strumenti;

- ▶ Stimolo all'avvio dell'iniziativa;
- ▶ Area di impatto;
- ▶ Tempistica di riferimento.

Sebbene alcune dimensioni possano essere in parte sovrapposte alle sezioni della scheda di presentazione dell'iniziativa inviata alle aziende (§ 15.3.1), le categorie logiche di seguito descritte sono state costruite in maniera da consentire una più approfondita analisi dei casi.

#### *Strategia di attuazione*

La strategia di attuazione dell'innovazione può essere duplice: focalizzata o diffusa. La strategia focalizzata ha come oggetto del cambiamento un progetto sperimentale che coinvolge una parte dell'azienda sanitaria (un Distretto o un Dipartimento) al fine di testarne i risultati ed eventualmente poterla esportare nel restante contesto aziendale. La strategia diffusa ha, invece, come oggetto l'azienda nel suo complesso.

Entrambe le strategie hanno punti di forza e criticità. La strategia focalizzata si caratterizza per la prudenza e per il tentativo di testare una determinata soluzione innovativa in un contesto protetto, ma anche per la possibile non trasferibilità delle scelte ad altre articolazioni organizzative (legata all'unicità di alcuni contesti tipici ad esempio della sanità territoriale). La strategia diffusa presenta una maggiore complessità gestionale, ma permette di meglio valutare i risultati del progetto sperimentale poiché consente di apprezzare gli esiti sull'intera azienda, secondo una logica del confronto nel tempo delle performance dello stesso oggetto (l'azienda) in due momenti diversi: t1 (con strategia) vs t0 (in assenza di strategia).

#### *Direzione del processo*

La direzione del processo può essere *top-down* oppure *bottom-up*. Uno stile di governo dell'innovazione *top-down* probabilmente ricerca meno il consenso e maggiormente l'efficienza. Al contrario una sperimentazione *bottom-up* pone le basi del processo innovativo proprio sul consenso e sulla partecipazione dei professionisti.

#### *Focus dell'iniziativa*

Il focus dell'iniziativa può essere declinato secondo le classiche quattro categorie: input, processo, output e risultati.

Facendo riferimento ai sistemi di programmazione e controllo, per input si devono intendere i sistemi di contabilità dei costi, la gestione dei fattori produttivi e delle attività, il consumo di risorse (ivi comprese le prestazioni intermedie). Il focus sui processi è dato da un'attenzione sugli aspetti della logistica e delle *operation*, oppure sui percorsi diagnostico-terapeutici. Per output si intendono ad esempio i volumi di attività, i punti DRG prodotti, gli accessi in ADI, la spesa

per la farmaceutica territoriale. I risultati (*outcome*) prendono in considerazione gli impatti sulla salute dei cittadini come ad esempio il monitoraggio dell'emoglobina glicata (che evidenzia una stabilizzazione nella gestione del paziente diabetico) o il controllo della pressione ematica (che evidenzia una stabilizzazione del paziente iperteso) o, ancora, la visita periodica dei pazienti presi in carico legata a modelli di medicina d'iniziativa.

Queste categorie non sono mutualmente esclusive e vi è la concreta possibilità che un progetto innovativo prenda in considerazione contemporaneamente una combinazione di due o più categorie.

#### *Natura degli strumenti*

La natura degli strumenti utilizzati è riconducibile a due tipologie: tradizionale o legata al modello di performance management.

La tipologia tradizionale è tipicamente monodimensionale e precisamente legata alla prospettiva economico-finanziaria. Sono questi i progetti innovativi relativi, ad esempio, alla definizione dei costi di produzione delle prestazioni intermedie, al costo per caso preso in carico, al costo per patologia.

La tipologia legata al modello di performance management prende in considerazione anche la prospettiva clinica e precisamente i percorsi diagnostico-terapeutici, l'applicazione di linee guida, l'appropriatezza della presa in carico del paziente cronico. Il principio di fondo è quello implicito nel modello di Ouchi (1979) che segna il passaggio dal dilettantismo al professionismo nei sistemi di P&C a partire da una rilettura del legame tra input e output/*outcome* attraverso l'analisi dei processi sottostanti.

#### *Stimolo all'avvio dell'iniziativa*

Questa dimensione di cambiamento prende in considerazione non tanto chi ha governato o indirizzato il processo, ma chi l'ha promosso. Diversi possono essere i promotori del cambiamento: i professionisti, la direzione aziendale e/o gli organi di staff, la Regione.

L'analisi di questa dimensione risulta di particolare interesse in quanto la medesima innovazione, promossa da attori differenti, può avere caratteristiche molto difformi, non ultimo il grado di adesione e condivisione al processo.

#### *Area di impatto*

L'innovazione può essere caratterizzata da una dimensione di esito (prevalentemente) clinica o (prevalentemente) organizzativa.

La dimensione clinica viene ricercata dai sistemi di P&C legati a logiche di *Activity Based Budgeting* o di *Chronic Care Model* (Maciocco, 2011) oppure di responsabilizzazione sull'applicazione di linee guida. Si tratta quindi di sperimentazioni che mirano al raggiungimento di risultati ad esempio di appropriatezza clinica.

La dimensione organizzativa prende in considerazione la definizione delle responsabilità economiche sui percorsi diagnostico-terapeutici, i ruoli dei differenti attori, l'articolazione dei differenti centri di responsabilità e di costo. Si tratta, ad esempio, di sperimentazioni che prendono in considerazione la scelta dell'ambito di cura<sup>4</sup> più appropriato, al fine di massimizzare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Anche in questo caso le due dimensioni non sono mutualmente esclusive e vi è la possibilità che alcune sperimentazioni possano prendere in considerazione la ridefinizione tanto del sistema delle responsabilità economiche e organizzative, quanto della componente clinica legata all'applicazione ad esempio delle linee guida.

#### *Tempistica di riferimento*

Al riguardo si può utilizzare la classica tripartizione: breve, medio e lungo termine in relazione ad una durata rispettivamente inferiore all'anno, tra uno e due anni, superiore ai due anni.

La griglia interpretativa che ne deriva (Tabella 15.1) è stata compilata sulla base delle seguenti fonti di analisi:

- ▶ Scheda di descrizione dell'iniziativa di innovazione compilata dalle aziende;
- ▶ Documenti aziendali specifici;
- ▶ Interviste telefoniche (solo ove il materiale raccolto non fosse sufficientemente completo).

Tabella 15.1 **La griglia di analisi dei casi selezionati**

Azienda	Strategia di attuazione	Direzione del processo	Focus iniziativa	Natura degli strumenti	Stimolo all'avvio dell'iniziativa	Area di impatto	Tempistica di riferimento
IRCCS Bambin Gesù							
ASL Lecco							
ASL Como							
AUSL Empoli							
AUSL Firenze							
AUSL Pistoia							
ASL Cremona							

<sup>4</sup> Si noti come queste due dimensioni dell'appropriatezza non siano collegate si può avere appropriatezza clinica ma non dell'ambito di cura (gestione del paziente iperteso da parte di medici cardiologi) e viceversa (gestione al domicilio del paziente oncologico terminale senza esplicitazione o condivisione di un piano terapeutico)

## 15.4 Analisi dei casi

### 15.4.1 Il nuovo sistema di controllo di gestione all'IRCCS Bambin Gesù di Roma

Il progetto intende aumentare l'efficacia del sistema di pianificazione, programmazione e controllo; indurre maggior partecipazione e condivisione degli obiettivi; introdurre e sviluppare strumenti di monitoraggio degli obiettivi; migliorare la *governance* complessiva del sistema.

