

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 Cassese**  
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](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

Pubblicazione

- edita da **SIPIS**, soc. cd. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **SIPIS** 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: L. 95.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

- che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
- che chi fotocopie la rivista o parti di essa si espone a:
  - 1) multa penale (art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;
  - 2) azioni civili da parte di autori ed editori;
  - 3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;
- 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 **Conoscenze, tecnologie, politiche della salute**  
Elio Borgonovi
- Sez. 1<sup>a</sup> - **Saggi e ricerche**
- 9 **Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle aziende sanitarie: una periferia in movimento**  
Marco Meneguzzo, Angelo Tanese
- 21 **Lo sviluppo del sistema informativo automatizzato nelle aziende ospedaliere: impatto organizzativo e logiche di gestione**  
Walter Bergamaschi, Edoardo Ongaro
- 41 **L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche**  
Paola Adinolfi
- 59 **Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio sanitario e sanitario**  
Francesco Longo
- Sez. 2<sup>a</sup> - **Documenti e commenti**
- 71 **Il sistema di controllo interno e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie**  
Damiano Misuraca, Elisabetta Zambonin
- Sez. 3<sup>a</sup> - **Esperienze innovative**
- 79 **La valutazione della dirigenza sanitaria: tecniche e strumenti operativi - La scheda di valutazione**  
A. Brunetti, F. Buonocore, M. Faini, G. Faragli, F. Pes, F. Praticò, P. Roncarlo
- 93 **La medicina di gruppo a Milano e provincia: i reali contenuti**  
Jennifer Landau, Antonio Brambilla
- 103 **I contratti interaziendali in Sanità: interazione pubblico-privato accreditato nella esperienza della Usl 2 Lucca**  
Vairo Contini, Flavia Pirola
- 119 **Una ipotesi per la definizione dei prodotti del dipartimento di prevenzione della Asl Bn1 in Campania**  
Teresa Maglione
- Sez. 4<sup>a</sup> - **La sanità nel mondo**
- 133 **Il governo dell'assistenza farmaceutica: il modello inglese nel contesto dei principali Paesi UE**  
Claudio Jommi
- Sez. 6<sup>a</sup> - **Biblioteca**
- 155 **Novità bibliografiche**
- 158 **Bibliografia monografica**
- 162 **Spoglio riviste**
- 166 **Tesi**

## CONOSCENZE, TECNOLOGIE, POLITICHE DELLA SALUTE

Elio Borgonovi

*Lo sviluppo delle conoscenze è un processo continuo che qualifica la natura umana, la sua tensione verso la ricerca di migliori risposte ai propri bisogni e di convincenti risposte alle domande fondamentali della vita. È possibile affermare, con riguardo ai bisogni di tutela della salute, che in anni recenti, le conoscenze scientifiche hanno consentito di compiere un rilevante salto nella capacità di comprendere e risolvere situazioni anche molto complesse e gravi, ma hanno generato, o reso più evidente, il divario tra ciò che potenzialmente è possibile fare e ciò che concretamente si fa. L'attenzione quindi va posta sui fattori che condizionano il funzionamento effettivo dei sistemi sanitari, fattori che possono essere sintetizzati nei seguenti termini.*

*Tecnologie applicate alla sanità. Esse rappresentano il passaggio dalla semplice conoscenza astratta alle applicazioni; se si vuole dal sapere al sapere fare, tramite strumenti (apparecchiature, attrezzature, protesi, devices, ecc.) e tramite la messa a punto di sequenze di azioni idonee a tutelare la salute (le metodiche). Oggi la capacità di prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi e cura, riabilitazione sono enormi sia in virtù della disponibilità di tecnologie sanitarie in senso stretto (di laboratorio, chirurgiche, di cure intensive, ecc.) sia di tecnologie informatiche, telematiche e delle te-*

*lecomunicazioni applicate al settore della sanità.*

*Il problema che si pone e che appare lontano da una soddisfacente soluzione è dunque il seguente: come sia possibile per chi usa le tecnologie e per chi decide sulla disponibilità di esse (ad esempio i responsabili delle politiche sanitarie regionali e nazionali) governare le tecnologie e non subire l'impatto delle tecnologie.*

*Il livello di efficacia reale delle tecnologie e del rapporto benefici-costi del loro impiego dipende in larga misura dal fatto che esse siano usate in modo appropriato o, al contrario, siano imposte da valutazioni di convenienza economica o di pura immagine che poco o nulla hanno a che fare con le reali esigenze di salute.*

*Fattori istituzionali. Sono correlabili alle strutturali tendenze al decentramento delle amministrazioni politiche e delle funzioni e poteri pubblici nel campo della tutela della salute. Si fa riferimento, con riguardo al nostro Paese, anche se tendenze analoghe sono presenti in quasi tutti i Paesi progrediti, al decentramento delle funzioni alle regioni e agli Enti locali e al parallelo processo di attribuzione di un'ampia autonomia gestionale alle aziende produttrici ed erogatrici delle prestazioni e dei servizi di tutela della salute. Fa parte di questa tendenza anche il superamento della storica contrapposizione tra pubblico e pri-*

*vato con l'introduzione di logiche e di modelli che mettono in competizione strutture di offerta accreditate, indipendentemente dalla loro natura giuridica (pubblica e privata) o dalla proprietà.*

*È una tendenza che ha lo scopo di avvicinare il momento decisionale e operativo ai bisogni reali, ma che propone un nuovo ordine di problemi:*

*— come valorizzare le differenze derivanti da «risposte diverse a situazioni diverse»;*

*— come evitare che si generino «divaricazioni» eccessive, o comunque socialmente non accettabili, dei livelli assistenziali tra diverse regioni e tra diverse aree territoriali.*

*Le differenze del primo tipo, infatti, possono diventare fattore di miglioramento in quanto stimolano le realtà meno efficienti e dotate di minore razionalità a comprendere e ad imitare i comportamenti e i modelli di gestione delle realtà considerate migliori rispetto agli obiettivi di tutela della salute.*

*Le differenze del secondo tipo, che possono essere causate da fattori culturali, storici, di comportamenti, di livelli professionali, di diverse disponibilità di risorse, devono essere rimosse poiché il manifestarsi di divaricazioni troppo ampie in un sistema possono provocare conflitti (ad esempio sul piano delle politiche sanitarie, dei criteri di finanziamento,*

dei giudizi della popolazione) di difficile soluzione che ne minano la stabilità. Quindi i responsabili delle politiche sanitarie, specie di quelle riguardanti il finanziamento della sanità, dovranno porre la massima attenzione per eliminare i fattori che determinano distorsioni nella capacità di risposta ai bisogni o che determinano comunque una divaricazione dei livelli assistenziali, fattori che originano flussi di «migrazione sanitaria» da una regione all'altra, da un'area territoriale all'altra.

Fattori economici. La limitatezza della risorse economiche costituisce il fattore che negli anni più recenti è apparso più rigidamente vincolante nel campo della sanità. Le politiche di contenimento della spesa pubblica per recuperare condizioni di compatibilità economica (in Italia e in altri Paesi europei per entrare nel sistema della moneta unica, in altri Paesi del mondo per favorire politiche di riduzione delle tasse) e la contestuale pressione sui bilanci delle famiglie hanno fatto prevalere politiche finalizzate alla riduzione della spesa destinata ai bisogni di salute o, almeno, finalizzata a ridurre i suoi tassi di espansione. Ciò da un lato ha stimolato interventi orientati a recuperare più elevati livelli di efficienza nella produzione dei servizi (effetto positivo), ma dall'altro ha impedito, o comunque ritardato, la riflessione su un altro aspetto della spesa sanitaria, quello che la qualifica come «spesa di investimento». Infatti, la spesa sanitaria, se rispondente a criteri di razionalità, produce l'effetto di conservazione, recupero o promozione del più importante «patrimonio per la società», il patrimonio umano. Perciò, nel futuro sarà necessario analizzare la spesa sanitaria, esplicitandone anche la sua dimensione di «spesa di investimento» che contribuisce a sostenere lo sviluppo economico (e con esso l'occupazio-

zione). Alle finalità sociali e alle motivazioni etiche in base alle quali valutare la dimensione e la priorità della spesa sanitaria rispetto ad altre componenti di spesa (pubblica e privata), si aggiungono anche motivazioni di carattere economico. Questa evoluzione del modello di analisi e interpretazione degli effetti economici della spesa, può avvenire solo se sul piano tecnico saranno distinti i criteri di classificazione:

a) di carattere contabile riferiti alla natura dei fattori produttivi che distinguono le cosiddette spese correnti (o costi di esercizio) dalla spesa in conto capitale (costi pluriennali);

b) di carattere economico che distinguono la spesa per consumo (riferibile a beni la cui utilità si esaurisce con il consumo) e la spesa in conto capitale (riferita a beni dotati di «utilità ripetuta», cioè utilizzabili più volte), spesa che ha l'effetto di alimentare il processo di moltiplicatore o acceleratore economico;

c) di carattere economico funzionale sulla base del quale si può distinguere la spesa con riferimento al suo impatto sulla struttura e le potenzialità dell'economia: in base a questo criterio, si può considerare come spesa di investimento quella che è in grado di realizzare processi di tutela della salute (ma il concetto può essere esteso anche ad altri settori) che determinano un rapporto positivo tra benefici e costi, rapporto misurato secondo rigorose metodologie che incominciano ad essere disponibili.

Il tipo di classificazione qui proposto presenta gradi di complessità di misurazione superiori a quelli «tradizionali» e si basa su un modello interpretativo innovativo (e perciò da sottoporre ad attenta considerazione critica) secondo il quale deve considerarsi come «investimento» per l'economia e la società ogni spesa che è attuata con livelli di efficienza (misu-

rati dal rapporto benefici-costi) superiore a quella consolidata e perseguita normalmente dal sistema. La spesa che produce un «valore aggiunto» (di tipo economico o di tipo sociale) rispetto ai livelli consolidati o normali deve essere considerata «un investimento» (economico o sociale) per la società.

Fattori sociali. Sono collegati alla modificazione dei rapporti tra i diversi soggetti e sono riferibili in modo particolare alla diffusione di informazioni e conoscenze finalizzate a dare pieno e reale contenuto al principio di rafforzamento della capacità di scelta del paziente. Infatti, fine ultimo di ogni processo economico e sociale dovrebbe essere (secondo la concezione antropologica ed etico-morale di chi scrive) quello di aumentare la libertà di scelta di ogni persona con riguardo alla propria vita e il livello di indipendenza rispetto ai possibili condizionamenti da parte di altre persone. Nel campo della salute esistono fattori di tipo emotivo che influenzano la relazione tra medico (o altro professionista) e paziente determinando una strutturale dipendenza (o comunque condizionamento) di quest'ultimo. Anche le logiche intrinseche dei Servizi sanitari pubblici, fondati su strumenti di governo o programmazione e controllo dell'offerta, hanno contribuito in passato ad accentuare il livello di condizionamento della domanda da parte di chi aveva il potere decisionale (di vario livello) sull'offerta. Le recenti evoluzioni della cultura economica e sociale recepite anche nella normativa del settore sanitario, hanno portato alla valorizzazione del ruolo della scelta del paziente (o del cittadino potenziale utente del servizio sanitario). Tale principio viene da molti collegato alla introduzione di sistemi di finanziamento secondo cui le risorse vengono attribuite alle strutture cui si rivolge il paziente per ottenere l'e-

rogazione di servizi, all'aumento della quota di finanziamento privato (in forma di ticket o di esclusione di certe prestazioni dalla «copertura pubblica» con l'esigenza di stipulare assicurazioni o mutue integrative), alla diffusione di informazioni (anche attraverso l'enorme potenziale di internet) sui possibili trattamenti o sulle caratteristiche e le performance delle varie strutture di offerta. Va tuttavia ricordato che la semplice disponibilità di informazioni e la «disponibilità a pagare» sulla base di risorse economiche di cui si è in possesso, non garantiscono di per sé la libertà di scelta che è anche largamente condizionata dal livello di conoscenza, di razionalità e, secondo i filosofi e i moralisti, dalla «saggezza» delle persone. La valorizzazione della scelta del paziente, che è elemento importante per liberare le persone dalla schiavitù dei bisogni e dai condizionamenti di altre persone, è garantita solo dal fatto che si diano alle persone strumenti interpretativi (esempio educazione sanitaria, ecc.) che le aiutino a trasformare le informazioni cui hanno accesso in «reali conoscenze» sui percorsi da seguire per tutelare la propria salute. Non si garantisce la libera scelta solo realizzando condizioni affinché il paziente diventi «cliente», cioè una persona che ottiene ciò che vuole in funzione della sua capacità di e disponibilità a pagare, poiché sono noti i sistemi attraverso cui è possibile influenzare e strumentalizzare le scelte del cliente (ad esempio informazioni incomplete se non proprio distorte, azioni sulla sfera dell'emotività di chi ha problemi di salute, promesse di terapie di dubbia, o comunque non provata efficacia, esaltazione eccessiva delle componenti «accessorie» quali sono comfort, trattamento alberghiero, ecc.).

Nel campo dei servizi di tutela della salute e del funzionamento dei servizi sanitari, l'evoluzione degli anni re-

centi e quella che si prevede nel prossimo futuro è qualificata da un enorme sviluppo delle conoscenze tecnico-scientifiche e, ancor più, dello sviluppo delle capacità di raccogliere, elaborare, trasmettere e rendere accessibili enormi masse di informazioni. Di per sé ciò è condizione necessaria, ma non sufficiente, per migliorare la qualità complessiva della risposta. Chi ha la responsabilità del governo del sistema sanitario (a livello nazionale e regionale) e di gestione (delle aziende sanitarie pubbliche e private) deve operare in modo da favorire l'evoluzione:

- da informazioni
- a conoscenze
- a servizi effettivi.

Per servizi effettivi si intende la capacità di un sistema organizzativo, economico e sociale di garantire risposte corrette nel momento giusto alle persone giuste, cioè capacità di trasformare le «potenzialità» (date dalle conoscenze e dalle informazioni) in atti concreti (decisioni e azioni efficaci).

La sfida dei sistemi sanitari moderni, particolarmente accentuata per il sistema italiano, è dunque quella di elevare il livello quali-quantitativo di servizio che vuol dire sviluppare in tutti gli ambiti decisionali, (da quello dell'ambulatorio ospedaliero e sul territorio a quello della Divisione o del Dipartimento ospedaliero, a quello del Distretto per l'assistenza sanitaria sul territorio, a quello della Direzione delle aziende sanitarie, a quello degli organi di programmazione, di indirizzo e di controllo regionale e nazionale), le capacità di:

- ascoltare le esigenze dei singoli e di gruppi sociali che hanno bisogni di salute;
- interpretare correttamente le loro esigenze;
- garantire la flessibilità e l'adattamento della risposta, superando lo schematicismo dei modelli assistenziali

«scientificamente corretti», tecnicamente e tecnologicamente all'avanguardia, economicamente efficienti e sostenibili, ma non soddisfacenti per i destinatari finali.

L'orientamento al servizio, inteso nell'accezione sopra esposta, non si ottiene né con enunciazioni normative né con dichiarazioni politiche, né con richiami alla deontologia e all'etica professionale ma attraverso:

a) azioni che promuovono una modificazione della cultura di pazienti, professionisti, manager, policy maker del sistema sanitario (formazione);

b) introduzione di sistemi di incentivi (monetari e non monetari) idonei a identificare e premiare comportamenti conformi agli obiettivi di tutela della salute e a penalizzare (sul piano economico o della valutazione sociale) comportamenti guidati dai soli «interessi particolari» (sistemi cosiddetti di incentivi-disincentivi aziendali);

c) rafforzamento dei sistemi di responsabilizzazione finalizzati a verificare se i comportamenti reali corrispondono a quelli dichiarati e programmati (sistemi di monitoraggio e controllo).

Quest'ultimo aspetto merita particolare attenzione in un Paese (l'Italia) nel quale specie in questi ultimi anni si è diffusa una larga convinzione della necessità «di cambiare le regole» (che ha portato ad approvare due riforme del Ssn in un periodo assai breve 1992/93 e 1999 e che vede molte regioni impegnate in una intensa attività normativa per qualificare un proprio modello di sanità) quando invece il problema reale più urgente è quello di far rispettare le regole e di applicare correttamente principi, criteri e regole già esistenti.

Un vero orientamento al servizio non si realizza per legge, né per denuncia di ciò che non va e per auspici su ciò che si dovrebbe fare, né con il massiccio ricorso alle nuove tecnologie. L'o-

*rientamento al servizio di tutela della salute si ottiene diffondendo in centinaia, migliaia, centinaia di migliaia di persone che operano nel sistema:*

*a) un forte spirito di imprenditorialità (accettare le innovazioni e il rischio ad esse connesso);*

*b) un solido senso del realismo che significa capacità di separare la sfera degli ideali, dei sogni, delle utopie da quello dei progetti fattibili e realizzabili in relazione alle condizioni oggi esistenti (o che si realizzeranno nel prossimo futuro);*

*c) un radicato senso della coerenza*

*e dell'etica personale che impone di considerare il sistema di produzione ed erogazione di servizi di tutela della salute come un sistema guidato e governato dalla preminenza delle relazioni interpersonali.*

*È questa la sfida più elevata della società moderna nella quale le nuove tecnologie hanno consentito anche nel campo della salute di abbattere molte barriere spazio-temporali che ostacolavano il corretto incontro bisogno-offerta, hanno modificato in profondità il modo di produrre e diffondere le conoscenze, ma hanno anche portato*

*enormi contraddizioni tra chi può impiegare enormi risorse per seguire desideri e sogni e chi non dispone nemmeno di risorse assai limitate per rispondere a bisogni di salute primari. Tali contraddizioni non sono risolvibili dalla razionalità economica ma solo dal ritorno della società a un solido senso etico che può ricordare a tutti e in ogni momento che le tecnologie e l'economia sono, e devono restare, strumenti al servizio delle persone e non strumenti per favorire il dominio e la sopraffazione di persone su altre persone.*

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# SISTEMI SANITARI REGIONALI E CAPACITÀ DI INNOVAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE: UNA PERIFERIA IN MOVIMENTO

Marco Meneguzzo<sup>1</sup>, Angelo Tanese<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università L. Bocconi Milano - Università Roma 2

<sup>2</sup> Consulente - Università Roma 2

**SOMMARIO:** 1. *Performance* istituzionali delle regioni e promozione della innovazione nel sistema sanitario regionale - 2. Regioni e promozione della innovazione nell'era della aziendalizzazione - 3. L'innovazione nella periferia del sistema sanitario: un modello interpretativo.

*This article considers the ways in which innovations in health-care have been fostered and carried out in Italy during the last years. In the first part, the authors explore different strategies and practices produced by the regions to promote innovations and develop a management culture in the local health-care organizations. Innovation in the Italian National Health System faces a paradox between the need for co-ordination addressed at the regional level and the need for autonomy and entrepreneurial attitude that is found at the local level. If we analyse the experiences made during the last ten years, we can find that innovation often originates at the periphery of the system rather than through central direction and planning.*

*In the second part, the authors describe relationships between innovation and organization in public health-care at the local level. Through case studies, it is possible to detect some tendencies towards conditions and characteristics of innovation processes. These tendencies show that innovative organizations are learning how to link internal strategy or process innovation to structural basis and operating systems. This research suggests that learning and innovative processes can be augmented and accelerated by creating combinations of central planning and local development of organisational structure and management skills.*

## 1. *Performance* istituzionali delle regioni e promozione della innovazione nel sistema sanitario regionale

Con la riforma *ter*, varata nella metà del 1999 e soprattutto con il consolidamento delle politiche di decentramento istituzionale di funzioni e di federalismo fiscale (tra cui la recente riforma dell'assistenza, legge 328 del 2000) è stato definitivamente affermato il ruolo delle regioni come attori chiave del Servizio sanitario nazionale.

Le regioni sono così diventate protagoniste a pieno titolo del processo di riorientamento strategico dello stesso Ssn verso un «sistema» di Servizi sanitari regionali.

Alla crescente rilevanza che sta assumendo il «regionalismo» (o se si

preferisce il federalismo) non si è accompagnata negli ultimi anni una approfondita analisi sulle «performance» istituzionali e operative delle regioni nei confronti delle Unità sanitarie locali, nella prima fase del Ssn e negli ultimi anni, (attuazione dei D.L.vo 502 e 517), verso le nuove aziende sanitarie pubbliche locali (Asl ed aziende ospedaliere).

Le *performance* regionali possono essere valutate sotto differenti profili; dalla capacità di controllo e governo della spesa sanitaria, che è stato il nodo critico del Ssn, al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, alla capacità di promuovere innovazioni diffuse nel sistema, al rafforzamento dei diritti di cittadinanza e delle condizioni di legalità, in particolar modo nel sistema sanitario pubblico del Mez-

zogiorno, che ha evidenziato crisi di *governance* ed in molti casi, di governabilità (Meneguzzo, Del Vecchio, 1993).

Nella prima fase del Ssn (inizio anni 80 - primi anni 90) le Regioni hanno risposto, con capacità differenziate, alle attribuzioni istituzionali previste dalla legge di costituzione del Servizio sanitario nazionale; dalla istituzione delle Usl e alla loro zonizzazione, alla definizione del modello organizzativo, alla individuazione dei meccanismi di finanziamento (il «riparto» dei Fondi sanitari regionali), fino alla programmazione sanitaria, ed in alcuni casi sociosanitaria, delle Usl.

In questo periodo le regioni hanno operato concretamente sul terreno della modernizzazione delle Usl, promuovendo e/o gestendo specifici interven-

ti attraverso proprie agenzie operative, centri di ricerca universitari e società di consulenza. In alcuni contesti si sono introdotti incentivi finanziari per premiare Usl più dinamiche ed attente ai processi di cambiamento organizzativo e gestionale.

Lo sforzo delle regioni si è concentrato inizialmente sulla progettazione e sulla messa in atto dei sistemi di contabilità direzionale e di contabilità dei costi, di cui esempi sono le sperimentazioni su contabilità dei costi in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto e il progetto di sperimentazione sulle tecniche di zero base *budget* (una ampia ricognizione è stata effettuata dal Cresa nel 1990 per conto del Formez).

Successivamente le regioni si sono mosse in nuovi ambiti di intervento, promovendo progetti specifici sul miglioramento delle condizioni di accessibilità (istituzioni dei Centri unici di prenotazione, tessere sanitarie informatizzate, revisione delle procedure di accesso), sperimentazioni dei *sistemi Total quality management* e di verifica e revisione della qualità, e accelerando la introduzione e diffusione degli Uffici di pubblica tutela (Meneguzzo, 1991; Regione Emilia Romagna, 1986).

Grazie a questi interventi il sistema sanitario pubblico ha beneficiato in anticipo di importanti innovazioni introdotte nella metà degli anni novanta dal Dipartimento della Funzione pubblica e rivolte all'intero sistema della Pubblica amministrazione (Rebora, 1999; Meneguzzo, 1999).

Tra queste vanno segnalate la istituzione degli Uffici di relazione con il pubblico (l'estensione della *mission* operativa degli Urp) la Carta dei servizi, (si veda Mussari, 2000) la riforma del sistema dei controlli (Legge 286 del 1999), che ha sancito la necessità di introdurre e rafforzare i si-

stemi di controllo di gestione e di controllo strategico.

L'analisi approfondita di questo primo decennio ha evidenziato il prevalere di un *approccio top down* da parte delle regioni, con alcune importanti differenze.

Nelle regioni con più forte capacità di tenuta politico amministrativa hanno prevalso modelli di programmazione organica della innovazione gestionale e amministrativa; segnali interessanti della capacità di intervento sono stati l'accantonamento di quote del Fondo sanitario regionale finalizzate a finanziare gli interventi innovativi e la individuazione di *best practices* di Unità sanitarie locali, ritenute utile riferimento per l'insieme delle Usl regionali (modello delle Usl pilota in Veneto ed in Emilia Romagna).

