

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## Rapporto OASI 2017

### Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di  
CERGAS-SDA Bocconi

# Rapporto OASI 2017

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**B** Università Bocconi  
CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
School of Management

**Egea**



# 10 Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle Aziende Sanitarie

*di Mario Del Vecchio, Federico Lega e Anna Prenestini<sup>1</sup>*

## 10.1 Introduzione

Se si confronta l'attuale panorama delle aziende sanitarie rispetto a quello di un decennio fa, un'area di significativa differenza è rappresentata dalle dimensioni delle aziende. Il concetto di dimensione per una azienda sanitaria pubblica non è immediatamente riconducibile a una sola variabile, ma se si considerano le aziende territoriali e si assume come variabile rilevante la sola popolazione servita, le aziende sono inequivocabilmente molto più grandi. La dimensione media, che nel 2005 era di circa 300 mila abitanti, arriva a quasi 600.000 nel 2017, con visibili variazioni tra le medie che caratterizzano le diverse regioni (si veda capitolo 4 del presente Rapporto). Ciò implica non solo un'accresciuta distanza nelle dimensioni assolute tra aziende «grandi» e «piccole», ma, soprattutto, l'apparire di aziende che per dimensioni sono difficilmente riconducibili a quelle cui più di un ventennio di aziendalizzazione ci aveva abituato. Nel panorama sono, così, progressivamente apparse aziende con uno o più tratti del tutto peculiari: bilanci che superano il miliardo di euro, più di diecimila operatori diretti, distanze tra punti di erogazione che possono arrivare alle tre ore di percorrenza, popolazioni servite che superano il milione di abitanti.

Non è sempre agevole ricostruire le ragioni e i disegni che hanno spinto verso tali soluzioni, talvolta inserite in quadri di riforma complessiva di sistema, talvolta frutto di scelte e contingenze locali. In ogni caso, un tratto comune sembra essere il perseguimento di generiche economie di scala e di una semplificazione sul versante istituzionale (Furnari, Gugiatti e Petracca 2016). Indi-

---

<sup>1</sup> Sebbene il lavoro di ricerca sia frutto di riflessioni comuni degli autori, a Mario Del Vecchio sono attribuiti i paragrafi 10.1 e 10.2, a Federico Lega i paragrafi 10.5, 10.6 e 10.7, ad Anna Prenestini i restanti. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione dei casi: per l'ASL Città di Torino, il Direttore Generale Valerio Alberti; per l'APSS della Provincia Autonoma di Trento, il Direttore Generale Paolo Bordon; per l'ASL Roma 1, il Direttore Generale Angelo Tanese.

pendentemente dagli obiettivi perseguiti, il risultato sul piano dei meccanismi di governo è il trasferimento di processi e obiettivi, precedentemente affidati ad aziende distinte, a un unico «contenitore istituzionale», il quale è chiamato ad assicurare efficaci condizioni di governo, in un nuovo più esteso perimetro di azione. In altri termini, dal punto di vista dei sistemi regionali, le fusioni non fanno venire meno i problemi di governo di sistemi complessi, ma li spostano dal terreno istituzionale a quello organizzativo. Il punto di interesse è se e come gli assetti delle aziende si siano modificati in relazione al cambiamento delle dimensioni.

Alcune notazioni preliminari e una schematica ricostruzione di come le aziende hanno fino a tempi recenti risposto a quella che poteva essere considerata una «crescita fisiologica nelle dimensioni» possono aiutare a circoscrivere un oggetto di indagine altrimenti difficilmente maneggiabile.

Le dimensioni dell'azienda non sono certamente l'unica variabile in grado di influenzare la complessità cui strutture e sistemi di governo aziendali devono dare risposta. L'eterogeneità dei processi e delle funzioni svolte, la loro variabilità e interdipendenza, le pressioni esterne e interne rispetto ai risultati sono elementi altrettanto influenti nel definire la complessità ovvero il volume di decisioni da prendere durante lo svolgimento delle attività (Airoldi, Brunetti Coda 2005). Nel caso delle aziende sanitarie le dimensioni, in qualunque modo apprezzate, impattano però in modo rilevante sulla complessità. A sostegno di tale affermazione è sufficiente richiamare almeno due questioni. La prima è la scarsa standardizzabilità dei servizi, e di quelli sanitari in particolare, che, unitamente alla autonomia di cui godono i professionisti, rende il loro coordinamento particolarmente complesso. Se dal punto di vista della «produzione fisica» è possibile, quindi, immaginare lo sfruttamento di potenziali economie di scala, sul lato delle decisioni da assumere e coordinare ogni aggiunta di «pezzi di produzione» moltiplica i fabbisogni di governo. La seconda attiene alla gestione dei portatori di interesse e delle loro attese. L'ampliamento delle comunità servite comporta un aumento di complessità nell'interlocazione dell'azienda con l'ambiente e con i soggetti istituzionali, aumento non sempre facilmente fronteggiabile, considerata anche la scarsa delegabilità da parte dei vertici aziendali delle relazioni politico-istituzionali.

Come più volte accennato, alla natura e al livello di complessità deve corrispondere un coerente insieme di elementi in grado di assicurare la guida della compagine aziendale. In questa prospettiva l'assetto organizzativo, e l'articolazione delle responsabilità (struttura di base) in particolare, giocano un ruolo di rilievo. Soprattutto nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, poi, la struttura rappresenta tradizionalmente la variabile più comunemente utilizzata per rispondere ai problemi di governo aziendale, e all'aumento della complessità in particolare. Ciò non solo per la sua effettiva capacità di orientare e modificare i comportamenti aziendali, ma anche per una sua più immediata comunicabilità

rispetto ad altri strumenti e per l'attenzione che molti portatori di interesse ad essa costantemente rivolgono (Del Vecchio 2000).

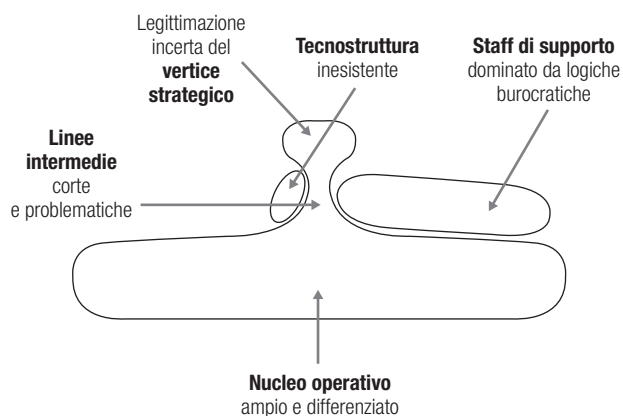
A fronte di un ruolo di particolare rilievo assunto dalla struttura nelle strategie di governo, lo spazio aperto alle aziende sanitarie pubbliche per plasmare le architetture organizzative di base soffre di almeno due peculiari limitazioni che non possono essere sottovalutate. La prima è un «repertorio» di snodi organizzativi – dipartimento, distretto, unità operativa semplice e complessa – difficilmente modificabile nei contenuti di responsabilità ad essi associabili. Si tratta di una griglia imposta da norme di natura diversa, rispetto alla quale è sempre possibile immaginare interventi che orientino disegno complessivo verso direzioni coerenti con autonome valutazioni aziendali, ma ciò richiede uno sforzo notevole in termini di messa a punto di meccanismi che ne qualificano il funzionamento. Il secondo è rappresentato dalla variabile professionale, le cui esigenze si riflettono spesso sull'assetto organizzativo, limitando anche la «contendibilità» tra diverse matrici professionali di molti ruoli organizzativi. È appena il caso di notare come la previsione di una matrice professionale obbligatoria diventi sempre meno funzionale al crescere della distanza della posizione rispetto ai processi operativi e alla loro supervisione e, quindi, rispetto al crescere dei fabbisogni di managerialità.