Al fine di conseguire tali obiettivi, il progetto è stato articolato su tre distinte fasi.

Nella prima fase, è stata svolta un'analisi, in termini di punti di forza e di debolezza, della situazione esistente. L'analisi ha rivelato una collocazione organizzativa del Servizio Controllo di Gestione di natura funzionale, con relazioni prevalentemente gerarchiche e verticali. Inoltre, le attività prevalenti del Servizio consistevano nell'elaborazione del documento di budget, nell'elaborazione mensile della reportistica, nella predisposizione dell'informativa gestionale (analisi degli scostamenti) per l'alta direzione e nelle rilevazioni di contabilità analitica. Questo rendeva totalmente scollegata l'attività di programmazione e controllo direzionale dall'attività di pianificazione strategica, che era svolta dal Presidente, con una logica *top-down*. Gli obiettivi di budget erano esclusivamente di tipo economico (produzione, consumi), negoziati attraverso incontri tra l'alta direzione e i singoli Dipartimenti e non adeguatamente supportati da un sistema informativo centralizzato e standardizzato.

Alla luce delle criticità emerse nella prima fase, nella seconda fase sono state avviate alcune modifiche alla struttura organizzativa, che hanno visto lo spostamento in staff alla Presidenza di alcuni Servizi, tra cui il Controllo di Gestione, che ha ampliato le proprie funzioni anche alla pianificazione strategica e al *data management* con l'istituzione del Servizio di Pianificazione, Controllo e *Data Management*. È stato, inoltre, costituito il Comitato di budget, rappresentativo di tutti gli interessi interni dell'organizzazione, la cui composizione varia ogni anno per favorire la diffusione e la condivisione della strategia. Oltre alle modifiche alla struttura organizzativa, si è intervenuti sugli strumenti, *in primis* attraverso il ricorso alla metodologia del *project management* all'interno della Pianificazione e Controllo, come meccanismo di coinvolgimento dei vari livelli dell'organizzazione nella realizzazione degli obiettivi strategici. È stato, infine, predisposto un set di indicatori significativi (strategici e di budget), per monitorare periodicamente lo stato di realizzazione degli obiettivi, e un nuovo software per la gestione del budget e della reportistica.

Nel nuovo processo di pianificazione e controllo, la strategia viene declinata in obiettivi e progetti, allo scopo di individuare specificamente ruoli e responsa-

bilità nella realizzazione delle linee strategiche. Il sistema di monitoraggio dei risultati prevede l'elaborazione di report mensili (per gli obiettivi e i progetti di budget) e trimestrali (per gli obiettivi ed i progetti strategici).

Il ritorno informativo generato dall'analisi degli indicatori di budget e dei risultati dei progetti alimenta il processo di valutazione delle performance dei Direttori di Dipartimento, mentre quello generato dall'analisi degli indicatori strategici e dei risultati dei progetti strategici supporta la valutazione delle performance dei Direttori Sanitario, Amministrativo, Scientifico e Tecnico.

La terza fase ha riguardato l'avvio del monitoraggio dell'iniziativa in termini di:

- ▶ Efficacia del nuovo processo di pianificazione e controllo, attraverso il set di indicatori esplicitato all'interno del piano strategico. Un più elevato grado di raggiungimento degli obiettivi strategici dimostra una migliore capacità del nuovo sistema di indirizzare i comportamenti organizzativi verso gli obiettivi e le priorità di medio e breve termine;
- ▶ Grado di efficacia partecipazione alla realizzazione degli obiettivi, attraverso un'analisi dei progetti andati a buon fine.

L'iniziativa descritta, a quasi tre anni dal suo avvio, ha prodotto risultati, sia in riferimento agli indicatori oggetto di analisi, sia in relazione all'impatto positivo che ha avuto e al clima organizzativo che ha creato all'interno dell'Ospedale (maggiore responsabilizzazione, condivisione e partecipazione). Il nuovo processo di pianificazione e controllo ha dimostrato di poter essere un efficace sistema di indirizzo e coordinamento, grazie al quale l'Ospedale è riuscito a tenere sotto controllo la strategia definita all'inizio del triennio. Gli obiettivi strategici sono stati attribuiti alle varie Direzioni per quote di competenza e la realizzazione degli obiettivi è stata possibile grazie all'interazione e alla collaborazione delle varie Direzioni, ciascuna responsabile sia per la parte ad essa attribuita sia per il risultato complessivo. Il sistema di monitoraggio interno ha evidenziato, infatti, una percentuale di successo del nuovo sistema di pianificazione e controllo pari al 70% (corrispondente alla percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai valori attesi). Si è riscontrato, inoltre, un elevato grado di partecipazione dell'organizzazione alla realizzazione degli obiettivi.

#### **15.4.2 Il cruscotto direzionale nell'ASL di Lecco**

Nel corso del primo anno di mandato (2008 – 2010) della nuova direzione aziendale, il Servizio Controllo di Gestione dell'ASL di Lecco ha ricevuto l'incarico di sviluppare uno strumento univoco ed integrato che permettesse, con pochi

indicatori, di valutare la performance di un'articolazione organizzativa e/o dell'intera azienda.

A tal fine, nel corso del 2008, il Controllo di Gestione, di concerto con la direzione aziendale, ha scelto di realizzare un cruscotto direzionale che coniugasse: (i) indicatori gestionali diretti a fornire indicazioni di struttura e attività svolta; (ii) indicatori di performance diretti a misurare efficienza, efficacia, qualità dei processi produttivi, esito dell'attività (guadagno di salute e/o utilità di sistema).

Il processo di realizzazione del nuovo cruscotto è stato articolato in tre distinte fasi:

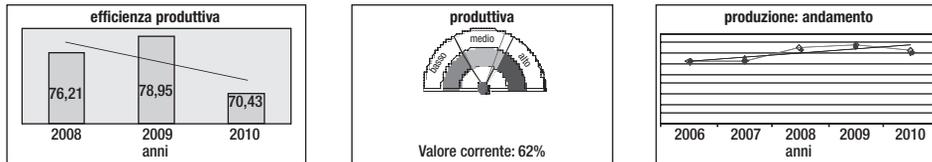
- ▶ Periodo 2008 – 2009: realizzazione di un nuovo modulo in ambiente SAS che permettesse di avere contemporaneamente sia i dati della produzione<sup>5</sup> sia quelli delle risorse; completamento del sistema di pesatura dei prodotti e di rilevazione delle attività espletate dal personale non dipendente (ad esempio i MMG); sperimentazione di una prima ipotesi non automatizzata di cruscotto.
- ▶ Periodo 2009 – 2010: costruzione di una nuova *release* (Figura 15.1) di cruscotto (con aggiornamento mensile automatizzato) contenente informazioni gestionali (dati di struttura e attività); indicatori gestionali (efficienza e produttività) e indicatori economici (costi).
- ▶ Periodo 2010 – 2011: integrazione del cruscotto con indicatori di efficacia e costruzione di una metodologia che permettesse di prevedere un percorso per l'individuazione di indicatori di qualità dei processi aziendali.