In altre regioni ha prevalso un approccio fortemente dirigista, in cui sono stati riservati spazi ridotti a forme di negoziazione tra «il centro regionale» e la periferia del sistema delle Usl; in queste regioni sono stati formulati e messi in atto progetti finalizzati, sulla contabilità dei costi, sulle politiche d'acquisto, sulle gestione e manutenzione del patrimonio tecnologico e sulla informatizzazione, riconducibili alle logiche di programmazione sanitaria regionale ed a esigenze di controllo e governo della spesa sanitaria.

Nelle regioni del Mezzogiorno (Cerrisi, 1992), ha prevalso invece il modello della *innovazione annunciata*, caratterizzato da una forte enfasi alle dichiarazioni di principio ed all'effetto annuncio sulle nuove iniziative, accompagnati a loro volta da una debolezza strutturale dei processi di messa in atto delle innovazioni promesse.

Nella seconda fase di consolidamento e sviluppo istituzionale del Ssn, legata alla attuazione dei principi e delle *guidelines* contenute nella riforma *bis*, si è assistito ad una significativa modifica delle *performance* istitu-

zionali ed operative delle regioni, che hanno visto riconosciuti maggiori margini di azione.

Sono stati introdotti alcuni aggiustamenti alla logica *top down* di promozione e gestione della innovazione, verso modelli di tipo negoziale (per una analisi ed un confronto delle diverse logiche si veda Lo Schiavo, 1997 e Meneguzzo, Lega, 1999).

Le *performance* delle regioni possono essere valutate con riguardo alla capacità effettiva di risposta alle funzioni istituzionali previste dalla riforma *bis*, in primo luogo la ridefinizione degli ambiti territoriali delle Usl con la conseguente creazione delle nuove Asl e la costituzione delle Aziende ospedaliere, attraverso lo scorporo dei presidi ospedalieri ad elevata complessità dimensionale.

Le regioni hanno subito provveduto, seppur con logiche e tempi differenti ai processi di *merging* tra Usl (Meneguzzo, 1997), ed hanno continuato ad operare aggiustamenti parziali attraverso ad esempio la istituzione di nuove aziende sino alle attuali 197 Aziende sanitarie locali e 98 aziende ospedaliere (si veda la recente ricognizione dell'OASI-Cergas Bocconi contenuta in Anessi Pessina, Cantù, 2000).

Ambiti più significativi per la valutazione del rendimento istituzionale sono però rappresentati dalle funzioni caratterizzanti della capacità di governo e coordinamento delle regioni ossia:

— la definizione delle linee guida sull'assetto organizzativo e sulle modalità di funzionamento delle Asl e Aziende ospedaliere;

— l'esplicitazione degli indirizzi in tema di contabilità e gestione finanziaria;

— le modalità di distribuzione del Fondo sanitario regionale, in relazione alla introduzione del nuovo sistema di finanziamento per prestazioni.



Una prima ricognizione, condotta a tre anni di distanza dalla emanazione della riforma *bis* (Meneguzzo, 1997) ha evidenziato dinamiche contrastanti; da un lato le regioni hanno fornito una adeguata risposta alle scadenze istituzionali e normative (50 leggi regionali di attuazione).

Sul piano dei contenuti e delle azioni concrete si sono invece rivelate debolezze significative; in molte regioni le leggi di organizzazione, che pur dovevano riconoscere maggiori spazi di «autonomia aziendale» sono state concepite in modo tradizionale e con un approccio dirigitico.

A sette anni dalla riforma *bis* il quadro si è radicalmente modificato e le regioni hanno rispettato in pieno le «attribuzioni istituzionali», provvedendo in alcuni casi ad interventi di ulteriore modifica e dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie (è questo il caso della Regione Lombardia) e del sistema contabile (Anessi Pessina, Cantù, 2000).

Luci e soprattutto ombre emergono in due importanti ambiti, rappresentati dalla programmazione sanitaria regionale e dalla messa in atto delle indicazioni previste nella riforma *ter*, emanata a metà 1999.

Per quanto riguarda il primo punto, le regioni, viste come assessorati o loro agenzie sanitarie regionali, hanno evidenziato significativi ritardi nella formulazione e messa in atto dei piani sanitari (e/o sociosanitari) regionali; 11 regioni dispongono tuttora di un Psr in vigore (Anessi Pessina, Cantù, 2000).

Insieme alla programmazione macro a livello regionale va vista la programmazione settoriale, caratterizzata dalla programmazione della rete ospedaliera, dalla formulazione dei programmi stralcio triennali sul Piano poliennale di intervento per gli investimenti in edilizia sanitaria e l'ammmodernamento tecnologico del Ssn, dalla

programmazione necessaria per la chiusura e/o riconversione dei 247 ospedali pubblici con meno di 120 p-l.

Il quadro di sintesi sulla programmazione settoriale non sembra ancora rassicurare sulla effettiva capacità di gestione dei sistemi sanitari regionali e di piena assunzione da parte delle Regioni di un ruolo di capogruppo del sistema sanitario regionale.

La stessa recente vicenda della formulazione del piano straordinario per le grandi città non pare ancora evidenziare risposte rapide; incognite si aprono per il futuro tenendo conto che la riforma *ter* che prevede un ulteriore rafforzamento della funzione di programmazione del sistema sanitario regionale, con un ruolo più incisivo dei comuni e degli *stakeholders* pubblici e privati, operanti a livello locale.

Sulla difficoltà evidenziate in alcuni contesti regionali ad attenuare le logiche di «neocentralismo» ed a riconoscere maggiori spazi di intervento alle aziende sanitarie va ricordata la problematica dell'atto aziendale, che secondo la riforma *ter*, dovrebbe vedere affermata la *autonomia imprenditoriale* delle aziende sanitarie pubbliche.

A fronte di numerosi progetti formulati e dalla associazione di settore (FIASO) e dalle stesse Aziende sanitarie che stanno guardando ad altre esperienze, quella degli IRCCS in primo luogo, solo due regioni hanno finora predisposto le linee guida per l'atto aziendale (Anessi Pessina, Cantù, 2000); il sistema è in fase di cambiamento dato che recentemente (gennaio 2001) due regioni — Piemonte e Liguria — hanno provveduto ad emanare le *guidelines* per la formulazioni degli atti aziendali.

A conclusione di questa diagnosi sul riorientamento del Ssn come sistema di servizi sanitari regionali vanno segnalate le conclusioni della recente indagine sul processo di aziendalizza-

zione avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta del Senato sul sistema sanitario, in cui è stato fornito un quadro di sintesi sul processo di aziendalizzazione.

I risultati della analisi evidenziano che il 71% delle aziende ha adottato il sistema di budget, l'80% opera in base ai principi della nuova contabilità generale, la Carta dei servizi è strumento in uso in circa il 91% delle aziende (per una analisi approfondita sulla Carta dei servizi si veda anche Mussari, 2000).

Difficoltà si registrano nelle scelte di riprogettazione dell'assetto organizzativo; i Dipartimenti sono stati istituiti nel 50% delle aziende sanitarie, le strutture di emergenza di primo e secondo livello coprono circa il 50% delle aziende mentre apparentemente l'attività libero professionale è presente nel 97% delle aziende (Sole 24 ore - sanità n. 23, 23-29 gennaio 2001).

## 2. Regioni e promozione della innovazione nell'era della aziendalizzazione

Rispetto al decennio precedente si è registrata quindi, nella era della aziendalizzazione, una significativa correzione di rotta sul tema della promozione e gestione della innovazione presso le aziende sanitarie.

Prima di presentare le caratteristiche del progressivo riorientamento da un approccio *top down* a logiche negoziate nella promozione della innovazione istituzionale è opportuno fare il punto delle esperienze in atto negli ultimi anni.

Un primo importante ambito riguarda la «innovazione» direttamente *guidata dal livello centrale* o governata attraverso la negoziazione tra livello centrale e livello regionale.

A questo ambito appartengono in primo luogo i progetti di ricerca (art. 12, D.L.vo n. 517/93) finanziati a va-

lere sul Fondo sanitario nazionale ed assegnati all'Istituto superiore di sanità; nel periodo 1993 - 1997 sono stati attivati 19 progetti, formulati in coerenza con le indicazioni e gli obiettivi del Piano sanitario nazionale che hanno visto la partecipazione delle Aziende sanitarie (si veda [www.iss.it](http://www.iss.it)).

Di rilievo sono i progetti che fanno riferimento al programma «Programmi di verifica e revisione di qualità dell'assistenza sanitaria e delle iniziative volte all'accreditamento delle strutture sanitarie» e che si sviluppano su interventi collegati al «miglioramento continuo di qualità» (MCQ); in particolare interessante è il sottoprogetto sul censimento delle attività di MCQ svolte nelle aziende sanitarie italiane.

Nel 1998 (si veda sempre [www.iss.it](http://www.iss.it)) sono stati approvati altri quaranta progetti, con spazio significativo a temi a forte contenuto innovativo dai percorsi assistenziali, alla appropriatezza nell'utilizzo della tecnologia sanitaria e al *technology assessment*, alla razionalizzazione delle procedure di acquisto alla *evidence based medicine* ed al *disease management*, all'accreditamento ed alla certificazione di qualità.

Il caso più significativo di innovazione istituzionale è rappresentato dai progetti di sperimentazione gestionale, approvati in applicazione dell'art. 9 D.L.vo n. 517 /93: si tratta di progetti che prevedono modalità di cooperazione con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere e di servizi, purché motivate da ragioni di convenienza connesse al miglioramento della qualità della assistenza (1).

Come modalità operative può essere prevista la realizzazione di società miste a capitale pubblico e privato; nella tabella 1 viene presentato il quadro di insieme dei progetti di sperimentazione gestionale.

**Tabella 1**

<b>Lombardia</b>	- linee guida per la definizione di un modello istituzionale ed organizzativo per il governo delle aziende sanitarie della città di Milano;
<b>Piemonte</b>	- aziendalizzazione delle strutture sanitarie della azienda ospedaliera San Giovanni Battista Torino;
<b>Liguria</b>	- sperimentazione gestionale presidio ospedaliero Levante (società mista);
<b>Basilicata</b>	- gestione integrata centro riferimento oncologico regionale ed Istituto Tumori Milano Asl 1 Venosa;
<b>Molise</b>	- <i>partnership</i> tra Dipartimento interaziendale Civico
<b>Sicilia</b>	- ospedale cervello e Medical center Università Pittsburgh per Dipartimento trapianti di organi;
<b>Veneto</b>	- riconversione di ospedale generale in ospedale riabilitazione geriatrica polifunzionale Ausl 21 Legnago;
<b>Toscana</b>	- realizzazione centro neurochirurgia in <i>day surgery</i> Asl 8 Arezzo.

Fonte: *Il Sole 24Ore, sanità*, 28.10 - 3.11.1998.

La verifica sulle concrete modalità di attuazione dei progetti di sperimentazione evidenzia capacità di risposta molto differenziate; sicuramente progetti caratterizzati dalla introduzione di nuovi assetti istituzionali, che prevedono formule societarie ad hoc e progetti che richiedono modalità complesse di cooperazione e raccordo interistituzionale ed interaziendale, come è il caso della Sperimentazione di Milano (Buccoliero, Meneguzzo, 1999), hanno presentato difficoltà e ritardi in fase di implementazione.

La riforma *ter* apre spazi importanti ai progetti di sperimentazione gestionale ed alla innovazione guidata a livello istituzionale; infatti la concertazione tra livello centrale e regionale, prevista in passato, e collocata nella Conferenza Stato — regioni viene sostituita da una nuova logica in cui le regioni assumono un ruolo chiave nell'intero processo.

Alle regioni di intesa con le Asl e le aziende ospedaliere spetta direttamente il compito di proporre programmi di sperimentazione orientati a prevedere forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e sog-

getti privati, anche attraverso la costituzione di società miste.

Viene quindi confermata nella innovazione istituzionale la logica *top down*, con uno spostamento di responsabilità da livello centrale a livello regionale.

La logica potrà essere attenuata nei diversi contesti regionali grazie alla attivazione di relazioni dirette tra livello regionale e le aziende sanitarie.

In parallelo alla innovazione istituzionale si è sviluppata la innovazione dal basso in stretta coerenza con la *diffusione dei premi alla qualità ed alla innovazione*, propri delle imprese private e progressivamente adottati nel sistema della pubblica amministrazione (Meneguzzo, Lega, 1999).

Nel settore sanitario sono stati promossi i premi Golden Helix (progetti di miglioramento della qualità) e il premio Andrea Alesini, promosso dal Tribunale dei diritti del malato.

Il premio *Golden Helix* (per una presentazione della iniziativa si veda Brusoni, 1999) è organizzato a livello europeo dalla *Agilent technologies Hewlett Packard*, ed è rivolto ai progetti di strutture sanitarie pubbliche e

private che abbiano dimostrato di aver raggiunto un livello qualitativo esemplare nei servizi offerti, con la contemporanea attenzione ai livelli di risparmio e gestione delle risorse.

La nona edizione italiana (1999) ha messo a confronto oltre 60 progetti, destinando il premio finale di 10 milioni da destinare all'implementazione dell'iniziativa, al piano di riorganizzazione e gestione dell'unità operativa di anestesia-rianimazione della Azienda Usl di Forlì. Caratteristiche del progetto premiato sono state il miglioramento dell'efficienza di un reparto complesso, con parallela riduzione delle giornate di degenza e conseguente contenimento dei costi.

Altri progetti premiati erano focalizzati sul *risk management*, sulla qualità totale, sul *comfort* ospedaliero, sul miglioramento della qualità dell'igiene ambientale e, infine, sulla qualità dell'assistenza domiciliare oncologica. (per un quadro di sintesi dei progetti finalisti si veda tabella 2)

Il premio Alesini, giunto alla terza edizione (1999), vuole catalizzare l'attenzione dell'opinione pubblica e riconoscere esperienze utili, progetti innovativi, comportamenti di particolare efficienza nel campo della sanità, promuovendo soprattutto le esperienze di collaborazione tra istituzioni, operatori, soggetti privati e cittadini (2) (si veda [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)).

I progetti pervenuti in occasione della III edizione del premio sono stati oltre 400, e le categorie generali a cui progetti possono essere ricondotti sono:

- modalità di erogazione dei servizi;
- modalità di comunicazione con il pubblico;
- comportamenti professionali;
- modalità di gestione dei servizi;
- forme di partecipazione civica;
- atti normativi e amministrativi;
- contratti e convenzioni.

Tabella 2

Ussl 13 Veneto	- <i>Risk management</i> : integrazione del controllo delle infezioni nosocomiali nelle procedure di corsia;
Az. Osped. Cervello Sicilia	- Verso la qualità totale: avvio ed implementazione del sistema di qualità e TQM;
Az. Usl Bologna Nord Emilia Romagna	- Star bene in ospedale;
Az. Usl Pavia Lombardia	- Valutazione della qualità dell'igiene ambientale in ambito ospedaliero;
Az. Usl Verona Veneto	- L'assistenza domiciliare oncologica: un percorso verso la qualità.

Fonte: *Il Sole 24Ore, sanità*, 21 - 27.12.1999.

L'oggetto dell'innovazione può riguardare invece il miglioramento delle procedure, l'accesso a servizi e prestazioni, l'educazione alla salute e prevenzione, l'accoglienza e l'informazione ai servizi sanitari, il miglioramento delle strutture, la sicurezza, l'accesso alla documentazione e certificazione.

I soggetti promotori del progetto possono essere un ente pubblico, una struttura privata, un'organizzazione professionale, un'impresa o anche la cittadinanza attiva. Tali soggetti possono presentare il progetto singolarmente o in *partnership*.

### 3. L'innovazione nella periferia del sistema sanitario: un modello interpretativo

I progetti di innovazione presentati nelle diverse iniziative (*Golden Helix*, *Cento progetti per l'innovazione*, *Premio Alesini*) dalle aziende sanitarie pubbliche e dalle aziende ospedaliere possono essere interpretati in base a diverse angolature: da un lato, come una risposta nuova ed efficace ad esigenze di miglioramento dei servizi forniti o di sviluppo di capacità dell'organizzazione, dall'altro come elemento di rottura rispetto al modo di funzionamento consolidato della organizzazione sanitaria.

Le due prospettive, in realtà, altro non sono che le facce di una stessa medaglia: l'acquisizione di nuove capacità o l'introduzione di nuovi sistemi e tecniche di gestione strumenti e procedure, tanto più sono potenziali vettori di cambiamento nella pubblica amministrazione, quanto più si configurano come di messa in discussione dei modelli preesistenti.

Una interessante chiave di lettura delle esperienze emerse dalla terza edizione dell'iniziativa dei Cento progetti parte dall'analisi dell'insieme delle condizioni organizzative che li hanno resi possibili, non limitandosi alla semplice descrizione dei risultati conseguiti. (per una analisi della iniziativa Cento progetti si veda Dipartimento Funzione pubblica, 1997 e Dipartimento Funzione pubblica, 1999; sui premi alla innovazione si veda anche Meneguzzo, Lega, 1999).

Un primo dato di rilievo, infatti, è costituito dalla tendenza da parte delle aziende sanitarie proponenti a concepire e sperimentare i progetti di innovazione nell'ottica più ampia dello sviluppo e dell'apprendimento organizzativo, incardinandoli in un più generale percorso di cambiamento complessivo (Tanese, 1999).

Emerge, quindi, una nuova e più diffusa consapevolezza del rapporto esistente tra il progetto di innovazione

introdotto e il sistema organizzativo sottostante con una conseguente maggiore attenzione agli aspetti della *sostenibilità organizzativa dell'innovazione*, ossia della presenza di risorse e condizioni interne necessarie per portare a compimento il progetto, e della *trasferibilità dell'innovazione*, con le evidenti implicazioni quanto ai processi di diffusione dei contenuti del progetto.

Dall'innovazione di progetto, finalizzata principalmente a migliorare il processo di erogazione e la qualità del servizio, si passa così ad una logica di innovazione più ampia, che potremmo definire di sistema, in cui si cerca di migliorare anche le condizioni organizzative e di sviluppo dell'innovazione stessa.

Quest'ultima risiede nella capacità di legare il processo di innovazione alla formulazione di strategie e programmi di intervento, allo sviluppo di logiche e competenze di *project management*, al potenziamento dell'assetto organizzativo-gestionale interno (struttura, sistemi informativi, di programmazione e controllo, di gestione del personale, di valutazione e comunicazione), oppure allo sviluppo di una rete di relazioni formali e informali con altre aziende sanitarie ed amministrazioni pubbliche.

I casi di delle Asl e delle Aziende ospedaliere selezionati nella terza edizione del Premio Cento progetti al servizio dei cittadini (per un quadro di sintesi dei progetti premiati e riconosciuti si veda tabella conclusiva) testimoniano a diversi livelli l'esistenza non soltanto di «progetti innovativi», ma di «amministrazioni innovatrici», capaci cioè di mobilitare e mettere in campo le proprie risorse (materiali e immateriali) in modo nuovo e autonomo, e capaci di apprendere ad innovare, attraverso l'introduzione di nuove logiche di sviluppo e di una diversa cultura di servizio.

Il tema delle organizzazioni innovatrici si collega al cambiamento di fondo, seppur graduale, in atto nella pubblica amministrazione italiana, che sta portando all'acquisizione di una nuova identità di soggetti consapevoli della propria autonomia strategica e organizzativa, sempre meno autoreferenziali ma riorganizzate in funzione dei bisogni del cittadino e dell'utente dei servizi.

Di seguito verranno prese in esame le dimensioni della innovazione di sistema, analizzando i progetti in funzione del legame tra:

- innovazione e formulazione delle strategie;
- innovazione e sviluppo di logiche di *project management*;
- innovazione e riorganizzazione della struttura interna;
- innovazione e rafforzamento della rete istituzionale.

### 3.1. A) *Innovazione e formulazione delle strategie*

Il piano strategico è il principale strumento di indirizzo e di programmazione di una azienda sanitaria pubblica che vuole definire la propria missione e costruire un percorso di sviluppo coerente con finalità istituzionali, contesto di riferimento e le risorse a disposizione (Del Vecchio 1995).

L'esplicitazione delle priorità strategiche diventa quindi una condizione preliminare fondamentale per assegnare ai singoli progetti di innovazione obiettivi precisi e risorse adeguate. Il collegamento tra progetti di innovazione e strategie dell'ente può quindi avvenire a livello di azienda sanitaria nel suo complesso, a livello di singola funzione e a livello di servizio (Rebora, Meneguzzo, 1990).

Per quanto concerne le *Strategie generali di ente* il progetto di innovazione può agire su aspetti che riguardano il funzionamento complessivo

della organizzazione sanitaria (come la definizione delle funzioni e degli ambiti di competenza), l'assetto organizzativo e l'equilibrio economico-finanziario.

In entrambi i casi la valenza strategica del progetto è massima, in quanto la sua realizzazione ha evidenti e dirette implicazioni sull'identità della azienda sanitaria e sul ruolo svolto nel contesto di riferimento.

Esempio è il progetto sulla costruzione della rete degli Urp da parte della *Regione Emilia-Romagna*, che vede coinvolte direttamente le aziende sanitarie, che non ha unicamente la finalità di migliorare dal punto di vista sia qualitativo sia quantitativo le attività e strutture di comunicazione e relazioni con il pubblico sul territorio regionale. La rete degli Urp si configura come la sperimentazione di un modello di rapporto centro-periferia in cui la Regione (centro) svolge un ruolo di supporto, attraverso la articolazione della rete, la promozione dei canali di comunicazione e la messa a disposizione di risorse; agli enti periferici spetta il compito di attivarsi per utilizzare rete e risorse in base alle specifiche esigenze.

Passando a considerare le *Strategie di funzione*, il progetto di innovazione è direttamente collegato alle scelte strategiche ed alle politiche poste in essere con riguardo ad un suo specifico ambito di attività.

Queste ultime consistono o nella partecipazione a una politica di sistema, secondo un approccio di *public governance*, con altri soggetti istituzionali (ad esempio la funzione di prevenzione di un'azienda sanitaria o la recente partecipazione delle Asl agli strumenti della programmazione negoziata) o attraverso la predisposizione e l'offerta di specifici beni e servizi.

L'innovazione può dunque risiedere nel disegno e nella gestione della re-

te interistituzionale che sottende le politiche inerenti la funzione oppure un nuovo modo di assolvere ad essa.

Il Dipartimento di Prevenzione dell'*Azienda Usl di Frosinone*, attraverso una riorganizzazione interna e la collaborazione con altri soggetti pubblici e del privato sociale ha riqualificato la funzione e incrementato l'attività di prevenzione sul territorio.

Infine nelle *strategie di servizio* il baricentro si sposta sulle modalità di erogazione del servizio; la strategia di servizio è circoscritta a livello spaziale e temporale, riguardando la definizione di tutti quegli aspetti logistici, relazionali e operativi connessi alla fornitura dei servizi sanitari.

È un ambito di innovazione molto diffuso, che si colloca nella tradizione del miglioramento continuo della qualità del servizio; esso può riguardare sia il contenuto del servizio stesso, vale a dire l'insieme di elementi tangibili e intangibili che si vuole offrire, sia gli aspetti tecnici e strumentali connessi all'erogazione, sia il rapporto di scambio tra erogatore e beneficiario del servizio, sia il ruolo e la tipologia dell'utenza servita.

L'innovazione di servizio è alla base del *Network* di Divisioni di Pediatria promosso dall'*Azienda Usl di Latina* per l'umanizzazione del ricovero di minori, il progetto «Usl 1 in linea» per la gestione delle prenotazioni e delle informazioni attraverso uno sportello telefonico dell'*Azienda Usl Imperiese*, e ancora l'istituzione di un Centro informazioni e rapporto con il pubblico dell'*Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento*, l'Ospedale telematico virtuale degli *Istituti clinici di perfezionamento di Milano*, primo ospedale pubblico ad offrire gratuitamente consulenze *on-line* ai pazienti.

### 3.2. B) *Innovazione e sviluppo di logiche di project management*

Lo sviluppo di una logica di gestione per progetti caratterizza i processi di modernizzazione della pubblica amministrazione in atto negli ultimi decenni in diversi paesi.

