

17 Innovazioni nei sistemi di controllo e governo dei costi: le risposte delle aziende sanitarie alla crisi economica

di Andrea Francesconi e Francesca Lecci¹

17.1 Introduzione

I sistemi di programmazione e controllo (P&C) sono stati tradizionalmente interpretati come uno dei principali veicoli di aziendalizzazione nel settore sanitario (Casati, 2000; Anessi Pessina e Pinelli, 2003; Lecci e Longo, 2004). A venti anni, ormai, dall'avvio formale del processo di managerializzazione delle aziende del SSN, i sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie sono stati prevalentemente indagati con riferimento alle loro caratteristiche generali, agli strumenti maggiormente adottati e alla capacità di questi ultimi di indurre un cambiamento culturale nelle aziende sanitarie (Lecci e Vendramini, 2011).

Per contro, hanno trovato poco spazio contributi volti a indagare come cambino i sistemi di programmazione e controllo in contesti caratterizzati da forte stress economico.

La necessità di approfondire tale legame appare critica se si riflette che l'adozione di sistemi di controllo innovativi e in grado di rispondere alle istanze poste dai *constraint* economico-finanziari appare un passaggio obbligato all'interno del settore sanitario. Ciò anche al fine di superare alcuni dei punti di debolezza tipici dei tradizionali sistemi finora adottati, in particolare:

- ▶ una chiave di lettura di tipo verticale e un'analisi dei costi tipicamente a livello di articolazione organizzativa (centro di costo o centro di responsabilità);
- ▶ una focalizzazione verso l'interno dell'organizzazione;

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 17.2 e 17.3 sono attribuiti ad Andrea Francesconi, il 17.4 §§ a Francesca Lecci, i §§ 17.1 e il § 17.5 congiuntamente ad Andrea Francesconi e Francesca Lecci. Si ringraziano per la preziosa collaborazione l'ASL di Lodi, l'AO "Carlo Poma" di Mantova, l'APSS di Trento, l'azienda ULSS Dolo-Mirano, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Riuniti" di Trieste, l'azienda USL di Piacenza, l'IRCSS Ospedale Pediatrico "Babin Gesù" e l'AO Consorziale "Policlinico" di Bari.

- ▶ un potenziale diagnostico alquanto limitato;
- ▶ un orientamento alla gestione corrente, con evidenti inibizioni a logiche di innovazione.

In questo contesto, il presente contributo si pone l'obiettivo di indagare, con riferimento a otto casi aziendali che hanno sperimentato l'adozione di modelli di innovazione nei sistemi di controllo e governo dei costi: (i) le finalità perseguite; (ii) le determinanti di costo ritenute rilevanti e quindi presidiate; (iii) i risultati generati e le logiche di *change management* adottate.

Il contributo, dopo aver analizzato la letteratura (§ 17.2) e descritto protocollo e metodo di ricerca utilizzati (§ 17.3), rilegge in maniera trasversale i casi oggetto di studio (§ 17.4), evidenziando, rispetto alle dimensioni di analisi impiegate, similitudini e differenze nella gestione del processo di cambiamento dei sistemi di controllo. Il § 17.5 discute le principali implicazioni poste dall'analisi delle esperienze aziendali e trae alcune conclusioni

17.2 Analisi della letteratura

In termini evolutivi, fino al 2010 le aziende sanitarie hanno privilegiato l'adozione di sistemi di P&C fondati su strumenti tradizionali di *managerial accounting*, basati su approcci di tipo analitico, focalizzati sulla scomposizione dei processi di impiego delle risorse in centri di costo, attorno ai quali organizzare i processi di rilevazione delle informazioni e finalizzati ad attivare meccanismi di responsabilizzazione interna sull'impatto economico della gestione (Casati, 1996; Francesconi, 2003; Vendramini, 2004). Gli strumenti utilizzati hanno, però, portato a una focalizzazione sulle singole azioni di gestione corrente piuttosto che sulle decisioni legate alla gestione futura (Doyle, 2002), generando, se del caso, tagli dei costi localizzati, di breve durata, slegati dalle strategie aziendali e spesso incapaci di generare valore nel tempo (Bergamaschi, 2008).

Tuttavia, lo scenario macroeconomico fortemente recessivo ha condizionato, a partire dal 2009, le strategie perseguite dalle aziende di servizi sanitari. Queste ultime hanno dovuto impostare cambiamenti nei sistemi di programmazione e controllo come risposta agli stimoli provenienti dall'ambiente, che richiede sempre maggiori sforzi in termini di contenimento dei costi (*spending review* nelle sue varie declinazioni) e di orientamento alla qualità dell'*outcome* (progetto «Esiti» di AGENAS e altre iniziative su base regionale).

Tali condizioni ambientali hanno imposto e stanno imponendo alle aziende di servizi sanitarie di riorientare sia i rapporti con l'ambiente esterno (definizione del portafoglio di servizi e cambiamenti nelle modalità di offerta, quali ad esempio gli orari di funzionamento), sia la progettazione della struttura organizzativa interna (maggiore orientamento all'integrazione ospedale territorio, focalizza-

zione sui percorsi e sui processi assistenziali in maniera integrata, orientamento alla *value based healthcare*²).

La letteratura inerente ai sistemi di controllo ha ampiamente evidenziato come, a partire dalla fine degli anni Ottanta, siano stati sviluppati strumenti di management idonei ad anticipare le evoluzioni ambientali esterne, a supportare la pianificazione di adeguati livelli di qualità, di funzionalità e di costo, a comprendere e anticipare le esigenze dei clienti anche alla luce delle istanze al miglioramento continuo della qualità dei processi, a operare in una logica sistemica. Quest'ultimo punto, in particolare, comporta uno sforzo per coniugare le esigenze di breve periodo con le istanze di medio lungo termine, l'efficienza funzionale con l'ottica interfunzionale, il presidio della catena del valore sia interna che esterna (Songini 2004).

Metodologie quali l'ABC, l'ABM, il *target costing*, il *life cycle costing*, il *quality costing* hanno costituito e tuttora rappresentano in molte realtà (anche sanitarie) gli approcci adottati per incrementare e/o massimizzare l'efficienza dei processi aziendali. A fronte di tali limiti, hanno iniziato a diffondersi iniziative di *cost management* (CM). Il CM, prima ancora di essere concepito come un apparato metodologico e strumentale, viene considerato, più propriamente, in letteratura come una nuova filosofia gestionale (Silvi, 1997). In questo senso, diversi Autori (Silvi, 1997; Bergamaschi *et al.*, 2010; Morelli e Lecci, 2011) invitano a portare il CM fuori dalle limitazioni concettuali derivanti dalla rigida impostazione delle tecniche contabili e organizzative su cui lo stesso si basa, poiché ritengono che, a differenza dei sistemi di contabilità direzionale tradizionale, esso si caratterizzi non tanto per la strumentazione di supporto, quanto per le logiche che ne costituiscono il fondamento. *Cost management has a much broader focus than that found in traditional costing systems. It is not only concerned with how much something cost but also with the factors that drive costs [...]. Thus, cost management requires a deep understanding of a firm's cost structure* (Hansen e Mowen, 2006).

Nel corso degli ultimi venti anni, il tema del CM ha occupato un posto rilevante nell'ambito di un numero crescente di discipline (per esempio, strategia, organizzazione e logistica). Ai fini della presente analisi, si riprende la classificazione di Lord (1996), che ha suddiviso le aree di studio sul CM in due ambiti:

- ▶ le ricerche che analizzano se e come le aziende utilizzano le informazioni di costo per supportare le analisi sulla catena del valore (Porter, 1985; Shank, 1989; Shank e Govindarajan, 1993; Tomkins e Carr, 1996);
- ▶ le ricerche che tentano di esplicitare la relazione tra la strategia, la struttura di costo e le relazioni causali che legano i livelli di attività alle risorse assorbite (ovvero i *cost driver*) (Banker e Johnston, 2007).

² Sul concetto di Value Based Healthcare (sanità basata sul valore) si rimanda al contributo di Porter e Olmsted Taisberg (2004) op. cit.

