

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Casese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di scienze delle finanze - Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale
Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione
Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

Redattori

Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SUPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.

— stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700

— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: € 50,00

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

— è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;

— fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 **Aziende sanitarie: quando l'attacco viene da più fronti**
Elio Borgonovi

L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn

- 11 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il senso di una ricerca**
Mario Del Vecchio
- 17 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il controllo di gestione**
Lisa Cosmi, Mario Del Vecchio
- 37 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: l'ingegneria clinica**
Lisa Cosmi
- 51 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il marketing**
Lisa Cosmi, Carlo De Pietro
- 67 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche e la valutazione del personale**
Carlo De Pietro
- 83 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: la qualità**
Lisa Cosmi
- 97 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: i sistemi informativi**
Carlo De Pietro
- 117 **L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: riflessioni conclusive**
Angelo Tanese
- 127 **Bibliografia**

Errata corrige

Per un disguido redazionale nel numero 41 di Mecosan compaiono i seguenti refusi:

— nel titolo dell'articolo di Filannino si deve leggere «contratto» e non «contatto»;

— l'università di riferimento dell'autore Simonet è «Nanyang» e non «Manyang».

Ce ne scusiamo con gli autori e i lettori.

AZIENDE SANITARIE: QUANDO L'ATTACCO VIENE DA PIÙ FRONTI

Elio Borgonovi

Nessuno può negare che le aziende sanitarie siano sotto il tiro incrociato di critiche provenienti da più fronti e da politiche che rischiano di metterle in crisi o, comunque, di svuotarle di contenuti.

Un primo fronte è quello che potrebbe essere definito come la «sindrome» dei pionieri e degli innovatori, per evocare le varie «sindromi del veterano» che hanno colpito i reduci delle tante guerre più o meno locali che hanno caratterizzato anche gli ultimi 50 anni.

Si fa riferimento a quel senso di stanchezza e di delusione che ha colpito molti di coloro che hanno creduto, hanno sostenuto e hanno cercato di dare concreta attuazione al modello aziendale a partire dagli inizi degli anni novanta. Molte di queste persone, specialmente i Direttori generali che del modello aziendale sono stati in qualche modo simbolo e perno, hanno dovuto impegnare grandi energie per ampliare gli spazi di azione, lottando con normative che non si erano adeguate al nuovo modello, con organi di controllo che davano spesso interpretazioni «restrittive» alle normative «programmatiche» e interpretazioni rigide e vincolistiche alle normative puntuali, con l'assenza, la debolezza e, a volte, la contraddittorietà degli indirizzi causata dalla mancanza o dalle carenze del Piano sanitario na-

zionale e dei Piani sanitari regionali. In molti casi i Direttori generali hanno dovuto gestire aziende molto complesse senza avere a disposizione «strumenti» (i sistemi gestionali), costruiti o almeno adattati alle specificità del settore, senza poter contare su professionalità adeguate e avendo anche rilevanti vincoli (ad esempio normative sul personale) per acquisire tali professionalità dall'esterno. Spesso essi non hanno potuto contare nemmeno su una consulenza adeguata, dato il ritardo con cui il mondo della consulenza si è occupato del settore pubblico in generale, e di quello sanitario in particolare.

Molte energie sono state dedicate a creare le condizioni affinché le aziende potessero esistere e a legittimare il modello dell'azienda. Di conseguenza minori energie hanno potuto essere dedicate all'ottenimento dei risultati. Ora che la normativa è per certi aspetti più coerente con il modello aziendale — anche se per altri è rimasta (e in alcuni casi è diventata addirittura più) vincolistica — che nell'opinione pubblica e tra gli operatori è culturalmente accettato il modello (seppure con la reazione delle critiche sul fallimento dell'aziendalizzazione), che sono a disposizione strumenti di gestione collaudati ed efficaci, molti di coloro che sono stati in prima fila hanno perso motivazione, hanno cambiato posizioni o non hanno più posi-

zioni di responsabilità. Alcuni sono addirittura usciti dal settore per cause naturali (pensionamento) o per scelte altrui (rimozione da posizioni di responsabilità a seguito del cambiamento della maggioranza) o proprie (dimissioni). Si tratta di un processo naturale che è presente in ogni settore, ma qui si intende sottolineare che nel settore sanitario il passaggio dalla fase pionieristica a quella del consolidamento ha subito il contraccolpo negativo della mancanza di una certa continuità ed è stata caratterizzata forse (e il condizionale è d'obbligo per problemi così complessi) da un gap generazionale. Dovendo creare una «rottura» con la cultura precedente, molti Direttori generali hanno fatto ricorso al supporto di giovani che, assunti con le nuove formule dei contratti a tempo determinato o anche quando sono stati assunti a tempo indeterminato, non hanno potuto garantire né la sostituzione né la continuità quando i vertici sono stati cambiati. Ciò in quanto, in genere non avevano potuto ottenere un sufficiente grado di legittimazione all'interno e all'esterno delle aziende.

Certamente molti dei «pionieri e degli innovatori» sono ancora nel sistema, magari avendo cambiato posizioni di responsabilità e azienda, ma si può ragionevolmente sostenere che il modello di «dirigenza delle aziende sanitarie» è sotto pressione ed al suo

interno è più frammentato e meno compatto di quanto non lo fosse quattro-cinque anni fa.

Un secondo fronte di attacco alle aziende sanitarie deriva dal ritorno alla politica. Non può certo sorprendere l'importanza della dimensione politica in quanto:

a) la tutela della salute è un tema molto sensibile ai fini della acquisizione del consenso politico, insieme a quello della sicurezza, dello sviluppo e dell'occupazione, dell'immigrazione;

b) la conservazione del modello di Servizio sanitario pubblico, seppure ricondotto nei limiti di «livelli essenziali di assistenza», contribuisce a mantenere una notevole rilevanza a funzioni quali: il coordinamento e la programmazione degli interventi, la definizione dell'ordine di priorità dei bisogni da soddisfare, il livello assoluto e i criteri di ripartizione degli stessi dallo Stato alle regioni e da queste alle aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere; tutte funzioni, queste, tipicamente di «ordine politico», in quanto consistono nella capacità di interpretare i valori e le attese della popolazione e nella scelta tra differenti sistemi di «regole» finalizzate a indirizzare i comportamenti.

Il modello aziendale è stato introdotto agli inizi degli anni novanta per tradurre nel concreto i seguenti principi:

1) distinzione della funzione politica da quella della dirigenza con l'eliminazione dei Comitati di gestione (espressione del confronto politico) e l'attribuzione della responsabilità della gestione ad un organo che avesse caratteristiche di professionalità (il Commissario straordinario prima, il Direttore generale poi) e che inoltre fosse di natura monocratica (per accelerare il processo decisionale e per avere un chiaro riferimento

con riguardo alle le responsabilità sui risultati);

2) affermazione della natura «strutturale» delle aziende rispetto agli obiettivi di salute, la cui definizione era riferita al livello regionale (tramite il piano sanitario, o altri strumenti quali linee-guida, indirizzi, ecc.);

3) risolvere a favore della linea «verticale», dipendenza dalle Regioni che sono responsabili del finanziamento e dell'equilibrio economico di sistema, il dilemma della duplice esigenza di tutela della salute e di coordinamento di tali funzioni con le altre di servizi alla persona «di competenza dei comuni» che aveva portato nella prima formulazione del Ssn (legge 833/78) a definire le unità sanitarie locali come «strutture operative dei comuni».

Si è trattato di una soluzione che, pur dando un positivo contributo alla soluzione di una parte del problema, quello di riportare l'attenzione sulla gestione interna e sulla sua razionalizzazione, ha lasciato irrisolto un secondo aspetto del problema, quello del raccordo tra scelte di politica sanitaria e scelte relative alla gestione. Per essere più precisi, il problema può essere espresso nel triplice aspetto della:

a) eccessiva distanza (di tipo istituzionale e con riguardo alla successione e ai ritmi decisionali) tra la Regione e le aziende;

b) difficoltà di focalizzazione della Regione sul settore della sanità in quanto, trattandosi di «ente plurifunzionale», i suoi organi (consiglio, giunta) devono necessariamente occuparsi di una molteplicità di settori e di politiche di intervento e trattandosi di «ente di programmazione» e non «di servizi», esso è regolato da un impianto istituzionale inadeguato per realizzare il passaggio diretto dalle politiche alla loro implementazione;

c) incertezza della articolazione istituzionale in quelle regioni che hanno introdotto l'Agenzia per i servizi sanitari che avrebbe dovuto svolgere funzioni di raccordo, di coordinamento e di supporto «tecnico» nei confronti delle aziende, ad integrazione della funzione di indirizzo politico da parte degli assessorati regionali alla sanità (ora ridenominati «alla salute»): è noto che in molti casi questa soluzione, pur consentendo alcuni progressi, ha determinato incertezza e ambiguità delle funzioni e comunque una maggiore complessità di relazioni per le aziende sanitarie e i loro Direttori generali.

Questi ultimi hanno così operato in un certo senso in un quadro di riferimento di politica sanitaria molto generale, ma in assenza di specifici riferimenti e di possibilità di confronto per valutare l'impatto delle proprie scelte di gestione.

All'inizio questo modello istituzionale ha favorito vantaggi superiori agli svantaggi, in quanto si trattava di agire soprattutto sulla razionalizzazione interna che portava solo benefici alla società circostante (riduzione dei costi, razionalizzazione delle strutture con l'eliminazione di evidenti duplicazioni, semplificazione delle procedure con miglioramento della qualità dei servizi). Con il graduale passaggio alla fase delle scelte di sviluppo o delle «scelte strategiche» imposte dalle regioni, gli svantaggi dovuti alla mancanza di riferimenti politici diretti sul territorio hanno prevalso sui precedenti vantaggi legati alla autonomia e alla mancanza di interferenze. Infatti, per compiere scelte strategiche e per ottenere un largo consenso occorre trovare organi di rappresentanza o processi di rappresentanza in grado di mediare e comporre i conflitti, funzioni queste che non possono essere svolte adeguatamente da «conferenze dei sindaci» o

da «consulte sanitarie provinciali» in genere pletoriche, composite e frammentate, senza chiare e precise modalità di funzionamento.

In questo quadro è evidente che lo strumento forte di raccordo tra politiche regionali e gestione delle aziende resta quello della nomina e della revoca dei Direttori generali e del condizionamento delle strategie delle aziende sanitarie tramite la concessione di finanziamenti più o meno ampi o l'approvazione di atti puntuali che favoriscono certe scelte e ne penalizzano altre. La mancanza di un momento forte di integrazione delle politiche e delle strategie delle aziende sanitarie, specie quelle territoriali, con le politiche e le strategie relative agli altri servizi locali, espone le aziende sanitarie al duplice rischio di:

1) diventare terreno sul quale si realizza lo scontro tra regioni ed enti locali (ad esempio nei casi in cui si hanno maggioranze politiche disomogenee);

2) essere bloccate dalle molteplicità e dalle eterogeneità di interessi e di obiettivi divaricanti che non trovano momenti istituzionali di mediazione e/o di selezione a favore di alcuni di essi.

In questo modo le aziende sanitarie hanno via via perso nei confronti della popolazione quella credibilità che alcune di esse avevano saputo conquistare con interventi di razionalizzazione.

Un terzo fronte di attacco alla figura del direttore generale deriva proprio dal modo in cui si cerca in alcuni casi di riempire il vuoto o la debolezza dei riferimenti politici. In assenza di chiari riferimenti istituzionali che costituiscono il raccordo con le scelte politiche degli enti locali e data la «distanza» del raccordo politico con la Regione, è stata per certi aspetti inevitabile la progressiva modificazione

della funzione del Direttore generale. Esso in un numero crescente di casi, è stato considerato come organo la cui attenzione dovesse spostarsi gradualmente dai sistemi interni all'azienda ai problemi di suo raccordo con l'ambiente circostante, con l'insieme dei diversi soggetti esterni portatori di interessi nei confronti della sanità. Si è gradualmente diffusa la convinzione che, in mancanza di momenti istituzionali espliciti di confronto e mediazione politica e data la «distanza» dal momento politico originario (la Regione), il Direttore generale debba progressivamente assumere funzioni di «governance» più che di «management». È così aumentato il numero di Direttori generali «dotati di una esperienza e di una caratterizzazione politica» ritenuti maggiormente idonei rispetto a coloro dotati di una professionalità più spiccatamente tecnico-manageriale di interpretare le esigenze del mondo esterno e di interagire con esso al fine di acquisire il necessario consenso sulla propria strategia e le proprie decisioni.

Su questa evoluzione, che per molti aspetti è naturale e forse era anche inevitabile, si sono poi inseriti gli effetti connessi alla dinamica del sistema politico da un lato, i cambiamenti della maggioranza di governo di molte regioni, e dall'altro quelli del dibattito sul sistema di nomina dell'«alta dirigenza» dell'Amministrazione pubblica, dibattito sullo *spoils system* (sistema di nomina su base di rapporto fiduciario con il politico) e sul *merit system* (sistema di selezione neutrale su base solo e unicamente di competenze tecnico professionali). Il «combinato disposto», come dicono i giuristi, di queste due tendenze, è stato la nomina di un crescente numero di Direttori generali caratterizzati in modo esplicito sul piano «politico». Non si intende qui esprimere nessun giudizio di merito sul fatto che i Direttori gene-

rali nominati nella prima fase di applicazione dei decreti 502/92 e 517/93, non avessero una connotazione e collegamenti politici (sono peraltro note le molte polemiche al riguardo emerse anche in quel periodo), né che i Direttori generali oggi nominati in molti casi con esplicito riferimento alla loro affinità alla maggioranza di governo regionale e con esplicito mandato di farsi interpreti e di realizzare le scelte politiche regionali, non siano a loro volta dotati di competenze manageriali: si intende solo sottolineare la modificazione del modo di intendere il ruolo e la funzione del Direttore generale, il cui focus si è spostato da contenuti più marcatamente manageriali a contenuti più di tipo politico e/o di governance.

Un quarto fronte di attacco al modello aziendale proviene dal processo di decentramento e di devoluzione. Infatti, il primo passaggio delle funzioni, delle competenze e, soprattutto, delle responsabilità sull'equilibrio economico-finanziario del sistema di tutela della salute sembra aver innescato due processi che concorrono in un certo senso a rimettere in discussione l'autonomia delle aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere. Da un lato, appare del tutto evidente che per una serie di condizioni economiche e sociali di tipo generale (rallentamento dell'economia mondiale, patto di stabilità per l'Europa che impone il contenimento della spesa pubblica, incertezza determinata dalle gravi crisi di carattere regionale e dall'emergere del terrorismo a livello mondiale), le politiche delle regioni in tutti i settori e quelle della salute in particolare, sembrano influenzate maggiormente dalla «responsabilità per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario» che non dalle opportunità create dalla autonomia delle funzioni che, peraltro, è a sua volta

condizionata e per certi aspetti frenata da incertezze interpretative delle norme in materia e dalle diverse posizioni di partiti e movimenti politici. L'accentuazione dell'aspetto di responsabilità sta spingendo molte regioni a caratterizzare il proprio ruolo più come «ente capogruppo delle aziende sanitarie» che non come «ente di programmazione, di indirizzo e di controllo di un sistema di aziende autonome». Il paradigma della responsabilità economico-finanziaria è maggiormente correlato, anche nelle teorie manageriali dominanti, alla concezione di un sistema unitario (quello regionale) articolato in unità dotate di autonomia operativa e funzionale, ma non di autonomia di governo e gestionale in senso ampio. Il paradigma della responsabilità è correlato, nella natura istituzionale ma anche manageriale prevalente, all'esercizio di «poteri organizzativi e decisionali diretti e forti» più che a poteri di governo di reti di istituzioni (aziende autonome).

Questa cultura, che si salda con la caratteristica istituzionale della «azienda regionale» e con l'esigenza di breve periodo (il patto di stabilità, l'obbligo delle regioni di imporre tributi in caso di disavanzo), ha spinto molte regioni a «rafforzare il momento decisionale centrale» diminuendo l'autonomia decisionale delle singole aziende e dei rispettivi Direttori generali. Le esigenze di equilibrio economico-finanziario a livello regionale prevalgono su quelle di salvaguardia dell'equilibrio delle singole aziende. Si moltiplicano interventi quale aumento delle richieste di autorizzazioni preventive delle regioni per dare operatività effettiva a decisioni delle aziende sanitarie che sul piano giuridico sono autonome, l'introduzione di forme di finanziamenti «finalizzati» che possono essere utilizzati per scopi definiti (o comunque approvati) dalle

regioni, e quindi non disponibili per attuare autonomamente strategie delle aziende, richieste di predisporre Piani aziendali che, anche quando sono definiti strategici, si configurano in genere come veri e propri Piani di razionalizzazione e di contenimento della spesa. Forme di «centralismo regionale» (di tipo classico di carattere amministrativo, o di tipo più avanzato di carattere tecnico-manageriale) si vanno chiaramente sostituendo alle tradizionali forme di centralismo statale.

D'altra parte, però, il decentramento e il federalismo fanno emergere in modo sempre più evidente le «differenze» tra le diverse regioni, alcune delle quali hanno deciso o stanno per decidere di applicare il ticket sui farmaci mentre altre si rifiutano di farlo, alcune regioni applicano o pensano di applicare tariffe sulle prestazioni di pronto soccorso non motivate da condizioni di urgenza, mentre altre si rifiutano di farlo, alcune regioni applicano addizionali sui tributi regionali mentre altre pensano allo smobilizzo del patrimonio disponibile non di uso sanitario.

Di fronte a tali differenze, che si inseriscono in una cultura secondo la quale al concetto di intervento pubblico è correlata l'idea di uniformità, si formano movimenti di opinione e di pressione da parte di organizzazioni di tutela dei diritti dei pazienti, di rappresentanti delle imprese fornitrici delle aziende sanitarie (di farmaci, attrezzature e apparecchiature, di beni di consumo e servizi) che danno risalto a certi aspetti negativi delle differenze che pure esistono. Si tratta di movimenti e di pressioni che, di fatto, sostengono apertamente o cercano di rinforzare indirettamente il modello secondo cui il decentramento e il federalismo «devono realizzarsi all'interno di linee-guida e/o di indirizzi comuni, almeno fino a quando si vuole

difendere il modello di sistema sanitario pubblico». Si osservano spinte, più o meno forti e più o meno esplicite, a rivendicare un più forte ruolo di indirizzo comune da parte dello Stato, quindi forme di «riaccentramento di certe funzioni per esigenze di razionalità». Come si è detto si tratta di spinte nelle quali si intrecciano aspetti politico-istituzionali (partiti più o meno favorevoli al federalismo), residui di natura manageriale e di gestione dei sistemi complessi non ancora adeguata alla gestione delle forme organizzative delle reti e dei networks, interessi operativi (dei fornitori che preferiscono l'uniformità in quanto essa rende più semplice la gestione dei rapporti con il sistema di tutela della salute). La conseguenza è una tendenza allo schiacciamento (o limitazione) dell'autonomia aziendale per effetto della doppia tendenza a rafforzare e a rendere più rigidi gli strumenti di governo regionale o statale, ossia quelle che si possono definire le spinte al «doppio centralismo».

Un quinto fronte di attacco al modello delle aziende sanitarie pubbliche deriva dalla ricerca di più soddisfacenti soluzioni al problema della responsabilità delle aziende e al nuovo rapporto pubblico-privato. Si fa riferimento alle proposte, avanzate dal Ministro Sirchia, di far gestire gli Ircss da «Fondazioni», modello che si potrebbe poi estendere alla realtà delle aziende ospedaliere pubbliche di maggiori dimensioni ed a maggiore complessità organizzativa. Tralasciando vari aspetti tecnici che devono ancora essere definiti, il progetto può essere riassunto con riferimento alle sue caratteristiche istituzionali e organizzative.

Esigenza (dichiarata) cui si intende rispondere. Realizzare un ulteriore e decisivo passo in avanti nel processo di aziendalizzazione tramite l'accen-

tuazione del carattere di autonomia e una maggiore apertura al contributo dei privati. Con la costituzione di Fondazioni autonome si persegue:

a) la rottura del legame «istituzionale» degli Ircss con il Ministero della salute da cui dipendono, e degli altri ospedali con le regioni di cui sono attualmente «aziende strumentali», seppure con il mantenimento di un legame «funzionale» in quanto le Fondazioni dovrebbero mantenere (e secondo i promotori anche rafforzare) la loro capacità di contribuire alle finalità del Ssn;

b) la più netta separazione tra la funzione di indirizzo e programmazione (da parte dello Stato e delle regioni per le rispettive competenze) e di analisi e interpretazione della domanda (da parte delle aziende sanitarie territoriali) e funzione di produzione-offerta dei servizi e delle prestazioni;

c) la costituzione di un momento «istituzionale» nel quale i fini generali del sistema sanitario possano tradursi in «fini specifici» che diventino un reale punto di riferimento per chi ha la responsabilità della gestione (il management): si romperebbe in questo modo quella specie di autoreferenzialità del management delle attuali aziende.

Questa accentuazione dell'autonomia delle Fondazioni e l'indebolimento del legame istituzionale con gli organi del servizio sanitario sono considerati dai critici della proposta elementi tali da minare alla radice la stessa natura di servizio sanitario pubblico. Elementi cioè che, portando l'attenzione ancor più sugli obiettivi «particolari» delle Fondazioni potrebbero determinare il ridursi dell'attenzione a decidere e ad operare come parte integrante del più generale sistema pubblico.

Obiettivi di funzionalità. Peraltro la proposta di istituzione delle Fonda-

zioni ha l'obiettivo dichiarato di aumentare il livello di funzionalità delle strutture di offerta liberandole dalle «regole pubblicistiche» che tuttora permangono per le aziende pubbliche. Il sistema dovrebbe funzionare nel seguente modo:

a) a livello di Fondazione dovrebbe essere mantenuta la funzione di raccordo con le finalità «pubblicistiche» (di ricerca e cura, prevalentemente di cura, di diagnosi, di riabilitazione a seconda del tipo di Fondazione o di missione che ognuna si darà nel proprio statuto) tramite un organo, il Consiglio di amministrazione, nel quale dovrebbero essere rappresentati diversi soggetti;

b) il raccordo anche «istituzionale» con il Ssn resterebbe in quanto le regioni, ed eventualmente gli enti locali, avrebbero il potere di nominare la maggioranza dei componenti nel consiglio di amministrazione con il mandato di garantire che le «decisioni strategiche» e le «politiche aziendali» siano coerenti con gli obiettivi e gli indirizzi di programmazione e con gli standard di efficacia e qualità dei servizi definiti dalle regioni che, a loro volta, dovrebbero interpretare gli obiettivi, gli indirizzi, gli standard (esempio livelli essenziali di assistenza) decisi dallo Stato: il Consiglio di amministrazione, peraltro, avrebbe la funzione di adattare tali obiettivi, indirizzi e standard agli specifici bisogni di salute di certe aree territoriali e alla specifica funzione della Fondazione definita nel suo statuto;

c) si potrebbe realizzare un più elevato livello di funzionalità, in quanto sia le decisioni strategiche e di politica prese a livello di Fondazione, sia le decisioni sulle diverse attività (di sola assistenza, di ricerca e assistenza, di ricerca assistenza e insegnamento, a seconda dei casi) facendo capo alla Fondazione seguirebbero le regole del diritto privato: ad

esempio la Fondazione potrebbe costituire «società di diritto privato» (secondo la forma giuridica di volta in volta giudicata più idonea) per gestire le singole strutture di offerta.

L'obiettivo di questa proposta è anche quello di dare al management di ogni struttura chiari e precisi punti di riferimento per orientare i propri comportamenti e sulla base ai quali essere valutato.

Creazione di sinergie. Lo strumento della Fondazione viene proposto anche con il fine di agevolare la creazione di sinergie e forme di cooperazione tra diversi soggetti, in particolare tra soggetti pubblici e privati. Infatti, tramite la definizione dello Statuto e la composizione del Consiglio di amministrazione si ritiene possibile mantenere la funzione pubblica (tramite la maggioranza attribuita agli enti pubblici), ma anche la creazione di sinergie con altri enti o istituzioni di ricerche e di cura nazionali e internazionali (che potrebbero avere loro componenti nel Consiglio di amministrazione), rappresentanti dei pazienti e della società civile o privati che, a loro volta, potrebbero partecipare alla Fondazione sulla base di interessi diversi, ad esempio:

a) apporto di risorse finanziarie per gli investimenti e lo sviluppo (esempio privati spinti da motivazioni di tipo «non profit»);

b) apporto di competenze tecnico-professionali e manageriali da «mettere al servizio di una funzione pubblica»;

c) coordinamento delle strategie di sviluppo (tramite la presenza di persone credibili e influenti della società che si impegnano per proporre e far accettare forme di cooperazione tra strutture pubbliche e private che insistono sullo stesso territorio o che si rivolgono allo stesso target di pazienti).

Due aspetti della proposta meritano alcune brevi considerazioni. Con riguardo agli obiettivi di funzionalità, si può dire che sicuramente si avrebbe una maggiore snellezza decisionale e operativa. Non può, invece, essere considerato certo che l'effetto sarà quello di aumentare l'efficacia, l'efficienza, il livello di professionalità e di funzionalità. Infatti, recenti, ma in verità anche non recenti, casi di fallimenti o di gravi difficoltà di molte imprese private, casi di scandali e di corruzione in imprese private e in sistemi che erano finalizzati ai controlli (si fa riferimento alle società di revisione) dimostrano che non può essere accettata come automatica l'egualianza: struttura giuridica e funzionale privata UGUALE garanzia di funzionalità, di trasparenza, di correttezza gestionale, di raggiungimento degli obiettivi.

Con riferimento a coloro che sono perplessi o critici riguardo alla proposta sulla base del timore (dichiarato o implicito) che l'interesse particolare dei privati eventualmente coinvolti possa prevalere sugli interessi del servizio pubblico, si può assumere che:

a) deve considerarsi ideologica (e non ideale o valoriale) e aprioristica (non razionale perché non dimostrata) la posizione secondo cui il perseguimento di interessi particolari

(privati) è strutturalmente contrario all'interesse pubblico;

b) anzi la dottrina aziendale italiana (e centroeuropea) è fondata sul paradigma secondo cui tutte le istituzioni, quindi anche quelle private, hanno il fine ultimo di concorrere al benessere generale, anche se alcune di esse hanno fini immediati particolari che devono essere «orientati» verso il benessere generale da un adeguato sistema di regole (che di volta in volta sono costituite da mercato, controllo sociale, autoresponsabilizzazione, controlli di organi pubblici);

c) le persone sono portatrici di interessi (legati al proprio benessere) e di valori (che possono esprimere la dimensione di solidarietà, altruismo, senso della comunità) e quindi i comportamenti delle istituzioni e dei soggetti (fisici e giuridici) privati non possono essere considerati strutturalmente antinomici rispetto ai fini pubblici;

d) non va dimenticata, ad esempio, l'importante realtà del «settore non profit» che proprio nel campo della tutela della salute è in grado di dare significativi contributi di carattere positivo.

In conclusione si può dire che, come accade per tutte le soluzioni date a problemi sociali complessi, il modello delle «aziende sanitarie» è oggi messo

in discussione da due prospettive diametralmente opposte:

— la prima che mette in evidenza come tale modello sarebbe in contrasto con la natura pubblica del servizio e mette in evidenza soprattutto come l'eccessiva fiducia attribuita ai principi aziendali abbia fatto dimenticare, o sottovalutare, le altre dimensioni del problema salute (quello del raccordo con le politiche sanitarie, quello della umanizzazione dei rapporti, quello scientifico che a volte è stato trascurato a causa di criteri economici);

— la seconda che invece attribuisce il relativo fallimento alla non completa attuazione del modello stesso e perciò spinge verso una ulteriore accentuazione anche sul piano istituzionale con la costituzione di Fondazioni per la gestione delle strutture di offerta.

Forse, è opportuno riproporre la valutazione che è stata proposta dalle colonne di questo editoriale e che rappresenta la filosofia di base di Mecosan: per risolvere i problemi non è sufficiente «progettare» buone soluzioni normative e/o istituzionali, occorre pensare alle condizioni di loro fattibilità, preoccuparsi della loro implementazione e attivare sistemi per sviluppare le professionalità richieste e per monitorare con continuità i risultati ottenuti.

Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

UNA COLLANA CHE RENDERÀ PREZIOSA LA SUA LIBRERIA

Gentile lettore,

una profonda trasformazione è oggi in atto: una mutazione profonda nelle strutture sanitarie e negli uomini che le governano.

Una cultura ed una pratica sono terminate; una nuova generazione di protagonisti è destinata a reggere le prossime fasi delle gestioni aziendali delle strutture sanitarie.

È ormai un fenomeno particolarmente visibile. In un contesto tradizionale e maturo sono cominciate ad innestarsi le esperienze manageriali più innovative, che nulla hanno da invidiare a ciò che avviene nei santuari aziendali.

La rivista **Mecosan** ne è stata, nei suoi ormai 10 anni di edizione, fedele e puntuale testimone: **ben 40 fascicoli (dal 1992 al 2001) per un totale di circa 8.000 grandi pagine edite (formato 21 x 28).**

La **SIPIS** srl, per festeggiare i 10 anni di vita di **Mecosan**, offre, a chi non ha ancora nella sua libreria le annate che documentano le tendenze del managing in sanità per il cambiamento del S.s.n., l'opportunità di assicurarsi un osservatorio attento a quanto di nuovo è emerso nel modo di fare azienda in sanità (10 volumi, per un totale di 40 fascicoli con circa 8.000 pagine di grande formato) * al prezzo speciale di:

€ 1200,00 anziché € 1940,00 **

Approfitti di questa favorevole opportunità compilando il sottostante coupon: risolverà i suoi dubbi, faciliterà il suo lavoro.

GLI SPLENDIDI 40 DI MECOSAN: € 1200,00

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso,

Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

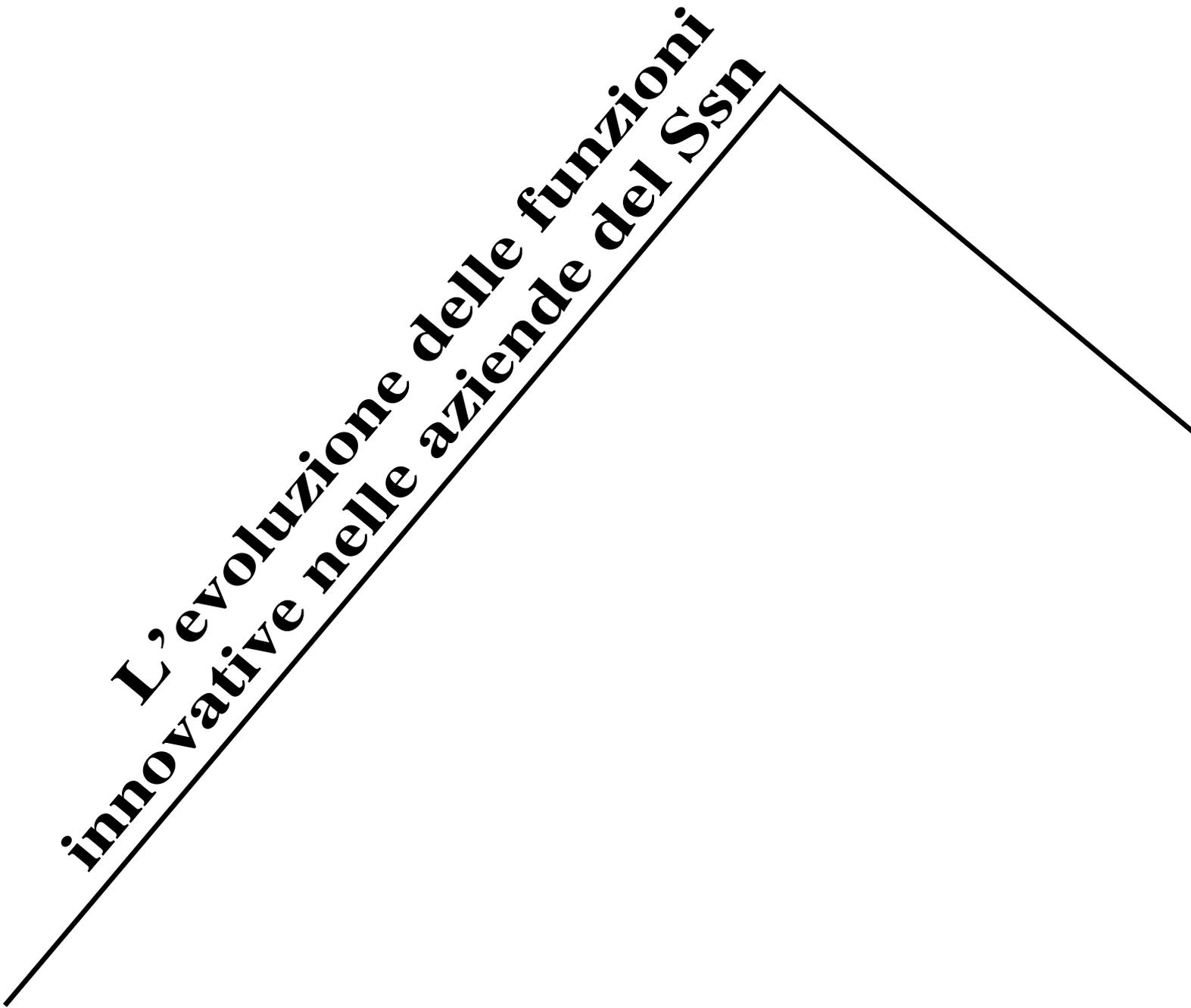
(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

* Fino ad esaurimento delle scorte.

** Chi è privo soltanto di alcune annate ed intende completare l'opera (in 10 volumi, 40 fascicoli), potrà, **entro il 31 dicembre 2002**, richiederle singolarmente al prezzo speciale di **€ 150,00** cadauna.

La presente offerta non è valida per gli ordini che provengono tramite libreria.

**L'evoluzione delle funzioni
innovative nelle aziende del Ssn**



La rivista trimestrale di saggi e ricerche,
documenti e commenti,
per il governo manageriale della sanità

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

SI ABBONI SUBITO AVRÀ DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 31 DICEMBRE 2002

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO 2002 + ANNATA ARRETRATA IN REGALO
DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA: € 194,00**

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. abbonament..... a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:
 - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa
- Avendo provveduto al pagamento dell'abbonamento entro il 31 dicembre 2002, ho diritto ad una annata arretrata in regalo (con esclusione del 2000 e 2001).

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li Annata arretrata prescelta: 19.....

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 dicembre 2002.

L'offerta della presente campagna promozionale non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la **SIPIS**, che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata.

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: IL SENSO DI UNA RICERCA

Mario Del Vecchio (coordinatore della ricerca)

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

1. Ringraziamenti e premesse

Quello che viene qui presentato è un numero monografico di Mecosan, dedicato al tema delle funzioni innovative all'interno delle aziende del Ssn e della loro concreta collocazione organizzativa.