L'approccio progettuale può apparire come il più coerente con l'esigenza di orientamento al cliente e di attenzione ai risultati rispetto alle logiche tradizionali di funzionamento delle organizzazioni pubbliche; infatti il progetto è costruito partendo da obiettivi chiari, raggiungibili e verificabili, con un'esplicitazione dei tempi di attuazione e delle responsabilità (per un quadro complessivo del *project management* in sanità, si veda Lo Giudice, 1998).

Gestire per progetti significa, insomma, introdurre elementi di forte visibilità e concretezza nelle logiche d'azione della amministrazioni e delle aziende pubbliche, consentendo di adottare criteri di valutazione basati sui risultati prodotti e sullo scostamento dagli obiettivi attesi; è più facile e immediato valutare il successo/insuccesso di un progetto che non le *performance* complessive di una singola organizzazione pubblica.

In più la logica di gestione per progetto garantisce una maggiore riproducibilità dell'innovazione nel tempo e nello spazio, consentendone il trasferimento e/o la sperimentazione presso altri enti.

Un primo importante ambito applicativo è rappresentato dalla *Promozione dell'innovazione* che vede un diretto collegamento tra progetti e esplicita volontà da parte del vertice politico e tecnico direzionale, di stimolare capacità di individuazione e soluzione di problemi all'interno delle strutture operative.

L'approccio graduale adottato, con largo uso della sperimentazione, la-

scia trasparire la valenza formativa e culturale del progetto nei confronti degli operatori coinvolti, valenza considerata altrettanto significativa quanto quella relativa al contenuto. Stimolare e investire risorse per lo sviluppo di un'autonoma capacità imprenditoriale e progettuale all'interno dell'organizzazione vuol dire investire sulla conoscenza, sulla crescita di un *know-how* immateriale, sull'acquisizione di nuove competenze.

Con il progetto «Migliorare dal basso», la Direzione generale dell'*Azienda Usl di Viterbo* ha promosso la presentazione di progetti di innovazione da parte delle strutture e del personale, progetti che sono stati selezionati a seconda della fattibilità e poi attuati — con l'istituzione di appositi «gruppi di innovazione» — o inseriti nel Piano strategico aziendale (*Azienda Usl Viterbo*, 1999).

Il confronto, la discussione e la formazione con tutto il personale dell'unità operativa di amministrazione del personale della *Asl n. 4 di Torino* è stato alla base di un intervento di semplificazione delle procedure, di miglioramento della qualità del lavoro svolto, di miglioramento della comunicazione interna.

La fase più critica del progetto è quella di *Gestione dell'innovazione*, in quanto occorre saper far convergere tutte le risorse di cui il progetto dispone, al fine di garantirne la tenuta nel tempo e il raggiungimento dei risultati attesi. In questa fase vengono spesso alla luce i limiti della progettazione come la carenza di competenze, l'esistenza di conflitti interni sul sistema delle responsabilità, la eccessiva esposizione e visibilità all'esterno, la sottovalutazione dei fabbisogni finanziari.

I progetti di innovazione costituiscono un'ottima palestra per formare nuove figure di *project manager*; dota-

te delle competenze tecniche e relazionali necessarie per la realizzazione e operanti solitamente con ottica trasversale e interdisciplinare.

Il Progetto «Ospedale a cinque stelle» dell'*Azienda Usl Bologna Nord*, finalizzato a migliorare il comfort alberghiero e dell'accoglienza, ha previsto l'attivazione di sei gruppi di lavoro tematici, con un forte coinvolgimento del personale nelle fasi di analisi dei problemi e progettazione di soluzioni.

Infine la *Valutazione e monitoraggio dei risultati* costituisce elemento che qualifica e valorizza il progetto stesso, collegandosi ad uno dei fondamentali imperativi delle pubbliche amministrazioni a partire dagli anni novanta (Rebora, 1999).

I progetti di innovazione possono così riguardare lo sviluppo di tali capacità, attraverso il perfezionamento delle metodologie e degli strumenti o l'ampliamento delle tecniche di valutazione, l'uso di sistemi di elaborazione delle informazioni più sofisticati, o ancora una diversa partecipazione dei soggetti coinvolti secondo i paradigmi partecipativi e pluralistici.

### 3.3. C) *Innovazione e potenziamento dell'assetto organizzativo*

Nelle diverse esperienze di innovazione è già stata evidenziata l'importanza della sostenibilità organizzativa dell'innovazione, intesa come capacità dell'organizzazione di mobilitare internamente e garantire tutte le risorse necessarie per il sostegno e il buon esito del progetto; nella maggior parte dei casi tali risorse riguardano l'assetto organizzativo e informativo dell'ente.

Garantire la sostenibilità dell'innovazione significa, infatti, ripensare l'organizzazione come un insieme di

regole, strutture, relazioni e culture in continua evoluzione, da costruire progressivamente.

Ogni innovazione implica un cambiamento organizzativo, più o meno rilevante; il successo della prima dipende in modo molto forte dalla capacità di gestione del secondo. I progetti di innovazione vanno quindi analizzati non soltanto per l'impatto che producono all'esterno, ad esempio migliorando la soddisfazione dei bisogni degli utenti, ma anche per le trasformazioni che producono all'interno della organizzazione, sia a livello di struttura che di cultura.

Spesso i progetti rappresentano un'importante occasione di crescita, attraverso interventi formativi, per il personale coinvolto, favorendo contemporaneamente lo snellimento di procedure, la riprogettazione dei flussi informativi e la costruzione di un diverso rapporto tra il vertice direzionale delle aziende sanitarie, tecnostruttura amministrativa, *professionals* sanitari e base dell'organizzazione.

Il primo livello di intervento sull'organizzazione è la *Riorganizzazione dell'assetto interno*.

Alcuni progetti di innovazione hanno rappresentato importanti occasioni per avviare o portare a compimento importanti processi di riorganizzazione, superando la frammentazione delle attività e delle funzioni esistente nelle aziende sanitarie, attraverso l'integrazione e la re-ingegnerizzazione dei processi e rafforzando le funzioni di direzione attraverso una più puntuale definizione dei livelli di autonomia e responsabilità.

I progetti di innovazione possono altresì servire per semplificare e rafforzare le funzioni di supporto amministrativo, decentrare o centralizzare funzioni tecniche e logistiche, esternalizzare o gestire internamente specifiche aree di attività (Longo, 2000).

Tra i più interessanti interventi organizzativi merita un'attenzione particolare il ricorso sempre più diffuso alla *information communication technology*, che consente di innovare radicalmente i processi di elaborazione e comunicazione delle informazioni dati, oltre che i rapporti intra e interorganizzativi, costruendo nuovi *network* basati sulla conoscenza e permettendo lo sviluppo di logiche di *knowledge management*.

In questa prospettiva può essere letta la riprogettazione del *network* organizzativo delle Agenzie ambientali, in cui sono confluiti i servizi delle aziende sanitarie locali, che ha portato la *Regione Emilia-Romagna* a sviluppare un modello organizzativo a rete costituito da un Nodo integratore (la Direzione generale) e da tanti Nodi operativi (le Sezioni provinciali e le Strutture tematiche).

Un uso innovativo delle risorse informatiche caratterizza il progetto dell'*Asl n. 4 Chiavarese* denominato *OASIS 4*, che consente agli utenti la prenotazione ed il ritiro dei referti direttamente dallo studio del proprio medico di Medicina generale.

Il secondo livello di intervento sull'organizzazione è connesso alle modalità di coinvolgimento e di partecipazione interna o, in modo più ampio, la *gestione dei processi di cambiamento organizzativo*.

La realizzazione dei progetti di innovazione mette alla prova le capacità di ascolto e di dialogo tra le diverse parti dell'organizzazione; la costruzione di un linguaggio comune, la creazione di consenso e di condivisione degli obiettivi, la partecipazione e la valorizzazione delle persone sono visti come elementi determinanti per assicurare la riuscita e se possibile il successo del progetto.

Sperimentare nuove modalità di

messa in opera della innovazione, attraverso un deciso coinvolgimento del personale vuol dire in ultima analisi sperimentare nuove e più efficaci modalità di crescita e di apprendimento dell'organizzazione (Tanese, 2000).

#### 3.4. D) Innovazione e costruzione di una rete interistituzionale

Il quarto aspetto attiene più direttamente al collegamento esistente tra il singolo ente e il sistema interistituzionale di riferimento.

La Pubblica amministrazione si configura come un sistema di enti debolmente connessi: da un lato essi godono di margini più o meno ampi di autonomia e di azione strategica nel proprio contesto di riferimento, dall'altro, soprattutto su specifici ambiti di attività, operano in situazione di interdipendenza informativa, politica o organizzativa, in un sistema di vincoli e di scambi reciproci.

Nel caso delle aziende sanitarie il *network* interistituzionale di riferimento ha visto sicuramente accresciuta la propria complessità nel passaggio tra il *network* di riferimento per le Usl (Borgonovi, Meneguzzo, 1995) al *network*, formato da *stakeholders* pubblici e privati che sta delimitando e condizionando i margini di azione delle Asl.

Le strategie di sviluppo e i processi di innovazione attivati in un'amministrazione contengono in sé elementi potenziali o reali di crescita per tutto il sistema pubblico. Il collegamento può avvenire a tre livelli diversi:

- a) realizzazione di strategie e progetti comuni o congiunti;
- b) iniziative di trasferimento e di diffusione dell'innovazione;
- c) coerenza tra i progetti attivati e i più ampi processi di riforma della P.A.

Per quanto concerne il primo aspetto vi sono innovazioni che richiedono la costruzione di una rete di soggetti

pubblici o pubblici e privati. Il ruolo del soggetto proponente può essere di coordinamento forte o di polo di riferimento; in entrambi i casi l'innovazione favorisce la realizzazione di nuove forme di cooperazione interistituzionale, che consentono il raggiungimento di risultati altrimenti impensabili con interventi disgiunti o non coordinati da parte dei vari soggetti.

In materia di integrazione tra servizi sociali e sanitari, l'*Azienda di Servizi sociali del Comune di Bolzano*, attraverso la costruzione di una rete cooperativa con altri enti pubblici e organizzazioni *no profit*, ha istituito un servizio continuativo di erogazione di prestazioni socio-assistenziali per gli anziani, cui accedere dal proprio domicilio chiamando un numero verde.

La validità di un progetto di innovazione deve essere misurata anche sulla base del suo potenziale di trasferimento ad altre istituzioni pubbliche, in primo luogo aziende sanitarie ma anche enti locali ed altre agenzie operanti nei settori socioassistenziale ed educativo.

La diffusione di un progetto può avvenire secondo diverse modalità, a seconda che il progetto venga semplicemente portato a conoscenza del sistema amministrativo pubblico attraverso pubblicazioni, convegni, *mass media*.

In alternativa possono essere costruite *partnership* o accordi interistituzionali tra enti o con soggetti terzi per favorire lo sviluppo dell'innovazione oppure può essere elaborato, in modo più strutturato, un programma di diffusione, con una chiara individuazione dei destinatari, del *budget*, delle modalità operative di trasferimento.

Da questo quadro emerge dunque l'immagine sempre più nitida di «una periferia in movimento», dove i percorsi dell'innovazione all'interno del sistema sanitario nazionale passano

sempre più attraverso capacità imprenditoriali e competenze organizzative locali.

Una tale effervescenza richiede una particolare attenzione in sede di formulazione delle politiche sanitarie, sia a livello nazionale che regionale, in quanto si configura come una risorsa per l'innovazione già disponibile e efficacemente spendibile nell'attuazione della riforma del sistema sanitario. Più precisamente, essa richiede una nuova ridefinizione del rapporto centro-periferia all'interno del sistema, dove gli approcci di tipo *top down* o dirigisti da parte delle Regioni sinora prevalenti rischiano di irrigidire o perdere di vista i margini di azione e di cambiamento delle aziende sanitarie.

In realtà, non si tratta di rivendicare un astratto primato di tipo istituzionale tra il livello regionale e locale, quanto di ragionare sul tema dell'innovazione in modo nuovo rispetto al passato. L'esperienza di questi anni, come abbiamo voluto sottolineare in questo articolo, non passa attraverso una meccanica attuazione a cascata ai principi, linee guida e atti normativi, bensì attraverso una azione di stimolo e di governo di capacità innovazione all'interno degli specifici contesti locali. In questo senso acquistano un ruolo significativo sia gli assessorati regionali che le direzioni aziendali, come soggetti responsabili, a diverso livello, di questa azione di stimolo e governo. Dal punto di vista dei primi sembra rendersi necessario un approccio all'innovazione che non parta da modelli universali o soluzioni precostituite, da adottare «forzando» l'autonomia delle aziende sanitarie, bensì una modalità di apertura a soluzioni organizzative *ad hoc* (come nei casi precedentemente segnalati di sperimentazione gestionale) e soprattutto modalità di programmazione più negoziate e coerenti con le autonome strategie e capacità di innovazione di

cui dispongono le aziende sanitarie. Dall'altro canto, le direzioni aziendali devono continuare ad investire, così come in maniera diffusa emerge dai dati attualmente disponibili, nello sviluppo e nel governo di quelle risorse (materiali e immateriali) che sono alla base dei processi di innovazione (relazioni interistituzionali, assetti organizzativi evoluti, sistemi di *management, information technology, formazione*).

Perché l'innovazione «in periferia» non resti un'esperienza isolata e condivisa da pochi addetti ai lavori ma si capitalizzi come patrimonio aziendale e dell'intero sistema sanitario regionale occorre far emergere e valorizzare tali esperienze - così come si propongono i diversi premi alla qualità e all'innovazione di cui abbiamo parlato -, inserirle all'interno di un progetto più ampio di cambiamento e favorire una loro diffusione sotto forma di scambio o creazione di reti di innovazione e di apprendimento tra pubbliche amministrazioni.

(1) Per una prima sintesi delle formule di cooperazione pubblico privato in sanità si veda Meneguzzo M., Longo F., Parente C., (1999), «Public private cooperation in health care services management», *paper* presentato al Convegno dell'European health care management association, *Managing health care across public private boundaries*, luglio 1999.

(2) Si veda a questo proposito: Assemblea nazionale del Tribunale dei diritti del malato, (1999), *Premio Andrea Alesini: un riconoscimento alla sanità che funziona*.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., (2000), *L'azienalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- AZIENDA USL DI VITERBO, (1999), *Sanità a dimensione del cittadino. I primi risultati delle azioni di cambiamento*.
- BRUSONI M., (1993), «Il miglioramento della qualità in sanità: il premio europeo Golden Helix Award», *Mecosan*, 7.

#### Progetti finalisti nel settore sanitario Dipartimento Funzione pubblica Presidenza Consiglio ministri Terza edizione «Cento progetti al servizio dei cittadini»

<p>SI Viterbo Asl Bo Nord Asl Bo Nord Asl Terni Ussl Alta Padova Icp Milano Asl Reggio Emilia Cattolica Azienda prov. Trento Asl Friuli occidentale Asl Rimini Osp. Umberto 1 Asl Forlì Asl Chiavari Asl Imperia Usl Legnago Asl Viterbo Asl Viterbo Asl Salerno 2 Asl Salerno 2 Asl Bo Nord Asl Bo Nord Asl Terni Ussl Alta Padova Asl Frosinone Asl Latina Az. Osp. Padova Policlinico Modena Asl Rovigo Asl Savona Asl Piacenza Asl Modena Asl Rimini Azienda sanit. Firenze Asl Forlì Asl Salerno 2 Asl Carbonia Asl Frosinone Az. Osp. S. Anna - Ferrara Osp. S. Giovanni Asl Feltre Osp. riun. Trieste Asl 4 Torino Az. osp. Chiari</p>	<p>Migliorare dal basso Ospedale 5 stelle Accreditamento interno Sistema integrato di prenotazione <i>Welcome</i> informazioni Ospedale telematico virtuale Carta interaziendale Fondazione Regina Maris centro informazioni accoglienza Integrazione servizi territoriali centro risorse documentazione infanzia percorsi umanizzazione ospedale Gestione Urp programma informatizzazione collegamento in rete studi Mmg Usl in linea informazioni prenotazioni Innovazione europa Sistema informativo fasce deboli Lme razionalizzazione <i>Standard</i> processi Arianna Miglioramento continuo qualità Star bene in ospedale Riduzione liste attese Animazione in pediatria Dipart. disagio devianza dipendenze Ospedali Andrea Carta servizi <i>day surgery</i> medicina salute verso i cittadini sicurezza luoghi lavoro <i>health and safety</i> qualità percepita cittadini percorso inserimento personale infermieristico Integrazione ospedale territorio salute donne lavoratrici Informazioni telefoniche pronto salute gestione reclami <i>front office</i> Flussi documentali Sito <i>web</i> Sistema informativo territoriale integrato soddisfazione utente <i>Infobuilder</i> Attrezzature biomediche Cortesia valore aggiunto professionale gestione amministrativa Introduzione sistema qualità</p>
---	--



- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M., (1999), *Allearsi per comprare Politiche di acquisto nei network di aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- DEL VECCHIO M., (1998), «Corporate governance e aziende sanitarie pubbliche», in AIROLDI G., FORESTIERI G., *Corporate governance Analisi e prospettive del caso italiano*, ETAS, Milano.
- DEL VECCHIO M., (1998), «Corporate governance: documenti e riflessioni dal NHS», *Mecosan*, 26.
- DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, (1997), *Cento progetti al servizio del cittadino*, 2° edizione.
- DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, (1999), *Cento progetti al servizio del cittadino*, 3° edizione.
- LO GIUDICE M., (1998), *La gestione del cambiamento in sanità*, Centro scientifico editore, Torino.
- LONGO F., (2000), *Servizi sociali, assetti istituzionali e formule di gestione*, EGEA, Milano.
- LO SCHIAVO L., (1996), *Top down reform and bottom up innovation The role of evaluation in two italian programmes on public service quality*, Dipartimento della Funzione Pubblica.
- MAPELLI V., (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- MENEGUZZO M., (1991), «Sono pronte le Regioni per la riforma della sanità», *Queste istituzioni*, 85 - 86.
- MENEGUZZO M., (1997), «Politiche e ruolo delle Regioni per un nuovo Servizio sanitario nazionale», in GHETTI V. (a cura di), *Stato Regioni e mercato per una sanità migliore*, Franco Angeli, Milano.
- MENEGUZZO M., (1999), *Innovazione, managerialità e governance. La P.A. verso il 2000*, ARACNE, Roma.
- MENEGUZZO M., DEL VECCHIO M., (1993), «Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica», *Quaderni Studi e ricerche*, CERISDI.
- MENEGUZZO M., LEGA F., (1999), «Dal new public management al rinnovamento della pubblica amministrazione: una analisi comparata dei premi alla innovazione», *Azienda Pubblica*, 4/99.
- MUSSARI R., (2000), «La carta dei servizi: un'analisi dello stato di attuazione», *Mecosan*, 33.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA, (1986), *L'azienda sanità: gestione di un sistema complesso*, Dipartimento Sicurezza sociale.
- REBORA G., (1999), *Un decennio di riforme*, Guerini ed associati, Torino.
- REBORA G., MENEGUZZO M., (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, UTET, Torino.
- TANESE A., (1999), «Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 29.

# LO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO NELLE AZIENDE OSPEDALIERE: IMPATTO ORGANIZZATIVO E LOGICHE DI GESTIONE

Walter Bergamaschi<sup>1</sup>, Edoardo Ongaro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ospedale Maggiore di Milano

<sup>2</sup> Cergas - SDA - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Un modello di analisi dell'impatto organizzativo dell'ICT nelle aziende ospedaliere - 3. L'informatizzazione del Policlinico negli anni '90 - 4. Indicazioni per la gestione dello sviluppo del sistema informativo automatizzato nelle aziende ospedaliere - 5. Evoluzione dell'ICT e sviluppo dei modelli organizzativi.

*The paper focuses on the organisational impact of the introduction of Information and Communication Technologies (ICT) in hospitals. ICT represent a key lever for performances improvements in healthcare. ICT, anyway, have to be considered in the first place as enabler: they allow reshaping of labour organization and modify services contents and ways of delivering. Anyway, the exploitation of ICT possibilities relies mainly on organizational aspects.*

*In the paper, a set of variables for assessing organizational impact of ICT is defined. The analysis is applied to the case of the evolution of the information system at the Polyclinic of Milan during the last decade. On the basis of the evaluation of organizational impact, key factors for successful development of the information systems are described. The importance of process analysis and of joint intervention on ICT, redesign of processes and involvement of users is focused. Considerations on the relations between ICT systems and the development of hospitals organizational models are made also in the light of some relevant trends in the evolution of information technologies.*

## 1. Introduzione

### 1.1. Le relazioni tra innovazione tecnologica e assetto organizzativo

Nel presente contributo si esaminano le problematiche connesse all'impatto organizzativo delle Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (*Information & Communication Technology*, di seguito ICT) nelle aziende ospedaliere. Si studiano cioè le implicazioni per il complessivo assetto organizzativo connesse allo sviluppo del sistema informativo automatizzato.

Quest'ultimo, sotto l'impulso delle radicali innovazioni dell'ICT nell'ultimo decennio, rappresenta sempre più un sottosistema aziendale critico per il complessivo sviluppo dell'a-

zienda ospedaliera. L'adeguata gestione dell'impatto organizzativo connesso all'evoluzione del sistema informativo automatizzato, basata sull'analisi congiunta delle variabili tecnologiche e di quelle organizzative, e delle relative interazioni, risulta pertanto di centrale importanza per il conseguimento degli obiettivi aziendali e di incrementi prestazionali.

Nell'analisi delle relazioni tra innovazione tecnologica e assetto organizzativo, si assume nel presente studio una visione di fondo dell'ICT come *abilitante*: le tecnologie informatiche rendono possibili opzioni nell'organizzazione del lavoro, nei contenuti e nelle modalità di erogazione dei servizi in precedenza inattuabili. Tuttavia, l'effettiva realizzazione di tali possibilità, ed i benefici conseguibili in termini prestazionali per l'azienda, di-

pendono in primo luogo dalle variabili organizzative, con una particolare rilevanza delle implicazioni in termini di redistribuzione del potere organizzativo. La convenienza economica dell'adozione di soluzioni tecnologiche innovative è fortemente influenzata dalle condizioni di contesto e dalle scelte organizzative dell'azienda e, in definitiva, determinante per il successo di un progetto di innovazione tecnologica è la coerenza con l'assetto organizzativo complessivo nonché il metodo/approccio seguito nella gestione del cambiamento.

Peraltro, la portata delle innovazio-

---

Il contributo è frutto del lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia, in sede di stesura, W. Bergamaschi ha curato i paragrafi 3 e 5 ed il box 1, E. Ongaro i paragrafi 1, 2 e 4.

ni nell'ambito dell'ICT nel permettere la ridefinizione di prodotti e processi è tale per molti versi da «imporre» determinate «soluzioni» o comunque «nuovi termini in cui vengono a porsi i problemi». In questo senso, non può essere trascurata l'azione *forzante* dell'ICT sullo sviluppo organizzativo dell'azienda. Un riepilogo di alcune innovazioni tecnologiche in ambito sanitario (Buccoliero, 1998) che costituiscono fattori in grado di forzare lo sviluppo organizzativo delle aziende ospedaliere e sanitarie italiane è riportato in tabella 1 (1).

Emerge dunque che è, in misura sempre maggiore, la pianificazione congiunta dello sviluppo dell'assetto organizzativo e delle tecnologie da adottare uno dei fattori critici per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia aziendale. Tale pianificazione congiunta richiede l'adozione di adeguati approcci organizzativi all'innovazione tecnologica. Tra questi si esamina di seguito l'approccio orientato alla sistematica analisi dei processi aziendali.

### 1.2. ICT e analisi dei processi

Nell'efficace impiego delle tecnologie informatiche è di particolare rilievo l'analisi dei processi aziendali (Hammer, 1990 e Hammer, Stanton, 1999). Per questa ragione è utile richiamare l'evoluzione della letteratura sul *Business Process Reengineering* (BPR). Tale approccio si impernia sull'impiego sistematico dell'analisi dei processi aziendali (2) per il ridisegno organizzativo e anche, attraverso la creazione di opportune condizioni, come logica generale di gestione (Ongaro 2000b).