Oggetto specifico del presente contributo è l'evoluzione delle logiche organizzative nelle aziende territoriali di grandi dimensioni con particolare riferimento alla strutturazione degli snodi intermedi tra vertice strategico e nuclei operativi. Tali snodi – oggi presidiati da figure riconducibili al *middle management* come i direttori di dipartimento, di distretto o di funzione aziendale – saranno analizzati attraverso la ricostruzione di tre casi significativi al fine di mettere a fuoco le criticità da risolvere per affrontare un cambiamento strutturale che attraversa un numero crescente di aziende. Prima di affrontare l'oggetto di ricerca è necessario ricostruire brevemente come le logiche organizzative prevalenti nelle aziende sanitarie pubbliche si siano modificate cercando di rispondere ai costanti cambiamenti nei fabbisogni di governo.

## 10.2 L'evoluzione delle logiche organizzative: una interpretazione

Utili punti di partenza per comprendere l'evoluzione degli assetti organizzativi nelle aziende sanitarie pubbliche sono, da una parte, la ben nota configurazione tipica delle «burocrazie professionali» (Mintzberg 1985) e dall'altra alcune specifiche caratteristiche di partenza del contesto istituzionale pubblico (Borgonovi 1996).

Nella Figura 10.1 è facilmente riconoscibile uno schema che vede l'azienda guidata da un vertice strategico posto in relazione diretta con il nucleo operativo attraverso le linee intermedie, le quali, da una parte, assicurano il funzio-

Figura 10.1 **Le aziende sanitarie pubbliche: le caratteristiche di base**

Fonte: adattamento degli autori su Mintzberg 1985.

namento coordinato delle unità poste sotto la loro responsabilità e, dall'altra, partecipano alla più generale funzione di governo strategico. La tecnostuttura – come, ad esempio, il controllo di gestione o il governo clinico – dovrebbe coadiuvare il governo e l'operatività aziendale attraverso processi di standardizzazione (influenza indiretta). Agli staff di supporto – tipicamente, ma non esclusivamente, le funzioni amministrative in senso stretto – viene lasciata la responsabilità di tutte le operazioni non direttamente connesse alla produzione. La natura professionale si riflette in un nucleo operativo ampio e molto differenziato. Gli ospedali con le diverse specialità sono un esempio tipico, ma le aziende territoriali lo sono ancora di più per l'eterogeneità dei servizi offerti. In aziende di questo genere le relazioni tra vertice strategico e nuclei operativi sono molto strette, anche per le intrinseche difficoltà nel «gerarchizzare», attraverso l'azione di lunghe linee intermedie, una struttura pervasa di autonomia professionale. Le possibilità di coordinare efficacemente gli sforzi in vista di un obiettivo unitario passano, quindi, attraverso un insieme complesso di condizioni, tra le quali spiccano le capacità di influenza e l'intervento diretto del vertice strategico sul nucleo operativo e una sufficiente pressione dei meccanismi di standardizzazione, supportati anche da adeguati processi amministrativi.

A questo contesto di base la natura pubblica delle aziende ha poi aggiunto ulteriori e specifici elementi di difficoltà. In primo luogo quella di una legittimazione incerta del vertice strategico che consegue a una investitura di origine politica e a orizzonti temporali di mandato relativamente brevi e, comunque, poco prevedibili. Ciò non significa che la legittimazione – fondamentale per potere esercitare influenza e avere possibilità di intervento – non sia costruibile, ma essa deve essere costantemente conquistata e difesa. Vi è poi l'impatto di

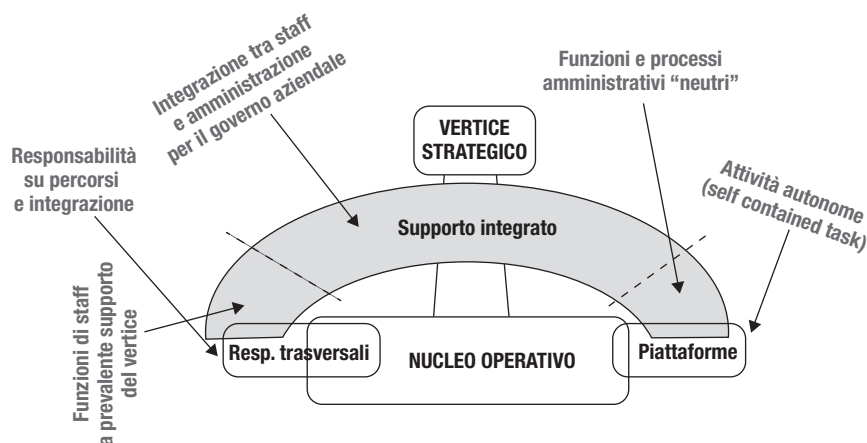
funzioni di supporto e standardizzazione largamente influenzate da logiche e pratiche burocratiche che guardano più alla *conformance* nelle procedure che alla *performance* dei processi e al perseguimento dei risultati.

Nel corso del tempo, al crescere delle dimensioni e della complessità e con l'apprendimento e la maturazione manageriale, molte aziende sono riuscite a costruire risposte sufficientemente efficaci in termini di capacità di governo. Una sintesi «eroica», che copre più di vent'anni di aziendalizzazione e una varietà di esperienze regionali e locali, potrebbe argomentare come buona parte delle risposte siano state essenzialmente costruite attorno al rafforzamento delle possibilità di governo del vertice strategico sul nucleo operativo. L'investimento sugli staff aziendali e sul loro funzionamento, la maturazione dei meccanismi operativi, e dei sistemi di programmazione e controllo in particolare, la rifunzionalizzazione degli apparati amministrativi, sono tutti elementi tesi ad ampliare le capacità di controllo di un vertice strategico, spesso in affanno rispetto alla domanda di decisioni e di intervento che viene sia dal nucleo operativo, ma anche dal contesto esterno.

Sempre in termini molto semplificati e in tempi più recenti, a fronteggiare una complessità crescente sono poi intervenuti, sul piano della struttura, almeno due cambiamenti significativi. Il primo è la diffusione di responsabilità «trasversali», che incrociano le tradizionali linee verticali e che rispondono alla necessità di presidiare dimensioni diverse da quelle specialistiche, più collegate ai percorsi effettivi dei pazienti e alle esigenze di ricomposizione multiprofessionale. In realtà, le strutture a matrice hanno da sempre, almeno formalmente, caratterizzato le aziende sanitarie pubbliche, soprattutto quelle territoriali. L'elemento di novità è rappresentato da un maggiore bilanciamento tra le diverse dimensioni e una sorta di «strutturalizzazione» di quelle che prima erano responsabilità meramente integrative, prive di adeguati meccanismi di responsabilizzazione e di sufficiente influenza. Il secondo è legato all'emergere delle «piattaforme», nuclei di operazioni il cui funzionamento può essere reso largamente autonomo, scorporato dalle linee operative, e offrire i propri servizi, facilmente osservabili e misurabili, al resto dell'organizzazione. La logica è analoga a quella che guida le esternalizzazioni, solo che in questo caso, attraverso l'identificazione di *self contained task*, la diminuzione della complessità organizzativa è perseguita per linee interne.

Come rappresentato nella Figura 10.2 le linee verticali, ovvero le responsabilità intermedie che dovrebbero mettere direttamente in relazione il nucleo operativo con il vertice strategico, sono il grande assente in questo disegno di governo. Eppure la divisionalizzazione, vale a dire la creazione di unità di primo livello, relativamente autonome, che assumono la piena responsabilità di zone definite del nucleo operativo, è una delle prime, e più classiche, risposte al crescere della complessità e di quella legata alla dimensione in particolare. In realtà la divisionalizzazione delle aziende sanitarie tramite il rafforzamento

Figura 10.2 Il rafforzamento delle funzioni di governo



Fonte: adattamento degli autori su Mintzberg 1985.

dei dipartimenti e, con accenti diversi, dei distretti, è stata una politica a lungo perseguita, ma non ha, in generale, raggiunto i risultati attesi di decongestionamento delle responsabilità delle decisioni che afferivano al *top management* dell'azienda. Un equilibrio, seppur precario e con livelli molto differenziati di funzionalità, è stato comunque raggiunto, prendendo atto di una debolezza strutturale delle linee intermedie e rafforzando, conseguentemente, le capacità e gli strumenti di governo attorno al vertice strategico.

