

I CAMBIAMENTI ISTITUZIONALI ED I SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI IN UN'AZIENDA OSPEDALIERA

Negli ultimi decenni i sistemi di controllo sono stati sottoposti a diversi cambiamenti nell'ottica di soddisfare sempre di più le esigenze di economicità e produttività delle aziende ospedaliere. L'introduzione o i cambiamenti nei sistemi di controllo sono spesso determinati dalle forze istituzionali esterne. In tali contesti di cambiamento, le aziende ospedaliere si vedono costrette all'adozione dei nuovi strumenti o ad apportare cambiamenti a quelli già in uso al fine di rispettare i vincoli normativi. A prescindere dall'aspetto della formale adozione o cambiamento dello strumento, all'interno dell'organizzazione la convergenza o la divergenza tra le logiche manageriali e professionali diviene la chiave di lettura per spiegare il successo o l'abbandono dello strumento di controllo introdotto. Il presente lavoro analizza gli effetti dei cambiamenti istituzionali sui sistemi informativi aziendali mediante la presentazione di un caso di un'azienda ospedaliera operante nel Sud Italia.

Introduzione

Negli ultimi decenni le aziende ospedaliere sono state oggetto di numerosi interventi normativi dettati dai programmi dei governi regionali e nazionali che hanno comportato l'introduzione o dei cambiamenti negli strumenti di controllo delle aziende ospedaliere. In particolare, tali cambiamenti hanno dato inizio ad un vero e proprio processo di aziendalizzazione con l'obiettivo di diffondere i principi aziendali all'interno delle organizzazioni pubbliche, orientando la gestione di quest'ultime verso: il raggiungimento di elevati livelli di efficacia, efficienza ed economicità, rispettando i vincoli di bilancio attraverso l'equilibrio costi e ricavi; e lo sfruttamento ottimale delle risorse, rispettando i livelli di qualità ed equità delle prestazioni sanitarie rese ai pazienti.

Data la complessità che caratterizza le aziende sanitarie, è necessario, al fine di saper interpretare

i fenomeni del cambiamento, leggere l'organizzazione per somma di parti definendo il graduale coinvolgimento di tutte le componenti del sistema.

Diversi contributi in *management accounting* hanno messo in evidenza come il comportamento economico delle organizzazioni sia influenzato dalle istituzioni sociali (Scapens, 1994). Infatti, le organizzazioni competono non solo per le risorse e per i clienti, ma anche per il potere politico e la legittimazione istituzionale e sociale (DiMaggio e Powell, 1983). Pertanto, le organizzazioni sono guidate dalle proprie regole, dalle aspettative dell'ambiente di riferimento, dai modelli cognitivi degli attori organizzativi (Scott, 2001) e dalle credenze collettive oggettive (logiche istituzionali).

Gli studi che adottano una prospettiva istituzionale si focalizzano sull'analisi delle interdipendenze sociali e culturali che rendono le organizzazioni un elemento di una rete inter-organizzativa o in generale di sistemi culturali più ampi (Scott, 2001; DiMaggio e Powell, 1983). In particolare, facendo riferimento ai contributi che hanno analizzato i cambiamenti nei sistemi di controllo, Abernethy e Chua (1996), seguendo un approccio istituzionale, hanno analizzato come i sistemi di controllo contabile interagiscono con altri elementi del sistema di controllo organizzativo nel corso del tempo; nello specifico, i due studiosi hanno esaminato il modo in cui la progettazione del sistema di controllo è influenzato dall'ambiente istituzionale, indagando il ruolo delle scelte manageriali in presenza di pressioni istituzionali.

Data la complessità delle aziende ospedaliere e gli innumerevoli cambiamenti normativi che si sono susseguiti negli ultimi decenni, il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare gli effetti sui sistemi informativi aziendali generati dai cambiamenti normativi che hanno interessato lo scambio di flussi informativi tra aziende ospedaliere e Regione.

di Daniela Ruggeri

Dipartimento di Economia e Impresa, Università degli studi di Catania

In primo luogo, si analizzeranno gli effetti dei cambiamenti istituzionali in generale sui sistemi di controllo nelle aziende ospedaliere, mettendo in evidenza come la presenza delle due logiche dominanti, quella professionale e manageriale, influenzano il successo o il fallimento di tali sistemi. In secondo luogo, saranno esaminate le caratteristiche dei sistemi informativi aziendali e dei possibili effetti generati dai cambiamenti istituzionali. In seguito, sarà presentato un caso aziendale che analizzerà l'introduzione di un nuovo sistema informativo all'interno di un'azienda ospedaliera, scelta guidata dalla necessità di assolvere ai vincoli normativi dettati dalla Regione. Infine, saranno presentate alcune riflessioni conclusive.

Gli effetti dei cambiamenti istituzionali sui sistemi di controllo nelle aziende ospedaliere

Negli ultimi decenni la rilevata carenza di produttività ed efficacia nell'espletamento delle funzioni delle aziende ospedaliere ha spinto gli attori istituzionali a modificare la gestione di tali aziende, introducendo una serie di cambiamenti normativi volti all'attuazione di un processo di aziendalizzazione delle stesse. I vari soggetti istituzionali coinvolti e le diverse logiche che ruotano attorno a tali aziende condizionano il perseguimento dell'economicità, suscitando l'interesse degli studiosi all'approfondimento delle problematiche afferenti ai cambiamenti nei sistemi di controllo, (Abernethy e Chua, 1996; Abernethy, Vagnoni, 2004; Lehtonen, 2007; Cinquini et. al., 2005; Borgonovi, 2006; Carbone e altri, 2008; 2010).