Tutti i risultati attesi, ad eccezione di quelli previsti nella terza fase, sono stati trasformati in «azioni», che sono state ricomprese tra gli «obiettivi annuali di attività» inseriti nel processo di budget aziendale. Pertanto per ognuno di essi è stato individuato un indicatore, un responsabile ed un termine, come indicato in Figura 15.2.

Il cambio del vertice aziendale, dal 1 gennaio 2011, ha, evidentemente, impattato sul percorso del progetto. Attualmente la nuova Direzione Aziendale sta valutando l'opportunità di autorizzarne la prosecuzione sia sul versante dell'utilità sia su quello dei costi.

<sup>5</sup> Sebbene l'azienda fosse già dotata di uno spazio dedicato a raccogliere i dati di produttività delle diverse articolazioni organizzative aziendali (tutte le articolazioni organizzative, anche quelle amministrative, avevano comunque un proprio «listino prodotti»), era necessario completare il processo di creazione di una «piattaforma» unica, sulla quale posizionare i dati della produzione e quelli delle risorse.

Figura 15.1 Terza release del cruscotto direzionale



Indicatore	note	periodo di analisi			novembre
		2008	2009	2010	diff. '10/'09
<b>INFORMAZIONI GESTIONALI</b>					
Dipendenti: matricole		0,00	0,00	0,00	0,00
Dipendenti: presenze pesate		507,25	501,93	491,02	-10,91
▶ di cui per attività produttiva		442,41	439,48	435,44	-4,04
Dipendenti: ore teoriche		946.786	940.4899	23.174	-17.315,38
Dipendenti: ore dovute		731.370	733.101	714.868	-18.232,92
Dipendenti: ore lavorate		756.900	753.811	734.766	-19.045,56
Dipendenti: ore di assenza		215.416	207.389	208.306	917,55
PNS: presenze pesate		35,62	43,21	47,24	4,03
▶ di cui per attività produttiva		32,53	38,41	38,07	-0,35
PNS: ore lavorate		54.480	67.087	72.325	5.238,00
Km: percorsi		1.843.222	1.758.815	1.725.913	-32.901,84
Km: ore per spostamenti	46.296	44.176	43.350	-826,39	
Ore x spostamenti: incidenza su lavorato		6,12	5,86	5,90	0,00
Costi gestiti 1		58.701.131	222.698.292	218.460.051	-4.238.240,58
Popolazione assistita		337.473	337.983	339.511	1.528
<b>INDICATORI GESTIONALI</b>					
Prodotti: efficienza produttiva		71,43	73,61	73,77	0,16
Prodotti: produttività				351	80,50
Prodotti: produzione		33.924.910	35.178.809	34.929.356	-249.453
Dipendenti: ore mediamente lavorate		1.492	1.502	1.496	-5,41
Dipendenti: differenza oraria		25.530	20.710	19.898	-812,64
Dipendenti: incidenza differenza oraria		3,37	2,75	2,71	-0,04
Dipendenti: incidenza assenze		22,75	22,05	22,56	0,51
Dipendenti: incidenza assoluta su assistiti		0,00	0,00	0,00	0,00
Dipendenti: incidenza pesata su assistiti		1,87	1,84	1,79	-0,05
<b>INDICATORI ECONOMICI</b>					
Personale		53,70	78,70	71,70	
Beni e servizi		6,80	9,35	8,86	
Assistenza protesica		14,40	21,65	19,94	
Assistenza fuori regione		0,69	1,40	1,05	
Assistenza all'estero		0,02	0,20	0,08	
Assistenza farmaceutica territoriale		112,84	153,03	152,43	

Figura 15.2 Il cronoprogramma dell'iniziativa

num	azione	2008			2009																	
		09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03		
A.0	nuovo modulo in ambiente																					
B.0	definizione di numeratore e denominatore																					
C.0	elenco prodotti pesati																					
D.1	procedura d'estrazione strutturata																					
D.2	<i>prima versione del cruscotto gestionale</i>																					
E.1	individuazione di tutte le posizioni attive di pns presenti in azienda																					
E.2	nuova procedura																					
E.3	nuovo modulo in ambiente SAS realizzato																					
E.4	rilevazione ore effettuate da pns																					
F.1	anagrafe dei processi aziendali																					
F.2	report di correlazione																					
F.3	nuovo modulo in ambiente SAS realizzato																					
F.4	quantificare le risorse di personale (dipendente e no) destinate alla produzione																					
G.1	elenco di indicatori gestionali significativi																					
H.1	valutazione positiva della direzione aziendale																					
H.2	valutazione positiva delle articolazioni organizzative aziendali																					
H.3	<i>messa on line della nuova versione del cruscotto</i>																					
I.1	individuare le abilitazioni da concedere																					
I.2	«istruzioni operative» per gli utenti																					
L.1	condivisione e suggerimenti di implementazioni																					
L.2	<i>messa on line della nuova versione del cruscotto</i>																					

### 15.4.3 Il sistema di activity-based costing all'ASL di Como

Nel corso del 2008, l'ASL di Como ha dato avvio ad un progetto denominato «Controllo Strategico dei Costi», al fine di consentire confronti tra i Distretti in termini di produzione e di corretto utilizzo delle risorse. Le aspettative che l'azienda e la direzione hanno riposto nel progetto sono quelle di: (i) indagare in modo specifico e approfondito sulle risorse dedicate alle prestazioni sanitarie dell'area territoriale-distrettuale facenti capo all'ASL; (ii) identificare per ciascuna prestazione i profili professionali coinvolti e valutare il peso di ciascuna prestazione in modo da dare un valore in termini di tempo/costo a ciascuna linea attività; (iii) determinare uno «standard» di risorse per prestazione, da prendere a riferimento per i confronti tra Distretti.

Le aree coinvolte nell'analisi sono state la prevenzione medica, la prevenzione veterinaria, le cure primarie e l'area ASSI, in riferimento a tutte le attività dei consultori.

Nella mappatura delle prestazioni oggetto di analisi è stato chiesto agli attori coinvolti di identificare solamente le attività, considerando tutte le azioni intermedie (es. riunioni, telefonate) come parte della prestazione finale. Tutte le prestazioni individuate sono state condivise dai quattro distretti sociosanitari e dai quattro distretti veterinari dell'ASL, arrivando così a definire una «tassonomia» per ciascun Servizio.

Successivamente alla mappatura delle prestazioni si è provveduto ad assegnare un peso ad ogni profilo professionale impiegato, tenendo traccia della categoria di appartenenza: Medici; Dirigenza sanitaria non medica (dirigenti sanitari non medici e tirocinanti psicologi); Amministrativi; Infermieri (infermieri, ostetriche e assistenti sanitari); Personale della vigilanza e ispezioni; Veterinari; Altro personale (terapisti della riabilitazione, tecnici, assistenti sociali ed educatori).