Le aziende di grandi dimensioni che si diffondono nello scenario della sanità italiana ripropongono con grande evidenza il tema delle linee intermedie e della loro strutturazione. Per aziende come quelle esemplificate dai casi di studio selezionati è difficile immaginare soluzioni che siano semplicemente la replica, su scala ampliata, delle strutture di governo tipiche delle aziende precedenti. In questa prospettiva, se una più compiuta divisionalizzazione appare inevitabile, è interessante analizzare come i vertici strategici delle aziende intendano attrezzarsi per rafforzare quelle responsabilità intermedie che hanno finora rappresentato uno snodo particolarmente critico nella evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche.

### 10.3 Obiettivi e metodologia della ricerca empirica

Nei precedenti paragrafi si è discussa l'evoluzione organizzativa delle Aziende Sanitarie dalla storica configurazione di burocrazie professionali ai nuovi modelli organizzativi e la rilevanza del ruolo del *middle management* in questo cambiamento.



Il principale obiettivo della parte empirica di questa ricerca è analizzare il cambiamento delle logiche organizzative nelle Aziende Sanitarie del SSN approfondendo, in modo esplorativo, la strutturazione del *middle management* clinico-sanitario in termini di: i) tipologia di figure che ricadono sotto tale definizione, ii) strumenti per il coinvolgimento e la responsabilizzazione, iii) aspettative attuali e percorsi di sviluppo per migliorare l'esercizio del ruolo.

Il lavoro di ricerca si è focalizzato su tre casi di aziende sanitarie territoriali interessanti poiché caratterizzati da recenti fusioni o incorporazioni aziendali e/o da un percorso di riassetto organizzativo con lo sviluppo di linee di responsabilità orizzontali e trasversali.

Si tratta, nello specifico, di due aziende metropolitane che stanno affrontando un delicato percorso di fusione aziendale (ASL Città di Torino e ASL Roma 1) e di un'azienda provinciale che ha condotto un importante processo di riorganizzazione (APSS di Trento). Le tre aziende hanno approvato recentemente i nuovi documenti di organizzazione (atto aziendale o regolamento di organizzazione), modificando in modo radicale l'assetto organizzativo preesistente e rafforzando il ruolo del *middle management*.

La metodologia di analisi dei tre casi ha previsto:

- ▶ l'analisi della documentazione aziendale resa disponibile dalle aziende indagate, in particolare atto aziendale, eventuali ulteriori documenti di organizzazione (ad es. organigrammi e funzionigrammi) e/o altri materiali istituzionali (ad es. documenti prodotti dalle Direzioni Generali relativi alla nuova organizzazione, presentazioni istituzionali effettuate presso *stakeholders* esterni, ecc.) allo scopo di analizzare le modificazioni della struttura organizzativa aziendale in funzione dell'attivazione di una linea intermedia forte;
- ▶ un'intervista semistrutturata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie coinvolte, per approfondire le strategie organizzative dell'azienda e, nello specifico, la costruzione del middle management aziendale.

L'intervista era volta a comprendere come tali manager avessero risolto i principali snodi della progettazione organizzativa della linea intermedia (Mintzberg 1985; Jones, 2007). In particolare, sono stati indagati i seguenti elementi: i) le motivazioni alla base della valorizzazione e dell'implementazione della linea intermedia in azienda; ii) i ruoli cui è stata attribuita la responsabilità di middle manager; iii) gli strumenti definiti dall'azienda per garantire l'esercizio del ruolo (ossia quali modalità sono state utilizzate per la devoluzione dei poteri verso i middle manager e la loro partecipazione alle decisioni strategiche aziendali); iv) le aspettative di ruolo che la DG ritiene necessarie per i middle manager; v) i percorsi di sviluppo previsti per garantire la crescita e la piena efficacia delle figure che fanno parte della linea intermedia.

## 10.4 Analisi dei casi

### 10.4.1 L'ASL Città di Torino

L'ASL Città di Torino è stata costituita il 1 gennaio 2017 come risultato dell'acorpamento delle ASL TO1 e TO2. L'ASL gestisce le attività sanitarie territoriali dell'intera città (otto circoscrizioni) e quelle di 3 ospedali cittadini: San Giovanni Bosco (ospedale *hub*), Maria Vittoria e Martini (ospedali *spoke*). Il bacino di riferimento è di circa 900.000 abitanti e i dipendenti dell'ASL sono oltre 6.000.

Il DG dell'ASL Città di Torino è stato precedentemente Direttore dell'ASL TO2 e, nel periodo di transizione verso l'approvazione della proposta di unificazione da parte del Consiglio Regionale piemontese, anche Commissario Straordinario dell'ASL TO1.

Sin dall'insediamento, la direzione strategica aziendale ha condotto il percorso di unificazione attraverso l'attuazione di due progetti paralleli: a) l'analisi e reingegnerizzazione dei processi e delle procedure amministrative per garantire una gestione fin da subito integrata delle attività delle due precedenti aziende; b) lo sviluppo organizzativo, con lo scopo finale di portare a standard più elevati i servizi sanitari e sociosanitari offerti ai cittadini, uniformare procedure e percorsi assistenziali su tutto il territorio dell'ASL, garantire maggiore efficienza gestionale e operativa. Parte fondamentale del processo di sviluppo organizzativo è stata la definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale.

Concentrando l'attenzione sulla riorganizzazione aziendale di carattere clinico-sanitario, la Direzione Generale (DG) – nell'esercizio delle funzioni di governo strategico – è oggi coadiuvata da due nuovi ruoli: il Coordinatore delle attività dei presidi ospedalieri e il Coordinatore delle attività dei distretti<sup>2</sup>. Essi interagiscono con i Direttori di Dipartimento e i Direttori di Strutture sanitarie complesse per le attività svolte, rispettivamente, negli ospedali e nei Distretti. Come indicato nel funzionigramma aziendale, «I Coordinatori:

- ▶ promuovono l'attuazione degli indirizzi strategici all'interno dell'ambito di attività che coordinano;
- ▶ sono altresì garanti dell'integrazione e interconnessione con gli ambiti sovrintesi dagli altri Coordinatori;
- ▶ inoltre, su mandato specifico del Direttore Generale, perseguono le azioni necessarie al fine di gestire determinate questioni rilevanti a livello aziendale».

<sup>2</sup> Sono presenti anche tre coordinatori di area amministrativa per le seguenti attività: a) pianificazione e sviluppo; b) supporto e gestione; c) controllo. Tuttavia, la scelta del presente contributo è di concentrare l'analisi sulle aree clinico-sanitarie.

Come espresso in quest'ultimo punto, tali figure di coordinamento partecipano al governo strategico secondo un principio di «decentramento verticale selettivo», ossia attraverso un sistema di deleghe stabilite su mandato del Direttore Generale che focalizzano la loro attività e possibilità di prendere decisioni su processi o progetti aziendali particolarmente rilevanti e/o critici. Tali figure di coordinatori rappresentano un'estensione della direzione strategica aziendale facendo parte, quindi, del top management in senso allargato.