Tabella 17.1 **La tassonomia dei cost driver**

STRUCTURAL COST DRIVERS	Economie di scala
	Economie di raggio d'azione
	Economie di apprendimento
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore
	Complessità di linee produttive
EXECUTIONAL COST DRIVERS	<i>Commitment</i> della forza lavoro nel miglioramento continuo
	Gestione della qualità
	Utilizzo della capacità produttiva
	Efficienza del <i>layout</i> degli impianti
	Configurazione di prodotto
	Legami con clienti e fornitori

Fonte: Riley, 1987

In entrambi i filoni, il CM viene presentato come una possibile leva in grado di determinare il vantaggio competitivo di un'azienda (Silvi, 1997), configurandosi come modello gestionale di governo delle determinanti di costo in ottica strategica (Lord, 1996). Data questa premessa, qualsiasi iniziativa di gestione strategica dei costi deve essere indagata attraverso l'individuazione dei *driver* sui quali gli strumenti adottati vanno ad agire. Non esiste in letteratura un chiaro accordo sull'elenco delle determinanti di costo: alla prima classificazione, riconducibile al contributo di Porter (1985), ne sono seguite altre (Riley, 1987; Cooper e Kaplan, 1998) nel tentativo di fornire una tassonomia esaustiva delle principali categorie di driver. La classificazione che raccoglie il consenso più ampio in letteratura è quella proposta da Shank e Govindarajan (1993), che, recuperando il contributo di Riley (1987), individuano due livelli di determinanti di costo (Tabella 17.1): quelle strutturali, che sono in grado di incidere sulla struttura di costo di un'azienda, e quelle operative, che sono strettamente correlate alla capacità dell'azienda di governare efficacemente il livello di assorbimento delle risorse nell'ambito dei suoi principali processi.

Da questa distinzione discendono due forme di CM (Tomkins e Carr, 1996): (i) gli interventi volti a ridefinire la catena del valore e a produrre una differente struttura di costo; (ii) gli sforzi di riduzione dei costi. Questa seconda tipologia di azioni, definita *structural* CM (Anderson, 2007), utilizza strumenti di riprogettazione organizzativa e di processo per costruire una struttura di costo coerente con la strategia, producendo dei risultati prevalentemente nel medio/lungo periodo. La prima forma, indicata come *executional* CM, invece, impiega le informazioni di costo spesso in ottica di *benchmarking*, con l'obiettivo individuare opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Entrambe le forme di CM presentano, per le loro caratteristiche, una concreta possibilità di utilizzo nell'ambito sanitario e si configurano come un possibile

Tabella 17.2 **La tassonomia degli strumenti di cost management**

	STRUCTURAL CM	EXECUTIONAL CM
STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE DEI COSTI	<ul style="list-style-type: none"> • TARGET COSTING • LIFE-CYCLE COSTING • ANALISI FUNZIONALE • VALUE ENGINEERING/ VALUE ANALYSIS • QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT • STRUMENTI DI GESTIONE DEI COSTI INTERORGANIZZATIVI 	<ul style="list-style-type: none"> • TAVOLE DEI COSTI
STRUMENTI DI MIGLIORAMENTO DEI COSTI	<ul style="list-style-type: none"> • BPR • JUST-IN-TIME • ABC/ABM 	<ul style="list-style-type: none"> • KAIZEN COSTING • BENCHMARKING

Fonte: Bergamaschi et al. (2011)

strumento in grado di supportare un'efficiente ed efficace riprogettazione delle attività in contesti di forte stress economico.

Sulla base dell'utilizzo di driver strutturali o analitici e dell'utilizzo di logiche di pianificazioni dei costi o di miglioramento degli stessi, una possibile classificazione degli strumenti di *cost management* (Bergamaschi *et al.*, 2011) attivabili dalle aziende è quella proposta in Tabella 17.2.

Si deve, peraltro, prendere atto di un'altra evidenza fornita dalla ricerca accademica: in molti casi l'adozione o l'implementazione di strumenti di controllo innovativi, quali quelli appena citati, non ha superato la fase embrionale di sperimentazione (Shank, 2006). Lo sviluppo di nuove tecniche e di nuove metodologie, sebbene efficace, non appare, di per sé, il principale elemento per risolvere i problemi di efficacia dei sistemi di controllo.

Al di là dell'innovatività delle tecniche di determinazione dei costi, i fattori di successo alla base dell'innovazione nel cambiamento dei sistemi di controllo vanno cercati in due altri approcci di studio e di ricerca: l'approccio *contingency* e l'approccio *institutional*. Il primo evidenzia la natura adattiva dei sistemi di controllo, segnalando come il loro cambiamento può essere perseguito attraverso la coerenza tra caratteristiche del sistema, variabili di contesto e variabili ambientali (Maciariello e Kirby, 1994). Gli elementi di natura prettamente tecnica devono, secondo tale approccio, essere adeguatamente integrati con altri fattori, quali, per esempio: il coinvolgimento delle altre funzioni aziendali, il supporto fornito dall'alta direzione, il *commitment* verso i risultati e adeguati programmi di formazione (Cooper e Kaplan, 1991; Shields, 1995). Con riguardo alle variabili ambientali, molte ricerche hanno evidenziato relazioni positive tra elementi quali intensità della pressione competitiva, incertezza ambientale, eterogeneità della domanda e successi nell'implementazione di innovazioni nei sistemi di controllo

(Andersson, 1995; Gosselin, 1997). Infine, anche le variabili individuali hanno un impatto nell'influenzare l'innovazione dei sistemi di controllo. Fattori quali la propensione individuale al cambiamento, la formazione, l'età, l'anzianità nella funzione risultano elementi di rilievo per favorire il cambiamento (Anderson e Young, 1999).

L'approccio *institutional* focalizza la propria attenzione, da un lato, sulle relazioni tra dinamiche organizzative interne alle organizzazioni, variabili istituzionali e variabili sociali di tipo strutturale (Scapens, 1994; Burns, 2000), e dall'altro, sui fenomeni di isomorfismo caratterizzanti le organizzazioni appartenenti ad un medesimo settore (Kasurinen, 2002; Sulaiman e Mitchell, 2005). Secondo l'approccio istituzionale, i processi di cambiamento sono influenzati dalla tendenza delle organizzazioni a evolvere assumendo caratteristiche simili³. Secondo tali studi, i cambiamenti implementati dalle aziende non risponderebbero sempre a criteri di miglioramento delle performance e di efficienza, che caratterizzerebbero solo le esperienze degli *early adopters* di tecniche, metodologie e logiche organizzative innovative⁴.

17.3 Obiettivi e metodo della ricerca

Alla luce di quanto sopra, la presente ricerca si pone l'obiettivo di indagare come le aziende sanitarie possano utilizzare strumenti e logiche di CM al fine di riprogettare le attività svolte, a favore di una maggiore efficienza ed efficacia.

Nello specifico, si cercherà di dare risposta ai seguenti quesiti:

1. perché vengono sviluppate iniziative di governo strategico dei costi nelle aziende sanitarie? La risposta presuppone una riflessione sui vantaggi organizzativi ed economici che si intendono perseguire attraverso l'iniziativa di innovazione avviata e le problematiche alle quali si cerca di dare risposta;
2. come vengono selezionati i *driver* attorno ai quali è possibile orientare iniziative di governo dei costi? La risposta richiede di esplicitare le determinanti

³ Vengono individuate tre modalità che consentono alle organizzazioni di perseguire l'isomorfismo: coercitivo, mimetico e normativo. L'isomorfismo coercitivo è determinato dalle pressioni esercitate sulle organizzazioni dalle istituzioni cui fanno riferimento il tipico esempio è rappresentato dalle legislazioni emanate dalla Pubblica Amministrazione. L'isomorfismo mimetico è determinato dalla propensione delle organizzazioni ad adottare soluzioni già sperimentate e di provata efficacia. L'isomorfismo normativo è determinato, infine, dalle pressioni esercitate sulle organizzazioni da organismi di rappresentanza o da categorie professionali che definiscono best ways, protocolli di azione o linee guida di intervento ritenute più efficaci. L'isomorfismo normativo è influenzato dai network professionali e dalla formazione universitaria.

⁴ *New practices can become infused with value beyond the technical requirements of the task at end. As an innovation spreads a threshold is reached beyond which adoption provides legitimacy rather than improve performance* (Di Maggio e Powell 1983, p.148).

dei costi che sono state considerate cruciali e che divengono, pertanto, oggetto di intervento;

3. come vengono sviluppate le iniziative di governo strategico dei costi nelle aziende sanitarie? La risposta implica una riflessione sulle modalità di gestione del cambiamento a seguito dell'implementazione dell'innovazione descritta, sulle ricadute organizzative e sui risultati effettivamente conseguiti.

Alla luce delle riflessioni emerse nei paragrafi precedenti e al fine di dare risposta alle *research question*, il protocollo si focalizzerà su un gruppo specifico di aziende, selezionate nell'ambito del «Network dei Controller delle Aziende Sanitarie»⁵ nel biennio 2012-2013. Tutte le iniziative presentate sono state avviate dal 2011 in poi, come risposta alle crescenti pressioni di natura economica.

