

19 I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica

di Andrea Francesconi, Francesca Lecci, Emanuele Vendramini¹

19.1 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, poco spazio hanno trovato contributi volti a indagare come cambino i sistemi di programmazione e controllo e, nello specifico, quale legame esista tra cambiamenti a livello aziendale e modificazioni nelle logiche sottostanti la funzione di P&C o nell'articolazione del *package* degli strumenti di P&C.

La necessità di approfondire tale legame appare tanto più critica quanto più si rifletta sul fatto che i due oggetti in questione – assetto organizzativo/istituzionale aziendale e sistemi di programmazione e controllo – si caratterizzano per un costante dinamismo in relazione anche alle sperimentazioni di nuovi modelli assistenziali e di nuovi approcci di cura.

In questo contesto, il presente contributo si pone l'obiettivo di indagare, con riferimento a tre casi aziendali che hanno sperimentato l'adozione di modelli di organizzazione delle attività ospedaliere per intensità di cura, i cambiamenti intervenuti nei sistemi di programmazione e controllo di gestione relativamente al loro assetto (revisione degli oggetti di misurazione) ed alle finalità perseguite.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 19.1 e 19.4.3 sono attribuiti a Andrea Francesconi, i §§ 19.2, 19.3.2 e 19.4.2 a Francesca Lecci, i §§ 19.3.1 e 19.4.1 a Emanuele Vendramini, il § 19.5 congiuntamente a Francesca Lecci e a Emanuele Vendramini e il § 19.6 congiuntamente a Andrea Francesconi e Francesca Lecci. Si ringraziano, per la gentile collaborazione, il dott. Francesco Ripa di Meana e la dott.ssa Annalisa Silvestro dell'AUSL di Bologna, il dott. Marco Claus dell'AO S. Anna di Como e il dott. Andrea Moscatelli dell'AO di Legnano, Abbiategrasso, Cuggiono e Magenta.

Il contributo, dopo aver analizzato la letteratura (§ 19.2) e descritto protocollo e metodo di ricerca utilizzati (§ 19.3), presenta i casi oggetto di ricerca (§ 19.4): il Presidio Ospedaliero di Porretta dell'AUSL di Bologna, l'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como e l'Azienda Ospedaliera di Legnano, Cuggiono, Magenta e Abbiategrasso evidenziando, rispetto alle dimensioni di analisi impiegate, similitudini e differenze nella gestione del processo di cambiamento ed i risultati che ne sono derivati (§ 19.5 e § 19.6).

19.2 Analisi della letteratura

In termini di assetto organizzativo e istituzionale, le aziende sanitarie, in maniera più consistente nel corso dell'ultimo decennio, sono state interessate da profondi processi di cambiamento: infatti, sono state registrate numerose iniziative di ingegneria istituzionale (Del Vecchio, 2003; 2008), che hanno modificato i confini di azione e le prerogative delle aziende stesse, e si sono sviluppati interventi di revisione profonda dei processi interni di funzionamento aziendale (adozione di PDTA, adozione di modelli per intensità di cura, processi di integrazione tra ricerca e assistenza, implementazione di logiche di governo clinico, ecc.). Nello specifico, il soggetto che ha vissuto i cambiamenti più profondi, soprattutto in termini di assetti organizzativi, è stato l'ospedale (McKee e Healy, 2002; Carbone et al., 2006; Bensa et al., 2008; Lega et al., 2010), che, negli ultimi anni in maniera più evidente, è stato interessato dall'adozione di modelli basati sull'intensità di cura (Lega e De Pietro, 2005; Orlandi et al., 2006; Lamanna, 2007; Nicosia, 2008; De Pietro et al., 2011). Tali modelli organizzativi prevedono l'assunzione dei bisogni del paziente (e non solo della patologia da cui è affetto) quale driver di riferimento su cui disegnare l'organizzazione ospedaliera, definire i percorsi diagnostico terapeutico-assistenziali (PDTA), organizzare gli spazi fisici e le loro dotazioni tecniche, ecc, integrando così progressivamente la tradizionale dominanza organizzativa del sapere medico e quindi delle specialità cliniche nella definizione della struttura organizzativa (Lega, 2005).

Dal lato dei sistemi di programmazione e controllo, nel corso del tempo si è assistito ad una crescente attenzione nei confronti dei sistemi di valutazione della performance (Kaplan e Norton, 1992), intesi come strumenti che meglio supportano il processo di raggiungimento degli obiettivi aziendali (Cavalluzzo e Ittner, 2003). Tale crescente attenzione ha determinato la nascita di numerosi modelli di misurazione, che hanno progressivamente spostato il focus dai risultati economico-finanziari, alle attività e ai processi aziendali (si pensi alle logiche *activity-based*), fino alla coerenza con le strategie deliberate (ad esempio nei modelli *balanced scorecard*), al fine di dare una rappresentazione più oggettiva della performance d'azienda (Dossi, 2010). In questo modo, la priorità dei sistemi di P&C si è ampliata e ha affiancato alla misurazione della performance la

gestione delle sue determinanti (Shank e Govindarajan, 1993; Balachandran e Balachandran, 2005; Hansen e Mowen, 2006; Bergamaschi et al., 2010).

L'obiettivo è divenuto, pertanto, quello di passare dalla contabilizzazione dei risultati aziendali al governo dei medesimi, ovvero spostare l'ottica di osservazione dai luoghi di addensamento delle performance ai processi di loro formazione, analizzando così i contenuti decisionali affidati ai manager.

Questo ha implicato la necessità di spostare l'enfasi su temi di management, ovvero sui processi e sulle modalità di governo di sistemi organizzativi complessi e la necessità, per i meccanismi di P&C di passare da *bean counter* a *business partner* (Burns e Baldvinsdottir, 2005).

I cambiamenti nei modelli organizzativi e quelli nei sistemi di programmazione e controllo non possono essere spiegati in maniera disgiunta, ma vanno interpretati in maniera unitaria, alla luce del legame che unisce la struttura organizzativa e i meccanismi operativi.

Il presente contributo si pone l'obiettivo di indagare proprio quest'ultimo legame: al fine di perseguire l'obiettivo così definito, risulta utile collocare il tema nell'ambito dei modelli di rappresentazione dell'azienda proposti dalla dottrina economico-aziendale. Più nello specifico, in questa sede viene recuperato il contributo del filone di studio che si rifà, in senso lato, alla teoria dei sistemi socio-tecnici (Seiler, 1976; Rugiadini, 1979; Airoidi, 1980; Airoidi et al., 1994). In base a tale approccio l'azienda è osservabile come combinazione di sottosistemi: il sistema generale degli accadimenti d'azienda; il sistema dei valori; il sistema dell'organismo personale e il sistema delle decisioni. Il sistema aziendale, nelle sue parti e nel suo insieme è un sistema dinamico e deriva dal diverso combinarsi dei suoi elementi fondamentali (si vedano Capitolo 1 e Airoidi et al., 1994).

Ai fini degli scopi del presente lavoro di ricerca, appare necessario osservare come la teoria economico-aziendale consideri struttura organizzativa e meccanismi operativi come elementi complementari, che devono coevolvere in una direzione unitaria e convergente, al fine di supportare efficacemente l'economicità aziendale.

In tal senso, non è ipotizzabile che si verifichino cambiamenti radicali nell'assetto organizzativo e nella struttura organizzativa aziendale e che tali cambiamenti non siano recepiti e supportati (quando non addirittura stimolati) dai meccanismi operativi in generale e dai sistemi di programmazione e controllo in particolare (Airoidi et al., 1994).

19.3 Protocollo di ricerca

19.3.1 Obiettivi di ricerca

Il lavoro prende spunto dai numerosi contributi presenti in letteratura sul tema dell'ospedale per intensità di cura, che analizzano le motivazioni cliniche ed i

criteri organizzativi che stanno alla base dello sviluppo dei nuovi ospedali per intensità di cura e propone la seguente domanda di ricerca: quali implicazioni vi sono sui sistemi di programmazione e controllo nel momento in cui un'azienda sanitaria sperimenta una tipologia di assistenza per intensità di cura?

La ricerca si è, quindi, focalizzata sulla modalità di gestione dei fattori produttivi e sul processo di programmazione e responsabilizzazione implementati a seguito dell'adozione dell'approccio per intensità di cura.

Lo studio viene sviluppato grazie al confronto di diversi casi aziendali rispetto a specifiche dimensioni di analisi (Tabella 19.1):

1. La spinta al cambiamento
2. L'area di applicazione (tutta l'azienda, un parte dell'azienda, ecc...)
3. Gli effetti sul governo dei fattori produttivi permanenti (posti letto, personale, tecnologie)
4. Le modifiche introdotte nei sistemi di responsabilizzazione (individuazione dei centri di responsabilità)
5. Il raccordo tra responsabilità economica (CdR) e sistemi di budget aziendale

La spinta al cambiamento può avvenire dal centro (*top management*) o dalla periferia (*professional*), con implicazioni differenti. L'approccio *top down* (dal centro, dal vertice strategico) si caratterizza per una maggiore efficienza gestionale e per minori tempi di implementazione del cambiamento, sebbene non sempre risulti efficace stante l'autonomia professionale che caratterizza le aziende sanitarie. L'approccio *bottom up*, che parte dai *professional*, al contrario, si caratterizza per una minore efficienza, per tempi più lunghi, ma per una maggiore efficacia ed un superiore livello di coinvolgimento e responsabilizzazione. In realtà, si ritiene difficile ipotizzare che cambiamenti strutturali, come il passaggio al modello per intensità assistenziale, possano essere esclusivamente frutto di spinte dal basso.

La seconda dimensione di analisi riguarda l'area di applicazione della sperimentazione, che può riguardare uno degli stabilimenti oppure l'intero presidio. Da questo punto di vista le implicazioni sono molteplici: se da un lato una sperimentazione inerente un solo presidio può essere maggiormente controllabile in termini di impatti organizzativi (ad esempio, l'inevitabile ridefinizione del ruolo dei medici e degli infermieri), dall'altro, laddove si ritenga che il nuovo modello organizzativo determini maggiore valore aggiunto, la sua attivazione su di una sola realtà porterebbe ad una non efficace e difficilmente gestibile eterogeneità di assetto (stabilimenti oggetto di sperimentazione vs quelli non oggetto di innovazione).

