

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



17 **PNRR e modelli di servizio in trasformazione: esame di maturità per i sistemi di programmazione e controllo delle aziende del SSN¹**

di Andrea Dossi, Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Marco Morelli, Eleonora Santoli

17.1 **Introduzione**

Il sistema sanitario italiano è stato investito nell'ultimo ventennio da un articolato ventaglio di dinamiche sistemiche che ne hanno acuito la complessità e aumentato la pressione cui è sottoposto. Non da ultimo, si pensi alla gestione della crisi dovuta alla pandemia da Covid-19; con minori connotati di eccezionalità si pensi all'invecchiamento demografico, all'aumento di incidenza e prevalenza delle cronicità e alla velocità con cui si muove l'innovazione tecnologica. Le aziende hanno tradizionalmente tentato di adattarsi a simili 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, tuttavia, si è strutturata una certa frammentazione interna legata a una lettura «verticale» delle organizzazioni, tipicamente per articolazione organizzativa, impedendo o rallentando la presa in carico complessiva dei pazienti e/o la generazione di informazioni integrate e adatte a leggerne il ciclo di cura.

In questo quadro, oggi amplificato dalla gestione della crisi da Covid-19, autori internazionali (Porter e Lee, 2013 – paradigma *value-based healthcare*, VBH) e nazionali (Ferrara *et al.*, 2017; Furnari *et al.*, 2020) suggeriscono di ripensare le logiche retrostanti gli assetti e i meccanismi operativi delle aziende, adottando un approccio trasversale e integrato al processo di trasformazione dei servizi. Si tratta di logiche condivise anche dai principali riferimenti normativi nazionali di recente approvazione (su tutti, il Piano Nazionale di Ripre-

¹ Gli autori ringraziano i direttori generali che hanno scelto di partecipare al focus group: dott. Gianni Bonelli (ASST Sette Laghi), dott. Luca Armanaschi (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige), dott.ssa Cristina Matranga (ASL Roma 4), dott. Giuseppe De Filippis (AO Perugia), dott. Alessandro Delle Donne (IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II). Gli autori ringraziano altresì Janssen Pharmaceutica per il supporto incondizionato nella costituzione e gestione del network di controller nell'ambito del quale è stato immaginato e sviluppato il presente lavoro di ricerca.

sa e Resilienza), che richiedono alle aziende di riorientare la gestione verso una più marcata e generativa focalizzazione sui processi (assistenziali e non) in logica integrata. L'adozione di tale prospettiva implica per le aziende concentrare l'attenzione su un "nuovo oggetto" aggregante, il processo, di fatto *"l'unica dimensione in grado di legare tra loro misure di risultato con misure che rappresentino lo sforzo prodotto per il suo perseguimento"* (Dossi, 2002). L'analisi dei processi e la pianificazione della capacità produttiva aiutano, infatti, a snellire procedure cliniche e amministrative (Jones e Mitchell, 2006) e aumentare l'efficienza nell'erogazione dei servizi (Lecci e Morelli, 2014); allo stesso tempo, sposano le esigenze specifiche di contesti aziendali che operano in un settore che endemicamente richiede un approccio più profondo nella misurazione di cicli programmatori di risorse, processi e risultati (Bergamaschi e Lecci, 2008).

Il quadro evolutivo appena descritto investe significativamente i meccanismi operativi aziendali, con importanti ripercussioni in fase di disegno e funzionamento dei *tools* e della loro capacità di orientare convenienze e comportamenti. Caratteristiche ed evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) aziendali rappresentano utili campi d'indagine sotto questo profilo, dato il ruolo che questi sistemi rivestono nel contribuire a guidare e governare le organizzazioni e nel supportare processi di cambiamento e di miglioramento delle performance (Lawson *et al.*, 2003, De Bruijn, 2002). In questo quadro, è chiaro come il dibattito scientifico e le recenti disposizioni normative spingano marcatamente nella direzione di orientare i sistemi di controllo verso un'ottica di processo e di sviluppo di nuove misure (si considerino ad esempio i cd. PROMs e PREMs). Adottando una prospettiva neo-istituzionalista è dunque da verificare se i sistemi di programmazione e controllo aziendale attualmente in uso nelle aziende sanitarie siano capaci di rispondere alle sfide dettate dal contesto di settore.

Il capitolo è pertanto così strutturato: in primis, si propone una rassegna della letteratura sul tema per inquadrare la prospettiva teorica di riferimento (par. 17.2); in secondo luogo, viene dettagliata la metodologia adottata e si esplicitano le domande di ricerca a cui il contributo mira a rispondere (par. 17.3); in terzo luogo, vengono proposti i risultati emersi dall'analisi (par. 17.4) e, subito dopo, discusse le principali implicazioni manageriali a cui questi conducono (par. 17.5); infine, si riportano le conclusioni del lavoro di ricerca (par. 17.6).

17.2 Background

L'approccio neo-istituzionalista allo studio delle organizzazioni spiega i cambiamenti organizzativi e dei meccanismi operativi riscontrati all'interno delle aziende come il risultato di fenomeni di isomorfismo che caratterizzano le

organizzazioni che appartengono a un medesimo «*organizational field*» (Di Maggio e Powell, 1983). Organizzazioni diverse ma operanti in uno stesso spazio istituzionale tenderebbero a evolvere assumendo caratteristiche simili. Nello specifico, vengono individuati tre differenti tipologie di isomorfismo (Di Maggio e Powell, 1983):

- ▶ Coercitivo, determinato dalle pressioni esercitate sulle organizzazioni dalle istituzioni dalle quali dipendono (es. legislazione).
- ▶ Mimetico, ossia la tendenza delle aziende, specialmente in situazioni di incertezza, di adottare soluzioni organizzative già sperimentate da altri attori appartenenti al medesimo «*organizational field*».
- ▶ Normativo, derivante dalle pressioni esercitate dagli organismi di rappresentanza delle categorie professionali, che definiscono indicazioni sui metodi di lavoro più efficaci.

Questi fenomeni vedono nel settore sanitario italiano contemporaneo una plastica applicazione rappresentata da due principali *triggers* esterni: da un lato, i recenti interventi del Legislatore, in raccordo con le rappresentanze professionali, con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; dall'altro, il crescente impiego di soluzioni organizzative e gestionali ispirate dal paradigma della *value-based healthcare* (VBH).

Nel primo caso, quantomeno nei suoi principi, il Piano ritiene prioritario intervenire su quelle traiettorie di sviluppo orizzontali nella lettura dei processi aziendali ventilate dal dibattito tra addetti ai lavori dagli inizi degli anni duemila. Interpreta queste traiettorie tracciando indirettamente “nuove” metriche e oggetti di monitoraggio, competenze da sviluppare, innovazioni di prodotto e servizio multidisciplinare da incorporare, sistemi e flussi informativi da far dialogare. Nel secondo caso, invece, si tratta della tendenza a ragionare nella prospettiva di stimolare l'integrazione tra unità organizzative e di sviluppare metriche e misure che consentano di collegare tra loro fattori di input (es. costi) e *outcome* generati dai processi erogativi. Diversamente da quanto espresso dal paradigma VBH, infatti, le aziende sanitarie dei Paesi sviluppati hanno tradizionalmente adottato una struttura organizzativa simil-funzionale (Kervasdoue e Kimberly, 1979) costruita intorno ad articolazioni organizzative tipicamente a specializzazione disciplinare (Lega, 2004; Shortell e Kaluzny, 2000). Entrambe le spinte richiedono (quantomeno) un adattamento dei sistemi di controllo per una lettura integrata dei sistemi aziendali. È infatti evidente come questo quadro evolutivo, così fortemente orientato verso l'integrazione dei processi², necessiti di sistemi di controllo che possano contribuire in ma-

² Con il termine si fa riferimento a quella dimensione in grado di legare tra loro misure di risultato con misure che rappresentino lo sforzo prodotto per il suo perseguimento. Più specifi-

niera diffusa ed efficace a collegare risorse, processi e risultati aziendali e a determinare contributi e responsabilità da attribuire ai singoli attori.

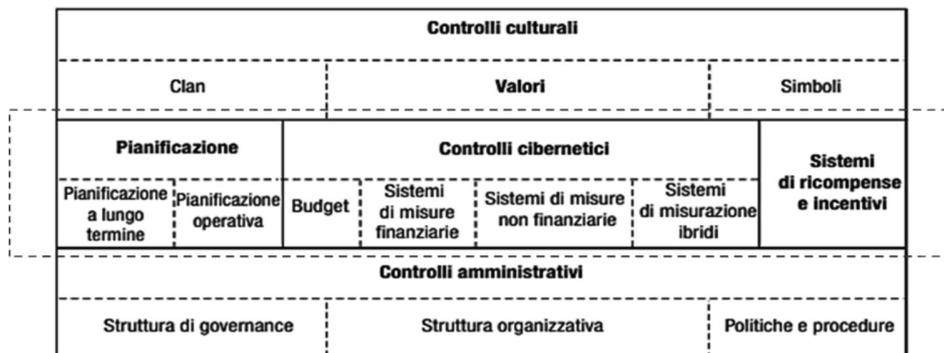
Non a caso, tra i meccanismi operativi maggiormente trattati nel quadro interpretativo neo-istituzionalista figurano proprio i sistemi di controllo aziendale, rispetto ai quali la letteratura offre diverse definizioni³. Nella loro eterogeneità, il principale tratto comune è rappresentato dal superamento concettuale dei tradizionali sistemi di misurazione economico-finanziaria (Simons, 1995; Chenhall, 2003; Malmi & Brown, 2008), sebbene vi siano ampiezze di prospettiva e livelli di sofisticazione eterogenei nel qualificarli. Nel presente contributo si è scelto di impiegare il modello di Malmi & Brown (2008) per definire i confini dei sistemi di controllo, in quanto uno dei più attuali, estesi e sofisticati nella letteratura di riferimento. Dalla prospettiva degli autori, i sistemi di controllo includono tutti i dispositivi e i sistemi (es. budgeting) utilizzati per garantire che i comportamenti e le decisioni degli operatori siano coerenti con strategie e obiettivi dell'organizzazione. Dispositivi e sistemi diversi sarebbero introdotti da gruppi di interesse diversi in momenti diversi e i sistemi di controllo largamente intesi non avrebbero la possibilità di essere definiti olisticamente come *unicum*, ma andrebbero piuttosto qualificati come un «package» (pacchetto) di (sotto-)sistemi. Sebbene la lettura dei sistemi di controllo come «package» non costituisca di per sé un concetto nuovo, la rappresentazione offerta da Malmi & Brown (2008) è da considerarsi una buona sintesi di come alcuni sotto-sistemi aggregino e stratifichino funzioni di controllo nell'organizzazione (Zoni, 2013 – Figura 17.1).