Dal momento che il presente contributo è riconducibile al filone delle *process theories* (Mohr, 1982), ovvero degli studi che si pongono l'obiettivo di descrivere i processi di cambiamento organizzativo in termini di sequenza di eventi che concorrono alla determinazione di un output (il cambiamento), si è scelto di ricorrere all'analisi longitudinale di multiple *case studies*. Nell'ambito degli studi di cam-

Tabella 17.3 **Le aziende analizzate**

Denominazione	Tipologia	Regione	Valore della produzione (in migliaia)	Altri dati
ASL della Provincia di Lodi	ASL	Lombardia	€ 340.958	229.401 residenti 0 PL a gestione diretta
AO "Carlo Poma" di Mantova	AO	Lombardia	€ 347.114	778 PL ordinari
APSS Trento	ASL	Provincia Autonoma di Trento	€ 1.257.412	530.308 residenti 1.600 PL a gestione diretta
Azienda ULSS Dolo Mirano	ASL	Veneto	€ 456.820	268.564 residenti 605 PL ordinari a gestione diretta
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste	AOU	Friuli Venezia Giulia	€ 271.035	730 PL ordinari
Azienda USL di Piacenza	ASL	Emilia Romagna	€ 603.366	287.956 residenti 755 PL ordinari a gestione diretta
Ospedale Pediatrico «Bambin Gesù»	IRCCS	Lazio	€ 260.042	607 PL ordinari
Azienda Ospedaliera Consorziale «Policlinico» di Bari	AOU	Puglia	€ 470.864	1.305 PL ordinari

⁵ Il Network dei Controller delle Aziende Sanitarie è una *community* formata da Controller, Direttori Amministrativi, Responsabili della Pianificazione e dell'Area Economico-Finanziaria delle aziende sanitarie italiane che si incontrano nell'arco dell'anno per discutere dei temi più rilevanti in termini di pianificazione, programmazione, controllo e finanza. La *community* è stata istituita dall'Area Public Management & Policy della SDA Bocconi School of Management.

biamento organizzativo, esiste, infatti, ampio consenso sul fatto che l'approccio di tipo *processual* e *contextualist*⁶ (proposto da Pettigrew, 1990) può contribuire in maniera efficace a comprendere le dinamiche dei processi di cambiamento. Tale affermazione è, peraltro, coerente con il parere di autorevoli esponenti della teoria istituzionalista che hanno studiato il tema dell'introduzione di sistemi di CM a livello aziendale (Burns e Scapens, 2000; Johansson e Siverbo, 2009; Scapens e Jazayeri, 2003). La predilezione per l'utilizzo della metodologia dello studio di casi è, inoltre, confortata dalle indicazioni contenute nei più significativi contributi in tema di case *study research*: infatti, sia Yin (1994) sia Eisenhardt (1989, 2007) mettono in evidenza come tale metodologia sia particolarmente appropriata per lavori di ricerca che si pongono come obiettivo quello di rispondere a domande di tipo *how* e *why*, come quella esplicitata nel presente contributo.

Nello specifico, si cercherà di dare risposta alla domanda di ricerca attraverso un approccio di tipo *embedded*⁷ (Yin, 1994), applicato a casi aziendali. I casi selezionati soddisferanno il criterio della «intensità» (Fattore, 2005), in quanto caratterizzato da rilevanti cambiamenti nel quadro istituzionale di riferimento e nelle dinamiche organizzative interne, nonché dall'avvio di significativi processi di innovazione nei sistemi di CM.

Il *framework* di analisi adottato e la formulazione dei quesiti di ricerca ha richiesto l'attivazione di una pluralità di metodi di raccolta del materiale: interviste con i *controller* e i soggetti aziendali coinvolti dall'iniziativa di innovazione; analisi di documenti aziendali (piani strategici, piani operativi, report).

17.4 Analisi dei casi

17.4.1 I vantaggi ricercati

L'ASL di Lodi, nel 2012, ha innovato il sistema di programmazione e controllo, per predisporre e implementare strumenti a supporto dei Medici di Medicina Generale (MMG). L'obiettivo è stato fornire ai MMG utili informazioni sia economiche (consumo e costi di prestazioni specialistiche) sia cliniche (grado di *compliance* alla terapia) per la loro attività di gestione dei pazienti cronici affetti da diabete. L'innovazione del sistema di programmazione e controllo, che si innesta sulla logica della «gestione dei costi interorganizzativi»⁸ (Tabella 17.2),

⁶ Secondo il *contextualist approach*, il processo di cambiamento organizzativo è situato (pertanto analizzabile) all'interno di uno specifico contesto. Nello specifico, il risultato finale del cambiamento è dato dall'interazione tra 3 elementi: attori «strategici», contesto e contenuto del cambiamento.

⁷ L'approccio *embedded* prevede di osservare ogni unità di analisi secondo molteplici prospettive integrate.

⁸ Il termine «gestione dei costi interorganizzativi» viene utilizzato per indicare quegli strumenti che perseguono l'obiettivo di identificare le soluzioni meno costose, derivanti dalla collaborazione tra

ha, però, perseguito anche finalità di più ampio respiro. Infatti, oltre a fornire ai MMG spunti di riflessione in merito al decorso della patologia e all'andamento dei costi di sistema in relazione al grado di adesione al piano diagnostico-terapeutico, ha inteso favorire una transizione dalla «medicina d'attesa» (basata sulla risposta clinica a esigenze manifeste dei pazienti e a un governo passivo delle condizioni cliniche di cronicità) alla «sanità d'iniziativa» (basata su una gestione fortemente proattiva del paziente cronico lungo tutto il ciclo di vita della patologia). La gestione proattiva delle condizioni di cronicità consente poi di formulare analisi predittive in merito ai bisogni dei pazienti e alla tipologia di offerta da garantire loro, in relazione a molteplici elementi del processo decisionale dei MMG, quali, tra gli altri: lo stato di salute del paziente e la qualità della vita; il profilo di rischio del paziente e gli scenari di costo. A livello aziendale, il sistema è, infine, stato pensato per strutturare adeguatamente la rete d'offerta e per formulare attendibili analisi predittive sull'andamento dei costi integrati del sistema di offerta delle prestazioni per i pazienti diabetici.

Profondamente differente il focus dell'Azienda Ospedaliera di Mantova, che ha avviato un'analisi tesa alla riorganizzazione del *lay-out* delle degenze mediche nel Presidio Ospedaliero di Mantova, allo scopo di riequilibrare la dotazione di posti letto delle specialità/reparti di degenza rispetto ai bisogni di salute. I risultati delle analisi sopra accennate hanno mostrato una scarsa correlazione tra domanda e offerta nelle degenze di area medica. Sono stati rilevati, infatti, frequenti disallineamenti tra le criticità di copertura dei bisogni di salute espressi dalle patologie ricoverate/trattate e i posti letto di ricovero ordinario assegnati ad ogni specialità/ reparto (*lay-out* dei posti letto). Inoltre, è emersa la mancanza di una gestione centralizzata: la ricerca del posto letto avviene da parte del Medico di Pronto Soccorso. Ulteriori criticità da gestire fanno riferimento all'inappropriatezza organizzativa del luogo di cura; all'inadeguata gestione di flussi pazienti e alla carenza di posti letto (che provocano scarsa efficienza nella gestione delle urgenze/emergenze e nell'accettazione dei ricoveri programmati) e allungamento delle degenze medie (il passaggio del paziente dal primo reparto di assegnazione al reparto di competenza potrebbe determinare un aumento della degenza media). Il progetto è inquadrabile nell'ambito delle iniziative di *quality function deployment*⁹ (Tabella 17.2).

un'azienda, i suoi fornitori e i suoi utenti, rispetto all'alternativa che ciascun attore gestisca in maniera indipendente il livello dei propri costi.

⁹ Il *quality function deployment* è un sistema per introdurre nell'azienda i requisiti di base di un prodotto/servizio richiesto dal cliente. In altri termini significa che prima bisogna conoscere le caratteristiche e/o attributi di qualità di un prodotto/servizio per come richiesto, poi si devono svilupparne le relative funzioni a tutti i livelli organizzativi. Ciò consente di ridurre i costi perché si eliminano tutte le risorse assorbite da attività non a valore aggiunto.

Nel caso dell'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari (APSS) di Trento, le finalità, anche di ordine strategico, perseguite riguardano le sale operatorie, ovvero una risorsa di capacità produttiva altrettanto rilevante quanto il posto letto. L'innovazione si è posta l'obiettivo di aumentare la potenzialità operatoria dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, liberandolo da interventi a bassa complessità o in regime di day surgery, che devono essere riposizionati in un altro presidio ospedaliero dislocato sul territorio provinciale. I risultati attesi dal progetto riguardano sia l'incremento della capacità di offerta, sia la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni afferenti alle Unità Operative di: Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia, Oculistica, Dermatologia e Urologia. Sotto il profilo economico, i risultati attesi mirano invece all'incremento della valorizzazione delle prestazioni, ma, soprattutto, alla riduzione della mobilità passiva nelle specialità interessate. In questo caso, in termini di strumento di *cost management*, il progetto si configura come iniziativa di *business process reengineering*¹⁰ (Tabella 17.2).