L'analisi del governo dei fattori produttivi permanenti (posti letto, personale, tecnologie) permette di comprendere le implicazioni gestionali legate alla riorganizzazione dell'assistenza per intensità di cura. Le soluzioni adottate possono variare tra due estremi: il controllo di tutti i fattori produttivi attribuito alle nuove aree di intensità di cura, oppure il modello tradizionale di loro attribuzione alle UU.OO

Tabella 19.1 Le dimensioni di analisi dei casi

Dimensione	Opzioni		
Spinta al cambiamento	Top down	Bottom up	Mista
Area di applicazione	Presidio	Stabilimento	Dipartimento
Governo dei fattori produttivi	Dipartimenti /UU.OO	Aree di intensità di cura	Misto
Unità di responsabilità	UO / Dipartimento	Area/piattaforma	Processi
Sistema di Budget	Tradizionale	Per processi	Misto

o ai Dipartimenti. La prima soluzione rappresenta un passaggio completo dal modello per specialità ad uno per intensità di cura, caratterizzato da un unico responsabile di tutti i fattori produttivi con l'eccezione del personale medico². Il secondo approccio, denominato in letteratura «cambiamento mimetico» (DiMaggio e Powell, 1983), si caratterizza per attribuire alle Unità Organizzative e/o ai Dipartimenti i fattori produttivi con l'implicazione pratica che la dichiarata riorganizzazione sulla base di criteri per intensità di cura non venga poi agita. Tra questi due estremi sono racchiusi molteplici approcci intermedi, prevalenti, soprattutto, nella fase di prima implementazione della sperimentazione, caratterizzata per l'allocatione parziale dei fattori produttivi organizzative alle aree di intensità di cura.

Un'ulteriore dimensione di analisi che verrà indagata è relativa all'articolazione delle responsabilità economiche. Il cambiamento organizzativo legato al modello per intensità di cura dovrebbe implicare la ridefinizione dei centri di responsabilità, che, a regime, dovrebbero essere individuati a livello dei percorsi che caratterizzano le diverse aree di intensità di cura piuttosto che a livello delle aree stesse (l'alternativa è che rimangano quelli tradizionalmente definiti sulla base delle unità organizzative). Qualora così non fosse, si rischierebbe un disallineamento tra il modello organizzativo per processi ed un sistema di responsabilizzazione per specialità tipicamente rappresentate dalle Unità Operative che potrebbe non essere coerente con l'impostazione complessiva della sperimentazione.

Allo stesso modo risulta di particolare interesse analizzare quali siano state le implicazioni del cambiamento sul sistema di budget, in termini, ad esempio, di modifica degli strumenti a supporto della definizione degli obiettivi e di attori coinvolti, quindi ruolo del personale infermieristico, di quello medico e sistema di obiettivi che possono essere ancora legati alla produzione o ai consumi (costi farmaci, prestazioni intermedie, DRG, volumi, liste d'attesa ecc.) rispetto ad esempio ad un sistema basato sul modello *activity-based budgeting* con obiettivi legati al rispetto degli standard di percorso e di processo.

La Tabella 19.1 intende rappresentare le dimensioni di analisi che verranno utilizzate e per ciascuna di esse le opzioni possibili.

² Il personale medico rimane ovviamente in capo all'UO e/o al Dipartimento

19.3.2 Metodo di ricerca

In virtù delle riflessioni emerse nei paragrafi precedenti e al fine di dare risposta alle *research question*, il protocollo di ricerca prevede il ricorso a una *case study analysis*.

Nell'ambito degli studi di organizzativi, infatti, esiste ampio consenso sul fatto che l'analisi di *longitudinal case studies* rappresenti la metodologia di ricerca più adatta ad indagare i processi di cambiamento (Pettigrew, 1990). 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 quelle esplicitate nel presente contributo.

Nello specifico, si cercherà di dare risposta alla domanda di ricerca attraverso un approccio di tipo *embedded* (Yin, 1994), applicato a tre casi. I casi in questione sono stati selezionati in base al criterio dell'intensità (Fattore, 2005), ovvero sono state scelte, tra le esperienze di adozione di modelli organizzativi per intensità di cura, quelle che sono state completate, che sono operative da almeno due anni e che abbiano previsto un rinnovo infrastrutturale atto a soddisfare pienamente le necessità poste dal nuovo modello organizzativo. Ovviamente si è tenuto conto anche della disponibilità delle informazioni necessarie.

Sulla base di questi criteri, sono state individuate le seguenti esperienze: il presidio ospedaliero Porretta dell'AUSL di Bologna; il presidio ospedaliero di Como dell'AO S. Anna di Como e il presidio ospedaliero di Legnano dell'AO di Legnano, Abbiategrasso, Cuggiono e Magenta.

La prima fase del processo di analisi del caso ha previsto lo svolgimento di un'intervista semistrutturata con l'attore chiave nella gestione del processo di cambiamento dei sistemi di programmazione e controllo, ovvero il responsabile di tale funzione aziendale, al quale è stato richiesto di raccontare l'intervento oggetto di indagine. A valle di questo primo contatto, sono stati definiti ulteriori momenti di confronto. Le opinioni richieste riguardavano tre macrotematiche rilevanti: l'influenza dell'ambiente istituzionale e di settore esterno, le dinamiche organizzative interne e il ruolo della funzione P&C in generale e degli strumenti di P&C in particolare. Al fine di rappresentare opportunamente i molteplici punti di vista organizzativi, si è proceduto, successivamente, a intervistare almeno un esponente delle altre funzioni organizzative coinvolte nel processo. Più nello specifico, sono stati intervistati, il Controller e alcuni rappresentanti della direzione aziendale. Nella gestione delle informazioni raccolte tramite le interviste, sono state seguite alcune procedure suggerite, tra gli altri, da Eisenhardt (1989): tutte le interviste sono state registrate; è stata adottata la «24-hour rule», in base alla quale tutte le interviste venivano trascritte entro 24 ore dal loro svolgimento;

nelle trascrizioni venivano incluse tutte le informazioni, indipendentemente dal giudizio di utilità al momento dello svolgimento dell'intervista; alla fine di ogni trascrizione venivano riportate le impressioni del ricercatore e tutte le informazioni raccolte venivano codificate (Huberman e Miles, 1994) sulla base delle dimensioni di analisi suggerite dal *framework* teorico di riferimento. Nel corso delle interviste effettuate si è proceduto anche alla raccolta di documenti aziendali ritenuti utili ad approfondire alcune tematiche emerse durante gli incontri con gli attori aziendali: in particolare, sono stati raccolti i documenti di presentazione degli obiettivi degli interventi analizzati, presentazioni degli stati avanzamento alla direzione aziendale, alcuni format di strumenti di documenti di P&C.

19.4 Analisi dei casi

19.4.1 Il presidio ospedaliero di Porretta dell'AUSL di Bologna

L'AUSL di Bologna è una delle più grandi e rilevanti aziende socio-sanitarie del paese con oltre 1,7 miliardi di euro di bilancio annuo e 8.500 dipendenti ed è responsabile della tutela della salute di circa 850.000 cittadini.

L'AUSL di Bologna (5,78 posti letto per 1.000 abitanti, tasso di ospedalizzazione 177,3 per 1.000), per riuscire a rispondere in maniera efficace ai nuovi bisogni emergenti della popolazione, ha ridisegnato le strategie partendo non dall'analisi dei servizi o dell'offerta, ma dallo studio dei bisogni e della domanda. A tal fine sono state identificate le patologie prevalenti e i profili di salute critici cui occorre rispondere nei prossimi anni. Nel nuovo quadro epidemiologico e sociale è risultato particolarmente importante per l'AUSL di Bologna, in coerenza con le indicazioni della Regione Emilia Romagna, sostituire la medicina d'attesa con quella di iniziativa, basata su un approccio proattivo che cerchi di prevenire invece che curare, che cerchi di classificare i cittadini in base alle categorie di rischio e di intervenire laddove si riscontrino più fragilità e rischio. Da queste riflessioni e scelte strategiche deriva la sperimentazione della riorganizzazione dell'ospedale di Porretta per intensità di cure, come primo *step* di un processo che vedrà l'intera rete di offerta Bolognese organizzata secondo questa impostazione³.

La realizzazione del nuovo Ospedale di Porretta⁴, caratterizzato da sempre da una forte integrazione con il territorio e da una significativa distanza dagli

³ Si rimanda al piano strategico aziendale per la presentazione della rete di offerta ospedaliera e i relativi obiettivi di sviluppo <http://www.ausl.bologna.it/piano-strategico/piano-strategico>

⁴ La dotazione organica dell'ospedale è la seguente: 1 Responsabile organizzativo – gestionale infermieristico, 44 Infermieri, 12 Medici, 2 Coordinatori Infermieristici, 6 Ostetriche, 26 Operatori di supporto.

ospedali *Hub*⁵ della città, ha costituito per l'AUSL di Bologna una grande opportunità per sperimentare nuovi modelli assistenziali. Il progetto adottato consiste nel graduare l'intensità di cura per ogni ricoverato ricercando la similarità dei bisogni piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una singola disciplina specialistica. Lo scopo del progetto è quello di correlare la centralità dell'assistito e dei suoi bisogni con l'appropriatezza clinico assistenziale, la continuità e l'integrazione professionale. Nello specifico gli obiettivi perseguiti sono stati:

- ▶ La centralità dei bisogni della persona assistita;
- ▶ L'appropriatezza organizzativo-gestionale e clinico-assistenziale;
- ▶ La flessibilità organizzativa;
- ▶ La valorizzazione dei professionisti;
- ▶ L'integrazione professionale;
- ▶ La qualificazione del presidio nel contesto aziendale.

L'Ospedale di Porretta è punto di riferimento per l'omonimo Distretto che comprende 13 comuni significativamente distanziati tra loro e collocati in un territorio prevalentemente montano; è collegato con i nodi della rete ospedaliera metropolitana, in particolare con la Rete Cardiologica, Stroke, Oncologica e dei percorsi clinico assistenziali, P.S. ed Emergenza, Pediatria Ospedaliera e dell'Emergenza Pediatrica. Le attività chirurgiche e medico-oncologiche vengono garantite in *day surgery* e *day hospital*.

Nel corso del 2010⁶, l'ospedale di Porretta è stato riorganizzato nelle aree di degenza:

- ▶ Area Rossa (alta intensità/complessità): 16 p.l. (22%). L'area rossa è un'area polivalente per pazienti a maggior complessità clinico-assistenziale. Necessita di forte integrazione con gli *Hub* di riferimento attraverso percorsi aziendali predefiniti (es. SCA- sindrome coronarica acuta, IR – Insufficienza Respiratoria e STROKE) inoltre all'interno dell'area rossa è previsto il monitoraggio non invasivo delle funzioni vitali (su 4 dei 22 posti letto).
- ▶ Area Blu (media intensità/complessità): 46 p.l. (65%). L'area è articolata tra il 2° e 3° piano con 21 + 21pl. + 4 p.l. dedicati al punto nascita. L'Area blu è un'area polivalente per pazienti a media complessità clinico-assistenziale. Vi confluisce la gran parte dei pazienti chirurgici ed internistici, inclusi i pazienti con malattie croniche in fase di riacutizzazione.