Gli elementi del package considerati nel modello interpretativo qui impiegato sono evidentemente tra di loro interdipendenti. Dal bilanciato governo delle relazioni che li legano dipende l'efficacia complessiva del controllo nelle organizzazioni. Concentrando l'attenzione su quegli elementi maggiormente caratterizzanti la profondità e l'efficacia di strumenti e processi di controllo direzionale, il presente lavoro guarda al *corpus* centrale presentato in Figura e, in particolare, ai sotto-sistemi della pianificazione, del controllo cibernetic e dei cd. *rewards systems*. La pianificazione è una forma di controllo preventivo che identifica gli obiettivi delle diverse aree funzionali, indirizza i comportamenti degli individui e promuove l'integrazione allineando gli obiettivi tra

catamente, “il processo è un insieme di attività, tipicamente appartenenti a professionalità differenti, legate tra di loro da flussi significativi di informazione, la cui combinazione permette di ottenere un output rilevante per l'azienda nella sua interezza” (Dossi, 2002). Non si tratta, pertanto, di un concetto attribuibile alla sola prospettiva erogativo-produttiva.

³ Ad esempio, per Simons (1995) i sistemi di controllo direzionale sono le routine e le procedure formali fondate sulle informazioni utilizzate dai dirigenti per mantenere o alterare modelli di attività organizzative; per Chenhall (2003) I sistemi di controllo rappresentano l'uso sistematico di una serie di pratiche come il calcolo dei costi e il budgeting ai fini del raggiungimento di obiettivi aziendali, e utilizzano anche altri tipi di controllo come quello sociale e di clan.

Figura 17.1 I sistemi di controllo come “package”



Fonte: Malmi & Brown (2008)

le diverse aree funzionali, controllando così le attività dei gruppi funzionali e degli individui. I controlli cibernetici includono tutti i sistemi di misurazione (budget, sistemi di misurazione economico-finanziaria, non economico-finanziaria e sistemi integrati) e funzionano in presenza di una serie di informazioni rispetto al fenomeno da controllare (es. misurabilità dei risultati ottenuti come espressione del grado di raggiungimento degli obiettivi, abilità del processo di controllo di utilizzare le informazioni per attivare azioni correttive). Le ricompense e gli incentivi comprendono i benefici (monetari e non; individuali o di gruppo) volti a “compensare” lo sforzo prodotto dalle linee operative.

Gli elementi di controllo appena descritti necessitano, in special modo nella fase di design e di riconoscimento delle interdipendenze tra loro esistenti, di un adeguato presidio delle principali dimensioni di influenza della configurazione del “package” di controllo. In particolare (Agliati, 1996): (i) gli oggetti di analisi e misure di risultato adottate (dimensione strutturale), (ii) la gestione e integrazione dei flussi informativi e la predisposizione dell’architettura informativa di supporto (dimensione informativa), (iii) la chiarezza, selettività e rilevanza delle informazioni generate sulla base delle finalità per cui vengono prodotte (dimensione organizzativa). Si tratta di aspetti cruciali alla luce degli attuali *triggers* esterni nel panorama delle aziende sanitarie. La dimensione strutturale impone, infatti, uno *shift* nel focus dei sistemi in termini di oggetti di costo, passando dalle articolazioni organizzative ai processi. Per quanto riguarda la dimensione informativa, definire un’architettura informativa coerente ai nuovi oggetti, anche attraverso l’integrazione dei flussi informativi, è una sfida centrale nel tentativo di superare la cosiddetta sindrome DRIP (*Data Rich but Information Poor*). Considerando la prospettiva organizzativa, il cambiamento dei sistemi di controllo implica un ripensamento della loro funzione all’interno delle aziende sanitarie, combinando la tradizionale funzione di re-

sponsabilità organizzativa con una rinnovata capacità di supportare efficacemente i processi decisionali.

Vedere i sistemi di controllo come un aggregato di sotto-sistemi aiuta in questo senso anche a definire come innovare sistemi che, nelle loro stratificazioni, si presentano più o meno permeabili al cambiamento. Se si considerano le spinte istituzionali offerte dall'attuale contesto, è evidente come le aziende sanitarie siano oggi soggette a una forte spinta a innovarsi ri-orientando anche il pacchetto di controllo verso logiche maggiormente ispirate ai processi aziendali. Specialmente nell'integrazione tra sotto-sistema di pianificazione e di controllo cibernetico, la letteratura individua alcuni fattori che tendono a sostenere e abilitare l'introduzione e/o successiva istituzionalizzazione di innovazione nei sistemi di controllo. Tra essi, ricopre un ruolo particolarmente rilevante il commitment del top management nel supportare i processi di cambiamento (Lega, 2008), la cui assenza spesso tende a promuovere il mantenimento dello status quo e a comprimere qualsiasi tentativo di modificare gli equilibri pre-esistenti (Furnari *et al.*, 2020). Similmente, le competenze necessarie a sviluppare pratiche di gestione orientate ai processi e ad applicare logiche di *operations management* avanzate rappresentano un fattore abilitante, perché considerate cruciali per il miglioramento dell'efficienza dell'erogazione delle cure, degli *outcome* per i pazienti e del collegamento tra risorse impiegate e risultati conseguiti (Tomson e van de Veer, 2013). Strettamente collegato, in quanto sempre attinente alla presenza o capacità di attrazione di competenze sufficientemente solide, è rilevante che nell'organizzazione siano strutturate *skills* di *performance measurement* adeguate, capaci di selezionare misure e approcci per analizzare i risultati conseguiti e di legarli e allinearli a *operations* aziendali e visione strategica (Purbey *et al.*, 2006). Si tratta di un aspetto che tocca la capacità di definire un adeguato perimetro della rilevazione, di operationalizzare selettivamente le diverse dimensioni che lo compongono e di possedere le competenze per strutturare correttamente le analisi a supporto di programmazione e monitoraggio (es. corretta interpretazione e applicazione di tecniche di costo avanzate, collegate a metriche coerenti di *outcome* conseguito). A questi aspetti si accompagna la consistente rilevanza da attribuire alla qualità delle informazioni disponibili, qui da intendersi come la capacità di acquisire e impiegare dati attendibili e utili per facilitare la revisione degli oggetti di rilevazione e facilitare l'adozione di metriche differenti (Feeley *et al.*, 2010). Sotto il profilo organizzativo, è cruciale coinvolgere i *professionals* per qualificare in maniera più appropriata i perimetri delle attività, comprendere le reali configurazioni di erogazione dei servizi (Feeley *et al.*, 2010), valutare contributi e ruoli dei singoli attori e stimolare bidirezionalmente lo sviluppo di cultura organizzativa comune e condivisa. Infine, a complemento e integrazione degli altri fattori, anche le caratteristiche del team della funzione programmazione e controllo gioca un ruolo importante nel creare le condizioni organizzative ne-

cessarie a produrre innovazione nei *tools* e nei processi dei sistemi di controllo direzionale. Questa riflessione vale sia in termini di composizione numerica che di capacità di adottare un approccio proattivo e di orientamento anticipatorio nei confronti dei principali tensori che esercitano pressione sull'ufficio (Furnari *et al.*, 2020).

Sotto la spinta degli attuali *triggers* istituzionali, l'estensione e la capacità dei sistemi di controllo “a pacchetto” di applicare queste logiche sono (o dovrebbero essere) di conseguenza centrali per la tenuta degli equilibri di funzionamento aziendali e per sostenere una transizione ragionata e non casuale verso letture dei processi aziendali crescentemente integrate. Sotto questo profilo, la *readiness* dei sistemi è un aspetto centrale da indagare, ancora poco esplorato dalla recente letteratura di *healthcare management*.

17.3 Metodologia e domande di ricerca

Il lavoro di ricerca mira a comprendere la attuale (e presunta attesa) capacità dei sistemi di controllo direzionale aziendali di impiegare nuovi oggetti di rilevazione (il processo) capaci di monitorare in modo integrato la relazione tra risorse, processi e risultati. Per risultati vanno qui intesi sia i risultati aziendali che gli *outcomes* per paziente. Per integrazione va qui intesa sia la integrazione tra le competenze necessarie per l'approccio ai processi (siano esse professionali, organizzative e amministrative) sia tra l'oggetto processo e gli altri meccanismi di controllo direzionale. La domanda di ricerca dunque richiede di (i) indagare lo stato dell'arte dei sistemi di controllo direzionale in termini di orientamento ai processi e ai pazienti nella lettura degli accadimenti aziendali, (ii) identificare i principali oggetti di analisi e monitoraggio e le relative tipologie di misure adottate.