Il BPR prende avvio, almeno nella riflessione teorica riportata in letteratura, proprio a partire dal problema di sfruttare appieno le potenzialità delle tecnologie informatiche. È noto lo

**Tabella 1 - Effetti forzanti sullo sviluppo organizzativo delle nuove tecnologie**

Tecnologia/applicativi emergenti	Orizzonte temporale	Impatto sullo sviluppo organizzativo
<i>Gestione dati del paziente - ambiti applicativi:</i> - archivi clinici automatizzati, - archivi clinici computerizzati, - cartelle cliniche elettroniche	Presente	Forzante verso reingegnerizzazioni di processi
<i>Gestione dati del paziente:</i> - anagrafi sanitarie elettroniche - memorie sanitarie elettroniche accesso ai dati del paziente dal sistema informativo regionale/nazionale	Medio-breve periodo	Meccanismi di tendenziale esclusione delle aziende sanitarie ed ospedaliere non integrate: ridefinizione strategia interistituzionale e relazioni/comunicazione con gli attori esterni.
<i>Internet — e-procurement:</i> aste elettroniche ed e-markets	Medio-breve periodo	Reingegnerizzazione processo degli approvvigionamenti in un contesto di revisione dei vincoli normativo-regolamentari.
<i>Internet - telemedicina</i>	Medio periodo	Ridefinizione strategico-organizzativa dell'erogazione prestazioni di cura.
<i>Internet - portali sanitari</i>	Medio periodo	Meccanismi di tendenziale esclusione delle aziende sanitarie ed ospedaliere non integrate: ridefinizione strategia interistituzionale e relazioni/comunicazione con gli attori esterni.

*slogan* di Hammer (1990): «Automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare» (per ridisegnare *ex novo* le attività), intendendosi che l'*Information Technology (IT)* offre una grandissima opportunità per ridefinire radicalmente il modo in cui vengono svolte le attività.

In modo estremamente schematico si può affermare che dal primo periodo della letteratura sul Business Process Reengineering (si richiama il classico Davenport e Short, 1990), emerge una concezione del rapporto fra ICT e organizzazione imperniata sui seguenti due concetti:

— l'ICT richiede un approccio differente all'analisi e all'intervento organizzativo: soltanto con nuovi approcci (basati sul ridisegno delle atti-

vità in ottica di processo) è possibile sfruttare appieno le potenzialità delle nuove tecnologie;

— tuttavia, il secondo concetto emergente da tale letteratura si traduce sostanzialmente nell'assunto che, adottando tali approcci, il miglioramento delle prestazioni segua pressoché necessariamente dall'impiego delle tecnologie dell'informazione.

Successivamente, è possibile individuare un secondo periodo della letteratura sul BPR nel quale l'enfasi sulle tecnologie informatiche è molto ridimensionata (Venkatraman, 1994): permane l'importanza della lettura per processi dell'organizzazione ma si riduce l'enfasi sulla portata del miglioramento conseguibile con interventi di *process reengineering*. Più in generale

il rapporto tra introduzione delle tecnologie informatiche, ridefinizione dell'assetto organizzativo e miglioramento delle complessive prestazioni aziendali appare più complesso e lo strumento dell'analisi per processi appare tanto più importante proprio in quanto la questione della definizione di assetti organizzativi adeguati allo sfruttamento delle tecnologie informatiche non appare prestarsi a soluzioni univoche ed uniformemente applicabili.

Anche nelle Amministrazioni pubbliche la logica per processi, soprattutto se applicata in modo diffuso e sistematico, costituisce sicuramente un approccio rigoroso per introdurre sistemi di supporto alle decisioni, sistemi di supporto al flusso di lavoro e sistemi per l'interscambio di informazioni in modo integrato e coerente (Saxena e Amal, 1995). L'impiego di tali logiche richiede però l'attenta analisi delle specifiche caratteristiche del contesto delle Amministrazioni pubbliche (Ongaro, 2000a e 2000b).

L'importanza delle logiche di processo per lo sviluppo coerente di sistema informativo automatizzato e assetto organizzativo è discussa successivamente all'esame dell'impatto organizzativo (si rinvia al par. 4).

### 1.3. Metodologia della ricerca e struttura del lavoro

La ricerca sulle caratteristiche dell'impatto organizzativo dell'ICT è realizzata attraverso lo studio dello sviluppo del sistema informativo automatizzato dell'Ospedale Maggiore di Milano (di seguito semplicemente Policlinico).

Il periodo di osservazione copre l'intero orizzonte temporale degli anni '90, fino al termine dell'anno 2000. La raccolta di dati per l'indagine si è basata tanto su sorgenti primarie (osservazione basata sul coinvolgimento di-

retto degli autori ed interviste strutturate svolte nell'ambito di diversi interventi di informatizzazione) quanto su sorgenti secondarie (documentazione

utile alla più puntuale comprensione dei cambiamenti occorsi nel generale assetto organizzativo dell'Ospedale).

La rilevanza del caso studiato (si

#### Box 1 - L'Ospedale Maggiore di Milano

L'Ospedale Maggiore di Milano è un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) e opera entro un quadro istituzionale che presenta alcuni rilevanti elementi di «complessità», rispetto al contesto delle aziende ospedaliere ed anche rispetto agli altri Irccs<sup>1</sup>. Tali elementi derivano: dalle finalità istituzionali, dal sistema di finanziamento, dalla composizione del personale, dal sistema delle relazioni interistituzionali. Come successivamente evidenziato, questi aspetti influenzano la complessità del contesto organizzativo e dunque l'impatto organizzativo dell'evoluzione del sistema informativo automatizzato, accentuandone i caratteri più rilevanti (cfr. infra, variabili di analisi dell'impatto organizzativo).

*Finalità istituzionali.* Sul versante delle finalità istituzionali si ravvisa una complessità intrinseca connessa alla pluralità di «prodotti» fra loro eterogenei erogati: assistenza clinica e cura da una parte; ricerca e, in interazione con la facoltà di medicina dell'Università degli studi di Milano, il servizio didattico dall'altra.

*Sistema di finanziamento.* Alla pluralità di finalità istituzionali sopra evidenziata corrisponde, sul versante del sistema di finanziamento, una pluralità delle fonti. Da una parte vi è il sistema di finanziamento regionale in relazione all'assistenza clinica, commisurato ai livelli di attività (ricoveri, prestazioni ambulatoriali e di pronto soccorso, funzioni non tariffabili), che, con circa 230 miliardi/anno, rappresenta intorno al 85% delle entrate nel bilancio ospedaliero.

Vi è poi il finanziamento ministeriale per l'attività di ricerca che, con circa 25 miliardi/anno rappresenta meno del 10% delle entrate. L'attività didattica, ed in parte l'attività di ricerca, beneficiano inoltre di un finanziamento indiretto derivante dal rapporto esistente con l'Università degli studi di Milano che sostiene le spese del personale universitario operante presso l'ospedale. Si tratta di personale che, pur essendo a carico dell'Università, opera per la maggior parte del proprio tempo in Ospedale.

A completare le fonti di entrata vi sono infine le rendite patrimoniali, per circa 20 miliardi/anno. *Composizione del personale.* Si ravvisa una componente medica dell'ordine dei 500 medici ospedalieri e 130 universitari, affiancati da una componente infermieristica di circa 800 unità. La componente amministrativa è percentualmente molto limitata rispetto al totale del personale complessivo strutturato (meno del 10%).

Assai rilevante è la presenza di borsisti e specializzandi.

*Sistema delle relazioni interistituzionali.* Per quanto attiene alle relazioni interistituzionali, i fattori di complessità sono duplici. Il primo deriva dal fatto di avere, quali istituzioni rilevanti con le quali relazionarsi sistematicamente, tanto il Ministero della sanità che la Regione. Il primo, attualmente, ha il ruolo più significativo nella nomina dei vertici e nell'esercizio di alcune funzioni di indirizzo, mentre la seconda, come sopra evidenziato, contribuisce in modo rilevante al finanziamento.

Un altro attore rilevante è la facoltà di medicina dell'Università degli studi di Milano, con la quale esiste una convenzione che, in particolare, disciplina le procedure per la nomina di alcune delle figure direzionali dell'azienda e le regole per la gestione del personale universitario operante presso il Policlinico.

Quest'ultimo punto ha una notevole rilevanza organizzativa. Un fattore critico per la comprensione delle dinamiche organizzative del Policlinico risulta essere la «duplicità» di fondo nel sistema di ricompensa tra gli universitari da una parte e gli altri clinici nonché il personale tecnico-amministrativo dall'altra. Si è cioè in presenza di una significativa componente della dirigenza di reparto per la quale il percorso di carriera è pesantemente determinato dal sistema universitario e dalle sue logiche di valutazione (con la specifica rilevanza attribuita alla produzione scientifica individuale) e solo in misura più limitata dal sistema aziendale.

<sup>1</sup> La generalità degli Irccs sono infatti focalizzati su alcune aree di ricerca e quindi non policlinici, come è appunto il caso dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

veda anche il box 1) è riferibile da un lato all'elevata complessità organizzativa, riconducibile a:

— dimensioni dell'azienda, in termini di risorse tecniche, finanziarie ed umane,

— ampia gamma di prestazioni erogate e livello di specializzazione molto elevato,

— copresenza di attività di cura e di attività di ricerca e didattica,

— ampio e articolato sistema di relazioni interistituzionali,

e dall'altro lato all'importanza degli investimenti in ICT condotti e alla significativa evoluzione, nell'arco temporale del periodo di osservazione, nell'approccio seguito per la gestione degli interventi di introduzione di nuovi sistemi tecnologici.

Nell'analisi dell'impatto organizzativo delle tecnologie informatiche sono dapprima illustrate le variabili rilevanti impiegate nell'analisi (paragrafo 2).

Il caso del Policlinico è descritto riportando da un lato l'evoluzione dell'architettura informatica e degli approcci seguiti nell'introduzione dell'ICT, e dall'altro lato richiamando anche i principali elementi caratterizzanti l'evoluzione del contesto ambientale e le scelte strategiche e organizzative della direzione. Lo studio pone in evidenza i valori assunti dalle variabili rilevanti nei diversi periodi e le implicazioni sulle prestazioni aziendali (paragrafo 3).

Sulla base dello studio dell'impatto organizzativo, vengono proposte delle indicazioni per la gestione dello sviluppo del sistema informativo automatizzato (paragrafo 4). Da ultimo, sono svolte, alla luce dell'evoluzione delle tecnologie informatiche ed in particolare della diffusione degli ERP, alcune considerazioni di ordine più generale in merito al rapporto tra evoluzione dell'architettura informatica e sviluppo dei modelli organizzativi adottati (paragrafo 5).

## **2. Un modello di analisi dell'impatto organizzativo dell'ICT nelle aziende ospedaliere**

Nell'analisi dell'impatto organizzativo dell'ICT sono state individuate quali variabili maggiormente rilevanti:

1) ambiti di informatizzazione e funzionalità attivate;

2) grado e modalità di utilizzo dell'ICT;

3) natura e grado di integrazione tecnologica ed organizzativa;

4) natura e fonti delle resistenze e delle inerzie all'adozione/utilizzo dell'ICT.

La definizione di ambiti di informatizzazione e funzionalità attivate ha principalmente valenza descrittiva, in relazione alla complessità di un Irccs a carattere plurispecialistico, che vede significative differenze tra le diverse categorie di attività.

L'analisi di grado e modalità di utilizzo rappresenta una prima misura dell'impatto organizzativo di nuovi applicativi informatici, attraverso la stima dell'effettivo utilizzo degli stessi. La revisione dell'enfasi iniziale posta sul potenziale di innovazione dell'ICT nel permettere il ridisegno dei processi aziendali (Venkatraman, 1994) verte infatti anche su considerazioni in merito all'effettività dell'utilizzo dei nuovi sistemi informatici.

Considerando inoltre che uno degli aspetti principali dell'ICT, soprattutto nelle sue evoluzioni più recenti, consiste nel potenziale di integrazione, l'analisi ha considerato tale fattore sotto i due differenti profili: quello tecnico (integrazione tecnologica), che rappresenta una precondizione, e quello organizzativo, che rappresenta sovente un punto di arrivo, ed è per molti versi considerato indicatore di «efficacia» organizzativa dell'integrazione tecnologica.

L'integrazione organizzativa può per molti versi essere interpretata come il risultato e l'effetto ultimo dell'utilizzo in modo integrato dell'ICT.

L'analisi di resistenze ed inerzie è strumentale alla comprensione dell'andamento delle variabili considerate, permettendo in primo luogo di risalire alle cause di diversi gradi e modalità di utilizzo di nuovi applicativi. Permette poi di esaminare le ragioni di differenti livelli di integrazione.

Le variabili sono di seguito analiticamente descritte. Esse vengono impiegate ponendole in relazione, da un lato, con i fattori che descrivono le principali caratteristiche dell'evoluzione del contesto ambientale e della strategia e assetto organizzativo del Policlinico, e, dall'altro lato, con le modalità utilizzate per la gestione dei progetti (3) di sviluppo del sistema informativo automatizzato (paragrafo 3).

L'impiego di tali variabili intende fornire:

— come primo passo, uno strumento utile alla rilettura «critica» dello sviluppo dell'ICT nelle aziende ospedaliere,

— più ampiamente, a partire dai risultati dello studio del caso del Policlinico, gli strumenti per interpretare l'adeguatezza di diversi approcci all'informatizzazione, pervenendo (par. 4) a porre in evidenza che, al crescere della complessità ambientale e della rilevanza e pervasività delle tecnologie adottate, solo la pianificazione di livello strategico che renda l'azienda capace di sviluppare in modo equilibrato assetto organizzativo, con specifica attenzione ai processi aziendali, ed innovazione tecnologica permette il miglioramento delle complessive prestazioni aziendali.

### *2.1. Ambiti di informatizzazione e funzionalità attivate*

Ai fini della determinazione degli ambiti oggetto di informatizzazione, si

è operata una classificazione estremamente schematica, utile in relazione alla descrizione dello sviluppo del sistema informativo automatizzato del Policlinico, che raggruppa vari insiemi di attività in quattro grandi categorie:

— *reperimento e gestione risorse*: include principalmente gli insiemi di attività di gestione del personale, gestione acquisti ed ordini, gestione del magazzino, contabilità e cespiti;

— *produzione ed erogazione servizi di cura*: include principalmente le attività ambulatoriali, le attività connesse ai ricoveri, ai *day hospital*, al Ps; anche la rendicontazione alla Regione e riscossione *ticket* sono attività incluse, ai fini della presente analisi, in questa categoria, in virtù della diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni di cura;

— *produzione di servizi di supporto al processo di cura*: include sia i servizi diagnostici che terapeutici, (laboratori, radiologia, medicina nucleare, centro trasfusionale);

— *produzione ed erogazione di ricerca e didattica*: include tutte le attività connesse alla produzione e divulgazione di risultati scientifici da una parte e di servizi di insegnamento/formazione dall'altra (sulla definizione degli *output* delle attività di ricerca e didattica confrontare Ongaro, 1998, e Corso et Al., 1998).

Deve infine essere considerata trasversalmente la categoria delle attività di natura direzionale, che impattano sul sistema informativo automatizzato dell'azienda soprattutto in relazione ai moduli di pianificazione, *budgeting* e controllo di gestione.

## 2.2. Grado e modalità di utilizzo dell'ICT

In relazione alle categorie ed ai gruppi di attività individuati la seconda variabile rilevante considera grado e modalità di utilizzo dell'ICT.

La misurazione del *grado di utilizzo* è stata attuata definendo tre valori che essa può assumere (4), considerando:

— *utilizzo minimale*: in corrispondenza di situazioni in cui le potenzialità dell'ICT di cambiare le modalità di lavoro e di erogazione di servizi (finali o di supporto al funzionamento aziendale) non vengono sostanzialmente sfruttate;

— *utilizzo ampio ma non integrato*: in corrispondenza di situazioni in cui le potenzialità dell'ICT sono sfruttate dagli operatori; lo sfruttamento è però riferibile al singolo applicativo, prescindendo da logiche di integrazione;

— *utilizzo ampio ed integrato con gli altri applicativi*: in corrispondenza di situazioni in cui le potenzialità dell'ICT sono sfruttate, anche rendendo disponibili dati ed informazioni per altri applicativi e sistemi e, allo stesso modo, utilizzando dati ed informazioni raccolte ed elaborate altrove.

Con riferimento alla *modalità di utilizzo*, il punto chiave è quello dell'*utilizzo uniforme* ovvero *differenziato* dell'ICT. In modo estremamente schematico sono state considerate le tipologie di attori organizzativi coinvolti (di volta in volta, ad esempio, personale medico oppure infermieristico, ovvero tecnico od amministrativo, ecc.) e si è stimato:

— da un lato l'esistenza di diversità nell'utilizzo tra le diverse categorie di attori coinvolte nell'impiego di un nuovo applicativo/sistema informatico; in taluni casi si è infatti riscontrato che il medesimo applicativo è stato utilizzato in modo molto difforme dalle diverse componenti ospedaliere,

— dall'altro lato, all'interno della medesima componente, l'esistenza di un utilizzo uniforme nelle diverse unità organizzative, ovvero differenziato al variare dell'unità organizzativa.

Nei diversi casi si farà riferimento rispettivamente ad un utilizzo uniforme o meno in relazione alla tipologia di attori da un lato ed alle diverse unità organizzative dall'altro.

Tali stime naturalmente debbono essere correttamente interpretate alla luce delle caratteristiche del contesto organizzativo. In particolare un primo elemento da considerare riguarda l'individuazione di utilizzatore e beneficiario dell'applicativo/sistema informatico. Se chi utilizza l'applicativo ne è anche il principale beneficiario, si riscontra una situazione maggiormente stimolante all'utilizzo dello stesso.

Laddove invece utilizzatori e principali beneficiari differiscano, si impone un problema di adeguata progettazione organizzativa (con riferimento in particolare a procedure e sistemi incentivanti) in assenza di stimoli diretti. Un tipico esempio si riscontra in tutte le situazioni di rilevazione dati a fini di elaborazione di statistiche, dove gli operatori percepiscono il caricamento dei dati come un puro aggravio di lavoro senza corrispondenti benefici.

Un secondo elemento concerne le caratteristiche funzionali dei *software*, che possono essere progettati in modo tale da costringere all'impiego dell'applicativo, con rischi però di rigetto, oppure in modo meno vincolante e più flessibile, ma con maggiore rischio di un utilizzo ridotto dell'applicativo stesso. Su questi aspetti si torna con maggior dettaglio al paragrafo 3.

## 2.3. Natura e grado di integrazione tecnologica ed organizzativa

L'evoluzione più recente delle tecnologie informatiche risulta fortemente orientata nella direzione di accrescere il grado di integrazione. Nell'esame dell'impatto organizzativo appare importante distinguere tra integrazione tecnologica ed integrazione organizzativa:

— integrazione tecnologica: relativa ai diversi sistemi informatici;

— integrazione organizzativa: definibile come l'effettivo utilizzo dei moduli di integrazione; è determinata dall'assetto organizzativo.

Nell'analisi di impatto ha rilievo l'integrazione organizzativa, mentre l'integrazione informatica rappresenta in qualche modo la condizione tecnologica per realizzare un cambiamento dell'assetto organizzativo.

La stima del grado di integrazione tecnologica è ovviamente di più facile effettuazione ed in molti casi il progresso stesso delle tecnologie informatiche consiste nel fornire sistemi più integrati. Nelle esperienze che verranno descritte nei paragrafi che seguono ci si riferirà alle seguenti modalità di integrazione:

1) scambio di messaggistica: è il tipo di integrazione più tradizionalmente applicato fra sistemi informativi eterogenei, in particolare per il collegamento di apparecchi medicali a sistemi informativi; avviene attraverso l'uso di tecniche di scambio elettronico dei dati (EDI), utilizzando o meno specifici *standard* applicati al campo medicale/sanitario (per es. HL7, DICOM, ecc);

2) attraverso viste di *database* relazionali eterogenei: prevede infatti come preconditione la presenza di RDBMS SQL; l'integrazione consiste nella generazione di uno strato *software* (per es. DLL) in grado di essere richiamato dalle diverse applicazioni per effettuare letture e scritture sui diversi *database* esistenti;

3) integrazione «nativa» fra applicazioni differenti che operano però su una stessa base di dati comune, la quale rappresenta in modo univoco il patrimonio informativo aziendale (Buccoliero, 1998).

Più complessa appare la stima del grado di integrazione organizzativa, che comporta, accanto a stime più in-

dirette, anche valutazioni di natura più qualitativa.

Schematizzando è possibile rilevare che l'evoluzione tecnologica sta portando verso il superamento del rifiuto dell'impiego dell'ICT dovuto alla non integrazione dei diversi sistemi informatici, che portava in molti casi a fare dell'applicativo adottato una fonte di rigidità. Sempre più invece è proprio il potenziale di integrazione dell'ICT che forza verso un grado maggiore di integrazione organizzativa, in particolare nel senso della condivisione di informazioni. Sono le implicazioni di quest'ultimo fenomeno sull'assetto di potere a costituire una resistenza verso l'integrazione organizzativa.

#### 2.4. Natura e fonti delle resistenze e delle inerzie all'adozione/utilizzo dell'ICT

L'analisi delle cause di un grado ridotto di utilizzo dell'ICT, ovvero di significative difformità nello stesso, e di una limitata integrazione organizzativa conduce al tema delle resistenze ed inerzie organizzative.

Opportuna risulta la preliminare distinzione tra resistenze/inerzie individuali ed organizzative/di sistema. Queste ultime si caratterizzano per l'essere riferibili ad intere categorie di attori (sanitari, amministrativi, ecc.) e per avere un impatto diffuso sull'organizzazione.

Si è inoltre ritenuto utile distinguere tra resistenza ed inerzia definendo:

— *resistenza*: atteggiamento attivo di contrasto dell'informatizzazione, attribuibile a una pluralità di cause ascrivibili sia a motivazioni di ordine più ampiamente organizzativo e di assetto di potere, sia a motivazioni di ordine tecnico connesse alla inadeguata rispondenza dei requisiti individuati per il sistema informativo ai fabbisogni organizzativi;

— *inerzia*: atteggiamento passivo, connesso in primo luogo al radicamento di abitudini e stili di lavoro, che porta, se non contrastata, al manifestarsi di una sorta di «effetto elastico»: utilizzo limitato iniziale delle nuove tecnologie e dei nuovi modelli di organizzazione del lavoro, successivo ritorno alle vecchie logiche e procedure di lavoro, con utilizzo in definitiva minimale o nullo delle nuove tecnologie.

L'intensità delle resistenze/inerzie è stata valutata in relazione agli ambiti di attività individuati al punto 2.1.

Resistenze ed inerzie costituiscono cause esplicative di più limitati gradi e difformi modalità di utilizzo delle tecnologie informatiche, nonché di una più limitata integrazione organizzativa. Peraltro, l'analisi delle resistenze ed inerzie deve sempre essere condotta in sistematico confronto con la rispondenza tecnica dell'applicativo ai requisiti di progetto. In molti casi infatti all'origine di resistenze ed inerzie vi sono carenze nella rispondenza dell'applicativo ai requisiti, quando non addirittura nell'individuazione corretta e completa dei requisiti. Grado e modalità di utilizzo debbono sempre essere stimate in relazione alla rispondenza ai requisiti da parte dell'applicativo.

Una sistematizzazione delle principali cause di resistenze ed inerzie, effettuata alla luce dello studio di caso, è illustrata al paragrafo 4.

### 3. L'informatizzazione del Policlinico negli anni '90

Nell'esame del caso del Policlinico sono stati tenuti in considerazione tanto i fattori di contesto, sia ambientali che relativi alle principali scelte strategiche ed organizzative, quanto i fattori più direttamente connessi allo sviluppo dell'informatica.

Nel periodo di osservazione è possibile distinguere in modo abbastanza netto tre fasi, corrispondenti al perio-

do pre 1995, al periodo 1995-98 ed al periodo successivo (fino alla conclusione dell'anno 2000).