⁵ Il sistema di offerta ospedaliera della Ausl di Bologna è organizzato secondo i criteri della rete *Hub and spoke* con l'ospedale Maggiore che svolge la funzione di *Hub*. A livello di sistema metropolitano vi sono poi altri due *Hub*, l'AO Sant'Orsola Malpighi e l'IRCCS Rizzoli.

⁶ Il «trasferimento» nel nuovo ospedale è stato effettuato nel mese di ottobre 2010; il progetto è stato attivato sperimentalmente dal 1 gennaio al 30 giugno 2011.

- Area Verde (bassa intensità/complessità): 9 p.l. (13.%) L'Area verde si identifica con l'U.A (unità assistenziale) di Post-acuzie. L'accesso avviene in rispondenza ai criteri di inclusione previsti nel modulo di trasferimento attraverso CeMPA⁷.

I trasferimenti tra le aree vengono pianificati tenendo presente sia il criterio dell'appropriatezza assistenziale (livello di complessità incluso) sia il criterio della continuità dell'assistenza.

Per i pazienti urgenti/non programmati, l'avvio del percorso è a carico del medico di Pronto soccorso, che individua la necessità di ricovero, assegna il paziente al medico di competenza e, salvo i casi che necessitano di monitoraggio, invia lo stesso in ambiente dedicato per la valutazione della complessità clinico-assistenziale⁸. Nell'ambiente dedicato, il medico che ha avuto in carico clinicamente il paziente e l'infermiere responsabile del processo valutano, congiuntamente, i bisogni dell'assistito e danno evidenza della loro valutazione nella cartella clinica – assistenziale. L'infermiere responsabile del processo alloca il paziente nella specifica area di degenza (area Rossa oppure Blu)⁹.

In merito, invece, alle dimissioni, stante l'importanza del processo, le stesse vengono pianificate con almeno 24 ore di anticipo. Questo permette il raccordo con le CCOT (Centrali di Continuità Ospedale territorio), l'educazione dei *care giver*, la pianificazione delle risorse professionali necessarie e la predisposizione di quanto di necessità nel domicilio dell'assistito. All'interno delle aree di degenza è previsto l'utilizzo di un modello a settori con infermieri responsabili di processo.

Dal punto di vista dell'attribuzione delle responsabilità emerge come vi sia responsabilità clinica ed una di processo. Nello specifico il medico è il responsabile clinico del paziente, ha competenza anche del relativo PDTA e elabora insieme all'infermiere di processo (*case manager*) il profilo clinico-assistenziale *intra* ospedaliero, individuando la modalità e la data presunta di dimissione.

Il personale infermieristico ha la responsabilità di processo e della continuità dell'assistenza intra-area e nel passaggio ad area diversa. Inoltre assicura, integrandosi con l'infermiere di settore, le informazioni di pertinenza e il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia e contribuisce, in collaborazione con il responsabile clinico, alla definizione della data di dimissione raccordandosi con la CCOT e il Dipartimento di Cure Primarie.

Il sistema di budget della AUSL di Bologna si è caratterizzato da alcuni anni per una focalizzazione sulla dimensione clinico – sanitaria tralasciando la di-

⁷ Centrale Metropolitana Post Acuzie: cfr. http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/percorsi-di-innovazione-nelle-cure-primarie-parma-21-22-ottobre-2011/019_rambaldi.pdf

⁸ Per il paziente con ricovero programmato per intervento chirurgico è confermato l'attuale percorso che prevede la visita anestesiologicala e la valutazione medico – infermieristica ai fini dell'identificazione dell'area di degenza in cui allocare il paziente.

⁹ Vi è la possibilità che il paziente venga ricoverato nell'area verde purché vi sia il rispetto dei criteri definiti in ambito aziendale.

mensione economica. I costi e l'imputazione dei consumi non rientrano già da diversi esercizi nella scheda di budget e, nella stessa, non viene incluso un conto economico per CdR.

Nel caso dell'ospedale di Porretta la sperimentazione ha comportato un progressivo passaggio da un sistema di responsabilizzazione tradizionale sulle UU.OO. ad un meccanismo tipo *Activity-Based Budgeting* avente come riferimento le aree e i percorsi (intesi come insieme di attività). Nello specifico, le risorse umane vengono definite/allocate a livello di stabilimento e l'oggetto della responsabilizzazione è l'implementazione dei percorsi e la *compliance* dei pazienti agli stessi¹⁰. Ciò emerge con forza anche dalla scheda di budget (assegnata ai dipartimenti), che prevede in modo diffuso obiettivi di *Rispetto dei valori attesi degli indicatori della scheda Valutazione Performance di Percorso (VPP)*.

L'oggetto delle responsabilizzazioni sono quindi i numerosi PDTA implementati a livello aziendale¹¹. Una particolare riflessione emerge dalla scheda di budget che presenta l'obiettivo della riorganizzazione dell'Ospedale per intensità di cura.

In sintesi, emerge come il sistema di budget identifichi come livello della responsabilizzazione e della negoziazione le strutture dipartimentali (la scheda di budget riportata in Figura 19.1 è riferita, appunto, ai Dipartimenti), mentre il contenuto della responsabilizzazione è duplice: quello clinico è attribuito ai dipartimenti (e, in via residuale, alle UU.OO., in qualità di sottoarticolazione dei dipartimenti, non dotate di potere negoziale), quello assistenziale alla componente infermieristica, collocata in una delle tre aree di riferimento (Verde, Blu e Rossa).

Dal punto di vista grafico ci si trova quindi di fronte ad una matrice, in cui le responsabilità dei Dipartimenti intersecano quelle relative alle attività, così come rappresentato dalla Figura 19.2.

In prospettiva, il sistema dovrebbe tendere verso una nuova architettura di Centri di Responsabilità (e di risorse), legati alle aree (aggregazioni di attività) e quindi ai percorsi. Questa nuova tipologia di CdR dovrebbe essere affidato ad una direzione infermieristica. Risulta quindi possibile che, in futuro, il sistema preveda le aree come CdR di I livello che si interfacciano con due tipologie di CdR di II livello: i dipartimenti ospedalieri e il Sater¹². Infine, sebbene il differente sistema di responsabilità tra aree e dipartimenti (e UU.OO., in qualità di sottoarticolazione dei dipartimenti) è chiaro proprio in funzione del diverso oggetto di responsabilizzazione (la componente assistenziale sulle prime e la componente clinica ai secondi), meno chiaro risulta essere il rapporto tra il SATER

¹⁰ L'AUSL, in modo particolarmente innovativo, adotta un sistema di budget sui risultati e non sui fattori produttivi / risorse.

¹¹ Oltre al lavoro sviluppato sui percorsi si evidenzia come il risultato ottenuto a Porretta e la prossima estensione del modello a tutta la rete ospedaliera aziendale sia dovuto anche alle prime sperimentazioni degli anni '90 in cui furono introdotti reparti a gestione infermieristica.

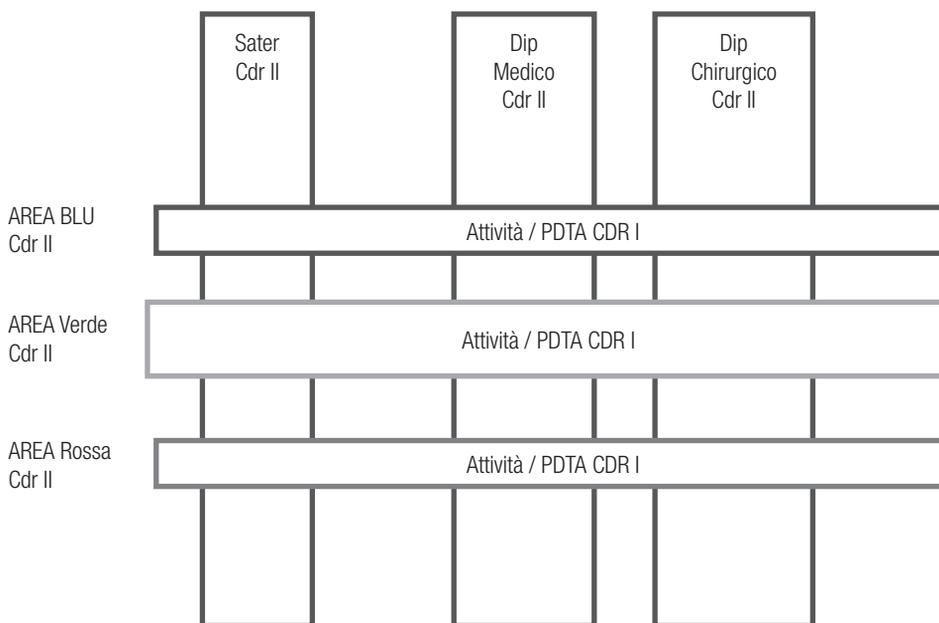
¹² Servizio Assistenziale, Tecnico – Sanitario e Riabilitativo: ai fini di questo caso risulta rilevante esplicitare come le competenze e le professionalità assistenziali e riabilitative siano aggregate all'interno di questo servizio aziendale.

Figura 19.1 **L'obiettivo attribuito ai Dipartimenti ospedalieri di implementare il progetto legato all'intensità di cura (tratto dal Budget aziendale 2010)**

2 - I nuovi modelli di assistenza ospedaliera: la ricerca di maggiore qualità ed efficienza		
Obiettivo: 646 - Riorganizzare la degenza ospedaliera in base al criterio dell'intensità delle cure e della complessità assistenziale		Capofila: Direttori Dip. Medico e Chirurgo
5042	Organizzazione dell'Ospedale di Porretta secondo il modello della complessità assistenziale sovradipartimentale	Marzo 2010
5043	Organizzazione dell'Ospedale di Vergato secondo il modello della complessità assistenziale	Marzo 2010
5044	Organizzazione dell'Ospedale di Budrio secondo il modello della complessità assistenziale	Entro 2010
5046	Attivazione del progetto per la attività di ortogeriatría OM	Giugno 2010
5047	Attivazione del progetto per l'assistenza ai pazienti fragili OM	Entro 2010

Fonte: AUSL di Bologna

Figura 19.2 **L'articolazione delle responsabilità**



e il responsabile d'area (o di piattaforma). La sensazione è che si possa replicare quello che in diverse aziende è stato il rapporto non sempre esplicito tra direzione medica di presidio e dipartimenti aziendali.