Il caso dell'Azienda ULSS 13 di Dolo Mirano si focalizza ancora una volta sui posti letto. È stata condotta un'analisi economica per la costituzione di 40 posti letto di ospedale di Comunità. Il sistema di programmazione e controllo di gestione è, in questo caso, a supporto di un'ipotesi di riconversione strategico-funzionale di un preesistente presidio ospedaliero, del quale l'Azienda ULSS N. 13 del Veneto, in base alla programmazione regionale prevista dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, dovrà rivedere la dotazione di posti letto ospedalieri e prevedere l'attivazione di 40 posti letto di Ospedale di Comunità (OdC). L'Ospedale di Comunità¹¹ è una struttura atta a garantire le «cure intermedie», ossia le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico e che non richiedono assistenza ospedaliera, ma, al tempo stesso, sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e/o hanno problemi di salute tali da risolversi in un periodo limitato di tempo (4-6 settimane). L'organizzazione dell'OdC prevede la gestione del paziente da parte dei medici di medicina generale e di medici dipendenti (in caso di riconversione ospedaliera): l'OdC è finanziato sulla base di apposite tariffe e si caratterizza per un'organizzazione infermieristica *case oriented* e garantita H24. Il caso si configura, pertanto, come iniziativa di *value analysis*,¹²

¹⁰ Il *business process reengineering* è l'insieme di attività necessarie per definire, ottimizzare, monitorare e integrare i processi aziendali, al fine di creare un processo orientato a rendere efficiente ed efficace l'attività dell'azienda.

¹¹ I pazienti candidabili all'OdC sono pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Dal punto di vista funzionale si tratta di pazienti che hanno subito la perdita di alcune funzioni e per i quali possono esistere diverse alternative traiettorie prognostiche.

¹² Strumentali all'analisi delle caratteristiche che la prestazione dovrà avere per soddisfare le esigenze dei pazienti da un lato e gli obiettivi economico-finanziari dall'altro, sono strumenti come il *value engineering* e la *value analysis*: essi rappresentano lo sforzo organizzativo volto a implemen-

(Tabella 17.2) avendo l'obiettivo di allineare il *setting* assistenziale al bisogno effettivo, eliminando attività inappropriate o non a valore aggiunto.

Nel caso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti» di Trieste l'intervento di innovazione ha avuto come focus privilegiato l'attività di Medicina di Laboratorio. Nel triennio 2009-2011, l'attività laboratoristica aziendale è stata caratterizzata da un radicale rinnovamento tecnologico conseguente alla scadenza di molteplici e ormai storici contratti di fornitura e *service*, alcuni dei quali attivi da più di cinque anni. Il rinnovamento è avvenuto progressivamente e ha comportato notevoli cambiamenti in tutti i settori:

- ▶ variazione dei prezzi di fornitura dei reagenti, in alcuni casi inevitabilmente più alti dei precedenti;
- ▶ installazione/interfacciamento di nuove attrezzature e adozione di nuovi strumenti per la richiesta di prestazioni da parte delle strutture;
- ▶ adozione di nuove procedure operative interne ai laboratori.

In tale contesto, i risultati dei monitoraggi economici nel triennio in argomento hanno evidenziato un progressivo ampliamento della forbice tra i numeri indice del valore della produzione e dei costi per prodotti diagnostici, parallelo peraltro, all'avvio dei nuovi contratti. A partire dal II quadrimestre 2011, l'andamento dei costi ha presentato un'ulteriore e rilevante crescita della forbice dell'ordine dei 19 punti percentuali e ciò, sostanzialmente, in corrispondenza della conclusione della messa in opera delle attrezzature. A tal fine, è stato necessario procedere ad analisi degli scostamenti e alla condivisione con il personale medico degli appropriati comportamenti prescrittivi, secondo i principi propri del *kaizen costing*¹³ (Tabella 17.2).

Nello stesso *stream* metodologico adottato dall'ASL di Lodi (gestione dei costi interorganizzativi, Tabella 17.2) si innesta l'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Piacenza, che è connessa all'esigenza di mantenere un elevato grado di coerenza intrinseca del processo di Budget dei MMG, di perseguire in maniera più efficace gli obiettivi di governo della spesa farmaceutica territoriale e, soprattutto, di sviluppare efficaci modalità di integrazione degli obiettivi definiti per i MMG e di quelli assegnati agli specialisti ospedalieri. L'effettivo coinvolgimento dei MMG e un continuo e costante rinforzo della tensione verso l'appro-

tare l'analisi funzionale, con l'obiettivo di sviluppare le funzioni a valore per il cliente, al minor costo possibile, senza nuocere alla performance, all'affidabilità e alla qualità del prodotto stesso.

¹³ La logica giapponese del *kaizen costing* si fonda sulla creazione di team interfunzionali in cui tutti i soggetti coinvolti, appartenenti a differenti livelli gerarchici, sono chiamati ad essere promotori di innovazione diretta all'incremento dell'efficienza, della qualità, della capacità di rispondere alle esigenze del cliente interno o esterno.

priatezza prescrittiva nell'ambito dei vincoli di budget complessivi, uniti alla necessità di migliorare costantemente la comunicazione economica con i MMG, rappresentano le principali finalità alla base del progetto di innovazione incrementale del sistema di controllo analizzato.

Un focus decisamente più specifico è quello definito dal progetto di innovazione avviato dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che si è focalizzato sull'adeguatezza del sistema tariffario e sulla congruità della remunerazione associata a specifiche prestazioni. La riflessione in atto coinvolge in modo particolare l'area della pediatria e della neonatologia, in cui le tariffe DRG risultano fortemente sottostimate¹⁴. Nello specifico l'azienda ha scelto di analizzare il percorso del trapianto di fegato in paziente pediatrica per due ordini di motivazioni:

- ▶ la necessità di analizzare un DRG ad elevata complessità;
- ▶ l'esistenza di un percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale (PDTA) che la Direzione Sanitaria aveva recentemente ben delineato in tutte le sue fasi e attività.

Il percorso di massima è stato elaborato secondo la logica dei diagrammi di flusso e ha come riferimento le «Linee Guida per il Trapianto di Fegato» e il «Percorso del Paziente Candidato e/o sottoposto al Trapianto di Fegato» approvato ed emesso dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù il 17 novembre 2008. Nello specifico, l'azienda ha scelto di ricorrere alle logiche dell'*Activity-Based Costing*¹⁵ (Tabella 17.2),

Infine, il caso dell'Azienda Ospedaliera Consorziata «Policlinico» di Bari si presenta come iniziativa finalizzata a una più accurata determinazione dei costi per la funzione di emergenza-urgenza. Allo stato attuale, il modello organizzativo del sistema dell'Emergenza sanitaria presso il Policlinico risulta articolato come segue:

- ▶ un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale «118», in collegamento con le Centrali Operative alle quali fanno capo tutte le richieste telefoniche di urgenza ed emergenza. La Centrale

¹⁴ I risultati di una ricerca condotta da Federsanità – ANCI e NISan negli anni 2008-2009 in otto Regioni, sull'attività di ricovero di 841 reparti di 19 presidi ospedalieri, evidenziano la presenza di DRG sottostimati e di DRG con tariffa superiore rispetto ai costi reali. La Pediatria è tra le discipline con DRG sottostimati (-92%).

¹⁵ L'*activity-based costing* rappresenta un'evoluzione dei tradizionali sistemi di analisi e attribuzione delle risorse, privilegiando la dimensione orizzontale e ponendo l'attenzione sui processi input-output realizzati all'interno dell'azienda. L'obiettivo è quello di misurare il valore delle risorse assorbite dalle attività per eliminare o riorientare le attività non a valore aggiunto

- Operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento e attiva la risposta ospedaliera 24 ore su 24;
- ▶ un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio (dalle ambulanze di soccorso e di trasporto alle eliambulanze);
 - ▶ una rete di servizi e presidi, rappresentata da Pronto Soccorso Ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono la stabilizzazione del paziente. Nello specifico, presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari è presente un Dipartimento di Emergenza-Urgenza Accettazione (DEA) di II livello¹⁶.

La parcellizzazione delle attività di emergenza sanitaria rende difficile pervenire a una conoscenza accurata delle risorse assorbite. A tal fine, l'azienda ha inteso combinare una metodologia di rilevazione dei costi che combini le informazioni derivanti dall'approccio tradizionale (Contabilità Analitica per Centri di Costo a Matrice Organizzativa), attualmente in uso presso il Policlinico, alle informazioni rilevabili attraverso indagini sull'attività erogata (Contabilità Analitica di Prodotto) attivata attraverso rilevazioni *ad hoc* (tavole dei costi¹⁷, Tabella 17.2) distribuite su un arco temporale annuale.