Una volta create tutte le informazioni di base per il controllo strategico dei costi, il Controllo di Gestione dell'ASL di Como ha impostato il sistema per la raccolta dei dati necessari all'alimentazione del programma: (i) volumi di attività erogata da distretti o dipartimenti; (ii) ore lavorate e assegnazioni del personale; (iii) costi (da Contabilità analitica); (iv) *driver*, in caso di aggiornamento o modifica delle prestazioni. Tutti i dati raccolti vanno ad alimentare un sistema informatico dedicato, che con periodicità semestrale produce una reportistica analitica. Dal costo standard per prestazione (con evidenza del tempo lavoro/costo di ciascuna figura professionale), il sistema è in grado di evidenziare gli scostamenti per profilo professionale, sia a livello di singolo centro di costo sia a livello di Distretto.

Nella prima fase di sviluppo del progetto, i risultati dell'analisi non sono stati utilizzati con fini decisionali, ma solo per l'organizzazione di incontri con le Strutture coinvolte al fine di valutare l'attendibilità dei risultati stessi ed il loro

possibile utilizzo in azienda. Il processo di sviluppo dello strumento, però, ha consentito di cogliere importanti spunti di miglioramento, principalmente orientati rendere omogenei i costi in aree territoriali talvolta molto differenti.

Attualmente, i risultati dell'analisi si possono considerare attendibili e condivisi con le Strutture. Nel primo semestre del 2011, allo scopo di razionalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili in azienda, per fini decisionali legati alle richieste di risorse da parte delle Strutture, i report sono stati utilizzati in sede di discussione di budget. Inoltre, avendo identificato il costo medio per categoria professionale, vengono effettuate analisi e date indicazioni per supportare il livello decisionale in ogni processo di ripartizione delle risorse (indipendentemente dal processo di budget), soprattutto con riferimento ai seguenti casi: modifica delle assegnazioni all'interno dei Servizi dello stesso Distretto; attribuzione delle risorse ai diversi distretti valutando le richieste delle Strutture; assegnazione delle nuove risorse in caso di assunzioni; approvazione di eventuali richieste di sostituzione per il personale cessato o assente per un lungo periodo di tempo.

Gli obiettivi futuri del progetto riguardano l'implementazione di un processo di valutazione e attribuzione delle risorse da parte della Direzione Aziendale sulla base degli esiti di un processo di ottimizzazione dei costi dei processi attivi nei distretti socio-sanitari e veterinari e la gestione del budget aziendale per le attività collegate alle prestazioni programmabili (oltre alla partecipazione al N.I.San. – Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard – per la sperimentazione di un progetto interaziendale sulle attività dell'area territoriale-distrettuale).

#### 15.4.4 La reportistica per i MMG nell'AUSL di Empoli

Il governo del territorio ha assunto, negli ultimi anni, una crescente importanza. In tale ambito si inserisce il progetto avviato dall'AUSL di Empoli, che si è posto un duplice livello di obiettivi: (i) quello generale di fornire ai clinici gli strumenti per effettuare, attraverso la metodica del *peer review* all'interno di un processo di *audit*, un efficace governo clinico e (ii) quello specifico di raccogliere e rendere fruibili i dati di attività del territorio per permettere un'azione di benchmarking.

Il progetto, articolato su un numero rilevante di fasi (Tabella 15.2), tutte completate, si è sostanziato nella rilevazione delle informazioni e nella produzione di report di dettaglio sul governo della salute sul territorio. Questo consente lo svolgimento, con cadenza quadrimestrale, di due momenti di *peer review*:

1. Il primo momento prevede l'incontro dei referenti di ciascuna equipe (17 MMG).
2. Il secondo momento si sostanzia nell'incontro con tutti i MMG partecipanti.

Tabella 15.2 **Le fasi del progetto**

#	Fasi del Progetto	Risultato intermedio atteso	Strumento adottato per raggiungerlo
1	Progettazione	Condivisione degli obiettivi del progetto	Formalizzazione del gruppo di progetto
2	Incremento qualità anagrafe assistiti e professionisti	Qualità dei dati (< 2 % record errati)	Adozione di software e hardware ad hoc
3	Estrazione dati dai flussi di ricovero e specialistica	Costruzione di un datawarehouse (DWH) di qualità affidabile (< 2 % record errati)	Adozione di software e hardware ad hoc
4	Estrazione dati dalla farmaceutica	Costruzione di un datawarehouse (DWH) di qualità affidabile (< 2 % record errati)	Adozione di software e hardware ad hoc
5	Estrazione dati su ausili e protesi	Costruzione di un datawarehouse (DWH) di qualità affidabile (< 2 % record errati)	Adozione di software e hardware ad hoc
6	Produzione dati	Sperimentazione dell'affidabilità e congruità del dato	6.a Software SAS nel portale intranet AUSL 11 ( <a href="http://www.usl11.toscana.it">www.usl11.toscana.it</a> ) 6.b organizzazione e realizzazione di corsi di alfabetizzazione e corso avanzato SAS per i Medici di Comunità
7	Organizzazione incontri, presentazione e discussione dati	Presenza dei professionisti agli incontri programmati	Rilevazione presenze con foglio firme e incentivazione presenze con gettoni simbolici
8	Monitoraggio indicatori	Qualità, semplicità ed immediatezza del dato / indicatore	Controlli e verifiche sul DWH
9	Identificazione e controllo degli outlier	Identificazione chiara ed inequivocabile dell'outlier	Evidenza ed inoppugnabilità degli indicatori
10	Eventuale richiamo / segnalazione / sanzione	Equità delle decisioni	Commissioni previste dalle norme vigenti
11	Valutazione del grado di miglioramento continuo atteso	Miglioramento degli indici di performance individuati	Valutazione degli indicatori
12	Misurazione della tendenza all'eccellenza e qualità	Appropriatezza nell'uso delle risorse	Indagini di customer satisfaction

In entrambi i momenti, gli incontri sono organizzati e condotti dai Medici di Comunità dell'AUSL. A tali incontri partecipa l'informatore farmaceutico di AUSL e vari specialisti e dirigenti AUSL, sulla base degli argomenti all'ordine del giorno. La metodologia usata è quella della revisione tra pari, che innesca meccanismi virtuosi e tende, attraverso la discussione ed il confronto, ad omogeneizzare i comportamenti clinici e prescrittivi dei professionisti, secondo la logica del *learning by doing*.

Questo nuovo sistema di responsabilizzazione ha consentito di gestire efficacemente una serie di criticità in termini di: governo del tasso di ospedalizzazione; capacità del livello territoriale di farsi carico delle dimissioni cosiddette «difficili»; riduzione degli indici statistici di dispersione annua dei MMG con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata; maggiore appropriatezza e omogeneità in termini di attività di accesso domiciliare dei MMG e di volume delle prestazioni aggiuntive.

#### 15.4.5 La distinta base nel dipartimento chirurgico dell'AUSL di Firenze

A seguito della scelta della Regione Toscana di orientare l'organizzazione dei percorsi ospedalieri per «intensità di cure», l'AUSL 10 di Firenze ha avviato un'analisi organizzativa finalizzata a strutturare i processi dell'azienda per «linee di attività» (in aderenza con la logica *lean thinking*).