I contenuti traggono la loro origine da una ricerca che Pharmacia Italia, importante impresa farmaceutica, ha commissionato al CeRGAS. Non è così usuale che una impresa fornitrice del Ssn investa risorse in ricerche non direttamente collegate alle proprie aree di *business*. È perciò importante sottolineare come tale scelta dimostri una visione lungimirante dei rapporti e relazioni che legano l'impresa al suo «mercato di riferimento», visione in cui lo sviluppo di lungo periodo dell'impresa è intrecciato strettamente con la capacità del sistema di rispondere in maniera sempre più efficiente ed efficace ai bisogni della collettività. È solo in tale prospettiva che la produzione e la messa a disposizione di nuove conoscenze possono essere giustificate e considerate un investimento produttivo, perché esse, non solo veicolano positivamente il marchio aziendale, ma possono contribuire al miglioramento delle condizioni di funzionamento del sistema sanitario, e ciò a sua volta contribuisce a rafforzare l'intero settore industriale.

Una parte altrettanto importante di ringraziamenti deve essere rivolta agli operatori delle aziende sanitarie pubbliche che hanno messo a disposizione dei ricercatori le loro esperienze e conoscenze. Quello della collaborazione e della condivisione delle informazioni è un punto di forza del sistema pubblico, non scontato (anche a fronte dei processi di aziendalizzazione e del rafforzarsi delle pressioni competitive) e da preservare. L'idea tuttora diffusa che conoscenze ed esperienze vadano diffuse, piuttosto che egoisticamente capitalizzate, rappresenta, soprattutto in un periodo in cui si riconosce l'importanza del sapere come base del vantaggio competitivo, un valore da difendere sia in termini di appartenenza al medesimo «gruppo di aziende

pubbliche», sia in termini di creazione di quelle esternalità positive che dovrebbero caratterizzare la missione di tutte le aziende pubbliche. Tale collaborazione è risultata tanto più importante, se si considerano poi i contenuti specifici delle conoscenze ed esperienze messe a disposizione. Si tratta, come risulterà evidente dalla lettura, di materiali significativi che, da una parte mostrano evoluzioni non banali di strumenti gestionali soluzioni organizzative, e dall'altra coinvolgono processi particolarmente critici per il governo delle aziende sanitarie.

La scelta dell'oggetto della ricerca, le funzioni innovative nelle aziende del Ssn, deriva da alcune considerazioni sulle dinamiche che caratterizzano il sistema sanitario italiano e dalle strategie di risposta che, a fronte di tali fenomeni, le aziende sanitarie hanno posto in essere.

Le dinamiche sono ampiamente conosciute e, in qualche misura, consolidate. Esse sono essenzialmente riconducibili alla crescente competizione, all'inasprirsi dei vincoli sulle risorse, alla evoluzione e aumentata complessità che caratterizzano la domanda sanitaria e i comportamenti dei destinatari dei servizi. Tali dinamiche comportano un rilevante aumento delle pressioni che l'ambiente esercita sulle aziende, le quali, a loro volta, hanno avuto sempre minori spazi per «scaricare all'esterno» le proprie inefficienze e in generale i risultati di conduzione della gestione non adeguate. È importante sottolineare come a questa «compressione sostanziale» degli spazi di azione liberi da meccanismi di responsabilizzazione (conseguenze e sanzioni che derivano dalle scelte e dai comportamenti), si sia accompagnata una robusta azione di rimozione di molti vincoli formali e quindi un aumento dei gradi di autonomia potenzialmente disponibili.

I mutamenti e le discontinuità dell'ambiente hanno imposto una revisione profonda del funzionamento aziendale, innescando spinte al cambiamento concretizzatesi poi in maniera diversificata nelle differenti esperienze. Fabbisogni ed esigenze di cambiamento hanno sì interessato tut-

ti i diversi aspetti della vita aziendale, ma hanno trovato un terreno privilegiato in alcune scelte organizzative e in particolare nella introduzione e/o rafforzamento di quelle che possono essere considerate come unità di *staff*.

In pratica, l'esigenza di profonde modifiche nelle modalità di funzionamento, da una parte, e il riconoscimento della presenza di spazi di azione impensabili nei modelli di tradizionale articolazione dei sistemi pubblici, dall'altra, sono stati operativamente tradotti nell'identificazione di alcune aree problematiche affrontate attraverso la costituzione di unità organizzative specializzate. Da questo punto di vista, l'intervento sul piano della struttura organizzativa rappresenta in parte una modalità fisiologica di risposta alla necessità di presidio su meccanismi critici per il funzionamento aziendale, ma in parte testimonia di una sindrome persistente delle aziende pubbliche che tende a privilegiare gli aspetti strutturali, immaginando che la creazione di unità specializzate esaurisca le azioni necessarie e possibili nell'affrontare i problemi.

Indipendentemente da ogni giudizio sul significato da attribuire alle modificazioni organizzative, rimane comunque la circostanza che tali modificazioni hanno rappresentato una delle leve più significative di cambiamento delle aziende sanitarie e che le nuove strutture sono state effettivamente lo snodo organizzativo attraverso il quale sono transitate le innovazioni più rilevanti.

Il ruolo che le nuove unità hanno svolto e la loro rilevanza non sono comunque i soli motivi che ha mosso la ricerca. Di particolare interesse risulta infatti anche l'analisi di come le strutture si siano concretamente «riempite di contenuti» a partire dal problema delle competenze. L'introduzione di una unità specializzata su una certa area problematica, implica un approccio nuovo o modalità e strumenti innovativi rispetto a quelli consolidati e prefigura una «funzione nuova» che viene a definirsi in una progressiva specificazione di compiti assegnati, meccanismi presidiati e logiche di intervento utilizzate. Tutto ciò può essere interpretato come una complessa e continua sequenza di fasi sintetizzabili in:

a) percezione di un fabbisogno (normalmente generico, quando non confuso) che deriva dalle mutate condizioni di ambiente;

b) individuazione di un'area gestionale nella quale si ritiene possibile e utile cercare risposte adeguate ai fabbisogni individuati;

c) costruzione/istituzione di una unità organizzativa sulla base:

— della percezione e rappresentazione dei problemi;

— dei modelli organizzativi e gestionali di riferimento di chi assume le decisioni;

— delle capacità e competenze presenti e disponibili in azienda, e più in generale delle caratteristiche delle persone che costituiscono le nuove unità;

d) progressiva focalizzazione dei contenuti operativi (meccanismi) e concettuali (professionalità, modelli di ruolo e logiche di intervento) delle nuove funzioni;

e) consolidamento e istituzionalizzazione della funzione che coincide con una definita e riconosciuta collocazione organizzativa, la padronanza e il presidio di un insieme di strumenti operativi, un campo di azione (finalità e poteri) sufficientemente definito.

In questa prospettiva l'osservazione e la ricostruzione dei percorsi evolutivi consente di mettere in luce le variabili che portano nelle diverse esperienze a specifiche concrete interpretazioni dei contenuti di funzioni della medesima denominazione e che, considerate nel loro insieme, concorrono a definire il modello prevalentemente accettato di interpretazione della funzione.

Dal terreno dell'analisi sarà poi possibile, anche per chi opera nelle aziende, ricavare indicazioni in grado di guidare efficacemente i processi di cambiamento organizzativo. In particolare ciò che emerge dalle migliori esperienze è la necessità di ricercare, pur nei vincoli delle specifiche contingenze, un ragionevole grado di coerenza tra i modelli di riferimento (punto c.b.) e le caratteristiche delle persone coinvolte (c.c.) e di guidare con attenzione i processi di focalizzazione e consolidamento delle funzioni.

2. Obiettivi specifici della ricerca

Nel quadro più generale appena disegnato, obiettivo della ricerca è indagare le modalità e le professionalità attraverso cui alcune tra le funzioni aziendali più innovative si sono sviluppate e sono attualmente presidiate nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche del Ssn.

La ricerca tenta, in particolare, di verificare i fattori di spinta e le condizioni critiche per l'emersione del fabbisogno, arrivando poi, attraverso l'analisi dei casi analizzati, a ricostruire una definizione empirica induttiva delle funzioni oggetto d'indagine, grazie alla rilevazione di ciò che esse realmente sono (in termini di ambito di responsabilità affidate, risorse coinvolte, competenze mostrate, meccanismi operativi gestiti, collocazione organizzativa assunta) nelle aziende del Ssn.

Non si tratta quindi né d'interpretare l'azione delle singole aziende sulla base di un modello teorico di riferimento (in termini di attività svolte, attori coinvolti, modalità di sviluppo delle competenze necessarie e delle profes-

sionalità che ne derivano), per valutare poi quanto ogni singola funzione si discosti dal modello «ideale»; né di elaborare, a partire dallo studio di molteplici casi, nuove formule organizzativo-gestionali e soluzioni ottimali per gestire il cambiamento e l'innovazione, sulla base magari di qualche esperienza di successo.

Lo scopo del lavoro di analisi e interpretazione dei dati emersi dalla ricerca sul campo si è sostanziato unicamente nel tentativo di approdare a una più approfondita comprensione del funzionamento del sistema di azione concreto, ossia di come realmente le persone agiscono e interagiscono, di come prendono le decisioni, di come si strutturano i processi di sviluppo delle professionalità qui indagate e delle relative funzioni cui esse sono legate.

Il *focus* principale della ricerca è comunque puntato a indagare le modalità attraverso cui le aziende sviluppano le competenze necessarie a svolgere tali funzioni, le modalità di reclutamento (nel senso delle soluzioni contrattuali) adottate, e come in alcuni casi tali dinamiche diano luogo all'emergere di professionalità, e cioè di un pacchetto relativamente stabile e condiviso di responsabilità, competenze ed eventuali qualificazioni necessarie a svolgere il ruolo.

In particolare, si tratta quindi di verificare l'emergere di eventuali modalità tipiche nello sviluppo di tali professionalità oppure, al contrario, di soluzioni non riconducibili ad alcuna classificazione. Alcune ipotesi rilevanti in tal senso, testate di volta in volta per le singole funzioni nel corso della ricerca, concernono:

— la *formazione*, in questo caso le ipotesi riguardano la formazione di base dei professionisti, (omogenea o eterogenea), la prevalenza di una formazione specialistica o generalista, la gestione interna della formazione o invece il ricorso a formazione erogata all'esterno;

— il grado di *internalizzazione nello sviluppo delle funzioni*, le ipotesi riguardano l'eventuale ruolo della consulenza esterna e, più in generale, quali siano le ipotesi per la gestione a regime, in un continuo che vede a un estremo lo sviluppo tutto interno all'azienda stessa e, all'altro estremo, la completa esternalizzazione in *outsourcing* della funzione stessa (soluzioni intermedie sono: la partecipazione a reti di imprese che, in logica di *network*, sviluppano e gestiscono le nuove funzioni; il ricorso temporaneo alla consulenza esterna in ruolo di «formatore»; il ricorso alla consulenza esterna che, una volta terminata la collaborazione, resta in azienda e si struttura attraverso forme di collaborazione lunga o addirittura l'assunzione di alcuni consulenti come dirigenti a tempo determinato; ecc.);

— *le modalità di reclutamento*, la presente ricerca mira ad evidenziare eventuali tipologie tipiche e a indagare se esse siano prevalenti a livello aziendale (configurando uno

«stile aziendale» nel reclutamento) o, al contrario, a livello di funzione (in tal caso sarebbero le caratteristiche proprie della funzione a indurre una certa modalità di reclutamento piuttosto che un'altra, indipendentemente dall'azienda cui ci si riferisce);

— infine, la *collocazione organizzativa* delle nuove funzioni e delle nuove professionalità, e in particolare la loro tendenza a svilupparsi all'interno dello *staff*. La scelta circa la collocazione organizzativa è ovviamente legata al diverso contenuto delle attività caratteristiche delle singole funzioni e, soprattutto, al diverso contenuto in termini di fiducia, da un lato, e competenze professionali, dall'altro, che segnano le singole funzioni nei diversi stadi del loro sviluppo. Se, infatti, l'aspetto prevalente è il contenuto fiduciario della posizione, essa sarà collocata naturalmente in *staff* e le necessità in termini di competenze professionali saranno state forse avvertite meno, in quanto la fiducia è cioè, in qualche modo, un elemento che supplisce alla minore professionalità.

3. Oggetto: le unità indagate

Oggetto della ricerca sono sei funzioni aziendali le quali, diffuse nella maggior parte delle realtà aziendali, sono state solo recentemente inserite anche nel contesto del sistema sanitario pubblico, a seguito della spinta innovativa indotta dal processo di aziendalizzazione.

Più in dettaglio, le aree su cui la ricerca si concentra sono le seguenti:

- Controllo di gestione;
- Ingegneria clinica;
- *Marketing*;
- Politiche e valutazione del personale;
- Qualità;
- Sistemi informativi.

Come si vede, non si tratta di funzioni collocabili in un ambito di tipo tecnico-scientifico e sanitario, le quali seguono particolari logiche evolutive, altri fattori di spinta e peraltro continuano a mostrare una loro fisiologica dinamica, continua e accelerata. Le aree qui indagate riguardano invece più prettamente l'ambito gestionale e, in particolare, originano dall'intento delle aziende di dotarsi di funzioni capaci di gestire la responsabilità complessive di cui esse sono investite.

Le funzioni prescelte si caratterizzano per essere trasversali al funzionamento dell'intera macchina aziendale o comunque per impattare in modo diretto su una parte rilevante di questa. Specificamente, esse sono funzioni *corporate* (aziendali), e cioè non usualmente delegate o facilmente delegabili a livelli organizzativi più bassi (ad esem-

pio, ai distretti o ai dipartimenti). Tale caratteristica fa sì che esse trovino tipicamente una collocazione centrale rispetto all'organigramma aziendale, interloquendo poi secondo modalità diverse con le strutture di *line*. Ciò implica peraltro la necessità di mantenere sempre, per le professionalità lì sviluppate, un'ottica di sistema e la capacità di interagire con un insieme variegato d'interlocutori, il più delle volte appartenenti a discipline diverse.

La seconda caratteristica rilevante di queste funzioni è che esse rappresentano uno strumento infrastrutturale con cui le aziende rispondono alle principali dinamiche in atto nel Ssn e che implicano, in particolare, la necessità di soddisfare per quanto possibile le preferenze degli utenti, mantenendo condizioni di efficienza organizzativa ed economica. In tal senso, tali funzioni sembrano essere percepite come elementi strategici per il funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche. Anche se in qualche caso sono state introdotte come mero adempimento normativo o per mera emulazione di quanto fatto da altre aziende del sistema (isomorfismo), esse si sono generalmente caratterizzate come funzioni il cui sviluppo è stato avvertito — da parte della direzione strategica e, più in generale, da parte dell'intero ente — quale strumento necessario per potere adeguatamente affrontare le sfide poste dall'ambiente e dai gradi di autonomia sempre più ampia di cui le aziende godono.

Bisogna anche sottolineare come le funzioni selezionate si caratterizzino tutte per una elevata «intensità informativa e conoscitiva», ovvero per il fatto di produrre, gestire e utilizzare le informazioni e le conoscenze come elemento caratterizzante del proprio operato e di rappresentare altrettanti elementi di un «sistema nervoso» critico per il funzionamento unitario dell'azienda. Informazioni e conoscenze sono infatti sempre più le vere risorse a disposizione, da una parte, per perseguire le finalità e operare efficacemente (aziende *knowledge intensive*) e dall'altra per gestire aziende complesse e ad elevati livelli di differenziazione operativa, professionale e culturale. Da questo punto di vista informazioni e conoscenze sono al tempo stesso «risorse e risultati della produzione» e strumenti per il governo del sistema aziendale.

L'ultima caratteristica rilevante delle funzioni indagate dalla ricerca è, per le cause viste sopra, la loro relativa «gioinezza» all'interno delle aziende sanitarie pubbliche. Si tratta cioè di funzioni in rapida evoluzione e che quindi implicano la definizione — o una profonda ridefinizione — delle professionalità ad esse associate e necessarie. E ciò avviene sia per le funzioni sostanzialmente nuove (ad esempio *marketing*, controllo di gestione, politiche e valutazione del personale), sia per quelle che invece sono rappresentabili come modalità nuove e significativamente po-

tenziate di svolgimento funzioni tradizionali (ciò è almeno in parte sostenibile, ad esempio, per l'ingegneria clinica e per i sistemi informativi). È chiaro che temi quali l'acquisizione delle competenze e le modalità di reclutamento rappresentano quindi aspetti che finiscono per avere un profondo impatto sull'efficacia di tali funzioni.

4. Metodo

Per condurre la ricerca è stato individuato un campione di undici aziende. L'individuazione delle aziende non ha seguito regole rigorose di campionamento casuale (anche se è stata perseguita la ricerca di un certo equilibrio sia in termini di localizzazione territoriale, con aziende del nord, del centro, del sud-isole, sia in termini di *mix* tra aziende ospedaliere e aziende territoriali): essa si è caratterizzata invece per aver preso in considerazione aziende che, nell'ambito delle sei funzioni oggetto di analisi, avessero sviluppato esperienze significative o, almeno, stessero procedendo all'impianto di tali funzioni. Sono state le stesse aziende le quali, sollecitate circa le funzioni che potessero rappresentare casi tipici e interessanti di sviluppo di nuove professionalità, hanno proceduto a una prima selezione delle funzioni presenti in azienda (tale selezione è poi stata oggetto di ulteriore verifica da parte del gruppo di lavoro).

In sintesi, tali aziende rappresentano «casi originali» nel panorama del Ssn: aziende che si sono distinte per le capacità di risposta alle dinamiche evolutive di contesto e all'allargamento degli spazi di autonomia, costituendo a volte profili eccellenti per elaborazione teorica e/o risultati ottenuti.

La sufficiente ampiezza del campione stesso fa sì che esso sia capace di illustrare in modo comunque rilevante le modalità organizzative e operative di queste funzioni nuove per il Ssn.

La ricerca, operativamente condotta e terminata nel 2001, si è svolta nelle seguenti fasi:

- 1) definizione delle funzioni oggetto d'indagine, della metodologia da utilizzare, degli strumenti operativi;
- 2) definizione del campione di aziende oggetto di indagine, grazie a una prima verifica qualitativa delle esperienze svolte al loro interno;
- 3) ricostruzione dei singoli casi-studio, grazie a interviste, incontri e ricognizione del materiale istituzionale rilevante per ciascuna situazione indagata;
- 4) redazione dei casi, mantenendo una struttura uniforme;
- 5) validazione dei casi-studio da parte delle aziende;

6) riunioni del gruppo di lavoro per la formulazione delle prime ipotesi da testare e la verifica dei principali risultati emersi, nonché per la definizione della struttura finale del rapporto di ricerca;

7) redazione delle singole parti del rapporto di ricerca;

8) verifica finale e comune del rapporto.

Strumento principale d'indagine è stato quindi quello dei casi-studio. Il metodo dei casi è infatti particolarmente efficace per ricerche che mirano all'analisi di processi dinamici, evolutivi, attraverso la ricostruzione di storie capaci di descrivere le modalità di sviluppo quanto e più che i soli risultati finali del processo.

Più in generale, la scelta del metodo più adatto a una data ricerca sociale dipende da tre condizioni:

— il tipo di quesito che riguarda l'oggetto della ricerca;

— il controllo che il ricercatore ha sulla dinamica degli eventi (e cioè la possibilità di verificare una data ipotesi sulla base del confronto tra un gruppo «trattato» e un secondo gruppo sperimentale);

— il *focus* su fenomeni in corso più che su fenomeni già conclusi.

In relazione a queste tre condizioni, si può affermare che, in generale, i casi sono il metodo più adatto quando le questioni oggetto di ricerca possono essere sintetizzate in domande quali «come» e «perché», quando il ricercatore ha scarso controllo sugli eventi e, infine, quando il *focus* è su fenomeni contemporanei all'interno di contesti operativi reali (Yin 1994, p. 1 e pp. 4-6) (tabella 1).

Nella presente ricerca, gli aspetti qualitativi dei processi di sviluppo sperimentati dalle singole funzioni e nelle singole aziende rappresentano l'oggetto principale d'indagine, la quale basa il proprio interesse sul percorso e sui collegamenti, invece che sulla mera frequenza delle funzioni citate o di alcune loro caratteristiche all'interno delle aziende del Ssn.

Questi stessi aspetti qualitativi mirano a ricostruire storie capaci di dare una migliore comprensione dei fenomeni indagati proprio perché costruiti sulla base di una conoscenza «lunga» e raccolta da più persone (tante quante sono state i nostri interlocutori nel corso della ricerca).

Il metodo dei casi-studio sembra particolarmente efficace per la ricerca condotta, in quanto esso permette un'analisi più approfondita e modulabile delle esperienze vissute all'interno delle singole aziende. Esso cioè permette di indagare il «perché» e il «come» le aziende hanno sviluppato tali funzioni, sottolineando i rapporti di causa-effetto tra le diverse variabili interne ed esterne all'azienda e mettendo a fuoco fasi, attori, ruoli, ostacoli del processo di

cambiamento che hanno caratterizzato tali sviluppi. D'altro canto, l'analisi di più contesti aziendali permette la ricostruzione delle (o di alcune) strategie possibili da parte delle singole aziende.

Inoltre, il metodo dei casi permette di cogliere il reale portato dalle innovazioni illustrate, riducendo il rischio di essere ingannati da comportamenti mimetici assai frequenti nel settore sanitario pubblico (e più in generale all'interno delle pubbliche amministrazioni): ci si riferisce in particolare a quelle situazioni in cui le aziende sanitarie si adeguano soltanto formalmente «a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento» (ad esempio l'avvio di un processo di valutazione permanente del personale), «e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari, nelle interviste strutturate» (Anessi Pessina, 2001).

Altre volte le aziende sembrano invece attivare alcuni meccanismi operativi e alcune funzioni per emulazione di ciò che viene fatto da altre aziende presenti nel sistema di riferimento, in assenza di una coscienza maturata all'interno della stessa organizzazione: in tal caso, di nuovo, diviene rilevante indagare lo sviluppo di questi meccanismi e queste funzioni analizzando il ruolo svolto dai diversi attori interni all'azienda, ai tempi e alle modalità adottate per quello sviluppo.

Infine, gli approfondimenti consentiti dal metodo dei casi-studio sono potenzialmente assai importanti anche in quanto essi possono «aiutare gli operatori» delle aziende pubbliche del Ssn «a riflettere sui principali fabbisogni organizzativi e gestionali della propria azienda, sull'esigenza di sviluppare soluzioni che garantiscano la coerenza tra le principali variabili d'azienda (struttura organizzativa, meccanismi operativi, caratteristiche dell'organismo personale, ecc.) e di ambiente, sulla gestione del processo di cambiamento» (Anessi Pessina, 2001).

Tabella 1 - La scelta della strategia/metodo di ricerca

Strategia/metodo	Forma del quesito di ricerca	Richiede controllo sugli eventi comportamentali?	Riguarda eventi contemporanei?
Esperimento	Come, perché	sì	sì
Indagine/rassegna	Chi, cosa, dove, quanti, quanto	no	sì
Indagine di archivio	Chi, cosa, dove, quanti, quanto	no	sì/no
Storia	Come, perché	no	no
Caso-studio	Come, perché	no	sì

Fonte: Yin (1994), p. 6.

La ricostruzione dei singoli casi, sebbene lasciata sostanzialmente libera di evidenziare e sottolineare le caratteristiche che di volta in volta si ritenevano più interessanti, si è avvalsa di un'intervista semi-strutturata. Tale intervista ha costituito la griglia di analisi minima e comune, utile ai fini di un'analisi comparativa a livello di singola funzione attuata mediante la costruzione di tabelle sinottiche capaci di met-

tere a confronto le principali caratteristiche dei singoli casi, nonché a tentare alcune conclusioni di carattere generale sulle scelte e sulle difficoltà nella fase d'impianto di tali funzioni, nonché sulle loro tendenze organizzative in atto. Oltre alle interviste strutturate, la ricerca ha poi fatto ricorso allo studio di materiale istituzionale fornito dalle aziende e alla ricognizione della principale letteratura scientifica sul tema.

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: IL CONTROLLO DI GESTIONE

Lisa Cosmi, Mario Del Vecchio

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I casi di studio - 3. Una lettura dei casi di studio - 4. Prospettive di evoluzione.

1. Introduzione

Se si considerano i processi di innovazione che hanno segnato l'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche nell'ultimo decennio, è difficile non notare il ruolo del tutto particolare che in tali processi hanno giocato l'introduzione, prima, e il consolidamento, poi, dei sistemi di controllo di gestione. La misurazione degli *output* collegati alle attività poste in essere, la rilevazione sistematica, a livello di unità operativa delle risorse assorbite e dei risultati da queste generati, l'inserimento delle informazioni su risorse e risultati in cicli gestionali di predefinita degli obiettivi e verifica del grado di raggiungimento degli stessi, sono stati tutti terreni sui quali le aziende, non solo hanno investito la parte più rilevante dei loro sforzi di innovazione, ma che hanno anche rappresentato il «vettore» e l'attivatore di molti processi innovativi. In altre parole il controllo di gestione ha contribuito a quella che viene comunemente definita come «aziendalizzazione» del Ssn non solo in via diretta — assicurando opportune condizioni per il governo dei fenomeni aziendali — ma anche in via indiretta, rappresentando il contenitore e lo stimolo attraverso il quale altri progressi sul piano gestionale prendevano sostanza. Così — e solo

per citare un'area di gestione di primaria importanza come quella del personale — la valutazione delle *performance* dei dirigenti, elemento di profonda innovazione rispetto al tradizionale quadro del pubblico impiego, ha avuto nel controllo di gestione un indispensabile prerequisito e uno stimolo di fondamentale importanza.

La rilevanza del contributo che il controllo di gestione ha dato alle dinamiche delle aziende sanitarie è sufficiente a giustificare l'oggetto del presente lavoro, è però utile, in via preliminare, chiarire in quale prospettiva il tema verrà affrontato. Come per tutte le funzioni aziendali, approcci e strumenti di gestione trovano una loro concretizzazione nelle strutture organizzative ad essi specificamente preposti. Un meccanismo operativo risponde, quindi, a determinati fabbisogni dei sistemi aziendali ed è la sostanziale omogeneità che contraddistingue tali fabbisogni che rende possibile uno sviluppo cumulativo di conoscenze e una relativa standardizzazione degli approcci e degli strumenti. Se sul piano tendenzialmente più neutrale delle tecniche una convergenza è più facilmente osservabile, lo stesso fenomeno assume aspetti più problematici quando si passa ad osservare lo sviluppo delle competenze e l'articolazione

dei compiti effettivamente assolti dalle strutture cui è affidato lo stesso controllo di gestione. La concreta declinazione delle missioni negli specifici contesti viene, infatti, ad essere influenzata sia da un corpo di conoscenze e strumenti condivisi sia da una serie di condizioni contingenti legate alle professionalità disponibili, ai gradi di maturità organizzativa e gestionale, ai problemi principali che le aziende si trovano ad affrontare. Le effettive interpretazioni che del controllo di gestione vengono date dalle aziende in termini di ampiezza e tipologia di funzioni assolve influenzano a loro volta, seppure con un certo ritardo, la rappresentazione condivisa circa approcci e strumenti. Diventa così di un certo interesse guardare alla funzione in una prospettiva più centrata sulle caratteristiche delle strutture aziendali che assumono la denominazione «controllo di gestione», alle loro modalità di costituzione e di acquisizione delle competenze, ai compiti che esse effettiva-

Il presente contributo ha usufruito del supporto del progetto CNR «Ruoli e funzioni manageriali nel nuovo modello di servizio sanitario», pur essendo frutto del lavoro congiunto degli autori va attribuito come segue: i paragrafi 1, 3 e 4 sono di Mario Del Vecchio e il paragrafo 2 è di Lisa Cosmi.

mente svolgono anche quando esulano dai campi di attività che denominazione assunta sembrerebbe implicare.

Partendo da tali considerazioni, vengono qui presentati i risultati di una indagine sullo sviluppo della funzione controllo di gestione in otto aziende sanitarie pubbliche del nostro paese, integrati da alcune considerazioni conclusive circa le prospettive complessive di tale funzione nel prossimo futuro.

2. I casi di studio

I casi analizzati, di cui viene di seguito proposta una sintesi, sono otto e comprendono sia aziende ospedaliere sia aziende territoriali, variamente distribuite nel Paese con una prevalenza di quelle collocate al nord (quattro su otto). La ricostruzione dei casi è avvenuta tramite interviste semistrutturate agli attori principali, con l'ausilio di indagini *ad hoc* sui documenti aziendali.

2.1. L'azienda «A»

Il primo caso analizzato è quello di una grande azienda ospedaliera, che vede anche la rilevante presenza dell'università. Dopo un periodo di circa quattro anni di introduzione e consolidamento dei sistemi di contabilità analitica, nel 1995, viene istituito, in *staff* alla direzione generale, l'ufficio controllo di gestione, con il compito di progettare e gestire il sistema di *budget*. A tal fine l'ospedale «A» si rivolge a un centro universitario specializzato che mette a disposizione due ricercatori, i quali dovranno supervisionare l'intero processo e trasferire competenze a due operatori «in formazione» che rappresentano il nucleo operativo dell'ufficio appena costituito. È importante notare come la collocazione dell'ufficio in *staff* alla direzione generale esprima la precisa vo-

lontà del Direttore generale di utilizzare inizialmente il servizio come un proprio strumento esclusivo, piuttosto che assegnargli un ruolo di supporto e interlocutore per tutti i livelli della struttura aziendale.

Solo nel 1998 la composizione iniziale viene potenziata attraverso l'introduzione di una risorsa neolaureata, in esplicita posizione di *junior controller*, anch'essa supervisionata direttamente da uno dei due ricercatori, ancora assai presente in azienda. All'inizio del 1999 entra nello *staff* un ausiliario cresciuto professionalmente in azienda, che si rivelerà una delle risorse più preziose per il controllo di gestione, ove rimarrà fino al 2001. A metà del 1999 c'è un ulteriore fenomeno di *turn-over* tra gli operatori, cambiamento che — nonostante il raggiungimento di una certa maturità e consolidamento dell'ufficio nell'assetto complessivo della vita aziendale — rischia di sbilanciare il quadro delle competenze. Il controllo di gestione acquisisce, infatti, una nuova risorsa interna di matrice amministrativa, ma contestualmente abbandona l'azienda lo *junior controller*, in parte a causa delle eccessive responsabilità affidate in relazione al grado di sviluppo professionale. L'ufficio viene quindi immediatamente a soffrire di una eccessiva distanza (vuoto di coordinamento) tra la supervisione esterna del centro universitario, che continuava ad accompagnare lo sviluppo dell'esperienza, e le competenze e professionalità internamente disponibili. Per fronteggiare tale problema viene inserita, attraverso il meccanismo ex articolo 15-*septies* che prevede la possibilità di assumere dirigenti a tempo determinato con compiti definiti dall'esterno dell'amministrazione, l'attuale responsabile. Si tratta di una laureata in economia aziendale, con una breve esperienza all'interno dello stesso centro di ricerca. La nuova responsa-

bile prende in mano le redini del processo di *budget* per l'anno 2000, in situazioni assai critiche a causa dell'avvicendamento interno del personale. L'avvicendamento delle risorse continua: l'informatico in assenza di prospettive all'interno dell'ufficio passa ad altro incarico; entra, come assistente della responsabile in posizione di *junior controller*, un'altra laureata in economia aziendale; a fine anno cambia incarico anche l'ex ausiliario. A ulteriore conferma del problema dell'alto *turn-over*, alla fine dell'aprile 2001 si registra inoltre l'abbandono dell'azienda della *junior controller*.

A tutt'oggi l'ufficio conta su tre persone a tempo pieno (un dirigente responsabile dell'ufficio, un'assistente al responsabile, con diploma per segretaria d'azienda, e un perito informatico che attualmente frequenta il corso di laurea in informatica) e due persone *part-time*, per un giorno alla settimana (una biologa e un assistente con diploma di perito turistico). Nessuna delle persone impiegate aveva avuto esperienze precedenti in unità operative analoghe, in ambito pubblico o privato. Da un punto di vista quantitativo il dimensionamento dell'ufficio sembra avere raggiunto una certa stabilità, anche se il servizio richiederebbe una figura di neolaureato con la funzione di *junior controller*.

Il servizio ha completato la fase di istituzione e inserimento nel tessuto aziendale. Necessita oggi di arricchire le proprie competenze per effettuare quel salto di qualità che la maturità del ruolo coperto richiede. Il suo ruolo nella gestione del processo di *budget* è solido e si completa con l'attività «consulenziale» di supporto alla Dg nella negoziazione. L'ufficio dialoga attivamente con tutti i principali interlocutori aziendali (in particolare con l'ufficio «Contabilità e bilancio», la «Ragioneria», l'ufficio «Personale»; forti i flussi informativi con la direzio-

ne sanitaria e con le Uuoo, nella persona dei capi dipartimento).

2.2. L'azienda B

L'azienda «B» è anch'essa una azienda ospedaliera dell'Italia settentrionale.

La nuova Direzione generale dell'azienda «B», in carica dal gennaio del 2000, si connota per la forte tensione innovativa e ha puntato esplicitamente sulla creazione di un proprio *staff* come strumento per l'introduzione di una serie di servizi «innovativi». Il caso rappresenta l'esperienza di un servizio gradualmente trasformato nel «consulente globale» della direzione generale, ruolo sostenuto essenzialmente dalla figura del responsabile come fattore di successo di un processo di rinnovamento dell'azienda.

La responsabilità che fa capo all'ufficio controllo di gestione (collocato in *staff* alla direzione generale) comprende la gestione dell'impianto del sistema di *budget* e l'attività di supporto alla negoziazione tra la direzione generale e i responsabili di struttura, oltre alla produzione di reportistica periodica dell'attività. A queste si è recentemente aggiunta la responsabilità sui progetti di implementazione della contabilità analitica informatizzata integrata dell'azienda. Tale ultimo incarico ha rappresentato una prova di maturità per il servizio, che è stato in grado di sviluppare la propria funzione e coprire, oltre alle aree tradizionali, un ambito innovativo che lo connota come agente d'integrazione aziendale. Il servizio si occupa inoltre di supportare il direttore generale nelle decisioni d'investimento in nuove attività e nella redazione del piano investimenti annuale. Si viene così a concretizzare il ruolo di consulente complessivo alla direzione che la funzione ha sostanzialmente assunto per

esplicita volontà del direttore generale.

Per l'insieme delle funzioni svolte i principali interlocutori del servizio sono la direzione generale, la direzione sanitaria e quella amministrativa, i responsabili di struttura (sanitarie e amministrative) e tutti i responsabili delle unità di *staff*.

L'evoluzione del controllo di gestione presso l'azienda «B» rappresenta un esempio di buona internalizzazione dell'attività di consulenti esterni, come strumento per la creazione di servizi stabili all'interno dell'azienda. Prima del 1999, infatti, tutte le funzioni tipiche di *staff* erano svolte da consulenti e anche l'attuale responsabile era presente in azienda quale dipendente di una società di consulenza. Insieme alla responsabile, erano presenti altre due persone, sempre della stessa società, secondo la politica di quest'ultima che prevedeva la permanenza dei suoi consulenti in azienda su un intero ciclo di *budget*. Questo tipo di rapporto presupponeva quindi una sorta di inserimento a metà, tra attività di consulenza e rapporto di lavoro interno.