La letteratura sul *management accounting* nelle aziende ospedaliere ha analizzato i processi di cambiamento riguardanti l'introduzione di misure di *performance* (Modell, 2001), di sistemi di analisi dei costi basati sui DRG (Lehtonen, 2007), o più in generale processi di cambiamento relativi all'introduzione di un insieme di strumenti o tecniche (Kurunmaki, 2004, pag. 329) configurabili come un vero e proprio pacchetto di controllo (Abernethy e Chua, 1996, pag. 573). L'assimilazione del sistema di controllo ad un pacchetto informativo sembra particolarmente appropriata per le aziende ospedaliere in quanto si mette in evidenza come "i diversi sistemi sono spesso introdotti da diversi gruppi di interesse in

tempi diversi" (Malmi e Brown, 2008, 291). Infatti, i processi di cambiamento dei sistemi di controllo che si sono susseguiti negli ultimi decenni all'interno delle aziende ospedaliere, a livello internazionale e nazionale, possono considerarsi il risultato delle pressioni esercitate da diversi gruppi istituzionali, come Stato e Regioni, i sindacati, le associazioni di pazienti e così via. In particolare, un aspetto caratterizzante la struttura organizzativa ospedaliera, che deve essere preso in considerazione nella progettazione di un sistema di controllo, è la co-presenza di due logiche istituzionali che esercitano una notevole influenza nello svolgimento delle attività: quella manageriale, che persegue obiettivi organizzativi orientati al raggiungimento di condizioni di efficienza ed efficacia, e quella professionale, espressione del *modus operandi* del personale medico, caratterizzata da norme e regole che contraddistinguono l'etica dei medici, indirizzata al perseguimento della salute del paziente (Gomez-Mejia e Balkin, 1992; Adinolfi, 1996). Le caratteristiche delle organizzazioni ospedaliere, tipiche della burocrazia professionale (Mintzberg, 1985), ed il crescente tentativo di innalzare il livello di efficienza e di qualità dovrebbero condurre ad analizzare le relazioni tra fattori esterni, istituzionali e locali, e struttura del sistema di controllo, assumendo una prospettiva olistica (Ferreira e Otley, 2009). Tuttavia, la co-presenza delle due logiche dominanti spesso è vista come causa di resistenza e difficoltà nell'implementazione di nuovi sistemi (Chua e Degeling, 1993; Covaleski, Dirsmith, e Michelman, 1993; Doolin, 1999; Jacobs, Marcon, e Witt, 2004; Lehtonen, 2007) comportando il mancato soddisfacimento delle aspettative dei soggetti coinvolti nell'implementazione di nuovi sistemi di controllo (Abernethy e Stoelwinder, 1995; Chua e Degeling, 1993; Covaleski et al., 1993; Doolin, 1999; Lehtonen, 2007; Pettersen, 1995, 2001; Weiner et al., 1987).

La letteratura che studia i sistemi di controllo nelle aziende sanitarie offre diversi contributi che, adottando la prospettiva teorica dell'istituzionalismo, hanno cercato di comprendere il fenomeno dei cambiamenti di tali sistemi. In particolare, il successo o il fallimento dei sistemi di controllo è stato collegato alle diverse risposte organizzative alle pressioni istituzionali. I sociologi neo-istituzionali considerano le organizzazioni come parte di reti inter-organizzative e

sistemi culturali più grandi (DiMaggio e Powell, 1991), ipotizzando che, oltre alle pressioni economiche, vi siano altri fattori istituzionali che incidono sulle risposte manageriali, vale a dire le norme giuridiche, i regolamenti, gli *standard* e i valori professionali, che possono influenzare le pratiche riprodotte.

La sociologia Neo-Istituzionale sostiene che le organizzazioni sono soggette al fenomeno dell'isomorfismo, cioè tendono a conformarsi ad una serie di credenze istituzionalizzate. Nello specifico, DiMaggio e Powell (1991) identificano tre forme di isomorfismo istituzionale: coercitivo, mimetico e normativo. Il primo tipo sembra spiegare meglio l'aderenza dei processi organizzativi alle pressioni esterne esercitate da altre organizzazioni, aspetti culturali, richieste governative, ecc. Il secondo tipo di isomorfismo si verifica quando le organizzazioni per affrontare l'incertezza cercano di imitare altre organizzazioni presenti sul mercato, ispirandosi al loro modello strategico-organizzativo. Infine, l'isomorfismo normativo si manifesta quando i professionisti, operanti in organizzazioni, sono spinti a rispettare una serie di norme e regole sviluppate da gruppi professionali (Carruthers, 1995, pag. 317). Questo tipo di isomorfismo sembra spiegare l'aderenza del personale organizzativo alla logica professionale. Alcuni studi hanno evidenziato che in un contesto complesso, come quello di un'azienda ospedaliera, la logica manageriale e quella professionale possono convergere quando i professionisti del settore medico incontrano le pratiche di calcolo della logica manageriale, adottando tecniche di contabilità gestionale, dando così origine a un fenomeno di ibridazione (Kurunmaki, 2004).

I cambiamenti istituzionali ed i sistemi informativi aziendali

Alcuni studiosi sostengono che “il cambiamento dei sistemi di controllo dipenda dall'ambiente istituzionale ma allo stesso tempo dalle linee strategiche perseguite dalle coalizioni dominanti l'organizzazione” (Abernethy e Chua, 1996, pag. 599), mettendo in evidenza che i membri di un'organizzazione non sempre rispettano passivamente le pressioni istituzionali, ma possono manifestare comportamenti proattivi al cambiamento istituzionale (DiMaggio e Powell, 1991; Modell, 2001).