Nel momento in cui, però, l'AUSL di Bologna evidenzia come il sistema di budget aziendale debba avere come riferimento i PDTA ed il grado di adesione agli stessi, sembrerebbe coerente che, almeno in prospettiva, l'asse orizzontale rappresentato nella Figura 19.2 andasse ad acquisire un ruolo centrale nel processo di riorientamento delle responsabilità (assistenziali), secondo una logica di *disease management*. A regime quindi non solo l'ospedale di Porretta e la complessiva rete ospedaliera (che verrà riorganizzata per intensità di cure), ma l'intera AUSL dovranno iniziare ad elaborare un sistema di monitoraggio per PDTA (CdR di I° livello). In conseguenza di ciò gli attuali CdR (Dipartimento Cure primarie, Dipartimento Medico, Sater) verranno ad essere dei luoghi in cui si sviluppano quelle combinazioni economiche intese come un insieme coordinato di attività (*operations*). In tal senso il focus sarà sui PDTA ed i differenti attori si integreranno di volta in volta, ciascuno per sua competenza secondo quanto rappresentato dalla *flow chart* di processo caratterizzante il singolo percorso. Ad esempio nella gestione del paziente post IMA le varie professionalità (cardiologi, MMG, personale infermieristico e sociale) interverranno nelle diverse fasi del percorso ciascuna in funzione del proprio ruolo e delle proprie funzioni sulla base dei criteri e delle indicazioni condivise (per la matrice «tempi-luoghi-attività» si rimanda a Casati e Vichi, 2002).

19.4.2 L'AO S. Anna di Como

L'Azienda Ospedaliera Ospedale S. Anna di Como si caratterizza come una grande azienda multi-presidio e polispecialistica. La sua configurazione attuale comprende tre presidi ospedalieri (all'interno dei quali si collocano quattro poliambulatori) e 16 poliambulatori esterni (5 dei quali operano su più di tre specialità). Inoltre, come tutte le AO lombarde, accoglie un'articolata rete di assistenza della Salute Mentale articolata in una comunità protetta, sei comunità riabilitative (equamente suddivise tra alta e media assistenza) e 17 centri (residenziali, semiresidenziali, diurni e psico-sociali).

Dal punto di vista organizzativo l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, in aderenza a quanto previsto dalla L. 31 del 1997, è strutturata in dipartimenti, che attualmente, così come definito dal POA (2008), sono i seguenti:

- ▶ Emergenza, Rianimazione e Anestesia; Medicina; Chirurgia; Strutture di Diagnosi e Alte Tecnologie; Salute Mentale; Neuroscienze; Riabilitazione; Amministrativo (a valenza gestionale);
- ▶ Materno Infantile; Cardiovascolare; Medicina Trasfusionale e Ematologia; Oncologico; Allergologico (a valenza funzionale).

Tabella 19.2 **L'offerta di PL dell'AO S. Anna di Como**

Presidio Ospedaliero	P.L. Ordinari	P.L. Day hospital	P.L. Riabilitazione	Totale
P.O. di Como	596	55	0	651
P.O. di Cantù				
• Stabilimento di Mariano	10	3	84	97
• Stabilimento di Cantù	158	13	0	171
P.O. di Menaggio	63	5	20	88
Totale	827	76	104	1007

Fonte: Elaborazioni su dati aziendali

L'AO S. Anna di Como ha una rilevante dotazione di PL, la cui ripartizione sui tre presidi ospedalieri (uno dei quali suddiviso su due differenti stabilimenti) è sintetizzata in Tabella 19.2 (dati da accreditamento).

Nei tre presidi ospedalieri, negli ultimi due anni, è stata avviata una riorganizzazione volta a definire, per ciascuno di essi, peculiari livelli d'intensità di cura: l'ospedale di Como quale massimo livello dedito all'urgenza e all'emergenza, quello di Cantù come ospedale del territorio (area della Brianza) e l'ospedale di Menaggio come ospedale di comunità. Oltre a questi, il presidio di Mariano Comense mantiene, almeno per ora, la sua connotazione di presidio dedito alla riabilitazione.

Tra i diversi presidi, è stato indubbiamente l'ospedale di Como la struttura che ha sperimentato la maggiore revisione organizzativa, dovuta anche al recente trasferimento dalla vecchia e storica sede all'interno della città alla nuova sede posta ai margini della città, presso il comune di San Fermo della Battaglia, a partire dal 4 ottobre 2010.

Il «nuovo» Ospedale Sant'Anna è stato ispirato, fin dalla sua costruzione, ad accogliere le logiche proprie del nuovo modello organizzativo di «ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale». Tale scelta deriva dalle indicazioni regionali che nel 2002 hanno dato avvio al «Piano straordinario per lo sviluppo delle infrastrutture lombarde 2002/2010», con l'obiettivo di ottimizzare le strutture esistenti e costruirne di nuove dove necessario. Ciò ha permesso di sovvenzionare, a partire dal 2007, la costruzione di nove diversi ospedali (tra cui l'AO S. Anna), da realizzare in collaborazione con soggetti privati e secondo il modello dell'ospedale per intensità di cura¹³.

Sulla base di tali indicazioni, il nuovo edificio è stato progettato come un monoblocco su cui s'innestano cinque «dita» (così definite perché ricordano una mano), all'interno delle quali sono presenti le degenze, che hanno una capienza (per ogni dito) di circa 60 PL a piano. L'ospedale accoglie nei suoi tre piani dedi-

¹³ Tale configurazione ospedaliera è stata sancita nel PSSR 2007-2010 e ribadita nel PSSR 2010-2014.

ti alla degenza i tre livelli d'intensità: al piano «-1» l'area dell'urgenza e dell'alta intensità di cura (UCC; Rianimazione; *Stroke unit*; Blocco Operatorio; DEA; Interventistica Cardiologica e Radiologica), al piano «+1» l'area della degenza medica (Cardiologia; Medicina Generale; Pneumologia; Nefrologia; Dialisi; Neurologia; Geriatria; Dermatologia; Diabetologia) e al piano «+2» l'area della degenza chirurgica (Chirurgia Generale; Chirurgia Vascolare; Chirurgia Toracica; Ortopedia e Traumatologia; Urologia; Ginecologia; Chirurgia Maxillo Faciale; Chirurgia Plastica; Oculistica; Otorinolaringoiatria; Neurochirurgia). Sono poi situati nel piano «0» i *Day hospital* internistici (oltre che a quello oncologico) e la *Day surgery*, nonché i Poliambulatori specialistici.

La principale innovazione dell'Ospedale Sant'Anna di Como è quella della creazione di «settori» di degenza che hanno sostituito i classici «reparti»: in questi settori vengono accorpati, per uguali livelli d'intensità di cura (e, al loro interno, attraverso la creazione di moduli, per uguali livelli di complessità assistenziale), specialità differenti.

Tale organizzazione dovrebbe consentire all'AO Ospedale Sant'Anna di Como di conseguire i seguenti obiettivi strategici:

- ▶ Adeguamento dell'offerta dei servizi alle esigenze di salute dei cittadini, garantendo lo sviluppo di un «modello a rete» e migliorando qualità e appropriatezza dei servizi erogati (qualificazione delle prestazioni di diagnosi e cura, qualificazione delle risorse professionali, ampliamento dell'offerta di servizi);
- ▶ Utilizzo appropriato delle risorse;
- ▶ Creazione di un modello organizzativo che vada incontro alle esigenze di funzionamento e di controllo del sistema.

Da un punto di vista gestionale, l'articolazione organizzativa descritta ha determinato – e in parte determina ancora – alcune difficoltà, che vanno dalla difficile misurazione dei classici indicatori di efficacia ed efficienza, alla scarsa possibilità di imputazione delle risorse economiche alle diverse UU.OO. che, nonostante la nuova organizzazione, continuano ad esistere.

La difficoltà di allineare i meccanismi di programmazione e controllo al nuovo modello organizzativo dell'AO è derivata principalmente dal fatto che l'azienda è in parte organizzata secondo le logiche dell'intensità di cura e della complessità assistenziale (presidio di Como) e in parte no (tutti gli altri presidi): la necessità di gestire i sistemi di P&C in logica unitaria e globale si è, pertanto, scontrata con una significativa difformità delle scelte organizzative interpresidio.

In termini di sistemi di rilevazione dei costi, il sistema non ha subito significative modifiche, anche a fronte delle linee-guida regionali che impongono un'elevata omogeneità nei *pool* di rilevazione contabile e nei criteri di rilevazione per tutte le strutture sanitarie pubbliche regionali. Questo ha impedito la costruzio-

ne di un sistema di *costing* per processo e/o attività, a meno di rilevazioni specifiche (es. microbiologia), tendenzialmente gestite extra contabilmente (sebbene il sistema informatico aziendale consenta di rilevare oggetti di costo differenti dalle articolazioni organizzative tradizionali). Durante il primo anno di attività nella nuova struttura, circa il 97% dei consumi di beni e servizi è stato imputato a centri di costo comuni di settore. In termini di governo delle risorse si determina un quadro così sintetizzabile:

- ▶ il personale medico viene rilevato a livello di centro di responsabilità (UU.OO e/o Dipartimento), mentre quello infermieristico a livello di settore;
- ▶ i beni di consumo sanitari e non sanitari sono tendenzialmente rilevati in CdC comuni (tipicamente afferenti al settore);
- ▶ le tecnologie possono essere rilevate o a livello di settore o a livello di UU.OO (a seconda che il loro utilizzo sia connesso all'attività assistenziale o sia specifico di UU.OO);
- ▶ non vengono rilevati a sistema (bensì extra contabilmente), l'acquisto di servizi, le consulenze e il personale non dipendente (che vengono attribuite al *pool* di costo più appropriato, ovvero UU.OO e/o Dipartimento oppure il settore).

Sebbene il sistema di rilevazione ancora non consenta una corretta localizzazione dei fattori produttivi, l'allocazione, a livello di settore, di risorse infermieristiche, tecnologiche e di consumo ha richiesto una modifica micro-organizzativa all'interno dei settori stessi. Sono stati, pertanto, istituiti due coordinatori per «dito» di degenza con funzioni differenziate:

- ▶ un coordinatore orientato alla gestione e al coordinamento delle risorse umane e delle attività;
- ▶ un coordinatore orientato a presidiare la dinamica assistenziale in termini di definizione delle competenze e della responsabilità relative alla gestione e al coordinamento della logistica, dei beni e servizi e al governo dell'utente esterno.

Entrambe le funzioni sono assegnate a ogni coordinatore che le ricopre, a rotazione, per 6 mesi nell'ambito dello stesso dito.

Alla luce delle difficoltà nel funzionamento dei sistemi di rilevazione, anche il processo di budget, in particolare per quanto attiene alla definizione di obiettivi ed indicatori, trova ancora due difficoltà: individuare (e a volte far accettare agli attori del processo) obiettivi «comuni», senza snaturare il senso e/o il valore degli obiettivi stessi; individuare obiettivi che siano, se non i medesimi, correlati tra loro, per la componente medica e quella del comparto che afferisce al settore in cui le varie specialità operano.