Esse si prestano a marcare significativi cambiamenti nelle condizioni di contesto esterne all'Azienda ospedaliera, nelle condizioni interne di ordine strategico e di ridisegno dell'assetto organizzativo e, infine, nelle modalità di introduzione e sviluppo dell'ICT.

Con riguardo ai fattori esterni al Policlinico si assiste, nel passaggio

dalla prima alla seconda fase, all'introduzione del sistema di finanziamento per prestazione e, nel passaggio dalla seconda alla terza fase, alla caratterizzazione in modo specifico del sistema sanitario della regione Lombardia, rispetto ai modelli adottati da altre «Regioni guida». Sul versante interno si riscontrano le tre direzioni succedutesi alla guida del Policlinico, alle quali corrispondono impostazioni strategiche e piani di rior-

ganizzazione significativamente denotati. Infine, aspetto di specifico rilievo in questa sede, la scansione delle fasi marca significativamente anche cambiamenti nei contenuti tecnologici e nelle modalità gestionali dello sviluppo del sistema informativo automatizzato.

In tabella 2 si riepilogano i principali elementi riportati in merito al caso oggetto di studio. Essi sono descritti di seguito.

Tabella 2 - Sintesi dei fattori rilevanti nello sviluppo informatico del Policlinico (periodo 1990-2000)

Fattori (Descrizione delle complessive caratteristiche della fase)	Periodi		
	Pre 1995	1995-98	Post 1998
<b>Caratteristiche di contesto</b>	«Regionalizzazione» del Ssn	Introduzione sistema dei Drg	Accreditamento - Accrescimento della competizione
<b>Priorità strategiche e scelte organizzative dell'Ospedale</b>	Enfasi su efficacia clinica delle varie divisioni e sull'attività di ricerca applicata	Enfasi su revisione organizzativa, particolarmente nei settori amministrativi; prima progettazione dell'organizzazione dipartimentale; istituzione del servizio controllo di gestione; ridefinizione dei rapporti con l'università. Progettazione della ristrutturazione edilizia complessiva	Avviamento dell'organizzazione per dipartimenti Avviamento degli interventi di ristrutturazione e accordo di programma per la costruzione del nuovo Ospedale Definizione del futuro modello di gestione dell'ospedale - ipotesi di ricorso al <i>project financing</i>
<b>Ambiti di informatizzazione e caratteristiche assunte dal sistema informativo automatizzato</b>	Ambiti: <i>focus</i> su attività di reperimento e gestione risorse e su servizi di supporto alla cura (laboratori, radiologie, trasfusionale) Realizzazione della prima LAN Informatizzazione ad isole, prevalenza dei sistemi proprietari	Ambiti: <i>focus</i> su attività di cura e revisione sistemi amministrativi legati al nuovo sistema di contabilità e finanziamento <i>Downsizing</i> verso sistemi aperti, basati su RDBMS e prime forme di integrazione dei diversi sistemi, senza però un disegno strategico	Ambiti: <i>focus</i> su attività di cura del paziente e di supporto alla cura volto all'automazione dei processi Convergenza fra sistemi informativi e telecomunicazioni: nuovi <i>standard</i> di sviluppo basati su tecnologie <i>web</i> Progettazione di una piattaforma di integrazione
<b>Logiche e modalità di introduzione dell'ICT</b>	Risposta a problemi puntuali degli operatori, con un orientamento a delimitare l'intervento alla singola unità organizzativa	Revisione per sistemi, forte enfasi sulla interoperabilità degli applicativi; enfasi sulla dimensione tecnologica dell'integrazione; realizzazione sistemi integrati dal punto di vista informatico a livello dipartimentale	Utilizzo sempre più sistematico dell'analisi preliminare dei processi (metodologia utilizzata sistematicamente per la definizione del sistema informativo del nuovo Poliambulatorio); priorità data alla interoperabilità dei diversi sistemi dipartimentali
<b>Ruolo dell'Uo Sistemi Informativi</b>	Gestione diretta dei sistemi e programmazione interna. Progressiva evoluzione verso soluzioni <i>package</i> dipartimentali	Analisi dei requisiti, supporto tecnico ed organizzativo in fase di introduzione e gestione dei sistemi dipartimentali Sviluppo interno limitato ai soli sistemi sanitari, anche per l'inadeguatezza dell'offerta del mercato	Ruolo propulsore nell'integrazione dei sistemi con approccio orientato all'analisi di processo. Avvio analisi organizzativa per introduzione sistema ERP. Attribuzione di competenze nell'ambito delle telecomunicazioni



### 3.1. Evoluzione del contesto e delle priorità strategico-organizzative dell'Azienda

Il periodo pre 1995 si qualifica per la transizione verso la regionalizzazione del Ssn e l'entrata in vigore del ridisegno legislativo volto all'aziendalizzazione delle strutture sanitarie. Si assiste peraltro ad una risposta molto lenta delle diverse componenti del Policlinico, e permane una netta separazione fra area amministrativa, ancora orientata ad una gestione focalizzata in prevalenza sugli aspetti giuridici, e area sanitaria, concentrata maggiormente sugli aspetti clinici e di efficacia della cura, piuttosto che sugli aspetti organizzativi e legati anche all'efficienza del percorso di cura.

Il periodo compreso fra 1995-98 vede l'introduzione del sistema di finanziamento degli ospedali a prestazione.

La risposta dell'Ospedale al nuovo sistema di finanziamento, pur con alcune peculiarità, è ben rappresentata dal modello proposto da Taroni (1997 - cfr. figura 1): si assiste dapprima ad in-

terventi sui meccanismi operativi, con specifica attenzione agli aspetti di gestione della documentazione relativa all'attività svolta, laddove questa risulti significativa ai fini del sistema di finanziamento (con vari interventi specifici sulla scheda di dimissione), senza però ridefinire le modalità di erogazione delle prestazioni di cura ai pazienti. È di questo periodo l'istituzione del servizio controllo di gestione, cui viene dato anche mandato di potenziare la capacità di «informativa esterna» sull'attività svolta dal Policlinico.

Al centro dell'attenzione viene posta la riorganizzazione del processo produttivo, mentre emerge la necessità di affrontare gli aspetti più strutturali dell'attività ospedaliera, ponendo l'enfasi su tre obiettivi:

- 1) ridisegno organizzativo dell'Ospedale, con particolare enfasi data all'informatizzazione;
- 2) ristrutturazione edilizia e progettazione del nuovo Ospedale;
- 3) ridefinizione della convenzione che regola i rapporti con l'università.

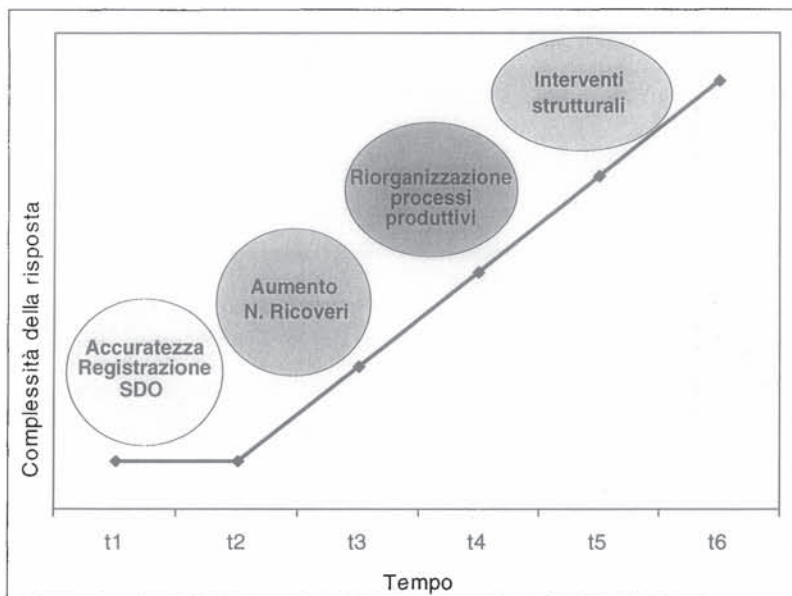
I primi due obiettivi entrano nella fase attuativa nel successivo periodo.

Il periodo post 1998 vede l'avviamento effettivo del sistema di finanziamento per prestazione, l'abbandono da parte delle Asl di ogni residua attività di gestione diretta delle strutture che erogano servizi, a favore delle attività di finanziamento, di contrattazione e di controllo nell'erogazione svolta. In un quadro di maggiore competitività del sistema sanitario regionale, il Policlinico da un lato concentra la sua attività di ristrutturazione edilizia su ambiti prioritari (pronto soccorso, poliambulatorio), dall'altro avvia operativamente la riorganizzazione dell'ospedale per dipartimenti. Oltre all'organizzazione per dipartimenti il piano di riorganizzazione prevede il passaggio del servizio informatica a 'sistemi informativi', a sottolineare la necessità di concentrare l'attività di revisione organizzativa dei processi e quella di introduzione dei sistemi ICT. È in questo periodo che si compie nell'Ospedale una progressiva maturazione nella concezione della rilevanza organizzativa dell'ICT e della necessità di intervenire in modo congiunto su innovazione tecnologica, assetto organizzativo e coinvolgimento dell'utenza (significativo il metodo adottato per lo sviluppo del nuovo Poliambulatorio, cfr. infra e par. 4.1).

Sul fronte tecnologico vengono attribuite alla nuova unità operativa le competenze in materia di telecomunicazioni, stante la convergenza di tali tecnologie con quelle più tradizionalmente informatiche.

Vengono infine poste le basi della completa ristrutturazione dell'Ospedale, attraverso la stipula dell'accordo di programma che prevede la creazione di un nuovo ospedale, nel quale concentrare le attività del Policlinico e degli Istituti clinici di perfezionamento, e la definizione dei modelli per il

Figura 1 - Evoluzione della risposta degli ospedali al sistema di finanziamento



Fonte: Taroni, 1997

governo della nuova entità ospedaliera prevista.

### 3.2. Analisi dell'impatto organizzativo dell'ICT

Nel primo periodo preso in esame (tab. 3 e figura 2), precedente il 1995,

si nota la prevalenza di soluzioni informatiche in ambito strettamente amministrativo (anche nei casi in cui questo sia direttamente riferito ai processi sanitari: si veda a questo titolo l'accettazione ricoveri). Dal punto di vista tecnologico è ancora presente e

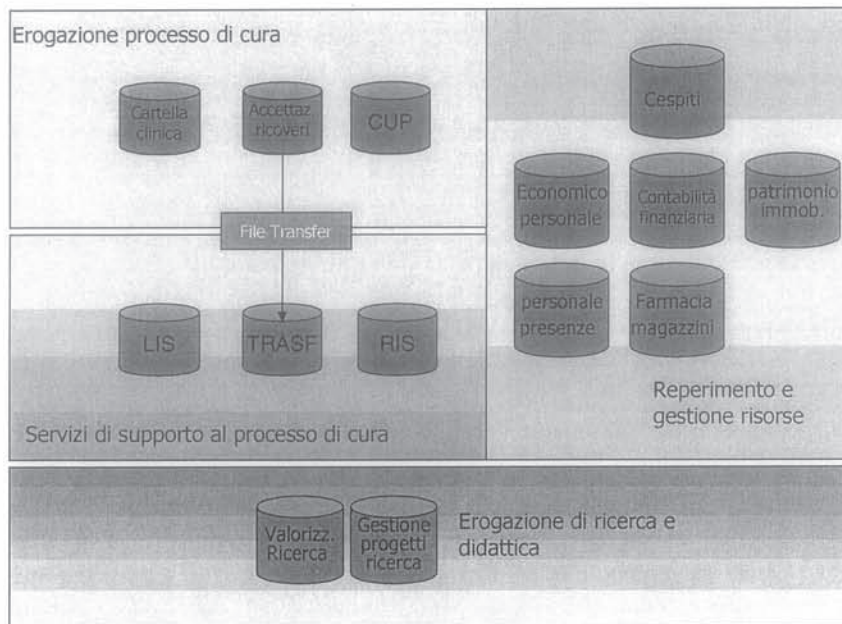
maggioritario lo sviluppo di soluzioni *ad hoc* isolate e su sistemi proprietari, anche se si avvia una progressiva migrazione verso sistemi dipartimentali aperti (Unix, Novell), solo raramente accompagnata dall'acquisizione di *package* relativamente standardizzati.

Tabella 3 - Sistemi informatici introdotti prima del 1995

Ambiti <sup>1</sup>	Grado/modalità	Resistenze/inerzie Cause vs Fattori favorenti l'introduzione di IT	Grado di integrazione tecnologica/organizzativa	Tecnologie adottate
<i>Reperimento e gestione risorse</i>				
Gestione personale	Utilizzo significativo, per lo più concentrato c/o CED	<i>Nulle o fisiologiche</i> Fattori favorenti: • utilizzo esclusivo da parte di personale competente	Nulla (sia tecnologica che organizzativa)	Sviluppo interno ( <i>cobol</i> ) su sistemi proprietari
Contabilità Finanziaria				
Gestione patrimonio				
Gestione protocollo				
Magazzini, farmacia, cespiti	Utilizzo minimale e non uniforme, per inadeguatezza soluzione IT			
<i>Produzione ed erogazione servizi di cura</i>				
Cup (1991-92)	Minimale rispetto a funzioni disponibili	<i>Alte resistenze</i> Legata alla necessità di integrazione organizzativa prevista dalla soluzione IT	Nulla (sia tecnologica che amministrativa)	Package RDBMS Oracle
Accettazione ricoveri (precedente al 1990)	uniforme e concentrato nella Uo ospedalità	<i>Fisiologiche inerzie</i> Fattori sfavorenti: • Mancanza motivazione direzionale		Sviluppo interno su sistemi proprietari
Cartella clinica (precedente al 1990)	Significativa per alcune Uo, minimale per altre, con maggior riscontro nella raccolta dati a fini di ricerca  Non uniforme per attori e Uo coinvolte	<i>Basse</i> Fattori favorenti: • Motivazione personale utenti  Fattori sfavorenti: • Mancanza integrazione soluzione IT • Ambiguità obiettivi utilizzo		Sviluppo interno su sistemi aperti (Novell)
<i>Produzione di servizi di supporto al processo di cura</i>				
Laboratorio analisi (1992)	Significativo ed uniforme per le Uo coinvolte	<i>Medie</i> Fattori favorenti: • Coinvolgimento direzione laboratorio nel progetto • Tipologia del processo  Fattori sfavorenti: • Necessità revisione organizzativa indotta da soluzione IT	Nulla	Package su sistema aperto (Unix)
Trasfusione e coordinamento trapianti (precedente al 1990)		<i>Basse</i> Fattori favorenti: • Forte stimolo direzionale • Soluzione IT costruita sull'organizzazione esistente • Tipologia del processo	Minimo (con sistema di accettazione ricoveri)	Sviluppo interno ( <i>cobol</i> ) su sistema proprietario, in seguito trasferito su sistema aperto (Unix), con parziale utilizzo RDBMS (Oracle)
Radiologic	Significativo per alcune funzioni RIS Utilizzo non uniforme per Uo coinvolte	<i>Medie</i> Fattori favorenti: • approccio graduale • coinvolgimento in fase di analisi utenti motivati • motivazione direzionale da parte di alcune UO	Nulla	Sviluppo interno ( <i>Clipper</i> ) su sistema aperto (Novell)

<sup>1</sup> Tra parentesi gli anni di introduzione

**Figura 2 - Sistemi informatici presenti al Policlinico e modalità di integrazione fra applicativi - situazione al 1995**



L'assenza di integrazione è dovuta per lo più a carenze infrastrutturali e alle tecnologie utilizzate, mentre l'assenza di soluzione di mercato adeguate spiega l'orientamento prevalente verso soluzioni sviluppate internamente.

In area sanitaria, gli unici sistemi presenti sono legati ad attività quali le analisi di laboratorio, l'attività di donazione e trasfusione di sangue, l'attività diagnostica della radiologia: tradizionalmente le aree maggiormente favorite da interventi di automazione, vista la numerosità e ripetitività della produzione, la forte automazione presente in termini di apparecchi medicali, la maggiore standardizzazione nelle modalità esecutive, e soprattutto il forte interesse verso questi interventi da parte della componente medica e tecnica. In questi casi, inoltre la mancata integrazione delle soluzioni IT ha rilevanza limitata, vista la sostanziale autonomia operativa dei settori di supporto all'attività clinica. Proprio la mancanza di integrazione, sia tecnologica che organizzativa, sfavorisce in-

vece l'introduzione di soluzioni legate ai processi di cura. L'utilizzo di supporti informatici è limitato ad ambiti clinici ed epidemiologici, ed è fortemente dipendente dagli interessi specifici degli utilizzatori piuttosto che del sistema ospedale.

L'introduzione di soluzioni IT è, in questo periodo, legata alla motivazione dirigenziale delle singole Unità organizzative, o addirittura di singoli gruppi di utenti all'interno di una stessa unità operativa: da un lato non sono presenti particolari spinte all'informaticizzazione e all'integrazione dei processi sanitari, dall'altro i sistemi di sviluppo ad hoc non mettono in discussione il mantenimento degli assetti organizzativi già consolidati. Ecco allora il sorgere di sistemi informativi «a isole» (Buccoliero, 1998), rappresentati in figura 1, spesso nemmeno noti ai sistemi informativi aziendali, per i quali non si assiste a significativi fenomeni di resistenza, a meno di inadeguatezza funzionali del software agli obiettivi di automazione posti o alla presenza di

inerzie di carattere culturale (rifiuto dell'automazione, rifiuto dell'uso del sistema informatico).

In un unico caso l'introduzione di un *package software* (Cup) ha evidenziato la necessità di una revisione organizzativa di attività trasversali, quali la prenotazione di prestazioni ambulatoriali, e di una conseguente revisione degli assetti di potere legati a tale attività. Le resistenze a tali cambiamenti hanno indotto il sottoutilizzo del prodotto, impiegato per la sola attività di riscossione dei *ticket*. Solo 8 anni dopo, attraverso una profonda riorganizzazione del processo di erogazione delle prestazioni ambulatoriali (esaminato infra) si assisterà ad un pieno utilizzo della soluzione *software*.

Nel periodo relativo all'arco temporale 1995-98 si assiste (tab. 4):

- all'introduzione dei primi sistemi di II<sup>a</sup> generazione in area amministrativa, anche per l'esigenza di introdurre sistemi a supporto della contabilità economico-patrimoniale, che richiede soluzioni integrate con la gestione di ordini, magazzino, cespiti, ecc.;

- alle prime soluzioni IT che supportano, da un punto di vista operativo, le attività sanitarie;

- al migliore utilizzo delle procedure amministrative di registrazione delle prestazioni, ai fini della rendicontazione necessaria per il riconoscimento economico dei servizi erogati e per la predisposizione di consuntivi per centri di costo.

Emerge in modo significativo, in questo periodo, il profondo legame fra l'assetto organizzativo esistente, la disponibilità ad una sua revisione ed il successo di progetti di automazione.

Non a caso, l'esigenza di una maggiore integrazione, sia tecnologica che organizzativa, che pure emerge, è per il momento orientata maggiormente verso aspetti operativi dell'attività che non comportino variazioni nell'assetto or-

Tabella 4 - Sistemi informatici introdotti/modificati nel periodo 1995-1998

Ambiti	Grado/modalità	Resistenze/inerzie Fattori favorenti/sfavorenti	Grado di integrazione tecnologica/organizzativa	Tecnologie adottate
<i>Reperimento e gestione risorse</i>				
Gestione personale (1998)	Utilizzo significativo ed uniforme	<i>Alte</i> • Legata a necessità revisione organizzazione Uo • Difficoltà di utilizzo	Nulla	<i>Outsourcing</i> elaborazione dati su sistema proprietario
Magazzini/farmacia (1995)	Utilizzo significativo, ma non uniforme per UO	<i>Media e differenziate</i> Fattori sfavorenti: • Problemi logistici in alcune Uo • Inadeguatezza soluzione IT Fattori favorenti (farmacia): • Motivazione direzionale • Soluzione IT costruita sulla base delle esigenze organizzative	Minore, con sistema contabile	Sviluppo interno ( <i>clipper</i> ) su sistemi aperti Novell
Contabilità Finanziaria ed economico-patrimoniale (1997-98)  Cespiti	Utilizzo ampio ed integrato	<i>Alte</i> Fattori sfavorenti: • Sistema II generazione • Necessità di integrazione organizzativa richiesta da soluzione IT Fattori favorenti: • Motivazione direzionale • Necessità originate dal nuovo sistema contabile (che ne ha «imposto» l'utilizzo)	Integrazione fra i due modelli contabili e con gestione ordini e cespiti. Integrazione minima con sistema magazzini	<i>Package</i> basato su RDBMS ( <i>Oracle</i> ) su sistema aperto (Unix)
<i>Produzione ed erogazione servizi di cura</i>				
Accettazione ricoveri amministrativa (1996)	Significativo, concentrato Uo amministrative	<i>Medie</i> Fattori favorenti (di contesto): • Esigenze imposte da nuovo sistema finanziamento Fattori sfavorenti: • Necessità revisione organizzativa Uo ed integrazione Uo/ reparti	Nulla Dal 1998, utilizzo anagrafe aziendale	<i>Package</i> basato su RDBMS ( <i>Oracle</i> ) su sistemi aperti (Unix)
Pronto soccorso e sistema di reparto per la medicina d'urgenza (1995/96)	Significativo e uniforme fra attori sanitari coinvolti nel processo. Non utilizzata da Uo amministrativa	<i>Medie e differenziate</i> Fattori favorenti: • Motivazione direzionale e degli utenti coinvolti nel progetto • Esigenze imposte da nuovo sistema di finanziamento • Partecipazione utenti all'analisi e soluzione IT creata <i>ad hoc</i> Fattori sfavorenti: • Difficoltà operative specifiche (ampia turnazione)	Media con altri sistemi sanitari (laboratorio/ radiologie), nulla con sistemi amministrativi	Sviluppo interno (Foxpro), su sistemi aperti (Novell) Interfaccia GUI
Camere operatorie (1997-1998)	Significativo, ma limitato a 2 blocchi operatori. Modalità differenziate per attori e Uo utilizzatrice	<i>Medie</i> Fattori favorenti: • Partecipazione utenti all'analisi e soluzione IT creata <i>ad hoc</i> Fattori sfavorenti: • Problemi logistici e legati a infrastrutture IT • Motivazione di parte del personale, anche in rapporto a percorsi di carriera individuali • Sostegno direzionale • Per anestesisti: mancanza di riscontro operativo immediato	Utilizzo dell'anagrafe aziendale	Sviluppo interno <i>client server</i> ( <i>Foxpro</i> su RDBMS <i>SQLSERVER</i> ), su sistemi aperti (Win NT)
<i>Produzione ed erogazione di ricerca e didattica</i>				
Gestione progetti di ricerca (1995)	Significativo	<i>Medio-basse</i> Fattori favorenti: • Forte sostegno direzionale Fattori sfavorenti: • Limiti tecnologici e infrastrutturali	Nulla	Sviluppo <i>ad hoc</i> ( <i>clipper</i> ) su sistemi aperti (Novell)

ganizzativo. In area sanitaria, per esempio, vi sono esempi di integrazione nella trasmissione di richieste e di referrali da e verso i servizi diagnostici, utile supporto alle attività cliniche, mentre

non vengono affrontati gli aspetti di integrazione fra attività sanitarie ed amministrative del processo di cura.

Come conseguenza diretta dell'approccio orientato al miglioramento

della complessiva «efficienza» dell'attività del reparto, piuttosto che di isolate attività gestionali, emerge per la prima volta la necessità di una forte guida direzionale (di reparto e di istitu-

to). Per ottenere risultati significativi non è infatti più sufficiente la motivazione individuale o di un ristretto gruppo di utenti ma un gruppo dirigente che sia in grado:

— da un lato di utilizzare la leva dell'informatizzazione per intervenire su percorsi organizzativi ed assetti di potere consolidati,

— dall'altro di motivare adeguatamente il personale alla partecipazione ai progetti.