In un ambiente sempre più dinamico, le aziende ospedaliere si trovano in una situazione di grande complessità organizzativa, spinte dall'esigenza di dover gestire in modo sempre più efficace, efficiente e tempestivo le grandi quantità di informazioni e i continui cambiamenti che il mercato richiede. Diventa fondamentale quindi disporre di tutte le informazioni necessarie a supporto dei processi decisionali, condizione possibile solo se l'azienda ospedaliera è dotata di un idoneo sistema informativo. “Il sistema informativo è un insieme ordinato di elementi che rilevano, elaborano, scambiano e archiviano dati con lo scopo di produrre e distribuire le informazioni nel momento e nel luogo adatto alle persone che in azienda hanno bisogno, utilizzando a tale scopo la tecnologia più appropriata e applicando logiche e metodi suggeriti, per le diverse classi dei fenomeni aziendali, dalle discipline di economia aziendale” (Camussone, 1998, pag. 190).

Il sistema informativo aziendale può essere idealmente distinto in due sottoinsiemi: il sistema informativo non contabile, dove si raccolgono e organizzano le informazioni sia qualitative sia quantitative riguardanti l'azienda, il mercato e l'ambiente esterno, che supportano le scelte del *top management* e del nucleo operativo; il sistema informativo contabile, costituito da informazioni di natura quantitativo-monetaria che riguardano sia le operazioni con i mercati esterni sia i fatti interni di gestione.

In particolare, nelle organizzazioni ospedaliere l'utilizzo dell'*information technology* (IT) è in costante aumento e rappresenta una delle principali leve strategiche per rispondere al cambiamento continuo derivante dall'evoluzione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini e degli attori istituzionali verso una maggiore qualità, efficienza ed efficacia, in un contesto economico difficile e sempre più attento alla ricerca di ottimizzazione di costi e risorse.

La possibilità di fornire servizi maggiormente efficienti ai cittadini e allo stesso tempo, di poter disporre di informazioni utili sia per la gestione dei processi di qualità/rischio clinico sia di *cost accounting* appare un obiettivo raggiungibile grazie a un utilizzo strategico e intensivo delle tecnologie informatiche.

Carattere distintivo degli indirizzi e delle metodologie per la valutazione degli impatti dell'utilizzo della tecnologia in ambito sanitario è la molteplicità delle dimensioni organizzative,

culturali, tecnologiche e metodologiche da considerare associata ai numerosi attori coinvolti e la capacità di adattarsi alla dinamicità del suo ambiente per sopravvivere.

Disporre di capacità di adattarsi al proprio ambiente di riferimento significa quindi avere capacità di imparare a gestire il processo di cambiamento.

In aziende, come quelle ospedaliere, caratterizzate da una forte necessità di specializzazione di integrazione delle attività e dei processi organizzativi, appare fondamentale il ruolo trasversale assegnato al sistema informativo aziendale come strumento di integrazione di attività e processi. In tali contesti, il sistema informativo deve essere in grado di raccogliere ed elaborare informazioni sociosanitarie e renderle disponibili per le analisi di *benchmarking* interno ed esterno.

Se le organizzazioni sono quindi da considerarsi come un sistema “aperto” che interagisce con l’ambiente di riferimento e ne è influenzato, non esiste un sistema/assetto organizzativo migliore in assoluto, ma uno che si adatta maggiormente alla specifica situazione contingente determinata dall’ambiente in cui l’organizzazione si trova ad operare. Pertanto, “non esiste di conseguenza un sistema informativo ottimo in assoluto, a maggior ragione poiché in generale non esistono sistemi tecnici ottimi in assoluto, ma può esistere uno adeguatamente allineato alle scelte organizzative che discendono dalla valutazione della specifica situazione contingente nella quale si trova a dover operare l’azienda” (Bracchi et al., 2001).

L’informazione gioca un ruolo fondamentale nel determinare la capacità di adattamento di un’azienda in quanto risorsa a supporto dei processi gestionali, decisionali e strategici d’impresa, difatti grazie alla sua capacità di determinare la produzione di nuova conoscenza, secondo le teorie del *knowledge management*, l’informazione rappresenta l’origine della flessibilità organizzativa e l’essenza stessa del *management*. È necessaria una visione olistica dell’azienda nel suo complesso, al fine di progettare al meglio i processi sottostanti ai sistemi informativi aziendali, di pianificare gli investimenti necessari e le evoluzioni dei sistemi stessi.

La programmazione assume, pertanto, un ruolo fondamentale in un contesto di scarsità di risorse, con l’obiettivo ultimo di ottenere maggiori livelli di efficienza ed una migliore allocazione delle risorse con il supporto dell’IT.

Per effettuare una corretta pianificazione risulta necessario conoscere a fondo la propria organizzazione, al fine di progettare correttamente il sistema informativo. Cresswell et al (2010) usano l’*Actor Network Theory* (ANT) per descrivere il processo di progettazione di un sistema informativo come processo di traslazione degli interessi di tutti gli attori coinvolti in obiettivi che il sistema si pone, considerando le relazioni tra attori umani e non, eliminando la netta distinzione tra aspetti tecnici e sociali, oggettivi/soggettivi, umani/non umani e considerando invece le diverse relazioni che possono instaurarsi tra loro.