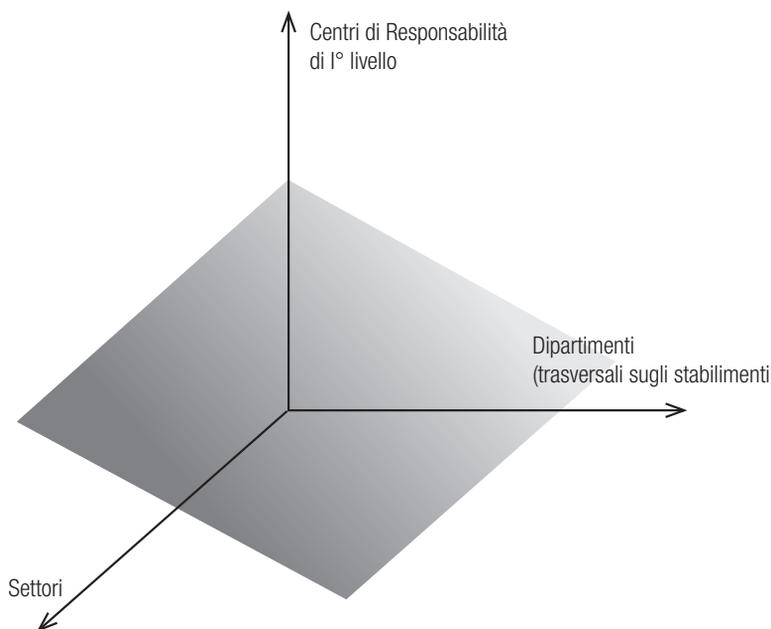
La scelta dell'azienda è stata quella di optare per un modello di allocazione delle responsabilità a valenza tridimensionale (rappresentato in Figura 19.3):

non si tratta di un sistema agevole poiché il personale medico è chiamato a partecipare sia ad obiettivi di UU.OO. (considerati CdR di I livello) che di Dipartimento (considerati CdR di II livello), mentre per le risorse infermieristiche l'unità di responsabilizzazione prevalente è il settore (che costituisce una nuova tipologia di CdR, trasversale ai precedenti e gerarchicamente non sovraordinato). La gestione complessiva del sistema è resa ancor più problematica dal fatto che ci sono aree di attività (svolte nei settori) che fanno riferimento a più di due CdR e a più di due Dipartimenti.

Il processo di negoziazione del budget in corso è stato avviato a novembre 2011 e si è concluso il 7 marzo del 2012 (sebbene vi siano continui processi di aggiustamento) e, al fine di evitare disallineamenti nel governo delle risorse (soprattutto dei beni di consumo che appaiono, allo stato attuale, faticare a diventare contenuto di responsabilizzazione univoca) tutte le dimensioni di budget (CdR, Dipartimenti e Settori) sono state chiamate, ciascuna per la sua parte di responsabilità, a presidiare in parte obiettivi comuni e in parte obiettivi specifici.

Tra le aree di responsabilizzazione comuni c'è proprio il presidio dei beni di consumo che vengono assegnati al settore, ma del quale divengono corresponsabili tutti i CdR di I livello (le UU.OO) che operano in quello specifico settore (ovviamente le UU.OO. che operano in più settori saranno corresponsabilizzate sui consumi di tutti i settori sui quali operano). Nel corso del 2012 il sistema di budget è stato interessato da una significativa revisione anche in termini di nu-

Figura 19.3 **L'articolazione delle responsabilità dell'AO S.Anna**



merosità degli obiettivi: si è scelto di optare per un massimo di quattro obiettivi (eventualmente corredati da più indicatori), che coprono i diversi gradi della struttura organizzativa aziendale, ossia:

- ▶ Obiettivi di Unità Operativa (CdR di I livello);
- ▶ Obiettivi di Settore/Area/linea produttiva;
- ▶ Obiettivi di Dipartimento (CdR di II livello).

Gli obiettivi specifici di ogni area, nell'ambito dei quali selezionare i quattro obiettivi da assegnare a ogni livello, sono quelli rappresentati in Figura 19.4. Allo stato attuale, il processo di revisione delle unità di responsabilizzazione non può dirsi concluso, ma è in fase di continuo cambiamento, per adattarsi ai fabbisogni gestionali e alle mutate condizioni produttive derivanti dal nuovo modello organizzativo. In termini generali, nel corso degli ultimi anni, tutti hanno colto la

Figura 19.4 Estratto degli obiettivi di budget

Fra gli obiettivi di Unità Operativa (produzione):

Attività ricovero	Mantenimento o incremento dei volumi dell'attività di ricovero in esito all'analisi dei dati storici e di ASL nonché delle risorse assegnate
Attività ambulatoriale	Mantenimento o incremento dei volumi dell'attività ambulatoriale in esito all'analisi dei dati storici e di ASL nonché delle risorse assegnate

Fra gli obiettivi di Settore/Area:

Efficienza produttiva	<p>Contenimento delle voci di costo che si sono rivelate critiche nel 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> • farmaci ad alto costo; • presidi (dispositivi medici generici e specialistici); • protesi; • diagnostici. <p>Si ipotizzano due livelli di responsabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per il personale Dirigente (medici) si valuterà l'appropriatezza; • per il personale del Comparto (caposala) si valuterà la gestione delle scorte.
-----------------------	--

Fra gli obiettivi di Dipartimento:

Sviluppo di aree comuni	Specializzazione per linee di attività (es. Ortopedia)
	Gestione sala operatoria
	Attivazione letti sub-acuti
	Attivazione MAC
	Chirurgia robotica e VLS

Fra gli obiettivi Aziendali:

Ferie	Riduzione dell'eccedenza maturata in passato
Analisi Organizzativa	Revisione dell'organizzazione dei singoli CdR alla luce delle riorganizzazioni intervenute negli ultimi due anni

Fonte: AO S. Anna

portata del cambiamento in atto, ma non sono mancate le resistenze: nello specifico, nella fase di preparazione all'adozione del nuovo modello organizzativo (dall'accordo di programma del 2005 al trasferimento nella nuova struttura), i principali *sponsor* del cambiamento sono stati la direzione aziendale e il personale infermieristico, che ha saputo cogliere la sfida posta dalla scelta di organizzare per intensità di cura il presidio di Como.

A due anni dal trasferimento nella nuova struttura, dal punto di vista dei meccanismi operativi, bisogna operare ancora molti cambiamenti, ma la *sponsorship* forte da parte del nuovo direttore di presidio e la sensazione di una sostanziale irrevocabilità del modello implementato aprono una concreta possibilità all'adozione di sistemi di programmazione maggiormente aderenti alla logica per intensità di cura e finalmente orientati alla pianificazione e al governo delle attività.

19.4.3 L'AO Legnano, Abbiategrasso, Cuggiono e Magenta

L'Azienda Ospedaliera di Legnano, Abbiategrasso, Cuggiono e Magenta parte del Sistema Sanitario Lombardo è articolata su due presidi ospedalieri dotati di autonomia gestionale: il presidio di Legnano – Cuggiono ed il Presidio di Magenta – Abbiategrasso ed è, complessivamente, dotata di più di 1.000 posti letto. L'azienda nel 2010 ha erogato attività pari a circa 31.000 ricoveri ordinari e pari a circa 30.000 giornate di presenza in *Day hospital*¹⁴.

L'organizzazione aziendale si basa, in linea con quanto disciplinato dalla LR 31/97, su un assetto dipartimentale che, alla luce del POA (2008) e con esclusivo riferimento all'area sanitaria, individua i seguenti:

- ▶ Dipartimento Cardiovascolare;
- ▶ Dipartimento di Area Chirurgica
- ▶ Dipartimento dei Servizi;
- ▶ Dipartimento dell'Urgenza Emergenza;
- ▶ Dipartimento Materno Infantile;
- ▶ Dipartimento di Area Medica;
- ▶ Dipartimento Oncologico;
- ▶ Dipartimento di Salute Mentale;
- ▶ Dipartimento Servizi Speciali.

Nel 2006, l'azienda ha avviato il processo di costruzione del nuovo Ospedale di Legnano, processo che si è concluso dopo 4 anni. Il nuovo ospedale è dotato di 550 posti letto, di 19 sale operatorie, di 5 sale endoscopiche, di 20 postazioni di rianimazione e terapia intensiva post operatoria, di 7 postazioni di terapia intensiva coronarica.

¹⁴ Il dato è frutto di un'elaborazione dei dati statistici ufficiali di regione Lombardia.

Il progetto strutturale ha optato per una costruzione tecnologicamente avanzata studiata per accogliere, nel migliore dei modi, i pazienti. La costruzione formata da edifici bassi con un'altezza massima non superiore a quella della vegetazione arborea circostante, da corti e piazze che ricalcano il modello della cascina lombarda è suddivisa in dipartimenti che assicurano contiguità spaziale tra le aree di maggiore interazione. Al nuovo ospedale, sono stati applicati i più moderni criteri di efficienza energetica, in modo da perseguire anche finalità di ordine extra istituzionale quali quelle collegate alla salvaguardia dell'ambiente.

Le finalità associate al progetto di innovazione strutturale/organizzativa sono riassumibili nella volontà di perseguire una maggiore vicinanza alle esigenze dei pazienti con particolare riguardo agli aspetti relativi a:

- ▶ l'umanizzazione dei processi assistenziali;
- ▶ il perseguimento di alti livelli di qualità indispensabili al fine di soddisfare i diversificati e complessi bisogni di salute;
- ▶ l'appropriatezza e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse ed in particolare della tecnologia sanitaria connesse all'applicazione di innovativi modelli organizzativo-gestionali;
- ▶ l'adozione di un assetto organizzativo fondato sui processi di cura e non sulle funzioni specialistiche;
- ▶ il perseguimento di migliori livelli di comfort e di ergonomia sia per i pazienti, sia per gli operatori sanitari;
- ▶ la maggiore flessibilità garantita dall'assetto modulare, sia rispetto ai servizi sanitari che rispetto alla morfologia distributiva funzionale degli spazi;
- ▶ la riduzione dei percorsi e l'ottimizzazione dell'integrazione tra le varie funzioni sanitarie.

In sintesi la realizzazione del nuovo ospedale di Legnano ha perseguito il superamento dell'organizzazione funzionale per dare spazio a un'organizzazione per intensità di cure (aree a diversa complessità) e a una gestione per processi (percorsi di diagnosi e cura). Il nuovo modello di ospedale è stato pensato collocando la persona al centro dell'attività e, quindi, immaginando che la persona rimanga ferma e, intorno a lei, si muova l'organizzazione ospedaliera.