Nel 1999, al fine di consolidare dall'interno il neonato controllo di gestione, è nominato dirigente un impiegato amministrativo laureato in giurisprudenza, il quale rimane responsabile del servizio per due anni, dal 1999 al 2000. Con la nomina del nuovo direttore generale l'azienda decide per un avvicendamento sul servizio e nomina una responsabile assunta ex art. 15-*septies* come dirigente a tempo determinato (per un periodo di tre anni). La soluzione pone quindi un rischio implicito, legato alla continuità dell'azione dell'unità, nell'ipotesi di un ricambio ai vertici aziendali e conseguente ricambio del personale di *staff*. La responsabile ha quindi la necessità di creare un gruppo nuovo, in grado di costituire un'identità stabile per un

servizio ancora poco radicato nella cultura aziendale. Non essendoci competenze interne disponibili e adeguate, si rivolge all'esterno e inserisce due persone. La prima è un neolaureato in economia aziendale, con contratto di consulenza (è dipendente di una società di consulenza locale). Per la seconda posizione si ricerca una persona sempre di provenienza locale, per abbassare i rischi di continuità (sia la responsabile sia il neolaureato si spostano tutti i giorni da una città che dista più di 100 chilometri); si trova allora una neolaureata originaria di «B», che rimane sei mesi grazie a una borsa di studio aziendale. A questa succede un'altra laureata in economia, anch'essa originaria di «B». All'ufficio si aggiunge inoltre una persona proveniente dal «Centro Stampa», con diploma di scuola media inferiore e discrete conoscenze informatiche.

Il servizio ha dato nel tempo prova di efficacia della sua azione che ha portato alla progettazione e all'implementazione del sistema di *budget* e all'attivazione di una collaborazione completa dell'unità con tutte le parti dell'azienda. È andata creandosi nel tempo una cultura del controllo più che sufficiente tra le varie unità operative, le quali apprezzano e riconoscono il ruolo di questo servizio. L'apertura a progetti che riuniscono gli sforzi di più servizi (l'implementazione della contabilità analitica informatizzata integrata, in particolare) rappresenta, infine, una prova della piena maturità della funzione.

2.3. L'azienda «D»

L'azienda «D» è una azienda territoriale, dotata anche di presidi ospedalieri, situata in una regione meridionale.

La funzione di controllo di gestione all'interno dell'azienda «D» è in via di sviluppo: non esiste attualmente un

processo di *budget* strutturato. Le cause sono molteplici e interrelate tra loro e si concretizzano nella mancanza di un sistema di contabilità analitica in grado di rilevare i costi per le singole articolazioni organizzativa e, più in generale, nelle gravi carenze dei sistemi informativi automatizzati. In realtà l'azienda dispone di un pacchetto informatico che potrebbe potenzialmente gestire anche la contabilità analitica, oltre a quella generale. Il fornitore, però, non ha mai fatto formazione sull'utilizzo del modulo di contabilità analitica, rivelandosi peraltro molto debole anche in termini di assistenza generale sull'applicativo e creando non pochi problemi all'azienda (1).

L'azienda mira oggi allo sviluppo integrato di tutte le aree appena menzionate: l'atto aziendale (recentemente deliberato) prevede infatti la costituzione di un ufficio «Programmazione e controllo di gestione» in *staff* alla direzione generale. Inoltre, nello stesso atto aziendale viene individuata la struttura di base, contabile e organizzativa (centri di costo e di responsabilità), per il futuro controllo di gestione. È stata inoltre richiesta una consulenza per lo *start up* integrato delle aree controllo di gestione e sistemi informativi (acquisiti *hardware*, installazione applicativi e *system integration*).

In realtà, già nel 1999 era stato istituito un ufficio *budget* presso l'azienda, per impostare il sistema di *budget* e gestire la reportistica per la direzione generale. Tale ufficio ha rappresentato un'esperienza interessante di elaborazione teorica e di prime applicazioni operative di *budget* e del più complessivo ciclo del controllo di gestione (in una realtà priva comunque di quelle informazioni e assetti organizzativi che ne sono il naturale presupposto). L'ufficio *budget*, dopo alterne vicende e l'alternarsi di due direttori generali, è stato poi definitivamente dimesso non tanto per una mancata capacità di

mostrata dall'ufficio stesso, quanto per la prematura scomparsa del suo responsabile. Tale figura rappresentava infatti l'ispiratore e il vero animatore della struttura. Laureato in economia, aveva una significativa esperienza: già dipendente della Regione, era poi stato direttore amministrativo di un'azienda, aveva lavorato all'ARAN, era stato nominato commissario straordinario per la gestione di diverse aziende ospedaliere. Arrivato a «D», era stato prima responsabile del «Servizio personale», per poi essere incaricato di sviluppare la funzione controllo di gestione.

Al neoistituito ufficio erano state assegnate altre tre persone: un'assistente sociale con esperienze in contabilità maturate in contesti diversi da quelli delle aziende sanitarie pubbliche, risorsa interna; un infermiere con ottime capacità informatiche; una laureata in economia aziendale, con esperienze esterne; cui si aggiungeva la consulenza di un professore universitario con competenze economico-aziendali.

Pur nel breve arco di tempo coperto dalla esperienza, alcuni limitati risultati erano stati raggiunti con le unità operative territoriali, che si erano dimostrate più sensibili e quindi più disponibili a collaborare nella definizione e misurazione delle proprie attività. Altri ambiti di lavoro erano stati la definizione degli obiettivi per le unità operative amministrative (ma senza alcun successivo controllo a consuntivo) e un abbozzo di reportistica di base. Le maggiori difficoltà allora incontrate sembravano essere legate alla scarsa sensibilità sui temi trattati, dovuta alla bassa utilità percepita dello strumento da parte delle unità di *line*, e all'assenza di un qualunque sistema di premi o sanzioni (incentivi in genere) legati alla collaborazione o meno.

La breve esperienza, vista oggi, sembra essere stata un momento im-

portante di elaborazione e sensibilizzazione sui temi della gestione aziendale e dei processi operativi della programmazione e controllo. Purtroppo, l'avvicinarsi dei direttori generali e la scomparsa del responsabile dell'ufficio hanno impedito che l'esperienza si consolidasse e che le competenze «fertilizzassero» l'intera organizzazione aziendale. Anche le limitate competenze accumulate sono andate disperse, infatti i componenti di quel primo gruppo di lavoro sono stati riassorbiti in vari uffici dell'azienda e al momento non si prevede un loro ulteriore coinvolgimento nella funzione controllo di gestione in fase di avvio.

Le prospettive di uno sviluppo della funzione sono fortemente legate alla volontà e determinazione del direttore generale, il quale dichiara una strategia molto precisa. Tale strategia prevede:

— una intensa opera di sensibilizzazione attraverso numerosi momenti di confronto con altre realtà analoghe che abbiano sperimentato avanzati sistemi di controllo di gestione;

— la ricerca e l'inserimento di un dirigente che abbia già maturato esperienze analoghe in altre aziende sanitarie pubbliche;

— la riqualificazione e il riorientamento di alcune risorse interne tra le quali l'attuale responsabile della ragioneria e un neoassunto laureato in economia, ora inserito nella segreteria della direzione generale, con esperienza informatica e di gestione di siti *internet*;

— l'impegno di tutte le risorse esterne attualmente a vario titolo impegnate sui sistemi di gestione (tra cui una società di consulenza, un commercialista autonomo, un componente del collegio sindacale) a un rapido trasferimento delle competenze alle risorse interne.

In conclusione, si può affermare che per quanto riguarda lo sviluppo

della funzione di controllo di gestione l'azienda sembra abbia intrapreso una strada volta a utilizzare il personale di cui già dispone, ricorrendo all'apporto di consulenti esterni soltanto per la fase di impianto e la formazione del personale stesso.

2.4. L'azienda «E»

L'azienda «E» è anch'essa una azienda territoriale e copre un territorio limitrofo a un grande centro urbano dell'Italia settentrionale.

Il controllo di gestione è attualmente percepito come un'area strategica per il governo del sistema aziendale, con due importanti missioni che ne contraddistinguono lo sviluppo. La prima è quella di riuscire a spostare sempre più lo strumento del *budget* da semplice meccanismo di controllo dei costi a strumento in grado di governare l'insieme delle attività poste in essere. La seconda è quella di costruire un sistema integrato di programmazione, superando le tradizionali sovrapposizioni (e contraddizioni) tra i diversi strumenti.

L'evoluzione della funzione e l'articolazione organizzativa della stessa è frutto di una impostazione fortemente voluta dal direttore generale e che ha trovato supporto, soprattutto nelle fasi iniziali, nell'operato di un consulente, che dal 1997 è in azienda con il ruolo di assistente alla direzione generale. Il consulente, chiamato inizialmente dal direttore generale allora appena insediato in funzione di *controller* per ristrutturare il controllo di gestione e consolidare la contabilità analitica (già presenti, ma insoddisfacenti), procede, con un gruppo di altri consulenti, all'integrazione dei sistemi contabili (magazzini, cespiti, personale, contabilità generale) e a un primo riassetto del sistema informativo. Dal punto di vista organizzativo la direzione generale — pur volendo inizialmente unifi-

care le funzioni di programmazione e controllo di gestione e creare così una responsabilità unitaria per una vasta area di strumenti di gestione — decide di creare tre distinte unità in *staff* alla direzione. La scelta risponde alla necessità valorizzare alcune professionalità presenti e anche di dotare distinti ambiti di governo di propri strumenti operativi. Si costituiscono così le unità: programmazione sanitaria (che ha il proprio riferimento nel direttore sanitario); controllo di gestione (riferimento al direttore amministrativo), programmazione sociale (riferimento al coordinatore del servizio sociale).

Ai tre uffici, con la supervisione del consulente, è affidata la costruzione di un sistema di *reporting* e la gestione del processo di *budget*. A queste attività si aggiunge la contabilità analitica (affidata al controllo di gestione) e l'analisi dei dati di attività. Come estensione della medesima logica all'area della programmazione, costituita dalle tre unità appena menzionate, verrà presto affidata la gestione di tutti i flussi informativi attualmente sotto la responsabilità del servizio sistemi informativi. In pratica a questo rimarrà la gestione della parte informatica, escluse le reti poste sotto la responsabilità del servizio tecnico.

Il punto di partenza reale dell'assetto appena descritto è rappresentato dalla esperienza del processo di *budget* 1999, il primo momento reale di *budget* della nuova direzione. Il problema principale affrontato è la costituzione di una base dati su cui impostare la programmazione. L'attività si concentra sulla costituzione di un sistema informativo per la rilevazione dell'attività ospedaliera e, in particolare, alla elaborazione di schede di *budget* uniformi. Il processo si caratterizza per l'adozione di una logica *top-down*, scelta giustificata dalla necessità di avviare al più presto il sistema. In parallelo l'area controllo di ges-

stione si occupa anche del passaggio dalla contabilità finanziaria a quella generale e di un irrobustimento dell'impianto di contabilità analitica, presente in azienda, ma non integrata con gli altri sistemi contabili.

A partire dalla predisposizione del *budget* 1999, le tre unità iniziano il loro percorso di sviluppo.

L'ufficio programmazione sanitaria, all'inizio della sua attività, aveva la necessità di esprimere capacità di intervento sia sull'area ospedaliera, sia su quella territoriale. Venivano quindi assegnati *part-time* due medici: il primo, proveniente dalla direzione di distretto, il secondo, dalla direzione ospedaliera, coadiuvati da un amministrativo a tempo pieno. All'inizio del 1999 si aggiunge anche una caposala che si occupa *part-time* della programmazione sanitaria e della specialistica ambulatoriale. Alla fine del 1999 il primo medico viene nominato responsabile di distretto e viene sostituito per circa un anno da un altro medico proveniente dal territorio. Il secondo medico rientra a tempo pieno nel 2001 (dopo un periodo di aspettativa, durante il quale era stato sostituito da un altro medico del presidio ospedaliero) e diventa il responsabile dell'ufficio, al quale, dopo l'estate, si aggiunge una ulteriore figura amministrativa. L'aumento dell'attività (con la trasformazione dell'unità in programmazione sanitaria e sistemi informativi) fa prevedere un potenziamento dell'organico, ed entro la fine del 2001 la composizione del servizio vedrà la responsabile affiancata da quattro amministrativi con competenze statistiche e di gestione dati, dalla caposala e da una rete di referenti per il sistema informativo periferico nelle varie unità operative.

L'unità controllo di gestione nasce scorpendo dall'ex ufficio «bilancio e controllo di gestione» la contabilità analitica. Responsabile dell'unità è

una laureata in scienze politiche, dirigente amministrativo proveniente da precedenti esperienze di controllo di gestione, con competenze sviluppate sia sul campo sia con alcuni corsi di formazione. L'ufficio nel settembre del 1998 ha in forza tre persone che provengono dal «bilancio e controllo di gestione», senza formazione specifica nelle attività scorperate. Il nuovo ufficio rispetto al precedente, che gestiva la contabilità analitica con un rilevante apporto di rilevazioni extra-contabili, si concentra inizialmente nella costruzione di un sistema completamente integrato. A ciò si aggiunge un impegno intenso nella revisione dei processi che generano i dati economici al fine di valutarne e migliorarne l'attendibilità. Dopo alcuni cambiamenti, l'organico dell'ufficio si compone di quattro persone: la responsabile, un collaboratore amministrativo e due assistenti amministrativi con diploma. L'attività relativa alla contabilità analitica può reputarsi assestata, la qualità dei dati risulta soddisfacente, anche se rimangono ancora delle difficoltà di coordinamento dei sistemi informativi nell'area amministrativa dovuti all'accorpamento delle tre ex Usl che hanno dato vita all'azienda. Un'ulteriore ed importante area di attività che ha visto impegnato l'ufficio è stata quella della rilevazione del personale assegnato per unità operativa e del suo effettivo utilizzo, attraverso la costruzione di *data base* costantemente aggiornato. Le direzioni future di sviluppo sono rappresentate da un affinamento nell'analisi degli scostamenti e in prime sperimentazioni di «contabilità per prodotto».

La «programmazione sociale» si occupa della gestione economica delle attività sociali, rilevanti in conseguenza al forte processo di delega da parte dei Comuni dell'area. Ha costruito, grazie al ricorso a gruppi di lavoro, un sistema informativo dedicato, com-

piendo uno sforzo notevole per l'individuazione dell'utenza, delle attività ed elaborando un sistema di indicatori. Tale sistema di misurazione dell'attività sociale ha accompagnato l'introduzione delle logiche di *budget* (particolarmente complesso in quanto in sede di programmazione ci sono due distinti interlocutori: Comuni e azienda) e la gestione della scheda *obiettivi* (che si discosta da quella delle altre attività). L'unità comprende la responsabile, collaboratrice amministrativa, laureata in giurisprudenza, proveniente da una delle ex Usl accorpate, da oltre 10 anni responsabile dei servizi sociali e un assistente amministrativo, diplomato educatore di comunità, *part-time*, che si occupa del sistema informativo. Nello svolgimento della propria attività l'unità si avvale di una estesa rete di collaboratori referenti.

Nel complesso, l'area vede attualmente impegnate 12 persone, di cui 11 a tempo pieno, con una presenza di 5 laureati. Il dato da segnalare è l'ampiezza delle funzioni assolte, che vanno complessivamente oltre a quelle tradizionalmente affidate al controllo di gestione in senso stretto.

In generale è possibile affermare che i punti di forza della funzione sono stati, da una parte il ruolo giocato dal direttore generale a sostegno dello sviluppo, e dall'altra il supporto del consulente, che ha saputo imporsi nel difficile ruolo di coordinatore e agente di sviluppo organizzativo, favorendo anche un buon clima interno alle tre unità, che sanno collaborare efficacemente. Non bisogna inoltre sottovalutare la credibilità che l'azienda ha saputo assicurare ai sistemi di programmazione e controllo decentrando effettivamente le responsabilità e garantendo una coerente autonomia.

2.5. L'azienda «G»

L'azienda «G» è una azienda territoriale dell'Italia centrale che copre l'intero territorio provinciale. Il caso della Asl «G» rappresenta un chiaro esempio di costruzione delle competenze attraverso processi prevalentemente interni.

Il 1997 segna l'avvio formalizzato dell'esperienza a partire dall'istituzione, con compiti piuttosto ampi, di un ufficio «programmazione e controllo di gestione» che, a sua volta, raccoglie in parte l'eredità di una precedente attività non formalizzata essenzialmente rivolta alla programmazione. A sostegno del processo di introduzione degli strumenti di programmazione e controllo e di una contestuale riorganizzazione dell'azienda viene acquisita e attivata una consulenza esterna. I consulenti lavorano prevalentemente sulla riorganizzazione e forniscono l'impianto di fondo del sistema *budget*. L'ufficio nel corso degli anni sviluppa autonomamente l'impianto proposto e riesce ad avviare e consolidare il processo.

Il responsabile della funzione è un dirigente sanitario medico che ha seguito corsi di formazione sull'argomento, ma che, soprattutto, si è distinto agli occhi del direttore generale per le capacità gestionali dimostrate alla guida della propria unità operativa di provenienza, unità di cui, peraltro, continua a conservare la responsabilità. Il rapporto fiduciario con il direttore generale si sostanzia in uno spazio di azione tanto ampio da comprendere la possibilità di «selezionare» il personale dell'ufficio, attingendo a personale impegnato in altri settori. L'ufficio programmazione e controllo di gestione avvia, quindi, la sua attività avvalendosi di risorse già presenti in azienda e che accettano un «riposizionamento». Si tratta in particolare di: un assistente amministrativo, una

ragioniera con competenze di contabilità analitica, un ex tecnico di laboratorio con buone capacità informatiche, il cui contributo si è poi rivelato fondamentale per la reportistica (funzione che tuttora assolve). È necessario sottolineare come il responsabile dell'ufficio occupi una posizione di rilievo nella vita aziendale, avendo il compito di assicurare il coordinamento di tutti gli *staff* aziendali.

Nel 1998 viene inserito nell'organico anche un dirigente sanitario non medico, anch'egli responsabile di una unità operativa, e comincia da questo momento un processo di specializzazione interna che successivamente porta l'unità a definire meglio il proprio ambito di intervento. Attualmente l'unità è in fase di crescita, ha un organico di cinque persone, ma non ha ancora iniziato il processo di specializzazione della propria attività, continua a svolgere un ampio insieme di attività che vanno dal supporto alla negoziazione degli obiettivi, alla gestione del sistema premiante, alla tenuta della contabilità analitica, alla produzione e analisi delle statistiche di attività.

Nel 1999 la scissione delle diverse responsabilità si realizza formalmente nel momento in cui avviene un ricambio dei vertici aziendali, con la promozione del responsabile a direttore sanitario dell'azienda. La responsabilità della funzione è affidata ad un altro dirigente medico, ma le diverse funzioni, precedentemente accorpate, vengono redistribuite su strutture diverse. Al nuovo responsabile viene infatti affidata la responsabilità del controllo di gestione, ma contestualmente, da una parte la contabilità analitica viene trasferita alla ragioneria (con il personale in essa impegnato), e dall'altra il supporto ai processi di programmazione viene affidato all'ufficio «politiche del personale», che modifica la sua denominazione in «programmazione e politiche del personale» diretto dal

dirigente sanitario non medico entrato nell'organico nel 1998.

Nel luglio 2000 con l'arrivo del nuovo direttore generale cambiano anche il direttore sanitario e il direttore amministrativo: tale ricambio porta a ridefinire l'assetto delle responsabilità nell'azienda. Si modifica l'impianto di *budget* con la creazione di un nuovo livello di responsabilità in capo al distretto. Viene comunque confermato come responsabile dell'ufficio il dirigente medico (specializzata in statistica e *master* in sanità pubblica), coadiuvata nei suoi compiti da due assistenti *controller*: il tecnico di laboratorio (presente dall'istituzione dell'ufficio) sulla parte informatica, e una nuova entrata, laureata in economia, con esperienza di *marketing* nel privato e un corso di formazione della Regione sul controllo di gestione.

L'ufficio sembra in lieve crescita e si prevede il prossimo arrivo di una nuova risorsa, già individuata in un dipendente dell'azienda, attualmente in formazione grazie a un corso della Regione.

L'area di responsabilità del servizio, in seguito allo scorporo della parte di programmazione, pare piuttosto equilibrata e ben delimitata, oltre che oramai consolidata e riconosciuta all'interno dell'azienda. Non si verificano sovrapposizioni di competenza, come in altri contesti accade, con gli altri uffici di *staff*. Il rapporto con la Dg è meno «fiduciario» e molto più tecnico.

2.6. L'azienda «H»

L'azienda «H» è una azienda territoriale di dimensioni provinciali, localizzata nell'Italia insulare. Negli assetti organizzativi l'unità controllo di gestione viene collocata in *staff* alla direzione generale e dovrebbe essere articolata in due aree: una dedicata al supporto dei processi di programmazione

e una responsabile della tenuta della contabilità analitica.

Tali previsioni non riescono comunque a trovare una loro piena e concreta applicazione considerando la fase di sviluppo che la funzione sta vivendo. Infatti tutti gli sforzi sono concentrati nella costruzione delle condizioni di avvio per il controllo di gestione e in una sua accelerata introduzione. Così, si cerca di mettere in funzione un meccanismo di rilevazione sistematica dell'attività svolte e di approntare i primi *report* per la direzione strategica. Inoltre, l'ufficio sta contestualmente sperimentando un primo processo di *budget* e l'impianto della contabilità analitica con la quale, pur senza un adeguato supporto informatico, sta procedendo a una prima attribuzione dei costi ai centri di responsabilità aziendali. Su questa base l'azienda ha potuto effettuare già nel 2000 e nuovamente nel 2001 alcuni incontri finalizzati all'avvio di un processo di *budget*.

L'ufficio «controllo di gestione» è stato istituito a fine 1998 facendo ricorso a risorse appositamente formate su contabilità analitica e *budget*, grazie a un corso di formazione gestito dalla stessa azienda sanitaria e tenuto al suo interno, tra aprile e agosto 1998, per un totale di 510 ore distribuite tra teoria e pratica. Al corso hanno partecipato circa cinquanta persone, alcune delle quali dipendenti dell'azienda, altre esterne. Sia per gli interni sia per gli esterni la selezione per la partecipazione al corso è stata gestita dalla stessa azienda sanitaria, di concerto con la società che curava la formazione e che aveva già da qualche anno un rapporto di consulenza con l'azienda «H». I rapporti tra l'azienda e la società di consulenza, partiti nell'area del supporto all'impianto della contabilità economico-patrimoniale, si sono quindi successivamente estesi all'introduzione della contabilità ana-

litica e del controllo di gestione in senso ampio.

Alla fine del corso, l'azienda ha chiamato a collaborare dodici partecipanti, con i quali ha costituito l'«ufficio controllo di gestione». Bisogna notare come nessuno dei dodici fosse già dipendente dell'azienda e come ciò avrebbe potuto rappresentare un serio ostacolo all'efficacia dell'azione. In realtà — pur se la circostanza non è poi risultata del tutto indifferente, considerando alcuni accenni di «rigetto» nei confronti di una struttura considerata esterna — la comune partecipazione al corso con un gruppo di dipendenti ha supplito alla mancanza di conoscenza della realtà da parte dei nuovi arrivati e ha permesso la costituzione di una rete diffusa di referenti e alleati all'interno dell'azienda.

Il tipo di contratto di lavoro utilizzato dall'azienda è quello di collaborazione coordinata e continuativa e ha durata annuale, rinnovabile. Tale elemento costituisce sicuramente un fattore di flessibilità a disposizione e a favore dell'azienda, ma d'altro canto sconta gli svantaggi collegati a rapporti di lavoro inevitabilmente segnati dalla precarietà e da un senso di limitata sicurezza della continuità occupazionale. I dodici collaboratori chiamati a costituire l'ufficio sono ora diventati nove. Uno di essi, medico, è stato assunto a tempo pieno dalla stessa azienda sanitaria e attualmente lavora presso la Direzione sanitaria. Altri due sono invece passati a lavorare presso enti pubblici territoriali.

L'assenza di personale dipendente all'interno dell'ufficio fa sì che esso non preveda la presenza di una posizione dirigenziale. L'ufficio ha un referente generale e uno specifico per la contabilità analitica. A tali ruoli di maggiore responsabilità sono associate condizioni contrattuali e retributive lievemente differenziate rispetto a quelle offerte agli altri collaboratori.

La formazione delle risorse impiegate nell'ufficio ha, quale elemento comune, oltre alla partecipazione al corso aziendale, quella a un altro un corso di perfezionamento a tempo pieno in scienze dell'organizzazione, presso un istituto formativo di «H», che prevedeva uno *stage* durante gli ultimi tre mesi

Ad esclusione del referente generale, con precedente esperienza in campo privato e un corso in gestione ed economia del turismo, le altre persone facenti parte dell'ufficio non hanno precedenti esperienze professionali particolarmente rilevanti: tutte le nove persone attualmente impiegate hanno conseguito diploma di laurea in discipline economiche, in genere nel capoluogo di regione. Il gruppo di lavoro è costituito interamente da personale giovane — di età compresa tra i 29 e i 33 anni — e non dipendente. Entrambi tali caratteristiche rendono cruciale un esercizio attento delle proprie attività da parte del gruppo, che ha la necessità di guadagnare e mantenere credibilità e autorevolezza all'interno dell'organizzazione aziendale e, in particolare, nei rapporti coi dirigenti a capo delle strutture aziendali, i quali hanno tipicamente un'anzianità medio-alta.

La particolare modalità di formazione e selezione adottata dall'azienda ha portato alla costituzione di un gruppo di lavoro omogeneo per età e per *curriculum* formativo. L'omogeneità culturale dei collaboratori è rafforzata dal fatto che essi hanno tutti conseguito lauree in materie economiche e che cinque di loro avevano seguito, precedentemente al corso aziendale, il corso *master* in scienze dell'organizzazione. Questa spiccata omogeneità culturale e professionale dei componenti l'ufficio rappresenta evidentemente un punto di forza del gruppo di lavoro, ma potrebbe anche costituire un fattore di potenziale debolezza nel

rapporto con le unità operative cliniche e professionali di *line*.

2.7. L'azienda «L»

L'azienda «L» è una grande azienda territoriale dell'Italia settentrionale. L'azienda «L» gode di un'esperienza ormai ultradecennale nel campo del processo di *budget* e del controllo di gestione. Essa costituisce dunque un caso aziendale in cui la funzione ha pienamente raggiunto e superato la fase di maturità.

Lo sviluppo abbastanza precoce della funzione — almeno rispetto a tante aziende del Ssn — spiega come mai l'azienda «L» abbia fatto sostanzialmente «da sé» per sviluppare le competenze sulla nuova funzione: il ricorso al mercato per acquisire le professionalità necessarie allo sviluppo e al controllo di gestione è stato assai limitato, proprio perché non esisteva ancora un mercato di professionisti per eventuale supporto o consulenza.

Presso l'azienda «L» la funzione del controllo di gestione è svolta da un apposito ufficio «*budget* e controllo di gestione» all'interno dell'area programmazione e controllo, in *staff* alla direzione generale. Lo *staff* è definito dall'atto aziendale come «insieme di organismi flessibili che affiancano come collaboratori-consulenti-procuratori i vari livelli della dirigenza», dotati di una responsabilità «a due livelli: agenzia di servizi per clienti definiti e con prodotti precisi e fruibili e laboratorio di apprendimento organizzativo» (2). L'area di *staff* (o macrofunzione) «Programmazione e controllo» è una delle quattro strutture complesse (3) e comprende, oltre alla funzione *budget* e controllo di gestione, i sistemi informativi sanitari, la verifica e controllo delle prestazioni sanitarie (mobilità sanitaria passiva e controllo di congruità e appropriatezza), la valutazione degli *screening* oncologici.

L'«ufficio *budget* e controllo di gestione» ha la responsabilità sulle seguenti attività:

- gestione del processo di *budget*;
- valutazione di congruità tra attività e risorse;
- valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- valutazione dell'economicità delle soluzioni possibili e adottate;
- valutazione di congruità del rapporto tra finanziamenti e spesa.

Le attività dell'ufficio sono strettamente integrate con quelle dell'«ufficio sistemi informativi sanitari», da lungo tempo affiancato a quello «*budget* e controllo di gestione» all'interno dello *staff* aziendale.

La storia della funzione «controllo di gestione» può essere sintetizzata in tre fasi principali. La prima, di impianto del sistema, inizia nel 1994, in seguito alla nascita dell'azienda «L», che aggrega le 6 Usl della provincia di «L», cui viene però scorporato nel 1995 l'ospedale maggiore di «L», costituito in Ao autonoma. Passato questo primo periodo di macro-assestamento istituzionale, l'azienda inizia a sviluppare le proprie tecnostutture, e nel 1996 istituisce un primo ufficio controllo di gestione. Non è un caso che durante lo stesso 1996 l'azienda veda l'insediamento di un nuovo direttore generale e l'arrivo di un responsabile delle funzioni di *staff* della direzione generale. Si tratta infatti di due attori chiave per lo sviluppo e la legittimazione delle funzioni di *staff* all'interno dell'organizzazione aziendale: il primo con un ruolo di *sponsor* avvertito e favorevole allo sviluppo di competenze aziendali e gestionali; il secondo quale promotore dello sviluppo organizzativo e quale supporto per le sperimentazioni avviate.

La responsabilità dello sviluppo dell'«ufficio controllo di gestione» è assegnata a un impiegato amministrativo (laureato) dell'ufficio economato,

che chiede di occuparsi anche di contabilità analitica (in via di impianto presso l'azienda): l'azienda però preferisce distinguere le due attività (*budget* e controllo di gestione/contabilità analitica), mantenendone separata la responsabilità. La contabilità analitica è quindi affidata al «Servizio bilancio», all'interno del dipartimento amministrativo. Fin dal 1996 l'azienda istituisce inoltre una seconda funzione in *staff* alla direzione generale, che gestisce i sistemi informativi sanitari. La responsabilità per lo sviluppo di quest'ultima funzione è assegnata a un medico igienista dipendente dell'azienda con esperienze precedenti nel campo della sanità pubblica.

Conclusa la fase di impianto della funzione, tra il 1996 e il 2000 si assiste alla sua crescita e al suo consolidamento: nel 1997 l'area «programmazione e controllo» aveva in forza circa quindici persone, di cui cinque su *budget* e controllo di gestione e sul sistema informativo sanitario (4). Rispetto ad altre realtà del Ssn, lo sviluppo della funzione controllo di gestione a «L» ha potuto beneficiare del clima aziendale favorevole, delle competenze sviluppate in parallelo, di una forte spinta all'aziendalizzazione ma con un'attenzione sempre viva per gli impatti organizzativi e motivazionali dei sistemi operativi di volta in volta introdotti. In particolare, un elemento che ha giocato a favore è la stabilità della direzione generale il fatto che il direttore generale in carica nel 1996 (al momento cioè dell'impianto dell'«ufficio *budget* e controllo di gestione») sia rimasto in azienda fino a tutto il 2000: aspetto tanto più rilevante, in quanto egli ha svolto un importante ruolo di *sponsor* attivo di tutti tali processi di cambiamento.

Attualmente, oltre alla responsabile, sono impiegate sulla funzione altre quattro persone:

— due laureate in economia: la prima con esperienza maturata nell'impianto del controllo di gestione e della contabilità analitica presso una delle ex Usl accorpate nell'azienda attuale, la seconda entrata sul controllo di gestione con borsa di studio nel 1997 e poi assunta nel 1998, con un po' di esperienza precedente di controllo di gestione in imprese private;

— due diplomati amministrativi: il primo proveniente dal territorio e poi dalla Direzione sanitaria, con competenze informatiche; la seconda assunta nel 1998, arrivata al controllo di gestione dopo essere stata impegnata sulla contabilità analitica.

Le due laureate, insieme al primo responsabile dell'«ufficio controllo di gestione» (amministrativo) sopra citato e ad altri dipendenti avevano partecipato a un corso di formazione interno per laureati amministrativi con meno di 40 anni, organizzato dall'azienda e durato un anno (con due giorni di frequenza a settimana). Attualmente, è previsto che una risorsa dell'ufficio segua un corso di formazione manageriale con *focus* sul controllo di gestione.

2.8. L'azienda «M»

L'azienda «M» è una grande azienda territoriale, a estensione provinciale, situata nell'Italia centrale.

Il primo nucleo dell'attuale «ufficio controllo di gestione» è sorto nel 1998, con la denominazione di «ufficio *budget*». La spinta per la costituzione di questo nuovo ufficio proveniva dalla direzione generale, coadiuvata dalla società di consulenza X. Da un lato c'era la necessità di legare la retribuzione di risultato (cosiddetti incentivi) non a singoli progetti, ma ad un sistema omogeneo di obiettivi aziendali, dall'altro si sentiva la necessità di un ufficio che si occupasse di programmazione e controllo; inoltre era

da poco stato messo in atto un sistema di reportistica più adeguato alle esigenze dell'azienda.

Alla sua costituzione l'«ufficio *budget*» si compone di tre persone: un coordinatore, laureato, già coordinatore dello *staff* direzionale, a tempo pieno; un medico proveniente dall'Uo «malattie infettive» e un biologo proveniente dal «servizio prevenzione infortuni sul lavoro» e impegnato a tempo parziale sul controllo di gestione. Ad essi si affianca la società di consulenza X.

Nel 1998 parte, in via sperimentale, il primo processo di *budget* dell'azienda, che coinvolge però solo alcuni centri di responsabilità, in pratica unità selezionate disponibili a sottoporsi a un primo esperimento in tal senso.

Nel 1999 la direzione strategica approva il piano complessivo dei centri di responsabilità, ossatura indispensabile per un vero processo di *budget*, e istituisce l'«area controllo di gestione», quale unità dello *staff* direzionale, sotto la responsabilità del biologo già citato. Due membri dell'originario «ufficio *budget*» tornano ad attività operative (uno di loro è nominato direttore sanitario) e il coordinamento dello *staff* nel suo complesso (quindi anche del controllo di gestione) è affidato ad una consulente esterna. Si attiva anche una nuova consulenza con la società Y che include un contratto di *service* per la produzione di *report* relativi ai dati di attività e attività di supporto processo di *budget*.

Il processo di *budget* del 1999 è il primo che coinvolge tutte le unità operative aziendali, suddivise in macro e micro centri di responsabilità. Dal 1998 al 2000 il processo di *budget* e, di conseguenza, l'attività del controllo di gestione si è basata esclusivamente su dati di attività e su specifici progetti assegnati ai diversi centri, in quanto il sistema della contabilità analitica,

che avrebbe dovuto fornire le informazioni sull'assorbimento di risorse, non era ancora andato a regime. Nonostante gli evidenti limiti che ciò ha comportato il processo ha consentito di attuare una forma di programmazione «a maglie larghe», cui è stato anche possibile collegare l'erogazione di parti rilevanti del salario di risultato

Contemporaneamente all'avvio del nuovo «ufficio *budget*» l'azienda procede alla selezione di nuove figure dirigenziali da inserire con contratto a tempo determinato, ex art. 15-*septies*. Dal maggio 2000 sono, quindi, assunti due giovani dirigenti amministrativi formalmente destinati alle unità «bilancio» e «acquisti», ma cooptati di fatto su progetti ben definiti. In particolare, al primo dei due dirigenti è assegnato l'incarico di seguire l'avvio della contabilità analitica, col supporto della società X.