Data l’importanza dei sistemi informativi come strumento di *management accounting* in grado di raccogliere ed elaborare informazioni al fine di supportare il *management* nelle risposte ai continui cambiamenti istituzionali, è di particolare interesse analizzare come le aziende ospedaliere rispondono ai cambiamenti istituzionali facendo ricorso all’uso dell’*information technology*, adattando gli strumenti già in uso o implementando strumenti tecnologicamente più evoluti.

Pertanto, nel prosieguo del lavoro verrà presentato il caso di un’azienda ospedaliera e di come la stessa abbia risposto al cambiamento istituzionale imposto dalla Regione relativo all’introduzione del piano dei centri di rilevazione di interesse regionale (CRIL) al fine di implementare la metodologia regionale uniforme del controllo di gestione.

Gli scambi di flussi informativi tra aziende ospedaliere e Regione: il caso di un’azienda ospedaliera del Sud Italia

Il profilo dell’azienda ospedaliera

L’azienda ospedaliera presa in esame opera al Sud Italia e si caratterizza per una struttura organizzativa articolata su base dipartimentale, suddivisa nei seguenti dipartimenti cui afferiscono tutte le unità operative sanitarie ed amministrative:

- dipartimento oncologico;
- dipartimento materno-infantile;
- dipartimento delle medicine;
- dipartimento delle chirurgie;
- dipartimento dei Servizi;
- dipartimento delle scienze radiologiche;
- dipartimento di emergenza-urgenza; e
- dipartimento amministrativo.

Nello specifico l'azienda ospedaliera opera mediante un'articolazione territoriale caratterizzata dalla presenza di due presidi ospedalieri: il primo presidio è complessivamente dotato di 442 posti letto per acuti, di cui 364 di ricovero ordinario e 58 di *Day Hospital/Day Surgery*; il secondo presidio, invece, è complessivamente dotato di 189 posti letto per acuti, di cui 162 di ricovero ordinario e 27 di *Day Hospital/Day Surgery*.

Data la rilevanza che tale azienda assume nel territorio di riferimento e la complessità organizzativa che la contraddistingue, essa rappresenta un valido oggetto d'indagine al fine di comprendere i fenomeni di cambiamento relativi ai sistemi informativi. Negli ultimi decenni molteplici sono stati i cambiamenti normativo-istituzionali che hanno caratterizzato il settore, in particolare, nel 2013 la Regione ha emanato nuove disposizioni normative in merito all'adozione del piano dei centri di rilevazione di interesse regionale (CRIL), utili per implementare le nuove linee guida per la realizzazione della metodologia regionale uniforme del controllo di gestione. L'introduzione dei c.d. CRIL sarà oggetto di approfondimento del caso esaminato in quanto ritenuto il cambiamento normativo che ha comportato sia una modifica dei flussi informativi tra l'azienda ospedaliera e la Regione sia la conseguente introduzione di un nuovo sistema informativo aziendale.

Le fonti dei dati utilizzati per la descrizione ed interpretazione del caso fanno riferimento sia alla consultazione di documenti interni sia alla consultazione di fonti istituzionali, come il sito ufficiale dell'azienda ospedaliera e il sito della Regione. La raccolta dati è stata arricchita dalle interviste effettuate a diversi ingegneri, che hanno messo a punto il nuovo *software* per il sistema informativo, ai medici e al personale amministrativo, per cogliere effetti positivi e negativi del cambiamento al fine di analizzare la convergenza o la divergenza delle due logiche, quella manageriale e professionale.

Il Piano dei centri di rilevazione di interesse regionale: le risposte al cambiamento istituzionale

Al fine di soddisfare le nuove disposizioni normative, all'inizio del 2014 l'azienda ospedaliera decide di adeguarsi alle nuove linee guida istituite dalla Regione che riguardano la realizzazione di

una metodologia regionale uniforme del controllo di gestione (adozione del piano dei centri di rilevazione di interesse regionale, i CRIL). Ciò comportò la predisposizione di adeguati flussi informativi necessari non solo per garantire l'interscambio di informazioni richiesto dalla Regione ma anche per supportare, dal punto di vista decisionale, tutti coloro che devono assumere decisione sugli aspetti gestionali aziendali. Il bisogno che ha spinto la Regione a promuovere tale cambiamento normativo è stato dettato dall'esigenza di disporre a livello regionale di un piano dei centri di rilevazione delle attività, dei ricavi, dei costi e delle variabili produttive, che permetta di realizzare analisi omogenee e confrontabili tra le diverse aziende ospedaliere operanti sul territorio, al fine di offrire un modello per lo sviluppo dei rispettivi piani dei centri di costo aziendali.

Considerata la necessità di attivare un modello di controllo di gestione aziendale e regionale, la Regione ha promosso la creazione di un gruppo operativo formato da funzionari regionali e da rappresentanti delle aziende sanitarie, esperti in tema di controllo di gestione, al fine di predisporre il piano dei CRIL.

Prima di procedere all'emanazione del decreto regionale è stata condotta una sperimentazione pilota presso alcune aziende del territorio finalizzata a verificare l'effettiva possibilità di alimentare gli oggetti di rilevazione previsti dal piano. L'esito positivo di tale sperimentazione ha comportato l'approvazione del piano dei centri di rilevazione di interesse regionale, definendo il livello regionale di dettaglio informativo per destinazione delle informazioni gestionali.