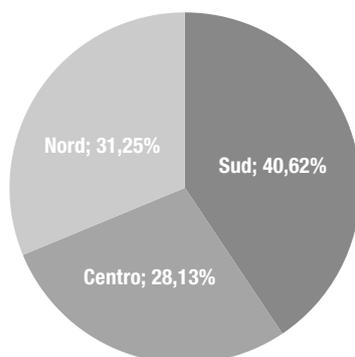
Nel tentativo di rispondere alle due domande di ricerca, l'attenzione è stata posta sulle aziende sanitarie pubbliche italiane presenti sul territorio nazionale al 31/12/2021. Lo studio è stato realizzato adottando un approccio metodologico misto, sviluppato lungo tre direttrici sequenziali: (i) interlocuzione di un anno con un network di controller appartenenti a 23 aziende del panorama delle aziende sanitarie pubbliche del Paese, che ha fatto da piattaforma per la comprensione reciproca dei principali aspetti caratterizzanti strumenti, processi ed evoluzione dei sistemi di controllo aziendali; (ii) somministrazione di una *survey* inviata su supporto elettronico al panel di aziende del network ed estensione all'intera popolazione delle aziende sanitarie pubbliche italiane, i cui rispondenti sono stati individuati nei responsabili del Controllo di Gestione aziendale; (ii) realizzazione di un *focus group*, avente come partecipanti i direttori generali di cinque aziende incluse nel gruppo delle aziende rispondenti alla *survey*, con il fine di commentare i risultati emersi dal questionario dalla prospettiva del top management aziendale.

La *survey* è stata, pertanto, dapprima somministrata a un gruppo ristretto di controller di aziende sanitarie, per testarne funzionalità e caratteristiche, poi rivista, alla luce delle indicazioni ricevute, e strutturata, nella sua versione definitiva, su sette sezioni, per un totale di 52 domande complessive. Più nello specifico, le sezioni erano orientate ad approfondire:

- ▶ Aspetti di carattere generale (5 domande), funzionale a raccogliere informazioni generali sul controllo di gestione aziendale (es. il numero di addetti).
- ▶ Rapporto tra organizzazione e sistema di controllo direzionale (7 domande), con quesiti riguardanti lo stile decisionale del top management, la modalità di condivisione degli obiettivi e la presenza di mappature dei processi aziendali.
- ▶ Elementi di pianificazione e controllo (2 domande), che guarda a funzioni (es. fornire adeguati strumenti informativi al top management) e meccanismi (es. pianificazione strategica, budgeting, reporting) che caratterizzano il sistema di pianificazione e controllo aziendale.
- ▶ Il sistema di contabilità analitica (10 domande), per rilevare i principali oggetti di rilevazione e le misure utilizzate da controller e top management per orientare l'organizzazione.
- ▶ *Budgeting e performance measurement* (4 domande), che include alcune domande utili a identificare la struttura del budget (es. in termini di legame tra risorse e responsabilità) e le misure utilizzate al suo interno (es. la presenza di metriche di attività, processo, *outcome*, esperienza del paziente).
- ▶ Sistemi informativi (6 domande), col doppio fine di valutare il livello del sistema di controllo dal punto di vista delle architetture informative dal punto di vista della loro infrastruttura e della loro alimentazione.
- ▶ Attitudine al cambiamento e coerenza con nuovi paradigmi/modelli di servizio (8 domande), funzionale a tracciare la percezione dei controller rispetto ai cambiamenti dei sistemi di controllo direzionale, valutando il collegamento con i fattori abilitanti e loro le aspettative sull'impatto delle dinamiche di contesto su ruolo, struttura e meccanismi della funzione aziendale.

Alla *survey* hanno complessivamente risposto 32 aziende, con adeguata differenziazione in termini di localizzazione geografica (Figura 17.2), tipologia di azienda (aziende di produzione *strictu sensu* e territoriali) e dimensione (in termini di valore della produzione).

Con riferimento al *focus group*, invece, sono state selezionate cinque delle aziende rispondenti al questionario, al fine di mostrare i risultati emersi dalle analisi e raccogliere l'opinione dei direttori generali, che, in quanto attori chiave nell'attivazione e supporto ai processi di cambiamento dei sistemi di programmazione e controllo, oltre che soggetti depositari del raccordo strategia-organizzazione, costituiscono uno stakeholder chiave nell'interpretazione

Figura 17.2 **Distribuzione geografica delle aziende rispondenti (n = 32)**

dei dati. In particolare, utilizzando i medesimi criteri descrittivi adottati poco sopra, le aziende selezionate presentano la medesima eterogeneità delle caratteristiche del campione della *survey*. Il *focus group* è stato realizzato *in distanze*, attraverso l'utilizzo della piattaforma elettronica Teams.

17.4 Risultati

17.4.1 La survey

Le prime rappresentazioni proposte dal paragrafo provano a qualificare e caratterizzare i sistemi di controllo direzionale delle aziende sanitarie pubbliche del Paese guardando, a partire dalla percezione dei controller rispondenti, al loro ruolo all'interno dell'organizzazione (Tabella 17.1), ai meccanismi attivati

Tabella 17.1 **Caratteristiche del campione: il ruolo dei sistemi di controllo direzionale nelle aziende sanitarie pubbliche (n=32)**

	Rilevanza attuale	Rilevanza tra 5 anni	Livello Efficacia	Gap Efficacia - Rilevanza		Gap Rilevanza 5 anni /attuale	
	Media	Media	Media	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%
Fornire adeguati strumenti informativi al top management	5,8	6,7	4,7	-1,1	-19,1%	0,9	20,0%
Misurare / monitorare le prestazioni aziendali	6,0	6,6	5,4	-0,6	-10,2%	0,6	11,6%
Favorire la riduzione dei costi aziendali	5,4	6,2	4,8	-0,6	-10,5%	0,8	15,5%
Monitorare qualità e rischio clinico	4,9	6,1	3,8	-1,2	-23,6%	1,1	29,8%
Favorire l'integrazione delle informazioni a livello aziendale	5,6	6,6	4,3	-1,3	-23,5%	1,0	24,2%

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

e strumenti impiegati (Tabella 17.2) e agli oggetti di costo utilizzati per impostare l'architettura dei sistemi operativi aziendali (Tabella 17.3).

Sotto il primo aspetto (Tabella 17.1), il monitoraggio delle prestazioni aziendali rappresenta la principale funzione segnalata dagli intervistati in termini di rilevanza attuale (media del campione pari a 6,0) e livello di efficacia (5,4), mentre il presidio di qualità e rischio clinico appaiono meno considerati (livello di rilevanza attualmente percepita pari a 4,9) e soprattutto meno efficacemente presidiati (3,8).

Guardando al secondo aspetto (Tabella 17.2), meccanismi e strumenti maggiormente mantenuti e consolidati sono rappresentati dal processo di budget (rilevanza media pari a 5,9; efficacia media di 5,4) e dall'impiego di configurazioni di costo tradizionali (rilevanza media di 5,9 ed efficacia percepita media pari a 5,5). Al contrario, l'utilizzo di approcci innovativi alla misurazione dei costi (es. adozione del TDABC - rilevanza media = 4,1; efficacia media = 3,4) e l'integrazione con le logiche gestione del rischio clinico (rilevanza media pari a 4,1; efficacia media di 3,7) non rappresentano aspetti considerati cruciali per il funzionamento dei sistemi di controllo aziendale inclusi nel campione.

Questa descrizione è coerente con l'architettura del sistema di *management accounting* riportata dagli intervistati (Tabella 17.3), caratterizzata dal presidio di dimensioni largamente tradizionali (unità organizzative di primo e secondo livello, con rilevanza media pari rispettivamente a 6,0 e 5,8 e implementazione media di 6,1 e 6,0), oltre che da una scarsa propensione a organizzare la rileva-

Tabella 17.2 **Caratteristiche del campione: meccanismi e strumenti di P&C (n=32)**

	Rilevanza attuale	Rilevanza tra 5 anni	Livello Efficacia	Gap Efficacia - Rilevanza		Gap Rilevanza 5 anni /attuale	
	Media	Media	Media	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%
Pianificazione strategica	5,4	6,4	4,6	-0,9	-16,1%	1,0	21,2%
Budgeting	5,9	6,6	5,5	-0,4	-6,9%	0,7	13,1%
<i>Capital budgeting</i> e valutazione investimenti	4,5	5,7	3,5	-1,0	-22,1%	1,2	33,6%
Misurazioni di costo tradizionali	5,4	5,8	5,3	-0,2	-3,4%	0,4	7,1%
Misurazioni di costo avanzate (e.g. TDABC)	4,1	5,5	3,4	-0,6	-15,4%	1,4	41,8%
<i>Reporting</i> economico-finanziario	5,7	6,1	5,2	-0,5	-8,7%	0,4	7,8%
Sistema di incentivazione	5,3	5,9	4,6	-0,7	-13,0%	0,6	12,9%
Responsibility center accounting	4,6	5,6	4,1	-0,5	-11,6%	1,0	25,4%
Gestione dei rischi	4,1	5,0	3,7	-0,4	-9,2%	0,9	25,4%
Tesoreria	4,3	4,5	4,1	-0,2	-4,4%	0,3	6,2%

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

Tabella 17.3 **Caratteristiche del campione: oggetti di rilevazione del sistema di controllo direzionale aziendale (n=32)**

	Rilevanza attuale	Rilevanza tra 5 anni	Livello Implementazione	Gap Implementazione - Rilevanza		Gap Rilevanza 5 anni /attuale	
	Media	Media	Media	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%
Unità organizzativa di secondo livello (Divisione/Dipartimento)	5,8	6,3	6,0	0,2	3,2%	0,5	7,8%
Unità organizzativa di primo livello (<i>Business Unit</i>)	6,0	6,2	6,1	0,1	1,0%	0,1	2,1%
Prestazioni / gruppi di prestazioni omogenee	4,9	5,4	4,1	-0,8	-15,9%	0,5	12,9%
Processi / percorsi di patologia	3,8	5,0	2,8	-1,0	-26,8%	1,2	42,2%
Pazienti / gruppi di pazienti omogenei	3,6	4,8	2,9	-0,7	-20,0%	1,2	42,4%

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

zione su unità di analisi più "orizzontali" e coerenti con il processo di trasformazione dei modelli di servizio del comparto (es. processi: rilevanza media di 3,8 e livello di implementazione media pari a 2,8; pazienti: rilevanza media di 3,6 e implementazione media di 2,9).