17.4.2 I driver presidiati

L'esperienza di Lodi si è focalizzata sul monitoraggio dei costi e del grado di adesione dei pazienti diabetici al relativo PDTA. Con riferimento ai pazienti selezionati si sono analizzati i consumi medi per fascia di adesione al PDTA (considerando solamente i consumi specifici connessi alla decorrenza della patologia) inerenti a: ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica e protesica. Dal momento che tutte le risorse in questione sono fuori dal controllo dell'ASL, che in questo caso svolge la funzione di programmazione, acquisto e controllo, il principale driver presidiato è di natura *executional* e riguarda il legame tra il cliente (l'ASL di Lodi) e i fornitori (strutture ospedaliere, specialisti ambulatoriali e MMG). Chiaramente, attraverso l'analisi della *compliance* dell'aderenza al percorso, l'azienda agisce indirettamente anche sul *driver* della gestione della qualità. Nondimeno l'intervento consente di agire sul driver della complessità delle linee produttive.

¹⁶ In quanto tale, assicura le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale

¹⁷ Le tavole dei costi rappresentano database multidimensionali nei quali sono contenute numerose e dettagliate informazioni sui principali driver dei costi connessi alle funzioni o ai componenti di un prodotto/servizio.

L'Azienda Ospedaliera di Mantova ha avviato un'intensa attività di analisi che ha richiesto la gestione di diversi passaggi metodologici:

- ▶ rilevazione del numero di posti letto attivi per ogni reparto e rilevazione di indicatori quali saturazione, degenza media, indice di rotazione;
- ▶ rilevazione produzione ricoveri proveniente da Pronto Soccorso;
- ▶ analisi del percorso del paziente;
- ▶ rilevazione delle principali diagnosi trattate nelle varie UU.OO, allo scopo di rilevare quali reparti trattano le stesse patologie;
- ▶ rilevazione dei principali DRG trattati nell'area medica considerata.

L'iniziativa ha consentito la definizione del fabbisogno di posti letto/die in funzione delle giornate di degenza e della tipologia di ricovero (urgente o in elezione) e ha stabilito l'opportunità di procedere ad adottare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali codificati e condivisi, al fine di ridurre la variabilità nel trattamento di pazienti che presentano il medesimo profilo di bisogno. Stanti i due esiti primari, il progetto ha agito sul *driver* dell'efficienza del *layout* degli impianti e su quello della gestione della qualità.

Nel caso dell'APSS di Trento il processo di programmazione e controllo è a supporto della ricostruzione e del *re-engineering* dei processi assistenziali inerenti i pazienti afferenti alla patologie interessate al progetto di innovazione organizzativa in tutte le loro fasi:

- ▶ la valutazione preoperatoria alla programmazione delle sale operatorie secondo criteri e logiche di priorità clinica e organizzativa;
- ▶ la possibile revisione della programmazione delle sale;
- ▶ la gestione dei flussi informativi inerenti i pazienti;
- ▶ la gestione e dell'eventuale ricovero;
- ▶ la gestione infine dell'assistenza post ricovero;
- ▶ l'integrazione con i servizi sanitari territoriali.

L'iniziativa ha un chiaro respiro strategico e si focalizza sul *driver* della complessità delle linee produttive. L'impatto economico prodotto dall'iniziativa è stato valutato sulla base di un'analisi dei costi e dei ricavi differenziali associati all'ipotesi di cambiamento strutturale. I costi differenziali sono stati individuati prevalentemente nell'ambito dei costi operativi delle strutture coinvolte, essendo riferiti a personale e consumi di beni sanitari, oltre che agli investimenti in attrezzature sanitarie, arredi e strumentario chirurgico. L'analisi ha evidenziato anche una significativa variazione in voci di costo indirette relativamente ai servizi appaltati e alle manutenzioni delle attrezzature sanitarie, evidenziando la necessità di presidiare congiuntamente anche il *driver* dell'efficienza del *layout* degli impianti.

Per quanto concerne il caso dell'Azienda ULSS 13 di Dolo Mirano, l'analisi economica effettuata si è concentrata sulla valutazione dei cambiamenti strutturali nei costi di gestione e organizzazione connessi con l'attivazione di 40 posti letto di OdC quale risultato della riconversione strutturale di un pre-esistente presidio ospedaliero situato in uno dei comuni del territorio dell'azienda stessa. Le ipotesi di partenza da cui si è mossa l'analisi economica sono state: la riconversione del personale dipendente già in servizio per quanto riguarda il comparto e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale supportati nei periodi non coperti dal Medico di Continuità Assistenziale. Si tratta, quindi, di valutare le implicazioni connesse alla riconversione della capacità produttiva esistente e al miglioramento dell'efficienza nella gestione dei costi fissi di struttura. L'analisi, dopo l'individuazione della domanda potenziale basata sull'individuazione delle classi di pazienti eleggibili per l'OdC, è stata articolata nelle seguenti fasi metodologiche: analisi delle risorse attualmente assorbite dai pazienti potenziali attualmente trattati in regime di ricovero ordinario; analisi dell'assorbimento atteso di risorse nell'ipotesi di OdC; confronto tra le due ipotesi secondo la tecnica dei costi differenziali (individuati prevalentemente nel costo del personale); determinazione del costo medio standard ponderato per giornata di degenza associata alla due distinte ipotesi. L'analisi svolta ha portato a evidenziare la convenienza economica dell'ospedale di comunità laddove le stime di domanda effettuate fossero effettivamente confermate. Come nel caso del APSS Trento, l'innovazione ha inteso governare i *driver* della complessità delle linee produttive e dell'efficienza del *layout* degli impianti.

Nel gestire le problematiche relative all'incremento dei costi delle prestazioni di laboratorio, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti» di Trieste ha avviato un'approfondita analisi degli scostamenti per mettere in relazione gli esiti economici delle gare con i trend delle singole analisi, individuando così il set di esami che maggiormente hanno contribuito al fenomeno. I primi risultati dell'analisi hanno permesso di prefigurare le prime azioni di rientro, che hanno comportato un'immediata revisione dei processi interni al Laboratorio, attraverso i seguenti *step*:

- ▶ riorganizzazione interna (ottimizzazione dei reattivi a «bordo degli strumenti» e conseguente contenimento dei dosaggi dei Controlli di Qualità Interni sulla catena produttiva – *lean principles*)
- ▶ condivisione con i clinici ed applicazione algoritmi sequenziali di gestione della richiesta (PCRHS, TSH reflex, PSA reflex).

Nello specifico, la prima azione affronta la sequenza e organizzazione della linea di produzione, cercando di attuare economie di scala a fronte di una rivisitazione dei processi tendente a eliminare le inefficienze (filosofia *lean*), mentre la

seconda prevede la condivisione con i clinici e agisce a valle della domanda di prestazioni attraverso algoritmi sequenziali che prevedono l'esecuzione condizionata di alcuni accertamenti di laboratorio al registrarsi di determinati esiti. Le due azioni presidiano ciascuna un *driver* preciso: la prima quello della configurazione di prodotto (ridefinendo, di fatto, il mix dei reagenti sulla catena) e la seconda il *commitment* della forza lavoro (puntando sul costante coinvolgimento dei prescrittori interni). Il combinato disposto dei due driver agisce, peraltro, anche sul legame cliente-fornitore, nel momento in cui si considerano i prescrittori interni come «clienti» della Medicina di Laboratorio.

L'USL di Piacenza ha focalizzato la propria attenzione su specifici elementi inerenti la *governance* della Medicina di Base e il contenimento della spesa farmaceutica. In particolare, l'innovazione ha interessato la revisione degli indicatori per monitorare il livello di spesa farmaceutica pro capite (pesata per assistito) e degli indicatori per individuare gli appropriati obiettivi per i Nuclei di Cure Primarie (NCP), nonché sul monitoraggio continuo ed attento di specifiche categorie di consumo di farmaci (antibiotici, antidepressivi e inibitori di pompa). A tali azioni di ricerca del miglioramento nei processi di utilizzo delle risorse l'azienda ha, però, anche affiancato l'innovazione in strumenti e logiche che facilitano il monitoraggio e il governo delle interdipendenze organizzative alla base dei costi. A tal fine, sono da segnalare le azioni relative a incentivare il ricorso a farmaci generici e genericati e quelle relative al governo dei comportamenti prescrittivi inerenti specifiche categorie farmacologiche. L'azienda si è, infine, particolarmente orientata alla ridefinizione delle modalità operative per collegare i diversi ambiti di responsabilità e i diversi contributi all'appropriatezza prescrittiva e al governo della spesa farmaceutica. In tal senso, si è proceduto all'analisi dei processi e a individuare il ruolo dei diversi soggetti (MMG, Specialisti Ospedalieri, Commissione di Appropriatezza), per modificare gli indicatori di budget associabili a ognuno di essi, in modo da consentire un governo integrato tra ospedale e territorio del consumo di farmaci. Come nel caso dell'ASL di Lodi, i *driver* presidiati appaiono quelli del legame cliente-fornitore, della gestione della qualità e della complessità delle linee produttive.