La positiva esperienza realizzata nell'informatizzazione del pronto soccorso (Pierini A. et al., 1995) e della divisione di medicina d'urgenza origina certamente nella partecipazione diretta all'avviamento del sistema da parte dei responsabili del pronto soccorso e delle caposala; allo stesso modo alcune resistenze all'uso dei sistemi, oltre ai casi in cui si realizza un utilizzo non uniforme (per esempio nel caso della gestione dei blocchi operatori), sono spiegabili anche dal mancato sostegno della direzione divisionale ed aziendale.

Da un punto di vista tecnologico si completa il passaggio delle procedure verso sistemi aperti, e, soprattutto nell'area amministrativa, sia essa deputata al reperimento risorse o all'erogazione di servizi di cura, si ricorre a *package* basati su *database* relazionali, personalizzati in funzioni delle specifiche esigenze. Nell'ambito della produzione operativa dei servizi di cura si mantiene invece il ricorso allo sviluppo interno, vista l'insufficienza funzionale delle soluzioni presenti sul mercato, la necessità di un coinvolgimento diretto degli operatori sanitari nella fase di analisi e negli interventi di riorganizzazione, la disponibilità a rapidi adeguamenti del *software* in corso d'opera, la presenza di un nucleo interno di programmatori specializzati nell'area clinico-sanitaria.

Nel periodo più recente (post 1998), infine, assume particolare rilievo (tab.

5 e figura 3) l'utilizzo dell'analisi e del *reengineering* dei processi come condizione per la definizione dei requisiti, la progettazione e l'introduzione di nuove soluzioni ICT (5).

È già del 1996 una prima analisi sommaria dei processi svolti entro l'ospedale e delle loro interrelazioni, finalizzata a valutare le principali interazioni fra macroattività.

In questo periodo vengono a trovare sistematico impiego nell'informatizzazione i seguenti due principi:

— le diverse fasi di uno stesso processo (per es. accettazione amministrativa e accettazione clinica nel processo di ricovero) devono trovare riscontro in una applicazione o in diverse applicazioni interoperanti e caratterizzate da un'integrazione nativa;

— processi distinti, ma fra loro relazionati (per es.: processo di ricovero e processi svolti da servizi diagnostici: laboratorio, radiologie) possono operare su piattaforme distinte purché fra loro integrate.

La necessità di operare alcuni significativi interventi in seguito all'avvento del «millennium bug» viene utilizzata per creare le condizioni tecnologiche di forme di integrazione 'nativa' fra applicazioni (attraverso l'uso esteso di soluzioni basate su RDBMS che utilizzano lo *standard SQL*) e per l'introduzione di soluzioni 'intranet', considerate più adatte alla distribuzione del *software* a tutti gli attori, interni od esterni alla struttura ospedaliera, che hanno un ruolo nei processi di cura. Va letta in questo senso l'evoluzione dei sistemi CUP e di accettazione ospedaliera in applicazioni *web-based*, attualmente utilizzate sulla *intranet* ospedaliera, ma predisposte all'uso da parte di soggetti esterni interessati (enti istituzionali, *call-center* per le attività di prenotazione ed informazione, farmacie e medici di base, fino in prospettiva a raggiungere lo stesso paziente) attraverso l'uso di reti *extranet* o *internet*, coerentemente ai principi del sistema informativo sani-

**Figura 3 - Sistemi informatici presenti al Policlinico e modalità di integrazione fra gli applicativi - situazione attuale**

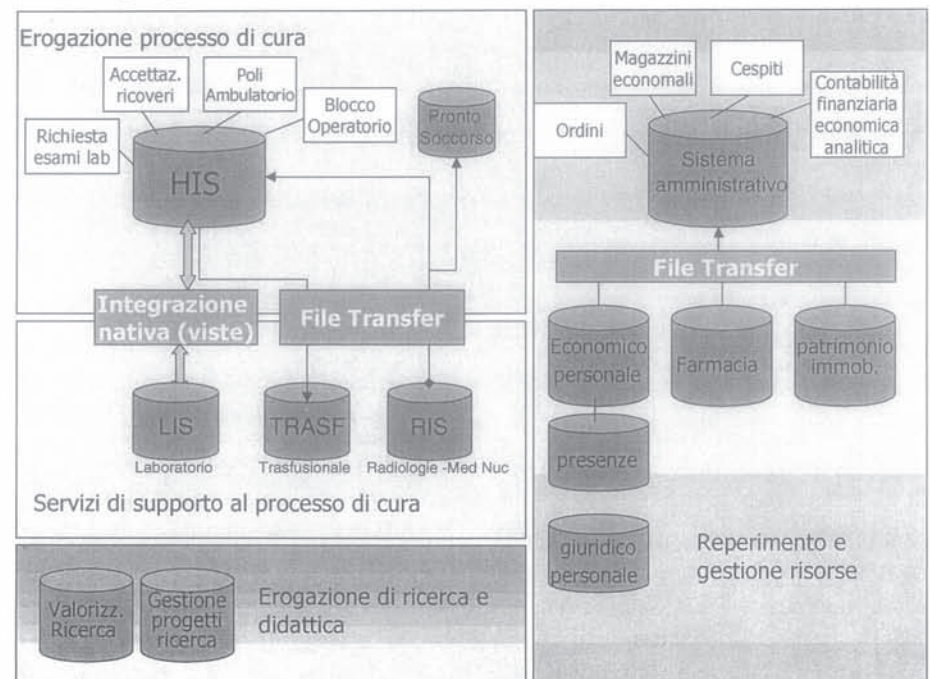
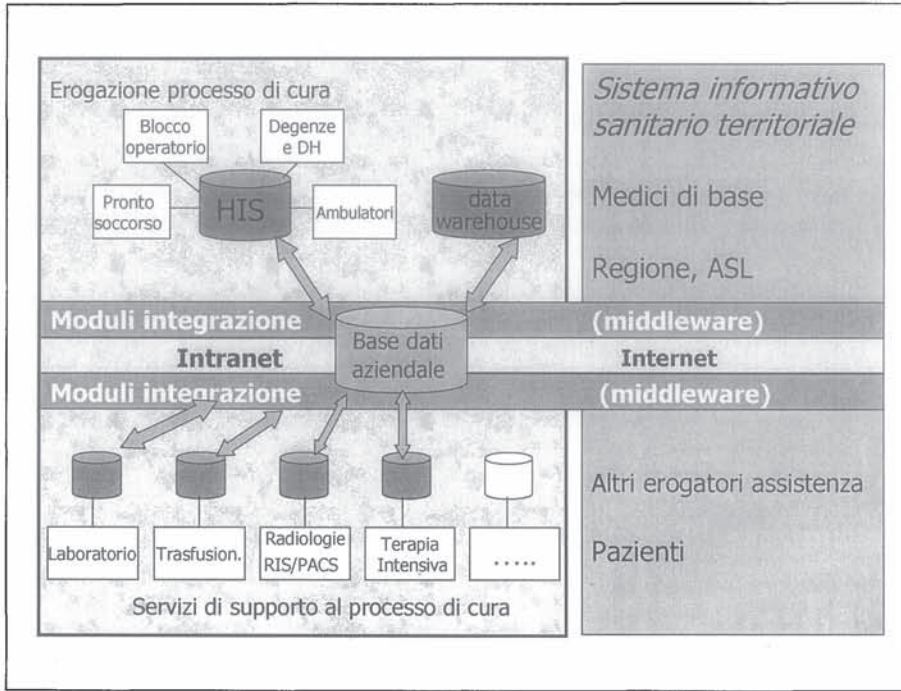


Tabella 5 - Sistemi informatici introdotti/modificati nel periodo 1999-2000

Ambiti	Grado/modalità	Resistenze/inerzie Fattori favorenti/sfavorenti	Grado di integrazione tecnologica/organizzativa	Tecnologie adottate
<i>Produzione ed erogazione servizi di cura</i>				
Processo degenze (amministrati va + reparto) (1999-2000)	Significativo per i soli aspetti amministrativi, utilizzato solo da reparti pilota	<i>Medie e differenziate</i> Fattori favorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimento sistema di potere in un quadro di maggior integrazione</li> </ul> Fattori sfavorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Immaturità/incompletezza soluzione IT</li> <li>Carenze infrastrutture IT</li> <li>Motivazione personale</li> <li>Minore supporto direzionale</li> <li>Rivendicazioni circa le competenze amministrative/cliniche degli utenti</li> </ul>	Alta  Integrazione nativa con base dati sistema ricoveri amministrativo e sistema clinico	<i>Package</i> (Java) e moduli sviluppati internamente (visual foxpro) su un medesimo RDBMS (Oracle), su sistemi aperti ( <i>client</i> : win NT, <i>webserver</i> : Linux, <i>db server</i> : Unix)  Soluzioni <i>web-based</i> per alcune funzioni
Processo ambulatoriale	Ampio ed integrato per gli ambulatori afferenti al poliambulatorio Lamarmora (2000 - in corso)  Significativa per ambulatori divisionali di ecografia ed endoscopia (1998-2000)	<i>Medio Alte e differenziate</i> Fattori favorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Forte Stimolo direzione aziendale (direzione generale, direzione sanitaria ed amministrativa)</li> <li>Completezza infrastrutture</li> </ul> Fattori sfavorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Modifiche apportate al sistema di potere dell'organizzazione</li> <li>Profilo di carriera individuale che non si sviluppa all'interno della struttura</li> <li>Rivendicazioni circa le competenze amministrative/cliniche degli utenti</li> <li>Coinvolgimento non uniforme direzioni divisionali/utenti nel progetto</li> </ul>		
<i>Produzione di servizi di supporto al processo di cura</i>				
Nuovo sistema di laboratorio e sistema gestione richiesta esami da reparto (2000)	Ampio ed integrato per Uo laboratorio Funzioni di richiesta/consultazione referti	<i>Basse</i> per Uo laboratorio <i>Medie e differenziate</i> per Uo richiedenti Fattori sfavorenti: Per laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>Inerzie legate ad abitudine uso sistema 1ª generazione</li> </ul> Per reparti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Problemi legati a infrastrutture IT</li> <li>Motivazione di parte del personale, anche in rapporto a percorsi di carriera</li> <li>Sostegno direzionale non uniforme, sia a livello divisionale che aziendale</li> </ul> Fattori favorenti: Per il laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>Stimolo direzionale</li> <li>Necessità indotte da <i>millennium bug</i></li> <li>Presenza presidio IT dipartimentale, competente del processo</li> </ul>	Alta e flessibile (anagrafe, sistema ambulatoriale, sistema degenze)	<i>Package client server</i> , operante su RDBMS, ( <i>Power Builder</i> , <i>Oracle</i> ) su sistema aperto (Unix)
Processo donazione e trapianto di organi (2000)	Significativo per Uo	<i>Medie</i> Fattori sfavorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Immaturità funzionale e operativa applicativo</li> <li>Inerzie legate ad abitudine uso sistema 1ª generazione</li> </ul> Fattori favorenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>Stimolo direzionale</li> <li>Necessità indotte da <i>millennium bug</i></li> </ul> Presenza presidio IT dipartimentale, competente del processo	Media, con sistema rasmfusionale. In prospettiva è prevista integrazione con sistema territoriale e nazionale	Sviluppo esterno <i>ad hoc</i> basato su RDBMS e architettura <i>client server</i>

**Figura 4 - Modello a tendere del sistema informatico del Policlinico (area sanitaria), all'interno del sistema informativo socio sanitario lombardo**



tario lombardo (6), secondo il modello a tendere illustrato in fig. 4.

I principali interventi operati secondo l'approccio per processi riguardano:

- il processo di richiesta ed esecuzioni di indagini di laboratorio, e
- il processo ambulatoriale.

Per quanto riguarda il laboratorio si è operata:

— la realizzazione di un sistema dipartimentale, in grado di unificare da un punto di vista logico informativo, modalità di richiesta di esami, archiviazione dei risultati ed integrazione con il sistema informativo ospedaliero, mantenendo l'autonomia logistica ed operativa delle diverse sezioni di laboratorio coinvolte, afferenti al dipartimento. L'intervento ha riguardato finora i laboratori principali per numero e tipologia delle indagini svolte e si propone di coinvolgere gradualmente anche le sezioni specialistiche di laboratorio, interne alle diverse unità operative,

— la gestione di tutte le fasi del processo, dalla richiesta di esami alla consultazione dei risultati, oltre alla revisione di quelle interne al laboratorio, sulla base delle evoluzioni messe a disposizione dalle nuove soluzioni ICT.

Per quanto riguarda il processo ambulatoriale, la necessità di una profonda revisione organizzativa delle modalità di erogazione delle prestazioni è emersa da uno studio operato secondo le tecniche del *process re-engineering* in un ristretto gruppo di ambulatori. Nello studio, partendo dalle difficoltà ed inefficienze negli aspetti strutturali, organizzativi e legati al sistema informativo (dispersione logistica, procedure amministrative non uniformi, percorsi dei pazienti differenziati e a volte inutilmente complessi), era stato possibile definire un modello di funzionamento del processo in grado di fungere da riferimento per il miglioramento del servizio ambulatoriale attraverso l'attuazione congiunta, ed

opportunitamente integrata, di idee di miglioramento in parte basate sulla ridefinizione di compiti e procedure (fattore organizzativo) ed in parte sull'impiego delle tecnologie dell'informazione e comunicazione (fattore tecnologico).

La possibilità di applicare tale modello veniva dalla decisione della direzione dell'Ospedale di accorpate nel nuovo Poliambulatorio una buona parte degli ambulatori presenti: il complesso poliambulatoriale poteva infatti permettere un significativo incremento nella qualità dei servizi offerti, consentendo di operare una serie di razionalizzazioni organizzative oltre che logistiche. Il sistema informatico realizzato, ancora in fase di perfezionamento, è il risultato della modellizzazione operata a priori. In questo senso è stata progettata e realizzata un'unica base dati sulla quale operano le applicazioni CUP (dedicata alle attività di prenotazione, accettazione e riscossione del *ticket*), e l'applicazione di gestione operativa e clinica della visita medica (visione storia anamnestica, radiologica e di laboratorio, refertazione, prescrizione di successivi accertamenti) che è stata integrata con il sistema di attesa e di chiamata dei pazienti. È previsto per i prossimi mesi il completamento del sistema con gli aspetti legati all'attività di prelievo e alla integrazione con il sistema dipartimentale di laboratorio, in precedenza illustrato.

#### **4. Indicazioni per la gestione dello sviluppo del sistema informativo automatizzato nelle aziende ospedaliere**

##### *4.1. Architettura informatica, assetto organizzativo, efficienza ed efficacia aziendale*

Di seguito si considera il problema del legame tra ridefinizione dell'asset-

to organizzativo, connesso allo sviluppo dell'architettura informatica, e miglioramento dell'efficienza ed efficacia complessiva dell'azienda ospedaliera (per una definizione di un sistema di criteri per la valutazione delle prestazioni di un'azienda pubblica si rinvia a Borgonovi, 2000, pagg. 102-108). In altri termini ci si focalizza sulle relazioni tra interventi di informatizzazione, correlato impatto organizzativo, stimato attraverso le variabili individuate, e conseguimento degli obiettivi aziendali e di incrementi prestazionali in termini di efficienza ed efficacia.

Con riferimento alle variabili utilizzate nella stima dell'impatto organizzativo, la prima variabile è il grado e modalità di utilizzo dell'ICT, che permette di misurare l'effettivo impiego del potenziale di miglioramento organizzativo messo a disposizione dall'ICT. Essa è inoltre (paragrafo 2) la preconditione per poter valutare la qualità delle scelte in materia di informatizzazione: se gli applicativi vengono utilizzati in modo minimale, non si è neanche in grado di valutarne l'utilità.

Se vengono usati in modo ampio e significativo, ma non integrato, la leva dell'informatizzazione rimane uno strumento impiegabile solo in modo limitato, venendo probabilmente a prevalere logiche di non condivisione delle informazioni e di «protezione» delle proprie conoscenze rispetto al complesso dell'azienda. Si tratta di un rischio molto forte, in relazione alle caratteristiche del sistema di ricompensa, particolarmente in contesti caratterizzati dall'intrecciarsi di logiche di valutazione appartenenti al sistema universitario e di logiche più proprie di un'azienda ospedaliera.

Il grado di integrazione organizzativa rappresenta il risultato dell'utilizzo in modo integrato delle risorse ICT messe a disposizione. Essa presuppone

scelte di informatizzazione miranti a conseguire elevati livelli di integrazione tecnologica.

L'analisi delle resistenze ed inerzie all'impiego dell'ICT è strumentale ad individuare il migliore percorso per l'introduzione dell'ICT. Alcune indicazioni di ordine generale per l'analisi delle cause di resistenze ed inerzie sono riportate in tabella 6. Tali cause so-

no riconducibili ai seguenti raggruppamenti omogenei:

— specifiche della soluzione IT adottata, laddove la causa sia legata al tipo di tecnologia adottata;

— legate all'impatto organizzativo sotteso dalla adozione della soluzione IT;

— legate all'impatto culturale, laddove si verifichi un rifiuto di ridi-

**Tabella 6 - Tipologia di resistenze ed inerzie riscontrate e loro raggruppamento in tipi omogenei**

Causa	Descrizione	Tipologia
<i>Resistenze</i>		
immaturità tecnologica/ funzionale della soluzione IT adottata	segnalazione di inadeguatezza dello strumento fornito da parte dell'utilizzatore.	Specifica della soluzione IT adottata
Problemi logistici o legati alle infrastrutture IT:	impossibilità di rendere disponibile l'applicazione nei luoghi dove l'attore svolge normalmente l'attività soggetta ad informatizzazione	Legata a infrastrutture IT
Difficoltà di utilizzo	tecniche di data entry inadeguate, dalla presenza di interfacce poco amichevoli, ecc.	Specifica della soluzione IT adottata
Introduzione di sistemi di II <sup>a</sup> generazione (per es.: package versus sistemi dedicati)	indisponibilità a ridiscutere l'organizzazione interna del lavoro:	Legata ad impatto organizzativo
Mancanza di integrazione tecnologica	carenze nella progettazione tecnico funzionale e/o carenze intrinseche delle soluzioni tecnologiche disponibili	Specifica della soluzione IT adottata
Necessità di integrazione organizzativa prevista dalla soluzione IT	introduzione di soluzione ICT evolute, non accompagnate però da una revisione dei processi organizzativi condivisa da tutti gli attori coinvolti	Legata ad impatto organizzativo
Modifiche apportate al sistema di potere consolidato	fattore critico nel determinare l'efficacia organizzativa dell'introduzione dell'ICT	Legata ad impatto organizzativo
<i>Inerzie</i>		
Assenza di attenzione da parte della direzione aziendale o di reparto	Ci si riferisce ai casi in cui l'introduzione dell'ICT non è considerata fra le priorità strategiche centrali o dipartimentali	Legata a impatto organizzativo
Limitata capacità di motivazione da parte della direzione aziendale	Ci si riferisce ai casi in cui i profili di carriera individuali non si sviluppano completamente all'interno della struttura (per es. personale universitario)	Legate a caratteristiche di contesto
Rifiuto dello strumento informatico preconcepito o legato alla percezione del ruolo svolto nella struttura	Difficoltà di affrontare la propria attività secondo una logica di processo (per esempio, rifiuto di inserire dati di pertinenza amministrativa da parte di personale sanitario)	Legate ad impatto culturale
Assenza di incentivazioni o della percezione di un miglioramento della propria professionalità	Difficoltà legate a meccanismi e logiche per le quali l'incentivazione monetaria al personale è condizione imprescindibile per l'attuazione di qualsiasi cambiamento	Legate ad impatto culturale ed organizzativo



scutare le modalità con cui viene svolta una certa attività;

— legate a carenze infrastrutturali o a particolari caratteristiche di contesto, che inibiscono o rendono poco significativa l'applicazione di una soluzione tecnologica ed organizzativa potenzialmente adeguata.

Un alto grado di utilizzo, modalità uniformi da parte delle categorie di attori organizzativi rilevanti, una elevata integrazione organizzativa implicano in primo luogo l'effettivo utilizzo delle potenzialità dell'ICT. Ai possibili benefici dell'ICT, riepilogati nella classica schematizzazione di Davenport e Short (1990) e riconducibili a:

— potenziale di automazione e di standardizzazione delle attività: consistente nella capacità dell'ICT di sostituire o ridurre il lavoro umano nei processi (automazione) e di trasformare attività non strutturate in attività routinarie;

— potenziale di disintermediazione e di abbattimento delle distanze: consistente nella capacità dell'ICT di ridurre o annullare l'importanza dei ruoli di intermediazione nell'ambito del medesimo processo, e di rendere i processi per più versi indipendenti dalla collocazione fisica degli operatori;

— potenziale di parallelizzazione di attività precedentemente sequenziali: connesso alla capacità di cambiare la sequenza dei compiti svolti nell'ambito di un processo, sovente rendendoli svolgibili in parallelo;

— potenziale di accrescimento del controllo sui processi (*tracking*): consistente nella capacità dell'ICT di rilevare un ampio insieme di informazioni sulle attività aziendali;

— potenziale di supporto decisionale (*knowledge management*): riferibile alle potenzialità dell'ICT nell'elaborazione di dati a supporto delle decisioni;

debbono essere aggiunti (con riferimenti specifici al settore dei servizi sanitari):

— potenziale di ridefinizione delle modalità di erogazione del servizio: il potenziale dell'ICT è in questo caso riconducibile alla capacità di cambiare in primo luogo il sistema di erogazione del servizio, componente intrinseca e costitutiva del servizio stesso (Rebora e Meneguzzo, 1990, pagg. 131-132);

— potenziale di supporto all'azione in reti interorganizzative: consistente nel rendere possibile l'azione in rete delle diverse aziende ospedaliere (per un quadro generale sulle reti sanitarie si rinvia a Meneguzzo, 2000).

In corrispondenza di un più alto grado di utilizzo, di modalità uniformi da parte delle categorie di attori organizzativi rilevanti e di una elevata integrazione organizzativa, sono stati riscontrati in generale significativi miglioramenti in termini di perseguimento degli obiettivi aziendali e di incremento delle prestazioni.

Ci si sofferma in particolare sugli interventi più recenti, descritti nel paragrafo 3.2., relativi all'automazione del laboratorio e del nuovo poliambulatorio, nei quali è stato adottato l'approccio per processi e che hanno visto, specificamente nel secondo caso, un significativo coinvolgimento del vertice.

In tali casi sono stati conseguiti i seguenti miglioramenti:

— una riduzione del carico di lavoro (che ha pertanto generato un risparmio, almeno potenziale, di risorse), connessa all'effetto di automazione, e al generale ridisegno organizzativo; tale riduzione è riscontrabile in particolare nel caso del laboratorio;

— una riduzione dei tempi, dovuta all'abbattimento di alcuni tempi di trasferimento e a significative parallelizzazioni ed integrazioni di atti-

vità; questo ha specificamente comportato:

- un *trend* verso minori tempi medi di attesa in coda (nel caso del nuovo poliambulatorio) (7),

- minori tempi medi di refertazione (nel caso del nuovo laboratorio);

- una maggiore certezza sulla qualità del dato e una complessiva maggiore trasparenza delle prenotazioni, connessa al *tracking* dello stato del processo; questo ha anche impatto nell'interfaccia con l'utenza.

Significativamente, negli interventi richiamati, (e in modo specifico nel caso del nuovo poliambulatorio Lammarmora) la gestione delle implicazioni organizzative dell'ICT è stata condotta:

— in condizioni di massima «attenzione» da parte del vertice verso le innovazioni in corso e con un ampio (ed anche impegnativo) coinvolgimento diretto della componente dirigenziale, sia tecnico-amministrativa che sanitaria, dell'ospedale;

— ricorrendo in modo sistematico all'analisi di processo, come strumento per realizzare l'allineamento tra complessivo assetto organizzativo, sistema informativo e strumentazione ICT adottata.

L'importanza di questi aspetti, che si ritiene abbia valenza del tutto generale, è analizzata nel successivo paragrafo.