L'introduzione della contabilità analitica incontra alcune difficoltà iniziali (contattare tutti i referenti aziendali, impostare sistemi di rilevazione laddove non esistevano, concordare i meccanismi operativi, ecc.) e così alla fine del 2000 viene assunto un altro dirigente amministrativo da assegnare alla medesima area.

Nel 2001 la direzione strategica approva l'articolazione organizzativa dello *staff* di direzione e istituisce formalmente la struttura «*budget* e controllo di gestione».

L'attività svolta attualmente dall'ufficio «*budget* e controllo di gestione» prevede:

— il supporto alla direzione generale per l'elaborazione del documento di programmazione annuale;

— l'effettuazione dell'analisi dei dati per la determinazione e negoziazione degli obiettivi di *budget*;

— la gestione del processo di *budget* e il supporto alla negoziazione con i centri di responsabilità;

— il controllo della gestione e l'allocazione delle quote dei fondi di incentivazione a disposizione (stabilite dal «Comitato *budget*») in collaborazione con il «servizio personale».

Le persone che attualmente compongono l'unità «controllo di gestione» sono tre, tutte con contratto da dirigente. Il responsabile, laureato in scienze biologiche e specializzato in *management* sanitario, alla sua prima esperienza sul controllo; una dirigente amministrativa laureata in economia delle amministrazioni pubbliche e con titolo di perfezionamento universitario più esperienza come consulente, al 50% dell'incarico; un'altra dirigente amministrativa, laureata in economia aziendale, alla prima esperienza sulla funzione. A questi si aggiungono alcuni collaboratori amministrativi saltuari dello *staff* e il supporto della società di consulenza Y per l'elaborazione dati, statistiche, reportistica.

Dal punto di vista delle risorse a disposizione, il responsabile prevede alcune integrazioni di personale in vista dell'internalizzazione di attività oggi svolte in *service* dalle società di consulenza X e Y. Le figure necessarie per tale evoluzione sarebbero: uno statistico, un informatico e tre figure amministrative esperte rispettivamente dell'area amministrativa, dell'area ospedaliera, dell'area territoriale.

Considerando l'esperienza dell'azienda «M», nello sviluppo della funzione le maggiori criticità incontrate sono state:

— il lento adattamento di molti dirigenti al cambiamento, nonostante il supporto e l'investimento in risorse garantito dalla direzione generale;

— una parziale debolezza dei sistemi informativi interni e della contabilità analitica in particolare, critici soprattutto per l'attività di negoziazione;

— le difficoltà nel reperire personale competente e disponibile per l'ufficio in costituzione.

3. Una lettura dei casi di studio

Dopo avere sinteticamente ricostruito le diverse realtà indagate è possibile ricavare alcune indicazioni complessive. In tal senso l'analisi di ciò che è emerso dall'indagine viene articolata in due parti: nella prima si cercherà di fornire una possibile lettura «trasversale» dei diversi casi, nella seconda invece verranno selezionati e approfonditi alcuni problemi ritenuti di particolare interesse per lo sviluppo della funzione.

3.1. Analisi trasversale

È opportuno in via preliminare segnalare come l'indagine svolta riconfermi indirettamente il ruolo di funzione relativamente consolidata che il «controllo di gestione» ha nel quadro di quelle che possono essere considerate le funzioni aziendali innovative per l'insieme delle aziende del Ssn. Se consideriamo, infatti, le funzioni collegate ai processi di aziendalizzazione, come il *marketing*, la qualità o l'ingegneria clinica — funzioni che esulano quindi dall'ambito dei tradizionali assetti amministrativi — il controllo di gestione, insieme ai sistemi informativi, è quella di cui viene segnalata la maggiore diffusione (5). La conferma indiretta di tale ruolo deriva dal fatto che tutte le aziende casualmente selezionate e interpellate per valutare la disponibilità a sottoporsi alla costruzione del caso segnalavano la presenza di tale funzione, mentre così non risultava per funzioni differenti (in alcuni casi presenti in altri no).

La tabella A fornisce un quadro riassuntivo di tutti i casi analizzati. Rispetto alle informazioni raccolte sembrano le aree su cui può essere interessante proporre ragionamenti complessivi, anche in termini di comparazione: le attività svolte dalle strutture, la collocazione e la struttura or-

ganizzativa della funzione, le competenze e modalità di reclutamento del personale.

3.1.1. Attività svolte dalle strutture

Una prima area di interesse è rappresentata dai contenuti specifici (compiti, meccanismi da presidiare) che le diverse aziende assegnano alle strutture genericamente definite come controllo di gestione. I contenuti della funzione variano notevolmente da azienda ad azienda. Una base comune e omogenea è costituita dall'attività di gestione del sistema di *budget* (o impianto dello stesso, in alcuni casi meno sviluppati). Da questo punto di vista, il processo di *budget*, o una qualche forma di negoziazione di risultati e risorse, sembrano rappresentare una priorità nelle strategie gestionali delle aziende, le quali a fronte di tale fabbisogno costituiscono unità dedicate e specializzate. A questo *core* di funzioni si aggiunge una gamma di attività che sono, in parte, la naturale estensione delle attività collegate al *budget* mentre, in altri casi, questo collegamento è solo parziale, tanto da potere essere classificate come vera propria differenziazione dell'attività.

Tra le attività del primo tipo è possibile sicuramente collocare la gestione della contabilità analitica. Sull'argomento si tornerà più avanti, in ragione della sua rilevanza. È sufficiente qui sottolineare come gli strumenti del controllo economico della gestione, non solo dipendano dall'esistenza di adeguati strumenti di rilevazione dei costi, ma condividano con questi approcci e logiche di azione. Nello stesso insieme possono essere collocate l'insieme di attività il supporto ai responsabili di struttura e alla direzione strategica per la negoziazione. Qui non si tratta dell'indispensabile contributo tecnico al funzionamento dei meccanismi specificamente presidiati

dalla funzione, ma di una attività i cui contenuti finiscono per sovrapporsi alle funzioni di governo della direzione o a quelle di gestione operativa dei responsabili. In altre parole, in alcuni casi si assiste a una delega eccessiva sul processo, che arriva anche a spingersi sui contenuti che dal processo stesso dovrebbero scaturire. Sempre tra le estensioni «naturali» della funzione «controllo di gestione» bisogna menzionare l'attribuzione di responsabilità sul terreno della programmazione. Senza volere proporre artificiose e concettualmente superate distinzioni tra programmazione e controllo, alla funzione viene spesso attribuito anche un compito di programmazione, nel senso che ad essa può spettare di elaborare i quadri di riferimento programmatori preliminari alla definizione del *budget*. Si tratta di una attività che, se concettualmente distinguibile dal *budget*, è ad esso strettamente integrata soprattutto nelle versioni del processo più improntate a uno stile *top-down*.

Si entra invece nella seconda fattispecie, quella connotabile come diversificazione, quando al controllo di gestione vengono assegnate responsabilità sulla programmazione vera e propria, quella non direttamente collegabile al *budget*. Nella aziende sanitarie pubbliche si pone spesso l'esigenza di produrre momenti di programmazione, che spesso sfociano in documenti a rilevanza formale, non inseriti nei processi di programmazione e controllo di breve periodo. La definizione di piani settoriali o particolari, come quello relativo agli investimenti o a progetti di varia natura, vengono quindi affidati alla funzione controllo di gestione, non perché questi risultino operativamente o logicamente intrecciati alle attività principali della funzione, ma per una affinità logica o più semplicemente perché in azienda non sono disponibili altre competenze in

Tabella A - Un'analisi sinottica della funzione «controllo di gestione» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Anno di istit.ne	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/part-time	Formazioni/esperienze/reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «A»	1995	Sistema di <i>budget</i> : – gestione e supporto alla negoziazione con responsabili di struttura; – supporto alla direzione strategica	Staff Dg	5	3 tempo pieno/ 2 part time	– Responsabile: laureata in economia, già ricercatrice universitaria; esperienza CdG come consulente; – assistente al responsabile diplomata segretaria d'azienda; – informatico perito informatico e attualmente in corso per la laurea in informatica; – biologo, una volta alla settimana; – assistente, un giorno alla settimana, diplomato perito turistico. Tutti sono alla prima esperienza sul CdG	Elevato tasso di ricambio del personale
Azienda «B»	1997	Sistema di <i>budget</i> : – gestione e supporto alla negoziazione con responsabili di struttura; – supporto alle decisioni d'investimento e avvio nuove attività; + «Consulente generale» alla Dg	Staff Dg	4	4 tempo pieno	– Responsabile: laureata economia, già consulente presso l'azienda; – 1 consulente oramai «risorsa interna», laureato in economia; – 1 laureata in economia <i>junior assistant</i> ; – 1 operatore e assistente con diploma media inferiore	Continuità della figura del responsabile
Azienda «D»	2001	– Impianto del sistema di <i>budget</i> – Co.An.	Staff Dg	In via di definizione			Debolezza dei sistemi informativi, funzione non ancora strutturata (in termini di Uo e area di responsabilità)
Azienda «E»	1997	La funzione CdG è di affidata a tre diverse Uuo: – «Programmazione sanitaria»; – «CdG»; – «Programmazione sociale». Le attività complessivamente svolte sono: – programmazione; – sistema di <i>budget</i> ; – gestione e negoziazione con responsabili di struttura; – CdG; – Co.An.; – gestione del sistema informativo delle attività sanitarie (gestione dei debiti informativi, analisi) e amministrative e sociali	Staff Dg, ma si evidenzia un collegamento tra le direzioni e i servizi: «Progr. sanitaria» con DS; «CdG» con DA; «Progr. soc.» con coordinatore servizi sociali	11	10 tempo pieno/ 1 part time	– Responsabile della «P. san.»: dirigente sanitario; – un altro amministrativo, a tempo pieno; – una caposala; – previsto potenziamento dell'organico: + tre amministrativi a tempo; – Responsabile dell'ufficio «CdG»: dirigente amministrativa proviene dall'ex ufficio «Bilancio e CdG», laureata in scienze politiche e con precedenti esperienze di CdG e Co.An. presso altra azienda Ssn; – tre persone che provengono dal «Bilancio e CdG», che provengono con mobilità interna dalla segreteria, senza formazione specifica, che si consolida sul campo; – Responsabile della «P. soc.»: laureata in giurisprudenza, no dirigente; – 1 educatore di comunità. Tutti sono alla prima esperienza	Competenze iniziali deboli e poca stabilità del personale

(segue) Tabella A - Un'analisi sinottica della funzione «controllo di gestione» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Anno di istit. ne	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/part-time	Formazione/esperienze/reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «G»	1997	Programmazione; sistema di <i>budget</i> : - gestione e negoziazione coi responsabili di struttura; - CdG (Co.An. è scorporata alla ragioneria)	Staff Dg per CdG; collegamento forte con la DS per la programmazione	3	3 tempo pieno	2 laureati con formazione sanitaria e medica 1 diplomato tecnico di laboratorio. Il responsabile e la coresponsabile hanno seguito corsi di specializzazione regionale; entrambi sono medici-igienisti. Risorse interne tutte alla prima esperienza sul CdG	Manca un rapporto fiduciario «forte» con la Dg
Azienda «II»	1998	Sistema di <i>budget</i> : - impianto; - gestione e Co.An.	Staff Dg	9	9 tempo pieno	9 laureati in discipline economiche, formati attraverso un corso «interno» alla fine del quale sono stati selezionati. Tutti alla prima esperienza sul CdG	Personale esterno (tutti Co.Co.Co.); omogeneità culturale delle risorse
Azienda «L»	1995	- Gestione del processo di <i>budget</i> ; - supporto alla negoziazione	Staff Dg (in via d'istituzione come autonomo Cdr)	5	5 tempo pieno		
Azienda «M»	1998	- Gestione del sistema di <i>budget</i> ; - supporto alla direzione strategica in fase di programmazione; - distribuzione delle quote dei fondi incentivi al personale (no liquidazione); - Co.An.: è affidata all'Uo «Co.An.», in <i>staff</i> alla direzione strategica dell'azienda; - reportistica: in <i>service</i> ad una società di consulenza	Staff alla direzione strategica dell'azienda	3	3 tempo pieno	Tutte figure dirigenziali. - Il responsabile CdG è laureato in scienze biologiche specializzato in <i>management</i> sanitario, alla sua prima esperienza sul CdG; - un dirigente amministrativo, laureata in economia delle amministrazioni pubbliche e con titolo di perfezionamento universitario con esperienza come consulente, al 50% dell'incarico; - un dirigente amministrativo, laureata in economia aziendale, alla prima esperienza sulla funzione. - A questi si aggiungono alcuni collaboratori amministrativi saltuari dello <i>staff</i> ; e il supporto della società di consulenza per l'elaborazione dati, statistiche, reportistica	- Il lento adattamento dei dirigenti al cambiamento in atto, nonostante l'appoggio della Dg e il notevole investimento in risorse sulla formazione dei responsabili di Uo; - flussi informativi interni relativi al <i>budget</i> ancora deboli; - difficoltà nel reperire personale disponibile per il nuovo servizio

(1) Il numero di risorse è soltanto indicativo e misurato in termini di risorse *full-time equivalent*.

grado di svolgere il compito. Un ulteriore esempio di diversificazione dei compiti è quello di attribuzione di responsabilità sul sistema informativo. In tal caso è possibile immaginare come, essendo il controllo di gestione uno dei «clienti interni» più rilevanti del sistema informativo — in effetti le informazioni adeguatamente sistematizzate sono la materia prima del controllo di gestione che da queste dipende criticamente — in assenza di professionalità specifiche, risulti naturale aggregare le due aree di responsabilità. Così in un unico ufficio si organizzano i flussi informativi e si utilizzano gli stessi nei sistemi di programmazione e controllo. Tra le aree più comuni di diversificazione, bisogna infine menzionare quella relativa alla gestione dei meccanismi legati alla retribuzione di risultato. Poiché tali sistemi sono quasi sempre collegati agli obiettivi di *budget* o a progetti specifici, c'è una tendenza a delegare lo strumento alla funzione qui esaminata. Evidentemente, ciò implica una profonda debolezza, anch'essa abbastanza diffusa, delle aree amministrative che dovrebbero occuparsi di gestione del personale.

In generale, sulla tendenza all'ampliamento delle funzioni è possibile avanzare due osservazioni. La prima è che tale fenomeno si iscrive spesso in una più generale tendenza a fare del controllo di gestione il consulente complessivo della direzione generale. In questo si forma una sorta di *team* di consulenti e ad essi vengono affidati progetti e funzioni innovative e prima fra tutte l'introduzione e la gestione del *budget*. La seconda è che l'ampliamento delle funzioni, se da una parte irrobustisce l'impatto aziendale della struttura, aumentandone il potere, dall'altra corre il rischio di defocalizzarne comportamenti e competenze, il che costituisce una minaccia per lo sviluppo della funzione nel medio pe-

riodo. In ogni caso diversificazioni troppo accentuate sono un chiaro segno di squilibrio negli assetti aziendali e, in particolare, segnalano la debolezza di altre funzioni aziendali.

3.1.2. Collocazione e struttura organizzativa

Sul fronte della collocazione organizzativa i casi analizzati indicano chiaramente come la funzione risponda alla direzione generale. Essa è infatti in tutti gli otto casi collocata in *staff* alla direzione generale, anche se in qualche caso è esplicitamente previsto un coordinamento sugli aspetti sanitari o amministrativi con le direzioni di competenza (direzioni sanitarie, amministrativa, coordinatore del servizio sociale). A tale collocazione corrisponde spesso un rapporto fiduciario tra il direttore generale e il responsabile della funzione, che a sua volta gode di una estrema libertà nel definire composizione e struttura del proprio ufficio e nel selezionare i collaboratori. Si configurano così *staff* tendenzialmente molto motivati e coesi, con modalità di azione tipiche da *task force*, profondamente lontani dai comportamenti tipici delle burocrazie amministrative. Tali caratteristiche definiscono posizioni di indubbia rilevanza e libertà di azione nell'organigramma aziendale, in questo senso si riconferma la posizione centrale che il controllo di gestione sembra avere assunto nell'attuale panorama segnato dall'introduzione e consolidamento dei processi di aziendalizzazione. Resta da chiedersi se tale posizione, strategicamente rilevante, non distolga da uno sviluppo «tecnico» della funzione, legato alla capacità di padroneggiare gli strumenti del controllo e di assicurare una loro evoluzione in linea con i progressi sul piano delle conoscenze e delle tecnologie.

Dal punto di vista interno, della composizione dell'ufficio, esistono situazioni differenziate. Il numero complessivo di personale impiegato sulla funzione varia nel campione da un minimo di tre persone (in tre casi) a un massimo di undici (in un caso, anche se l'area di responsabilità è effettivamente definita in modo più ampio). I casi si distinguono molto l'uno dall'altro, in termini di combinazione delle competenze, degli inquadramenti e della formazione. In un caso, ad esempio, le tre persone segnalate sono tutte dirigenti, mentre in un altro è dirigente la sola responsabile, vicedirettrice sanitaria. Si scosta, ancora, per quantità e competenze del personale, il caso in cui sono presenti nove collaboratori esterni laureati in discipline economiche.

Sul lato dell'organizzazione interna del lavoro si riscontra che, dato il numero relativamente contenuto delle persone impiegate, pochi controlli di gestione sono dotati di *sub*-unità al loro interno. Prevale un assetto orizzontale, impostato su un modello del tipo «gruppo di lavoro». Appartiene a questo modello, anche se rappresenta un caso a parte, l'azienda in cui il controllo di gestione è costituito da nove collaboratori esterni che costituiscono una vera e propria squadra per l'implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale. Nelle realtà più grandi, l'assetto interno è invece più strutturato. Presso l'azienda «L» ci si è dotati di una struttura controllo di gestione di tipo funzionale, che prevede un'area programmazione e controllo (struttura complessa) che comprende cinque unità operative su altrettante aree di responsabilità. L'azienda «E», invece, ha previsto un'area che ingloba tre diverse unità organizzative (sulla programmazione sanitaria, sociale e controllo di gestione).

Composizione e struttura interna riflettono una situazione che sembra dominata da contingenze aziendali, piuttosto che da progetti di intervento sul tema ancorati a razionalità tecniche. Se queste ultime fossero prevalenti si dovrebbero riscontrare livelli di uniformità nella strutturazione della funzione, se non simili, almeno latamente coerenti con i livelli di omogeneità riscontrabili negli strumenti utilizzati. In realtà le difformità riscontrate sembrano indicare una fase caratterizzata da due aspetti. Da una parte prevalgono le dimensioni di spinta e vettore del cambiamento del controllo di gestione invece che la sua componente tecnica, per cui le strutture si conformano alle difformi esigenze che i processi di cambiamento esprimono su base locale. Dall'altra, le competenze, come si argomenterà più avanti, sono in parte autoprodotte secondo modelli casuali — emergono casualmente all'interno dell'azienda — o non sono standardizzate all'esterno, per cui un *controller* potenziale è il consulente che decide di cambiare carriera e rispetto al quale è necessario decidere su base contingente (6). Il superamento di entrambi le condizioni — ovvero sia il graduale tramutarsi del controllo di gestione in una funzione normale e l'emergere di un mercato di professionisti della funzione — potrà portare a una convergenza delle esperienze, non solo sulla base degli strumenti, ma anche delle strutture.

3.1.3. Competenze e modalità di reclutamento del personale

Un punto di particolare importanza per capire lo stato attuale della funzione «controllo di gestione» nelle aziende sanitarie pubbliche è quella del tipo di competenze e professionalità presenti, nelle loro modalità di formazione e acquisizione. Il tema può essere visto da diverse prospettive, ma due

sembrano essere le questioni che emergono sulle altre.

La prima concerne la matrice professionale del responsabile e i riflessi che questa finisce per avere sull'approccio complessivo. È di tutta evidenza come il controllo di gestione nelle aziende sanitarie si caratterizzi per una intrinseca necessità di combinare diverse professionalità. È difficile infatti pensare di fare a meno, da una parte delle competenze di tipo economico gestionale, che dovrebbero garantire padronanza sugli strumenti e sulla valutazione dell'impatto economico delle attività, e dall'altra delle competenze relative al governo di attività che si caratterizzano per elevati gradi di professionalità specifica. Il combinarsi delle diverse professionalità, o punti di vista, può essere variamente assicurato, ma in generale laddove si voglia rispettare tale esigenza si assiste o a una ricomposizione attraverso l'intervento di più attori (strutture) organizzativi sul processo — ad esempio si definiscono e si equilibrano i contributi del controllo di gestione e della direzione sanitaria — oppure si assicura una composizione e una capacità di intervento pluridisciplinare al controllo di gestione. In questo quadro non è, evidentemente, indifferente il tipo di matrice professionale della persona chiamata a guidare le strutture in questione, considerata anche la già segnalata variabilità nell'ampiezza e nel profilo delle funzioni assolute. Dall'analisi dei casi, e non sorprendentemente, sembra emergere che laddove alla guida del controllo di gestione sia posto un professionista sanitario, e ciò accade in quattro casi su otto, le funzioni tendano ad allargarsi e a focalizzarsi sui contenuti delle attività. La funzione «controllo di gestione» sembra, in altre parole, assorbire o combinarsi con il governo clinico. Non emergono evidenze se tale fenomeno rappresenti un fatto posi-

tivo o negativo, ma la questione pare di assoluta rilevanza e meriterebbe sicuramente specifici approfondimenti concettuali e verifiche fattuali.

La seconda questione attiene al formarsi delle competenze e alla loro origine interna o esterna. Dai casi emergono con sufficiente nettezza due modalità diverse di sviluppo e acquisizione delle competenze. La prima è centrata sull'esterno e prevede il ricorso all'attività dei consulenti. Questi sono stati utilizzati laddove si verificava un *gap* di competenze che le aziende hanno voluto coprire il più velocemente possibile. Si vedono esempi di collaborazioni anche pluriennali che comportano la presenza stabile di consulenti esterni in azienda, solitamente integrati pienamente nel personale dell'unità. A tale modalità si sono poi associati fenomeni di internalizzazione, in cui l'azienda ha saputo cogliere la disponibilità di alcuni consulenti al cambiamento di carriera. L'ex consulente è diventato così il responsabile della struttura, portando non solo il proprio patrimonio di conoscenze, ma anche comportamenti e atteggiamenti innovativi. Una seconda fonte di acquisizione di competenze è risultato essere il canale interno, anch'esso caratterizzato, come quello esterno, da tratti peculiari. Il più evidente è la casualità e spontaneità nel formarsi delle competenze stesse. Da questo punto di vista un elemento che si ripete nell'analisi della composizione degli uffici «controllo di gestione» è la figura dell'esperto fattosi da sé: l'appassionato di informatica che nella sua attività di linee costruisce un *database* delle attività, il medico che frequenta corsi di formazione e si appassiona di tecniche e strumenti statistici e gestionali. Si consideri ad esempio il caso emblematico dell'ausiliario divenuto *controller* assai stimato nell'azienda «A». Tali modalità di acquisizione delle competenze se considerate sotto

una luce positiva, testimoniano di una certa duttilità che le aziende hanno mostrato nel rispondere ai propri bisogni. Sono state infatti in grado di catturare competenze esterne disponibili o di riconoscere e premiare competenze interne maturate in ambiti imprevisti. Lo stesso fenomeno potrebbe portare però a qualche riflessione critica, da una parte sulla capacità del sistema di consolidare un «mestiere emergente» attraverso percorsi formativi adeguati, mettendo così a disposizione delle aziende un numero adeguato di specialisti e dall'altra sulla capacità delle aziende di programmare e attuare sentieri di crescita professionale per i propri operatori senza doversi affidare a dinamiche spontanee e quindi per loro natura erratiche.

3.2. Due temi di approfondimento

Il rapporto annuale dell'Osservatorio sull'aziendalizzazione della sanità in Italia (OASI) del CeRGAS Bocconi (Anessi Pessina e Cantù, 2000) sottolinea che i sistemi di programmazione e controllo sono riusciti ad adattarsi alle specificità delle aziende sanitarie e sono ad oggi piuttosto consolidati; si afferma inoltre che l'ampia gamma delle soluzioni tecniche sviluppate dalle diverse regioni e dalle aziende testimonia la volontà e la capacità di andare oltre alla mera applicazione formale delle logiche e degli strumenti aziendali. A fronte di tale consolidamento, le ricerche condotte fino ad oggi si sono concentrate molto sull'impianto e sul processo di *budget* realizzato nelle aziende. Come si è già sottolineato, l'indagine che viene qui presentata ha cercato di indagare la varietà esistente nella funzione controllo di gestione in termini di definizione della responsabilità, competenze richieste e soluzioni organizzative adottate. Da una analisi di tali aspetti, oltre alle considerazioni precedente-

mente svolte, è opportuno riprendere due temi che emergono dall'indagine e che rappresentano altrettanti punti critici per il consolidamento della funzione anche da un punto di vista organizzativo.

3.2.1. Il significato della collocazione in *staff*

Dal loro apparire i servizi controllo di gestione sono stati tipicamente inseriti tra le funzioni in *staff* alla direzione strategica delle aziende sanitarie. La scelta dello *staff* come modalità di inserimento è direttamente riconducibile alle caratteristiche di questo tipo di strutture, in pratica, uffici isolati rispetto alle unità operative di *line* e, nel caso specifico, alla diretta dipendenza della direzione strategica, in veste di servizi di supporto e consulenza esclusivi. Il controllo di gestione è stato pertanto introdotto e collocato in un'area dell'assetto organizzativo sotto il completo controllo della direzione che lo ha caratterizzato da subito come struttura fiduciaria del direttore generale per il governo dell'azienda.

La scelta è stata precisa: lo *staff* è stato preferito alla creazione di nuovi uffici in area amministrativa, oppure — in un'ottica di *job enlargement* — all'allargamento dello spettro delle attività tradizionalmente svolte dalle funzioni contabilità e bilancio, con cui il collegamento funzionale sarebbe naturale. I motivi di tale scelta, largamente praticata, non sembra possano essere semplicisticamente ricondotti alla necessità di riqualificare il personale amministrativo rispetto alle tecniche e strumenti della contabilità analitica e del controllo di gestione in generale e alle difficoltà che avrebbero potuto conseguire.

Una prima area di ragioni alla base di questo orientamento è da rintracciare nel carattere innovativo dei sistemi di programmazione e controllo, rispet-

to alle tradizionali funzioni amministrative. La necessità di preservare l'innovazione dalle *routine* operative rappresenta, probabilmente un fattore non secondario nelle scelte di isolare la funzione. È noto infatti come l'inserimento di attività innovative, per loro natura «facoltative», all'interno di contesti fortemente segnati dalla obbligatorietà — sia normativa, ma anche, e soprattutto, operativa — produca quasi inevitabilmente il soffocamento delle prime a favore delle seconde. Non bisogna inoltre sottovalutare la necessità di preservare «culturalmente» l'innovazione, evitando il pericolo che questa venga riassorbita all'interno delle logiche tradizionali. Da questo punto di vista, un eventuale inserimento del controllo di gestione nell'area delle «*line* amministrative» non solo avrebbe facilmente ricondotto la «programmazione e controllo» alle logiche delle verifiche di conformità — pericolo tutt'altro che assente anche con le scelte attualmente prevalenti, considerata la pervasività della cultura burocratica — ma l'avrebbe fatta percepire con tale deteriorata connotazione da tutti gli attori dell'organizzazione, producendo notevoli difficoltà nella fase di introduzione.

Una seconda area di ragioni può essere collegata alle caratteristiche che gli *staff* hanno mostrato di possedere, rispetto a tradizionali punti di debolezza della componente amministrativa. Un ragionamento più compiuto sul punto in questione è rintracciabile altrove (Del Vecchio, 2000), è sufficiente qui richiamare come fiduciarità, orientamento ai risultati, flessibilità e innovatività caratterizzino in generale l'azione degli *staff* e possano essere stati fattori tenuti in adeguata considerazione una volta deciso di investire in una innovazione gestionale come quella rappresentata dal controllo di gestione.

Non bisogna però sottovalutare, come già segnalato, il ruolo giocato dal controllo di gestione nei processi di aziendalizzazione e innovazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche. Intorno e attraverso il controllo di gestione e il *budget* in particolare si sono sviluppati molti dei processi di innovazione organizzativa e gestionale. Questo ruolo particolare rende plausibile l'ipotesi che la scelta dello *staff* abbia anche espresso l'esigenza di controllo delle dinamiche innovative da parte dei direttori generali, sia perché su queste si basava una parte non irrilevante della loro legittimazione, sia perché le stesse dinamiche avrebbero potuto alterare in direzioni non prevedibili gli equilibri consolidati dell'organizzazione. In questa prospettiva la scelta dello *staff* diventa la scelta di un controllo e di una supervisione diretta su una attività critica, perché sintetizza e racchiude in sé tutte le spinte all'innovazione.

Se le osservazioni qui proposte sono persuasive, diventa evidente che la connotazione della funzione in termini di *staff*, almeno nell'accezione di *staff* qui assunta, è destinata probabilmente a mutare. Bisogna infatti considerare come:

- il controllo di gestione abbia raggiunto un suo sufficiente consolidamento che lo rende meno esposto ai rischi di «soffocamento» da parte di altre culture e *routine* operative;

- il funzionamento e la cultura prevalente dei servizi amministrativi abbia sperimentato rilevanti modificazioni negli ultimi anni in direzione di modelli più aderenti alle necessità aziendali;

- alcune aree di innovazione, come quella del personale, hanno acquistato forza e inerzia autonoma e rappresentano momenti di cambiamento altrettanto rilevanti;

- anche il ruolo dei direttori generali sembra essersi consolidato e sulla

loro legittimazione non gioca più con la medesima intensità il cambiamento, l'innovazione e la modernizzazione vera o annunciata che fosse.

Anche se è difficile definirne i contorni precisi, è lecito quindi aspettarsi una fase di riposizionamento della funzione in direzione di una sua «normalizzazione» nella vita aziendale.

3.2.2. Il rapporto con la contabilità analitica e il sistema informativo

Nel percorso di normalizzazione che sembra avviarsi per la funzione «controllo di gestione» l'area di più stretta attualità sembra essere quella del rapporto con la contabilità analitica e con il sistema informativo aziendale nel suo complesso.

Se si considera il rapporto che è nel tempo intercorso tra contabilità analitica e controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche è difficile sfuggire all'impressione di una interazione segnata da condizioni specifiche di tali aziende, che ne hanno, e non sempre positivamente, condizionato l'evoluzione. Da un punto di vista storico la contabilità analitica, la sua introduzione e funzionamento, è stata in molte esperienze il punto di partenza per lo sviluppo del controllo di gestione. La rilevazione del consumo effettivo di risorse era, infatti, talmente lontana dalle logiche della contabilità finanziaria da giustificare una funzione autonoma, funzione che si è poi evoluta utilizzando nei processi di programmazione e controllo le informazioni da essa stessa prodotte opportunamente integrate con altre fonti informative. La gestione della contabilità analitica è stata quindi in molte esperienze elemento di legittimazione e indispensabile strumento di lavoro per il controllo di gestione. Se ciò spiega, come accade anche nella maggior parte dei casi aziendali analizzati, l'integrazione delle due funzioni in capo all'unico

ufficio, le condizioni che avevano spinto in tale direzione si sono modificate e molte aziende si stanno interrogando sulla opportunità di cambiare i propri assetti.

L'elemento più rilevante è rappresentato dal passaggio dei sistemi di contabilità generale dalle logiche finanziarie a quelle economico patrimoniali. Nel passaggio alla contabilità «da codice civile» si perdono molte, se non tutte, delle ragioni che avevano spinto a separare concettualmente e operativamente la contabilità analitica da quella generale, prima fra tutte l'irrealisticità delle rilevazioni finanziarie costrette nei vincoli della funzione autorizzativa. Mentre l'opportunità del trasferimento alla «ragioneria» della contabilità analitica appare di tutta evidenza sul piano della razionalità tecnica, il problema sorge quando tale possibilità viene considerata dal punto di vista del controllo di gestione. Infatti, uno dei punti di forza dell'integrazione tra «produttore» e «consumatore» dell'informazione è il ferreo controllo di qualità sulla bontà del dato che il consumo — l'inserimento nei processi di programmazione e controllo — produce. Chi ha una parte attiva nei processi di negoziazione e utilizza regolarmente i dati nei propri processi operativi ha tutti gli interessi e le occasioni per mantenere il patrimonio informativo. D'altra parte sulla affidabilità dei dati si gioca la credibilità e la possibilità di operare del controllo di gestione. Ma a spiegare la riluttanza di molti uffici a trasferire la gestione della contabilità, non è solo il timore di perdere il controllo su uno strumento indispensabile alla propria funzione, ma anche quello di perdere complessivamente peso negli assetti aziendali. È infatti evidente, nella prospettiva indicata, la necessità di operare una riduzione del numero di operatori a favore di uno sviluppo qualitativo della funzione. Si tratta per

molti di una scommessa rischiosa, che viene percepita come una minaccia per il proprio futuro sviluppo.

Ragionamenti sostanzialmente analoghi, anche se meno radicali, considerato il minor grado di integrazione, potrebbe essere svolti in relazione all'intero sistema informativo.

Eppure il passaggio ad un nuovo e più equilibrato assetto della funzione controllo di gestione sembra ineludibile. Si tratta di potenziare il proprio ruolo in termini di presidio della propria specifica funzione, assicurando l'operatività e il costante miglioramento di un meccanismo gestionale che deve riuscire a entrare nella ordinarietà della gestione e non essere più vissuto come una frontiera dell'innovazione da difendere. Affinché ciò possa avvenire è necessario, evidentemente, predisporre le condizioni perché le informazioni, contabili e non, mantengano le caratteristiche necessarie per essere impiegate nei processi di governo ovvero che anche le altre funzioni aziendali entrino nella logica dell'ordinarietà.

4. Prospettive di evoluzione

Quanto finora esposto costituisce un tentativo di interpretazione delle dinamiche della funzione «controllo di gestione» a partire dalla sua concreta collocazione nel funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche italiane. Rispetto alle indagini come quella di Casati e Mastrobuono (1997) che si focalizzano sugli strumenti e i processi e ne segnalano una sostanziale maturità, i risultati qui presentati suggeriscono come la funzione sia ragionevolmente strutturata, ma non abbia raggiunto un pieno e completo sviluppo. Nella tabella 1 viene presentato una ipotesi di ciclo di vita della funzione controllo di gestione, rispetto al quale si ritiene potere posizionare molte delle esperienze nella fase 2.

Molte delle osservazioni del paragrafo precedente tendevano a mettere in luce alcune condizioni per il passaggio a una funzione consolidata (fase 3). Si vuole in conclusione, e ancora una volta sulla base dei casi, cercare di delineare possibili sviluppi verso la fase successiva.

Per la funzione «controllo di gestione» si possono evidenziare due sentieri di sviluppo potenziali, generalmente alternativi anche se la distinzione potrebbe anche non essere netta nelle realtà più avanzate.