Stanti le finalità di mappatura e valorizzazione del costo delle attività, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha costruito e valorizzato, sulla base del percorso elaborato, sei matrici, una per ogni episodio clinico-assistenziale del paziente:

- ▶ matrice 1: pre-trapianto;
- ▶ matrice 2: allarme e chiamata per il trapianto;
- ▶ matrice 3: trapianto;
- ▶ matrice 4: assistenza in area intensiva;
- ▶ matrice 5: assistenza in degenza;
- ▶ matrice 6: *follow-up*.

Stante l'obiettivo definito di misurare il valore delle risorse assorbite dalle attività per eliminare o riorientare le attività non a valore aggiunto, l'iniziativa ha agito sul *driver* della configurazione di prodotto e, in termini prospettici, anche sulla gestione della qualità.

Il progetto dell'Azienda Consorziale Policlinico di Bari ha codificato le diverse aree aziendali preposte e/o interessate alla gestione della funzione di emergenza sanitaria in funzione del grado di completezza delle informazioni codificate dal sistema informativo aziendale. Nello specifico, è emerso quanto segue:

- ▶ la Centrale Operativa 118, il PS centrale e il PS del Giovanni XXIII (stabilimento a vocazione pediatrica dell'Azienda Policlinico) hanno mostrato una piena capacità del sistema informativo aziendale di rilevare le informazioni di costo;
- ▶ rispetto alla Cardiologia d'Urgenza, alla Guardia Ortopedica H24, al pronto soccorso ginecologico, al pronto soccorso oculistico e ai trasporti in emergenza il sistema informativo aziendale risente della non coincidenza tra profilo organizzativo¹⁸ e profilo competitivo. Dal momento che tali aggregati di attività non necessariamente producono prestazioni rappresentabili attraverso prezzi di trasferimento da tariffari consolidati, è stato necessario stimare il costo della capacità produttiva utilizzata.

Pertanto l'iniziativa ha inteso presidiare, nelle aree aziendali con le informazioni correttamente codificate, il *driver* della configurazione di prodotto e, nelle aree aziendali non codificate, quello dell'utilizzo della capacità produttiva.

17.4.3 La gestione del cambiamento e i risultati ottenuti

L'azienda di Lodi ha inquadrato la propria innovazione nell'ambito del più ampio sistema informativo aziendale. Le finalità perseguite sono state concretamente realizzate con l'utilizzo della «Banca Dati Assistito» (BDA), che costituisce lo strumento che integra ed ordina tutti gli eventi sanitari (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, ecc.), che hanno qualificato ogni singolo paziente nel periodo considerato. Si è provveduto a definire e utilizzare specifici algoritmi per assegnare ad ogni assistito una specifica categoria patologica di appartenenza (diabetico, neoplastico, ecc.). Nell'ambito del web aziendale è stata sviluppata un'area dedicata, dove vengono inserite le informazioni ritenute utili per una effettiva presa in carico pro-attiva del paziente cronico. I MMG, acceden-

¹⁸ Il profilo organizzativo ha il fine di modellare il sistema sulla base delle unità operative aziendali che concorrono all'erogazione delle prestazioni finali – Centri di Costo e il profilo competitivo ha il fine di articolare i risultati d'azienda coerentemente con le aree strategiche.

do al sito, possono monitorare l'adesione dei propri pazienti diabetici al PDTA, con riferimento a ogni elemento dello stesso. I MMG possono, eventualmente, procedere a un'ulteriore sensibilizzazione del singolo paziente, laddove quest'ultimo, nel corso del periodo, si sia discostato dal Percorso in maniera significativa.

Il successo dello strumento è da collegarsi al processo utilizzato dall'azienda per individuare i pazienti da inserire nel portale. Si è scelto di coinvolgere i MMG nella definizione dei criteri di individuazione dei pazienti con patologia diabetica¹⁹.

L'inclusione dei MMG ha consentito di ottenere due rilevanti risultati:

- ▶ ha, innanzitutto, stimolato l'attenzione e la curiosità dei MMG verso lo strumento;
- ▶ ha permesso di individuare più di 650 ulteriori casi di diabete non precedentemente identificati consentendo all'ASL di aggiornare il portale MMG attraverso l'inserimento dei dati relativi al monitoraggio del PDTA anche per questi pazienti.

Il progetto dell'Azienda Ospedaliera di Mantova ha consentito di rilevate la necessità di:

- ▶ equilibrare la domanda di ricovero (programmato/urgente) in funzione dei posti letto disponibili;
- ▶ ottimizzare l'accesso tempestivo del paziente al *setting* assistenziale più appropriato;
- ▶ ridurre la cancellazione dei ricoveri per mancanza di posti letto;
- ▶ pianificare l'offerta di posti letto.

Tuttavia, la piena attuazione dei risultati dell'iniziativa è ancora in corso, poiché strumenti operativi in grado di migliorare la capacità di creare disponibilità di posti letto più rapidamente e con un maggior livello di confort e sicurezza per il paziente, attraverso:

- ▶ la definizione di ruoli a supporto;
- ▶ la configurazione dei sistemi informativi a supporto alle operazioni di gestione della dotazione letti;
- ▶ la valutazione della necessità di implementazione di *Discharge Room*;
- ▶ una razionale e appropriata gestione di: prenotazioni CUP, Blocco Operatorio, Ambulatori prima visita e *follow up*, Continuità delle cure.

¹⁹ I pazienti con patologia diabetica devono essere effettivamente in carico ai MMG, rispettare i criteri di inclusione clinica della BDA, non devono essere insulino-dipendenti (questi pazienti sono infatti gestiti direttamente dai centri anti-diabete) e non devono essere affetti da patologie neoplastiche

Con riferimento ai casi dell'APSS di Trento e dell'Azienda ULSS di Dolo – Mirano, il ruolo del sistema di programmazione e controllo è stato quello di definire e valutare le conseguenze e le convenienze economiche inerenti specifiche ipotesi di riconversione strutturale di presidi ospedalieri (Dolo) o di parte di essi (APSS).

Per tale motivazione non è possibile, con riferimento a queste due realtà, sviluppare compiute considerazioni sulla gestione del cambiamento del sistema di programmazione e controllo. In ogni caso, le tematiche inerenti il cambiamento (da intendersi in termini più ampi) sono state considerate nello sviluppare analisi a supporto dei processi decisionali aziendali.

Nel caso dell'APSS, si è, infatti, innanzitutto definito e mappato l'insieme dei cambiamenti necessari per poter implementare il progetto di riorganizzazione dell'attività di *day surgery* attraverso la riconversione funzionale del presidio ospedaliero di Villa Igea per poi procedere, a verificarne la fattibilità in termini di capacità produttiva esistente e potenziale e, in un'ulteriore *step*, per verificare l'assenza di problematiche organizzative rilevanti ai fini dell'implementazione del progetto. Solo a conclusione di tali valutazioni si è proceduto a quantificarne le implicazioni economiche che lasciano intravedere un impatto economico complessivo del progetto moderatamente positivo.

Analoghe considerazioni valgono anche nel caso dell'ASL di Dolo – Mirano, dove la valutazione della fattibilità economica del progetto di attivazione di 40 posti letto in un ospedale di comunità è stata preceduta da una valutazione di fattibilità organizzativa. Quest'ultima si è fondata sulla preventiva analisi del consenso dei professionisti medici (sia ospedalieri, sia territoriali) rispetto alla soluzione oggetto di analisi e sulla definizione di standard assistenziale coerenti sì con le normative e gli indirizzi regionali, ma anche con le indicazioni clinico terapeutiche delle comunità professionali, relativamente alle tipologie di pazienti eleggibili per un'efficace trattamento terapeutico in strutture quali gli ospedali di comunità. La gestione preventiva del consenso professionale è, nel caso dell'ASL di Dolo, da considerare elemento critico per la realizzazione del progetto, al pari delle condizioni più evidenti di tipo strutturale e logistico anch'esse alla base del progetto.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti» di Trieste ha registrato una prima rilevante inversione del trend di crescita dei costi dei reagenti, ma è parso immediatamente evidente che, nei passi successivi, si sarebbe dovuto agire sulla domanda interna attraverso un coinvolgimento dei clinici (cosiddetta fase pre-preanalitica), adottando i criteri della *Evidence Based Laboratory Medicine* (EBLM). Tuttavia, le proiezioni di risparmio, in una fase iniziale, non risultavano sufficienti per un completo rientro dei costi. L'attenzione si è quindi rivolta verso la cosiddetta fase pre-preanalitica, ovvero la fase in cui si genera la domanda di prestazioni. Il problema della crescita della domanda «interna» (cioè relativa ai pazienti ricoverati) di alcune prestazioni, è stato quindi affron-

tato con una metodica di coinvolgimento proattiva degli utilizzatori. L'approccio seguito è metodologicamente affine al *kaizen costing*, uno strumento di *cost management* nato dalla cultura giapponese nell'ambito del *Total Quality Management*, che definisce un sistema volto al miglioramento continuo dei prodotti e dei processi aziendali. Confrontando il periodo «settembre 2011-aprile 2012», prima dell'entrata a regime delle iniziative sopra descritte, con l'analogo periodo «settembre 2012-aprile 2013» corrispondente all'entrata a regime degli effetti delle ottimizzazioni, si rileva nel complesso un risparmio del 22,6%. L'analisi, condotta in un settore strategico e complesso come il Laboratorio, ha consentito di attuare un contenimento dei costi con risultati ben oltre le attese; ciò è stato ottenuto coniugando efficienza, appropriatezza e sicurezza per il paziente. I rilevanti risultati conseguiti, non solo in termini di appropriatezza, ma anche sotto il profilo economico, dimostrano che gli approcci ispirati a logiche di miglioramento continuo della qualità e di governo clinico permettono di conseguire incrementi di efficienza non solo congiunturali ma anche prospettici.