Un'area particolarmente interessata da questa nuova impostazione è stata quella chirurgica, attraverso il progetto legato alle Distinte Base. L'obiettivo perseguito è quello di applicare uno strumento tipico della realtà industriale ad un settore caratterizzato da processi complessi, che coinvolgono vari ambiti dell'azienda e molteplici fasi del percorso assistenziale (dalla pre-ospedalizzazione al *follow up*). La distinta base è tecnicamente una matrice che associa le attività descritte da un processo standard con i costi ad esse correlati.

Gli obiettivi legati allo sviluppo delle distinte base in azienda erano molteplici e per lo più collegati a *benchmarking* esterno (confronto con le tariffe), *benchmarking* interno (confronto tra professionisti delle stesse discipline e tra i diversi ospedali dell'azienda), attività di programmazione e controllo (migliore e più puntuale assegnazione delle risorse destinate ai diversi ambiti di attività aziendale) e di reingegnerizzazione dei processi.

La realizzazione delle distinte base richiede una preventiva mappatura dei processi, intesi come sequenze di attività collegate e interdipendenti che oltrepassano i confini delle unità organizzative. A tal fine, il percorso chirurgico è stato suddiviso in fasi che si ripetono puntualmente, qualsiasi sia il tipo di intervento svolto. Una volta definito il paniere di prestazioni da analizzare si è definita la struttura delle distinte da indagare. A questo punto, ogni singolo intervento è stato, a sua volta, scomposto in fasi e sottofasi, seguendo una struttura di distinta base concordata con i medici, per conseguire dei livelli di dettaglio sempre maggiori, in una logica a matrice che incrocia le singole attività con i fattori produttivi impiegati. Le fasi principali individuate sono tre: (i) pre-tecnica, con tutto ciò che precede l'intervento; (ii) tecnica, che contiene il *core* della prestazione e quindi l'intervento, e (iii) post-tecnica, con le attività concomitanti e/o successive alla dimissione, purché entro l'intervallo dei 40 gg. Ogni fase contiene più sotto-

fasi<sup>6</sup>, a loro volta scomposte fino al limite massimo di analisi per ogni fattore produttivo analizzato<sup>7</sup>.

La compilazione delle singole distinte è avvenuta direttamente con i professionisti, attraverso interviste con i chirurghi e con il personale di comparto. Inoltre, al fine di meglio apprezzare l'efficienza nel processo e di depurare l'analisi dei singoli interventi dal diverso peso economico che possono avere diverse dotazioni tecniche e tecnologiche tra i vari presidi ospedalieri dell'azienda, si è proceduto a calcolare due standard: il costo di una giornata di degenza<sup>8</sup> e il costo orario di sala operatoria<sup>9</sup>. La determinazione di questi due standard consente di valorizzare in termini economici anche l'utilizzo, da parte del dipartimento chirurgico, di quei servizi per i quali non esiste un tariffario esterno.

La prima fase del progetto ha consentito di determinare i costi di circa l'80% dell'attività chirurgica dell'azienda, per la quale è stato possibile operare un *benchmarking* con le tariffe DRG e tra i diversi presidi ospedalieri aziendali, ove ci fossero più chirurghi che eseguono lo stesso intervento.

Dalla matrice che risulta dalla distinta base è possibile rappresentare una doppia visione del processo: per fase (riga) e per fattore produttivo (colonna). L'analisi delle fasi e sottofasi è utile dal punto di vista della comparazione interna tra specialisti e nella ricerca della *best practice*. L'analisi per fattore produttivo è utile per avere un quadro dell'assorbimento delle diverse risorse nel percorso chirurgico considerato. Questo punto di vista è fondamentale per il *benchmarking* interno e per l'eliminazione delle attività che non creano valore aggiunto, oltretutto per una loro diversa combinazione.

In termini di economicità, attraverso l'utilizzo delle distinte base, l'Azienda ha effettuato analisi di *benchmarking* rispetto alle tariffe DRG, ottenendo inattese indicazioni in termini di congruità del tariffario, nonché spunti per analisi di tipo *make or buy*, utili nella pianificazione delle attività ospedaliere. In termini di maggiore appropriatezza, questo lavoro ha consentito un'ampia revisione dei processi produttivi e una migliore articolazione delle fasi, alla ricerca di un continuo miglioramento (secondo la logica *kaizen*).

<sup>6</sup> Ove vi sia una fase con un prodotto intermedio valorizzabile a distinta base (es intervento di radiodiagnostica già valorizzato attraverso la compilazione di una specifica distinta base) si ottengono distinte «multilivello».

<sup>7</sup> Ad esempio, la fase tecnica di una specifica prestazione, avrà una sottofase dedicata all'intervento e, a sua volta, la sottofase, conterrà indicazioni specifiche rispetto ai beni consumati nella fase e al personale impiegato.

<sup>8</sup> Il costo di una giornata di degenza si riferisce al mero costo alberghiero, che è uguale per qualsiasi patologia abbia il paziente.

<sup>9</sup> Il costo orario di sala operatoria si rifà ad una dotazione standard di sala, distinta in 4 tipologie: standard, ortopedica standard, ortopedica superior e mininvasiva, per i diversi strumenti necessari ad affrontare gli interventi a seconda della tecnica utilizzata dal chirurgo.

### 15.4.6 La riprogettazione gestionale per intensità di cura dell'area chirurgica nell'AUSL di Pistoia

L'AUSL di Pistoia, attraverso l'area del Controllo di Gestione aziendale, nel corso degli ultimi anni ha avviato una serie di iniziative di *Operations Management*, al fine di realizzare un governo aziendale orientato allo sviluppo di *best practice*, secondo la logica del *Total Quality Management*. Ciò ha richiesto sia azioni di mappatura dei processi, al fine di far emergere eventuali criticità, colli di bottiglia e *gap*, sia studi osservazionali, al fine di individuare e implementare le azioni di miglioramento necessarie.

Dati gli elevati tempi d'attesa per interventi chirurgici in elezione e il consistente numero di interventi di base in mobilità passiva, che provocano un basso livello di soddisfazione della domanda e un peggioramento delle compensazioni per mobilità, l'area funzionale chirurgica del Presidio Ospedaliero «Il Ceppo» dell'AUSL di Pistoia è stata oggetto di un progetto di analisi, gestito dal Controllo di Gestione, con due ordini di obiettivi:

- ▶ una migliore gestione della risorsa «posto letto», per i reparti dell'Area Chirurgica;
- ▶ una riorganizzazione del servizio al fine di incrementare la produttività e diminuire gli elevati tempi di attesa, per il Blocco Operatorio.

Con riferimento ai reparti dell'area chirurgica, gli interventi adottati fanno riferimento, da un lato, al passaggio, nel 2010, dell'ospedale di Pistoia al modello dell'ospedale per intensità di cura, dall'altro all'istituzione di un *bed manager*.

La principale caratteristica del modello per intensità di cura è la creazione di tre aree di degenza: (i) ciclo continuo ordinario (per pazienti urgenti o che hanno una degenza stimata superiore ai cinque giorni); (ii) *week surgery* (riservato ai pazienti in elezione, con una degenza stimata inferiore ai cinque giorni); (iii) *day surgery* (per i pazienti che vengono ammessi e operati la mattina e dimessi nel pomeriggio).