Nella prima ipotesi, nel sentiero di sviluppo tende a prevalere un processo di specializzazione, per cui il ruolo del controllo di gestione diventa quello di «esperto aziendale», o «consulente interno» nell'ambito della programmazione e controllo. La connotazione assunta dal controllo di gestione può essere vista nell'ottica dell'arricchimento del ruolo di consulente alla direzione strategica, di cui abbiamo accennato. In questo caso si assisterebbe a un'ulteriore evoluzione. Il servizio di consulenza è di più ampio re-

spiro, e soprattutto svolge attività che sono a favore di tutti (7), non solo della direzione strategica che è stata l'artefice dell'inserimento in azienda.

Un esempio di questo sentiero di sviluppo è fornito nel caso dell'azienda «L», in cui la progressiva strutturazione e consolidamento dell'area «Programmazione e controllo», in via di trasformazione a struttura complessa, è chiaramente avvenuta in un'ottica di tecnicizzazione di questa funzione. Il controllo di gestione come «servizio per tutti» ha una caratteristica importante: in quanto «tecnico», viene percepito come esperto imparziale (non a favore della direzione e/o di unità operative particolari).

Questo sentiero sembra il più probabile nei casi delle aziende in cui le funzioni attribuite al servizio «controllo di gestione» non sono state oggetto, in passato, di eccessivi processi di allargamento ad altre aree di responsabilità. Fa eccezione il caso in cui questo allargamento del controllo di gestione ad altre funzioni aziendali sia stato esplicitamente previsto in se-

Tabella 1 - Rappresentazione sintetica del ciclo di vita della funzione CdG

Indicatore di sintesi	Denominazione della fase	Descrizione
1	Fase di avvio	Non esiste una struttura identificata, attenzione riposta alla definizione dell'impianto del sistema di <i>budget</i> , introduzione COAN, definizione dei supporti informativi
2	Funzione strutturata	Esiste una struttura definita nell'ambito dell'assetto organizzativo, esiste l'impianto di <i>budget</i> , il processo di <i>budget</i> è stato definito e avviato, esiste la COAN e un supporto informativo
3	Funzione consolidata	L'ufficio è strutturato, il ruolo riconosciuto e visibile, il processo di <i>budget</i> è maturo, i sistemi informativi adeguati
4	Funzione evoluta/ istituzionalizzata	Tutte le Uuoo si rapportano alla funzione e ne percepiscono l'utilità, il ruolo è consolidato e istituzionalizzato, percepito come «funzione aziendale» a disposizione dell'azienda

de d'istituzione dello stesso. In questo senso, l'espansione sarebbe avvenuta come evoluzione coerente alla definizione dei contenuti di partenza. Sono esempi di questa dinamica l'evoluzione sul sentiero dell'esperto aziendale avvenuta presso l'azienda «L» e l'azienda «G». In entrambi i casi era stata infatti prevista una commistione delle responsabilità tra «controllo di gestione» e i «sistemi informativi». Ad un'analisi più approfondita, questa commistione non appare innaturale, se si pensa che entrambe le funzioni prevedono coordinamento e responsabilità evolute sui sistemi informativi. Nel caso dell'azienda «L», però, l'integrazione delle responsabilità è stata prevista in sede di istituzione del servizio. Presso l'azienda «G», invece, l'attribuzione al «controllo di gestione» della responsabilità sui sistemi informativi è stata una necessità contingente, dovuta alla mancanza di un sistema di gestione dei dati delle attività su cui basare l'impianto del *budget*.

Nel caso dell'azienda «L», quindi, possiamo affermare che il sentiero di sviluppo sembra effettivamente avere adottato la strada del tecnicismo. Questa strada codifica, in altri termini, una fase del ciclo di vita della funzione controllo di gestione in cui il servizio si prepara ad uscire dallo *staff* e a normalizzare il suo ruolo. Questo grado di sviluppo non è ancora stato raggiunto nella scala di istituzionalizzazione dall'azienda «G».

Il secondo sentiero di sviluppo ipotizzabile è quello seguito presso l'azienda «B». In questo caso è l'integrazione la forza principale che spinge l'evoluzione del controllo di gestione, per cui la funzione viene a svolgere un ruolo di «collante aziendale» o «integratore organizzativo». Il «controllo di gestione» assume il ruolo di mediatore delle necessità della *line* nei confronti della direzione strategica. Al

tempo stesso, si connota pienamente (più che nel primo sentiero di sviluppo) come strumento gestionale, come un servizio di cui la direzione strategica si serve per governare e razionalizzare l'attività. Il «controllo di gestione» sviluppa una rete di relazioni quasi personalizzate con le diverse unità operative, sfruttando i processi di negoziazione interna di attività, obiettivi e risorse, insiti nel sistema di *budget*. Inoltre, è l'unità che supportando la negoziazione di obiettivi e risorse, conosce a fondo tutto quanto avviene in azienda e tutti coloro che ne hanno la responsabilità, facendo da tramite tra responsabilità e necessità.

Le condizioni appena descritte sono (o dovrebbero, almeno in teoria) essere riscontrate nell'analisi di ogni «controllo di gestione». Ci si chiede allora: che cosa caratterizza il controllo di gestione «integratore» (fase 4) rispetto a quello «consolidato» (fase 3)?

Il livello di informazione interna e di conoscenza dell'intera struttura aziendale che il controllo di gestione detiene e che si esplica nel dialogo attivo del controllo di gestione con tutti i responsabili di Uo e gli altri attori rilevanti della *line* non può essere dato per scontato una volta appurata l'esistenza di un buon processo di *budget*. Ci sono infatti numerosi esempi di controllo di gestione che funzionano, e che ad un'analisi più approfondita si rilevano, almeno parzialmente, produttori di carta. I controlli di gestione integratori sono allora quelli che operano in un contesto in cui il sistema di programmazione e controllo è stato completamente internalizzato nell'attività caratteristica dell'azienda sanitaria. La piena conoscenza e l'integrazione del controllo di gestione con la propria struttura aziendale può quindi non costituire una condizione necessaria cui è subordinata la possibilità effettiva di implementare il processo di *budget*. Il controllo di gestione inte-

gratore è allora quello in cui non solo il sistema di programmazione e controllo è pienamente consolidato (c'è esperienza su tutte le fasi del processo e la direzione generale usa il *budget* come strumento per governare l'attività al perseguimento dei suoi fini istituzionali), ma in cui il servizio, in qualità di gestore della macchina della programmazione e controllo, è il punto di riferimento del governo delle attività aziendali. In questo senso si pone come quadro intermedio tra il vertice e la *line*.

Seppur con le generalizzazioni del caso, queste due linee di sviluppo sembrano influenzate da diversi fattori. Lo stile della direzione strategica, *in primis*, e la capacità di *leadership* dei principali attori: responsabile del controllo di gestione e direzione generale. A questo si aggiungono, almeno in parte, le caratteristiche del modello sanitario regionale, che determina l'autonomia aziendale in tema di assetti organizzativi e la sua libertà di manovra.

La componente umana del responsabile del controllo di gestione, soprattutto in termini di *leadership*, è comunque l'elemento veramente in grado di fare la differenza tra i diversi percorsi di sviluppo di questi servizi. La considerazione non è banale se, come nel caso dell'azienda «B», la capacità del responsabile di farsi integratore è una caratteristica naturale, che dipende solo in parte dalle sue capacità tecniche e professionali. Le *technicalities* a supporto della programmazione e controllo, anche se pienamente percepite dalla *line* e dalla Dg, sono comunque solo un presupposto rispetto alla *leadership* individuale del responsabile del controllo di gestione.

Al contrario, una direzione generale molto forte può essere in grado di indirizzare un controllo di gestione con un responsabile dotato di forte carisma

verso il ruolo di tecnico/consulente, avocando a sé la prerogativa del ruolo di integratore. Questo sembra il caso dell'azienda «L», in cui risulta schiacciante la variabile contesto aziendale di riferimento. Le aziende tradizionalmente capaci e innovative potrebbero essere meno portate a sviluppare controllo di gestione integratori poiché hanno a disposizione strumenti di integrazione efficienti (ad esempio, buoni sistemi informativi, capacità manageriali dei responsabili di *line*), e hanno quindi meno bisogno di utilizzare l'apporto del nuovo servizio in tal senso.

Un elemento comune ai due sentieri di sviluppo è comunque dato dal fatto che il controllo di gestione pare sempre più svolgere un ruolo di supporto e promozione dei processi di innovazione organizzativa e gestionale. Questa particolare valenza dei servizi «controllo di gestione» si sviluppa solo nel momento in cui si verifica una maggiore integrazione tra la funzione «controllo di gestione» e le diverse unità operative che con essa devono collaborare. In questa prospettiva, è l'informazione l'elemento chiave che valida il ruolo e l'influenza del servizio in seno all'azienda. Se, in generale, il «controllo di gestione» è l'unità preposta al trattamento delle informazioni, allora il valore che crea si misu-

ra in base al valore delle informazioni che fornisce (Longo e Masella, 2000). Questo è tanto più vero in un mondo in cui «avere l'informazione è detenere il potere».

(1) L'applicativo in questione è stato sviluppato da un consorzio informatico, esperienza che risale ai primi anni '80, di cui il maggiore azionista è la Regione. Nel 1996 l'azienda «D», come quasi tutte le altre aziende sanitarie della regione, lo ha adottato anche per le condizioni economiche estremamente vantaggiose alle quali tale nuovo *software* veniva offerto. La scelta, però, si è presto rivelata poco opportuna, a causa di alcuni limiti funzionali e della lentezza e della scarsa efficacia con cui il fornitore ha offerto assistenza. Si noti come la mancata formazione sul modulo di analitica sia considerata un motivo per la mancata introduzione della stessa presso l'azienda: in realtà, numerose aziende hanno avviato tale sistema anche in assenza di un apposito pacchetto applicativo informatico.

(2) Le citazioni sono tratte dall'Atto aziendale dell'azienda «L».

(3) Fino all'emanazione dell'Atto (2001), lo *staff* era un'unica struttura, organizzata al suo interno secondo le diverse aree di attività.

(4) Altre cinque persone lavoravano sulla valutazione degli *screening* oncologici, una persona si occupava di gestione delle Sdo e dei Drg, due persone infine si occupavano di valutazione e controllo delle prestazioni sanitarie.

(5) Ad esempio e tra gli altri Borgonovi e Lega (2000) nell'analizzare 41 aziende sanitarie lombarde segnalano come il controllo di gestione risulti l'unità di *staff* a maggiore diffusione.

(6) «Prenderlo al volo» secondo le parole di un direttore generale intervistato e quindi offrirgli le condizioni organizzative possibili in quel momento specifico.

(7) Il gruppo di lavoro della ricerca lo ha definito «un servizio *pro-line*».

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI E., CANTÙ E. (a cura di) (2001), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E. (2001), «Il modello di analisi, l'impostazione del rapporto e i principali risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) (2001).
- BORGONOV E., LEGA F. (2000), «Analisi sinottica dei modelli organizzativi adottati dalle aziende sanitarie lombarde», *Organizzazione Sanitaria*, 2.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano.
- CASATI G., MASTROBUONO I. (1997), «Indagine conoscitiva riguardante lo stato di sviluppo dei sistemi di programmazione del budget per l'anno 1997 in tutte le aziende sanitarie del paese», *Ricerca sui servizi sanitari*, I (4).
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), (2000), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- LONGO M., MASELLA C. (2000), «Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione», *Mecosan*, 33.
- YIN R.K. (1994), *Case study research. Design and methods*, 2nd edition, SAGE Publications, London.

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: L'INGEGNERIA CLINICA

Lisa Cosmi

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Origine e sviluppo della funzione «Ingegneria clinica» - 2. Le aree di competenza presidiate - 3. Formule gestionali per la manutenzione e modelli di sviluppo della funzione. L'impatto delle scelte «make or buy» - 4. Le competenze e la struttura organizzativa - 5. Sentiero evolutivo e grado di sviluppo della funzione - 6. Considerazioni conclusive.

1. Origine e sviluppo della funzione «Ingegneria clinica»

Le politiche e la gestione del patrimonio tecnologico sanitario si sono recentemente trovati al centro di un importante processo di evoluzione del contesto ambientale di riferimento. La diffusione negli ospedali, negli ultimi venti anni, di un numero crescente di apparecchiature biomediche e di tecnologie avanzate per la diagnosi e la terapia ha radicalmente modificato l'approccio medico alla cura della salute. La «tecnologia sanitaria», tuttavia, non è solo un *asset*, fisicamente identificabile. La definizione di riferimento nell'ambito degli studi di *management*, codificata dallo statunitense *Office for Technology Assessment* alla fine degli anni Settanta (OTA, 1978), sottolinea al contrario il carattere di «multidimensionalità» della tecnologia sanitaria, affermando che in questa categoria logica siano compresi tutti i farmaci, i dispositivi, le attrezzature, i processi medici e chirurgici e tutti i sistemi organizzativi e di supporto alla produzione di assistenza sanitaria.

A fronte di un aumento «fisico» della tecnologia sanitaria in azienda, è aumentata la complessità gestionale

ed organizzativa di questo patrimonio e, conseguentemente, l'onerosità del suo mantenimento in efficienza. È emerso un nuovo fabbisogno organizzativo, a cui lo sviluppo della funzione «Ingegneria clinica» cerca di rispondere. L'Ingegneria clinica, infatti, è secondo la definizione «di scuola» (Geisler e Heller, 1998), la funzione aziendale «coinvolta nell'uso sicuro, appropriato ed economico della tecnologia nell'ambito delle aziende sanitarie».

Il processo evolutivo di questa funzione (e delle nuove professionalità che in essa si trovano ad operare) è stato spinto da almeno tre fattori di pressione:

1) la «tecnologizzazione» del processo di erogazione dei servizi sanitari. A fronte di apparecchiature sempre più complesse e onerose in termini di gestione (con il rischio di un aumento dei costi di manutenzione legati a contratti *full risk* sempre più costosi) nasce il fabbisogno di disporre di un «esperto aziendale»;

2) l'evoluzione del quadro normativo, che tra il 1994 e il 1997 ha dettato condizioni precise soprattutto in materia:

— di sicurezza e qualità nella produzione dei servizi (costringendo

le aziende a prendere provvedimenti urgenti sulla sicurezza dei propri dispositivi);

— di adeguamento alle direttive comunitarie in materia di marchio delle attrezzature e corretta installazione e manutenzione delle stesse;

— di processi di accreditamento delle strutture sanitarie, che hanno imposto esplicitamente (a seconda del contesto regionale) la presenza di un responsabile per le risorse tecnologiche, procedure di programmazione degli acquisti che tengano conto dei fenomeni di obsolescenza, la presenza di un inventario del patrimonio e di un piano per le manutenzioni preventive, protocolli d'uso e manutenzione per gli impianti e le attrezzature ritenute pericolose;

3) la crescita della rilevanza della «variabile tecnologica» come fattore distintivo/competitivo delle aziende, da cui discende l'importanza della valorizzazione e dello sviluppo del proprio patrimonio tecnologico. L'Ingegneria clinica per le aziende sanitarie diventa, quindi, la funzione a presidio di un fattore strategico, che impatta sull'organizzazione interna dei servizi, il controllo della spesa, la qualità delle prestazioni erogate.

In alcuni paesi (USA, Canada, Svezia, Norvegia, Gran Bretagna) la figura professionale dell'ingegnere clinico ha fatto il suo ingresso negli ospedali sin dai primi anni Sessanta, per poi trovare collocazione organica all'interno delle diverse tipologie di organizzazioni ospedaliere, e diffondersi anche in altri contesti internazionali. Ciononostante, nel nostro paese un riconoscimento ufficiale della presenza di questa funzione, distinta dagli altri servizi tecnici aziendali, avviene soltanto nel 1992, anno in cui un decreto del Ministero della sanità prevede la presenza di un servizio di Ingegneria clinica come requisito qualificante per la costituzione di un ospedale ad «alta specialità» (1). Attualmente la figura dell'ingegnere clinico nel mondo è oramai diffusa sono circa 4.000, dei quali 130 in Italia (fonte AIIC, Associazione italiana ingegneri clinici).

Nel nostro paese, tuttavia, l'Ingegneria clinica non ha avuto un processo di evoluzione lineare. Una prima causa di «non linearità» nel processo di evoluzione è dovuta al fatto che, sin dalla fase di prima introduzione (almeno come idea innovativa) — dapprima come specializzazione universitaria a Trieste, poi con i primi servizi a carattere «sperimentale» in Friuli-Venezia Giulia — sono andate affermandosi diverse «scuole di pensiero» o modelli formativi (vedi figura 1) della funzione (2).

L'analisi della diffusione nel contesto aziendale, inoltre, evidenzia che, ad eccezione di poche realtà (Trieste, Bologna S. Orsola, Bolzano, S. Raffaele di Milano), l'Ingegneria clinica come area gestionale specialistica non è stata ancora introdotta come elemento qualificante nella gestione delle strutture ospedaliere e che, in generale, lo stesso recepimento da parte delle aziende dei principi e dei modelli propri della funzione ha richiesto diversi

anni. L'analisi dei casi a disposizione della ricerca conferma la frammentarietà del quadro di diffusione. Prendendo come riferimento l'anno di istituzione dei servizi Ingegneria clinica in base a delibera aziendale per approssimare il recepimento e l'inizio della diffusione in azienda, si osserva un intervallo decisamente ampio (25 anni, dal 1976 al 2001, anche se la maggior parte di questi sono stati attivati tra il 1997 e il 1998). Ad influenzare questa dispersione ha certamente contribuito il fatto che l'Ingegneria clinica non è individuata specificamente come servizio «obbligatorio per legge» (3) (a differenza di quanto previsto per altre funzioni innovative oggetto della ricerca): le aziende hanno generalmente deciso di attivare questi servizi nel momento in cui si è avvertita la necessità di gestire un patrimonio tecnologico sempre più imponente, con conseguenti elevati costi.

In sintesi, è possibile affermare che l'attivazione dei primi servizi di Ingegneria clinica e le modalità con cui questi servizi sono stati organizzati sono state influenzate dai seguenti fattori:

— la sensibilità delle direzioni aziendali al problema della tecnologia;

— l'influenza delle diverse «scuole» nella diffusione dei modelli di riferimento per la funzione;

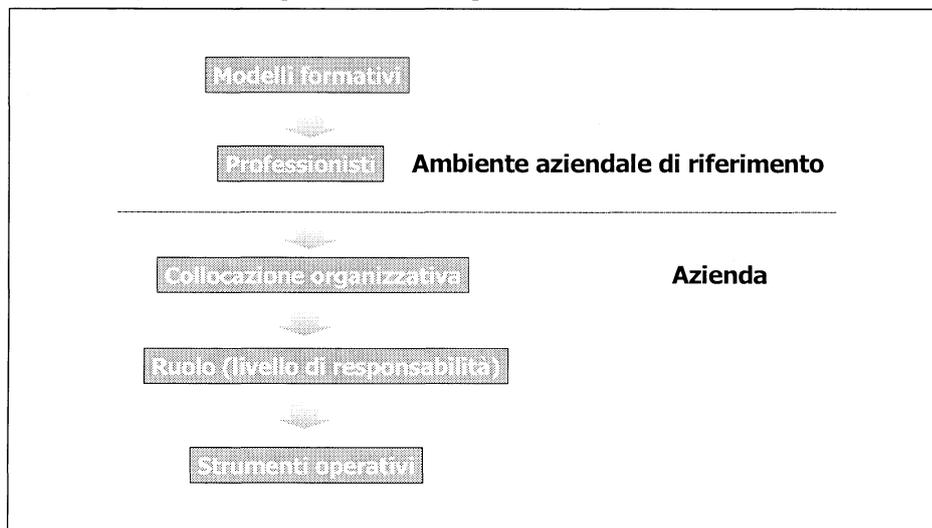
— l'apporto di alcune regioni (tra cui ricordiamo il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana, l'Emilia-Romagna) nella promozione di sperimentazioni gestionali *ad hoc*;

— l'inizio della disponibilità di un «mercato» di professionalità specifiche (ingegneri clinici).

Le aree di competenza e le attività specifiche della funzione sono quelle elencate in tabella 1.

L'area scientifica e gestionale di pertinenza della funzione è quella relativa alla corretta scelta ed impiego, alla garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori, alla qualità del servizio erogato, alla riduzione e ottimizzazione dei costi di acquisto e di gestione della tecnologia sanitaria. Le attività inerenti all'Ingegneria clinica per il loro ruolo di interfaccia tra tecnologia e cura della salute giustificano una peculiarità organizzativa e una autonomia rispetto alle altre specialità tecniche presenti nella struttura sanitaria.

Figura 1 - Il percorso interpretativo adottato per l'analisi di una funzione «innovativa»



Come si deduce dalla tabella 1, l'Ingegneria clinica assume sia un ruolo di supporto alle decisioni, quindi tipicamente una funzione di *staff* per la Direzione generale e sanitaria, sia responsabilità su mansioni operative (collaudi, manutenzione, controlli), comunque parte del processo complessivo di gestione delle tecnologie e che non possono essere separate dalle funzioni «consulenziali» ai fini di efficacia gestionale. Ogni attività va perciò vista come un processo non separabile dagli altri, quindi da gestire integralmente nell'ottica delle finalità proprie del servizio diagnostico-terapeutico di cui è supporto.

Ciononostante, il presidio del complesso delle attività comprese nell'area di responsabilità dell'Ingegneria clinica all'interno di una stessa Uo è un obiettivo raggiunto solo dalle

aziende più evolute ed è diretta conseguenza del processo di sviluppo della funzione nello specifico contesto in analisi. Infatti, essendo l'area di competenza di questa funzione decisamente vasta, le aziende hanno generalmente risposto ai diversi fabbisogni costituendo *sub*-unità definite da blocchi di attività più omogenei, spesso separati dal punto di vista organizzativo, anche facenti capo a responsabilità di diverse Uo (ufficio tecnico, qualità, Direzione sanitaria) o a consulenti esterni. Nella maggior parte delle aziende, ancora oggi la gestione delle tecnologie biomediche continua ad essere frammentata a più di una Uo.

Ogni servizio aziendale, quindi, rappresenta un caso unico. Questo fenomeno rappresenta una seconda caratteristica di «non linearità» del processo di evoluzione della funzione. A

fronte di uno spazio d'azione della funzione decisamente ampio, i servizi aziendali non hanno sviluppato attività a 360°, ma si sono limitati ad alcune dimensioni principali. L'analisi comparata dei casi presentata nei paragrafi che seguono sarà lo strumento per effettuare una ricognizione di questa variabilità.

2. Le aree di competenza presidiate

La tabella 2 sintetizza la tipologia delle principali attività svolte dai servizi di Ingegneria clinica coinvolti nella ricerca. Questa tipologia, pertanto, rappresenta il riscontro empirico delle aree di competenza presidiate a fronte della definizione «di scuola» attribuita alla funzione (cfr. tabella 1).

Tutti i casi analizzati presentano un nucleo di attività relative alle aree di

Tabella 1 - Le aree di competenza e le attività specifiche dell'Ingegneria clinica

AREA DI COMPETENZA	ATTIVITÀ SPECIFICHE
Consulenza	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto alla programmazione e pianificazione delle acquisizioni
<i>Technology assessment</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione tecnica ed economica degli acquisti di tecnologie biomediche
Gestione della manutenzione	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenzione (gestione con tecnici interni, con società produttrici/fornitrici, società terze) • Gestione della manutenzione (controllo dei processi relativi alla manutenzione) • Interlocutore verso l'esterno (produttori della tecnologia, manutentori, fornitori servizi)
Supporto all'introduzione della tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> • Collaudi di accettazione • Formazione del personale sanitario all'uso delle tecnologie
Sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza: controlli periodici di sicurezza, funzionalità e qualità sulle apparecchiature e valutazione del rischio • Gestione delle dismissioni (fuori uso)
Gestione amministrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione di una banca dati delle tecnologie (inventario, <i>alarms</i>, <i>alerts</i> ...) • Gestione e organizzazione delle informazioni provenienti dai sistemi tecnologici (informatica clinica, ...)
Ricerca	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca applicata alle tecnologie (nel caso in cui la struttura sanitaria lo preveda)

competenza base (gestione della manutenzione — diretta o svolta in esterno — e valutazione della tecnologia), che contraddistingue il nucleo di attività originario di questa funzione.

A queste attività si aggiunge la consulenza alla direzione aziendale in sede di programmazione degli acquisti, per cui valgono le considerazioni espresse poc'anzi, e il cui svolgimento interno è inoltre funzione diretta del grado di maturità del ruolo della funzione Ingegneria clinica. Come si evince dalla tabella, infatti, in 7 casi su 8 l'attività consulenziale è svolta internamente: fa eccezione il caso dell'Azienda «G» che, effettivamente, dispone di un servizio ancora poco consolidato. Tutte le altre aree di competenza sono comunque ben presidiate, eccezion fatta per l'attività di ricerca. A questo proposito è comunque bene sottolineare che si tratta di un'attività d'eccellenza, riservata a specifici contesti aziendali.

Questa prima analisi sembrerebbe quindi affermare una discreta omogeneità tra le caratteristiche dei servizi Ingegneria clinica delle aziende. Tut-

tavia se dall'analisi a livello di «area di competenza» ci si sposta a quella delle «attività svolte» e delle formule gestionali adottate, emerge una notevole varietà di soluzioni. È esemplificativo il caso dell'area «Gestione della manutenzione»: in tutti i casi è stato riscontrato che il servizio aziendale presidia questa funzione, ma ciò comprende sia il caso di scelta di manutenzione diretta delle apparecchiature che la soluzione opposta, ossia la completa esternalizzazione del servizio (che prevede che l'Uo aziendale sia solo il referente aziendale della società di *service*).

In sintesi, l'analisi dei casi conferma che, a fronte dell'enunciazione formale dell'area di responsabilità dell'Ingegneria clinica:

— l'insieme delle attività sono numerose e complesse e le modalità di presidio delle varie aree molto differenti tra loro;

— le aziende sanitarie tendono ad attivare le aree di competenza gradualmente, in seguito all'emergere di un fabbisogno specifico.

3. Formule gestionali per la manutenzione e modelli di sviluppo della funzione. L'impatto delle scelte «make or buy»

La scelta che maggiormente caratterizza la variabilità dei modelli realmente osservabili tra i servizi «Ingegneria clinica» aziendali è senz'altro quella relativa alla formula per la gestione delle manutenzioni del patrimonio che, ad oggi, continua a costituire la componente più gravosa della gestione della tecnologia sanitaria in azienda.

Si tratta, essenzialmente, di una decisione del tipo «make or buy», la cui soluzione comporta, dal punto di vista organizzativo, due modelli di funzione alternativi: il servizio completamente esternalizzato (soluzione di mercato) o lo sviluppo del servizio interno (ricorso alla gerarchia). Negli ultimi anni, le difficoltà nel reperire professionisti della funzione (necessari alla costituzione dei servizi interni) e la necessità, comunque presente, di gestione efficace del proprio patrimonio, ha infatti favorito lo sviluppo, di

Tabella 2 - Quadro di sintesi delle aree di competenza presidiate dalle Uo «Ingegneria clinica» (*)

Aree di competenza Azienda	Consulenza	Gestione della manutenzione	Technology assessment	Supporto in fase di introduzione	Sicurezza	Gestione amministrativa	Ricerca
Azienda «A»	X	X	X			X	
Azienda «B»	X	X	X	X	X	X	
Azienda «C»	X	X	X	X	X	X	X
Azienda «D»	X	X	X	X	X		
Azienda «F»	X	X	X	X	X	X	
Azienda «G»		X	X	X	X	X	
Azienda «I»	X	X	X	X	X	X	
Azienda «M»	X	X	X	X	X	X	

(*) L'elenco di tabella 14.2 fa riferimento, in un caso, ad un professionista esterno con collaborazione coordinata e continuativa (caso Azienda D), ingegnere clinico responsabile di una «funzione individuale». Ricordiamo, inoltre, che sono state considerate le sole attività svolte «internamente», ossia da personale aziendale e/o ad esso assimilabile (come nel caso dell'Azienda D).

un mercato dei servizi di Ingegneria clinica. Questo mercato si è sviluppato su tre filoni principali:

— servizi di consulenza e supporto all'attività gestionali di Ingegneria clinica;

— servizi di controlli di sicurezza e funzionalità su apparecchiature biomediche;

— servizi di manutenzione attraverso ditte terze (non più solo produttori).

Nei primi due casi, in generale, il mercato viene a supporto delle attività di Ingegneria clinica all'interno della struttura sanitaria. Nel terzo caso, invece, l'azienda sanitaria affida in appalto la manutenzione del proprio parco macchine ad un soggetto terzo (contratto normalmente denominato *global service*), ma che non comprende gli altri aspetti gestionali del governo delle tecnologie (programmazione, acquisti) che continuano ad essere (o non essere) svolti dal servizio Ingegneria clinica interno. In realtà, tuttavia, le scelte di esternalizzazione ri-

guardano generalmente solo l'area di gestione delle manutenzioni e più raramente l'intera funzione «Ingegneria clinica».

Il grado di sviluppo del mercato del *global service*, inoltre, rappresenta un indice indiretto del grado di maturità dell'area gestionale che la funzione Ingegneria clinica è chiamata a presidiare. Infatti, lo sviluppo della soluzione di mercato è indice della chiara identificabilità dell'area di responsabilità della funzione, tanto che è possibile (ed «economico») per le aziende scegliere di ricorrere al mercato con la formula del *global service*. Secondo la teoria che guida le imprese nella scelta tra gerarchia e mercato (Butler e Carney, 1985), queste decisioni sono valutate in termini di «complessità» (costo del controllo e coordinamento dello scambio), che è, tra gli altri fattori, direttamente proporzionale alla dimensione della «vaghezza», ovvero, «al grado con cui gli *output* finali della transazione [la funzione esternalizzata, nel nostro caso] non possono

essere definiti in anticipo». Evidentemente, quindi, le aziende sanitarie che oggi ricorrono al mercato del *service* per l'«Ingegneria clinica» hanno una chiara percezione del fabbisogno soddisfatto dalla funzione che stanno acquistando; e, d'altro canto, il mercato sa cosa offrire a queste aziende. Il crescere dei volumi di transazioni, quindi, è indice della presenza di un'area comune in cui mercato e azienda hanno chiaramente definito i confini della funzione Ingegneria clinica (in termini di contenuti e responsabilità) oggetto della transazione.

Non a caso, le società che offrono servizi di «Ingegneria clinica» in Italia sono oramai numerose e il settore, in termini di spesa per manutenzione ordinaria in appalto alle attrezzature, è decisamente cresciuto durante tutti gli anni '90, attestandosi poi su un livello costante dal 1997 ad oggi (Bravar, 2001). Lo sviluppo del *global service* è avvenuto soprattutto a scapito dei produttori (cioè i contratti di manutenzione *full risk*, vedi *infra*) e andrà solo

Tabella 3 - Tipologia di formule gestionali per la manutenzione del patrimonio

Formula gestionale	Descrizione
Soluzione interna	<i>La manutenzione è svolta solo con personale aziendale (squadra tecnica).</i> Si caratterizza per il forte investimento in personale e aggiornamento tecnico; permette però interventi capillari e rapidi e il mantenimento del pieno controllo totale del sistema di manutenzione. Solitamente prevede contratti di manutenzione per le apparecchiature ad alta complessità tecnologica del tipo <i>full risk</i> .
Soluzione mista (interna + <i>global service</i> + produttori)	<i>La manutenzione è svolta in parte da personale aziendale, in parte da società di servizi e in parte dai produttori di tecnologia.</i> Caratterizzata da flessibilità organizzativa, reale specializzazione tecnologica e controllo interno del sistema (impiega tecnici interni e le società di servizi per la tecnologia di livello medio-basso; le verifiche di sicurezza e il controllo di qualità sono a carico dei fornitori; la tecnologia di livello medio-alto è affidata ai fornitori con contratti del tipo <i>full risk</i>). Complessa la gestione unitaria e il coordinamento.
Soluzione totalmente terziarizzata (<i>global service</i>)	<i>La manutenzione è affidata pienamente alla società di service.</i> Conveniente dal punto di vista economico e se efficacemente gestita dall'azienda può risultare decisamente soddisfacente; comporta però rischi connessi alla perdita graduale di <i>know-how</i> interno, con rischi generabili per le insufficienti risorse investite, minore propensione all'aggiornamento delle apparecchiature, conflitto con i produttori e perdita progressiva del controllo di sistema.

in minima parte a favore dei servizi interni alle aziende. La tabella 3, a questo proposito, fornisce una rappresentazione sintetica delle possibili formule gestionali per la manutenzione del patrimonio. La tabella 4, invece, riporta le caratteristiche salienti delle principali formule contrattuali (4).

La scelta del *global service* impone la valutazione di un rischio concreto. Come la teoria delle scelte «make or buy» sottolinea, l'esternalizzazione ha un rischio connesso in termini di perdita di controllabilità e di *know how* che aumenta al crescere della non-sostituibilità della funzione nel processo produttivo. Esternalizzando si potrebbe incorrere in un'eccessiva standardizzazione del servizio appaltato, gestito secondo formule prestabilite o mirate al mero contenimento dei costi. La soluzione di completa esternalizzazione delle manutenzioni si pone pertanto come sentiero di sviluppo «raccomandabile» nei casi in cui l'azienda sanitaria detenga effettivamente capacità per governare alla pari il rapporto con la società di *service*. A tal fine, la condizione consiste nella costituzione, all'interno dell'azienda, di un «centro di competenza» (ad esempio: un referente aziendale responsabile, un ingegnere clinico, coadiuvato da un numero variabile di personale) che sappia pilotare e controllare l'attività della società di *service* e che sia nel contempo il portatore delle esigenze aziendali. Il centro di competenza aziendale dovrà inoltre assicurare un adeguato livello di informazione tra l'azienda e la società di *service* e, nell'ambito dell'azienda stessa, il dialogo con tutti i responsabili di Uo. Pertanto, costituiscono fattori critici di successo dell'esternalizzazione il ruolo attivo della direzione aziendale e del «centro di competenza» aziendale nella scelta dell'affidatario del servizio e nella gestione dell'accordo contrattuale, oltre alla capacità della so-

cietà di servizi di integrarsi con la struttura ospite.

La soluzione interna è, d'altro canto, molto gravosa e certamente non alla portata della maggioranza delle aziende. Il problema principale deriva dall'onerosità dell'investimento e del mantenimento di una squadra tecnica interna, con la perdita di flessibilità che ne consegue (ai maggiori costi del personale si aggiungono, in particolare, quelli di formazione e aggiornamento tecnico del personale stesso). È questo l'esempio dell'Azienda «C», un caso di funzione «Ingegneria clinica» con esperienza quasi trentennale, pressoché unico nel panorama italiano. Il suo sviluppo si è da subito caratterizzato per la scelta di investire in competenze interne. Il ricorso al mercato della manutenzione è diminuito gradualmente (o meglio, è stato razionalizzato), il servizio ha aumentato le sue dimensioni in termini di personale (soprattutto: squadra tecnica) e di

know-how detenuto. Il servizio svolge, inoltre, attività di ricerca volte a migliorare la componente tecnologica nell'ambito dei propri servizi, un'attività di «eccellenza» svolta da pochi servizi aziendali in Italia. Tra queste: collaborazioni scientifiche con Università e centri di ricerca italiani; partecipazione a progetti di ricerca a livello nazionale come il «Programma nazionale di ricerca per la telemedicina» e così via.