L'azienda USL di Piacenza ha gestito il cambiamento innovando e rivedendo parzialmente la esistente strumentazione tecnica a supporto del proprio sistema di programmazione e controllo. In particolare, il cambiamento si è sviluppato su due fronti connessi: da un lato, agli accordi con i MMG, e, dall'altro, sulla revisione e condivisione degli indicatori di budget adottati con riferimento alla specialistica ospedaliera ed alla Assistenza sanitaria di base.

L'azienda ha rivisto le modalità di definizione degli obiettivi di budget per i MMG secondo alcune precise linee guida, le più significative delle quali sono le seguenti:

- ▶ parametrizzazione degli obiettivi quantitativi inerenti la spesa farmaceutica delle diverse categorie farmacologiche secondo la loro incidenza sulla spesa complessiva;
- ▶ definizione di target associati agli obiettivi congruenti e coerenti con i risultati aziendali e regionali piuttosto che con linee guida condivise a livello scientifico, ma sostanzialmente non perseguite sul territorio regionale;
- ▶ maggiore flessibilità del processo di budget e conseguente maggiore frequenza delle revisioni di budget;
- ▶ integrazione e condivisione degli obiettivi dei medici di base con gli obiettivi di budget degli specialisti ospedalieri;

L'ultima di tali linee guida è, senza ombra di dubbio, la più originale e innovativa, in quanto permette di integrare il budget delle attività sanitarie che si svolgono sul territorio con gli obiettivi delle unità operative di diagnosi e cura, garantendo un'unitarietà di direzione di marcia verso il perseguimento degli obiettivi aziendali di contenimento della spesa farmaceutica complessiva.

Il percorso del trapianto di fegato in età pediatrica, valorizzato con la metodologia dell'Activity-Based Costing, genera per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù un costo complessivo medio di 108.982 euro²⁰ La remunerazione riconosciuta per il DRG 480 – Trapianto di fegato, secondo la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) in vigore per l'anno 2012, è pari a 83.530 euro. L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, in virtù della sua configurazione di IRCCS pediatrico monospécialistico che eroga attività di altissima complessità (trapiantologica, cardiocirurgica, oncologica, ecc.) e in cui è riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione in medicina e chirurgia, beneficia di un incremento per cui la tariffa specifica per il DRG 480 sale a circa 114.000 euro. Dunque, la remunerazione riconosciuta per il percorso del trapianto di fegato effettuato dall'Ospedale Bambino Gesù, allo stato attuale, sembrerebbe congrua rispetto all'assorbimento delle risorse connesso al DRG oggetto di analisi. Attraverso lo studio, l'Ospedale ha ottenuto un ulteriore risultato, ossia la creazione di uno strumento di supporto, adattabile anche ad altri progetti di ricerca, per:

- ▶ verificare l'aderenza dei percorsi allo standard, sia in termini di coerenza con i protocolli clinici di riferimento, sia per la valutazione dell'impatto economico nel caso di introduzione di modifiche nel percorso standard (per esempio, adozione di farmaci diversi, inserimento di ulteriori esami diagnostici, ecc.);
- ▶ conoscere più a fondo i percorsi e i processi assistenziali per razionalizzare, se possibile, la sequenza delle attività svolte e l'impiego di risorse;
- ▶ rilevare in itinere le attività e il correlato assorbimento di risorse, anche se allo stato attuale la raccolta dati si è rivelata piuttosto onerosa.

L'utilità di questo strumento sarà ancora più evidente quando l'Ospedale avrà completato il processo di implementazione della cartella clinica informatizzata, che consentirà una rilevazione più agevole ed immediata degli scostamenti dal percorso standard.

I risultati prodotti dal progetto dell'Azienda Consorziale Policlinico di Bari sono analoghi a quelli generati dal progetto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, anche se meno quantificabili: le attività di Emergenza-Urgenza non prevedono una remunerazione su base tariffaria, bensì rientrano nell'ambito complessivo delle funzioni non tariffate, che includono anche le terapie intensive, la gestione del processo dei trapianti e l'area assistenziale delle patologie rare. Per-

²⁰ Tale valore risulta comprensivo delle spese amministrative imputate in quota parte del 25% dei costi diretti e di un mark-up, stimato nella misura del 10%, a copertura del maggior assorbimento di risorse derivante dai servizi accessori che l'Ospedale rende disponibili ai pazienti pediatrici per ridurre ai minimi termini l'impatto del ricovero sulla loro vita quotidiana (es. scuola elementare, ludoteca, accoglienza per i familiari, ecc.) e dalla qualità dell'assistenza erogata, testimoniata da indicatori di esito superiori alla media nazionale.

Tabella 17.4 **Letture sintetica dei casi analizzati**

Denominazione	Descrizione intervento	Strumento di <i>cost management</i> utilizzato	Driver presidiati
ASL della Provincia di Lodi	Cruscotto integrato per la gestione del diabete	Gestione dei costi interorganizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Legame cliente-fornitore • Qualità
AO "Carlo Poma" di Mantova	Riorganizzazione del <i>layout</i> delle degenze mediche	<i>Quality function deployment</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Layout</i> • Qualità
APSS Trento	Analisi economica: la specializzazione delle chirurgie sui presidi territoriali.	<i>Business process reengineering</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Layout</i>
Azienda ULSS Dolo Mirano	Analisi economica: l'Ospedale di Comunità	<i>Value analysis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • <i>Layout</i>
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste	Razionalizzazione dei costi e delle prestazioni per interni di laboratorio	<i>Kaizen costing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Legame cliente-fornitore • Qualità
Azienda USL di Piacenza	Implementazione del Budget per i MMG	Gestione dei costi interorganizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Legame cliente-fornitore • Qualità
Ospedale Pediatrico «Bambin Gesù»	Analisi dei costi del trapianto di fegato in età pediatrica	<i>Activity-based costing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Qualità
Azienda Ospedaliera Consorziale «Policlinico» di Bari	Calcolo dei costi delle funzioni non tariffate	Tavole dei costi	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Utilizzo della capacità produttiva

tanto, riflessioni più complete saranno possibili solo quando l'azienda avrà completato il percorso (tuttora in atto) di definizione dei costi delle altre aree incluse nel novero delle funzioni non tariffate. In termini di razionalizzazione delle attività, l'analisi ha consentito di avviare un processo di ridefinizione dei percorsi dei pazienti in emergenza poiché è emerso come, soprattutto in area medica, neurologica e psichiatrica, il PS del Policlinico Centrale induce un numero rilevante di ricoveri e determina un conto economico di reparto pesantemente deficitario. Analogamente ciò avviene in area chirurgica, medica, infettivologica e neurologica a causa delle attività svolte dal PS del Giovanni XXIII.

Una sintesi delle principali evidenze nei casi trattati è contenuta nella Tabella 17.4

17.5 Discussioni e conclusioni

I cambiamenti che hanno interessato il settore sanitario negli ultimi anni hanno imposto alle aziende sanitarie l'esigenza di sviluppare prassi cliniche di qualità

sempre più elevata e, contestualmente, di conseguire un soddisfacente equilibrio economico-finanziario.

In questo senso, i sistemi di CM rivestono un ruolo fondamentale e la maggior parte delle aziende si sono confrontate con la sfida di un efficiente utilizzo delle risorse. L'analisi dei casi ha fatto emergere come l'efficienza possa essere perseguita partendo da obiettivi profondamente differenti:

- ▶ riconnettere e integrare attività che travalicano i confini aziendali, come è avvenuto nei casi dell'ASL di Lodi e dell'Azienda USL di Piacenza, o quelli delle singole articolazioni organizzative, come nel caso dell'AO di Trieste;
- ▶ sfruttare pienamente le risorse di capacità, come possono essere i PL o le sale operatorie, specializzando i *setting* assistenziali, come sintetizzato nei casi dell'AO di Mantova, dell'APSS di Trento e dell'ULSS di Dolo Mirano;
- ▶ misurare le attività e gli impatti delle attività per valutarne la congruenza economica e ripensarne le caratteristiche, come nel caso dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù e del Policlinico di Bari.