#### 4.2. Crescente importanza dell'elaborazione di una strategia informatica nelle aziende ospedaliere e dell'adozione di approcci per processo

Dallo studio emerge la rilevanza prioritaria dei seguenti elementi per l'efficacia dell'intervento di informatizzazione:

— elaborazione di una specifica strategia aziendale di informatizzazione,

— attenzione sistematica del vertice verso tali interventi,

— ricorso sistematico all'analisi dei processi.

Essi vengono di seguito esaminati.

#### *Strategia aziendale verso l'informatizzazione*

Estremo rilievo assume la definizione, da parte del vertice aziendale, di una strategia di informatizzazione, parte della più ampia strategia organizzativa. In essa devono rientrare:

— l'identificazione dei fabbisogni organizzativi prioritari: è infatti per il soddisfacimento di questi che vengono adottate le diverse soluzioni informatiche; inoltre, in virtù del ruolo anche forzante delle nuove tecnologie, deve poi essere effettuata un'analisi complessiva di coerenza tra assetto organizzativo e tecnologie da introdurre/sviluppare;

— la definizione di un adeguato sistema incentivante l'impiego (integrato e uniforme) degli applicativi da introdurre; in generale appare insufficiente, oltre che complesso da gestire per gli aspetti normativo-contrattuali, e anche di regole e prassi interne applicative, il ricorso ad incentivi monetari; appare invece più efficace agire sugli aspetti professionalizzanti. Questo implica un sistematico ricorso alla formazione, che non deve vertere sui solo contenuti tecnici, ma anche sulle implicazioni organizzative dell'ICT. Il coinvolgimento dell'utenza riveste un ruolo di estremo rilievo nel permettere il successo dell'innovazione tecnologica;

— lo sviluppo di competenze di *project management*: se infatti i progetti di introduzione dell'ICT si configurano sempre più come progetti complessi, proprio per la rilevanza organizzativa, la diffusione di cultura e metodi di *project management* riveste un'importanza centrale.

La definizione di una strategia di informatizzazione risulta di estrema ri-

levanza in relazione alla capacità di affrontare alcune delle principali cause di resistenze/inerzie. Questo soprattutto laddove, successivamente all'elaborazione della strategia, non venga meno la sistematica attenzione del vertice.

#### *Attenzione sistematica del vertice verso gli interventi di informatizzazione*

Per quanto riguarda le resistenze, l'importanza della sistematica attenzione del vertice si riscontra in merito a:

— assetto di potere: le implicazioni in termini di assetto di potere vengono affrontate in modo esplicito e «guidate» dal vertice;

— possibilità di affrontare in modo congiunto anche i problemi di infrastrutture ICT (il riferimento è in particolare alle infrastrutture di telecomunicazioni) e più ampiamente gli altri aspetti anche logistici e di strumentazione connessi a cambiamenti rilevanti.

Per quanto riguarda le inerzie, la percezione di una forte attenzione del vertice influisce soprattutto nella direzione di accrescere l'importanza conferita al progetto, con effetto di stimolo sul personale.

L'attenzione del vertice, naturalmente, non deve essere costante in tutte le fasi del progetto. Essa è massima in sede di concezione del progetto e comunque molto alta in eventuali snodi critici e in sede di chiusura del progetto (fase molto importante, in quanto in essa avviene il «rilascio» dei risultati del progetto, che divengono parte dell'attività corrente), minore nelle altre fasi.

Si osserva infatti che l'elevato *commitment* del vertice è comunque oneroso, in termini di tempo dedicato; esso può inoltre, in taluni casi, comportare il fatto che eventuali conflitti latenti si riservino impropriamente sul progetto (progetto ICT trasformato in «terreno di battaglia»).

Vi sono infine alcuni rischi connessi alla possibilità di un eccessivo accentramento decisionale (8).

In linea generale, dunque, l'attenzione del vertice deve essere selettiva sia in relazione alla rilevanza dei progetti che in relazione alle fasi del progetto stesso.

#### *Impiego sistematico dell'analisi dei processi*

Per quanto attiene all'adozione dell'approccio per processi, sono individuabili tre livelli di analisi nell'impiego della logica per processi (Ongaro 2000a). Ad un primo livello, la lettura per processi supporta approcci di miglioramento continuo diffuso all'interno dell'organizzazione e generale (approcci collegabili in particolare al tema della qualità) e/o forme di controllo della gestione ulteriori e complementari rispetto ai più tradizionali sistemi di controllo delle unità organizzative (strumenti di controllo di gestione basati su logiche per processo). In un secondo livello di analisi (non necessariamente successivo al primo, dal quale può anzi essere disgiunto), la lettura per processi del funzionamento di un'organizzazione è attuata al fine di avviare uno o più progetti specifici finalizzati al radicale miglioramento di alcune prestazioni. Ad un terzo livello, l'obiettivo è pervenire al ridisegno completo e ad una gestione per processi dell'intera organizzazione.

Focalizzandosi in particolare sul secondo livello di analisi, quello al quale si sono collocati gli interventi nel caso esaminato, in linea generale i benefici derivanti da interventi di reingegnerizzazione dei processi possono essere riepilogati nei seguenti:

1) aumento della qualità e/o della quantità dei servizi prodotti ed erogati all'utenza, a parità di risorse impiegate;

2) miglioramento del funzionamento dei processi, con impatto sulla qualità del contenuto e delle condizio-

ni di lavoro e sulla soddisfazione del personale;

3) riduzione dei tempi «di attraversamento» dei processi, con un possibile impatto sia sul funzionamento interno che in termini di servizio all'utenza;

4) generazione di risparmi.

Gli interventi descritti al paragrafo 3 (il riferimento è in modo specifico al nuovo laboratorio e al Poliambulatorio Lamarmora) hanno portato riscontri principalmente in termini di riduzione dei tempi e risparmi. Prime indicazioni emergono in termini di qualità del servizio (interfaccia utente e trattamento dati).

Laddove l'azienda si muova nella direzione di adottare vere e proprie forme di gestione orientate ai processi (il terzo livello di analisi nella schematizzazione sopra illustrata; si rinvia in particolare a Ongaro, 2000b), i benefici possono in generale essere ricondotti a:

1) superamento del rischio di autoreferenzialità e potenziamento della capacità di interagire con gli utenti e con le altre istituzioni di riferimento;

2) capacità di governare la crescente complessità dell'ambiente ed il ritmo al quale avvengono i cambiamenti;

3) governo dei «tempi di attraversamento» dei processi.

Qualche forma di presidio per processi è peraltro, nel caso studiato, riscontrabile solo nel nuovo poliambulatorio. Prime interessanti conferme emergono in relazione al terzo punto (governo dei tempi). Tali benefici saranno duraturi nella misura in cui il presidio sistematico dei processi, implicito nel nuovo modello organizzativo, verrà a consolidarsi.

Questi benefici sono, in parte, conseguibili in virtù della capacità di tale approccio di sfruttare in modo significativo le tecnologie informatiche; si osserva che i benefici qui illustrati

rappresentano in linea generale l'effetto dell'impiego dei potenziali sopra illustrati (par. 4.1).

In particolare, significative sono apparse le potenzialità dell'approccio per processi (ad oggi solo limitatamente diffuso in sanità) in relazione alla capacità di affrontare alcune delle principali cause di resistenze/inerzie. Specificamente per quanto riguarda le resistenze, l'adozione sistematica di un approccio per processi appare in grado di:

— costituire strumento per analizzare ed esplicitare i benefici per l'utenza (riduzione tempi, fattori qualitativi rilevanti del servizio) e in termini di incremento di efficienza aziendale (riduzione tempi interni e minore impiego di risorse, soprattutto di personale); in questo modo permette la definizione di una base, in generale ritenuta «oggettiva» e comunque condivisibile, a partire dalla quale ridiscutere l'organizzazione del lavoro e, di fatto, il nuovo assetto di potere; si costringe quindi la negoziazione interna a confrontarsi sistematicamente con le esigenze dell'utenza;

— permettere l'analisi sistematica delle interdipendenze, guidando dunque l'analisi dei requisiti degli applicativi informatici, in modo da evitare quantomeno rischi di ridotta integrazione tecnologica.

Con riferimento alle inerzie, l'approccio per processi ha in particolare permesso di affrontare in modo esplicito il problema della definizione del carico di lavoro di natura amministrativa da assegnare ai sanitari per ragioni di efficienza dell'organizzazione del lavoro (eliminazione passaggi, correttezza di imputazione del dato, ecc.).

Naturalmente, l'ottica di processo, quantunque di impiego sistematico, non può essere esaustiva nella complessiva analisi di coerenza dell'assetto organizzativo da sviluppare ai fini della gestione dell'informatizzazione.

Tuttavia, l'analisi dei processi appare non soltanto opportuna bensì *indispensabile* laddove si adotti un nuovo sistema informativo automatizzato intrinsecamente basato sulla lettura per processi del funzionamento dell'organizzazione.

Questo tema viene sviluppato nel successivo paragrafo, alla luce dell'esame dell'evoluzione delle tecnologie informatiche e delle relative implicazioni organizzative.

## 5. Evoluzione dell'ICT e sviluppo dei modelli organizzativi

Ripercorrendo in forma estremamente sintetica le principali fasi dell'evoluzione dell'ICT (Austin e Trimm, 1995) si rilevano:

— una fase iniziale caratterizzata dall'importanza dello sviluppo *software* effettuato internamente, poi progressivamente abbandonato a favore di soluzioni *package* relativamente standardizzate. Queste ultime peraltro non rendono possibili particolari adattamenti alle peculiarità gestionali della singola azienda (emblematico in questo senso il caso del nuovo Poliambulatorio del Policlinico, nel quale proprio l'esigenza di adeguare l'applicativo alle specificità della situazione ha fatto optare per lo sviluppo interno di parte del *software*);

— un progressivo abbandono delle architetture *mainframe* verso architetture *client-server* e di *network computing*, che consentono in generale maggiore flessibilità, e

— il parallelo sviluppo delle piattaforme integrate.

L'evoluzione più recente dell'ICT vede cioè una centrale importanza attribuita all'integrazione tecnologica (alcuni elementi definitori dell'integrazione tecnologica sono stati richiamati al par. 2.3). Il punto che in questa sede interessa porre in evidenza è il legame tra integrazione tecnologica (e

dunque tra applicativi che la realizzano al massimo grado, attraverso l'integrazione nativa del sistema) e integrazione organizzativa.

In questo contesto gli *Enterprise Resource Planning* (ERP) rappresentano il massimo livello di integrazione del sistema informativo aziendale, in quanto presuppongono l'univocità di tutti gli archivi e, previa ridefinizione dei processi aziendali, l'integrazione dei diversi sottosistemi del sistema informativo aziendale automatizzato. Gli ERP stanno inoltre incontrando, nei diversi settori dell'attività economica, una rapida diffusione, anche se deve essere osservato che attualmente in ambito sanitario e con riferimento al contesto italiano, l'offerta di tali prodotti appare ancora per molti versi immatura.

Per queste ragioni, le considerazioni di seguito svolte, vertenti sul rapporto tra integrazione tecnologica ed organizzativa, sono riferite al caso, per molti versi emblematico, degli ERP, anche se in generale riproponibili per altre famiglie tecnologiche.

Le principali criticità riscontrabili nell'introduzione dei sistemi ERP (Buccoliero, 1998), accanto a quelle di ordine finanziario (connesse alle ingenti risorse richieste) o relative al contesto istituzionale incerto che può scoraggiare rilevanti investimenti, sono sul versante organizzativo:

— l'approccio centralizzato e poco flessibile nella definizione dei processi e delle funzioni, con correlati problemi di rigidità rispetto alla gestione delle eccezioni,

— la complessità del sistema, con le connesse pesanti implicazioni in termini di ridisegno organizzativo dei processi e delle procedure.

Con riferimento a quest'ultimo punto, deve essere rilevato che gli ERP si basano intrinsecamente su logiche di processo. I processi rappresentano infatti il termine di riferimento organiz-

zativo in relazione ai quali vengono definiti i moduli ERP, progettati in modo da attuare la «cristallizzazione» delle *best practice* determinate comparando i precedenti casi di installazione del prodotto. I moduli vengono poi installati attuando la parametrizzazione rispetto allo specifico contesto. L'introduzione di un sistema ERP presenta pertanto forti implicazioni in termini di interventi di *process reengineering*.

Per un verso, l'installazione di un ERP forza l'attuazione di interventi di *process reengineering* provvedendo il modello di funzionamento del processo e per molti versi imponendolo quale condizione preliminare per il funzionamento del nuovo sistema. In questo senso rappresenta lo strumento tecnologico per molti versi ideale, richiamando l'ottica della prima letteratura sul *process reengineering*, nella direzione di forzare il ridisegno organizzativo basato sui processi. Inoltre, esso forza cambiamenti organizzativi nella direzione di modelli di funzionamento dei processi solo limitatamente adattabili allo specifico contesto organizzativo e gestionale. Svolge cioè un ruolo forzante verso l'accrescimento dell'integrazione organizzativa.

In generale si può rilevare, per l'efficace gestione dello sviluppo di tali sistemi:

— la rilevanza della preliminare analisi organizzativa dei processi, indispensabile per realizzare i benefici in termini di incremento di efficienza (di solito il principale beneficio potenzialmente conseguibile attraverso l'introduzione di un ERP) ed anche di efficacia attraverso il radicale passaggio al processo «*best practice*»;

— la rilevanza dell'attenta selezione dei moduli dell'ERP e anche della relativa parametrizzazione, indispensabile in primo luogo in relazione alla capacità di mantenere un sufficiente livello di flessibilità.

Considerando, in merito al secondo punto, anche i limiti attuali dell'offerta sull'area sanitaria (attività di cura e di supporto alla cura), appare opportuno distinguere l'introduzione di un ERP in area amministrativa da un ERP globale che affronti anche l'area sanitaria.

Sottolineando difficoltà e limiti di tali sistemi, è possibile ipotizzare:

1) una prima introduzione di un ERP per i processi amministrativi (reperimento e gestione risorse);

2) la creazione di una piattaforma di integrazione «pre-ERP» nei processi operativi e sanitari, che:

— dia risultati apprezzabili e condivisi,

— permetta di sensibilizzare all'approccio organizzativo implicato da questi sistemi,

— prepari il terreno a prodotti non ancora presenti sul mercato.

In questo scenario, gli elementi evidenziati al paragrafo 4.2., cioè l'importanza di una elevata attenzione del vertice, la considerazione dell'ICT come componente della complessiva tematica organizzativa e il ricorso all'analisi dei processi, appaiono assumere la più ampia rilevanza e la massima strategicità per l'azienda ospedaliera.

(f) Si fa riferimento anche a documentazione interna Cergas a cura di L. Buccoliero, V. Mele, G. Nasi.

(2) Si può definire processo (Ongaro, 2000a) un insieme di attività fra loro interconnesse e tali da potersi individuare un *input* ed un *output*, che possono essere costituiti da molteplici elementi, del processo stesso. Gli utenti dell'*output* del processo possono essere interni od esterni all'organizzazione. Il processo è orientato al cliente, nel senso che un processo è (almeno in linea teorica) definito e costruito sulla base delle esigenze dell'utente fruitore dell'*output*. Il processo crea dunque valore per il cliente stesso, trasformando le risorse in *input* in un *output* conforme alle esigenze del cliente. Proprio l'orientamento all'utente dovrebbe garantire la finalizzazione di tutte le at-

tività alla realizzazione del prodotto/servizio di effettivo interesse dell'utente.

(3) Tali interventi infatti presentano i caratteri di unicità, finalizzazione, temporaneità e multidisciplinarietà che, congiuntamente, caratterizzano un progetto (Bartezzaghi et Al., 1999, pagg. 133-137). La rilevanza dello sviluppo di logiche e metodi di *project management* per la conduzione degli interventi di informatizzazione è esaminata al paragrafo 4.

(4) L'indicatore così definito deve considerarsi discreto, soggettivo e non quantitativo (si rinvia alla canonica classificazione proposta da Anthony e Young, 1992, pagg. 398-400). Analogamente per quanto riguarda la stima della modalità di utilizzo.

(5) Si fa riferimento ai documenti interni dell'Ospedale Maggiore: «Analisi dei processi dell'Ospedale Maggiore» (W. Bergamaschi, 1996), «Analisi e revisione del processo ambulatoriale» (W. Bergamaschi, E. Ongaro, S. Castaldi, 1998), «Il sistema informativo del poliambulatorio Lamarmora» (W. Bergamaschi, 1999).

(6) Si fa riferimento al documento della Direzione generale sanità della Regione Lombardia: «Piano di strategia per il sistema informativo socio-sanitario lombardo», 1997.

(7) Si precisa che si tratta di prime rilevazioni, a distanza di pochi mesi dall'avvio.

(8) Si osserva che il vertice svolge il ruolo di «committente interno» del progetto. Esso in generale non ha, e non deve avere, ruolo di *project manager*.

#### BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- ANDERSON J.G., AYDIN C.E., (1997), «Evaluating the impact of health care information systems», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13 (2): 380-393.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W., (1992), *Controllo di gestione per il settore non profit*, McGraw Hill Libri Italia, Milano.
- AUSTIN C.J., TRIMM J.M. ET AL., (1995), «Information systems and strategic management», *Health Care Management Review*, 20 (3).
- BARTEZZAGHI E., BRIVIO O., DE MAIO A., ZANARINI G., (1982), *Informatica e processi decisionali. Una metodologia socio-tecnica di individuazione dei fabbisogni informativi*, Franco Angeli, Milano.
- BARTEZZAGHI E., SPINA G. e VERGANTI R., (1994), *Nuovi modelli d'impresa e tecnologie d'integrazione*, Franco Angeli, Milano.
- BARTEZZAGHI E., SPINA G. e VERGANTI R., (1999), «Organizzare le PMI per la crescita», *Il Sole 24 Ore*, Milano.
- BELLUCCI A., CORSO M., DE MAIO A., VERGANTI R., (1994), *Gestire l'innovazione e innovare la gestione*, ETAS, Milano.
- BERGAMASCHI M. (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGONOV E., (2000), *Principi e sistemi aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, EGEA, Milano.
- BUCCOLIERO L., (1998), «I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP», *Mecosan Management ed Economia Sanitaria*, VII (28).
- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M., (1999), *Allearsi per comperare. Politiche di acquisto dei network sanitari*, EGEA, Milano.
- CORSO M., DUMOULIN A., FUMERO F., ONGARO E., (1998), «Il benchmarking nelle pubbliche amministrazioni: una esperienza presso il Politecnico di Milano», *Azienda Pubblica*, n°5/98, pagg. 501-525.
- DAVENPORT T.H., (1994), *Innovazione dei processi*, FrancoAngeli, Milano.
- DAVENPORT T.H., SHORT J.E., (1990), «The new industrial engineering: information technology and business process redesign» *Sloan Management Review*, 17, Estate, pagg. 11-27.
- HAMMER M., (1990), «Riprogettiamo il lavoro: automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare», *Harvard spansione*, Marzo.
- HAMMER M., STANTON S., (1999), «How process enterprises really work», *Harvard Business Review*, Novembre-Dicembre, pagg. 108-118.
- HOLAWAY K., KOGAN H., (1997), *The healthcare management Handbook*, Kogan Page Ltd., London.
- LEGA F., (1997), «Activity-based costing & management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari», *Mecosan Management ed Economia Sanitaria*, VI (22).
- LOMASTRO M., VICHI C., (1999), «Il percorso del paziente ospedaliero», *Mecosan Management ed Economia Sanitaria*, VIII (32).
- MELONI F. ET AL., (1999), «I policlinici universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali?», *Mecosan Management ed Economia Sanitaria*, VIII (30).
- MENEGUZZO M., (2000), «Il terreno dell'innovazione organizzativa: le reti sanitarie multispedaliere e multiservizi», in BERGAMASCHI M. (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- NORMANN R., (1985), *La gestione strategica dei servizi*, ETAS, Milano.
- ONGARO E., (2000a), «Il Process Re-engineering strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione», *Economia & Management*, n° 4
- ONGARO E., (2000b), «La gestione per processi delle amministrazioni pubbliche», *Sviluppo & Organizzazione*, novembre-dicembre.
- ONGARO E., RODOLFI E., (1998), «L'innovazione nella gestione delle università italiane: uno studio di casi di introduzione del controllo di gestione», *Azienda Pubblica*, n°1-2/98, pagg. 77-101.
- PIERINI A., FERRETTI M., MONZANI V., PISSOCARO L., RANDAZZO M., ROVELLINI A., (1995), «Computer applications in Emergency Department. Quality assurance and clinical decision making». *Atti II congresso nazionale Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso*: 877-880.
- PORTONI L., COMBI C., PINCIROLI F., (1998), *Viste di utente nei sistemi informativi sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- SIMPSON K., GORDON M., (1998), *The Anatomy of clinical information system*, BMJ, 316: 1655-1659.
- TARONI F. ET AL., (1997), «Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, 9-16.
- VENKATRAMAN N., (1994), «IT enabled business transformation: from automation to business scope redefinition», *Sloan Management Review*, Winter: pagg. 73-87.
- VITALE M., SIRCHIA G., MATTIUSI A. (1994) «Linee di Piano dell'Ospedale Maggiore», *Notizie Brevi dal Policlinico di Milano*, V bim. 94: I-XII.

# L'EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Paola Adinolfi

Dipartimento di Studi Aziendali - Economia - Università degli Studi di Salerno

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I cambiamenti nel sistema economico-istituzionale - 3. L'impatto sulle dinamiche organizzative delle aziende sanitarie - 4. Scenari di innovazione organizzativa - 5. Indicazioni in tema di progettazione organizzativa - 6. Conclusioni - 7. Appendice.

*The present article aims at investigating the organizational evolution of public health authorities, with two main objectives. The first objective is to understand organizational dynamics in the health sector and their causal relationships to more general changes in the economic institutional context, as well as to show the overcoming of traditional organizational structures, highlighting different scenarios of organizational innovation. The second objective is to provide, on the basis of the first results of a field research on health networks, some recommendations useful to plan the structural elements of organizational innovations, the operating mechanisms as well as human resource management policies.*

## 1. Premessa

Negli ultimi anni le aziende sanitarie pubbliche hanno conosciuto una significativa evoluzione, dal punto di vista giuridico-istituzionale, economico, organizzativo, tecnologico, gestionale. Il presente lavoro mira ad investigare l'evoluzione organizzativa di tali aziende, con un obiettivo sia conoscitivo-interpretativo, sia normativo. Nella prima parte, si cerca di comprendere le dinamiche organizzative che interessano il settore sanitario pubblico, individuando i nessi di causalità con i mutamenti del sovrasistema economico-istituzionale di riferimento, nonché di identificare gli elementi di superamento e di rottura rispetto agli assetti organizzativi tradizionali, che conducono verso differenti scenari di innovazione organizzativa. Nella seconda parte, invece, si forniscono, in base ai primi risultati di una ricerca sui *network* sanitari, alcune indicazioni normative in merito alla progettazione degli aspetti

strutturali e sistemici delle innovazioni organizzative, e alle politiche di gestione delle risorse umane.

## 2. I cambiamenti nel sistema economico-istituzionale

Per comprendere le dinamiche organizzative delle aziende sanitarie occorre partire da un esame dei mutamenti nei sovrasistemi rilevanti. L'ambiente di riferimento per le aziende sanitarie comprende numerosi ambiti (politico-istituzionale, giuridico, economico, sociale, tecnologico), ma ci si limita in questa sede ad esaminare quello economico-istituzionale, che costituisce il sovrasistema di maggior rilievo per la comprensione delle dinamiche in questione, e oltretutto la sua evoluzione racchiude in sé il senso dei mutamenti più generali.