Nello specifico sono stati individuati tre ambiti di aggregazione delle aree di attività che sono rispettivamente:

- ▶ un primo livello di area critica (medicina d'emergenza, terapie intensive, terapie sub intensive come *stroke unit*);
- ▶ un secondo livello di area degenza (degenze chirurgiche, degenze mediche e degenze materno infantile);
- ▶ un terzo livello a ciclo diurno.

La Figura 19.5 fornisce indicazioni specifiche sull'assetto logistico ed organizzativo dell'Ospedale di Legnano.

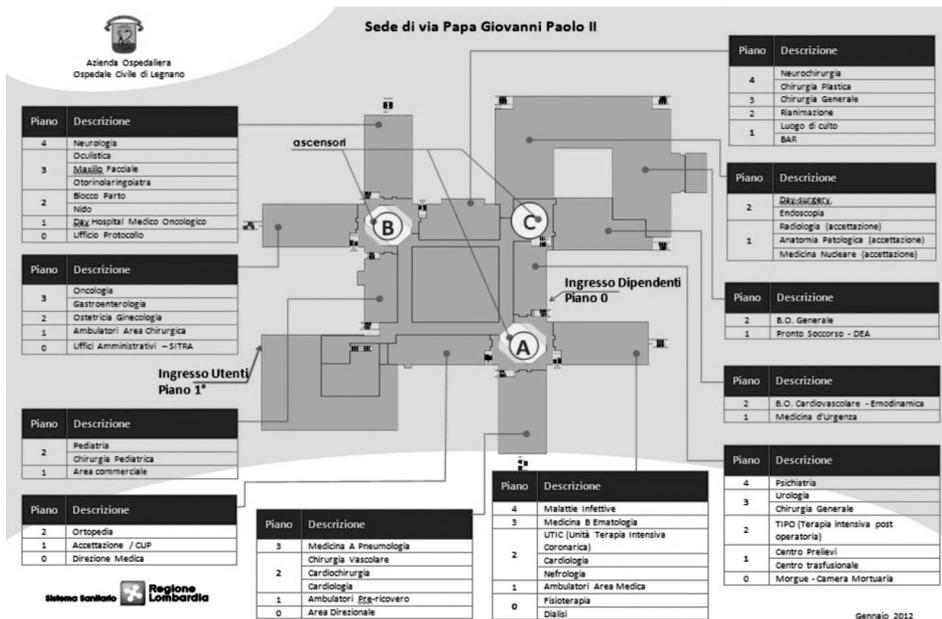
Il processo di cambiamento ha visto, tra gli altri fattori, l'introduzione di due nuove figure professionali: il medico tutor con responsabilità di presa in carico del paziente e dell'intero percorso assistenziale; l'infermiere referente, con responsabilità dell'assistenza al paziente e dei risultati del progetto assistenziale.

Il rinnovamento organizzativo si è, infine, fondato sulla costante ricerca dell'integrazione tra ospedale e territorio tramite l'affiancamento continuo garantito dagli specialisti ospedalieri ai Medici di Medicina Generale e ai gruppi di cure primarie finalizzato alla consistente riduzione dei ricoveri impropri (Zopini, 2010).

Con riferimento al sistema di programmazione e controllo di gestione l'azienda si è da tempo dotata di un consolidato sistema di tipo tradizionale.

L'azienda, con propria delibera (la cui ultima revisione è del settembre 2010) ha formalizzato un piano delle aree di responsabilità. I CdR sono stati individuati in corrispondenza di più livelli organizzativi ed in particolare in corrispondenza del livello dipartimentale, delle articolazioni organizzative strutturali autonome (ex unità operative), delle articolazioni organizzative strutturali multidisciplinari (blocco operatorio, *day hospital/surgery* aziendale, area poliambulatoriale, ecc.).

Figura 19.5 **L'organizzazione dell'ospedale di Legnano**



Fonte: Carta dei Servizi Azienda Ospedaliera Legnano

I CdR rappresentano il focus principale del sistema di contabilità direzionale aziendale, sistema che è regolamentato da uno specifico manuale aggiornato al 2010 e che consente di rilevare anche altri oggetti di costo (libera professione, ritenuta di interesse per la sua elevata rilevanza economica; file F; assistenza domiciliare per i pazienti oncologici, cronici e psichiatrici).

Il sistema di contabilità analitica, con riferimento ai CdR rileva i costi diretti focalizzandosi sui fattori produttivi inerenti: il personale, i consumi, l'acquisto di servizi, le manutenzioni delle attrezzature. Tutti i suddetti fattori produttivi sono valutati al costo effettivo anche in relazione alla integrazione del piano dei conti di Contabilità Analitica con il piano dei conti della Contabilità Generale economico-patrimoniale ed alle indicazioni regionali in merito alla rilevazione dei costi. L'azienda è dotata di un sistema di budget nell'ambito del quale la formulazione degli obiettivi è inserita in un contesto di programmazione generale aziendale pluriennale che è attualmente fondato sulle indicazioni regionali e che sarà in prospettiva basato sul piano delle performance aziendali a valenza pluriennale.

Sotto il profilo strettamente organizzativo la valutazione degli obiettivi di budget, inizialmente attribuita ad un Comitato Budget, è attualmente delegata alla direzione sanitaria, alla direzione amministrativa, ai direttori di dipartimento ed al controllo di gestione.

Il processo di budget viene avviato con una riunione di presentazione delle linee guida regionali ai direttori di dipartimento. In tale sede vengono anche fornite indicazioni puntuali sulle disponibilità finanziarie e sugli obiettivi di interesse aziendale. Ai direttori di dipartimento è demandata, inoltre, la ricognizione delle attrezzature e del fabbisogno di investimenti in tecnologia sanitaria. Il processo prosegue con l'effettuazione di specifiche riunioni nell'ambito delle aree dipartimentali.

I CdR di livello inferiore (le Unità Operative) compilano la scheda di budget congiuntamente con il responsabile dei CdR di livello superiore (dipartimenti) per giungere alla definizione di un budget unitario di CdR di livello superiore da negoziare, successivamente, a livello aziendale.

Le schede di proposta di budget sono oggetto di valutazioni inerenti l'equilibrio economico, la coerenza con i piani e programmi aziendali e con i trend attesi sull'attività; l'integrazione degli obiettivi.

In merito, infine, al sistema di reporting aziendale si segnala come questo abbia come destinatari privilegiati la direzione ed i responsabili di CdR ai quali vengono inviati su base sistematica e con periodicità predefinita report inerenti: l'utilizzo dei fattori produttivi, l'andamento dell'attività, i flussi specifici sul personale (presenze-ferie), l'efficacia dei dati di attività secondo i NOC a seguito dell'esito delle ispezioni interne e la percentuale di abbattimenti e perdite da loro generate, la qualità in relazione a quanto definito dalle specifiche politiche aziendali.

La riorganizzazione del Nuovo Ospedale di Legnano per aree omogenee di intensità di cura ha portato alla costituzione di un assetto organizzativo aziendale che può essere definito un ibrido. Se, in effetti, nel Nuovo Ospedale di Legnano si è verificata una riorganizzazione delle attività, altrettanto non è avvenuto negli altri presidi e ciò ha condizionato il complessivo processo di cambiamento sia a livello di assetto organizzativo, sia a livello di assetto del sistema di programmazione e controllo di gestione.

Nel nuovo ospedale di Legnano si sono attivate delle aree comuni di degenza in alcune unità operative quali ad esempio: la degenza inter-divisionale ad alta intensità di area chirurgica; la degenza inter-divisionale di media intensità; Per gli altri presidi si è, invece, mantenuto il modello organizzativo preesistente procedendo ad ulteriori accorpamenti delle unità operative secondo il modello e la logica dipartimentale.

Il cambiamento è stato, quindi, parziale ed ha determinato, un altrettanto parziale cambiamento nell'assetto del sistema di programmazione e controllo di gestione.

L'analisi sotto il profilo strutturale del sistema di controllo evidenzia, infatti, l'attivazione, in corrispondenza delle nuove aree di attività, di altrettanti nuovi centri di responsabilità che si sono affiancati a quelli già esistenti.

L'implementazione del nuovo assetto organizzativo aveva, inoltre, in una fase iniziale, stimolato anche una revisione più forte degli oggetti di misurazione. Si voleva passare a misurare l'efficienza non delle singole unità organizzative, ma delle tipologie di processi di diagnosi e cura riorientando il sistema in una logica di processo piuttosto che in una logica di struttura.

Il progetto di modifica del sistema di controllo era, quindi, rilevante ambizioso e fortemente innovativo in una logica coerente con il nuovo assetto delle responsabilità implicito nel modello assistenziale implementato.

Ogni processo di cambiamento si qualifica sempre per essere lungo e difficoltoso in quanto destinato a sciogliere nodi da tempo consolidati.

Nel caso del Nuovo Ospedale di Legnano, in una fase immediatamente successiva all'implementazione del nuovo modello organizzativo, l'emergere di alcuni fattori interni ed esterni all'azienda ha seriamente condizionato il processo di cambiamento che si è fortemente rallentato.

Sul fronte interno si è assistito all'emergere di fortissime resistenze da parte dei professionisti al cambiamento organizzativo che ha finito per compromettere anche il cambiamento del sistema di controllo. Si è constatata una decisa preferenza dei clinici per l'assetto funzionale classico piuttosto che per l'organizzazione per intensità di cura la cui applicazione, nei fatti, si è limitata alla riorganizzazione del blocco operatorio ed alla riorganizzazione delle attività di competenza assistenziale infermieristica piuttosto che alle attività cliniche.

Sul fronte esterno, il ri-orientamento del sistema di programmazione e controllo si è scontrato con specifici adempimenti nei confronti della Holding Regionale.

Ci si riferisce in particolare alle rendicontazioni periodiche regionali che hanno come oggetto di analisi le attività delle singole Unità Operative.

L'azienda si è trovata nell'esigenza di adempiere a due finalità contrastanti in termini di misurazione. Le esigenze di rendicontazione regionale hanno prevalso. Ciò non solo ha impedito la costruzione di un sistema di misurazione dei costi orientato ai processi piuttosto che alle attività, ma ha anche aumentato la complessità di gestione del sistema di misurazione ed il relativo costo di funzionamento.

Inizialmente, infatti, rimanendo orientati alla misurazione per aree di responsabilità, si era iniziato a modificare il sistema di rilevazione in coerenza con il nuovo assetto del sistema di responsabilità individuato nell'ambito del Nuovo Ospedale di Legnano. Si erano così individuati nuovi CDR e si era iniziato a modificare il sistema di rilevazione dei dati economici così come delle altre misure di performance con l'obiettivo, da perseguirsi progressivamente e con gradualità, di attivare un sistema di responsabilizzazione per processi integrato al precedente ed in grado di favorire innovative modalità di governo clinico ed economico.