Dando seguito a quanto individuato dalla letteratura di riferimento (in tema VBH, ma non solo – cfr. *supra*) e considerando le spinte derivanti dai contenuti previsti nel PNRR, che sostanzialmente richiedono il passaggio dall'analisi delle unità organizzative a una maggiormente orientata a elementi aggreganti e ai processi, le evidenze che seguono provano a offrire una fotografia della *readiness* dei sistemi operativi aziendali dalla prospettiva dei processi.

Coerentemente alle prospettive descritte nei paragrafi precedenti; le aziende rispondenti sono state suddivise in due distinti cluster utilizzando come criterio di aggregazione l'avvenuta formalizzazione (o meno) di un'unità organizzativa dedicata alla gestione operativa: nello specifico, come riportato in nota a ciascuna delle successive rappresentazioni, il Cluster 1 è caratterizzato dall'assenza di un'unità organizzativa di *operations management*, mentre il Cluster 2 ne ha formalizzato l'esistenza nella propria configurazione organizzativa. Tale variabile è espressiva dei criteri di disegno organizzativo, che sono un elemento chiave di indirizzo dell'attenzione manageriale (Simons, 2001). Laddove esiste una unità di *operations* è riconoscibile un maggiore orientamento organizzativo ai processi. I risultati delle analisi confermano alcune previsioni e, al tempo stesso, mostrano anche risultati controintuitivi.

Dalla prospettiva dei controller, la presenza di un'unità organizzativa di *operations management* fa emergere delle chiare differenze negli elementi quali-

ficanti dell'orientamento ai processi. Il Cluster 2 (presenza di UO di gestione operativa) vanta mediamente una maggiore concentrazione di competenze in tema di mappatura dei processi e a questa attribuisce una maggiore importanza in termini di: (i) identificazione di attività a basso valore aggiunto, (ii) individuazione di colli di bottiglia, (iii) azione positiva sull'integrazione organizzativa da cui deriva anche un maggiore coinvolgimento di diverse professionalità e (iv) reingegnerizzazione del contesto produttivo (Tabella 17.4).

Tabella 17.4 **Mappatura dei processi e distinzione tra cluster* analizzati**

	Cluster 1 (n = 21)			Cluster 2 (n = 11)		
	Media	Mediana	Dev. Std.	Media	Mediana	Dev. Std.
Sono presenti competenze per mappare i processi erogativi	5,2	5,0	26,5	6,3	7,0	8,1
Mappatura dei processi è funzionale a rinnovare l'analisi dei costi	4,9	5,0	32,4	5,1	5,5	34,9
Mappatura dei processi è funzionale a individuare attività a basso valore aggiunto	4,3	4,0	46,9	5,6	6,0	12,4
Mappatura dei processi è funzionale a individuare colli di bottiglia nell'erogazione	5,4	5,5	21,6	5,5	6,0	18,5
Mappatura dei processi è funzionale a reingegnerizzare il setting produttivo	5,3	5,0	20,5	5,2	6,0	33,6
Mappatura dei processi è funzionale ad aumentare l'integrazione organizzativa	5,2	5,0	32,2	5,8	6,0	17,6
La mappatura dei processi necessita del coinvolgimento di clinici e line operative coinvolti nell'erogazione	5,5	6,0	43,7	6,4	7,0	8,3
La mappatura dei processi va rappresentata dal punto di vista della struttura ospedaliera	4,4	4,5	44,1	4,6	5,0	30,7
La mappatura dei processi necessita di tecniche specifiche (es. IDEF-0) in base al tipo di servizio erogato	4,2	5,0	38,1	4,0	4,0	33,4
La mappatura dei processi può essere realizzata con sole interviste ai soggetti coinvolti nell'erogazione	3,5	3,0	35,2	2,9	2,7	18,9

* Il criterio utilizzato per la definizione dei cluster riguarda l'avvenuta formalizzazione della costituzione di un'unità organizzativa di gestione operativa: il Cluster 1 non presenta nessuna unità dedicata, mentre il Cluster 2 vanta una struttura di *operations management* nella propria configurazione organizzativa.

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("totalmente in disaccordo") e 7 ("totalmente in accordo").

Dal punto di vista degli strumenti del sistema di *management control*, guardando ad esempio la capacità di impiegare sistemi avanzati di misurazione dei costi (Tabella 17.5), in media il Cluster 2: (i) vi attribuisce attualmente una maggiore rilevanza rispetto al Cluster 1, sebbene con valori medi rilevati comunque modesti (rispettivamente 4,7 e 3,9), (ii) mostra una minore distanza tra la loro attuale rilevanza e l'efficacia percepita di implementazione (-9,6% vs -20,0%) e (iii) vi attribuisce una maggiore rilevanza nei prossimi cinque anni

rispetto a quella attuale (media di 6,0 vs 5,3). La presenza di competenze adeguate alla lettura dei processi si accompagnerebbe pertanto a una maggiore propensione a impiegare sistemi di avanzati di *costing*, o quanto meno a prevederne un loro sviluppo nel prossimo futuro.

Tabella 17.5 **Metodologie di costing impiegate nei due cluster* (n=32)**

	Cluster 1 (n = 21)			Cluster 2 (n = 11)		
	Rilevanza Attuale	Rilevanza tra 5 anni	Efficacia	Rilevanza Attuale	Rilevanza tra 5 anni	Efficacia
Misurazioni di costo avanzate (e.g. TDABC)	3,9	5,3	3,2	4,7	6,0	4,3
Rilevazione del costo di processo di tutti i percorsi di cura	3,2	4,8	1,8	3,0	5,1	1,8
Rilevazione del costo di processo solo di percorsi di cura prioritari	3,4	5,4	1,9	4,2	5,5	2,6
Esistenza di gruppi multidisciplinari per risolvere problematiche di misurazione	3,2	4,8	2,1	2,7	4,1	2,3
Capacità di ottenere stime temporali per ciascuna attività del processo	3,1	4,7	2,4	4,3	5,1	3,2
Attribuzione dei costi diretti e dei servizi clinici ausiliari	4,8	5,7	4,3	5,1	5,7	4,9
Calcolo del costo complessivo delle risorse impiegate	5,1	6,1	4,8	5,4	6,3	4,9
Ottenimento di informazioni sul costo della capacità produttiva inutilizzata	3,8	5,1	2,9	3,7	5,4	2,7

* Il criterio utilizzato per la definizione dei cluster riguarda l'avvenuta formalizzazione della costituzione di un'unità organizzativa di gestione operativa: il Cluster 1 non presenta nessuna unità dedicata, mentre il Cluster 2 vanta una struttura di *operations management* nella propria configurazione organizzativa.

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

Un altro elemento che emerge dall'analisi delle risposte dei controller fa riferimento alla sostanziale carenza osservata in termini di cambiamento negli oggetti di costo rispetto alle logiche tradizionali. In entrambi i cluster, a processi e pazienti come oggetti di costo viene attribuita una bassa rilevanza (sia attuale che prospettica) e, conseguentemente, un basso livello di efficacia percepita nell'implementazione (Tabella 17.6).

Così come gli oggetti di costo appaiono cristallizzati in unità di analisi tradizionali, anche le misure adottate sembrano riflettere questo sostanziale immobilismo delle componenti *hard* dei sistemi di controllo direzionale. PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) e PREMs (*Patient Reported Experience Measures*), ad esempio, permeano poco gli strumenti di programmazione e controllo sia in termini di rilevanza attribuita attualmente che di efficacia percepita (anche se in questo caso mostrano valori più contenuti le aziende sanitarie prive di un'unità *operations management* - Tabella 17.7). È comunque

Tabella 17.6 **Percezione di rilevanza ed efficacia degli oggetti rilevati da parte dei controller dei due cluster* analizzati (n=32)**

	Cluster 1 (n = 21)			Cluster 2 (n = 11)		
	Rilevanza Attuale	Rilevanza tra 5 anni	Efficacia	Rilevanza Attuale	Rilevanza tra 5 anni	Efficacia
Prestazioni / Gruppi di prestazioni omogenee	4,5	5,6	3,9	5,6	5,2	4,5
Processi / Percorsi di patologia	3,6	5,1	2,8	4,5	4,9	2,7
Pazienti / Gruppi di pazienti omogenei	3,3	4,6	2,8	4,5	5,2	3,1

* Il criterio utilizzato per la definizione dei cluster riguarda l'avvenuta formalizzazione della costituzione di un'unità organizzativa di gestione operativa: il Cluster 1 non presenta nessuna unità dedicata, mentre il Cluster 2 vanta una struttura di *operations management* nella propria configurazione organizzativa.

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

Tabella 17.7 **Rilevanza ed efficacia assegnata alla misurazione di PROMs e PREMs nei due cluster analizzati (n=32)**

	Cluster 1 (n = 21)			Cluster 2 (n = 11)		
	Rilevanza Attuale	Rilevanza tra 5 anni	Efficacia	Rilevanza Attuale	Rilevanza tra 5 anni	Efficacia
PROMs	2,5	4,5	2,3	3,9	5,1	2,9
PREMs – <i>Health-related quality of life</i>	2,6	4,2	2,3	2,5	4,2	2,1
PREMs – <i>Symptom burden</i>	2,4	3,7	2,1	3,0	6,0	2,0
PREMs – <i>Experience nella cura</i>	3,1	4,7	2,4	4,0	6,0	3,5

* Il criterio utilizzato per la definizione dei cluster riguarda l'avvenuta formalizzazione della costituzione di un'unità organizzativa di gestione operativa: il Cluster 1 non presenta nessuna unità dedicata, mentre il Cluster 2 vanta una struttura di *operations management* nella propria configurazione organizzativa.