L'adeguamento alla nuova normativa comportò per le aziende ospedaliere l'approvazione di un piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità che fosse conforme alla struttura organizzativa aziendale, rispettando il livello minimo di aggregazioni e di dettaglio richiesti dal piano dei CRIL. Solo successivamente, le aziende ospedaliere potevano predisporre i prospetti e trasmetterli con cadenza trimestrale alla Regione. Il piano rappresenta una componente fondamentale nella definizione della metodologia di controllo di gestione regionale perché a livello aziendale definisce un livello di dettaglio minimo che le aziende devono rispettare nella rilevazione di attività, ricavi e costi, costituendo un punto di riferimento per la gestione, la manutenzione e l'evoluzione dei piani dei centri

aziendali, e se necessario, per la loro riprogettazione. A livello regionale invece si definisce un linguaggio comune con cui identificare unità minime di rilevazione omogenee tali da consentire analisi significative e di *benchmarking* tra oggetti confrontabili. L'applicazione e la gestione del linguaggio comune avvengono per mezzo del raccordo dei piani dei centri di costo aziendali con il piano dei CRIL.

Un aspetto importante che deve essere preso in considerazione nell'analisi del cambiamento è che il piano dei CRIL non sostituiva i piani dei centri di costo aziendali, ma piuttosto le aziende potevano continuare ad usare quest'ultimi garantendo un raccordo sistematico dei piani dei centri di costo aziendali con il piano dei CRIL¹. Il piano dei CRIL è strutturato nelle seguenti tipologie di centri:

- centri finali, che erogano prestazioni ad utenti esterni e generano ricavi per prestazioni finali;
- centri diagnostico terapeutici che forniscono sia servizi finali direttamente all'utente sia prestazioni intermedie ai centri finali;
- centri di supporto sanitari che forniscono servizi sanitari funzionali ed accessori all'attività dei reparti;
- centri di supporto alberghieri che accolgono tutti i costi che si riferiscono alla gestione dei servizi alberghieri aziendali; e
- servizi generali che comprendono strutture di direzione, di coordinamento, di supporto tecnico o amministrativo.

Il fine del piano è di garantire omogeneità nella rilevazione e quindi significatività delle informazioni generate dal modello di controllo di gestione regionale.

La corretta applicazione delle disposizioni normative aveva lo scopo di garantire un elevato grado di omogeneità tra i sistemi di rilevazione delle singole aziende ospedaliere e la comparabilità dei dati a livello regionale.

Lo scopo ultimo del controllo, così come pensato dal nuovo cambiamento normativo, consisteva nell'avviare azioni correttive volte o a rivedere la struttura dei CRIL in coerenza ai reali processi produttivi o ad intervenire nei processi elementari di rilevazione delle informazioni.

Gli effetti del cambiamento istituzionale: l'introduzione di un nuovo sistema informativo

Al fine di agevolare l'implementazione della nuova metodologia regionale per il controllo di

gestione, la Regione incaricò una società *leader* nel settore dei *software* di realizzare una piattaforma applicativa, che per semplicità espositiva verrà denominata "Alfa". Le aziende sanitarie potevano scegliere liberamente se adattare il proprio sistema informativo alle esigenze informative richieste dalla Regione oppure adottare la nuova piattaforma.

Al fine di adeguarsi alle nuove normative, nel 2014 la struttura ospedaliera in esame implementò il nuovo sistema informativo "Alfa" che aveva le caratteristiche di un sistema ERP, sostituendo il precedente sistema informativo che, invece, aveva le caratteristiche di un *server*.

Quest'ultimo poteva considerarsi un sistema duplice misto, dove la contabilità analitica era tenuta in maniera extra contabile, pertanto poteva verificarsi il mancato conseguimento di una quadratura tra la contabilità analitica e quella generale. Il nuovo sistema informativo Alfa, invece, si fondava su un sistema unico integrato, con un unico piano dei conti per la contabilità generale e per la contabilità analitica. A tal proposito, un responsabile amministrativo riferisce in un'intervista: "Con Alfa la contabilità analitica e la contabilità generale sono dipendenti l'una dall'altra; adesso il controllo di gestione ha gli strumenti per comprendere se un dato è adeguato o meno, se vi è condivisione dei conti, dei centri e dei CRIL. Alfa individua i centri aziendali e comunica all'esterno. Questo rappresenta una novità, dato che prima i destinatari principali della contabilità analitica erano solo i soggetti interni. Con l'applicazione dei CRIL, l'azienda sarà in grado, con il supporto di Alfa, di utilizzare il linguaggio regionale dei CRIL anche all'interno dell'azienda, individuando nuovi flussi informativi che avranno un'utilità non solo per la Regione ma anche per i processi decisionali interni".

Analizzando la principale differenza tra i due sistemi informativi, si osserva che il sistema informativo usato in passato era caratterizzato da una condivisione semplice delle risorse: la presenza di un *server* permetteva ad un certo numero di *client* di dividerne le risorse, lasciando che fosse il *server* a gestire gli accessi alle risorse per evitare conflitti di utilizzazione dei dati.

Diversamente, il nuovo sistema informativo essendo un sistema ERP era orientato ad una gestione integrata dei processi aziendali, svolgendo un "ruolo strategico" per il funzionamento dell'azienda in quanto offriva una visione di

¹ Per CRIL si intende l'oggetto minimo a livello regionale rispetto al quale sono raccolte per destinazione le informazioni che concernono le attività e le variabili produttive, ricavi, costi e margini operativi. Il piano dei CRIL definisce un insieme sistematico e omogeneo a livello regionale di oggetti di rilevazione per destinazione delle informazioni gestionali.

insieme di tutti i processi aziendali. Questo si tradusse in capacità di elaborare e trattare le informazioni in tempo reale, migliorando i servizi per i clienti ed ottimizzando i costi di gestione aziendale.