I ruoli di *middle management* clinico-sanitario sono più numerosi. Nella visione della DG svolgono questo ruolo i direttori di presidio ospedaliero e di distretto, la Direzione delle Professioni Sanitarie (DiPSA), i direttori di dipartimento ospedaliero, il direttore del dipartimento di prevenzione, i direttori di dipartimento territoriale, i coordinatori di attività ospedaliere e territoriali che operano come coordinamento di attività cliniche negli ospedali e a livello territoriale.

I *middle manager* partecipano all'individuazione degli indirizzi strategici dell'azienda attraverso due organismi collegiali, ciascuno per la propria area: il comitato di assistenza ospedaliera e il comitato di assistenza territoriale. Tali comitati sono estesi anche ad altri ruoli in base alle attività di competenza (ad es. responsabili di struttura) oppure in quanto funzioni di supporto (ad es. staff). I comitati di assistenza ospedaliera e territoriale si riuniscono almeno una volta al mese, presieduti da DG o da suo delegato, e hanno il duplice obiettivo di definire gli orientamenti strategici e sviluppare le politiche di integrazione all'interno della propria area di assistenza.

Inoltre, il DG può affidare «mandati» per la realizzazione o l'attuazione di processi/progetti aziendali rilevanti e/o critici a persone esperte su specifiche tematiche manageriali o in possesso di capacità organizzativo-gestionali adeguate, indipendentemente dal ruolo ricoperto e dall'ambito aziendale in cui svolgono la propria attività. Si tratta, in questo caso, dell'attuazione del principio del «decentramento orizzontale selettivo» sulla base di un mandato del DG. Il ruolo di questi professionisti – indipendentemente dalla collocazione nell'assetto organizzativo – si trasforma in quello di *middle manager* orientati all'ottenimento di specifici obiettivi. Si tratta di responsabilità trasversali all'intera azienda su temi specifici, finalizzati all'omogeneizzazione dei processi e alla risoluzione/gestione di «problemi manageriali».

Le aspettative della Direzione in relazione ai nuovi ruoli di *middle management* sono, innanzitutto, di avere professionisti capaci di analizzare le situazioni e prendere decisioni utili e più vicine alle operazioni aziendali. La partecipazione ai comitati, le routine organizzative strutturate e il sistema delle deleghe selettive sono i principali strumenti con cui si coinvolgono tali figure nel governo aziendale.

La motivazione che ha portato l'azienda a definire un assetto organizzativo con un'importante valorizzazione dei ruoli di *middle management* è la consapevolezza che dimensioni aziendali così ampie non garantissero alla sola Dire-

zione Strategica la possibilità di seguire in modo soddisfacente tutte le attività aziendali. Di conseguenza, vi è stata la ricerca di soluzioni organizzative «intermediate» che aumentassero la capacità decisionale e d'intervento della Direzione, accorciando la distanza tra centro e nucleo operativo.

Per rendere efficaci tali ruoli, la Direzione spingerà verso la maturazione di capacità di lavorare per processi e non per singola funzione, anche attraverso una formazione *ad hoc*. Inoltre, focalizzerà l'attenzione verso lo sviluppo di un sistema di programmazione e controllo che permetta di garantire maggiore attenzione verso l'ottenimento degli obiettivi affidati, controllando adeguatamente il raggiungimento delle *milestones* (obiettivi intermedi).

#### **10.4.2 LASL Roma**

L'ASL Roma 1 è nata da un'importante percorso di riassetto istituzionale che ha visto prima l'incorporazione dell'azienda ospedaliera San Filippo Neri nell'ASL Roma E dal 01/01/2015 e poi, dal 01/01/2016, la fusione di quest'ultima con l'ASL Roma A. Questo processo di fusione ha creato una delle più grandi realtà sanitarie del Lazio con oltre 5.600 dipendenti, una popolazione servita di più di 1 milione di abitanti e una densità media abitativa di circa 2.000 abitanti per Km<sup>2</sup> (pari a 10 volte la densità media italiana). L'ASL si estende sul territorio di sei municipi della Città di Roma, comprendendo zone con strutture ad alta attrattività per turismo, manifestazioni ed eventi. La rete d'offerta dell'ASL conta anche tre strutture ospedaliere e, in particolare, due ospedali generalisti con DEA di I livello (San Filippo Neri e S. Spirito) e uno specialistico a vocazione oculistica con PS dedicato (Oftalmico).

La stabilità dei vertici istituzionali, di cui sta beneficiando l'Azienda in questi anni, sta garantendo la possibilità di condurre questo percorso di fusione con una visione unitaria da parte della DG (che ha diretto entrambe le fusioni) e con una prospettiva di più ampio respiro rispetto alla generale breve durata dei mandati dei DG nel SSN italiano.

Le due grandi sfide su cui la Direzione Aziendale ha coinvolto i suoi professionisti per il triennio 2016-2018 sono state: 1) creare una «nuova identità» come azienda pubblica di riferimento per i problemi di salute della popolazione servita, 2) diventare un'azienda moderna, solida e innovativa, attraverso la visione per processi, la valorizzazione del personale, una nuova immagine esterna, la messa in opera di nuove soluzioni organizzative, gestionali e operative. Per conseguire tali sfide la Direzione Aziendale ritiene indispensabile il superamento dell'idea di essere semplicemente una sommatoria di singole aziende e mira alla costruzione di un'unica nuova grande Azienda con il compito di garantire la gestione integrata delle seguenti funzioni: a) accoglienza, ascolto e orientamento della domanda; b) erogazione di servizi sanitari di alta

qualità; c) presa in carico dei pazienti e definizione di un percorso di assistenza; d) tutela e promozione della salute. La visione per processi è, in particolare, il meccanismo attraverso cui si intende promuovere l'integrazione tra le ex aziende e tra ospedale e territorio. Per ottenere questi risultati, la definizione del nuovo modello organizzativo è stata un punto centrale nelle strategie della DG.

Il nuovo assetto organizzativo dell'ASL Roma 1 ha condotto l'Azienda a ricercare un disegno unitario attraverso, innanzitutto, una forte riduzione della frammentazione organizzativa e la razionalizzazione delle strutture organizzative. In particolare, le macrostrutture (dipartimenti e distretti) sono state ridotte da 40 a 26 (-35%), le Unità Operative Complesse sono diminuite di circa il 39% (oggi sono 122), le Unità Operative Semplici Dipartimentali di oltre il 50% (attualmente sono 35).

Le grandi dimensioni aziendali e la necessità di evitare il sovraccarico decisionale sul vertice strategico, condividendo la guida e le responsabilità del processo di riorganizzazione, hanno spinto la Direzione Aziendale a valorizzare il ruolo del *middle management*.

I *middle manager* clinico-sanitari dell'Azienda sono i direttori di: Area, di Distretto e di Dipartimento. Tali figure, da un lato, partecipano alla definizione e condividono le linee strategiche per la nuova azienda, dall'altro, traducono tale strategia in gestione quotidiana attraverso il loro ruolo di cerniera tra vertice e nucleo operativo. Essi si avvalgono di un forte mandato fiduciario da parte della Direzione Strategica per l'accompagnamento dell'Azienda in questa fase di trasformazione e d'integrazione tra le tre aziende.

Ai *middle manager* la DG richiede la capacità di intervenire sul percorso di integrazione dell'Azienda costruendo parti della riorganizzazione, definendo piani di sviluppo integrati e stabilendo indicatori di *performance* per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Tra gli strumenti che la DG ha proposto per favorire l'esercizio di questo ruolo vi sono, innanzitutto, le schede di organizzazione. In tali schede viene chiesto di articolare: i) la *mission* della struttura che si dirige, ii) le responsabilità nei confronti dei principali *stakeholders* interni ed esterni all'Azienda, iii) i criteri di valutazione dei risultati della struttura e gli indicatori di verifica, iv) l'assetto organizzativo in termini di strutture di afferenza, sedi di erogazione dei servizi, dotazioni di personale. Ogni macrostruttura si dota di un sistema di misurazione della *performance* a cascata in cui sono definiti dei macro-obiettivi generali di miglioramento delle attività (ad es. continuità assistenziale), che vengono declinati in obiettivi specifici (ossia i singoli temi che consentono di migliorare la continuità assistenziale: ad es. a) prosecuzione delle cure in ambito riabilitativo e b) gestione dei pazienti con trauma), cui corrispondono una serie di *Key Performance Indicators* (KPI) per monitorare l'andamento dei risultati rispetto ai target prefissati.