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

possibile sottolineare come il Cluster 2 strutturalmente mostri un valore più elevato in termini di rilevanza nei prossimi cinque anni, segnalando una probabile maggiore sensibilità alle principali trasformazioni emergenti di settore.

In relazione alla percezione dei controller sulla necessità e sulla pressione a cambiare e innovare i sistemi di controllo, i controller delle aziende sprovviste di un'unità organizzativa di gestione operativa (Cluster 1) sembrano percepire una maggiore pressione al cambiamento esercitata sul sistema di controllo direzionale aziendale, soprattutto per esigenze organizzative. Allo stesso tempo, probabilmente come risposta a questa maggiore pressione di contesto percepita, essi riportano in media un grado più elevato di capacità di scansione dei problemi organizzativi e delle opportunità legate all'implementazione delle logiche VBH nei sistemi di controllo e una maggiore propensione all'introduzione di innovazioni legate agli approcci basati sul valore. Resta altresì modesta la tendenza ad attivare il coinvolgimento della componente professionale clinica

Tabella 17.8 **Pressione al cambiamento esercitata sui sistemi di controllo ed elementi di risposta a tale pressione nei due cluster analizzati – rilevanza attuale (n=32)**

	Cluster 1 (n = 21)	Cluster 2 (n = 11)
Pressione al cambiamento dei sistemi di controllo per esigenze organizzative	4,6	4,0
Pressione al cambiamento dei sistemi di controllo per pressioni esterne	3,7	3,7
Scansione dei problemi e delle opportunità organizzative relative a implementazione VBH nei sistemi di controllo	2,8	2,8
Presenza di negoziazioni per ottenimento dell'appoggio organizzativo	2,4	2,5
Introduzione di innovazioni legate ad approcci di processo in ottica <i>value-based</i>	2,4	2,7
Iniziative di coinvolgimento dei professionisti, apertura alla contaminazione dei saperi e integrazione per aumento dell'efficacia dei cambiamenti introdotti	3,2	4,1

* Il criterio utilizzato per la definizione dei cluster riguarda l'avvenuta formalizzazione della costituzione di un'unità organizzativa di gestione operativa: il Cluster 1 non presenta nessuna unità dedicata, mentre il Cluster 2 vanta una struttura di *operations management* nella propria configurazione organizzativa.

Nota: è stato chiesto ai rispondenti di fornire una valutazione in una scala compresa tra il valore 1 ("per nulla") e 7 ("estremamente").

sia in fase di definizione di oggetti e misure che di monitoraggio successivo. Si tratta in ogni caso di valori significativamente e diffusamente modesti in tutte le dimensioni considerate nella Tabella 17.8: è possibile apprezzare come gli stessi controller sentano solo parzialmente la pressione al cambiamento e abbiano di conseguenza attivato poche e circoscritte modalità di risposta a tale pressione (anche alla luce delle richieste di soddisfacimento di fabbisogni informativi esterni da parte di Regioni e Ministero), apparentemente generando un corto circuito nei processi di innovazione dei sistemi di controllo direzionale.

17.4.2 *Il focus group con i direttori generali*

Per ampliare l'efficacia della *survey* ed aiutare nella comprensione e interpretazione dei risultati è stato utilizzato un *focus group*. Per questo studio, il *focus group* ha coinvolto i direttori generali di cinque delle aziende rispondenti. L'incontro è stato strutturato in tre fasi consecutive: (i) presentazione dei risultati da parte dell'intervistatore-ricercatore, (ii) discussione dei risultati da parte dei direttori generali (iii) discussione non strutturata che coinvolge tutti i partecipanti. La discussione del *focus group* è stata registrata e trascritta.

La Tabella 17.9 riporta le statistiche descrittive dei partecipanti al *focus group*.

Presenza di un'unità di gestione operativa

Come illustrato nella sezione precedente, l'insieme delle risposte che mediamente supportano l'evidenza che i sistemi si stanno faticosamente orientan-

Tabella 17.9 **Caratteristiche delle aziende dei Direttori Generali coinvolti nel focus group**

	A	B	C	D	E
Area geografica	Nord	Nord	Sud	Centro	Centro
Valore della produzione 2021	585mln	1.460mln	106mln	357mln	565mln*
Collocazione organizzativa del controllo di gestione	SC in "Dipartimento Gestione Operativa"	Ufficio in staff alla Direzione Strategica	SSD in line al Dipartimento di Staff	SC in staff alla direzione generale	UOSD in staff alla Direzione Generale
Tipologia di azienda	Ospedaliera	Territoriale	Ospedaliera	Ospedaliera	Territoriale
Unità operativa di OM	Presente	Presente	Assente	Assente	Assente

* Anno 2020

do alla dimensione dei processi e ancora più faticosamente alla dimensione di funzionalità di output, mista al fatto che la struttura presenti un'unità dedicata alla gestione operativa, che tecnicamente si occupa di coordinare una vista trasversale, sembra statisticamente separare due cluster.

È stato quindi chiesto ai DG se, in base alla loro esperienza, la presenza o meno di un'unità di gestione operativa (o *operations management*) dia un valore aggiunto alla struttura, ai meccanismi e al funzionamento del sistema di controllo.

“È evidente che dove esiste una gestione delle operations si abbia una consapevolezza e una rilevanza maggiore dell'analisi dei processi. Comunque c'è da dire che anche chi ha inserito un'unità per le operations non sembra sia veramente riuscito a passare da un'analisi di prestazioni a un'analisi di processo e per paziente. Penso alle regioni che in questo senso avevano avuto una spinta normativa con un forte mandato; in quelle regioni si è vista la differenza?”

La riflessione sopracitata, seppur supportando la percezione che l'introduzione di un'unità di gestione operativa migliori l'approccio ai processi, solleva il tema di come nel momento in cui agiscono vincoli normativi, o spinte esterne assimilabili, l'efficacia di tale introduzione possa essere limitata, soprattutto in assenza di una vera integrazione nel sistema di gestione.

“Abbiamo una struttura di operations management ormai rodada e abbiamo fatto la scelta di integrarla nel controllo di gestione. Mi sento di dire dal punto di vista dell'esperienza che effettivamente, più che a livello di strumenti e di pratiche operative, la presenza di una gestione operations migliora l'approccio ai processi, focalizzando l'attenzione. Si occupano principalmente di reingegnerizzazione di processi sia sanitari che amministrativi e di ottimizzazione dell'utilizzo della capacità produttiva.”

[...] *“L’operations management sicuramente è importante per riorientare il focus, anche a livello culturale, più sui processi e sulla trasversalità. In base alla mia esperienza, tuttavia, non si riesce ancora a far fare il salto di qualità al controllo di gestione anche per la mancanza di commitment e ingaggio anche dei professionals aziendali.”*

Il focus group sembra suggerire che quando l’unità di *operations* è ben visibile all’interno della struttura organizzativa e integrata proprio con il controllo di gestione, l’attenzione ai processi del *controlling* aumenta. Nonostante ciò, l’impatto sulla componente tecnico-metodologica dei sistemi di controllo risulta limitato. Un tema critico sembra, quindi, essere l’integrazione del controllo di gestione nei processi di cambiamento, tema rilevante, che sussiste anche alla luce delle spinte poste dal PNRR.

Ruolo ed evoluzione della funzione

Le dinamiche di settore spingono crescentemente verso l’integrazione di componenti di offerta e una loro replicabilità sistematica e scalabile. È inevitabile che una modifica nelle logiche di erogazione necessiti di un sostegno adeguato anche sul piano dell’orientamento delle responsabilità e dei comportamenti, oltre che dei relativi sistemi di misurazione e di gestione delle convenienze. Sotto questo profilo, nello sviluppo della funzione di *controlling*, accelerare l’allontanamento dall’approccio burocratico-normativo⁴ per sostenere logiche di natura strategico-organizzative⁵ è diffusamente ritenuto un fattore cruciale in termini prospettici dalle direzioni generali aziendali, sebbene distante dal realizzarsi. Il meccanismo più delicato all’interno dell’azienda è considerato il budget, interpretato con logiche tradizionali.

“Sta diventando sempre più importante la dimensione del value-based e lo è diventato non per obiettivi istituzionali ma per sensibilità politica. Tema rilevante, ma non esistono ancora strumenti. Capital budgeting e flussi finanziari non sono presidiati dal controllo di gestione, le cui funzioni restano classiche, ossia budgeting e reportistica per unità operativa.”

Come visto in sede di presentazione dei risultati della survey, l’oggetto principale di rilevazione è infatti rappresentato dalle articolazioni organizzative e

⁴ Si fa riferimento, ad esempio, al fatto di rispondere a meri vincoli normativi esterni o alla difficoltà di disegnare e/o costruire un sistema di rapporti e relazioni chiaro con le altre componenti dell’azienda.

⁵ Si fa riferimento, ad esempio, al supporto al processo decisionale e all’orientamento di scelte organizzative in termini di posizionamento produttivo, rimodulazione e organizzazione dei servizi, miglioramento della sostenibilità della gestione, incardinamento degli investimenti su capitale umano, infrastrutturale e tecnologico.

le misure utilizzate per orientarne i comportamenti fanno fatica ad accogliere “innovazioni” che consentano di ricondurre a unitarietà la complessità aziendale. PREMs e PROMs, ad esempio, vengono considerati rilevanti in termini di *reputation* esterna, ma non rilevanti per la gestione. Sono misure che non entrano nel budget aziendale, limitando la possibilità per funzionalità scientifica di interventi e procedure e per l'*experience* del paziente di influenzare la capacità di generare e catturare valore, oltre che incidere su livello e allocazione delle risorse interne all'azienda.