L'introduzione di Alfa ha consentito l'evoluzione del sistema informativo aziendale mediante il passaggio dalla logica dispersiva propria dell'architettura *server* a quella centralizzata del *main-frame*. I sistemi informativi presenti in passato in azienda sono spesso nati come stratificazione di sottosistemi dedicati alle singole aree gestionali e collegati tra loro attraverso un complesso sistema di interfacce. L'utilizzo di questi sistemi comportava dei costi da sostenere ogni volta per gli aggiornamenti. L'adozione di Alfa consentì di rispondere tempestivamente alle richieste di nuovi flussi informativi da parte della Regione, precedentemente elaborati in modo diverso dall'azienda. Alfa consentì nell'arco di sei mesi dalla sua implementazione di individuare il raccordo tra il piano dei centri di costo in uso in azienda e il piano regionale dei CRIL. Tale fase richiese il coinvolgimento attivo non solo del *team* dell'area di controllo di gestione, ma anche un diretto coinvolgimento degli ingegneri che si erano occupati di progettare il sistema informativo. In un'ottica di miglioramento continuo dell'uso del sistema informativo da parte degli operatori amministrativi e del personale medico, fu implementato l'uso del *report multi-utilities* in grado di estrarre informazioni sulle singole unità operative, verificare la coerenza dei dati di *input*, in un'ottica di prevenzione e riduzione di errori nell'utilizzo delle interfacce del sistema informativo.

Venne facilitato il controllo di particolari voci di costo su richiesta del *team* del controllo di gestione che avvertiva l'esigenza di elaborare dei *report* informativi che avessero quali destinatari non solo il *top management* ma anche la Regione, evitando la duplicazione delle informazioni. Tale richiesta fu parzialmente risolta dal nuovo sistema informativo in quanto l'individuazione dei CRIL a livello regionale cercava di soddisfare delle esigenze informative che consentissero la confrontabilità dei dati tra le diverse aziende ospedaliere operanti nella Regione e il monitoraggio di alcune voci di costo e ricavo. Tali macro-obiettivi, per certi versi, furono inconciliabili con quelli dell'azienda ospedaliera orientati al raggiungimento di livelli di efficacia ed efficienza a

livello aziendale ed a livello di unità operative. Pertanto, i dirigenti medici ed il responsabile dell'unità operativa si trovarono spesso ad inserire ed elaborare i dati in modo difforme da quanto stabilito dalle linee guida interne a causa di un ritardo nell'assimilazione e nell'uso del nuovo linguaggio informatico e contabile. In alcuni casi invece, il nuovo sistema informativo riuscì a supportare l'attività del personale medico in modo soddisfacente attraverso l'utilizzo del c.d. *Activity Launcher*: un'interfaccia che permetteva di configurare e memorizzare una sequenza ordinata di operazioni per tenere sotto controllo l'evoluzione di tutto il processo, offrendo all'operatore una visione d'insieme delle operazioni eseguite e di quelle ancora da eseguire, tenendo in considerazione le eventuali interdipendenze tra le attività ospedaliere. I flussi di informazioni erano composti da un'interfaccia di lettura dei dati *input* e da un'interfaccia di scrittura sulle tabelle del sistema di Alfa. La fase di acquisizione poteva prevedere anche una trasformazione del dato iniziale per renderlo compatibile con il dato finale. Con l'*Activity Launcher*, Alfa consentiva al personale medico di ottenere informazioni in tempo reale e rispondenti alle esigenze operative dei singoli reparti. L'implementazione di Alfa comportò un forte cambiamento aziendale nel *modus operandi* degli amministrativi e del personale medico. La scelta di introdurre un nuovo sistema informativo come Alfa che sostituisse il precedente fu supportata non solo dal *top management* ma anche dal responsabile del controllo di gestione, che nei *meeting* aziendali lamentava la mancanza di informazioni complete e dettagliate. A tal proposito il responsabile del controllo di gestione argomenta: "Adesso le informazioni giungono direttamente da tutti i sotto sistemi, prima ero io che dovevo estrarle manualmente dai documenti". Il nuovo sistema informativo consentì, quindi, di non dover attingere più dai sottosistemi ma tutti i soggetti che operavano in Alfa alimentavano i flussi informativi dei dati. A tal proposito il responsabile del controllo di gestione in un *meeting* trimestrale con i vertici aziendali ove erano presenti anche i rappresentanti del personale tecnico e del personale medico mise in evidenza: "nel nuovo sistema informativo confluiscono tutti i dati che provengono da tutte le unità operative aziendali, pertanto è doveroso sensibilizzare tutti i soggetti che usano il sistema

informativo Alfa al fine di garantire una corretta codifica dei dati ed un uso delle interfacce funzionale alle esigenze informative di ogni singolo centro di responsabilità ...”.

Inizialmente l’acquisizione di un nuovo linguaggio informativo e di alcune tecniche contabili, fu percepito dai medici in modo negativo per la mancanza di competenze tecnico-contabili che avrebbero richiesto un investimento in termini di formazione e tempo. Con il passare dei mesi ed i primi corsi di formazione sull’utilizzo integrato di Alfa, si ravvisò un certo grado di apertura da parte del personale medico verso il sistema Alfa, soprattutto da parte del personale più giovane, così come riportato dal responsabile del personale amministrativo: “inizialmente i medici non sapevano come comportarsi relativamente alle schede che dovevano compilare, ma col passare del tempo questo senso di disagio verso il cambiamento si è affievolito lasciando spazio prima ad un debole interesse verso le tecniche contabili per poi cogliere le opportunità che il sistema poteva offrire in termini di informazioni che in tempo reale potevano consentire alle singole unità operative di migliorare i propri risultati trimestrali”.