I *middle managers* hanno anche il compito di coordinare il lavoro delle unità operative ad essi sottoposte gerarchicamente e, a tal fine, seguono il lavoro sulle

schede di organizzazione attribuite alle singole UOC, supportati dal controllo di gestione aziendale.

Tale percorso di riorganizzazione e programmazione sarà associato alla definizione di un vero e proprio *masterplan* aziendale, ossia un documento con prospettiva biennale nel quale sono riportati i progetti aziendali, gli obiettivi finali e intermedi, gli indicatori di risultato e il cronoprogramma delle attività.

Ulteriori strumenti di coinvolgimento nelle decisioni dei *middle manager* aziendali sono le *routine* organizzative strutturate, come l'incontro una volta a settimana dei distretti con il Direttore Sanitario e riunioni *ad hoc* con la direzione strategica per discutere decisioni importanti per l'azienda. Con il riaffidamento di tutti gli incarichi è stato anche costituito il nuovo Collegio di Direzione.

Il percorso di costruzione del *middle management* nell'ASL Roma 1 è ancora in divenire. Nell'idea della DG, la capacità di essere autonomi e responsabilizzati aumenta nel tempo grazie alla gestione autonoma dei processi di sviluppo organizzativo; i professionisti devono però esser certi di poter contare sul supporto continuativo della Direzione Strategica e degli staff aziendali.

### 10.4.3 L'APSS della Provincia Autonoma di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari gestisce le attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sul territorio dell'intera Provincia Autonoma di Trento, che comprende un bacino di utenza di quasi 540.000 abitanti. Nel territorio sono presenti due ospedali *hub* (Trento e Rovereto) e cinque ospedali *spokes*, che costituiscono una rete ospedaliera di oltre 1800 PL. I dipendenti dell'Azienda sono oltre 8.000, di cui più della metà di area clinico-sanitaria.

La Direzione Aziendale, insediatasi nel 2016, definisce una nuova strategia Aziendale i cui punti fondamentali sono: i) integrazione tra ospedale e territorio; ii) governo unitario della rete ospedaliera; iii) omogeneità dei servizi offerti su tutto il territorio aziendale; iv) contenimento dei costi. Il raggiungimento di tali obiettivi necessitava una modificazione rilevante dell'assetto organizzativo aziendale.

La Direzione Strategica, nella definizione e nell'attuazione delle strategie, è supportata da tre ruoli di *line* produttiva (Articolazioni Organizzative Fondamentali - AOF) che fanno parte del cerchio esteso del top management: i) il direttore del servizio ospedaliero provinciale, che gestisce in modo coordinato e unitario la rete ospedaliera attraverso le aree clinico-sanitarie (simili a dipartimenti ospedalieri); ii) il direttore del servizio territoriale, che garantisce il governo unitario delle attività sanitarie territoriali attraverso le aree delle cure primarie, della riabilitazione e della salute mentale; iii) il direttore del dipartimento di prevenzione.

Il *middle management* dell'azienda è composto da ruoli diversificati: da un lato, si tratta dei 3 direttori di area territoriale e dei 7 direttori di area ospedaliera

che hanno rilevanti responsabilità gestionali; dall'altro, sono stati creati 5 ruoli di Coordinatore per l'integrazione ospedale-territorio, ciascuno per un contesto locale di riferimento. Tali Coordinatori hanno l'obiettivo di «garantire il presidio dei percorsi clinico-assistenziali trasversali alla dimensione territoriale e ospedaliera, al fine di fornire rassicurazioni e risposte alla comunità locale, attraverso la proposta di soluzioni, il monitoraggio delle attività e dei risultati di integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione». Ai coordinatori è richiesto di coltivare non solo le relazioni con i professionisti ospedalieri e territoriali dell'azienda, ma anche un rapporto privilegiato con gli *stakeholders* esterni (in particolare, Enti Locali e Comunità di Valle) e con i professionisti convenzionati. Le figure professionali che sono state scelte per ricoprire il ruolo di Coordinatore per l'integrazione ospedale-territorio sono diverse: 3 sono dirigenti medici con esperienza nel settore territoriale, 2 sono dirigenti delle professioni sanitarie. Mentre i coordinatori hanno un ruolo trasversale e funzionale, essendo responsabilizzati sui processi e percorsi clinico-assistenziali nei territori di riferimento, i direttori di Area lavorano secondo logiche gerarchiche e hanno l'obiettivo di garantire l'omogeneità dei servizi erogati su tutto il territorio aziendale, orientando e specializzando le risorse subordinate verso tali fini.

Inoltre, fanno parte del *middle management* sanitario aziendale anche i Responsabili dei Servizi delle Professioni sanitarie, che hanno responsabilità dirette sulla gestione delle risorse assistenziali (in termini di allocazione delle risorse, di sviluppo delle prestazioni e delle competenze professionali) e riportano gerarchicamente ai direttori di Area (nel caso dei Servizi delle Professioni Sanitarie del settore territoriale) o di AOF (nel caso del Servizio Ospedaliero e del Dipartimento di Prevenzione).

Nella visione della DG i *middle manager* hanno l'obiettivo di avvicinare le strategie della Direzione e delle AOF al lavoro quotidiano, ciascuno in relazione al mandato che la Direzione ha disegnato per tale ruolo.

Il coinvolgimento di questi ruoli di *middle management* avviene attraverso *routine* organizzative strutturate, ossia incontri con la Direzione Sanitaria, nel caso dei Coordinatori per l'integrazione ospedale-territorio, e con le proprie AOF di appartenenza, nel caso dei direttori di Area.

Tra gli strumenti con i quali la DG vuole rafforzare il ruolo del *middle management*, sono particolarmente rilevanti: a) la formazione congiunta con i membri della direzione strategica allargata (direttori AOF); b) la costruzione un sistema di programmazione e controllo che definisca obiettivi, attività e indicatori di riferimento. Gli stessi *middle manager* saranno chiamati a costruire la propria «cassetta degli attrezzi», inserendovi gli strumenti e le tracce più utili per svolgere efficacemente il proprio compito.

La Direzione Aziendale, inoltre, ha voluto garantire un forte mandato fiduciario ai *middle manager* con la condivisione e la comunicazione dei valori alla base della nuova azienda, del nuovo assetto organizzativo e del ruolo dei ma-

nager di linea a tutti i professionisti facenti parte il nucleo operativo. A tal fine, sono stati svolti numerosi incontri con tutti i livelli dell'organizzazione.

#### 10.4.4 Un confronto tra i casi

La Tabella 10.1 riporta un quadro sinottico di comparazione tra i tre casi aziendali analizzati.