A fronte di questi due sentieri di sviluppo, la realtà conferma, com'è logico, che è la «terza via» quella preferita dalle aziende sanitarie. È, infatti, la soluzione mista quella che lascia maggiore spazio alle aziende per personalizzare la funzione d'Ingegneria clinica sulla base dei reali fabbisogni, senza incorrere in pericolosi squilibri finanziari. La tabella 5 sintetizza la formula gestionale prescelta per la gestione delle manutenzioni nei casi oggetto della ricerca.

Tabella 4 - Le formule contrattuali per le manutenzioni

Formula contrattuale	Attività manutentive
Total-risk	Numero determinato di manutenzioni preventive, numero illimitato di chiamate per manutenzioni correttive in qualsiasi momento dell'anno, tutte le parti di ricambio, aggiornamenti HW e SW, lavoro dei tecnici e di altro personale, trasferimenti; sono esclusi i soli materiali di consumo - attività svolta prevalentemente in ospedale
Full-risk	Come <i>total-risk</i> con esclusione di alcune parti di ricambio (generalmente sono escluse le parti in vetro) ed interventi limitati ai soli giorni feriali in orari canonici concordati - attività svolta prevalentemente in ospedale
Full-risk limitato	Come <i>full-risk</i> con un numero di chiamate per riparazioni determinato - attività svolta prevalentemente in ospedale
Manutenzione preventiva	Numero determinato di visite periodiche preventive; sono esclusi tutti i consumabili e le parti di ricambio - attività svolta prevalentemente in ospedale
Deposito	Come <i>total risk</i> - attività svolta prevalentemente presso la sede dell'assistenza tecnica del manutentore

Prevale la formula mista: nonostante questo, le modalità organizzative reali danno vita a soluzioni anche molto diverse tra loro a seconda del peso che gioca il personale tecnico interno.

Infine, una nota sulle considerazioni strategiche nelle scelte di esternalizzazione. Spesso l'analisi delle scelte *make or buy* effettuate concretamente dalle aziende evidenziano *ex post* una portata strategica limitata. Le aziende dovrebbero invece valutare la scelta di esternalizzazione della gestione delle manutenzioni anche alla luce delle interdipendenze che vengono a crearsi con la società di *service*. Questo tipo di interdipendenza è sicuramente più pericolosa nell'ambito di sistemi di produzione dove le attività sono fortemente integrate tra loro (come nel caso dei sistemi di erogazione dei servizi sanitari), e in cui la tecnologia sanitaria rappresenta il fattore di collante dell'intero processo di erogazione. Pertanto tale scelta dovrà correttamente valutare, tra i costi sorgenti dell'esternalizzazione, la dipendenza dall'esterno su una componente chiave dei processi di produzione tipici.

4. Le competenze e la struttura organizzativa

Ci soffermiamo ora sull'analisi del tipo di competenze che costituiscono le professionalità presenti nei servizi d'«Ingegneria clinica» analizzati, per capire se sia possibile riscontrare una tipologia o, eventualmente, delineare un modello di competenze tipico per la composizione interna del servizio.

In quanto funzione tecnico-specialistica, l'«Ingegneria clinica» si caratterizza per un buon grado di standardizzazione dei profili impiegati. A fronte dell'estrema variabilità osservata nelle competenze impiegate, i casi analizzati presentano generalmente la stessa composizione base, descrivibile come segue (tabella 6):

— *personale laureato*: si tratta sempre di ingegneri clinici, elettronici o gestionali, con specializzazioni post-universitarie in «Ingegneria clinica»;

— *squadra tecnica*: generalmente, periti elettrotecnici e/o elettricisti, con esperienza, formati specificamente per il primo intervento e la manutenzione della tecnologia sanitaria;

— *amministrativi*: generalmente diplomati in materie tecniche, anche assistenti amministrativi non diplomati.

Il personale laureato, generalmente, è costituito dal solo responsabile del servizio, a cui è affidata l'organizzazione interna del servizio e la realizzazione del modello gestionale; inoltre è l'unica figura che svolge la componente innovativa della funzione (valutazione all'acquisto, ruolo di esperto aziendale e consulente sui piani acquisti). In questo senso, quindi, il responsabile rappresenta il perno centrale, attorno a cui ruota la funzione.

Il sostegno del personale amministrativo del servizio è, in alcuni casi, decisivo; in altri, limitato a mansioni

tipiche di segreteria. Il tipo d'apporto richiesto agli amministrativi dipende soprattutto dall'estensione del ricorso a società esterne (fornitori e/o società di *global service*): i compiti demandati vanno dall'attività di segreteria del servizio, al coordinamento amministrativo con i soggetti esterni, alla gestione dell'inventario e dei registri delle manutenzioni. Le aziende hanno impiegato per queste posizioni nella maggioranza dei casi personale interno, di solito precedentemente collocato nell'area amministrativa dei servizi tecnici aziendali.

Infine, la «squadra tecnica» si caratterizza per il grado estremamente variabile di competenze specifiche detenute in materia di manutenzione delle tecnologie sanitarie. Le squadre tecniche aziendali di tipo generico sono composte, tradizionalmente, da personale tecnico non specializzato — elettricisti, muratori, falegnami — impiegato per interventi come opere murarie e strutturali interne. Da queste si differenziano notevolmente le attuali unità di intervento sulla tecnologia sanitaria, costituite perlopiù da persona-

Tabella 5 - La formula gestionale prescelta per la gestione delle manutenzioni nei casi analizzati

Azienda	Formula gestionale
Azienda «A»	<i>Global service</i> «puro»
Azienda «B»	Formula mista, interna + contratti <i>full risk</i> con i fornitori per tecnologia ad alta complessità
Azienda «C»	Soluzione interna
Azienda «D»	Solo manutenzione esterna con prevalenza di contratti <i>full risk</i>
Azienda «F»	Formula mista, interna + contratti <i>full risk</i> con i fornitori per tecnologia ad alta complessità
Azienda «G»	Formula mista, interna + contratti <i>full risk</i> con i fornitori per tecnologia ad alta complessità
Azienda «I»	Formula mista, interna + contratti <i>full risk</i> con i fornitori per tecnologia ad alta complessità
Azienda «M»	Formula mista, interna + contratti <i>full risk</i> con i fornitori per tecnologia ad alta complessità

Tabella 6 - Composizione del personale dell'Uo «Ingegneria clinica» nei casi analizzati

Azienda	Dipendenti (*)	Formazione/esperienze/reclutamento
Azienda «A»	2 (azienda) 10 (società <i>global service</i>)	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere biomedico, presso l'Uo «tecnico patrimoniale»</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 amministrativo, diplomato <p>Coordinano la squadra della società di <i>service</i> composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 ingegnere clinico - 2 amministrativi - 1 <i>account manager</i> - squadra tecnica di 7 periti elettrotecnici, tutti con esperienza
Azienda «B»	3	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere elettronico, con precedente esperienza nel privato, da circa un anno risorsa interna</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 tecnici, di cui uno con diploma di perito elettronico, e un elettricista con esperienza, risorse interne
Azienda «C»	39	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere clinico</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 ingegneri clinici, tutti diplomati presso l'Università di X - 4 amministrativi, di cui 2 diplomati - 28 tecnici con esperienza, tutti con notevole formazione interna ed esterna presso ditte fornitrici e/o <i>stage</i> all'estero
Azienda «D»	1	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere delle comunicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - con esperienza in numerosi progetti e consulenze, anche per conto della Regione
Azienda «F»	6	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere clinico</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 amministrativi diplomati - 3 tecnici con esperienza nel privato
Azienda «G»	6	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere clinico, con precedente esperienza nel privato</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 diplomata - 4 tecnici con esperienza - tutte risorse interne cresciute
Azienda «I»	21	<p><u>Responsabile:</u> fisico sanitario, con notevole esperienza</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 fisici sanitari - 7 periti elettronici - 2 tecnici di laboratorio - 3 assistenti amministrative - 1 programmatore
Azienda «M»	5	<p><u>Responsabile:</u> 1 ingegnere elettronico con esperienza</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 periti elettronici - 1 geometra - 1 tecnico industriale

(*) Il numero di risorse personale è misurato in termini di risorse *full-time equivalent*.

le specializzato, eventualmente «cresciuto» internamente grazie ad interventi di formazione specifica. L'aggiornamento dei tecnici interni, a fronte della sempre più massiccia «tecnologizzazione» dei servizi sanitari, costituisce il principale fattore di onerosità di queste unità. Non a caso, infatti, le aziende decidono generalmente di mantenere un numero limitato di personale tecnico adibito al primo intervento in caso di guasto, riservando al personale esterno (in genere, dipendente del fornitore o della società di *global service*) i successivi interventi, più propriamente «manutentivi» del patrimonio tecnologico.

Un profilo molto richiesto è quello di «tecnico programmatore», cui affidare il supporto informativo per la programmazione e gestione degli interventi e la gestione generale dei flussi informativi. Questa figura rappresenta quindi un ruolo di raccordo tra l'anima tradizionale della funzione d'Ingegneria clinica (la manutenzione e l'intervento) e quella «innovativa» (programmazione, valutazione e consulenza). A tal fine, lo strumento operativo utilizzato è «inventario elettronico», il registro informatizzato di tutte le informazioni inerenti alla presenza, la collocazione (spesso una delle informazioni più carenti), le specifiche dell'acquisto, le manutenzioni ordinarie e straordinarie, le Uo utilizzatrici e le eventuali sovrapposizioni, le verifiche di sicurezza, e così via. Nella sua accezione «evoluta» l'inventario diventa il sistema informativo di supporto di tutta l'attività della funzione e il punto di raccordo tra questa e il resto dell'azienda. Proprio per questo motivo, quindi, la funzione Ingegneria clinica avrà bisogno, in futuro, di personale che sappia gestire (non in modo meramente amministrativo) questo supporto, e che non necessariamente dovrà essere un ingegnere clinico (figura che dovrebbe invece continuare

ad occuparsi degli aspetti più specialistici).

Infine, soprattutto nelle aziende di minori dimensioni è importante valutare il ruolo dell'ingegnere clinico libero professionista: la sua presenza si riscontra, prevedibilmente, laddove, data la recentissima costituzione del servizio, la collaborazione (annuale) con il professionista esterno rappresenta una modalità per iniziare a strutturare il servizio. Ma anche una realtà più consolidata può avvalersi di una consulenza *ad hoc*, spesso di matrice universitaria, ad esempio, sempre su questa materia. È questo il caso, ad esempio, dell'Azienda «D», dove l'originario consulente responsabile delle verifiche di sicurezza e dei collaudi ha progressivamente esteso la sua attività come consulente, supporto tecnico per gli acquisti. In questo modo, sostanzialmente, si è venuto a creare (sebbene «esternamente») un primo nucleo della funzione Ingegneria clinica in azienda.

Passiamo infine all'analisi del grado di strutturazione organizzativa della funzione. La variabile alla base della maggiore o minore strutturazione degli assetti interni è senz'altro il grado di esternalizzazione del *mix* di attività che definisce la funzione in quanto, ovviamente, maggiori sono le dimensioni del personale, maggiore sarà la tendenza ad una più precisa strutturazione degli assetti. La soluzione adottata per la squadra tecnica è il vero fattore discriminante. Questa varia la sua composizione, a seconda delle mansioni assegnate (tranne in presenza di una formula *global service* pura), da un minimo di 2 a un massimo di 28 persone impiegate. Le dimensioni delle altre «famiglie» di competenze interne (personale laureato e amministrativi, cfr. *supra*) è generalmente più contenuto. I casi del nostro campione presentavano, in genere, strutture estremamente semplici che prevedevano

solamente la figura di responsabile del servizio, e tutt'al più una suddivisione di tipo «funzionale», informale, tra «squadra tecnica» e «supporto amministrativo». Nel caso dell'Azienda I, ad esempio, l'assetto prevede, nell'ambito della «fisica sanitaria», tre aree distinte facenti capo al responsabile, cui sono preposti tre vice responsabili («laboratori», «radio-terapia» e «diagnostica per immagini»). A questi si contrappone, confermando la nostra ipotesi, il caso del servizio con maggiori dimensioni in termini di organico affidato (Azienda «C»), dotato al contrario di un assetto organizzativo ben definito e strutturato secondo uno schema di tipo «divisionale». Il servizio «Ingegneria clinica» è in questo caso strutturato su tre diverse unità organizzative, per la «consulenza e programmazione agli acquisti» (articolato nelle *sub*-unità «elettromedicali», «laboratorio», «bioimmagini»); la «manutenzione apparecchiature medicali» (articolata sui due presidi ospedalieri e, ancora, nelle *sub*-unità «elettromedicali», «laboratorio», «bioimmagini»); l'«informatica e telematica» (articolata nelle due sotto funzioni di «consulenza programmazione e acquisti» e «manutenzione»).

5. Sentiero evolutivo e grado di sviluppo della funzione

L'esercizio, svolto nei precedenti paragrafi, di comparazione «statica» tra alcune variabili dei casi (aree di competenza presidiate, formula gestionale adottata, competenze detenute dal personale, struttura organizzativa del servizio) è stato uno strumento per ricostruire la situazione attuale dei servizi di Ingegneria clinica nelle aziende del Ssn. L'analisi muoverà ora da questa base per fornire un'interpretazione in chiave dinamica del sen-

tiero di sviluppo della funzione e per valutare il suo grado di sviluppo.

Il sentiero di sviluppo della funzione è descrivibile in termini di processi di integrazione di nuove attività con attività già svolte, con modalità differenti, da altre Uo, e dalla crescita dell'importanza del «ruolo» attribuito alla Uo anche nei confronti di attori esterni rilevanti (in primo luogo fornitori di servizi e di tecnologia)

La tabella 7 sintetizza il sentiero di sviluppo della funzione Ingegneria

clinica evidenziando, attraverso le diverse fasi, il principale fabbisogno inerente alla tecnologia sanitaria e la descrizione dell'area di competenza, delle attività specifiche e dell'assetto organizzativo della funzione.

Il fabbisogno originario è la manutenzione delle attrezzature, il supporto tecnico agli acquisti di tecnologia (redazione dei capitolati), l'effettuazione dei collaudi e le verifiche di sicurezza, la gestione amministrativa del «parco macchine».

L'attività di valutazione della tecnologia rappresenta un'evoluzione del ruolo di supporto tecnico agli acquisti. A sua volta, è questa la matrice che stimola l'emergere del fabbisogno di disporre di un «consulente aziendale», nel momento in cui la valutazione preliminare all'acquisto si arricchisce diventando attività *Technology assessment*, cioè valutazione a 360° dell'impatto tecnico, organizzativo e sanitario della tecnologia (a disposizione o potenziale investimento). L'a-

Tabella 7 - Rappresentazione sintetica del sentiero di sviluppo della funzione «Ingegneria clinica»

Denominazione	Fabbisogno principale	Collocazione organizzativa	Descrizione
Funzione originaria	Mantenimento di un parco macchine efficiente.	La funzione è frammentata su più Uo dell'area dei servizi tecnico-patrimoniali.	Non esiste una struttura organizzativa autonoma. Le attività frammentate su più Uo si riferiscono alla gestione amministrativa, supporto agli acquisti (procedure di gara), gestione della manutenzione (correttiva, solo a volte preventiva) per mezzo di una squadra tecnica interna o contratti <i>full risk</i> . Gli aspetti di sicurezza sono solitamente appaltati in esterno. Mancano supporti informativi relativi alle tecnologie.
Funzione strutturata	Disporre di un unico servizio aziendale a presidio del patrimonio tecnologico.	Uo unica dell'area dei servizi amministrativi.	Il servizio si struttura come Uo autonoma nell'area dei servizi tecnici di supporto. Quasi tutte le aree di competenza di carattere tecnico sono attivate: valutazione preliminare, supporto all'inserimento, gestione della manutenzione, gestione della sicurezza (in modo più o meno strutturato). L'area «consulenziale» della funzione è ancora poco sviluppata. La funzione non ha ancora un ruolo consolidato nell'ambito dell'azienda. È disponibile un supporto informativo alla gestione (inventario), almeno per le tecnologie presenti.
Funzione consolidata/istituzionalizzata	Gestione unitaria e integrata della tecnologia.	Uo unica dell'area dei servizi amministrativi. In alcuni casi, servizio di <i>staff</i> alla Direzione generale o alla Direzione sanitaria.	La funzione è strutturata organizzativamente in Uo nell'area dei servizi amministrativi, ma può anche essere collocata in <i>staff</i> alla direzione sanitaria o alla direzione generale. Oppure: l'azienda ha optato per una formula <i>global service</i> gestita da un referente unico o Uo aziendale. Il ruolo è riconosciuto e visibile. Tutte le Uo si rapportano alla funzione e ne percepiscono l'utilità. Il ruolo è consolidato e istituzionalizzato, percepito come «funzione aziendale» a disposizione dell'azienda. I sistemi informativi sono adeguati. Nell'ambito di un <i>global service</i> , nel caso l'azienda avesse optato per questa soluzione: il referente aziendale è in grado di indirizzare e controllare l'attività della ditta esterna secondo le esigenze e la volontà dell'azienda.

rea di competenza consulenziale ha, inizialmente, contenuto prettamente tecnico (supporto alla redazione dei capitolati, scelta dei fornitori) ma tende progressivamente ad arricchirsi di componenti qualitative parallelamente all'aumento delle competenze del responsabile e il consolidamento del ruolo della funzione (ad esempio: coinvolgimento della funzione in sede di scelta di avvio di nuovi servizi che presuppongono l'impiego di tecnologie «innovative» o un aggiornamento considerevole del patrimonio disponibile). Il responsabile della funzione ridefinisce il suo ruolo diventando l'«esperto aziendale» a supporto della direzione (anche) in sede di redazione del piano degli investimenti.

La valutazione del grado di sviluppo della funzione (rappresentato in tabella 7 dal passaggio di fase) tiene conto della configurazione dell'insieme dei servizi, della formula gestionale adottata, della rilevazione di un ruolo ben definito e riconosciuto (personificato dalla figura del responsabile della funzione) del servizio Ingegneria clinica.

Un buon indicatore a supporto di questa valutazione è costituito dall'analisi della collocazione organizzativa della funzione Ingegneria clinica, evidenziata in una colonna distinta della tabella 7: infatti, è ragionevole supporre che la collocazione della dipendenza essenzialmente dal grado di sviluppo raggiunto. Progredendo nella scala dell'istituzionalizzazione, la funzione si struttura in una Uo autonoma, fuoriuscendo dalla collocazione indistinta in seno ai servizi Tecnico-patrimoniali dell'azienda e si colloca come servizio indipendente dell'area tecnica facente parte della più ampia area dei servizi amministrativi. Solo la «funzione consolidata» si colloca, inizialmente o successivamente alla costituzione del servizio, in *staff* alla direzione aziendale. La tabella 8 riporta

la collocazione organizzativa del servizio Ingegneria clinica nel campione dei casi analizzati.

La principale osservazione che emerge dall'analisi dei casi è che da un punto di vista organizzativo, per l'Ingegneria clinica il collegamento con la matrice (e, conseguentemente, con la cultura tecnico-specialistica) dei tradizionali «uffici tecnici» è ancora prevalente. Quest'osservazione è valida anche nelle realtà più avanzate, dove il servizio è maggiormente sviluppato. La scelta di non collocare in *staff* questi servizi può essere letta come una manifestazione del prevalere, ad oggi, di un'accezione ancora poco «gestionale-strategica» di questa funzione.

Al contrario, nel caso in cui la funzione è collocata in *staff*, ciò testimonia la volontà della direzione strategica di utilizzare appieno la valenza consulenziale della funzione, o dalla necessità di individuare nettamente la linea di confine tra la gestione ammi-

nistrativa e quella «innovativa» del patrimonio tecnologico. Questa soluzione è, in ogni caso, una eccezione.

In particolare, la funzione in *staff* si caratterizza per la composizione quantitativamente limitata in termini di risorse di personale. Nell'unico caso (Azienda «B») in cui l'«Ingegneria clinica» è stata collocata in *staff* alla Dg, ad esempio, il servizio si è da subito connotato come referente aziendale sulla tecnologia sanitaria, coordinatore dei rapporti con le ditte esterne e consulente strategico alla direzione aziendale. In questo caso, d'altro canto, dietro alla scelta di costituire questo servizio in *staff* alla direzione generale c'è stato un esplicito fabbisogno di individuazione di un referente aziendale per la gestione di un patrimonio tecnologico cresciuto molto velocemente di valore in pochi anni in seguito a precise strategie aziendali d'investimento.

L'analisi dei casi, infine, suggerisce che il sentiero di sviluppo dell'Inge-

Tabella 8 - Collocazione organizzativa dell'Uo «Ingegneria clinica» nei casi analizzati

Azienda	Collocazione organizzativa
Azienda «A»	Funzione esternalizzata con formula <i>global service</i> ; sotto la responsabilità dell'Uo «tecnico patrimoniale»
Azienda «B»	In <i>staff</i> , alla dipendenza congiunta della Direzione sanitaria e della Direzione amministrativa
Azienda «C»	Uo dell'area dei servizi amministrativi
Azienda «D»	Funzione personale coordinata dall'Ufficio tecnico, compreso nell'area «gestione beni e servizi», alle dipendenze della Direzione amministrativa (non in <i>staff</i>)
Azienda «F»	Uo dell'area tecnica, alle dipendenze della Da
Azienda «G»	Uo dell'area dei servizi amministrativi
Azienda «I»	Funzione affidata all'Uo «fisica sanitaria» (Uo sanitaria di <i>line</i>)
Azienda «M»	Uo dell'area dipartimentale «acquisti e infrastrutture», alle dipendenze della Direzione generale

gneria clinica nell'ambito dell'azienda sia funzione, sostanzialmente, di alcune variabili:

— la disponibilità di competenze professionali con profili formativi ed esperienza coerenti con la logica della gestione della risorsa tecnologica (l'ingegnere clinico);

— l'appoggio delle direzioni aziendali, nel riconoscere il valore della risorsa tecnologica nelle possibili strategie competitive delle aziende e il ruolo della funzione Ingegneria clinica come specialista/consulente interno in quest'ambito e non solo come «responsabile della manutenzione»;

— la capacità di raggiungere il giusto equilibrio tra l'area di attività «tradizionale» e quella «innovativa» della funzione. Non si può parlare di sviluppo di una funzione «innovativa» di Ingegneria laddove l'Uo continua ad operare secondo le logiche «tradizionali» di amministrazione del patrimonio tecnologico e non si sviluppa una «cultura tecnologica» adeguata;

— il ruolo del mercato esterno dei servizi di Ingegneria clinica in *global service*, come fattore che non freni lo sviluppo di competenze aziendali (interne) ma che in ottica collaborativa, e di condivisione del *know how*, favorisca la diffusione della conoscenza dell'Ingegneria clinica come funzione aziendale strategica e contribuisca, tramite lo stimolo competitivo e l'opportunità di *benchmarking*, ad un generale miglioramento delle prestazioni di questi servizi.

6. Considerazioni conclusive

Il presente capitolo ha approfondito l'analisi dell'Ingegneria clinica, la funzione posta al presidio della tecnologia sanitaria nelle aziende. Si tratta di una risorsa chiave per le aziende, tradizionalmente valutata e gestita prevalentemente dai medici professionisti e per lungo tempo trascurata sotto

il profilo della costo-efficacia, dell'integrazione nell'ambito del sistema organizzativo dei processi clinico-terapeutici, della componente strategica e competitiva. Dall'analisi sono emerse alcune considerazioni sul ruolo e sulle caratteristiche distintive della funzione:

— l'Ingegneria clinica è forse l'unica funzione innovativa che è sfuggita a logiche di mero *staff*, distinguendosi così per un percorso di crescita autonomo di integrazione con il resto dell'organizzazione. La ricostruzione del sentiero di sviluppo della funzione suggerisce come interpretazione il fatto che l'Ingegneria clinica si sia sviluppata a partire da una funzione già esistente, seppur frammentata dal punto di vista organizzativo (in senso lato, l'amministrazione del patrimonio tecnologico), che nel suo sentiero di crescita è stata in grado di differenziarsi e «innovarsi funzionalmente»;

— al tempo stesso, il processo di sviluppo ha mantenuto segni dell'originaria frammentazione organizzativa delle aree di competenza assorbite dallo sviluppo della funzione. Nell'ambito delle generali aree di competenza della funzione, infatti, è possibile distinguere nettamente la componente «innovativa» dell'attività da quella tradizionale. La struttura organizzativa dei servizi evidenzia pertanto una doppia anima: l'area delle competenze tecniche (gestione delle manutenzioni, supporto all'inserimento, sicurezza, gestione amministrativa, ...) distinta dalle funzioni di supporto allo sviluppo (*Technology assessment*, consulenza);

— infine, rappresenta una funzione che è stata interessata da un forte sviluppo del mercato del *service*, che offre oggi alle aziende formule per l'esternalizzazione anche completa del servizio. Questo, da un lato rappresenta per le aziende opportunità in più rispetto alla soluzione interna per di-

sporre di risorse specialistiche, in un ambito in cui l'offerta di ingegneri clinici professionisti è ancora insufficiente per soddisfare la domanda. Dall'altro, è una scelta che le aziende devono valutare attentamente perché comporta dei rischi in termini di perdita di *know-how* sul presidio di una risorsa chiave.

La ricerca si è volutamente limitata alla descrizione della realtà, senza valutare il contributo che lo sviluppo delle funzioni innovative ha apportato al miglioramento dell'efficacia gestionale e dei risultati delle aziende. Nel caso dell'Ingegneria clinica è possibile affermare che il passo più importante cui questa funzione ha contribuito è stato il riconoscimento del valore della risorsa tecnologica come variabile gestionale e strategica a disposizione delle aziende. In questo processo, il ruolo della funzione «Ingegneria clinica» «evoluta» è stato di supporto tecnico-specialistico alla gestione del patrimonio tecnologico, in un'ottica di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi, razionalizzazione della spesa, ottimizzazione degli investimenti in tecnologia sanitaria.

È in quest'ottica, pertanto, che le aziende dovrebbero valutare la scelta di esternalizzazione della funzione, come suggerisce un mercato oramai ampiamente consolidato dei servizi di «Ingegneria clinica» con la formula *global service*. Tale scelta, logicamente, diventa inappropriata se finalizzata esclusivamente a «sggravare le aziende sanitarie dal problema della gestione della tecnologia». I risparmi generati sul fronte della gestione tecnico-amministrativa non tengono conto del rischio perdita di *know-how* sulla variabile gestionale e strategica (la leva tecnologica). Proprio per questo motivo, la sfida per le direzioni delle aziende sanitarie sarà riuscire a sfruttare le possibilità del mercato (mag-

giore economicità per le manutenzioni, disponibilità immediata di competenze specifiche) per potenziare e non per indebolire i propri servizi interni.

Il passo successivo, infine, dovrebbe essere il miglioramento delle capacità gestionali «di sistema» della risorsa tecnologica, che rappresenta un superamento del punto di vista della singola azienda. La componente «consulenziale» dell'Ingegneria clinica nell'ambito delle attività di *Technology Assessment* potrebbe, infatti, essere riprodotta nell'ambito di sistemi gestionali più ampi. L'esperienza specialistica di questa funzione e degli ingegneri clinici professionisti potrebbe, ad esempio, essere strutturata a supporto di una funzione di governo di sistemi tecnologici regionali (Del Vecchio e Cosmi, 2002).

(1) Decreto del Ministero della sanità del 29 gennaio 1992, «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità».

(2) Queste «correnti» si differenziano soprattutto in relazione alle scelte di esternalizza-

zione delle varie attività comprese nell'ambito dell'Ingegneria clinica e in relazione all'importanza attribuita al contenimento dei costi di mantenimento del patrimonio.

(3) La normativa sanitaria degli anni '90 ha finalmente riconosciuto che le tecnologie ad uso medico sono una risorsa critica delle aziende sanitarie. Si considerino, per esempio, i seguenti provvedimenti sul tema della tecnologia sanitaria in azienda: D.L.vo 626/94 in tema di sicurezza e salute dei lavoratori; D.L.vo 230/95 in materia di radiazioni ionizzanti; D.P.R. 14 gennaio 1997, in tema di accreditamento delle strutture sanitarie; D.L.vo 46/1997 sui dispositivi medici; D.L.vo 229/99 che, tra l'altro, fissa criteri di qualità e appropriatezza degli investimenti in tecnologia sanitaria, anche al fine di evitare doppioni tecnologici.

(4) Ricordando che il contratto di manutenzione è l'accordo con cui «... una parte s'impegna a fornire contro il versamento di un corrispettivo una serie di servizi organizzati tesi a garantire il corretto funzionamento di un'apparecchiatura e/o impianto nel suo complesso ...», e dove per «corretto funzionamento» s'intende «il raggiungimento di una serie di indici di *performance* del dispositivo considerato, preventivamente pattuiti dalle parti ...».

BIBLIOGRAFIA

BRAVAR D. (2001), dati presentati al Convegno «Gestione e manutenzione in sicurezza delle apparecchiature biomediche» (a cura di

IRI - Istituto di ricerca internazionale), Milano, 25-27 giugno 2001.

BUTLER R., CARNEY G. (1985), «I mercati gestiti e le decisioni aziendali di *make or buy*», in Nacamulli R., Rugiadini A. (a cura di), *Organizzazione e mercato*, Il Mulino, Bologna, pp. 373-392.

CISP (COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI) (1993), «Cosa è l'Ingegneria clinica e quali sono oggi le opportunità di formazione in Italia in questa area», *Forum-Valutazione. Ingegneria clinica, tecnologie sanitarie e sistemi sanitari locali nei programmi della cooperazione italiana*, Franco Angeli, Milano.

DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia - Rapporto OASI 2000*, EGEA, Milano, pp. 211-246

DEL VECCHIO M., COSMI L. (2002), «Non conventional determinants of diffusion growth path for innovative medical technology. Barriers and opportunities in the Italian context.», in corso di pubblicazione nell'ambito del «The Ferrara Health Industry Project», Università degli Studi di Ferrara.

GEISLER E., HELLER O. (1998), «Management of medical technology. Theory, practice and cases», *Kluwer Academic Publications* (Boston), pp. 41-50.

OTA (1978), *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*, US Government Printing Office, Washington, DC.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: IL MARKETING

Lisa Cosmi, Carlo De Pietro

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I casi di studio - 3. Un commento di sintesi sul grado di sviluppo della funzione - 4. Un'analisi trasversale dei casi di studio - 5. Prospettive di sviluppo: funzione frammentata o servizio unitario.

1. Introduzione

In qualità di produttrici di servizi, le aziende del Servizio sanitario nazionale (Ssn) (1) devono necessariamente a gestire le relazioni con gli agenti esterni — in primo luogo con utenti potenziali o reali — e, più in generale, a migliorare le condizioni dello scambio che intercorre tra l'azienda, gli utenti, eventualmente il sistema di finanziamento.

È in tal senso che, nonostante le resistenze culturali e la tradizione operativa, le aziende sanitarie sono chiamate a sviluppare le logiche e i sistemi operativi tipici della funzione di *marketing*. Tra le ragioni strutturali di tale sviluppo, si possono richiamare la progressiva apertura dei sistemi pubblici (le aziende che diventano «sistemi aperti», cercando di lenire l'autoreferenzialità che le caratterizzava tradizionalmente), lo sviluppo di meccanismi di «quasi-mercato» nei sistemi di finanziamento e negli assetti complessivi dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche, la crescente complessità e differenziazione dei bisogni espressi dalla cittadinanza, ecc.

Si tratta quindi, in primo luogo, di acquisire competenze atte ad un'efficace analisi del contesto di riferimento e della domanda esterna, per poi defi-

nire le caratteristiche dell'offerta in modo da rispondere in maniera efficace alle esigenze degli utenti di riferimento, valorizzando al meglio i servizi erogati dall'azienda stessa e le condizioni della cessione di tali servizi. Si aprono quindi spazi per una gestione aziendale più autonoma dell'offerta, capace di individuare alternative di quantità e qualità dei servizi in modo da meglio adattarsi alle condizioni della domanda.

In secondo luogo, le aziende sono chiamate ad agire con azioni volte allo sviluppo e alla qualificazione della domanda, grazie a strumenti di informazione e di comunicazione capaci di migliorare la conoscenza dei servizi offerti e, quindi, tra le altre cose, la loro accessibilità.

È evidente che l'orientamento all'utente che tale ottica suppone, implica una profonda revisione delle logiche di azione finora espresse, che parte dalle esigenze espresse dal «mercato» di riferimento e sulla base di quella esigenza modula le condizioni di offerta e organizza i processi produttivi. In particolare, come sostenuto da Borogonovi (2000, p. 358 e segg.), «il ruolo del *marketing* rispetto alle aziende pubbliche si può sintetizzare nel:

— diffondere [...] una cultura orientata al cliente [...];

— realizzare una gestione che non si limiti a “rispondere semplicemente alla domanda espressa”, ma si proponga di individuare esigenze non ancora manifestate [...];

— [...] organizzare una risposta [...] differenziata e superare [...] la “riproduzione standardizzata dell'azione” propria dei sistemi burocratici [...];

— suggerire le combinazioni di quantità, qualità, prezzo e altre condizioni che, oltre a soddisfare le esigenze dell'utenza, inducano una distribuzione spaziale e temporale della domanda idonea ad ottenere il migliore sfruttamento della capacità di offerta».

Se lo sviluppo delle attività e dei sistemi operativi del *marketing* sono il frutto di tendenze strutturali che riguardano l'intervento pubblico e, in particolare, l'intervento pubblico in sanità, è anche vero che quello sviluppo si è caratterizzato anche per la «forzatura» operata da norme di legge, le quali hanno imposto alcuni sistemi e

Pur essendo frutto del lavoro congiunto degli autori i paragrafi sono da attribuirsi come segue: paragrafi 1 e 2 a Lisa Cosmi; paragrafi 3, 4 e 5 a Carlo De Pietro.

alcuni strumenti riconducibili alla funzione qui indagata. Ci si riferisce, in particolare, alle norme che riguardano la trasparenza amministrativa (definizione delle procedure amministrative, indicazione di un responsabile e dei tempi entro i quali il servizio deve essere reso all'utente, regole per l'accessibilità degli atti amministrativi), la gestione dei rapporti con il pubblico (necessità di istituzione degli Uffici relazione con il pubblico, o Urp), la definizione di Carte dei servizi. Se l'obbligo di ottemperare a tali norme può sembrare una rigidità del sistema, d'altra parte esso ha spesso contribuito a smuovere le modalità di azione delle aziende pubbliche, le quali peraltro hanno inteso in modo assai vario le indicazioni contenute nella normativa di riferimento.

Fatte queste considerazioni di ordine generale, è utile ora passare ad analizzare le esperienze concrete di alcune aziende del Ssn.

2. I casi di studio

L'analisi della funzione «Marketing» si è avvalsa della predisposizione di quattro casi, sviluppati su un campione di tre aziende sanitarie, tutte appartenenti all'area del nord Italia. I casi sono quattro in quanto, come si vedrà, in un'azienda la funzione appare decisamente divisa in due aree, cui corrispondono due strutture organizzative autonome.