“Pochissima analisi di processo, ancor meno di paziente. Evidente che siamo ancora lontani.”

“È crescente poi la necessità di rilevare dimensioni legate alle percezioni del cittadino”.

“Crescente rilevanza per PROMs e PREMs, legata al tema del consenso che tocca la politica in modo diretto e che poi la politica ribalta sull'area delle operations. Servono sistemi che rilevino queste disfunzioni (es. attesa PS) o captino se è solo percezione.”

L'assenza di metriche “innovative” è ascrivibile, quantomeno considerando quanto discusso nell'ambito del focus group, al combinato disposto di almeno quattro fattori: (i) le scelte imposte dalla cabina di regia regionale rispetto all'architettura o alle metriche da impiegare per valutare l'andamento di sistema; (ii) la limitata diffusione di cultura manageriale in sistemi aziendali stratificati nel tempo in termini di configurazioni organizzative, sistemi operativi e meccanismi; (iii) il limitato commitment dei *professionals*, anche legato al modesto coinvolgimento nella lettura dei processi aziendali; (iv) le difficoltà di reperimento delle informazioni e la complessità legata all'armonizzazione dei sistemi informativi.

Sotto il primo profilo, spesso gli strumenti e la loro architettura appaiono rigidi e non customizzabili per via di scelte operate nel tempo e del fabbisogno informativo esterno imposto dalla cabina di regia regionale, spesso differenziata in termini di richieste e necessità. Questa tende infatti a congelare prima e ingessare poi sia gli oggetti rilevati che le metriche adottate, riducendo ampiamente il margine di autonomia gestionale delle aziende.

“La Regione ha una piattaforma sulla contabilità analitica vecchio stile e in questo contesto l'azienda è piuttosto piccola con produzione ospedaliera bassa e una forte mobilità passiva e un po' di produzione più significativa sul territorio”

“per un DG in alcune regioni il tema più rilevante è organizzativo, di strumenti

organizzativi. In altre la situazione è diversa, la pressione sul lato risorse era maggiore ed è quindi diventata prioritario il sistema di calcolo dei costi”

Guardando al secondo aspetto, il focus group ha evidenziato come sia complesso offrire un'identità chiara alle formule di servizio emergenti e alla loro successiva razionalizzazione in assenza di una cultura manageriale diffusa, che investe anche i sistemi di controllo aziendali. Questa prospettiva porta a “sovraccarichi strategici” e spesso tende a soffocare la strategia da parte della routine operativa. È, infatti, percepita la prevaricazione del “rischio amministrativo” sulla pianificazione strategica con logiche e strumenti manageriali. Se, infatti, la componente amministrativa può e deve rappresentare la cornice attorno alla quale la strategia può innestarsi nell'arena istituzionale in cui le aziende operano, quando questa tende a “definire la strategia” e influenzare i relativi sistemi operativi di supporto rischia di minare l'integrazione aziendale e di distorcere ruolo e funzionamento delle funzioni strategiche aziendali e del sistema di controllo in specie.

“Non c'è una cultura manageriale storicamente e non c'era necessità di un dato di dettaglio di questo tipo... Necessaria formazione culturale e manageriale”

“Questa azienda si caratterizza per una storia delle funzioni amministrative peculiare, accentrata su direzione aziendale. Incarico su controllo di gestione non attribuito...questo ha comportato lo schiacciamento della direzione su una dimensione operativa e poco strategica e deresponsabilizzazione delle altre funzioni”

“Il tema del commitment è assolutamente centrale perché quello che è mancato è una visione strategica dell'assetto organizzativo. Allo stesso tempo oltre a questa dimensione c'è anche una dimensione di pianificazione strategica nell'ambito della quale si sta cercando di valorizzare il controllo di gestione non più solo come struttura deputata a fare controllo sul budget e sugli assetti tradizionali ma anche costruire meccanismi che possano lavorare sul territorio e focalizzare il controllo di gestione e la parte dei flussi informativi per misurare l'impatto in termini di salute anche con l'applicazione degli indicatori regionali contenuti nelle linee guida”

Data la crescente rilevanza assegnata a misure di *outcome* e qualità, il terzo elemento riguarda il coinvolgimento e la compartecipazione dei clinici nella creazione di rilevazioni trasversali che possano fungere da driver di allineamento dei linguaggi e facilitatore di coordinamento e dialogo intra-organizzativo. L'ingaggio dei clinici nell'adozione di logiche di processo appare di successo dove realizzata con condivisione di obiettivi tra unità organizzative e relative metriche, ma diffusamente poco praticata e/o strutturata.

“Il commitment del top management andrebbe de-enfatizzato, in favore dell’impegno dei professional aziendali (che in realtà è cruciale). Altro elemento la presenza di strumenti che riorientino i sistemi e le professionalità”

“Presenza di team multidisciplinari ...raddoppiato gli impact factor. Apicalizzazione delle decisioni strategiche ma con una piena condivisione con fronte clinico, scientifico”

“Per svilupparli serve anche commitment dei professionals, ma sembra manchi loro l’esigenza di questi indicatori. A livello culturale aziendale sembra non ci sia percezione dell’utilità del punto di vista del paziente”

Infine, nel provare a identificare il driver principale di sviluppo e investimento per il *controlling* aziendale, l’attenzione dei partecipanti al focus group è stata fortemente rivolta al tema della sua dimensione informativa (quarto elemento). La discussione che ne è emersa, tuttavia, si è in realtà concentrata perlopiù sull’esigenza di adeguare l’armonizzazione dei flussi informativi e solo in parte della qualità delle informazioni a disposizione e delle modalità con cui utilizzarle. Ad ogni modo, è stata largamente condivisa la criticità legata alla non adeguatezza dei supporti a disposizione per operare lo shift paradigmatico rappresentato dalla logica per processi. 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, possano essere l’esito di sistemi informativi che 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.

“Nel momento in cui si vanno a riprogettare le modalità di presa in carico, questo va fatto anche con un sistema informativo adeguato. Adattare i sistemi informativi. È un problema tecnico / informatico, è un problema di competenze ...se non hai le competenze in azienda le devi acquisire sul mercato per operare nel breve termine. Servono figure professionali diverse dal passato”

“[...] solo per che ad esempio l’implementazione dei PROMs si scontra anche con una difficoltà di raccolta delle informazioni e di tematiche privacy: importante sforzo organizzativo e tempo difficilmente gestibile”

“[...] poco ottimista sul fatto che ci siano le informazioni strutturate disponibili per farlo”

Seppur rilevante, la sola integrazione dei flussi informativi (peraltro non necessariamente legata all'azione del controllo di gestione aziendale, ma appannaggio della funzione IT aziendale) non contribuisce di per sé alla produzione di informazioni utili al processo decisionale. Il disegno dei processi aziendali e la definizione di metriche adeguate a leggerli rappresentano lo step preliminare necessario, su cui anche l'architettura dei sistemi informativi potrà innestarsi ed essere armonizzata. Il fatto che i sistemi informativi attuali scontino criticità legate alla loro interoperabilità non rappresenta, quindi, un fattore discriminante per l'evoluzione dei sistemi di controllo né ne qualifica l'efficacia. Semmai, contribuisce ad acuire criticità di rilevazione legate allo spaesamento della funzione e alla mancanza di rotta rispetto a oggetti e misure da rilevare per supportare il processo decisionale. Laddove vi sia stato un investimento sulla chiara definizione dei “nuovi” oggetti da rilevare, infatti, è da segnalare come sia stato possibile costruire meccanismi di rappresentazione e responsabilizzazione per processo disegnando sistemi informativi coerenti, addirittura in grado di superare i confini aziendali.

“Abbiamo verticalizzato analisi e scelte su un unico centro decisionale rappresentato dal controllo di gestione e dalla direzione strategica in cui ha posto d'onore anche la direzione scientifica. Gli effetti che abbiamo voluto misurare partono da una strutturazione di rapporti che inizialmente erano rarefatti se non per certi versi autonomi e autoreferenziali. Con questa strutturazione e con la pianificazione trasversale abbiamo ridotto scostamento tra ricavi e costi ed esiti, oltre che migliorato la produzione scientifica”

17.5 Discussione e implicazioni

Il sistema sanitario sarà nei prossimi anni investito da multiformi e profondi cambiamenti. Questi riguardano un ampio ventaglio di aspetti (modelli di servizio, la loro configurazione, raccordo ospedale-territorio, infrastrutture, tecnologie) con spinte esterne chiare, legate all'evoluzione della domanda, alle conseguenze della pandemia da Covid-19 e alle pressioni esercitate dalle recenti disposizioni normative a livello nazionale.

Il dibattito è molto concentrato sulle modalità di impiego dei fondi del PNRR, mentre molto poco ci si interroga sulle ricadute operative e di sostenibilità che queste scelte di investimento possono avere nell'attuale fase di sviluppo delle aziende sanitarie. Si tratta di configurare e sperimentare nuovi modelli di servizio e garantire la possibilità che questi possano essere sviluppati con coerente disponibilità di risorse in termini di personale, beni e servizi. Dal punto di vista del management, c'è da interrogarsi su postura e adeguatezza delle soluzioni da proporre per rispondere alle spinte al cambiamento esercitate dal contesto e sfruttare l'importante spazio di innovazione del settore. Serve

altresì impiegare strumenti gestionali che supportino con evidenze il processo decisionale, specialmente in questa fase di programmazione e nella successiva di sviluppo e monitoraggio. Si tratta di fornire un'identità chiara alle formule di servizio emergenti e di essere in grado poi di razionalizzarle in una più ampia e ragionata cornice di informazioni funzionali a evitare “sovraccarichi strategici” e soffocamento della strategia da parte della routine operativa. Si tratta, inoltre, di iniziare a riflettere sugli impatti di natura corrente (operativa ed economico-finanziaria) che gli investimenti in corso di programmazione possono generare rispetto al nuovo funzionamento dei servizi. Occorrono sistemi operativi in grado di governare lo sviluppo in corso e di orientarlo nelle sue varie articolazioni, anche e soprattutto attraverso logiche di misurazione e valutazione che scardinino il tradizionale approccio per silos produttivo intra o extra-aziendale, supportando lo sviluppo di meccanismi e strutture adeguate a garantire un sistema di distribuzione delle responsabilità maggiormente armonico e coerente con le configurazioni di offerta emergenti. I sistemi di controllo di gestione sono un meccanismo chiave vuoi nel promuovere il cambiamento strategico e organizzativo (Morelli e Lecci, 2014) o nel facilitarne la sua implementazione (Prahalad, Doz, 1994; Dossi *et al.*, 2014). Nelle aziende sanitarie tale ruolo dei sistemi di controllo è particolarmente accentuato, quale guida e orientamento dei processi decisionali di supporto alla gestione dell'attività e del processo di cambiamento in corso (e.g., Aidemark and Funck, 2009; Ballantine *et al.*, 1998; Wardhani *et al.*, 2009).