Nelle ASL Città di Torino e Roma 1 – che provengono da un processo di fusione che ha reso le loro dimensioni particolarmente ampie – le DG ritengono che la valorizzazione dei ruoli di *middle management* sia indispensabile

Tabella 10.1 **Quadro sinottico di comparazione tra i casi**

	ASL Città di Torino	ASL Roma 1	APSS Trento
Ragioni della valorizzazione Middle Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grandi dimensioni aziendali</li> <li>– Avvicinare le decisioni alle azioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grandi dimensioni aziendali</li> <li>– Condividere responsabilità e guida del processo di cambiamento organizzativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Strategie aziendali che puntano alla trasversalità dei processi e all'omogeneità nell'erogazione dei servizi su tutto il territorio</li> <li>– Avvicinare le strategie aziendali alle azioni</li> </ul>
Tipologia di Middle Manager	Decentramento verticale, direttori di: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Presidi ospedalieri (3)</li> <li>– Distretti (4)</li> <li>– DiPSA</li> <li>– Dipartimenti ospedalieri (4)</li> <li>– Dipartimenti territoriali (5)</li> <li>– Dipartimento di prevenzione</li> <li>– I coordinatori di attività ospedaliere e territoriali</li> </ul> Decentramento orizzontale: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ruoli trasversali con obiettivi di mandato su progetti o processi</li> </ul>	Decentramento verticale, direttori macro-strutture: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aree gestionali</li> <li>– Distretti (6)</li> <li>– Dipartimento di Prevenzione</li> <li>– Dipartimenti ospedalieri</li> <li>– Dipartimento di salute mentale</li> <li>– Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali</li> </ul>	Decentramento verticale, direttori: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aree del Servizio Ospedaliero Provinciale (7)</li> <li>– Aree territoriali (cure primarie, riabilitazione, salute mentale) (3)</li> <li>– Responsabili dei Servizi delle professioni sanitarie</li> </ul> Decentramento orizzontale: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordinatori per l'integrazione ospedale-territorio (5)</li> </ul>
Strumenti di decentramento e partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delega del DG su specifiche materie</li> <li>– Partecipazione a comitati di indirizzo strategico: comitato ospedaliero e comitato territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mandato fiduciario della DG</li> <li>– Schede di Organizzazione</li> <li>– Management by objectives e project management</li> <li>– Incontri collegiali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mandato fiduciario della DG</li> <li>– Definizione di profili di ruolo e modello delle competenze</li> <li>– Routine organizzative strutturate con DS o direttori di AFO</li> </ul>
Aspettative di ruolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacità decisionali</li> <li>– Problem solving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacità di costruire percorsi di sviluppo organizzativo, definire obiettivi e risultati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacità di tradurre strategia aziendale in azione</li> <li>– Costruzione di una «cassetta degli attrezzi»</li> </ul>
Percorsi di crescita dei ruoli	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lavoro per processi</li> <li>– Formazione ad hoc</li> <li>– Sviluppo di sistemi di P&amp;C, Management by objectives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lavoro sul campo su processi di sviluppo organizzativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lavoro per processi e percorsi</li> <li>– Formazione ad hoc</li> <li>– Sviluppo di sistemi di P&amp;C</li> </ul>



per evitare che tutte le scelte gestionali, anche quelle più vicine alle operazioni aziendali, siano riportate al vertice strategico (rischiando possibili *impasse* decisionali). Nel caso dell'APSS di Trento, che da anni ha raggiunto una stabilità dimensionale, il tema del rafforzamento del *middle management* era necessario per tradurre in azione la nuova visione strategica aziendale. Da tali ragioni discendono le aspettative di ruolo da parte delle DG, che presuppongono la capacità dei *middle manager* di rispondere ai problemi decisionali che si pongono alla periferia aziendale e di rappresentare delle vere e proprie «cinghie di trasmissione» tra il vertice strategico e il nucleo operativo.

Nell'ASL Roma 1 il *middle management* è costruito esclusivamente attraverso politiche organizzative di decentramento verticale, secondo l'idea classica della letteratura organizzativa. Nel caso delle altre due Aziende, invece, le figure di manager di linea sono anche il risultato di strategie di decentramento orizzontale su questioni manageriali specifiche, con la creazione di ruoli trasversali con obiettivi di mandato su progetti o processi (ASL Città di Torino) o con finalità di integrazione tra attività ospedaliere e territoriali per specifici ambiti locali (APSS di Trento). Si assiste, quindi, non a un fenomeno di effettiva divisionalizzazione delle organizzazioni sanitarie, ma alla definizione di ruoli e meccanismi organizzativi che rendono l'Azienda un modello organizzativo matriciale.

Se nel caso dell'ASL Città di Torino le deleghe formali sono lo strumento con il quale si dà forza al decentramento verticale e orizzontale, nelle altre due Aziende il mandato ai *middle managers* è di carattere fiduciario (non sono, quindi, utilizzate deleghe formali) da parte della DG. In tutti i casi analizzati, inoltre, si rilevano modalità di coinvolgimento di tali figure nei processi decisionali attraverso comitati formalizzati o in incontri collegiali stabiliti come routine organizzative strutturate.

Nell'ASL Roma 1 sono stati adottati dei sistemi di *Management by Objectives*, richiedendo agli stessi manager di linea di produrre piani organizzativi per la propria area di riferimento, declinati in progetti, obiettivi e indicatori di risultato. Il percorso di sviluppo organizzativo è, così, il meccanismo attraverso il quale l'Azienda «forma sul campo» i *middle manager*. A queste figure sono state attribuite maggiori responsabilità nel corso del tempo, ma la Direzione Aziendale continua a mantenere un forte ruolo di accompagnamento. Sia l'APSS di Trento, sia l'ASL Città di Torino mirano a sviluppare anch'esse questi sistemi di programmazione e controllo per obiettivi, guidando i professionisti alla costruzione del ruolo anche attraverso percorsi di formazione *ad hoc*.

## 10.5 Discussione

L'analisi dei casi e il quadro interpretativo presentato in apertura del capitolo evidenziano il percorso parallelo della crescita dimensionale delle aziende sani-

tarie e della collegata sofisticazione dei loro assetti organizzativi. Sofisticazione che, alla luce dei casi, sembra effettivamente essere dettata in primo luogo dalla ricerca di soluzioni organizzative e schemi di funzionamento capaci di garantire alla Direzione condizioni di migliore governabilità dell'azienda di fronte a:

- ▶ una significativa crescita della complessità organizzativa. La dimensione – si è già discusso nell'introduzione – non è di per sé fattore complicante, ma lo diventa in misura rilevante laddove si inserisce in ambiti a forte discrezionalità comportamentale, *job tenure* con alti gradi di protezione, *turf wars* tra famiglie professionali, differenziazione spinta delle linee di prodotto e servizio, *accountability* diffusa e «liquida» sul territorio, ecc. Si tratta di tutte quelle condizioni che rendono l'azienda sanitaria tra le organizzazioni più fisiologicamente complicata da governare, se non quella più complicata in assoluto;
- ▶ un'accelerazione marcata nelle pressioni ambientali, segnalate dalle attese di performance, di miglioramento degli esiti, di sostenibilità economica, e in generale di conseguimento di obiettivi istituzionali dettati dall'agenda regionale e politica; nonché di quelli autodefiniti tramite le emergenti pratiche di pianificazione strategica, sempre più diffuse tra le aziende.

Le scelte di assetto organizzativo, e in particolare quelle della struttura e di conseguente articolazione delle responsabilità, sono poi ovviamente «mediate» dalle spinte generate dalle attese dei membri dell'azienda sanitaria – i professionisti apicali, le loro cordate di «potere», ma anche il bisogno fisiologico di usare la struttura come elemento incentivante e gratificante in una prospettiva di carriera passata, presente e futura – e da quelle «imposte» dai quadri normativi di riferimento e dalla inclinazione verso forme di isomorfismo competitivo (Di Maggio e Powell, 1983). Le scelte finali inevitabilmente scontano un certo grado di «compromesso» tra la pura razionalità tecnica e la necessità di optare per «semplificazioni» delle filiere di comando in ragione della storia organizzativa (la cosiddetta *path dependency* (Sydow *et al* 2009)) e della limitatezza del potenziale organizzativo disponibile in termini di *leadership* nella linea del *middle management*.

Questa riflessione introduce il vero nodo della «questione organizzativa» che oggi fronteggiano le aziende sanitarie a dimensione accresciuta.