La posizione di *bed manager* viene ricoperta dal Coordinatore Infermieristico di *Setting*<sup>10</sup> ed ha il compito di: (i) supervisionare la gestione dei posti letto e governare la logistica del paziente all'interno delle aree di degenza, sulla base di linee guida e protocolli clinici e gestionali condivisi; (ii) verificare la corretta assegnazione del paziente al posto letto; (iii) risolvere le situazioni di emergenza in caso di scarsità di posti letto; (iv) garantire la presenza di posti letto per pazienti in elezione.

Con riferimento al Blocco Operatorio, invece, si è intervenuti per: (i) riprogettare l'assegnazione delle sedute e, quindi, l'utilizzo delle sale operatorie;

<sup>10</sup> Ognuna delle tre aree di degenza configura un *setting*.

(ii) rivedere la programmazione delle note operatorie<sup>11</sup> per evitare sedute troppo lunghe; (iii) trasferire l'attività chirurgica ambulatoriale, attualmente svolta all'interno del Blocco Operatorio, in una sala dedicata; (iv) dedicare il personale infermieristico di sala ai soli interventi di *Day Surgery* o di maggior complessità, lasciando l'attività chirurgica ambulatoriale agli infermieri di reparto.

In sintesi, l'innovazione introdotta, ricorrendo alle logiche dell'*Operation Management* e della Reingegnerizzazione dei Processi, ha dato spazio, in azienda, alle leve tipiche degli approcci di *cost management*, producendo risultati in termini di maggior efficienza (aumento delle sedute e degli interventi eseguiti; diminuzione degli interventi programmati rinviati; riduzione degli sforamenti nei tempi delle sedute) e qualità. Con riferimento specifico a quest'ultimo punto, il coinvolgimento di tutte le figure professionali dei percorsi chirurgici ha portato ad un maggior *commitment* rispetto alla gestione delle problematiche oggetto di analisi.

I risultati conseguiti hanno spinto la Direzione Aziendale ad estendere il progetto anche ad altri percorsi e ad investire per il potenziamento del gruppo di lavoro, affinché guidi la riorganizzazione dei percorsi aziendali in vista dell'apertura del nuovo ospedale provinciale.

#### 15.4.7 La procedura di audit su otto macroprocessi aziendali nell'ASL di Cremona

Nel sistema delle ASL lombarde, fondato sul modello di Programmazione, Acquisto e Controllo, i processi aziendali di controllo sono attività rilevanti e strategiche. L'obiettivo del progetto qui analizzato è quello di monitorare e migliorare l'efficacia e l'omogeneità del sistema aziendale dei controlli, attraverso *audit* interni.

L'attività di *audit* si sostanzia nell'analisi dei processi e dei relativi rischi, con la finalità di presidiare: l'effettiva attuazione delle politiche aziendali; il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali, affidati ai Responsabili di CdR di livello più elevato mediante scheda di performance; il rispetto delle norme, dei regolamenti, del Codice Etico e del Modello Organizzativo aziendale; il corretto utilizzo delle risorse economiche.

<sup>11</sup> La nota operatoria, ossia l'elenco degli interventi previsti per il giorno successivo o per il primo giorno lavorativo dopo una festività, viene redatta quotidianamente. Nella nota operatoria sono indicati nome e cognome dei pazienti, la data di nascita, la patologia, il trattamento chirurgico cui verranno sottoposti ed i nomi degli operatori che eseguiranno gli interventi previsti. Nella definizione della nota operatoria viene data la precedenza, rispetto agli interventi in elezione al paziente traumatizzato, specie se anziano. Tra gli interventi in elezione viene data la priorità ai pazienti ricoverati da più tempo, rispettando i criteri di patologia, codice di gravità e stima del tempo chirurgico necessario per l'esecuzione dell'intervento.

Il progetto (tradotto nel programma annuale di *audit* interni) si applica ai seguenti macroprocessi, individuati sulla base della programmazione annuale approvata dalla Direzione Generale:

- ▶ Rilascio certificazioni e autorizzazioni su richiesta utente.
- ▶ Vigilanza su strutture accreditate e autorizzate sanitarie, socio-sanitarie e produttive.
- ▶ Vigilanza su prestazioni e processi sanitari, socio sanitari e prodotti.
- ▶ Controllo veridicità autocertificazioni.
- ▶ Applicazione misure atte a prevenire i delitti informatici e i trattamenti illeciti dei dati.
- ▶ Acquisto di beni e servizi e affidamento lavori.
- ▶ Gestione dei pagamenti.
- ▶ Reclutamento del personale.

Per ciascun intervento di *audit* (quindi per ogni macroprocesso) viene redatto un Rapporto di *audit* contenente osservazioni e raccomandazioni di miglioramento condivise con i responsabili dei processi controllati. Su questa base, i responsabili di processo pianificano e realizzano le azioni necessarie ad applicare le raccomandazioni ricevute. Le azioni da compiere vengono documentate in appositi Piani di *Follow-up*, per eliminare e prevenire le criticità riscontrate nei processi analizzati, per aggiornare l'analisi del rischio, per garantire una maggiore efficacia nelle attività di controllo, per razionalizzare l'impiego delle risorse, per dare piena evidenza della rigorosa applicazione delle norme di riferimento per ogni processo, per conseguire gli obiettivi aziendali con efficacia ed efficienza.

Al fine di monitorare i risultati raggiunti è stato introdotto un sistema di verifica dell'effettiva implementazione dei piani di *follow-up* concordati con i responsabili dei processi. A conclusione di ogni intervento di *audit*, infatti, le osservazioni rilevate vengono raccolte e riportate nel Rapporto di *audit* ed aggiornate nelle Tavole di *follow-up*<sup>12</sup>.

Nel biennio 2009-2010, gli *audit* interni hanno rilevato complessivamente sei «non conformità», 58 «osservazioni» e 18 «raccomandazioni», tutte condivise con i Responsabili dei processi aziendali e gestite dagli stessi Responsabili attraverso specifiche azioni di miglioramento, formalmente pianificate, realizzate e documentate con schede di *follow-up*, monitorate dal Servizio *Internal Auditing*.

<sup>12</sup> La Tavola di *follow-up* è uno strumento utilizzato al fine di raccogliere, monitorare e analizzare lo stato dei piani di *follow-up*, preventivamente concordati con i Responsabili, orientati sia alla riduzione del rischio ed al miglioramento dell'efficacia nei processi di controllo, sia ad una migliore compliance rispetto agli Standard *Joint Commission* (con riferimento agli standard specifici individuati dal programma regionale per le Aziende Sanitarie lombarde).

Il risultato più importante, tuttavia, consiste nella progressiva diffusione, fra gli operatori, della logica e della cultura del controllo proattivo, non ispettivo e sanzionatorio, ma finalizzato al miglioramento continuo.

## 15.5 Una rilettura complessiva

Alla luce dei casi analizzati, le dimensioni di analisi presentate nel § 15.3.2 vengono alimentate come sintetizzato in Tabella 15.3.

Complessivamente emerge una prevalenza di strategie focalizzate, promosse dalla direzione aziendale e caratterizzate da un modello di governo *top-down*.

In merito alla tempistica prevale il medio periodo rispetto al breve. Questo è un dato interessante, in quanto vi è una coerenza con la logica sperimentale della strategia focalizzata, che richiede un primo momento per testare la sperimentazione in sé ed un secondo momento per valutarne l'estensione a livello aziendale.