Le modifiche attuate al sistema non erano, però, idonee a rispettare il debito informativo nei confronti di Regione Lombardia. In particolare, la rilevazione delle grandezze economiche inerenti i costi diretti (beni di consumo, personale e altri costi) coerente con la nuova struttura organizzativa e con il nuovo assetto delle responsabilità dell'Ospedale di Legnano, rendeva necessarie nuove elaborazioni di dati per adempiere alle richieste di rendicontazione esterna.

Si è così verificata una situazione quasi paradossale. Per rispettare i requisiti informativi esterni l'azienda ha dovuto procedere ad un processo di imputazione inversa dei costi dai nuovi CdR, definiti in accordo con il nuovo assetto organizzativo, ai precedenti CdR, definiti secondo la classica logica organizzativa funzionale/dipartimentale.

In estrema sintesi si sono creati ed attivati i nuovi CdR per poi, successivamente, ricostruire a livello delle precedenti Unità Operative le informazioni inerenti i costi e le attività.

L'esigenza di adempiere alle rendicontazioni esterne, peraltro comune ai tre ospedali che a livello regionale hanno implementato il modello di organizzazione per intensità di cura (Legnano, Vimercate e Como), ha, indotto a mantenere la preesistente articolazione del sistema di programmazione e controllo.

Ciò ha determinato un sostanziale disallineamento tra assetto organizzativo e assetto del sistema di programmazione e controllo che ha rinforzato le resistenze al perseguito cambiamento nel modello organizzativo rallentando (se non addirittura impedendo) nei fatti l'intrapreso processo di innovazione.

Resistenze dei professionisti e rilevanza della rendicontazione esterna hanno, nel caso esaminato, rappresentato fattori di resistenza che si sono rivelati efficaci ostacoli del processo di cambiamento e che, con riferimento al sistema di pro-

grammazione e controllo di gestione hanno, al momento, determinato una sua sostanziale invarianza rispetto all'assetto organizzativo precedente.

Dagli sforzi e dalle energie che sono (e saranno in futuro) state messe in campo dalla direzione aziendale dipenderà l'evoluzione futura del sistema.

19.5 Discussioni

La discussione dei casi prende spunto dalle riflessioni presentate nel § 19.3.1 ed, in particolare, ha come riferimento la Tabella 19.1.

L'analisi dei tre casi aziendali evidenzia come vi siano tre tensori che caratterizzano queste innovazioni:

- ▶ la volontà da parte del top management, alla luce della disponibilità di una nuova sede ospedaliera, di introdurre modalità organizzative innovative;
- ▶ la disponibilità dal personale infermieristico e assistenziale ad assumere un ruolo rilevante di presa in carico del paziente e di avviare, magari rafforzare, il rapporto di collaborazione con il personale medico;
- ▶ la volontà di sviluppare parallelamente un sistema di responsabilizzazione per processi sul modello ABB e/o ABM.

In tutti e tre i casi i primi due tensori sono presenti, mentre il terzo, quello legato a logiche di *Activity based budgeting* e *Activity based management* è presente, grazie al lavoro portato avanti nel corso del tempo¹⁵, in maniera completa, nel caso dell'AUSL di Bologna e, solo parzialmente, nel caso dell'AO di Como.

In due casi su tre (Porretta e Como) il sistema di programmazione e controllo delinea i livelli di responsabilizzazione sulla base di una logica matriciale pluridimensionale (matriciale a Porretta e tridimensionale a Como), in cui le responsabilità vengono suddivise tra le aree di intensità assistenziale e le strutture dipartimentali (e/o le UU.OO.). Questo rende evidenti due aspetti fondamentali: (i) i sistemi operativi mostrano, rispetto ai processi di riorganizzazione, tempi di cambiamento più lunghi; (ii) non sempre la modifica dei meccanismi operativi genera un perfetto allineamento tra i meccanismi stessi e i criteri che hanno guidato i cambiamenti organizzativi. Il ritardo è in parte fisiologico, quanto meno nella misura in cui si chiede ai sistemi di P&C di leggere innovazioni complesse, e in parte dovuto, come nei di Como e Legnano, all'azione di *stakeholder* di livello sovraordinato (la regione), che richiedono un'impostazione dei sistemi di contabilità direzionale poco consona al nuovo modello organizzativo e che prevedono l'adozione di un sistema di rilevazione dei dati di costo e di attività per

¹⁵ Nel corso degli anni '90 sono stati avviati progetti sperimentali di reparti a gestione infermieristica, sviluppati con un buon grado di successo.

unità operativa. Questo ha indubbiamente condizionato negativamente il processo di cambiamento del sistema di controllo e spiega in larga parte anche il non allineamento tra meccanismi operativi e modelli organizzativi.

In merito al governo dei fattori produttivi, i tre casi analizzati evidenziano soluzioni eterogenee, che corrispondono a tutte le ipotesi di studio formulate e precisamente: a Porretta, titolari del governo dei fattori produttivi sono le aree di intensità di cura, a Legnano, il sistema di contabilità direzionale è sostanzialmente centrato su dipartimenti /UU.OO, mentre a Como si è scelto di integrare le due logiche e di optare per un modello misto, in cui, a seconda dell'utilizzo dei fattori produttivi, la responsabilità degli stessi può essere assegnata sia alle articolazioni organizzative (UU.OO. o dipartimenti) sia alle aree di intensità assistenziale. I differenti approcci sono probabilmente l'esito, nei tre casi, del diverso potere organizzativo dei professionisti medici, del diverso ruolo esercitato dai direttori delle UU.OO¹⁶ e, più in generale, dall'esistenza di regole codificate (ad esempio, linee guida regionali) in grado di condizionare il processo di cambiamento dei meccanismi operativi.

Il sistema di budget è inteso in modo tradizionale a Legnano, è in costante movimento a Como (parte in maniera tradizionale, ma si sta evolvendo verso un modello *activity-based*), mentre l'AUSL di Bologna utilizza come riferimento per l'assegnazione degli obiettivi i numerosi PDTA elaborati a livello aziendale (si noti, inoltre, che a Bologna non si utilizza un sistema di contabilizzazione dei costi per UU.OO., in parte poiché si è scelta processo una logica di responsabilizzazione spostata sulla dimensione del governo clinico e in parte poiché le limitate dimensioni della struttura consentono un presidio delle risorse a livello centrale).

Dall'analisi dei tre casi emerge con forza l'obiettivo congiunto delle aziende analizzate di rileggere all'interno dei meccanismi operativi la scelta, implicita nel modello organizzativo per intensità di cura, di riportare il paziente al centro del processo di assistenza (anche grazie ad un progressivo maggiore coinvolgimento del personale infermieristico, che si fa carico di tutta la gestione assistenziale): ciò può dirsi efficacemente completato a Porretta, mentre Como e (in misura maggiore) Legnano sono ancora esperienze incompiute in tal senso.

La Tabella 19.3 sintetizza quanto emerso nella descrizione dei casi (§ 19.4) e presenta il posizionamento rispetto agli elementi di analisi dei tre casi aziendali esaminati.

In termini di spinta al cambiamento, si evidenzia come solo a Porretta si sia cercato di generare una diffusa condivisione del cambiamento (sia del modello organizzativo che dei sistemi di P&C), mentre sia a Legnano che a Como l'innovazione (organizzativa e gestionale) è stata implementata con logica top-down, il che può aver in parto generato un minor livello di consenso. In tutti i casi la

¹⁶ Nell'Ospedale di Porretta i direttori delle UU.OO. sono tutti facenti funzione.

Tabella 19.3 **La rilettura sinottica dei casi**

Dimensione di analisi	Ospedale di Porretta	AO di Como	AO di Legnano
Spinta al cambiamento	Mista	Top-down	Top-down
Area di applicazione	Stabilimento	Presidio	Presidio
Governo dei fattori produttivi	Aree di intensità di cura	Misto	Dipartimenti / UU.OO
Unità di responsabilità	Dipartimenti / UU.OO.	Area e Dipartimenti / UU.OO.	Dipartimenti / UU.OO
Sistema di Budget	Per processo	Misto	Tradizionale

scelta del modello per intensità assistenziale si applica su una parte dell'azienda, ovvero un singolo ospedale nell'ambito di contesti che prevedono l'esistenza di più presidi e/o stabilimenti: questo implica il contenuto fortemente «sperimentale» delle innovazioni introdotte.

D'altra parte, proprio tale aspetto non rende possibile (a meno del caso di Porretta e probabilmente anche grazie alle sue ridotte dimensioni) una rivoluzione dei sistemi di controllo che, per rispettare il principio della globalità e unitarietà d'azienda, si trovano a dover scegliere come oggetti di localizzazione delle risorse pool che derivano da modelli organizzativi profondamente differenti. Questo si riflette in una scelta dei livelli di responsabilizzazione che in parte sono quelli tipici dei sistemi di P&C tradizionali (le articolazioni organizzative) e in parte aggiungono nuovi livelli di responsabilizzazione, nel tentativo di rispettare il principio di focalizzazione del sistema.

Ancora una volta, è in parte proprio da questo che discende un'impostazione non lineare (e a volta disallineata) del sistema di budget, che tende a essere riletto secondo una logica pluridimensionale.

19.6 Conclusioni

L'analisi dei casi non può essere considerata esaustiva né esportabile sull'intera popolazione, ma permette di effettuare alcune considerazioni più generali rispetto alla lettura sinottica delle esperienze analizzate (§ 19.4). Queste considerazioni potranno rappresentare lo spunto per future iniziative di ricerca estese a campioni più ampi.

Un tratto interessante, comune a tutte le esperienze e coerente con le indicazioni della letteratura, è il riconoscimento dell'importanza di allineare al nuovo assetto organizzativo i sistemi di programmazione e controllo aziendali e la volontà (condivisa tra *top management* e *staff* aziendali) di procedere in tal senso. Allo stato attuale questo fenomeno si è realizzato solo nel caso dell'ospedale di Porretta, che ha concretamente implementato cambiamenti sia nell'assetto del sistema di controllo, sia nell'oggetto di analisi, sia nelle modalità di definizione degli obiettivi, pur non avendo ancora concluso il processo.

Nel caso dell'AO di Como, il riallineamento è stato solo parziale e si è tradotto nella creazione di un nuovo livello di rilevazione e responsabilizzazione che non si sostituisce ai precedenti, ma li integra. Anche nell'AO di Legnano, quanto meno nella fase iniziale, l'azienda ha avviato una ridefinizione dell'assetto delle responsabilità (che avrebbe, in questo caso, sostituito il precedente sistema di CdR) e l'affiancamento, alle responsabilità di struttura, delle responsabilità di processo.