Coerentemente a quanto riportato dal responsabile amministrativo, un dirigente medico durante un’intervista racconta: “Quando si parla di cambiamento, in generale, dapprima si avverte un senso di inadeguatezza, soprattutto se riguarda l’acquisizione di nuove competenze sconosciute a noi medici, ma in seguito è corretto fare una valutazione degli effetti positivi e negativi del cambiamento; per quanto riguarda il sistema informativo Alfa credo che abbia consentito di migliorare le nostre *performance* non solo di reparto ma della struttura in generale, non dimenticando che il nostro scopo è aiutare i pazienti a guarire”.

Riflessioni conclusive

Il susseguirsi dei cambiamenti istituzionali nell’ambito del settore sanitario, ha condotto gli studiosi di *management accounting* ad analizzare il processo di aziendalizzazione avviato negli ultimi decenni nelle aziende ospedaliere, ed in particolar modo, ad indagare il ruolo degli strumenti di controllo. In tale contesto, il successo o il fallimento di tali strumenti è stato spesso attribuito alla convergenza o divergenza delle due

logiche dominanti, manageriale e professionale, caratterizzanti le organizzazioni sanitarie.

Il presente lavoro ha analizzato gli effetti sui sistemi di controllo di una recente disposizione normativa che regola i flussi informativi che devono essere trasmessi dalle aziende ospedaliere alla Regione. Nello specifico, è stato analizzato l’effetto dell’introduzione del piano dei centri di rilevazione di interesse regionale (CRIL) al fine di implementare la metodologia regionale uniforme del controllo di gestione sui sistemi informativi delle aziende ospedaliere.

Dall’analisi del caso studio emerge che l’azienda esaminata, nonostante avesse al suo interno un sistema informativo già in uso, opta per l’implementazione del sistema informativo proposto dalla Regione al fine di evitare innumerevoli complicazioni nella conversione delle informazioni prodotte da quest’ultimo nei flussi informativi richiesti dalla Regione. In particolare, si possono trarre alcune considerazioni relative agli effetti positivi e negativi derivanti dall’adozione del nuovo sistema informativo integrato. La scelta di apportare un cambiamento radicale al sistema informativo in uso, con le relative conseguenze in termini di tempistiche dettate dall’apprendimento di un nuovo linguaggio informativo da parte degli *users*, è stata determinata dalla forte propensione del *top management* di accogliere il cambiamento normativo disposto dalla Regione in termini di nuove metodologie di controllo di gestione. Inoltre, i limiti del vecchio sistema informativo avrebbero condizionato in misura rilevante le attività del *team* di controllo di gestione dell’azienda ospedaliera che avrebbe dovuto predisporre dei flussi informativi *ad hoc* per la Regione con la conseguente decodifica e ricodifica delle informazioni provenienti da tutte le unità operative. Tra gli effetti positivi generati dal nuovo sistema informativo si rileva l’omogeneità dei dati ottenibili che permette un elevato grado di confrontabilità tra le unità operative interne. Le informazioni sono più tempestive rispetto al passato, ottenibili in tempo reale permettendo di ottimizzare i costi delle singole prestazioni. Il nuovo sistema informativo ha consentito, inoltre, di effettuare analisi di *benchmarking* tra l’azienda ospedaliera e gli ospedali di province differenti, promuovendo il confronto dei risultati sia a livello dipartimentale sia a livello di *performance* per attività ospedaliera.

Tra gli effetti positivi si annovera anche il maggiore coinvolgimento del personale medico verso l'uso del nuovo sistema, grazie ai continui corsi di formazione, e soprattutto verso le tecniche contabili. Nel caso dell'azienda ospedaliera presa in esame tale percorso formativo sembra portare alla convergenza delle due logiche manageriale e professionale, dato l'alto coinvolgimento del personale attraverso la partecipazione a corsi regionali di carattere gestionale al fine di conseguire un attestato di formazione manageriale. Grazie al processo di formazione continua attivato dall'azienda e supportato dalla Regione, alcuni primari e dirigenti medici hanno riconosciuto l'importanza delle informazioni rilasciate dal sistema, che se aggregate in modo corretto, danno luogo a dei *report* che consentono di assumere decisioni più consapevoli, ottimizzando i costi della propria unità operativa.

Sebbene il nuovo sistema informativo abbia generato degli effetti tendenzialmente positivi sul comportamento dei medici, si rilevano soprattutto da parte dei medici con un'anzianità più elevata alcune difficoltà riscontrate nell'implementazione del nuovo *software*, derivanti da un maggior controllo esercitato da parte della direzione. Alcuni dirigenti medici hanno manifestato un senso di insoddisfazione legato all'eccessivo utilizzo dei dati relativi alle prestazioni mediche erogate, violando il rapporto medico-paziente per perseguire scopi di efficienza operativa.

Il sistema informativo Alfa è stato a lungo perfezionato e adattato alle esigenze dell'azienda ospedaliera e alle richieste di informazioni sempre più precise e dettagliate da parte della Regione. Sebbene, l'atteggiamento del personale sia positivo nei confronti del cambiamento, si rileva un malcontento anche da parte del *team* del controllo di gestione che mette in evidenza come il linguaggio regionale differisca da quello economico-aziendale richiesto all'interno dell'azienda ospedaliera. Ciò genera la produzione di *report* e flussi informativi pensati *ad hoc* per la Regione ma di scarsa utilità per l'azienda. Ciò potrebbe comportare in futuro ancora una volta il fallimento di strumenti introdotti per via di cambiamenti istituzionali ma non confacenti alla complessità e alle dinamiche delle aziende ospedaliere.