Pur nell'omogeneità della categorizzazione, l'approccio *top-down* si differenzia a seconda che l'attore principale sia la direzione aziendale (Como, Lecco)

Tabella 15.3 Una rilettura sinottica dei casi analizzati

Azienda	Strategia di attuazione	Direzione del processo	Focus iniziativa	Natura degli strumenti	Stimolo all'avvio dell'iniziativa	Area di impatto	Tempistica di riferimento
IRCCS Bambin Gesù	Diffusa	Top Down	Input Processi Output	Multidimensionali	DG/Staff	Organizzativa	Medio
ASL Lecco	Diffusa	Top Down	Input Processi Output Outcome	Multidimensionali	DG/Staff	Organizzativa	Lungo
ASL Como	Focalizzata	Top Down	Input Processi Output	Economico-fin	DG/Staff	Clinica	Medio
AUSL Empoli	Focalizzata	Bottom up	Input Processi Output Outcome	Multidimensionali	Professionisti	Clinica	Medio
AUSL Firenze	Focalizzata	Top Down	Input Processi	Economico-fin	DG/Staff e Regione	Clinica	Breve
AUSL Pistoia	Focalizzata	Top Down	Processi	Economico-fin	DG/Staff e Regione	Clinica	Medio
ASL Cremona	Focalizzata	Top Down	Processi	Multidimensionali	DG/Staff	Organizzativa	Breve

oppure le differenti funzioni di *staff* (Cremona, Pistoia), forse a sottolineare come, relativamente ad alcune innovazioni a valenza più tecnica, le unità di *staff* possano assumere un ruolo proattivo e promuovere il cambiamento nelle aziende sanitarie. Da notare come, sia nell'azienda di Firenze che in quella di Pistoia, l'avvio del processo innovativo derivi anche da scelte regionali.

In relazione alla natura degli strumenti non emerge una chiara prevalenza di logiche multidimensionali (4 a 3 rispetto alla classica dimensione economico-finanziaria). Allo stesso modo, la dimensione clinica prevale solo marginalmente rispetto a quella organizzativa.

All'interno della tradizionale dimensione economico-finanziaria, peraltro, è da evidenziare l'esperienza dell'ASL di Como, il cui progetto innovativo di *activity-based costing* costituisce un'elaborazione a maggior valore aggiunto rispetto al classico sistema di imputazione dei costi comuni. In tema, invece, di approccio multidimensionale è interessante l'esperienza dell'ASL di Cremona, che ha sviluppato un sistema di *audit* relativo a macroprocessi, collegato al modello di accreditamento *Joint Commission*.

Di particolare interesse risulta, infine, il focus delle innovazioni aziendali. Si evidenzia come vi siano due fattori di sicura rilevanza: un focus specifico sui processi, presente in tutte le aziende, e la scelta di associare al focus sui processi anche quello su altre dimensioni, ad esempio input (Firenze) e output (Lecco e Empoli). Le aziende che si sono concentrate esclusivamente sui processi (Cremona, Pistoia) lo hanno fatto innovando relativamente ai sistemi di qualità e di accreditamento (Cremona), logistica e *operations* (Pistoia).

Peraltro, i casi in cui la focalizzazione è tanto sui processi quanto sugli input, ciò appare coerente con alcuni risultati presenti in letteratura (Norreklit, 2002), in cui si rileva come l'attenzione sugli *outcome* non deve far perdere di vista l'importanza degli input da cui derivano poi, in ultima istanza, le valutazioni di risultato.<sup>13</sup>

In conclusione, dall'analisi delle innovazioni aziendali sembra emergere una tendenza verso una logica di sperimentazione focalizzata su specifiche aree, governata dalla direzione generale con una (coerente) logica *top down* e con un focus su input, processi (soprattutto), output ed *outcome* contemporaneamente, spesso con un approccio prevalentemente multidimensionale.

Questo appare in contrasto con alcune impostazioni presenti nella letteratura nazionale (Casati, 2000; Bergamaschi, 2008), che prediligono un approccio partecipato, *bottom-up* (legato alla dimensione professionale dell'organizzazione), prevalentemente di breve periodo e con una focalizzazione sempre maggiore su output e risultati. È però in linea con l'impostazione di Borgonovi et al. (2008),

<sup>13</sup> Un buona capacità di controllo sugli input è condizione necessaria (ma non sufficiente) a poter sviluppare logiche di monitoraggio degli *outcome*.

secondo cui il monitoraggio degli *outcome* deve essere considerato allo stesso livello di un processo innovativo, con un'attenzione privilegiata sugli input e sulla corretta imputazione dei costi e volta alla ricerca dell'efficienza<sup>14</sup>.

## 15.6 Conclusioni

L'analisi dei casi non può essere considerata esaustiva né esportabile sull'intera popolazione, ma permette di effettuare alcune considerazioni più generali rispetto alla lettura sinottica delle esperienze analizzate (§ 15.5). Queste considerazioni potranno rappresentare lo spunto per future iniziative di ricerca estese a campioni più ampi.

Un primo elemento significativo riguarda il contenuto dei progetti descritti. In alcuni casi, più che essere iniziative di innovazione nei sistemi di programmazione e controllo, le stesse si configurano come processi di cambiamento gestiti da chi si occupa di programmazione e controllo in azienda. Di fatto, l'elemento comune a tutti i casi analizzati (ad eccezione di quello dell'AUSL di Empoli) sta proprio nell'*ownership* dell'iniziativa, che, sebbene si caratterizzi per un approccio interfunzionale, viene considerata una prerogativa prevalente del *controller*. Questo non significa, tuttavia, che i modelli concettuali e interpretativi di riferimento debbano essere esclusivamente quelli di programmazione e controllo. Al contrario, devono essere ricercati all'interno delle competenze presidiate dagli attori che governano i processi aziendali oggetto di analisi (governo della domanda, logistica, ecc.). Gli interventi di innovazione analizzati, infatti, sebbene siano stati gestiti prevalentemente da chi si occupa di P&C, sono risultati efficaci nella misura in cui hanno svolto una funzione di stimolo al miglioramento e hanno rappresentato un'occasione di apprendimento per tutte le componenti, in una logica di corresponsabilizzazione sui risultati aziendali (Bergamaschi et al. 2010b). Alla luce di questo fenomeno, resta da verificare, tuttavia, quanto ampio sia ancora il ruolo svolto dai *controller* nelle aziende sanitarie, nonostante la letteratura più recente abbia rilevato una riduzione del sovraccarico sulla funzione di P&C (Bergamaschi e Lecci, 2008).

Un secondo elemento di grande rilevanza è costituito, come già evidenziato nel § 15.5, dal focus sui processi. In alcuni casi (ASL Cremona, AUSL Pistoia) i processi vengono analizzati con finalità differenti rispetto a quelle proprie della P&C (ad esempio, le finalità di *internal control* all'ASL di Cremona e della riprogettazione organizzativa all'AUSL di Pistoia). In quasi tutti gli altri casi (ASL Como, AUSL Firenze, AUSL Empoli), al contrario, i processi vengono indagati con una chiara finalità di misurazione.