Tuttavia, nel caso dell'AO di Legnano, le finalità di cambiamento sono state progressivamente indebolite dall'emergere di forti fattori di resistenza: uno di questi fa riferimento alle politiche di rendicontazione regionali, mentre un altro è legato alla gestione dei rapporti con i professionisti medici che, oltre a mostrare le consuete resistenze al cambiamento organizzativo e alle diverse modalità operative di svolgimento dei processi clinici, hanno fatto fatica a riconoscersi in un sistema di controllo non adeguatamente rappresentativo del mutato modello. Entrambe queste dinamiche sono riscontrabili anche nel caso dell'AO di Como: la prima è ancora presente e condiziona (e complica) il funzionamento del sistema di programmazione e controllo in termini di efficienza (in una fase iniziale, il collocamento del 97% dei beni di consumo sanitari in CdC comuni ha determinato un maggior costo degli stessi) e efficacia (capacità di rappresentare le responsabilità in maniera appropriata e condivisa da tutti i livelli oggetto di responsabilizzazione), mentre la seconda è stata in parte superata (oltre che attraverso investimenti infrastrutturali, tecnologici e in formazione, che hanno consentito di mitigare le forti resistenze culturali e professionali al cambiamento) mediante l'inserimento di ulteriori livelli di rilevazione e responsabilizzazione all'interno del sistema di P&C.

Chiaramente, nella lettura sinottica dei casi non si può non tenere in considerazione le differenti dimensioni delle tre realtà analizzate, che sicuramente hanno rappresentato un importante fattore in grado di influenzare l'efficacia del governo del processo di cambiamento e i tempi di riallineamento dei sistemi di programmazione e controllo: le dimensioni dell'ospedale di Porretta sono assimilabili, in termini di PL, a quelle di un reparto o di un dipartimento di una delle altre due esperienze analizzate, il che semplifica in maniera significativa la gestione del processo.

In tal senso, non appare casuale la scelta dell'AUSL di Bologna di sperimentare il nuovo modello organizzativo in uno dei suoi presidi di minori dimensioni al fine di utilizzare i risultati di questa esperienza per istruire il proprio processo decisionale relativo all'estensione del modello a tutti i suoi presidi e alle variabili da presidiare in termini di adattamento dei meccanismi operativi. Nel caso dell'AO di Como e di Legnano, le opportunità connesse alla ristrutturazione edilizia hanno portato alla scelta contraria, ovvero sperimentare il modello nell'ambito dei presidi ospedalieri più importanti e più grandi delle due aziende, il che ha generato molteplici elementi di criticità, in primis quelle connesse alla

gestione di processi complessi, resi dal nuovo assetto organizzativo ancora più integrati e interdipendenti, pertanto sempre più complessi da isolare nell'ambito dei meccanismi di P&C.

Le esperienze dell'AO di Como e dell'AO di Legnano sembrano essere la trasposizione, su larga scala, del caso dell'ospedale di Porretta: parallelamente alla valutazioni che l'AUSL di Bologna sta conducendo in merito all'estensione del modello sugli altri presidi aziendali, la Regione Lombardia si sta interrogando circa la reale possibilità di estendere il modello di ospedale per intensità di cura, da una prima fase sperimentale, prevalente nelle strutture di nuova costruzione, ad un numero sempre più ampio di reparti, dipartimenti o intere strutture ospedaliere. Proprio sulla base delle esperienze avviate, nel PSSR 2012-2014, la Regione evidenzia come sia opportuno, in tal senso, un'attenta verifica del reale impatto di questa riorganizzazione intraospedaliera che permette, in linea teorica, la separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico e che quindi dovrebbe consentire di gestire in modo flessibile gli organici infermieristici e le risorse e di riposizionare la professionalità del medico sull'efficacia delle cure e sul rapporto con il paziente (Ferrè et al., 2011). Tuttavia, valutazioni di questo tipo saranno possibili solo nel momento in cui i sistemi di P&C riusciranno a dare concreta e corretta evidenza del più efficiente utilizzo degli organici infermieristici e delle tecnologie, nonché di una maggiore efficacia delle prestazioni erogate.

Proprio il ruolo della Regione Lombardia appare cruciale nello spiegare il ritardo e la criticità nella gestione del processo di cambiamento del sistema P&C a Como e Legnano. È evidente, in questi casi, che si è generato un disallineamento temporale e di contenuto del cambiamento: a parità di soggetto istituzionale (la Regione) si verificano due spinte contrapposte che derivano da indicazioni progettate in tempi diversi (la scelta del modello per intensità di cura e le linee guida sui sistemi di contabilità analitica tradizionale) e con contenuti differenti (il modello per intensità di cura mette a fattore comune le risorse che sono coinvolte nei processi assistenziali, ma le linee guida sui sistemi di contabilità analitica riportano le stesse risorse sotto la responsabilità delle UU.OO.). Chiamamente questo fenomeno non può che indebolire i meccanismi di P&C e rallentare il loro effettivo riallineamento: nel momento in cui le regole di contabilità analitica prescrivono di rilevare attività e risorse con riferimento a CdC che rappresentano parti di articolazioni organizzative non più esistenti, un buon funzionamento del sistema imporrebbe, per molte delle risorse utilizzate, tre rilevazioni contabili contestuali. Si prenda in considerazione l'esempio dei costi delle consulenze esterne: nel momento in cui vengono attivate bisognerebbe rilevare (i) nel sistema di contabilità generale, un acquisto di servizi; (ii) nel sistema di contabilità analitica con finalità di rendicontazione regionale, un consumo di servizi a carico dell'U.O. richiedente e (iii) nel sistema di contabilità analitica aziendale, un consumo di servizi a carico dell'area in cui è collocato il paziente

per il quale viene richiesta la consulenza. Inoltre, appare evidente che le rilevazioni (ii) e (iii) non possano essere riconciliate in maniera automatica dal sistema informativo, ma abbiano bisogno di tre codifiche differenti (ad esempio, non vi è possibilità di ricondurre, sistematicamente, l'U.O. richiedente al settore di utilizzo della consulenza).

Inoltre, al di là delle indicazioni regionali, appare evidente che è necessario scardinare le logiche di progettazione dei sistemi di P&C tradizionali al fine di consentire una chiara definizione delle responsabilità su tutti gli elementi (input, processi e output) che compongono le prestazioni sanitarie. Se così non fosse, qualunque scelta di assegnazione e operazionalizzazione di obiettivi (di efficacia, efficienza, qualità, ecc...) risentirebbe della difficoltà di isolare in maniera univoca i livelli di responsabilizzazione (di input, processo e output). Se non si trova il modo di risolvere questo passaggio, il rischio, come emerge, sebbene con intensità differente, dai tre casi, è che forze contrarie al nuovo modello organizzativo (ad esempio i clinici) utilizzino l'inadeguatezza dei sistemi di controllo come mezzo per rallentare il cambiamento o, addirittura, revocarlo.

In tale prospettiva, si apre lo spazio per futuri lavori di ricerca finalizzati a indagare, in maniera sistematica, quali sono le condizioni di efficacia nel cambiamento dei sistemi di controllo in presenza di mutamenti significativi nei modelli organizzativi aziendali, quale è, di fatto, l'adozione del modello per intensità di cura.

Bibliografia

- Airoldi G. (1980), *I sistemi operativi*, Milano, Giuffrè.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- 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*, Milano, EGEA.
- Balachandran B.V., Balachandran S.V. (2005), «Cost culture through cost management maturity model», *Cost Management*, 19 (6).
- Bensa G., Prenestini A. e Villa S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Bergamaschi M., Lecci F., Morelli M. (2010), «Strategic Cost Management e aziende sanitarie», *RIREA*, 1.
- Burns J., Baldvinsdottir G. (2005), «An institutional perspective of accountants' new roles: the interplay of contradictions and praxis», in *European Accounting Review*, vol. 14, n. 4, pp. 725-757.

- Carbone C., Cosmi L., Lega F. e Salvatore D. (2006), «Ricognizione sullo stato dell'arte e sulle tendenze della normativa regionale in materia di organizzazione delle aziende sanitarie», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 25-32.
- Casati G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, Mc-Graw Hill.
- Cavalluzzo, K. S., Ittner, C. D (2003), «Implementing performance measurement innovations: evidence from government», *Accounting Organizations and Society*.
- Casati G, Vichi C (eds) (2002), *Il percorso del paziente in ospedale*, Milano, Mc-Graw Hill.
- De Pietro C., Benvenuti C. e Sartirana M. (2011), «Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in *Mecosan*, 46.
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, EGEA.
- DiMaggio P.J Powell W.W. (1983) «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields» *American Sociological Review* Vol. 48, (2), pp. 147-160
- Dossi A. (2010), «Prefazione», in A. Bhimani, A, Caglio, A. Ditillo, M. Morelli, *Performance management*, Milano, EGEA.
- 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.
- Hansen D.R., Mowen M.M. (2006), *CM: Accounting and Control*, Thomson South-Western.
- Huberman A.M, Miles M.B. (1994), *Qualitative data analysis*, Thousand Oaks, Sage.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992), The balance score card: measures that drive performance, *Harvard Business Review*, Boston, Jan-Feb.
- Lamanna O. (2007), «Il Nuovo Ospedale di Mestre: un ospedale senza divisioni», *Salute e Società*, I(3), pp. 131-139.
- Lecci F., Longo F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano EGEA.
- Lecci F., 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.

- Lega F. (2005), *Organizational design and development for healthcare services. Foundations and perspectives*, Milano, McGraw-Hill.
- Lega F. e De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Lega F., Mauri M. e Prenestini A. (a cura di) (2010), *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Milano, EGEA.
- McKe M. e Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham, Open University Press.
- Nicosia F. (2008), *L'ospedale snello: per una sanità a flusso controllato e intensità di cure*, Milano, Franco Angeli.
- Orlandi W., Duca E. e Pioppo M. (2006), «L'ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multispecialistica: l'esperienza dell'Azienda Usl n. 3 dell'Umbria», *Organizzazione Sanitaria*, 4, pp. 35-40.
- Pettigrew A. M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», in *Organization Science*, vol. 1, n. 3, pp. 267-292.
- Rugiadini A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Milano, Giuffrè.
- Seiler J. A. (1976), *Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo*, Milano Etas.
- Shank J. K., Govindarajan V. (1993), *SCM. The new tool for competitive advantage*, New York, The Free Press.
- Silvestro A. et al (2009): «*La complessità assistenziale*» McGraw- Hill, Milano.
- Yin R.K. (1994), *Case Study research: design and methods*, Sage, London.
- Zoppini L. et. Al (2010), *L'organizzazione dell'ospedale moderno. Studio di riorganizzazione dell'attività chirurgica dell'A.O. Ospedale civile di Legnano secondo il modello hub & spoke e per intensità di cura*», in «Organizzazione Sanitaria» N. 3/2010.