La prima difficoltà in fase di rilevazione è stata quella di identificare aziende che avessero strutture esplicitamente dedicate ad attività di *marketing*: nonostante la percezione esterna e le intenzioni dichiarate dalle aziende, tale funzione appare cioè assai poco sviluppata dalle aziende del Ssn. Tale mancato sviluppo risulta evidente dal numero esiguo di aziende che, tra quelle contattate per la ricerca, afferma di avere una funzione

marketing già attiva o di stare procedendo alla sua istituzione (2).

Questa situazione ha comportato per la ricerca la necessità di operare per eccezione rispetto alla scelta metodologica di base, secondo la quale si sarebbero rilevati gli assetti organizzativi adottati e le attività svolte dagli uffici che, all'interno delle singole aziende, hanno denominazioni che si rifanno in modo esplicito alle sei funzioni indagate. Nel caso del *marketing*, infatti, l'analisi mirata a definire con un approccio empirico induttivo la funzione *marketing*, per come essa è agita nella pratica reale del Ssn oggi, è stata integrata da una ricostruzione *ad hoc* che ha ipotizzato un insieme di attività riconducibili alla funzione, cui è seguita una ricognizione delle strutture e degli uffici preposti allo svolgimento di quelle attività così individuate.

Anticipando i risultati dell'analisi compiuta, possiamo affermare che, ad oggi, le due principali classi di attività che le aziende sanitarie hanno sviluppato con l'accezione «Marketing» sono solo in parte coerenti con la definizione ordinaria dei contenuti della funzione. In particolare, esse riguardano:

— le attività che regolano le relazioni esterne aziendali, che nel seguito chiameremo «comunicazione»;

— la gestione della libera professione intramuraria, dell'area a pagamento aziendale, dei contratti interaziendali.

Altre attività comprese nella definizione formale di questa funzione e che, in altri settori, assumono un ruolo di primo piano — ad esempio l'analisi della domanda dei servizi, i processi e la definizione del posizionamento strategico — sono invece molto deboli e sono per lo più svolte implicitamente. Quando sono svolte con modalità «di scuola», esse sono invece limitate a particolari settori d'attività (l'a-

rea a pagamento aziendale, ad esempio).

Questa considerazione giustifica la presentazione, nell'ambito dell'azienda «B», di due casi distinti, relativi a differenti unità operative (o Uuoo). Allo stesso tempo ci sono due aziende che presentano solo una parte della funzione. Proprio per focalizzare l'attenzione sulla disomogeneità delle diverse esperienze oggi in atto, nella tavola sinottica riepilogativa è stata inserita la variabile «Denominazione del servizio», in grado di sintetizzare l'accezione particolare che le singole aziende danno a questa funzione.

2.1. L'azienda «A»

L'azienda «A» è un'azienda ospedaliera sita in un'area metropolitana del nord Italia.

L'ufficio «Marketing e libera professione», posto in *staff* alla Dg, esiste fin dal giugno 1995. Obiettivo ultimo della funzione è duplice: vendere prestazioni sanitarie sul mercato al fine di ottenere ricavi di bilancio e ottemperare alle disposizioni legislative in tema di libera professione della dirigenza medica, «dovere e interesse dell'azienda», come affermano i nostri interlocutori. Tale duplice finalità è stata assai chiara fin dalla fase d'avvio delle attività e d'istituzione dell'ufficio e questa chiarezza ha certamente rappresentato un punto di forza per la funzione stessa, dotandola di un'identità e una missione ben definita fin da subito. A ciò ha fatto seguito l'attivazione di un'area a pagamento aziendale, lo sviluppo delle infrastrutture e delle procedure aziendali necessarie allo svolgimento delle attività libero-professionali da parte dei professionisti dipendenti dell'azienda, la stipula di contratti con persone giuridiche esterne per la cessione di servizi sanitari (un chiarimento circa le diverse componenti della libera professione

intramuraria in senso lato sarà fatto più avanti, nel paragrafo «Un commento di sintesi sul grado di sviluppo della funzione nel Ssn»).

Quale funzione tipicamente commerciale, l'ufficio si occupa quindi di:

— individuare i servizi erogabili e che hanno un mercato — potenziale o già espresso — sufficiente;

— definire le condizioni d'offerta e, in particolare, le tariffe per gli utenti esterni;

— supportare la commercializzazione di tali servizi attraverso adeguate attività di pubblicità e informazione;

— strutturazione degli ambienti ad essi dedicati e degli altri processi operativi aziendali impattati dalle nuove attività in fase d'avvio;

— definire le condizioni per il riparto dei ricavi ottenuti tra quota riconosciuta al professionista e quota trattenuta dall'azienda;

— aggiornarsi sulla normativa relativa alla gestione dell'area libero-professionale nel Ssn.

Per la prima attività, l'ufficio ha proceduto a una ricognizione di mercato effettuata in collaborazione con gli stessi sanitari: nello specifico, l'ufficio ha chiesto alle singole unità operative aziendali quali erano i servizi potenzialmente erogabili in *intramoenia* o comunque per i quali esisteva un mercato e una domanda esterna. Raccolte tali informazioni, l'ufficio ha poi proceduto a determinare le tariffe per tali servizi, grazie ad un'analisi analitica dei costi di produzione associati ai singoli servizi e, dove possibile, con un'analisi di *benchmarking* coi prezzi rilevabili sul mercato.

A questo punto, l'ulteriore passo fatto dall'ufficio è stato quello di dare avvio ad una comunicazione esterna capace di promuovere adeguatamente i servizi offerti dall'azienda e dai suoi professionisti. La comunicazione e l'informazione è stata mirata in parti-

colare alle altre strutture pubbliche potenzialmente interessate ai servizi offerti dall'area a pagamento dell'ospedale, alle società di mutuo soccorso (*non profit*), alle compagnie d'assicurazioni, ad altre strutture sanitarie private.

In seguito alla fase d'impianto, l'ufficio ha posto inoltre attenzione alle attività commerciali vere e proprie, in particolare nella stipula delle convenzioni con società di mutuo soccorso, compagnie d'assicurazioni o alle altre strutture sanitarie pubbliche e private (oltre ai servizi erogati all'interno delle strutture appositamente messe a disposizione presso la sede dell'azienda, i servizi offerti riguardano spesso servizi professionali di consulenza clinica, resi dai professionisti dell'azienda «A» presso altre strutture). Se nel primo anno d'attività dell'ufficio le convenzioni sottoscritte in tal senso dall'azienda erano sette, al momento dell'analisi esse erano oltre cento. Inoltre, l'azienda è oramai inserita negli elenchi delle aziende regolarmente invitate a partecipare alle gare per la fornitura dei servizi sanitari proposti dall'ufficio *marketing*, riuscendo peraltro spesso ad aggiudicarsi tali gare. Da ultimo, lo stesso ufficio si è occupato a volte di progetti «speciali» che hanno coinvolto l'azienda, inerenti a prestazioni «d'eccellenza» che l'azienda è in grado di fornire e che hanno avuto soggetti-destinatari non tradizionali, ad esempio, il governo di un paese africano che ha inviato alcuni medici per *stage* di formazione/specializzazione presso l'azienda.

L'azienda «A» ha saputo offrire risposte efficaci alle nuove possibilità offerte dal quadro normativo nazionale in termini d'offerta di prestazioni sanitarie sul mercato, «precorrendo» in alcuni casi le indicazioni normative degli ultimi anni. Il rapido sviluppo dell'unità comporta di fatto che le due persone attualmente impiegate nel-

l'ufficio si dedichino oramai in modo routinario e consolidato alla gestione dell'area libero-professionale e dei ricoveri a pagamento, a differenza di quanto avviene in altre aziende in cui la più recente introduzione di uffici analoghi dà a quest'attività una valenza «innovativa», quindi meno consolidata in termini di processi svolti e competenze impiegate. Delle due persone citate, in particolare, una si occupa principalmente dello sviluppo commerciale (convenzioni e gare) e dell'osservatorio normativo (aggiornamento della disciplina in tema, monitoraggio gare); la seconda risorsa si occupa invece della gestione e della rendicontazione economica dei servizi erogati (attività ambulatoriali, attività strumentali e ricoveri a pagamento svolti presso l'azienda; attività ambulatoriali esterne o attività professionali rese presso altre strutture pubbliche o private accreditate). Sembra quindi che la funzione abbia raggiunto una fase di maturità e che quindi siano venute meno le attività più attinenti alla fase di sviluppo (analisi economiche finalizzate alle tariffe, pianificazione degli spazi dedicati, ecc.), in parte perché queste attività sono sostanzialmente già state realizzate, in parte perché i volumi di attività raggiunti sono tali da richiedere un impegno continuo e orientato alla gestione dell'esistente.

Quest'ultima osservazione introduce considerazioni che riguardano le dimensioni del personale dedicato. Il numero di persone impiegate presso l'ufficio è diminuito di un'unità nel corso degli ultimi anni (passando da tre a due). L'attenzione dell'ufficio dovrebbe essere ora volta a una riorganizzazione interna e ad un «potenziamento» delle attività svolte. Sembra dunque che il rapido sviluppo avuto dalla funzione abbia fatto rimandare una razionalizzazione delle procedure e delle modalità operative, per cui c'è

ora spazio per rivedere i processi interni in modo da migliorare l'efficienza produttiva.

Le due persone impiegate nell'ufficio sono entrate a farne parte fin dalla sua costituzione. La prima persona impiegata nell'ufficio ha alle spalle un'esperienza lavorativa presso un'impresa privata ed è poi stato per tre anni impiegato amministrativo presso un'altra grande azienda ospedaliera pubblica della stessa città. Dopo il diploma ha seguito un corso di *marketing* ed è attualmente iscritto ad un corso di laurea universitario. La frequentazione di alcuni ricercatori universitari in fase d'impianto della funzione, nonché i contatti che ha mantenuto con la stessa università e con persone che si occupano della funzione *marketing* e libera professione in altre aziende sanitarie, fanno parte del suo bagaglio di competenze specifiche.

L'altra persona impiegata nell'ufficio è ragioniera e impiegata presso l'azienda dal 1987; in precedenza aveva avuto alcune esperienze nel privato. Prima di essere assegnata, nel 1995, al costituendo ufficio, tale persona era impiegata nella segreteria del Dg.

I principali interlocutori dell'ufficio sono in primo luogo i medici che prestano attività *intraoemia* e il servizio «Ragioneria». Ulteriori interlocutori sono la commissione per il controllo dell'attività libero-professionale, il servizio di gestione del personale, la direzione strategica, nonché altri attori esterni per la stipula delle convenzioni o la preparazione delle gare.

Le competenze professionali più utili alla funzione sono, oltre che quelle tecnico-professionali specifiche, quelle relazionali, soprattutto per interagire col personale medico.

La funzione si è subito strutturata in apposito ufficio costituito in *staff* della Dg e ha avuto quale obiettivo — chiaro fin da subito — quello di organizza-

re la libera professione secondo i nuovi parametri legislativi e di contribuire al reperimento di risorse economiche sul mercato per l'azienda. L'impianto e lo sviluppo delle attività è stato rapido e vissuto sostanzialmente bene dall'azienda. Ad una prima fase di sviluppo ha fatto seguito una fase di passaggio a regime, volto sostanzialmente alla gestione delle attività libero professionali ambulatoriali e strumentali all'interno dell'ospedale, nonché dei servizi di ricovero a pagamento. L'intervistato non ipotizza un aumento d'organico, ma sottolinea invece la necessità di una focalizzazione sui processi operativi interni, in grado di snellire le attività e liberare almeno parzialmente le due persone dell'ufficio in modo che possano integrare le attività di gestione con un ulteriore affinamento-sviluppo della funzione. Le professionalità necessarie alla funzione non sembrano rivestire particolare criticità se l'ambito di attività dell'ufficio resterà quello attuale. Al riguardo occorre però sottolineare ancora un aspetto di cui l'esperienza dell'azienda «A» ha beneficiato: al momento della costituzione della funzione, l'azienda si è avvalsa del supporto di ricercatori esterni, giudicato particolarmente efficace nel definire obiettivi e principali assetti operativi della funzione.

2.2. L'azienda «B»

2.2.1. L'ufficio «Area a pagamento»

L'ufficio «Area a pagamento» (Aap) — cui è affidata l'area di responsabilità sulle vendite compresa nella generale definizione «Marketing» — nasce con due obiettivi precisi: originare risorse sulle attività che possono potenzialmente avere un impatto positivo sull'equilibrio reddituale aziendale, e rafforzare la propria posizione competitiva. Nell'ambito

del contesto normativo di riferimento, l'azienda «B» ha quindi manifestato il fabbisogno di sviluppare un servizio che si assumesse l'onere della gestione della nuova «area commerciale», con una logica specialistica che si differenziasse nettamente dai tradizionali servizi di «Cassa» e «Ragioneria».

La responsabilità dell'ufficio Aap comprende formalmente tutta l'attività commerciale — ossia «non istituzionale» — dell'azienda, cioè l'organizzazione e la gestione delle prestazioni libero-professionali e dell'area a pagamento aziendale (per un chiarimento circa le diverse componenti della libera professione intramuraria in senso lato cfr. il paragrafo «Un commento di sintesi sul grado di sviluppo della funzione nel Ssn»). Operativamente, questa implica lo svolgimento di una gamma di attività che va dalla fissazione delle tariffe per le prestazioni alla liquidazione dei compensi ai singoli professionisti, in un processo che coinvolge anche altri uffici aziendali — l'ufficio «Cassa», in particolare, che viene definito come «materialmente integrato all'Aap», con compiti di prevalente riscossione dei *ticket* per le prestazioni erogate.

L'attività principale dell'ufficio è la gestione delle convenzioni con gli enti e gli altri soggetti esterni che si avvalgono delle prestazioni sanitarie offerte dall'area a pagamento aziendale. La gestione riguarda il ciclo completo della contrattazione — dai primi contatti, alla stipula della convenzione, alla pre-fatturazione e alla liquidazione dei compensi che spettano al personale medico e paramedico — avvalendosi comunque della Ragioneria per tutti i risvolti contabili.

La determinazione della tariffa di queste prestazioni è una precisa responsabilità dell'ufficio Aap: questo deve assicurare la copertura dei costi speciali del servizio e, al tempo stesso, risultare competitiva. A tal fine, viene

a volte svolta una breve indagine di mercato, avente per oggetto l'offerta di servizi analoghi presso altre strutture assistenziali concorrenti, che non risulta, però, in un'attività sistematica di monitoraggio del proprio sistema competitivo di riferimento.

La seconda area d'attività è la gestione della libera professione intramuraria in senso stretto. Quest'area presuppone tutta l'attività di supporto al professionista nell'ambito della tariffazione e della logistica dei servizi, secondo le scelte adottate dalla direzione sanitaria riguardo all'organizzazione degli spazi e delle strutture.

L'ultima area di attività dell'ufficio Aap è l'area Rla (attività extra orario di lavoro per la Riduzione delle liste di attesa) e cioè l'acquisto in forma «privatistica» della libera professione del proprio personale medico nei casi in cui l'azienda necessita di risorse aggiuntive per aumentare il volume delle prestazioni prodotte finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa. In questo caso, l'ufficio Aap si occupa del contatto con i medici e degli accordi sulle prestazioni aggiuntive. L'ufficio Aap è coinvolto, in particolare, nella determinazione quantitativa della spesa che l'azienda deve sostenere per la riduzione delle liste d'attesa attraverso la modalità Rla. In base alle risorse disponibili e alla criticità dell'intervento, stabilita dalla direzione strategica, l'ufficio concorda la tariffa di remunerazione della prestazione degli operatori coinvolti. È facile prevedere che la Rla diverrà una responsabilità sempre più strategica. In futuro, si vorrebbe ampliare quest'attività che, al momento, è penalizzata dai carichi di lavoro correnti delle unità.

Infine si menziona la serie di attività accessorie svolte dall'ufficio, quali la richiesta dei preventivi delle prestazioni e l'elaborazione del tariffario utenti. Interlocutori interni dell'ufficio sono, in particolare, la Segre-

teria e la Ragioneria, la Direzione sanitaria e tutti i professionisti — in primo luogo i dirigenti medici — che svolgono attività libero professionale.

L'ufficio Aap è in *staff* alla Direzione amministrativa dal 1998, anno in cui è stato ufficialmente istituito. Prima della creazione dell'ufficio Aap alcune responsabilità che attualmente gli sono affidate erano gestite dall'ufficio «Cassa», che si occupava dell'attività *intramoenia*, ad esclusione dell'attività delle convenzioni, in carico alla «Segreteria», e della liquidazione dei compensi, che spettava all'ufficio «Personale».

Il primo impulso alla creazione di un'unità indipendente risale al 1997, nell'ambito della ristrutturazione dell'assetto organizzativo dello *staff* voluta dal nuovo Dg. Il gruppo dei consulenti presenti in azienda in quel momento supporta la creazione di un ufficio vendite, nell'ambito dello spazio e delle modalità previste dalla normativa. Il primo ufficio Aap parte quindi con l'obiettivo di razionalizzare e realizzare un'area «Marketing» laddove esisteva un insieme non coordinato di responsabilità afferenti a questa funzione.

Nel 1999 ha inizio l'attività del servizio, che ha in forza il responsabile, un assistente amministrativo e un consulente (che rimane per circa un anno a supporto dell'ufficio). Il responsabile lascia presto la sua posizione — nel 1998 — lasciando il servizio sguarnito di questa figura fino all'inizio del 1999, momento in cui diviene responsabile un laureato in giurisprudenza, giovane, capace di instaurare da subito un buono spirito di gruppo tra il personale del servizio (al momento dell'analisi era però previsto il suo trasferimento all'ufficio del Personale, quindi l'ufficio era nuovamente in una fase di passaggio delle consegne).

Nel 2000, in seguito alla cessazione del supporto continuo del consulente,

vengono inseriti presso l'ufficio l'ex responsabile dell'ufficio «Cassa» (gennaio) — in sostituzione dell'assistente amministrativo — e una giovane laureata in giurisprudenza, collaboratrice esperta, proveniente dall'Archivio dell'azienda (maggio). L'ex responsabile dell'ufficio «Cassa» è perito aziendale, con titolo di corrispondente in lingue estere, in azienda dal 1989 e ha notevole esperienza di fatturazione e liquidazione delle prestazioni. L'ufficio continua ad avvalersi «a giornate» del consulente per necessità specifiche, in particolare per la stesura del nuovo regolamento del servizio e per l'analisi dei costi per la determinazione delle tariffe. L'aspetto organizzativo e quello contabile-analitico si dimostrano punti di debolezza nelle competenze interne detenute dal personale del servizio, caratterizzato da una forte matrice giuridico-amministrativa.

In media, l'ufficio Aap ha sempre impiegato, con forme diverse, tre persone a tempo pieno. La percezione del responsabile della funzione è che questo personale non sia sufficiente, dati i attuali carichi di lavoro. Sarebbe necessario un ulteriore inserimento per rinforzare non solo la capacità di svolgimento dei carichi di lavoro attuali, ma soprattutto per arricchire le competenze contabili ed economiche per le quali, attualmente, il servizio si rivolge al consulente esterno. Le attività che risultano coperte solo parzialmente sono quelle di analisi dei costi e la gestione tariffaria (per esse sarebbe quindi indicata una figura di ragioniere o anche un neolaureato in discipline economiche). Tale carenza si prevede permanga anche in futuro, in quanto la collaboratrice esperta in forza all'ufficio, a breve nuovo responsabile, è — come il precedente — laureata in giurisprudenza.

Il servizio Aap soffre poi, inevitabilmente, di una serie di sovrapposi-

zioni di competenze con l'ufficio Ragioneria, che continua a gestire la consistente parte contabile della fatturazione delle prestazioni. Inoltre ci sono alcune difficoltà di coordinamento con l'ufficio «Cassa».

2.2.2. L'ufficio «Comunicazione»

L'ufficio «Comunicazione» è stato creato nel giugno 2000, in *staff* alla Dg. La responsabile attuale fa parte dell'azienda «B» da quasi trent'anni: prima presso la Direzione sanitaria, poi dipendente dell'ufficio Segreteria (presso cui era «responsabile Qualità», fino a quando la funzione non è diventata unità operativa autonoma), infine responsabile del nuovo ufficio «Comunicazione». In passato si è sempre interessata ai temi della qualità aziendale, promuovendo numerosi progetti (*customer satisfaction*, affidamento di *budget* alle caposala, sulla collaborazione con l'Università per la creazione di un «Università dell'ospedale» che si facesse promotrice di incontri a tema per gli operatori e gli utenti dell'ospedale, ecc.) e partecipando a vari concorsi. I principali interlocutori dell'ufficio sono il Dg, il responsabile Urp e gli Uffici stampa esterni.

In seguito alla differenziazione e alla creazione dell'ufficio, il *focus* delle attività si è concentrato sull'area della comunicazione. Il personale attualmente impiegato è composto da due persone. Oltre alla responsabile, è da poco stato assegnato all'ufficio un assistente amministrativo, che si occupa della rassegna stampa giornaliera e settimanale e del giornale aziendale. È una laureata in filosofia, inserita per un anno attraverso una cooperativa di lavoro interinale. La responsabile si augura che questo rapporto possa tradursi in un'assunzione al termine di questo periodo. Durante le iniziative di promozione, i convegni svolti al-

l'interno dell'azienda o altre occasioni particolari, l'ufficio si avvale poi di gruppi di lavoro temporanei.

L'attività dell'ufficio «Comunicazione» è strettamente legata, per contenuti e collaborazione, all'Urp aziendale. Questa considerazione sarà sempre più valida nel futuro, in cui si prevede che «Comunicazione» e Urp vengano accorpati. Quest'evoluzione, ancora in forse, porterebbe in prospettiva ad un potenziamento del personale che, in varia misura, si troverebbe dedicato alla «Comunicazione».

L'attività svolta dall'ufficio «Comunicazione» si divide in tre aree principali.

L'attività di comunicazione esterna è promossa attraverso un inserto settimanale pubblicato dal giornale locale, con l'obiettivo di pubblicizzare e rendere comprensibile all'utenza i servizi disponibili e valorizzare i punti di forza aziendali, oltre che attrarre potenziali pazienti sui nuovi servizi. Recentemente, ad esempio, l'apertura della nuova unità di Neurochirurgia e l'avvio di uno dei primi *hospice* attivati presso una struttura pubblica del Ssn hanno usufruito dell'attività di promozione dell'ufficio.

L'attività di comunicazione interna ha come interlocutori tutti gli operatori aziendali, su tutte le tematiche riguardanti attività, nuovi servizi, vita aziendale in genere. Avviene attraverso una serie di comunicati stampa e, da maggio 2001, attraverso un trimestrale d'informazione.

A queste attività si aggiungono l'organizzazione di tutte le iniziative di convegni, giornate di studio e seminari, per un totale di circa 50 giornate all'anno e la partecipazione ad eventi esterni, di tipo fieristico o associativo, o la partecipazione a concorsi riservati a progetti aziendali innovativi.

2.3. L'azienda «I»

L'azienda «I» rappresenta un caso particolare nell'ambito della gestione del *marketing*, fortemente orientata allo sviluppo dei temi relativi alla comunicazione. L'azienda attribuisce alla comunicazione pubblica con i cittadini, singoli o associati, valore di attività strategica, e si pone l'obiettivo di coinvolgere il più possibile la popolazione per mezzo di specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del *marketing*, dell'educazione sanitaria, delle informazioni sulle prestazioni e/o servizi, anche rendendo noti gli aspetti essenziali della pianificazione e della programmazione sanitaria a livello locale.

La valenza strategica della «Comunicazione» è stata sottolineata per mezzo della collocazione di tali attività in *staff* alla Dg, all'interno di un'apposita «Agenzia di Comunicazione». Il termine stesso di Agenzia sottolinea il ruolo che essa riveste di supporto a tutte le Uuoo e sottolinea l'identità autonoma che questa funzione vuole rivestire nell'organizzazione aziendale. L'Agenzia è strutturata fin dal 1997/98 in quattro sotto-funzioni:

- Comunicazione interna;
- Ufficio relazioni con il pubblico;
- Linee editoriali;
- Rapporti con i media e relazioni esterne.

L'Unità operativa «Comunicazione interna» ha l'obiettivo di fare in modo che tutti i dipendenti a tutti i livelli comprendano e condividano gli obiettivi dell'organizzazione e, in secondo luogo, che tutto il personale sia preparato e motivato ad agire in modo orientato al servizio. A questo scopo essa cerca di alimentare e diffondere tra il personale una cultura aziendale che s'ispiri ai principi della trasparenza, della semplificazione, della tutela e della partecipazione. Si avvale di un

responsabile laureato e di un'operatrice.

L'Urp cura la comunicazione esterna tra l'Azienda e i cittadini; presidia le richieste di chiarimenti e gestisce i reclami; contribuisce a realizzare prodotti di comunicazione atti a promuovere le politiche aziendali, le prestazioni offerte, le modalità di accesso alla struttura, i seminari e i convegni. A questo fanno capo i punti informativi e di ascolto decentrati distribuiti tra la sede centrale dell'azienda «I» (3 operatori, responsabile è lo stesso dell'Agenzia) e altre due sedi di stabilimenti ospedalieri e distretti (la prima si avvale di un responsabile, un pedagoga e due operatori; la seconda di un responsabile, un sociologo e un operatore), nonché presso gli ospedali e i presidi sociosanitari di ogni Comune, che hanno la funzione di accogliere l'utenza, informarla sulle prestazioni offerte nelle strutture e distribuire materiale informativo.

L'Unità operativa «Linee editoriali» progetta gli strumenti di comunicazione dell'intera azienda (pubblicazioni, *brochure*, ecc.) e i vari strumenti di educazione alla salute, coordina il Centro stampa aziendale (3) (che si avvale di operatori coordinati da un tipografo), cura la promozione e la distribuzione dei prodotti realizzati dall'Azienda e si avvale di un responsabile, laureato, assistenti amministrativi e un grafico.

L'Unità operativa «Relazioni esterne rapporti con i media» cura i rapporti con gli organi di informazione, è punto di riferimento per i comunicati e per le conferenze stampa, cura la rassegna stampa. Il responsabile è il dirigente dell'Agenzia, che coordina due operatori, di cui un pubblicitario.

L'«Agenzia comunicazione» è strutturata quindi per svolgere in maniera sistematica la funzione *marketing* per l'Azienda, dalla fase analitico-conoscitiva, alla fase operativa, al

controllo della qualità percepita. Con riferimento alle varie fasi della funzione *marketing*, le attività svolte dall'Agenzia possono essere così descritte:

1. Fase analitico-conoscitiva:

— analisi della domanda (attraverso Urp, con questionari e altre forme di collaborazione con i cittadini e le associazioni, gestione dei reclami);

— analisi dell'organizzazione: analisi del clima aziendale, mappa dei mezzi di comunicazione esistenti in azienda.

2. Fase decisionale operativa: la definizione del *marketing mix*:

— l'offerta allargata: nuovi servizi e personalizzazione dei servizi esistenti;

— *marketing* e comunicazione interna, gestione della rete Intranet (come supporto privilegiato per la comunicazione interna);

— la comunicazione esterna: comunicazione interattiva con la promozione di corsi per il personale dell'azienda; comunicazione istituzionale; campagne di sensibilizzazione.

3. Fase di verifica:

— verifica dell'adeguatezza delle prestazioni offerte dagli Urp territoriali.

La struttura dell'agenzia e il numero di attività svolte spiega la rilevanza in termini di personale e risorse dedicate: 27 persone, con un *budget* gestito di quasi 500.000 euro.

Le origini dell'attuale struttura organizzativa derivano dall'accorpamento — avvenuto nel 1994 — delle tre preesistenti Usl della provincia. La strutturazione è avvenuta con una prima unità organizzativa in *staff* alla Dg denominata «Comunicazione e formazione», da cui, nel 1997, sono state scisse l'«Agenzia comunicazione» (cui è stato affidato anche l'Urp) e il «Centro di formazione risorse umane». Il nucleo di avvio dell'attività si trova nella costituzione dell'Urp, in seguito alla richiesta normativa speci-

fica in tal senso, nel 1993. L'attuale responsabile dell'Agenzia, laureato in legge, è in azienda dal 1985, inizialmente presso l'ufficio Acquisti. Nel 1989 egli chiede l'aspettativa e per quattro anni ricopre la funzione di presidente di un'azienda municipalizzata, oltre ad essere presidente della «Commissione nazionale comunicazione» (che dalla nascita degli Urp inizia ad occuparsi degli aspetti normativi e della formazione delle professionalità) e partecipare all'attività di «FederAmbiente». Terminata l'aspettativa nel febbraio 1993, egli rientra in azienda come responsabile del neonato Urp. Ne cura l'attività fino al 1997, anno in cui si crea l'«Agenzia comunicazione», cui l'Urp viene accorpato.

Dalla sua creazione l'Agenzia, che può contare sull'appoggio della direzione aziendale, continua a crescere in termini di attività e personale (solo dall'anno scorso le nuove risorse acquisite sono sette, dedicate all'avvio del Numero verde aziendale). Per il prossimo anno il responsabile prevede l'inserimento di altre tre persone sul Numero verde e nella gestione del progetto Internet/Intranet aziendale, piattaforma di comunicazione interna ed esterna. La rete Intranet prevede nella *home page* uno spazio dedicato a notizie e comunicazioni urgenti che devono essere conosciute da tutti gli operatori, e fornisce altri servizi.

Dato il numero elevato di persone impiegate, la loro formazione è estremamente variegata. Tutti i responsabili delle sottofunzioni dell'Agenzia sono laureati, la formazione prevalente è quella a cavallo tra le scienze sociali e le discipline umanistiche (sociologia, pedagogia), mentre il personale dipendente proviene prevalentemente dalla mobilità interna, selezionato tramite bandi di gara e poi formato con iniziative *ad hoc* — con particolare attenzione alle persone che lavorano su attività di *front-office*. Quest'attenzione al

personale interno da riposizionare è senz'altro una caratteristica importante dell'azienda «I». Non si può quindi risalire alla ricostruzione di una professionalità tipica. Vero è che l'Agenzia è in questo momento alla ricerca soprattutto di competenze di tipo informatico e di personale dotato dal punto di vista delle relazioni interpersonali, il primo requisito che si cerca nella selezione.

Il ruolo dell'Agenzia nell'ambito dell'azienda pare essere decisamente stabilizzato e codificato. La funzione è percepita come unità autonoma e l'Agenzia sta lavorando con l'obiettivo di diventare un «servizio dato a tutti» (sia attori interni che esterni). Le criticità incontrate sono state in particolare riferite alle resistenze ambientali che, nonostante l'appoggio della Dg, sono forse riconducibili alle carenze della cultura interna.

3. Un commento di sintesi sul grado di sviluppo della funzione

Il processo di aziendalizzazione, il nuovo sistema di finanziamento e il crescente scenario competitivo tra aziende, cui si aggiunge la riforma introdotta dal D.L.vo 229/99 in materia di organizzazione dell'attività *intra-moenia*, hanno generato un concreto interesse verso il *marketing* in tutto il Ssn.

La legislazione di riferimento per quanto concerne la funzione «Marketing», oltre al D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, riguarda i processi di modernizzazione e di semplificazione in atto nella Pubblica amministrazione introdotti a partire dalla legge 241/90. La legislazione regionale ha poi impresso un'ulteriore accelerazione al processo di cambiamento.

Nonostante tale vivacità normativa, il *marketing* nelle aziende pubbliche continua ad incontrare resistenze di ti-

po culturale e organizzativo riconducibili a due ordini di motivazioni:

— è difficile imporre l'idea di *marketing*, nella sua accezione più corretta, come strumento di «controllo dei comportamenti»: erroneamente, il *marketing* viene visto come uno strumento di indirizzo o di stimolo della domanda (visione difficilmente accettabile, almeno per quello che concerne i servizi sanitari); al contrario, il *marketing* potrebbe assumere un ruolo importante come strumento di un governo della domanda sanitaria efficace e coerente col quadro epidemiologico e con i vincoli di risorse;

— esiste, poi, una difficoltà tecnica, relativa al fatto che, in organizzazioni professionali, la gestione della domanda è soprattutto in mano ai professionisti, autonomi nelle decisioni diagnostiche terapeutiche e non sempre riconducibili a logiche organizzative.

La funzione *marketing* è chiamata a governare i rapporti dell'azienda con l'ambiente esterno il quale, nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, rappresenta una variabile estremamente complessa. Di fronte a questa considerazione, una funzione *marketing*, se efficacemente introdotta e sviluppata, potrebbe avere ampi spazi di manovra come strumento operativo di gestione delle pressioni ambientali. A questo proposito, le aree di intervento per questa funzione nelle aziende sanitarie possono interessare almeno i seguenti ambiti:

- governo della domanda;
- analisi del contesto di riferimento e posizionamento strategico;
- comunicazione interna ed esterna;
- costruzione e orientamento dei percorsi assistenziali e produttivi interni;
- consulenza interna per la gestione dei rapporti con gli attori della rete di relazioni;
- informazioni-reclami (Urp);

— area a pagamento e libera professione intramuraria.

Tra queste aree d'intervento, solo una parte limitata sembra essere stata sviluppata dalle aziende del Ssn. Come hanno evidenziato i tre casi analizzati nella presente ricerca, nel contesto del Ssn le unità «Marketing» sono state sviluppate soprattutto come strumento per rispondere a una precisa evoluzione in tema di prestazioni libero-professionali dei medici e ad un'altrettanto precisa evoluzione in tema di comunicazione pubblica. In questo senso, la funzione *marketing* si è sviluppata come un'area che continua a esprimere queste due «anime».

La prima «anima», quella relativa alla libera professione intramuraria e all'area a pagamento aziendale risponde agli obiettivi di governare le attività libero-professionali svolte dal personale delle aziende, e di valorizzare commercialmente le competenze disponibili e i servizi resi dall'azienda, integrando l'offerta istituzionale con un'offerta aziendale a pagamento.

A proposito dell'area a pagamento e della libera professione intramuraria, sembra utile un breve commento sulla terminologia usata (4). In generale, si parla di Libera Professione Intramuraria (Lpi), adottando quindi il nome dell'istituto giuridico così come denominato negli ultimi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (Ccnl) per l'area della dirigenza del comparto sanità (firmati l'8 giugno 2000) e in altre norme (tra cui, in particolare, il D.L.vo 229/99, anche conosciuto come riforma *ter* o decreto Bindi). Così definita, la LPI può comprendere, in tutto o in parte, anche le attività organizzate dall'azienda sanitaria e che sono spesso definite con l'espressione «Area a pagamento». In realtà, però, i due concetti differiscono sostanzialmente da un punto di vista concettuale e operativo. All'interno del concetto di Lpi in senso lato è possibile anzi

evidenziare, ancora meglio, tre aree di attività:

— la Lpi in senso stretto: il «titolare» delle attività — erogate al di fuori dell'orario di lavoro — resta il professionista, titolare del diritto di svolgere la Lpi come previsto dal Ccnl. Operando, in linea di principio, all'interno delle strutture aziendali (da cui il termine «intramuraria», o *intramoenia*), è peraltro evidente che anche tali attività debbano essere regolamentate col concorso dell'azienda e che i professionisti compensino l'azienda per le strutture e i servizi utilizzati;

— l'Area a pagamento in senso stretto (Ap): il soggetto imprenditoriale diviene l'azienda, che determina portafoglio prodotti, politiche di sviluppo della domanda, modalità di erogazione. Per erogare tali servizi, l'azienda si serve dei propri dipendenti, stabilendo apposite regole per la retribuzione delle attività eventualmente erogate al di fuori dell'orario di lavoro. Tipico ambito di attività in Ap è quello dei servizi erogati in base a convenzioni con soggetti giuridici esterni (cfr. Longo, 1997) (5);

— le prestazioni erogate al di fuori dell'orario di lavoro finalizzate alla riduzione delle liste di attesa (Rla): il servizio all'utente è quello ordinario Ssn, ma i professionisti ottengono retribuzione aggiuntiva.