L'analisi condotta, dapprima tramite confronto con un gruppo di aziende, poi tramite *survey* e infine interpretata alla luce dei contributi del focus group con le direzioni aziendali porta ad una prima conclusione. La situazione italiana non fa eccezione rispetto a quella internazionale. I sistemi di *management control* delle aziende sanitarie pubbliche italiane hanno un grado di *readiness* insufficiente oggi per sostenere ed accompagnare il cambiamento verso qualsivoglia logica di gestione orientata ai processi. Il mancato cambiamento dei sistemi riguarda sia la dimensione strutturale che organizzativa che informativa.

Dal punto di vista strutturale, l'oggetto di analisi chiave rimane l'articolazione organizzativa e il contenuto della rilevazione e della responsabilizzazione è fondamentalmente di natura economica (basata su dati di costo e ricavo, tipicamente per macro-aggregati), con (poche) integrazioni di natura clinico-gestionale. Tale struttura è coerente con la finalità primaria dichiarata del sistema, ossia l'indirizzo dei comportamenti all'interno dei centri di responsabilità, prevalentemente di primo livello.

La mancanza di informazioni di costo articolate lungo oggetti gestionali più evoluti, quali i processi, unitamente alla poca considerazione delle misure di *outcome* clinico, complementate da PROMs e PREMs, e degli indicatori di qualità e rischio clinico riducono la possibilità di assegnare responsabilità integrate basate su vettori obiettivo multidimensionali e rende impossibile

un'evoluzione della dimensione organizzativa di ruolo, a supporto di decisioni strategiche che nascono dalla comparazione tra costi ed *outcome*. Da qui la mancanza e/o la bassa rilevanza assegnata ai meccanismi di pianificazione strategica e di capital budgeting, centrali nel supportare i processi di cambiamento strategico. Evidenza, quest'ultima, che assume una particolare criticità alla luce della chiara necessità che le aziende integrino rapidamente le poche metriche utilizzate a livello nazionale per monitorare l'andamento del PNRR, con indicatori in grado di presidiare il valore economico e non economico generato.

La dimensione informativa, da ultimo, riporta architetture frammentate, con livelli di interoperabilità modesti e lontani dal riuscire a produrre risultati adeguati a superare la cd. "sindrome DRIP" (*Data Rich but Information Poor*).

Il percorso verso l'adozione di logiche di controllo innovative, focalizzate sulle attività di presa in carico del paziente e dirette a consentire una migliore responsabilizzazione sull'incremento di efficacia ed efficienza dei servizi erogati, pare ancora lungo. Il grado insufficiente di *readiness* comporta il rischio di non sfruttare pienamente l'opportunità che le spinte al cambiamento oggi indotte dall'ambiente di riferimento offrono.

La *survey*, unitamente al focus group e ai modelli teorici di analisi del cambiamento nei sistemi di controllo evidenziano un secondo importante fenomeno: esiste la chiara percezione di un elevato fabbisogno di innovazione, basato proprio sul gap tra gli attuali sistemi ed i fabbisogni decisionali e gestionali emergenti. Molti sono gli ostacoli al processo di innovazione riportati nelle risposte: la mancanza di un *package* di strumenti adeguati, lo sviluppo di competenze tecniche sufficienti a guidare la transizione, la difficoltà di coinvolgimento dei professionisti sanitari, sono i tre di maggiore rilievo. Ma l'aspetto di maggiore rilevanza sta nella ragione del ritardo di adeguamento del sistema di controllo, ossia la debolezza dei fattori interni abilitanti al cambiamento, nonostante le spinte indotte dal PNRR e dall'affermarsi dei principi della VBH. Non a caso, i modelli teorici sottolineano che l'innovazione nei sistemi di controllo deve trovare un'adeguata pressione iniziale al cambiamento, che unitamente a degli elementi facilitatori interni riesca a far "precipitare" la situazione, attivando un processo di *redesign* del sistema di controllo, che ne agevoli l'implementazione e successiva istituzionalizzazione. I dati dello studio fanno emergere come le aziende pur avvertendo la pressione al cambiamento, la interpretano primariamente attraverso la matrice organizzativa (istituzione di gruppi di lavoro o di nuove unità operative). Le richieste di cambiamento del PNRR sembrano dunque, allo stato attuale, un trigger necessario ma internamente non sufficiente a dare forza al processo di innovazione. Questo anche per il doppio canale in grado di condizionare la funzionalità e la propensione all'innovazione nei sistemi: (i) canale extra aziendale (Regioni, Ministero), con

fabbisogni informativi esterni disallineati rispetto a oggetti di analisi e misure maggiormente funzionali (oltre che sofisticati) in grado di leggere l'organizzazione; (ii) canale aziendale, costituito dalla direzione strategica, che anche quando riesce a definire obiettivi chiari, partecipati e customizzati, mostra tassi di turnover tali da rendere difficile il supporto alla definizione e implementazione di grandi progetti di cambiamento dei tool manageriali. Se dunque il sistema di controllo è in attesa di che le pressioni esterne unite ai fattori abilitanti interni possano incrementare la velocità e fluidità del processo di innovazione, il trigger finale non potrà che derivare dal fisiologico disallineamento temporale tra innovazione nei modelli assistenziali/produttivi e riallineamento dei sistemi di controllo. In tale caso, una condizione necessaria affinché questo disallineamento possa vedere l'attivazione di un processo di convergenza e, più in generale, affinché si attivi un reale processo di cambiamento dei sistemi di controllo è rappresentata dal commitment del top management aziendale. Tuttavia, proprio il focus group con le direzioni aziendali ha fatto emergere chiaramente come, pur in presenza di commitment strategico, sia complesso attivare processi di innovazione efficaci, dal momento che, nel corso degli anni, si sono progressivamente perse competenze di controllo manageriale all'interno delle aziende.

Per aumentare la velocità di innovazione bisogna cambiare prospettiva, e fare sì che lo stesso sistema di controllo diventi un trigger di cambiamento, evidenziando quelle tensioni strategiche (di servizio, di sostenibilità economica e di allocazione delle risorse) che permettano l'emergere di tensioni creative e positive che facciano adeguatamente precipitare le esigenze e dare cittadinanza organizzativa al bisogno di cambiamento. Di questo il focus group ha dato una chiara rappresentazione fornendo esempi di come, in presenza di stimoli concreti, sia stato possibile costruire meccanismi di rappresentazione e responsabilizzazione per processo (in alcuni casi anche in grado di superare i confini aziendali). Innovazioni che, tuttavia, rischiano di non riuscire a diventare routine nel momento in cui cessa lo stimolo al cambiamento.

Il quadro dipinto dalla *survey* e dal focus group, però, offre anche alcuni elementi positivi. Nella prospettiva dei processi erogativi, le aziende che hanno previsto un'unità operativa dedicata alla gestione delle *operations* nella struttura organizzativa dimostrano di aver maturato una serie di consapevolezza che possono avere un ruolo di rilievo nell'innovazione del sistema di controllo. In particolare:

- ▶ Un'esplicitazione della maggiore rilevanza e un più efficace riconoscimento dei processi;
- ▶ Una maggiore sofisticazione nella misurazione delle prestazioni dei processi;
- ▶ Una considerazione maggiormente elevata della rilevanza degli oggetti di misurazione legati ai processi;

- ▶ Una percezione di maggiore necessità della misurazione degli *outcomes*, siano essi clinici, PROMs e PREMs
- ▶ Un maggiore ricorso all'interazione con i professionisti nel reagire alle pressioni di cambiamento.

Tali effetti, che a macchia di leopardo nei casi sotto esame hanno iniziato a sofisticare i sistemi di *management accounting*, nascono, stanti le evidenze del focus group, perché il dotarsi di una unità di *operations* aumenta l'attenzione organizzativa ai processi operativi. Inoltre, il focus group ha confermato che sovente la unità di *operations* è centralizzata (quindi ben visibile nella struttura) e, laddove integrata con il controllo di gestione, incrementa l'attenzione ai processi da parte dell'unità *controlling*. Purtroppo l'impatto sulla componente tecnico-metodologica dei sistemi di controllo è tuttora limitato. La direzione di evoluzione appare corretta, ma la velocità di cambiamento risulta ancora insufficiente.

17.6 Conclusioni

Il quadro della situazione, interpretato alla luce delle teorie di riferimento, offerto dalla survey ed espresso per punti nel paragrafo precedente evidenzia luci e ombre, in una situazione relativamente comune con le aziende sanitarie di altri Paesi europei ed extra-europei. Il cambiamento della gestione nell'ottica di una maggiore rilevanza dei processi, pare ineluttabile. Il cambiamento va introdotto, gestito, routinizzato in processi e procedure organizzative e di controllo. Il tema cruciale è la velocità che avrà, soprattutto considerando l'arco temporale ridotto in cui si dovrebbero sviluppare le modifiche di setting assistenziale e dei modelli di offerta. La domanda di cosa sia adeguato fare oggi, nel breve termine, presa sulla base di una strutturata analisi della situazione attuale, può essere posta sia nella prospettiva gestionale che in quella di policy.