<sup>14</sup> Quindi efficacia ed efficienza sono due dimensioni che devono essere ricercate con pari sforzo nella gestione aziendale.

Quest'ultimo punto sembra delineare l'avvio di una prassi in controtendenza rispetto alla predilezione per i tradizionali approcci di misurazione focalizzati sulle articolazioni organizzative (Lecci e Vendramini, 2010), probabilmente in risposta all'eterogeneità delle prestazioni sanitarie e alla loro difficoltà di misurazione (Lecci e Morelli, 2010). Non è casuale, infatti, che siano proprio le ASL a implementare iniziative di questa natura, poiché sono caratterizzate da una pluralità di attività, talora difficili da codificare, dal momento che non sono declinate in alcun nomenclatore ufficiale e tanto meno valorizzate in termini economici. In questo senso, dunque, i processi delineano oggetti di osservazione dai confini e contenuti più chiaramente definibili e, di conseguenza, meno esposti a soggettività nella misurazione.

Il focus sui processi può quindi favorire il benchmarking, che, peraltro, richiede proprio l'omogeneità degli oggetti di analisi e la non soggettività nella misurazione. Il continuo richiamo al confronto costituisce, infatti, uno degli altri aspetti ricorrenti in molti dei casi analizzati (ASL Como, ASL Lecco, AUSL Empoli, AUSL Firenze, AUSL Pistoia) e depone per una più elevata maturità delle aziende sanitarie pubbliche con riferimento alla cultura della valutazione e del confronto.

Un'ultima considerazione, merita, infine, la scelta, in molti dei casi analizzati, di procedere all'implementazione di iniziative di innovazione focalizzate su alcune aree di risultato. Si tratta, a ben vedere, di una focalizzazione in parte solo fittizia: una lettura attenta dei casi consente, infatti, di evidenziare come questi progetti vengano sì avviati su segmenti di attività ben definiti, ma tendano naturalmente a oltrepassare i confini inizialmente definiti, per estendersi ad altre aree di risultato. Questa dinamica deriva da tre caratteristiche tipiche delle aziende sanitarie: (i) molti processi sono trasversali a più unità operative; (ii) ogni processo si caratterizza per l'interdipendenza con altri processi; (iii) esistono molti processi congiunti. Per comprendere meglio tali specificità si pensi ad un processo chirurgico: (i) è trasversale ad almeno due unità operative (chirurgia e anestesiologia); (ii) nel momento in cui viene svolto determina un impatto sugli altri percorsi chirurgici in agenda; (iii) per poter essere effettuato richiede degli accertamenti diagnostici che costituiscono, *de facto*, una prestazione sanitaria e l'esito di un processo produttivo a sé stante. Il dilatarsi oltre i confini definiti delle innovazioni di P&C è testimoniato dal fatto che gli interventi non abbiano orizzonti temporali di breve periodo (come sarebbe prevedibile in caso di iniziative estremamente focalizzate), ma si esplicano nel medio periodo (§ 15.5).

L'attenzione sui processi, la ricostruzione delle interdipendenze, la ricerca del confronto sono esiti che difficilmente potrebbero essere conseguiti senza un significativo coinvolgimento di tutte le aree interessate: non solo amministrative e di staff, ma anche (e soprattutto) sanitarie. Questo appare essere un ultimo trat-

to in comune a tutte le esperienze analizzate e si pone solo falsamente in contrapposizione con una direzione del processo di innovazione quasi esclusivamente *top-down*: in realtà, proprio stimolando il *commitment* è possibile eliminare o mitigare i potenziali rischi in termini di scarso consenso derivanti ad approcci eccessivamente gerarchici. Indipendentemente dalla finalità perseguita, quella del coinvolgimento costituisce una delle leve che hanno consentito alle aziende di innovare con successo.

## Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Amigoni F. (1995), *Misurazioni d'azienda: programmazione e controllo*, Milano, Giuffrè.
- Anessi Pessina E. (2002), «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Anthony R. N. e Young D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Milano, Mc Graw Hill.
- Anton H.R. (1964), «Some aspects of measurement and accounting», in *Journal of Accounting Research*, 2, pp. 1-10.
- Balachandran B.V. e Balachandran S.V. (2005), «Cost culture through cost management maturity model», *Cost Management*, 19(6).
- Baraldi S. (2000), *Le performance manageriali*, Milano, MC Graw Hill.
- Bergamaschi M. (2004), «Logiche e strumenti emergenti di programmazione e controllo», *Economia e Management*, 5.
- Bergamaschi M. (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Bergamaschi M. e Lecci F. (2009), «La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Bergamaschi M., Lecci F. e Morelli M. (2010), «Strategic Cost Management e aziende sanitarie», *RIREA*, 1.
- Bergamaschi M. e Lecci F. e Morelli M. (2010b), «Il Cost Management delle attività *no core* nelle aziende sanitarie», *Economia e Management*, 3.
- Bergamaschi M. e Lecci F. (2008), «Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E., Fattore G. e Longo F. (2008), *Management pubblico*, Milano, EGEA.

- Casati G. (1996) (a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA.
- Casati G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, Mc Graw Hill.
- Cavalluzzo K. S. e Ittner C. D. (2003), «Implementing performance measurement innovations: evidence from government», *Accounting Organizations and Society*.
- Corsalini E. e Vendramini E. (2010) (a cura di), *Integrare la rete dei servizi territoriali*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, EGEA.
- Devine K., O'Clock P. e Lyons D. (2000), «Health-care Financial Management in a Changing Environment», *Journal of Business Research*, 48, pp. 183-191.
- Dossi A. (2010), «Prefazione», in Bhimani A, Caglio A, Ditillo A., Morelli M, *Performance management*, Milano, EGEA.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Milano, EGEA.
- Francesconi A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Padova, CEDAM.
- Hansen D.R. e Mowen M.M. (2006), *CM: Accounting and Control*, South-Western, Thomson.
- Kaplan R.S. e Norton D.P. (1992), «The balance score card: measures that drive performance», *Harvard Business Review*, 1.
- Lecci F. e Longo F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in Anessi Pessina E, Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Lecci F. e Morelli M. (2010), «I costi delle prestazioni lungodegenziali: determinazione delle aree di risultato e profili di economicità», in *Mecosan*, 75.
- Lecci F. e Vendramini E. (2010), «Le caratteristiche dei sistemi di contabilità analitica nelle aziende sanitarie», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Maciocco G. (2011), *Quaderni Card*, Iniziative Sanitarie.
- Neely A. (1999), «The performance measurement revolution: why now and what next», *International Journal of Operation & Production Management*, 1(1).
- Norrekli H. (2002), «The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions», *Management Accounting Research*, 11(1).
- Ouchi W. G. (1979), «A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms», *Management Science*, 25(9): 833-848.
- Shank J. K., Govindarajan V. (1993), *SCM. The new tool for competitive advantage*, New York, The Free Press.
- Simons R. (1995), *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Boston, Harvard Business School Press.

Valotti G. (2009), *Fannulloni si diventa*, Milano, EGEA.

Vendramini E. (2003), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Mc Graw-Hill.

Yin R.K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Thousand Oaks, Sage.

Young D. W. (1993), «Managing the stages of hospital cost accounting», *Health-care Financial Management*, 4.