Delle tre aree qui sopra descritte, la funzione *marketing* generalmente presidia le prime due (6). Se le attività definite di Lpi in senso stretto mostrano spesso un ruolo relativamente limitato dell'azienda (abbiamo osservato come tali attività rendano possibile l'esercizio di un diritto contrattuale dei dipendenti e, in secondo luogo, la titolarità imprenditoriale resti sostanzialmente in capo ai professionisti), le attività del tipo AP costituiscono un'area promettente per lo sviluppo di politiche aziendali capaci di valorizzare i propri punti di forza, attraverso la sti-

pula di convenzioni per prestazioni individuali o «pacchetti integrati» per le assicurazioni private, le associazioni di categoria, ecc. L'obiettivo, in tal caso, è quello di originare risorse sulle attività remunerative e rafforzare la propria posizione competitiva. La promozione dei prodotti e servizi che, nell'ambito di una logica di «portafoglio di attività» dell'azienda sanitaria, possono dare luogo a positivi contributi per l'equilibrio reddituale, è fenomeno osservabile, ma decisamente recente rispetto al contesto sanitario privato (nell'ambito del quale la logica di vendita del proprio «prodotto» ha sempre accompagnato quella della produzione dello stesso). Detto questo, è però necessario sottolineare che il *marketing*, nelle aziende sanitarie pubbliche, pur facendo propria una logica di portafoglio dei servizi offerti, non si pone direttamente come obiettivo prioritario la vendita di questi e la generazione di risorse, nonostante tali risorse possano andare a sostegno dell'azienda «nel suo complesso». Questo è dimostrato dal fatto che lo sviluppo di servizi di *marketing* è stato tradizionalmente frenato dalla riluttanza a ricorrere al «mercato», sebbene si riconosca ampiamente che il fine ultimo dell'azienda sanitaria pubblica è la tutela della salute «all'interno di una condizione di equilibrio economico di lungo periodo», ricerca cui il *marketing* potrebbe senz'altro dare un apporto positivo. In sintesi, quindi, il *marketing*, più che generatore di risorse aggiuntive dovrebbe quindi essere uno stimolo ad abbandonare la tradizionale logica che interpreta le attività delle Uuoo come compartimenti stagni, a favore della valorizzazione di un «portafoglio servizi aziendale», che permetta di sfruttare, anche commercialmente, i propri vantaggi competitivi (ad esempio una prestazione che solo la specifica azienda è in grado di offrire, oppure il raggiungimento di

una efficienza particolarmente elevata in alcuni processi/percorsi assistenziali), per finanziare investimenti o aree in perdita.

A questa prima «anima» rilevata nei casi indagati, si aggiunge poi il tema della comunicazione pubblica, su cui le aziende sanitarie stanno riponendo un'attenzione crescente. In generale, il *marketing* nelle Ppaa dovrebbe essere un mezzo per stabilire, mantenere e rafforzare i rapporti a lunga scadenza con i cittadini/pazienti. La comunicazione, pertanto, da strumento di mera informazione diviene rapporto bidirezionale e quindi funzione organizzativa. La recente legge 150/2000 percepisce questi aspetti propri del *marketing* pubblico e se ne fa portatrice (anche per il settore sanitario), assegnandoli agli Urp, i quali risultano in tal modo chiamati a un profondo rinnovamento — e potenziamento — del loro ruolo (7). Purtroppo, le aziende sanitarie spesso tendono ad avere Urp strutturati ancora in un'accezione burocratica. Pertanto, in una logica di sviluppo della funzione «Comunicazione», le aziende mantengono Urp con ruoli, competenze e strumenti tradizionali (raccolta e gestione reclami, punti di ascolto e informazione esterna di base), accostandoli, però, a nuove unità per la «Comunicazione». Questo fenomeno dà quindi vita ad una differenziazione (duplicazione) delle strutture, che comporta in termini organizzativi una proliferazione delle unità preposte alla «Comunicazione».

Volendo riassumere, nelle aziende sanitarie indagate la funzione *marketing* vede attualmente il contrapporsi di due «anime».

L'area delle attività a pagamento (Lpi in senso stretto e Ap) «spinge» lo sviluppo della funzione, anche se con risultati ancora assai eterogenei: accanto ad aziende — poche — che si sono dotate di un apposito ufficio e

riescono a gestire tali attività, ve ne sono numerose altre che invece sostanzialmente «subiscono» tali processi, non riuscendo a sviluppare attività di Ap aziendale, né a portare all'interno delle strutture aziendali le attività di Lpi in senso stretto svolte dai propri professionisti.

La seconda area di attività risulta ancora più debole e, soprattutto, assai eterogenea nelle attività svolte, nelle professionalità dedicate, nelle soluzioni organizzative proposte, con un assetto assai variabile di persone o uffici dedicati alle relazioni col pubblico (Urp), alla comunicazione interna, alle relazioni esterne.

Per concludere, possiamo confermare quanto sottolineato da Longo (2000) e cioè che in generale «non esiste consapevolezza nelle aziende circa l'utilizzo di tutte le leve del *marketing-mix* (prodotto, prezzo, promozione, punti di distribuzione). I servizi sono veri e propri prodotti, i Drg e le tariffe il prezzo, le carte dei servizi, i meccanismi di informazione/prenotazione e le campagne d'informazione rientrano nella fattispecie conosciuta sotto il nome di promozione e, da ultimo, ospedali, poliambulatori, sportelli di prenotazione e altro sono i punti di distribuzione dei servizi. La funzione di *marketing* viene quindi sempre e comunque esercitata, anche se in modo non consapevole».

4. Un'analisi trasversale dei casi di studio

Una funzione *marketing* è risultata presente solo in tre delle aziende del campione oggetto d'indagine (11, in totale). In due casi su tre si tratta di aziende ospedaliere (Ao). Tale risultato è in linea con una recente ricerca svolta nella Regione Lombardia, da cui è emerso che 15 delle 27 Ao lombarde erano già dotate di un servizio *marketing*, e 5 di esse avevano invece

delegato tale funzione ad altri uffici (Comunicazione, Urp, Relazioni con l'esterno), mentre solo 2 delle 14 aziende sanitarie locali (Asl) lombarde avevano attivato una funzione *marketing* autonoma (anche se 6 avevano manifestato il proposito di attivare il servizio a breve) (Lodolo e Longo, 1999).

L'anno d'istituzione dei servizi, in base alla delibera aziendale, varia dal 1995 (il primo caso è l'Azienda «A») al 2000 (caso dell'ufficio «Comunicazione» dell'azienda «B»). Le iniziative sono partite nella maggior parte dei casi dopo il 1997/1998.

La denominazione adottata dalle Uuoo prese in considerazione connota l'attività prevalentemente svolta. Abbiamo pertanto un'«Agenzia Comunicazione», un «Ufficio Comunicazione» e un servizio «Area a pagamento». Solo l'Azienda «A» ha preferito utilizzare un'esplicita denominazione «Ufficio *marketing*», anche se l'attività principale svolta riguarda, di fatto, l'area della Lpi in senso lato (cfr. sopra).

4.1. Le attività svolte

I contenuti della funzione *marketing*, coniugati azienda per azienda, sono assai differenziati. In nessuna delle altre funzioni innovative indagate quanto per il *marketing* risulta, nelle aziende, la stessa variabilità e indeterminatezza circa la definizione dell'area di responsabilità, le attività e gli strumenti caratteristici. La difficoltà è stata esplicita nel corso della ricerca, sfociando nella scelta di presentare anche i casi di Uuoo strutturalmente distinte che configurano la funzione *marketing* all'interno delle singole aziende (è il caso dell'azienda «B» e dell'azienda «I»).

In sintesi, come già detto, le due principali aree di attività si traducono in uffici «Area a pagamento» e in uffici

«Comunicazione», strutturalmente distinti tra loro.

Tra le attività segnalate che afferiscono all'area della comunicazione sono:

— la comunicazione esterna; l'Urp; il numero verde; le pubblicazioni (Linee editoriali dell'azienda); i rapporti con i *media* (Ufficio stampa) e le relazioni esterne; l'organizzazione di convegni, giornate di studio e seminari;

— la comunicazione interna: ha come interlocutori tutti gli operatori aziendali, su tutte le tematiche riguardanti attività, nuovi servizi, vita aziendale in genere.

Le attività che afferiscono all'area della Lpi in senso lato riguardano invece la gestione della libera professione intramuraria del personale dirigente; la strutturazione degli ambienti ad essa dedicati e degli altri processi operativi aziendali coinvolti; la definizione delle condizioni per il riparto dei ricavi ottenuti tra quota riconosciuta al professionista e quota trattenuta dall'Azienda; l'aggiornamento sulla normativa relativa alla gestione dell'area libero-professionale nel Ssn; l'individuazione dei servizi erogabili e con un mercato sufficiente; la definizione delle condizioni di offerta; le indagini di mercato e l'elaborazione dei tariffari; il supporto alla commercializzazione di tali servizi attraverso adeguate attività di pubblicità e informazione; la gestione delle convenzioni con enti e soggetti esterni che si avvalgono delle prestazioni sanitarie fornite dall'azienda.

In generale, è possibile affermare che la gamma delle attività comprese nella funzione *marketing* si colloca su un *continuum* che vede, da un lato, le attività minime obbligatorie per legge (Urp, Carta dei servizi, Centro unico di prenotazione — o Cup —, portavoce aziendale, ecc.) e, dall'altro, le attività più innovative (pagina *web*, «linee editoriali aziendali», ecc.) e in cui

si palesa maggiormente lo spirito imprenditoriale delle singole aziende. A metà strada tra i due estremi, si collocano quelle attività che sono promosse dalla legislazione di riferimento ma che sono lasciate alla libera organizzazione delle aziende. Ne è un esempio l'iniziativa per la creazione di un «Numero verde» presso l'azienda «I», di cui la Regione ha previsto l'istituzione con legge regionale mettendo a disposizione risorse specifiche, ma la cui attivazione (modalità e organizzazione) attiene alle disposizioni delle singole aziende. Si colloca nell'ambito delle attività «imprenditoriali», invece, la gestione delle «Linee editoriali aziendali», sorta di casa editrice aziendale per la modulistica, i documenti e le pubblicazioni, presente nella stessa azienda «I».

Infine, un problema emerso dall'analisi è relativo alla collocazione degli Urp nell'ambito della ricerca. Il ruolo e i contenuti di attività di questa Uo, soprattutto in altre aree dell'amministrazione pubblica, sono oggi decisamente in fermento. Non abbiamo voluto sviluppare casi specificamente mirati all'attività degli Urp, anche se è vero che la loro area di responsabilità rientra decisamente nella definizione della funzione *marketing*. Il motivo di questa esclusione parte dalla considerazione che gli Urp nelle aziende sanitarie sono ancora, spesso, strumenti di comunicazione «burocratica» con l'esterno (soprattutto, gestione dei reclami e punti di ascolto). Pertanto, sono le aziende stesse che, quando è stato ad esse richiesto di dichiarare la presenza di una funzione *marketing*, il più delle volte non hanno considerato l'attività degli Urp in questa definizione. Su quest'impostazione influisce sicuramente la previsione normativa e obbligatoria di questi uffici, preposti alla gestione della comunicazione istituzionale, anche se il loro ruolo è in netta evoluzione (8).

4.2. *Caratteristiche e competenze professionali del personale impiegato, modalità di reclutamento*

Il responsabile dell'Uo (o delle Uuoo) identificata nell'ambito della funzione *marketing* è in tre casi su quattro un dirigente amministrativo dell'azienda, con una laurea in legge o in scienze politiche. In un caso (Azienda «A»), il responsabile è un laureando in scienze politiche. In tutti i casi, il responsabile è una risorsa che già lavorava in azienda ed è stato ricollocato sulla funzione. L'incarico si pone il più delle volte nell'ambito di un processo di riconoscimento dell'attitudine e dell'interesse personale dei singoli responsabili. Ciò a conferma di carriere che, in tale tipo di funzioni, sono determinate anche dalle inclinazioni — e dall'«imprenditorialità» — dei singoli.

Le competenze e le professionalità complessive del personale impiegato sono molteplici. Nel caso della Lpi in senso lato, la formazione prevalente è di tipo amministrativo-tecnico e ha risentito della scarsa disponibilità di risorse interne con competenze più specialistiche in campo contabile/economico. L'analisi economica dei costi è infatti necessaria alla fissazione delle tariffe, a fronte della formazione di tipo giuridico che oggi è la più presente. La carenza dipende senz'altro dalla cultura prevalente che, nella Lpi in senso lato, vede in primo luogo l'aspetto giuridico contrattuale, sotto un duplice punto di vista: rendere possibile ai professionisti dipendenti dell'azienda l'esercizio del diritto previsto dai Ccnl dell'area della dirigenza a poter svolgere attività libero-professionale; stipulare i contratti per le attività che ricadono all'interno dell'area a pagamento aziendale o per le attività che, nonostante siano di Lpi in senso stretto, in realtà vengono svolte all'esterno delle strutture aziendali. Tale

attenzione agli aspetti giuridici ha spesso fatto prediligere competenze legali, più che economiche.

L'area «Comunicazione» risente molto meno di questa carenza. I responsabili di questi servizi sono generalmente laureati in scienze politiche/sociologia e si sono distinti per un'attenzione specifica a questi temi già precedentemente alla costituzione formale delle unità organizzative. Nel caso dell'azienda «I», l'Agenzia svolge una gamma di attività decisamente variegata e quindi si avvale anche di professionalità specializzate quali tipografi, pubblicitari, e così via — ma rimane un caso peculiare e poco rappresentativo di quanto avviene nell'ambito del Ssn.

Vale qui la pena di ricordare che la già citata legge 150/00 prevede l'istituzione di una nuova figura professionale, vale a dire quella del «portavoce» aziendale di cui però nessuna azienda sanitaria si è ancora ufficialmente dotata. Secondo la legge, infatti, «le attività di informazione si realizzano attraverso il portavoce e l'ufficio stampa, e quelle di comunicazione attraverso l'ufficio per le relazioni con il pubblico [...]. L'organo di vertice può essere coadiuvato da un portavoce, anche esterno all'amministrazione, con compiti di diretta collaborazione ai fini dei rapporti di carattere politico-istituzionale con gli organi di informazione [...]. [Inoltre le Ppaa] possono dotarsi, anche in forma associata, di un ufficio stampa, la cui attività è in via prioritaria indirizzata ai mezzi di informazione di massa [...]. Gli uffici stampa sono costituiti da personale iscritto all'albo nazionale dei giornalisti dipendenti delle amministrazioni pubbliche [...] o personale estraneo [...]. [L'ufficio stampa] cura i collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire

nelle materie di interesse dell'amministrazione» (10).

4.3. Natura, dimensione e collocazione organizzativa degli uffici preposti alla funzione

In riferimento alle caratteristiche complessive della funzione, pare delinearsi una distinzione tra i servizi che afferiscono alla Lpi in senso lato — che si connotano maggiormente come servizi «tecnici» — e quelli «Comunicazione» che, avendo tra i principali obiettivi la gestione dell'immagine dell'azienda, si basano su un rapporto di tipo fiduciario con la Direzione strategica. Non a caso, in ottica di sviluppo, il rischio principale per le Uo «Comunicazione» è non riuscire a eludere questo rapporto simbiotico con la Direzione (si veda il caso dell'azienda «B») ed evitare di essere percepiti dall'azienda come strumenti o bracci esecutivi del Dg. In alcuni casi, quindi, questi uffici sono ancora impegnati nel processo di emancipazione dalla propria matrice — spesso, gli uffici «Segreteria della direzione generale». La «Comunicazione» è stata, infatti, tradizionalmente uno dei compiti affidati proprio alle segreterie aziendali: non a caso, le più vicine ai vertici, ma anche quelle meno incisive dal punto di vista dell'autonomia decisionale, in quanto strumenti operativi della Dg.

Le unità del tipo «Area a pagamento» si differenziano in parte da queste considerazioni. Infatti, sono solitamente percepite come organi tecnici, preposti a un'area in espansione ma ancora poco conosciuta e presidiata. Per questo motivo il rapporto fiduciario è meno spiccato, e questi uffici operano in qualità di servizi tecnici per la fissazione della tariffa/prezzi e la gestione dell'attività *intramoenia*. Durante la fase d'avvio delle nuove unità si è fatto spesso ricorso alla consulenza esterna, che in almeno due

aziende su tre è stata l'elemento che ha dato impulso sostanziale al loro sviluppo, soprattutto per le attività dell'Area a pagamento aziendale. La creazione di queste unità è stata quindi spinta quindi dai consulenti, non solo come una modalità per regolamentare l'attività libero-professionale dei medici, ma anche come occasione per aumentare le entrate aziendali. Questo fabbisogno ha dato luogo alla creazione di un'unità specificamente dedicata alla promozione delle attività e dei servizi prestati in ottica «commerciale» (quindi, diversa dagli Urp). Tale fabbisogno, com'è facile intuire, si manifesta in modo più stringente per le Ao rispetto alle Asl (9).

La soluzione che prevale per l'assetto organizzativo è il riposizionamento di personale aziendale sui nuovi uffici, che in tutti i casi rilevati sono collocati in *staff* alla Dg. Il caso dell'azienda «I» si discosta da quelli analizzati, a partire dalla denominazione adottata — «Agenzia» — che ha lo scopo esplicito di ribadire l'autonomia della propria area di responsabilità, nei confronti sia della *line* (la posizione di *staff* di per sé crea una differenziazione con le attività *core* dell'azienda), sia della direzione strategica.

La composizione del personale in termini di dimensioni quantitative appare piuttosto standardizzata, con l'eccezione del caso dell'azienda «I». Le Ao che per prime hanno dato avvio alla vendita dei servizi all'esterno e hanno promosso da subito la prestazione libero-professionale intramuraria dei propri dirigenti sono oggi in grado di gestire in modo sistematico questi servizi, necessitando in tal senso di un personale più limitato (il caso più evidente è l'ufficio «Marketing e libera professione» dell'azienda «A»). In genere, l'esigua dotazione di personale fa sì che l'assetto organizzativo interno ai servizi non sia strutturato: esiste, al limite, una divisione di tipo

funzionale dei compiti. Fa eccezione l'azienda «I» e la sua «Agenzia Comunicazione», che accorpa cinque Uuoo e numerose articolazioni territoriali, cui sono preposti specifici responsabili, secondo una logica di tipo divisionale.

Abbiamo voluto infine mettere a confronto quelle che nelle aziende indagate si sono rilevate come le risorse critiche per lo sviluppo dei servizi «Marketing».

Il primo aspetto riguarda la disponibilità di personale (in termini quantitativi e qualitativi), un elemento che caratterizza tutti i casi del nostro campione: le persone attualmente impegnate sulla funzione nelle aziende indagate lamentano l'esigua dotazione organica. Esiste però anche la situazione opposta, testimoniata dal caso dell'azienda «I», in cui la funzione si caratterizza per una crescita costante nel tempo del personale impiegato come effetto della crescita delle attività gestite dal servizio.

Un secondo elemento, soprattutto per l'area a pagamento aziendale, è dato dall'apporto dei consulenti esterni che hanno supportato e incentivato la creazione di questi servizi anche come strumento di *fund-raising* per le aziende.

Un terzo elemento, sempre per l'area a pagamento aziendale, è dato dalla mancanza di competenze economico aziendali, che necessitano di essere affiancate a quelle giuridiche attualmente presenti, per emancipare questi uffici dalla necessità di ricorrere a consulenti esterni in sede di fissazione delle tariffe dei servizi.

Infine, la resistenza culturale dell'azienda è stato senz'altro un elemento che ha avuto un ruolo importante in tutti i casi analizzati. Come abbiamo già avuto modo di discutere, mentre le attività legate alla gestione della Lpi in senso lato rimangono sostanzialmente isolate nell'ambito delle aziende (e

cioè poco integrate con le politiche di sviluppo aziendale complessive), gli uffici «Comunicazione» tendono ad avere difficoltà nel processo di automizzazione dalla Dg.

La funzione *marketing* non è giunta ad una fase di maturità in nessuna delle aziende indagate. Abbiamo voluto sintetizzare, come per le altre funzioni oggetto della ricerca, una sintesi del grado di sviluppo/istituzionalizzazione con una scala che va da 1 a 4. Per una definizione di tale scala si veda la tabella 1.

Sottolineando come sempre che questa rappresentazione vuole essere uno strumento di sintesi per l'analisi dei casi, che quindi in nessun modo esprime un giudizio di merito sulle realtà osservate, dall'analisi dei casi proposti nessuno dei servizi sembra aver raggiunto la fase «4» della tabella 1. In genere, i casi di studio sembrano caratterizzate dagli elementi ipotizzati per la fase «3», e questo fatto può senz'altro essere letto come un segnale positivo. Solo l'ufficio «Comunicazione» dell'azienda «B» sembra ancora essere in una fase di sviluppo della funzione e quindi riconducibile alla fase «2» della tabella qui proposta.

In tabella 1, il fattore principale che caratterizza il passaggio alla fase «4» è relativo alla presenza di un servizio «Marketing» integrato, che sia quindi in grado di superare la divisione funzionale codificata dalla presenza di diverse unità organizzative distinte che, insieme, individuano la funzione.

La tabella 2 mette a confronto i principali dati relativi alla funzione «Marketing» nelle aziende prese in considerazione.

La profonda eterogeneità già commentata delle diverse realtà indagate rende difficile una loro comparazione, e la tabella vuole quindi rappresentare, appunto, l'ampio spettro delle possibili condizioni che caratterizzano questa funzione all'interno del Ssn.

Le stesse considerazioni rendono necessario prendere con prudenza le informazioni riportate in tabella, in quanto esse risentono di assetti organizzativi e responsabilità solo parzialmente esplicite e che si modificano assai velocemente.

5. Prospettive di sviluppo: funzione frammentata o servizio unitario

Nel sentiero di sviluppo della funzione *marketing* sembrano evidenziarsi due possibili sentieri. Il sentiero poi realmente intrapreso pare essere principalmente influenzato dall'impostazione che il soggetto im-

prenditore della funzione ha voluto dare.

Quando il ruolo d'imprenditore del servizio è riferibile al Dg, questi tende a curare maggiormente i contenuti di comunicazione. I consulenti, chiamati in azienda come supporto alla riorganizzazione degli *staff*, sembra invece tendano maggiormente a sottolineare il ruolo che potrebbe essere giocato dall'area a pagamento aziendale e dai contratti interaziendali, soprattutto quale fonte di maggiori ricavi, ma anche per i possibili effetti indiretti che potrebbero portare a un potenziamento complessivo dell'azienda e quindi anche dell'attività istituzionale.

Tabella 1 - Rappresentazione sintetica del ciclo di vita della funzione *marketing*

Indicatore di sintesi	Denominazione della fase	Descrizione
1	Fase di avvio	Non esiste una struttura identificata. Le diverse aree di responsabilità (in particolare «Comunicazione» e «Lpi in senso lato») afferiscono a diversi servizi aziendali, non coordinati tra loro (Urp, Segreterie, Uffici relazioni esterne, Ooss, Uuoo di <i>line</i>).
2	Funzione strutturata	Esiste una struttura definita nell'ambito dell'assetto organizzativo per le diverse aree di responsabilità. Le aree affidate alle diverse Uuoo sono piuttosto definite, anche se rimangono sovrapposizioni con altri servizi. Non c'è ancora un riconoscimento aziendale della funzione «Marketing» unitaria.
3	Funzione consolidata	L'ufficio è strutturato. Il ruolo è riconosciuto e visibile. Il contenuto delle attività è conosciuto e riconoscibile. Continua a sussistere una settorializzazione delle attività.
4	Funzione evoluta/istituzionalizzata	Esiste un servizio «Marketing» che integra le diverse attività che afferiscono alla funzione o comunque esiste una forte integrazione tra i servizi specializzati ai quali quelle attività sono assegnate. Tutte le Uuoo si rapportano alla funzione e ne percepiscono l'utilità. Il ruolo è consolidato e istituzionalizzato, percepito come «funzione aziendale» a disposizione dell'organizzazione.

Pare quindi che il *marketing* nelle aziende sanitarie italiane non sia ancora riuscito ad emanciparsi dalla sua «doppia anima», che mina le possibilità di costituire una funzione integrata e, quindi, maggiormente improntata ai modelli di questi servizi nelle aziende private.

Anche laddove è presente una sola «etichetta», l'ufficio «Marketing» svolge in ogni modo solo una parte delle responsabilità teoricamente affidate alla funzione. La ricerca, infatti, non ha individuato alcun ufficio «Marketing» che svolgesse l'insieme completo delle attività preposte a questa funzione. Rispetto al settore privato, risultano debolmente o per nulla presidiate le attività riferite allo sviluppo dell'attrattività e al governo della domanda. Tale copertura solo parziale delle attività tipiche della funzione e la frammentazione delle attività tra più Uuoo sembrano essere due caratteristiche destinate a essere confermate negli assetti futuri delle aziende del Ssn (almeno nel breve periodo e stante l'attuale quadro ambientale di riferimento).

Se assumiamo come probabile l'ipotesi di sviluppo «frammentato», allora il giudizio circa il grado di maturità della funzione deve essere ispirato a criteri diversi rispetto a quello dell'unitarietà o dell'integrazione tra Uuoo che collaborano alla funzione. In particolare, si tratta in quest'ipotesi di capire quanto le Uuoo che si occupano di *marketing* siano capaci di svolgere le proprie attività in modo riconoscibile, comprese dalle unità di *line* e da parte dei soggetti esterni, percepite come utili da parte di tutta l'azienda. È a questo primo obiettivo che il *marketing* è attualmente chiamato

nelle aziende del Servizio sanitario nazionale.

(1) Abbreviazioni:

Ao: Azienda ospedaliera;
Ap: Area a pagamento aziendale;
Ccnl: Contratto collettivo nazionale di lavoro;
Cup: Centro unico di prenotazione;
Dg: Direttore generale oppure Direzione generale;
Lpi: Libera professione intramuraria;
Ppaa: Pubbliche amministrazioni;
Rla: (attività extra orario di lavoro per la) Riduzione delle liste di attesa;
Ssn: Servizio sanitario nazionale;
Uo: Unità operativa;
Urp: Ufficio relazioni con il pubblico;
Uuoo: Unità operative.

(2) Le considerazioni svolte nel presente scritto fanno quindi riferimento alle attività tipicamente intese afferenti al *marketing*, al di là del fatto che esse siano strutturate in un ufficio così denominato.

(3) A differenza di quanto avviene di norma nelle altre aziende, il Centro stampa dipende dall'Agenzia di comunicazione e non dall'Economato. Il 98% degli strumenti di Comunicazione interna ed esterna, la modulistica utilizzata nei presidi, nei dipartimenti e negli uffici viene stampata al Centro. L'obiettivo è favorire lo sviluppo di uno stile di comunicazione unico e garantire flessibilità e tempestività alla comunicazione.

(4) Per una migliore illustrazione dell'argomento, cfr. De Pietro (2002).

(5) Esempi di convenzioni sono quella stipulata tra due aziende sanitarie in virtù della quale una di queste offre prestazioni di anatomia patologica all'altra, oppure quella tra un'impresa che vuole offrire ai propri dipendenti e alle loro famiglie un programma di *check up* annuale e l'azienda sanitaria che s'impegna ad erogare tale servizio.

(6) Come risulta evidente, i maggiori contenuti di *marketing* in senso proprio riguardano l'area delle attività qui definite AP.

(7) Il compito del nuovo Urp è infatti quello di «agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative, e l'informazione sulle strutture e sui compiti delle medesime; promuovere l'adozione di si-

stemi di interconnessione telematica; attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti; garantire la reciproca informazione fra l'ufficio per le relazioni con il pubblico e le altre strutture operanti nell'amministrazione, nonché fra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle varie amministrazioni».

(8) Il D.L.vo 29/93 ha introdotto l'Urp come organo demandato a garantire l'accessibilità delle Ppaa per l'utenza con l'obiettivo di favorire, attraverso la comunicazione, la semplificazione dei processi negli Enti e in tutte le aziende pubbliche. Oggi la L. 150/00, «Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni», ne amplia ulteriormente il ruolo, facendone l'«interprete» della domanda e il punto di raccordo tra comunicazione interna-esterna, oltre che responsabile della qualità aziendale.

(9) Questa caratteristica è particolarmente accentuata nel sistema lombardo, nel quale tutti gli ospedali sono stati trasformati in Ao e svolgono la funzione di produzione, mentre le Asl svolgono la tipica funzione di acquirenti dei servizi.

(10) Estratto dalla L. 150/00, art. 6 e segg.

BIBLIOGRAFIA

- BORGONOVÌ E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- LODOLO V., LONGO F. (1999), «Analisi empirica sulla stadio di sviluppo degli uffici *marketing* nelle aziende sanitarie lombarde», relazione presentata al MOSAN.
- LONGO F. (1997), «Area a pagamento o libera professione?», in idem: *L'area a pagamento nelle Aziende Sanitarie Pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a pagamento e della libera professione*, il Sole-24 Ore Libri, Milano.
- LONGO F. (2000), «Ambiente concorrenziale e *marketing* sanitario come risultanti delle riforme del Ssn. Le attività, i contenuti e le opportunità di *marketing* per ASL e AO», relazione presentata al MOSAN.

Tabella 2 - Un'analisi sinottica della funzione «Marketing» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Denominazione	Contenuti della funzione: descrizione dell'attività svolta	Collocazione organizzativa	N. addetti	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
«A»	Ufficio «Marketing e libera professione»	<p>Individuazione dei servizi erogabili e che hanno un mercato sufficiente per le attività erogate dall'arca a pagamento aziendale (Ap);</p> <p>definizione delle condizioni d'offerta e, in particolare, delle tariffe per gli utenti esterni per l'Ap;</p> <p>supporto alla commercializzazione attraverso attività di pubblicità e informazione per l'Ap;</p> <p>strutturazione degli ambienti dedicati alla Lpi in senso lato e degli altri processi operativi aziendali coinvolti;</p> <p>definizione delle condizioni per il riparto dei ricavi ottenuti tra quota riconosciuta al professionista e quota trattenuta dall'azienda;</p> <p>aggiornamento giuridico sulla disciplina della Lpi in senso lato.</p>	Staff della Dg	2	<p><i>Responsabile:</i> laureando, proviene da una precedente esperienza presso un'azienda ospedaliera del Ssn, entra in azienda nel 1995, corso di formazione sul marketing.</p> <p><i>Assistente amministrativa:</i> diplomata tecnica, risorsa interna, proviene dalla «Segreteria». No precedenti esperienze.</p>	Supporto dei consulenti, disponibilità di personale, buone capacità personali.
«B»	Ufficio «Comunicazione»	<p><i>Comunicazione esterna:</i> promossa attraverso un inserto settimanale pubblicato dal giornale locale, con l'obiettivo di pubblicizzare e informare la domanda sui servizi disponibili e valorizzare i punti di forza aziendali.</p> <p><i>Comunicazione interna:</i> ha come interlocutori tutti gli operatori aziendali, su tutte le tematiche riguardanti attività, nuovi servizi, vita aziendale in genere (comunicati stampa e trimestrale d'informazione dell'azienda).</p> <p><i>Organizzazione</i> di iniziative di convegni, giornate di studio e seminari, per un totale di circa 50 giornate all'anno e la partecipazione ad eventi esterni, di tipo fieristico o associativo.</p>	Staff della Dg	2 + collab.ri occasionali	<p><i>Responsabile:</i> laurea in legge, da oltre 30 anni in azienda, ex responsabile della Qualità, ex responsabile della «Segreteria», corsi di specializzazione.</p> <p><i>Assistente amministrativa:</i> assunzione per un anno da una cooperativa di lavoro interinale, laurea in filosofia, prima esperienza sulla funzione.</p> <p><i>Assistenti occasionali</i> in caso di convegni o altre iniziative.</p>	<p>Scarsa disponibilità di personale e risorse.</p> <p>Non è ancora avvenuta la codificazione del ruolo nei confronti degli operatori interni; necessità di rendersi autonomi dall'«imprenditore Dg».</p> <p>È previsto l'accorpamento con l'Urp.</p>

segue Tabella 2 - Un'analisi sinottica della funzione «Marketing» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Denominazione	Contenuti della funzione: descrizione dell'attività svolta	Collocazione organizzativa	N. addetti	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
«B»	Ufficio «Area a pagamento»	Gestione delle convenzioni con enti e soggetti esterni che si avvalgono delle prestazioni sanitarie presso l'azienda; gestione della libera professione intramuraria del personale medico; gestione della Rla (acquisto «privatistico» della libera professione da parte dell'azienda per la riduzione delle liste di attesa); indagini di mercato e calcolo delle tariffe, elaborazione dei tariffari.	Staff della Dg	3	<i>Responsabile:</i> laurea in legge, proviene dall'Ufficio «Acquisti», in fase di riposizionamento sul «Personale». <i>Co-responsabile:</i> laurea in legge, proviene dall'Archivio aziendale, senza precedenti esperienze <i>Assistente amministrativa:</i> ex responsabile Ufficio «Cassa», forte esperienza su rendicontazione attività, diplomata in ragioneria. No precedenti esperienze di marketing.	Disponibilità di personale (carichi di lavoro eccessivo), <i>turn-over</i> dei responsabili, mancanza di specifiche competenze economiche. Specializzazione giuridica.
«I»	Agenzia comunicazione	L'agenzia comprende le seguenti Uuoo autonome: – Comunicazione interna; – Ufficio relazioni con il pubblico e numero verde; – Lince editoriali; – Rapporti con i <i>media</i> e relazioni esterne.	Staff della Dg, ma forte connotazione come «Agenzia»	27	<i>Responsabile:</i> laurea in legge, esperienza nell'ambito della comunicazione pubblica, ex dirigente di azienda municipalizzata, Commissione nazionale comunicazione, Federambiente. <i>Responsabili Uo:</i> tutti laureati, anche con esperienza, in prevalenza risorse interne. <i>Personale:</i> professionalità varie (tipografi, pubblicitari ecc.), selezionati con concorso interno, attitudine alle relazioni interpersonali testate.	Appoggio della Dg, contesto culturale di riferimento, esperienza del responsabile, selezione del personale, e disponibilità di risorse finanziarie cospicue.

Il numero di risorse è soltanto indicativo e misurato in termini di risorse *full-time equivalent*.