A parità di obiettivo, le aziende possono utilizzare strumenti diversi e agire su *driver* diversi. Inoltre, è riduttivo impostare iniziative di finalizzate a isolare l'azione di un singolo *driver*: ogni iniziativa agisce su una pluralità di determinanti dei costi e appare evidente come quello tra costo e qualità sia solo un falso *trade off*.

In alcuni casi, si delinea chiaramente come l'evoluzione del sistema di controllo sia coerente con il cambiamento nelle complessive logiche di management. Questo appare particolarmente evidente nell'ASL di Lodi, dove risulta chiaro il passaggio dalla gestione per articolazioni organizzative alla gestione integrata basata sui percorsi, ma anche nel caso dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù e del Policlinico di Bari, che intendono rileggere secondo un'ottica unitaria le attività finalizzate a supportare processi complessi. Il passaggio dalle aree organizzative ai processi (in questo caso, riletto in termini di intensità di risorse di capacità assorbite) è evidente anche nei casi dell'APSS di Trento e dell'ULSS di Dolo Mirano: in tali contesti, questo focus assume una prospettiva di pianificazione strategica. E all'efficienza nell'utilizzo delle risorse puntano chiaramente i casi dell'AO di Mantova (focus sui PL), dell'AO di Trieste (focus sulla Medicina di Laboratorio). L'evoluzione dei sistemi di controllo è, in tal caso da intendersi coerente con visioni e approcci emergenti di management sanitario orientati, in logica proattiva, a governare anticipatamente le cause cliniche alla base dei costi e dei livelli di spesa, piuttosto che a gestire successivamente i costi connessi all'erogazione delle prestazioni di base e specialistiche. Il caso di Lodi bene evidenzia quanto detto, ponendo, peraltro, una forte enfasi sulla misurazione e sulla valutazione di misure non monetarie di natura clinica. Tali misure sono coerenti con le logiche alla base della *Value Based Healthcare* e con la necessità di governare i costi lungo l'intero ciclo di cura dei pazienti. Esigenza,

questa, di particolare rilevanza con riguardo alle patologie croniche che influenzano i costi e i livelli di spesa sanitaria nel lungo termine.

In relazione, infine, alle condizioni che consentono un'efficace implementazione di approcci di governo strategico dei costi nelle aziende sanitarie, è bene, innanzitutto, ricordare come l'elemento di novità del CM, in generale, non risieda negli strumenti, ma nel cambiamento di logica che la loro applicazione richiede: nella prassi, i diversi strumenti non sono facilmente scomponibili e/o singolarmente individuabili, ma si integrano in una logica di fondo complessiva.

Questa considerazione conduce alla necessità che le aziende sanitarie recuperino fino in fondo quei principi di interfunzionalità, coinvolgimento di tutti gli attori e presidio integrato delle diverse dimensioni di performance, che sono già insiti in questi approcci, ma che risultano particolarmente significativi con riferimento alle realtà sanitarie. La chiave per garantire il successo di iniziative di CM risiede, dunque, nell'esplicitazione delle loro finalità, che non sono meramente collegate alla dimensione del governo dei costi, ma al presidio integrato di determinanti sia di natura economica che di qualità.

Bibliografia

- Andersson S.W. (1995), «A Framework for Assessing Cost Management System Changes: The Case of Activity –Based Costing Implementation at General Motors, 1986, 1993», *Journal of Management Accounting Research*, 7, pp. 1-51.
- Anderson S. W. (2007), «Managing costs and cost structure throughout the value chain: research on SCM», in Chapman C. S., Hopwood A. G., Shields M. D. (edited by), *Handbook of management accounting research*, Elsevier, Boston MA.
- Andersson S.W., Young S.M. (1999), «The Impact of Contextual and Process Factors on the Evaluation of Activity-Based Costing Systems», *Accounting, Organization and Society*, 24(7), pp. 525-559.
- Anessi Pessina E., Pinelli N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione. Sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- Banker R.D., Johnston H.H. (2007), «Cost and profit driver research», in Chapman C. S., Hopwood A. G., Shields M. D. (edited by), *Handbook of management accounting research*, Elsevier, Boston MA.
- Bergamaschi M. (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- Bergamaschi M., Lecci F., Morelli M. (2011), «Strategic Cost Management e aziende sanitarie», *RIREA*, 1.
- Burns J. (2000), «The Dynamics of Accounting Change. Inter-Play Between New

- Practices, Routines, Institutions, power and Politics», *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 13(5), pp. 566-596.
- Burns W. J., Scapens R. W. (2000), «Conceptualizing management accounting change: an institutional framework», in *Management Accounting Research*, vol. 11, n. 1, pp. 3-25.
- Casati G. (a cura di) (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- Casati G., (a cura di) (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA.
- Cooper R. e Kaplan R.S. (1991), *The Design of management Control Systems: Text, Cases and Readings*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Di Maggio P.J., Powell W.W., (1983), «The ironage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields», in *American Sociological Review*, 48, pp. 147-160.
- Doyle D.P. (2002), *Cost Control: a Strategic Guide*, CIMA Publishing.
- Eisenhardt K. M., Graebner M. E. (2007), «Theory building from cases: opportunities and challenges», in *Academy of Management Review*, vol. 50, n. 1, pp. 25-32.
- Eisenhardt K.M. (1989), «Building theories from case study research», in *Academy of Management Review*, vol. 14, n. 4, pp. 532-550.
- 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*, CEDAM, Padova.
- Gosselin M. (1997), «The Effect of Strategy and Organizational Structure on the Adoption and Implementation of Activity Based Costing», *Accounting Organization and Society*, 1(1), pp. 59-69.
- Hansen D.R., Mowen M.M. (2006), *CM: Accounting and Control*, Thomson, South-Western.
- Johansson T., Siverbo S. (2009), «Why is research on management accounting change not explicitly evolutionary? Taking the next step in the conceptualisation of management accounting change», in *Management Accounting Research*, vol. 20, n. 2, pp. 146-162.
- Kasurinen T. (2002), «Exploring Management Accounting Change: the Case of Balanced Scorecard Implementation», *Management Accounting Research*, 13 (3), pp. 323-343.
- Lecci F., Longo F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Lecci F., Vendramini E. (2011), «Le innovazioni nei sistemi di programmazione e controllo», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Lord B. R. (1996), «Strategic management accounting: the emperor's new clothes?», in *Management Accounting Research*, Summer.

- Maciariello J.A. e Kirby C.J. (1994), *Management Control Systems*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Mohr L. B. (1982), *Explaining organizational behavior*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Morelli M. e Lecci F. (2011), «Governare i costi e cambiamento aziendale. La lunga strada verso l'integrazione», in *Mecosan*, 20 (80).
- Pettigrew A. M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», in *Organization Science*, vol. 1, n. 3, pp. 267-292.
- Porter M. E. (1985), *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*, The Free Press, New York.
- Porter M.E., Olmsted Taisberg E. (2004), *Redefining Healthcare: Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press.
- Riley D. (1987), *Competitive cost based investment strategies for industrial companies*, in *Manufacturing Issues*, Booz, Allen and Hamilton, New York.
- Scapens R.W. (1994), «Never Mind the Gap: Towards an Institutional Perspective of Management Accounting Practices», *Management Accounting Research*, 5(3-4), pp.301-321.
- Scapens R. W., Jazayeri M. (2003), «ERP systems and management accounting change: opportunities or impacts? A research note», in *European Accounting Review*, vol. 12, n. 1, pp. 201-233.
- Shank J. K. (1989), «Strategic cost management: new wine or just old bottles?», in *Journal of Management Accounting Research*, Fall.
- Shank J. K., Govindarajan V. (1993), *SCM. The new tool for competitive advantage*, The Free Press, New York.
- Shank J.K. (2006), «Strategic Cost Management: Upsizing, Downsizing and Right(?) Sizing», in A. Bhimani (Ed.), *Contemporary Issues in Management Accounting*, Oxford, Oxford University Press.
- Shields M.D. (1995), «An Empirical Analysis of Firms' Implementation Experiences With Activity Based Costing», *Journal of Management Accounting Research*, 7, pp. 1-28.
- Silvi R. (1997), «Il CM: obiettivi, logiche e modelli di analisi», in Farneti G., Silvi R. (a cura di), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende*, Torino Giappichelli Editore.
- Songini L. (2004), *Target costing. Pianificazione e gestione della redditività*, Milano, EGEA.
- Sulaiman S., Mitchell F. (2005), «Utilising a Typology of Management Accounting Change: An Empirical Analysis», *Management Accounting Research*, 16(4), pp. 422-437.
- Tomkins C., Carr C. (1996), «Reflections on the paper in this issue and a commentary on the state of strategic management accounting», in *Management Accounting Research*, vol. 7 (2).
- Vendramini E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw Hill, Milano.
- Yin R.K. (1994), *Case Study research: design and methods*, Sage, London.