L'analisi dei casi non riesce ovviamente a cogliere fino in fondo l'effetto della «dimensione progettuale umana», ma coglie invece molto bene la questione strutturale, e quindi permette di apprezzare come le aziende sanitarie stiano comunque effettivamente cercando soluzioni che costruiscano, valorizzino e consolidino il livello del *middle management*. Generalmente si assiste a verticalizzazioni e divisionalizzazioni, con un crescente trasferimento – almeno atteso – di responsabilità sia di livello strategico che operativo dal vertice

aziendale alla prima linea organizzativa. Inoltre, è interessante osservare come, diversamente da quanto ci restituiscono i quadri concettuali consolidati (come descritto nell'introduzione), traspaia un tentativo in atto di personalizzare il «repertorio» degli snodi organizzativi – in particolare del dipartimento e distretto – in termini di contenuti di responsabilità ad essi associabili. I tre casi propongono una qualche divisionalizzazione dell'azienda sanitaria, con un esercizio di autonomia organizzativa manifesto sia nella individuazione di livelli organizzativi estranei ai quadri normativi consolidati (le «aree»), sia nella definizione di contenuti e ruoli diversi associati alla medesima tipologia di articolazioni organizzative consolidate (dipartimenti e distretti).

In ogni caso, traspare come i *middle manager* diventino figure chiave nei processi di programmazione e controllo: o perché responsabilizzati direttamente (e dotati di adeguate risorse) o perché chiamati a raccogliere gli obiettivi di una porzione del nucleo operativo per poi negoziarli/rappresentarli con la direzione strategica. Non è una discontinuità «marcata» rispetto alle attese che da tempo insistono sui ruoli di direzione delle macrostrutture nelle aziende sanitarie, ma probabilmente è ancora oggi un passo obbligato per legittimare e rafforzare il middle management.

Meno marcate sono invece le scelte di trasversalità nelle tre aziende analizzate, ma in due di queste vi sono ruoli e responsabilità orizzontali importanti, che segnalano l'emergere di una sofisticazione organizzativa sempre più diffusa nelle aziende sanitarie per tre ragioni di fondo, vale a dire il presidio di specifici processi:

- ▶ di integrazione tra ospedale e territorio;
- ▶ di integrazione su percorsi di cura, con il consolidamento di reti cliniche aziendali strutturate (Del Vecchio, Lega e Prenestini, 2016);
- ▶ di carattere operativo (di gestione operativa, di qualità, di logistica dei beni ecc.);
- ▶ di relazione con gli stakeholder del territorio.

Sotto il profilo «strutturale», quindi, le aziende sanitarie stanno modificandosi per rafforzare la gerarchia delle linee intermedie.

Ma per rispondere alla domanda posta alla fine dell'introduzione, e cioè «come le aziende pensano di attrezzarsi per rafforzare quelle responsabilità intermedie che hanno finora rappresentato uno snodo particolarmente critico nell'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche», dobbiamo tornare alla «questione organizzativa umana».

Assunto che le scelte di struttura – divisionalizzazioni e trasversalità – mostrano una loro coerenza e razionalità che ne spiegano le ragioni e ne rendono possibile l'effettivo funzionamento, va osservato che nelle organizzazioni professionali le scelte organizzative comportano interventi ancora più pro-

fondi e propedeutici sulle persone e sulla loro messa in contesto. In particolare perché i cambiamenti strutturali segnalano la transizione in atto verso un cambio di paradigma in cui sono le persone che ci si attende si adattino al nuovo «impianto» organizzativo, a fronte di una storia e cultura in cui era l'organizzazione che veniva spesso plasmata sulle attese e convenienze dei professionisti.

Costruire le linee intermedie, il *middle management*, è operazione difficile in sé, molto complessa, specificatamente in contesti professionali di ampie dimensioni con limitate tecnostrutture centrali e/o decentrate, come le aziende sanitarie pubbliche.

La letteratura di management e sociologica ha studiato a lungo e messo bene in evidenza come vi sia una «infelicità» ben riconosciuta dei *middle managers* che ne limita l'efficacia e performance, alla quale si associano i tratti tipici e le ulteriori difficoltà fisiologiche dei contesti professionali dove gli stessi manager ricoprono ruoli ibridi.

Rispetto al primo punto, la letteratura è concorde sul fatto che i *middle managers* (Osterman, 2009):

- ▶ percepiscono l'organizzazione come inefficiente e inefficace;
- ▶ si sentono oberati di lavoro (*overworked*);
- ▶ non credono di essere veramente ascoltati dalla direzione;
- ▶ non vedono il significato completo del loro lavoro;
- ▶ vivono il contesto organizzativo come ambiguo, incoerente e fonte di conflitto di valori.

Rispetto alla questione dei ruoli ibridi, le evidenze prodotte dagli studi segnalano che (King's Fund 2011):

- ▶ si percepiscono nativamente come rappresentanti della «pancia» organizzativa piuttosto che gruppo dirigente e «cinghia di trasmissione» tra vertice aziendale e collaboratori;
- ▶ quando non rappresentano porzioni della *line* organizzativa, spesso perseguono la strategia opposta di isolare la pancia dell'organizzazione del vertice, per conservare lo status quo (cosiddetta «custodial strategy»);
- ▶ non di rado, sono leader «riluttanti». Accettano di dirigere una linea intermedia per convenienza o necessità, non per aspirazioni da leader e da esercizio del ruolo;
- ▶ la loro lealtà è prima verso il paziente e gli stakeholder esterni piuttosto che verso l'organizzazione (portato della tradizionale inversione mezzo-fine, cioè l'organizzazione come strumento asservito ai fini professionali, mentre dai medici-manager ci si attende la capacità di mediare in modo efficace le priorità organizzative con quelle professionali);

- il tentativo di trasformare le culture professionali in ibride manageriali spesso genera spinte alla burocratizzazione formale (adempimento passivo del ruolo piuttosto che azione proattiva).

Il prossimo paragrafo approfondisce implicazioni e conseguenze di questo quadro di contesto.

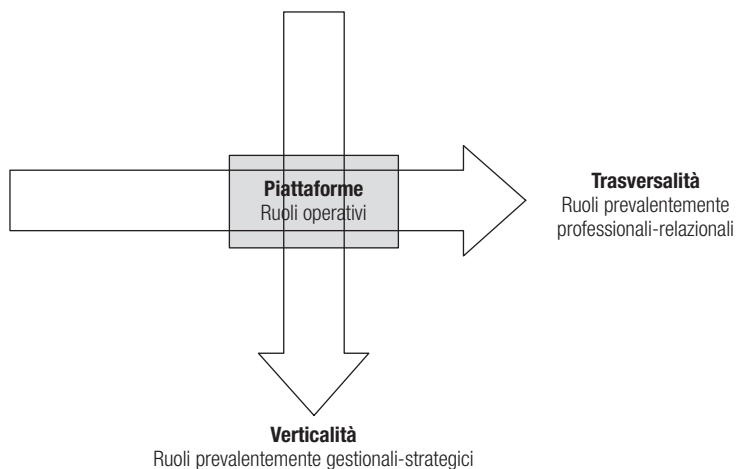
## 10.6 Implicazioni

Cosa può essere utile quindi alle aziende sanitarie per attrezzarsi a far «decolare» le linee intermedie in coerenza con le attese generate dai nuovi schemi organizzativi? Probabilmente un investimento mirato importante, intenso e continuo sulla messa in contesto dei *middle manager*. Con una attenzione specifica ai tratti dominanti del tipo di leadership attesa in relazione ai ruoli.

La Figura 10.3 identifica i tre ruoli di linea intermedia emergenti o in consolidamento, come anticipato nel paragrafo di discussione dell'analisi dei casi studio.