Bibliografia

- Abernethy M.A. - Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in the management of complex organizations", in *Accounting, Organizations and Society*, 20 (1), pagg. 1-17.
- Abernethy M.A. - Vagnoni E. (2004), "Power, organization design and managerial behaviour", in *Accounting, Organization and Society*, 29, 3-4, pagg. 207-225.
- Abernethy, M. A. - Chua W. F. (1996), "A field study of control systems "redesign": The impact of institutional processes on strategic choice", in *Contemporary Accounting Research*, 13 (2), pagg. 569-606.
- Adinolfi P. (1996), *Incentivi e produttività nelle aziende sanitarie*, CEDAM.
- Borgonovi E. (2006), "La filiera della salute: l'economia riscopre la persona", in *Mecosan*, n. 57/2006, pagg. 3-16.
- Bracchi, G. - Francolarico C. - Motta G. (2001), *Sistemi informativi e aziende in rete*, McGraw-Hill, Milano.
- Cammussone P. F., (1998), *Il sistema informativo aziendale*, Etas editore, Milano.
- Carbone C. - D'este C. - Elefanti M. - Lega F. - Tozzi V. (2008), "Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma", in Anessi Pessina E. (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Milano, Egea.
- Carbone C. - Lega F. - Prenestini A. (2010), *Governance e organizzazione delle Aziende-Ospedaliere universitarie*, Milano, Egea.
- Carruthers B. M. (1995), "Accounting, ambiguity, and the new institutionalism", in *Accounting, Organisations and Society*, 20 (4), pagg. 313-328.
- Chua, W. F. - Degeling P. (1993), "Interrogating an accounting-based intervention on three axes: Instrumental, moral and aesthetic", in *Accounting, Organizations and Society*, 18 (4), pagg. 291-318.
- Cinquini L. - Nuti S. - Boccaccio A. - Vainieri M. (2005), "Il confronto di *performance* economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana", in *Mecosan*.
- Covaleski M. A. - Dirsmith M. W. - Michelman J. E. (1993), "An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and healthcare organisations", in *Accounting, Organizations and Society*, 18 (1), pagg. 65-80.
- Covaleski M.A. - Evans Iii J.H. - Luft J.L. - Shields M.D. (2003), "Budgeting research: three theoretical perspectives and criteria for selective integration", in *Journal of Management Accounting Research*, 15, pagg. 3-49.
- Cresswell et al. (2010), *Actor Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare*, *Bmc medical informatics and Decision Making*, 2010, pagg. 10-67.
- DiMaggio P. J. - Powell W. W. (1983), "The iron cage revisited: Institutional isomorphism in organisational

- fields”, in *American Sociological Review*, n. 48/1983, pagg. 147-160.
- DiMaggio P. J. - Powell W. W. (1991), “The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organisational fields” in W. W. Powell e P. J. DiMaggio (Eds.), *The neo institutionalism in organisational analysis*, Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Doolin B. (1999), “Case-mix management in a New Zealand hospital: Rationalisation and resistance”, in *Financial Accounting Management*, 14 (3-4), pagg. 397-417.
- Ferreira A. - Otley D., (2009), “The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis”, in *Management Accounting Research*, 20, 4, December 263-282.
- Gomez-Mejia L.R. - D.B. Balkin (1992), *Compensation, organizational strategy and firm performance*, Cincinnati: South Western Publishing Co.
- Jacobs K. - Marcon G. - Witt D. (2004), “Cost and performance information for doctors: An internal comparison”, in *Management Accounting Research*, 15, pagg. 337-354.
- Kurunmäki L. (2004), “A hybrid profession - The acquisition of management accounting expertise by medical professionals”, in *Accounting, Organisations and Society*, 29, pagg. 327-347.
- Lehtonen T. (2007), “DRG-based prospective pricing and case-mix accounting - Exploring the mechanisms of successful implementation”, in *Management Accounting Research*, 18, pagg. 367-395.
- Malmi T. - Brown D.A. (2008), “Management control systems as a package - opportunities, challenges and research directions”, in *Management Accounting Research*, 19, 4, pagg. 287-300.
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- Modell S. (2001), “Performance measurement and institutional process: A study of managerial responses to public sector reform”, in *Management Accounting Research*, 12, pagg. 437-464.
- Pettersen I. J. (1995), “Budgetary control of hospitals - Ritual rhetorics and rationalized myths?”, in *Financial Accounting Management*, 11 (3), pagg. 207-221.
- Pettersen, I. J. (2001), “Hesitation and rapid action: The new public management reforms in the Norwegian hospital sector”, in *Scandinavian Journal of Management*, 17, pagg. 19-39.
- Scapens R. W. (1994), “Never mind the gap: Towards an institutional perspective of management accounting practices”, in *Management Accounting Research*, 5 (3-4), pagg. 301-321.
- Scott W. R. (2001), *Institution and organisations*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Weiner S. L. - Maxwell J. H. - Sapolsky H. M. - Dunn D. L. - Hsiao W. C. (1987), *Economic incentives and organisational realities: Managing hospitals under DRGs*, *Milbank Quarterly*, 65 (4), pagg. 463-487.