In prospettiva gestionale sono quattro i principali insegnamenti che derivano dalla ricerca svolta. In primo luogo bisogna capitalizzare al meglio la pressione al cambiamento che oggi viene sentita attraverso il fabbisogno di cambiamento organizzativo. Capitalizzare significa incrementare l'attenzione manageriale su questo fabbisogno tramite due azioni di breve:

1. Per le aziende che non l'hanno ancora fatto, adottare delle logiche di *operations management*, che rendano evidente la dimensione trasversale dell'operare organizzativo. Più tale unità è centralizzata ed ha un'ampiezza di visione (non limitandosi a inquadrare singole fasi o attività di processi più ampi), più l'attenzione manageriale è incrementata;

2. Al contempo, coerentemente con la letteratura sul management control package, incrementare l'ampiezza di accountability di tutte le unità organizzative, integrando nel sistema di misurazione delle prestazioni ed incentivazione aziendale obiettivi trasversali basati su misure di input, trasformazione ed output dei processi si rende evidente il rilievo della trasversalità della performance e si finalizza un approccio di processo alla risoluzione dei problemi ed alla gestione.

L'insieme di queste due azioni può agevolare il riconoscimento di una prospettiva di analisi, decisione e gestione differente da quella compartimentalizzata per silos organizzativo. In sintesi, si tratta di fare in modo che *operations* e controllo di gestione lavorino in maniera integrata, a reale supporto del management strategico aziendale.

In secondo luogo, bisogna cercare di affiancare alle spinte esterne già esistenti (di tipo normativo, PNRR, e mimetico, VBH) *nuove forme di pressione a matrice culturale*. Per ricercare questo è oggi particolarmente utile cooptare nel processo di iniziazione dell'innovazione la prospettiva del paziente. Un passo deciso verso la misurazione degli *outcomes*, dei PROMs e dei PREMs opera in tal senso. Avere delle metriche, ancorchè parziali o imprecise, che riescano ad evidenziare dei gap di performance tra ciò che offrono i processi aziendali e le attese di performance cliniche e di servizio del paziente significherebbe far entrare la prospettiva del paziente nei processi interni.; dare un orientamento strategico al processo di cambiamento; porre maggiore forza ai processi di precipitazione dell'innovazione, in funzione della maggiore pressione percepita; finalizzare la condivisione della necessità di cambiare ai fabbisogni del paziente, soggetto cardine del servizio. Tutto questo ha maggiore potenzialità nel breve anche perché le metriche di *outcome* clinico e quelle relative a PROMs e PREMs sono codificate all'esterno della singola azienda, tramite associazioni internazionali e attraverso esperienze di altre aziende sanitarie. Hanno dunque la forza che proviene da principi e best practices esterne a cui rifarsi.

In terzo luogo, aiuterebbe allo scopo meglio finalizzare i singoli passi verso il cambiamento. I processi di innovazione, per essere supportati, devono avere degli obiettivi chiari a tutti. Bisogna dunque dare un piano complessivo al cambiamento del sistema. Ossia bisogna dare una prospettiva di medio termine (si direbbe una vision ed una mission) chiara, fondata su un posizionamento di ruolo rispetto alle altre unità organizzative esplicito e basato su target di funzionalità dei meccanismi e di servizio misurabili e raggiungibili nel tempo, che vadano oltre la mera esigenza di rispondere ad adempimenti istituzionali esterni (Regioni, Ministero).

In quarto ed ultimo luogo, dato che il controllo non è una funzione tecnologica, ma un *people-based*, richiede di avere anche una *people strategy*. Il defi-

cit quali-quantitativo di risorse umane è sentito da molte unità di *controlling* nelle aziende sanitarie e richiede una strategia complessiva, l'identificazione di quantità e qualità (ossia quali specifiche competenze) delle risorse mancanti, nonché un piano organizzativo di sviluppo dei talenti e del sapere di controllo complessivo: se non si attraggono, tramite differenti tipologie di relazione, risorse qualificate, qualsiasi innovazione in quest'ambito è destinata ad arenarsi.

In termini di policy, una semplificazione e migliore focalizzazione del quadro normativo potrebbe aiutare ad andare nella giusta direzione. Nel momento in cui il PNRR de-integra fasi del processo della presa in carico spostandole dal livello ospedaliero a quello territoriale se non al domicilio del paziente, i meccanismi operativi aziendali e quelli di controllo di gestione in maniera particolare sono ostaggio di norme concepite nello scorso millennio, norme che prevedono articolazioni organizzative basate su saperi a vocazione monodisciplinare, che necessitano di un responsabile, che, per rimanere tale, deve essere assoggettato a un processo di budget che fa fatica a incidere, vuoi per una sua rilettura fortemente burocratica e vuoi perché il focus è tutto centrato sulla singola UU.OO. E tutto questo accade mentre l'evoluzione scientifica e tecnologica spingono nella direzione dei team multidisciplinari, delle equipe integrate, del *task shift* nei processi di presa in carico, della co-produzione di salute da parte del paziente e dei *care-giver*.

In assenza di questo passaggio, i sistemi di controllo di gestione saranno obbligati, nella migliore delle ipotesi, a sciogliere un doloroso trade-off (nell'impossibilità, per carenza di risorse di attivare un costoso *decoupling*): attivare processi di misurazione *compliant* con il quadro normativo, ma poco rilevanti dal punto di vista decisionale, attivando, nella migliore delle ipotesi meccanismi di responsibility, o avviare processi di misurazione trasversali a più unità, focalizzati sui pazienti, in grado di catturare il percorso e il punto di vista del paziente, consentendo, finalmente, il raggiungimento di quella *accountability* da cui siamo ancora molto lontani.

In attesa di sciogliere il dilemma o di eliminarlo una volta per tutte, numerosi gap di ricerca devono essere ancora colmati, a partire, dalla comprensione di quali trigger sono in grado di attivare meglio di altri il cambiamento, dentro la black box dell'azienda e dell'unità *controlling* (ad esempio, come suggerito dalla letteratura di riferimento, quali caratteristiche individuali rispettivamente dei top manager e dei controller), e di come favorire l'allineamento degli stimoli ambientali e di sistema già presenti, seppure non pienamente favorevoli per favorire l'efficace implementazione di processi di innovazione nei *management control package* delle aziende sanitarie pubbliche italiane.

17.7 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.
- Aidemark L.G., Funck E.K. (2009), «Measurement and health care management», *Financial Accounting Management*, 25 (2), 253–276.
- Ballantine J., Brignall S., Modell S. (1998), «Performance measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice», *Management Accounting Research* 9, 71–94.
- Bergamaschi M., & Lecci F. (2008), «La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità», in Cergas (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea.
- Chenhall R.H. (2003), «Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future», *Accounting, organizations and society*, 28(2-3), 127-168.
- De Bruijn H. (2002), «Performance measurement in the public sector: strategies to cope with the risks of performance measurement», *International Journal of Public Sector Management*.
- Di Maggio P.J. & Powell W.W. (1983), «The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields», *American sociological review*, 147-160.
- Dossi A. (2001), *I processi aziendali. Profili di misurazione e controllo*, Milano, Egea.
- Dossi A. & Schaeffer U. (2014), «Top management impact on management control», *Journal of Management Control*, 24(3), 219-221.
- Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E. (2001), *La qualità nella 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 (a cura di) *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Feeley T.W., Albright H., Walters R. and Burke T.W. (2010), «A method for defining value in healthcare using cancer care as a model», *Journal of health-care management*, 55(6): 399-411
- Furnari A., Lecci F., Morelli M., Schiavone R. (2020), «Innovare i sistemi di controllo direzionale aziendale: implicazioni e opportunità per le aziende del SSN», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea
- 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>ncisco.

- Kimberley J. R., Kervasdoue J., England G., Negandhi A., & Wilpert B. (1979), «Are organization structures culture-free? The case of hospital innovation in US and France», Kent (pp. 191-209), OH, Kent State University Press.
- Lawson R., Stratton W., Hatch T. (2003), «The benefits of a scorecard system», *CMA Management*, 77(4), pp. 24-26.
- Lega F. (2004), «Reorganising healthcare delivering in hospital: structure and processes to serve quality», in Davies H., Tavakoli M. (a cura di) *Strategic issues in health care management: health care policy, performance and finance*, Aldershot: Ashgate.
- Malmi T. & Brown, D.A. (2008), «Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions», *Management accounting research*, 19(4), 287-300.
- Morelli M. & Lecci F. (2014), «Management control systems (MCS) change and the impact of top management characteristics: the case of healthcare organisations», *Journal of Management Control*, 24(3), 267-298.
- Porter M. & Lee T., (2013), «The strategy that will fix healthcare», *Harvard Business Review*, Boston.
- Prahalad C. K. & Hamel G. (1994), «Strategy as a field of study: Why search for a new paradigm?», *Strategic management journal*, 15(S2), 5-16.
- Shortell S.M., Kalunzny A.D. (2000), *Health care management: organization design and behavior*, III ed., Delmar Publishers, Albany.
- Simons R. (2014), *Performance measurement and control systems for implementing strategy*, Edinburg gate: Pearson.
- Tomson C.R. & Van Der Veer S.N. (2013), «Learning from practice variation to improve the quality of care», *Clinical medicine*, 13(1), 19.
- Wardhani V., Utarini A., van Dijk J.P., Post D., Groothoff J.W. (2009), «Determinants of quality management systems implementation in hospitals», *Health Policy*, 89(3), 239–251.