Ruoli che hanno connotazioni diverse, e quindi «accenti» diversi sulle attitudini e posture di esercizio. I ruoli «verticali» sembrano collegarsi maggiormente, come messo in evidenza anche dai tre casi studiati, ad una leadership trasformativa (più recentemente definita anche «abrasiva») finalizzata all'implementazione dei cambiamenti e delle scelte «difficili», alla presa di decisioni in condizioni «wicked» (Rittel e Webber 1973), cioè caratterizzate da assenza di una soluzione dominante, ambiguità e complessità di inquadramento. I ruoli trasversali connotano viceversa una leadership relazionale, orientate alla

Figura 10.3 I ruoli di linea intermedia emergenti



riconnessione, ricomposizione e negoziazione tra priorità non sempre allineate, all'influenza «dolce» ma decisa.

I ruoli di gestione delle piattaforme richiedono una *servant leadership* a forte impronta di razionalità tecnica, dove le decisioni e azioni seguono i «fatti brutali» e sono il portato di scelte prese dalle altre linee intermedie titolari delle questioni strategiche.

Appare evidente che non ci sono *middle manager* per tutte le stagioni: essi devono ricoprire ruoli con diverse necessità di competenze e stili comportamentali; inoltre lo stesso ruolo può richiedere un esercizio differente in momenti di vita diversi dell'organizzazione. È molto probabile che le attese di esercizio in una linea intermedia in costruzione siano diverse da quelle di un'azienda sanitaria con un assetto organizzativo già consolidato.

L'implicazione evidente è che la sofisticazione delle strutture e degli assetti organizzativi delle «mega» aziende sanitarie richiede una contemporanea sofisticazione dei meccanismi di messa in contesto e «imbarco» (*l'engagement* della letteratura internazionale) dei futuri *middle managers*.

Un processo che quindi può avvalersi di diversi strumenti, diversi dei quali in misura crescente sono già utilizzati, o almeno, stanno comparando nel «radar» delle aziende sanitarie:

- ▶ costruzione senso di squadra attraverso il consolidamento di specifiche *routine organizzative* (come messo in evidenza anche nei tre casi);
- ▶ ricorso a ritiri strategici in modalità *outing*, almeno una volta all'anno;
- ▶ richiesta di una crescente attività da *reflective practitioner*, cioè di apprendimento e *sensemaking* di quanto accaduto, di come è stato gestito, di come si è consolidato il proprio «metodo» di lavoro e stile di leadership;
- ▶ *shadowing*, cioè periodi di apprendimento del ruolo tramite affiancamento a colleghi che svolgono funzioni ed esercitano ruoli analoghi;
- ▶ *light coaching* e *mentoring* da parte di colleghi o tramite ricorso a professionisti esterni.

## 10.7 Conclusioni

Lo studio dei tre casi di aziende sanitarie di grandi dimensioni ha permesso di analizzare e discutere i cambiamenti in essere sulle strutture organizzative, quale riflesso della accresciuta complessità e del tentativo di generare una migliore governabilità dell'organizzazione. Ovviamente incide anche il portato della loro stessa storia, e quindi le Aziende sono soggette fisiologicamente alle influenze derivanti dalla *path dependency* (dipendenza dalle scelte e situazioni precedenti). Le tre aziende analizzate sono nel pieno di processi di sviluppo organizzativo, dove l'allineamento tra attese di funzionamento della struttura or-

ganizzativa e messa in contesto dei ruoli è la questione chiave, la più difficile. Se quindi in questa prospettiva il migliore investimento è forse quello a sostegno dell'*engagement* della squadra dei *middle manager*, all'interno di schemi organizzativi in via di sofisticazione tra linee di responsabilità verticali, orizzontali e di piattaforma, rimane ancora da chiedersi quali ulteriori possibilità, interventi, soluzioni possono aiutare le aziende sanitarie ad «attrezzarsi» per questa sfida organizzativa. Alcune discontinuità interessanti, molto premature, ma che lentamente si stanno facendo spazio nella riflessione, in parte del dibattito, ed in qualche pratica aziendale, sembrano essere le seguenti.

1. Trasformare i ruoli di direzione delle grandi macrostrutture (aree, dipartimenti, distretti, ecc.) in ruoli di carriera che prevedano un percorso di acquisizione di competenze specifico, e non quello generalista da direttori di struttura complessa. Ruolo che può avvicinarsi ad una funzione di direzione sanitaria (per gli aspetti gestionali). Traiettorie, questa, complessa, e foriera di pro e contro da soppesare bene, probabilmente possibile solo per parte delle linee intermedie. Ma che pone la questione di quanto la temporaneità del ruolo sia un'opportunità o un problema per l'*engagement* dei professionisti. Da approfondire prendendo la prospettiva della Direzione Aziendale.
2. Istituire un collegio di direzione delle professioni sanitarie per rafforzare il governo unitario di tutta la parte sanitaria del comparto, evitare personalismi e verticalizzazioni spinte – le ultime specificatamente quando immotivate o incoerenti con il momento di vita aziendale – favorendo la ricomposizione sotto la Direzione del Sanitaria di tutta la linea di produzione aziendale.
3. Rafforzare le nascenti tecnostrutture di Direzione/Gestione Operativa, quale riferimento per il supporto gestionale alle funzioni e responsabilità operative della linea intermedia;
4. Prevedere per le macrostrutture di linea intermedia con-direzioni o direzioni e vicedirezioni con professionisti portatori di metodi e stili di leadership diversi che possono complementarsi. Questi professionisti, all'occorrenza, possono assumere il governo di specifici processi e azioni che richiedono una certa postura comportamentale piuttosto che un'altra. Investendo ovviamente molto per rafforzare la visione e le pratiche di lavoro in team tra i due professionisti, onde evitare il degenerare verso – sempre possibili – situazioni di conflittualità e competizione interna.

Quanto sopra rappresenta solo un contributo, *food for thought*, ad una riflessione che è in corso e probabilmente maturerà ulteriormente nei prossimi mesi. Il futuro delle aziende sanitarie, oggi più di ieri, sembra dipendere in misura crescente dal contributo (non solo professionale, ma sempre di più gestionale) dei professionisti chiamati a coprire i ruoli di *middle management*. Con questa consapevolezza, ci auguriamo quindi che questo contributo possa essere un ul-

teriore elemento per arricchire la riflessione accademica, il dibattito istituzionale e le pratiche aziendali rispetto all'evolvere della complessità delle sfide organizzative.

## Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (2005), *Corso di economia aziendale*. Bologna, il Mulino.
- Borgonovi E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2000), «L'evoluzione nelle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche» in E. Anessi Pessina e E. Cantù. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A. (2016), «La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti» in CeRGAS – Bocconi, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. *Rapporto OASI 2016*, EGEA, Milano.
- Di Maggio P.J., Powell W.W. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-170.
- Fattore G., Gugiatti A., Longo F. (2016), «Il riordino dei servizi sanitari regionali», in CeRGAS – Bocconi, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. *Rapporto OASI 2016*, EGEA, Milano.
- Jones G.R. (2007), *Organizzazione. Teoria, progettazione, cambiamento*, Ed. italiana a cura di Giuseppe Soda (Edizione originale: *Organizational Theory, Design and Change*, Pearson, 2003), Milano, EGEA.
- King's Fund (2011), *The Future of Leadership and Management in the NHS: No More Heroes*
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna, Il Mulino.
- Osterman P. (2009), *The Truth About Middle Managers: Who They Are, How They Work, Why They Matter*, Harvard Business Press, Boston.
- Rittel H., Melvin M. Webber (1973), Dilemmas in a general theory of planning, *Policy Sciences*, June, Volume 4, Issue 2, pp 155-169.
- Sydow J., Schreyögg G., Koch J. (2009), «Organizational Path Dependence: Opening the Black Box», *Academy of Management Review*, October 1, vol. 34, no. 4 689-709.