1) Il primo mutamento di rilievo consiste nel decentramento al livello regionale della responsabilità istituzionale del finanziamento e dell'orga-

nizzazione dei servizi sanitari. Esso ha comportato un cambiamento nei criteri di allocazione dei fondi statali alle Regioni, che sono passati dall'automatico ripiano *ex-post* della spesa storica, alla definizione *ex-ante* del finanziamento in relazione ai residenti nel territorio regionale ed agli obiettivi di erogazione del servizio. Le Regioni, divenute attori fondamentali del sistema economico-istituzionale, sono state poi responsabilizzate tramite l'obbligo di provvedere con risorse proprie, reperite attraverso *tickets* o tasse

---

Il presente articolo è stato realizzato nell'ambito del progetto di ricerca MURST 40% - 1998 dal titolo: «I profondi cambiamenti (attuali e prospettici) nei sistemi manageriali di Asl e Ospedali: evoluzione contabile, organizzazione e gestione per la definizione di nuove strategie e politiche aziendali». Il lavoro ha inoltre beneficiato dell'esperienza maturata presso l'Università di Nantes, nell'ambito del Progetto A.R.E.H.C.A.S., finanziato dall'Unione Europea.

regionali, al finanziamento di eventuali deficit rispetto ai trasferimenti dal centro, o di importi di spesa superiori volti a fornire alla popolazione livelli di assistenza maggiori rispetto a quelli minimi predefiniti.

Come conseguenza, anche all'interno delle Regioni ha avuto luogo una significativa trasformazione dei meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie. Pur nella specificità dei diversi modelli sanitari regionali, si può infatti rilevare una convergenza verso sistemi di finanziamento in cui: le risorse vengono allocate alle Aziende sanitarie locali (Asl) in base alla quota capitaria (1), e alle aziende ospedaliere in relazione alle prestazioni (sulla base dei Rod) (2); le Asl compensano tra loro la mobilità in entrata e in uscita dei pazienti in base a tariffe predefinite; sono previsti meccanismi per frenare la tendenza al proliferare delle prestazioni e favorire il rispetto complessivo dei *budget* regionali (3).

Il nuovo sistema di finanziamento supporta l'adozione di meccanismi concorrenziali tra i «fornitori» di servizi sanitari (strutture erogatrici pubbliche e strutture private accreditate), i quali sono stati differenziati, seguendo l'esempio britannico, dagli «acquirenti» (ossia le Asl). L'obiettivo è consentire l'avvio di un circolo virtuoso basato sulla competizione tra strutture erogatrici pubbliche e aziende private accreditate, ossia portare, grazie al sistema di finanziamento basato sulle prestazioni, le diverse strutture a competere per acquisire clienti, al fine di assicurarsi in questo modo flussi finanziari continui (4).

Tali profonde trasformazioni sono alla base della rilevanza acquisita, quale elemento essenziale per la sopravvivenza delle aziende sanitarie, dal risultato economico, variabile il cui governo è demandato alle aziende stesse, nella misura in cui i ricavi sono espressione della qualità delle presta-

zioni rese e i costi funzione dell'efficienza raggiunta. La nuova centralità del risultato economico ha prodotto e rafforzato le spinte verso l'aziendalizzazione (spinte peraltro comuni a tutto il comparto pubblico), ossia verso l'ampliamento della autonomia delle aziende sanitarie — nell'ambito di un sistema che definisce gradi di libertà e margini di azione. Ciò comporta l'attribuzione alle aziende delle leve gestionali indispensabili per perseguire e mantenere l'equilibrio economico, nonché la diffusione e il rafforzamento dei meccanismi operativi (5).

2) Il secondo significativo cambiamento fa riferimento alla riforma del sistema normativo del pubblico impiego. La configurazione tradizionale dei rapporti di lavoro nella Pubblica amministrazione si basava su alcuni principi fondamentali:

a) entrata dal basso, per consentire a tutti la possibilità di accesso, con carriera interna (Costa e De Martino, 1984);

b) attribuzione delle posizioni organizzative (sia all'entrata che nei successivi avanzamenti di carriera) in base a meccanismi concorsuali fondati su criteri oggettivi e documentali (Costa e De Martino, 1984);

c) differenze nella retribuzione o in altre condizioni di lavoro dipendenti esclusivamente dalla posizione di lavoro e dal livello gerarchico, giacché il principio di impersonalità insito nella logica burocratica prevede che analoghe mansioni non possano essere svolte con diversi risultati e professionalità (Borgonovi, 1996);

d) definizione della tipologia e numero delle posizioni organizzative attraverso lo strumento della pianta organica, a garanzia della massima trasparenza e bilanciamento dei poteri e come freno alla tendenza espansivistica tipica delle Pubbliche amministrazioni (Costa, 1997);

e) standardizzazione delle posizioni in modo da articolare la struttura organizzativa in livelli e settori relativamente omogenei, alla base della quale risiede l'assunto che la definizione delle diverse articolazioni organizzative determini automaticamente i servizi offerti (e dunque vada garantita l'uniformità sul territorio) (Del Vecchio, 2000).

Le conseguenze organizzative di tale impianto normativo sono state, rispettivamente:

a) limitata osmosi con l'esterno e tendenza a riprodurre i comportamenti professionali e la cultura dominanti,

b) distorsioni nei processi selettivi (all'entrata e negli avanzamenti di carriera), tendenti a premiare titoli e professionalità formali, con conseguenti croniche carenze quantitative e qualitative di personale per quelle posizioni richiedenti professionalità non adeguatamente riconosciute dai criteri di selezione;

c) confusione tra dinamiche del personale e aspetti strutturali, nel senso che, non essendo possibile utilizzare appropriati meccanismi di gestione del personale — quali la valutazione e la remunerazione — la struttura organizzativa, anziché risultato di una razionale distribuzione dei compiti, diventa il terreno (sbagliato) su cui vengono soddisfatte le naturali attese dell'organismo personale (Del Vecchio, 2000);

d) rigidità strutturale, e conseguente scarsa coerenza tra l'effettivo fabbisogno di personale e la pianta organica formale, connessa alla lunghezza e complessità delle procedure di variazione della pianta organica (Costa, 1997);

e) pesante condizionamento sulle scelte organizzative delle Asl da parte del livello regionale e nazionale, attraverso una dettagliata regolamentazione che, se costituisce una garanzia di trasparenza dell'amministrazione, ten-

de a generare elementi di rigidità tali da limitare l'autonomia operativa dei soggetti decisori, così da favorire nel tempo il consolidamento di una cultura più orientata ai vincoli che non alle opportunità di azione esistenti (Ruffini, 1998, p. 401).

La nuova impostazione contenuta nei recenti provvedimenti normativi e contrattuali del pubblico impiego opera una serie di cambiamenti di logica (non soltanto per la dirigenza, ma anche per il comparto, seppure in misura meno accentuata). La possibilità di attingere direttamente (al di fuori dei tradizionali meccanismi concorsuali) dal mercato del lavoro per reclutare professionalità specialistiche o manageriali, e di definire in piena autonomia le posizioni e i connessi livelli retributivi, nonché le regole per l'avanzamento in carriera, consentono di massimizzare la razionalità organizzativa delle scelte, e di attenuare i vincoli e condizionamenti esercitati dal sovrasisistema politico-istituzionale. L'adozione di sistemi di valutazione delle prestazioni e di retribuzione collegata alle *performance* permette inoltre di sganciare le progressioni di carriera dalla struttura organizzativa, eliminando la patologica confusione tra aspetti strutturali e politiche del personale.

### 3. L'impatto sulle dinamiche organizzative delle aziende sanitarie

I mutamenti sopra delineati nel sovrasisistema economico-istituzionale hanno messo in crisi il tradizionale modello organizzativo delle Unità sanitarie locali, di tipo specialistico-funzionale, articolato su pochi livelli gerarchici e su un ampio numero di unità organizzative (divisioni, unità operative distrettuali, servizi, ecc.) caratterizzate da elevata discrezionalità operativa. Il superamento del modello tradi-

zionale ha seguito due direttrici fondamentali: 1) divisionalizzazione e introduzione di livelli gerarchici intermedi, 2) adozione di logiche organizzative «processuali».

#### 3.1. Divisionalizzazione e introduzione di livelli gerarchici intermedi

L'accentuata pressione sul risultato economico produce un tendenziale passaggio da criteri di aggregazione delle attività basati sull'omogeneità tecnica (propri delle strutture funzionali) a criteri basati sull'identificabilità dei risultati (e dunque sul soddisfacimento di aree di bisogno definite).

La configurazione strutturale di tipo specialistico-funzionale, se in passato aveva consentito di raggiungere economie di scala e di specializzazione, non aveva tuttavia favorito il processo di responsabilizzazione per via della scarsa connessione tra i risultati globali d'azienda e quelli affidati alle specifiche responsabilità funzionali. La crescita dimensionale delle Asl disposta dalla riforma del '92 aveva poi determinato un accrescimento esponenziale della complessità, accentuando le esigenze di integrazione tra attività differenziate a discapito di quelle relative alla specializzazione e alle economie di scala, e rendendo ancora più inadeguato il vecchio modello settoriale-funzionale.

In tale contesto, è emersa una tendenza al decentramento di tipo divisionale, ossia all'attribuzione di responsabilità non più su singole funzioni, parte di un processo, bensì su aree complessive e finali di domanda o risultati. In particolare il legislatore (con la riforma del '99) ha puntato a valorizzare il ruolo del Distretto che, a livello territoriale, rappresenta un centro di responsabilità finale rispetto all'utenza, avente la funzione di coordinare l'offerta specialistico-settoriale e

assicurare una risposta complessiva e integrata alla domanda di salute.

La riconfigurazione delle responsabilità su aree complessive e finali di domanda o risultati non implica l'abbandono delle logiche specialistico-funzionali, ma piuttosto l'utilizzo di logiche matriciali, in cui sono presenti più linee di responsabilità. In realtà gli assetti regionali avevano previsto (già dopo la riforma del '78) strutture articolate su una doppia linea di responsabilità (su base territoriale e su base specialistico-funzionale), ma queste, in assenza di stimoli forti (quali quelli determinati dalla responsabilizzazione sul risultato economico e dagli altri mutamenti illustrati nel paragrafo precedente) nonché di meccanismi operativi che potessero bilanciare l'esercizio della mera autorità gerarchica, esistevano per lo più solo 'sulla carta'. L'istituzione dei distretti infatti non era riuscita a favorire una trasversalità organizzativa a scapito delle relazioni tipicamente gerarchiche: la linea di responsabilità principale era rimasta quella funzionale, e l'onere della ricomposizione dell'offerta in un processo unico e coordinato era rimasto in capo all'utente.

Le scelte recenti di buona parte delle Asl che hanno già posto in essere i nuovi assetti organizzativi sono invece caratterizzate da un più efficace utilizzo delle strutture matriciali, con doppie linee di responsabilità, e da un sostanziale ribaltamento della linea di responsabilità principale (lungo la quale viaggiano le risorse): quello che era prima l'asse debole (rappresentato dal distretto o dal presidio) tende a diventare l'asse forte; e quella che era in precedenza la linea forte (rappresentata dagli ex-servizi) tende a diventare debole ed a limitarsi esclusivamente a supportare la Direzione generale o il distretto nella elaborazione delle «politiche» (la politica di prevenzione, la politica della medicina di base, ecc.),



senza alcun potere gestionale (Adinolfi, 2000).

Se il criterio di divisionalizzazione comunemente utilizzato sul territorio fa riferimento a gruppi di popolazione identificati su base geografica, per le strutture ospedaliere il criterio di aggregazione divisionale tipico è quello dei «prodotti»; in tal caso lo stimolo alla divisionalizzazione si manifesta nell'introduzione di articolazioni organizzative tali «da rendere possibile l'attribuzione di responsabilità su fenomeni che non attengono esclusivamente alla produzione, ma si estendono al consumo dei servizi e in alcuni casi ai risultati finali» (Del Vecchio, 2000, p.17).

Le unità di aggregazione intermedie assumono diverse denominazioni e configurazioni nelle varie realtà, ma la forma tipica e prevalente è quella del dipartimento, che, previsto sin dal 1968 (6), ma a lungo inattuato, viene valorizzato nella riforma *ter* e proposto come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie (7).

La maggiore ampiezza delle aggregazioni organizzative, a livello non solo ospedaliero ma anche territoriale, stimola la definizione di livelli intermedi di responsabilità lungo la linea verticale, favorendo un tendenziale superamento del modello medico-centrico piatto, tipico delle organizzazioni professionali, articolato su pochissimi livelli gerarchici e con un ampio numero di unità di piccole dimensioni, elevata discrezionalità operativa e responsabilità onnicomprensiva (economica, competitiva, organizzativa, scientifica, professionale). Il modello piatto aveva in passato consentito di valorizzare l'autonomia professionale, favorendo il raggiungimento dell'efficacia clinica, tuttavia aveva prodotto un'elevata frammentazione organizzativa, non permettendo di soddisfare le esigenze aziendali di

controllo e governo di fenomeni che diventano critici per la vita dell'azienda (Del Vecchio, 2000, p.17). Tale inadeguatezza è alla base della attuale tendenza ad una maggiore ampiezza delle aggregazioni organizzative ed una maggiore articolazione delle responsabilità lungo la linea verticale, con l'introduzione di nuovi livelli gerarchici, che consentono di garantire integrazione e unitarietà di azione rispetto agli obiettivi prefissati, e conseguire un aumento della flessibilità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse eliminando duplicazioni e sovrapposizioni di compiti e servizi.

L'aumento dei livelli intermedi di responsabilità è stato inoltre favorito dalla riforma del pubblico impiego, che ha portato al superamento della concezione weberiana della dirigenza come corpo meramente esecutivo di atti e procedure definite a livello politico-istituzionale, a favore di una concezione aziendalistica di *manager* pienamente responsabilizzati su risorse e risultati (8).

L'aggregazione dipartimentale può «attraversare» strutture diverse, per garantirsi livelli organizzativi che consentano di disporre di capacità di manovra (in termini di ampiezza di competenze e di risorse) adeguate rispetto agli obiettivi perseguiti e alle dinamiche competitive presenti nell'ambiente. Numerose aziende sanitarie locali o aziende ospedaliere multipresidio hanno costituito dipartimenti interospedalieri, venendo così a costituire formalmente delle reti interorganizzative.

### 3.2. Adozione di logiche organizzative «processuali»

A livello micro organizzativo, la centralità dell'utente, stimolata dai mutamenti nel sistema economico-istituzionale, e in particolare nei meccanismi di finanziamento (9), produce

una tendenza alla riprogettazione delle attività ed alla integrazione coordinata delle diverse professionalità, in modo da definire per il fruitore del servizio un circuito fluido di prestazioni e cure appropriate.

La tradizionale configurazione strutturale di tipo specialistico-funzionale, se aveva consentito una chiara individuazione delle responsabilità lungo la linea gerarchica, aveva tuttavia comportato una «perdita di unitarietà della gestione, dovuta alla scomposizione rigida della struttura in servizi tra loro 'impermeabili'» (Corradini, 1996, p. 21), costringendo l'utente «a passare da un servizio all'altro per acquisire le singole componenti del processo, senza che il raccordo ... [fosse] elaborato in maniera forte dall'azienda» (Longo e Ripa di Meana, 1995, p. 22).

La necessità di integrare gli sforzi delle singole funzioni per realizzare un efficace intervento sanitario globale sul paziente favorisce una reingegnerizzazione dei processi in modo tale da garantire: «l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura o il professionista responsabile del caso è di volta in volta identificato con chiarezza; l'unitarietà del progetto assistenziale, tale per cui l'individuo viene ... «umanizzato» attraverso il recupero di una sua visione olistica che combina «mente e corpo»; l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata» (Lega, 1998, p.59).

Coerentemente, assumono rilevanza logiche e strumenti di gestione per processi che possono portare alla creazione di ruoli di *case manager*, ossia figure responsabili della gestione di specifici percorsi di cura dei pazienti, e strumenti di integrazione quali il *disease management* e i percorsi clinico-assistenziali che codificano la sequenza spazio-temporale degli inter-

venti rispetto ad uno specifico problema di salute.

Posizionare l'utente al centro del sistema di cure implica l'abbattimento dei confini esistenti tra le varie organizzazioni; la reingegnerizzazione dei processi tende a ricomprendere tutti gli attori dislocati sul territorio: non solo le strutture delle Asl (presidi ospedalieri, strutture di lungodegenza e riabilitazione, strutture di *day hospital* e *day-surgery*, specialisti sul territorio, assistenza domiciliare e medici di base) ma anche altre strutture in qualche modo chiamate a cooperare nella soluzione del problema di salute (aziende ospedaliere pubbliche, strutture private convenzionate e non, servizi dell'ente locale, organizzazioni di volontariato, ecc.). Si producono dunque spinte alla realizzazione di assetti di tipo reticolare, che favoriscono la cooperazione interattiva tra tutti questi soggetti grazie «alla ... capacità di rendere condivisibili e diffuse tra i vari nodi le conoscenze e le informazioni veicolate lungo le connessioni del sistema» (Lega, 1998, p.59). L'obiettivo finale è quello di costituire per il paziente percorsi unitari tra le diverse unità operative e le diverse strutture dislocate sul territorio (10).

#### 4. Scenari di innovazione organizzativa

Entrambe le direttrici sopra illustrate (paragrafi 3.1. e 3.2) conducono ad una evoluzione in senso reticolare delle organizzazioni sanitarie, a livello sia intraorganizzativo sia interorganizzativo (11). È possibile tuttavia rilevare differenze significative fra i due tendenziali sviluppi: il primo (divisionalizzazione) vede prevalere logiche di integrazione orizzontale, che portano ad accordi di collaborazione interistituzionale, o a veri e propri processi di fusione o incorporazione tra strutture sanitarie (ospedali, strutture

di lungodegenza e riabilitazione, case di riposo per anziani, centri di diagnostica, ecc.), consentendo di realizzare sinergie ed economie di scala o di conoscenza. La seconda direttrice di sviluppo vede invece prevalere logiche di integrazione verticale, che portano alla creazione di sistemi sanitari integrati (*Integrated delivery systems*), consentendo l'elaborazione e attuazione di piani assistenziali unitari.

Gli scenari futuri ipotizzabili sono diversi a seconda che prevalga l'una o l'altra direttrice di cambiamento. Nel primo caso, che vede prevalere le istanze di efficienza e razionalizzazione, l'integrazione orizzontale può arrivare a interessare l'intero presidio ospedaliero, che specializzandosi assume la configurazione di «focused factory», una struttura focalizzata sulla soluzione o sul trattamento di uno o pochi problemi sanitari, che integra in un medesimo luogo l'insieme dei servizi (diagnostici, terapeutici e riabilitativi) necessari per risolvere o trattare un determinato problema di salute. Il modello della «focused factory» permette di conseguire economie di scala (per via della ripartizione dei costi fissi su un volume elevato di servizi erogati) e di apprendimento (in relazione all'elevata concentrazione della conoscenza e delle attività operative su specifiche aree di intervento). Eventuali svantaggi sono connessi invece alla disomogeneità dell'offerta sanitaria sul territorio, che può contenersi con un'azione di programmazione e coordinamento da parte dell'azienda sanitaria locale. La Asl verrebbe in tal caso a configurarsi come una rete di presidi specializzati, ognuno focalizzato su una parte delle *core activities* su cui è in grado di eccellere, in modo da acquisire uno specifico vantaggio competitivo nelle varie aree, salvaguardando allo stesso tempo un sistema complessivo di offerta completo e integrato.

Lo stesso discorso si può fare a livello regionale, in un contesto in cui la regione è pressata tra le due istanze di governo della spesa e miglioramento della qualità dell'assistenza offerta nel suo territorio. Un'opzione suggestiva potrebbe essere la costituzione di una rete coincidente con il territorio regionale, in cui la Regione stessa svolge la funzione della capogruppo non solo dal punto di vista delle politiche sanitarie, come già avviene o dovrebbe avvenire con la programmazione regionale (Lega, 1998), ma anche sotto l'aspetto gestionale, configurandosi come «organo di governo» (Golinelli, 2000) di un'unica azienda sanitaria regionale. L'ottimizzazione del rendimento complessivo dei sistemi sanitari regionali passerebbe per una maggiore specializzazione e integrazione tra i diversi segmenti, il che consentirebbe di razionalizzare le dotazioni di strutture e attrezzature, con un'articolazione del tipo «poli di eccellenza/antenne». Tale modello, adottato con successo in Francia, prevede uno o più poli di eccellenza su specifiche aree assistenziali, ed una serie di unità che fungono da antenne, e «raccolgono» i pazienti per inviarli ai poli di riferimento, oppure selezionano i casi di entità minore per trattarli in loco, inviando solo i casi più complessi al centro di eccellenza. In questo modo si minimizzano, per ciascuna unità, i costi di produzione della conoscenza, mentre si accrescono al contempo la capacità complessiva della rete e le possibilità di applicazione della conoscenza.

La seconda direttrice di cambiamento organizzativo, in cui prevalgono le istanze di integrazione del servizio offerto, può condurre a sviluppi totalmente destrutturanti per le aziende sanitarie. In un futuro più o meno lontano possiamo immaginare l'azienda sanitaria come un insieme di «reti curanti», gruppi di assistenza che ruotano attorno al paziente con l'obiettivo

di prestargli le cure più appropriate, coordinando la propria attività e adattandola ai bisogni dell'assistito. Non è il paziente a spostarsi, ma gli operatori, che passano da una struttura all'altra (anche solo in via telematica), percorrendo un cammino di apprendimento e sviluppo professionale. Fanno parte della rete curante non solo medici, infermieri, paramedici, tecnici, assistenti sociali e ogni altro soggetto in grado di fornire un contributo alla salute dell'utente (12), ma anche l'utente stesso, il quale non è più il vettore passivo di informazioni alle quali solo i professionisti hanno accesso, perpetuando una asimmetria poco consona allo sviluppo di una relazione medico-paziente adulta, ma diventa soggetto attivo e partecipa alla propria cura (13). È inoltre parte della rete il mondo relazionale dell'assistito (parenti, amici e quanti hanno con lui una relazione fiduciaria).

Nell'ipotizzato scenario l'azienda sanitaria diventa un'istanza di coordinamento, un assemblatore di servizi, che collega in rete risorse infrastrutturali, tecnologiche e professionali per realizzare obiettivi di cura. Non è rilevante la *proprietà* di tali dotazioni o degli *skills* professionali, ma l'*accesso* ad essi e la capacità di gestirli. L'azienda non è definita dal suo perimetro geografico (che tende ad essere sfumato rispetto al territorio, dove si trovano molti nodi delle reti curanti) (14), non è determinata dalle risorse infrastrutturali, tecnologiche e umane ad essa allocate, o dai suoi regolamenti e organigrammi, ma è definita dalla sua capacità di creare reti di cura. Non esistono divisioni e segmentazioni, ma una serie di pareti mobili che le consentono di riorganizzarsi di continuo, e confini fluidi che le permettono di relazionarsi variabilmente con l'ambiente esterno, beneficiando di una scelta modulabile di personale di diversa qualificazione medico-sociale

che interviene, a seconda delle necessità determinate dalle condizioni di salute dell'utente, nella rete di cura.

L'attività si struttura sotto forma di programmi di cura. Ogni programma rappresenta una risposta, coerente e coordinata, ad un problema di salute di un paziente, all'interno di una rete che consente di dispensare all'assistito, in un quadro multidisciplinare, le cure più appropriate, efficaci ed efficienti in un *continuum* di diagnostica, terapia, riabilitazione, assistenza sociale ecc. (15)

Una tale evoluzione destrutturante può facilmente degenerare nel caos e nell'anarchia, che generano deviazioni, costi transazionali, inefficienza e deresponsabilizzazione. Condizioni di successo sono, a parere di chi scrive: un sistema di valori condiviso (fiducia, trasparenza informativa, neoumanesimo) che consente di armonizzare i comportamenti dinamici dei diversi nodi della rete curante e minimizzare i comportamenti opportunistici, un sistema informativo a rete distribuita, che consente di minimizzare i costi di collegamento e coordinamento tra le parti e massimizzare l'efficacia dei processi di creazione di conoscenza, e infine la prequalificazione dei potenziali nodi della rete curante (basata su elementi quali la capacità di comunicazione, di lavoro di gruppo, apprendimento continuo, risposta rapida e collegamento con altri nodi).

## 5. Indicazioni in tema di progettazione organizzativa

Nella realtà osservata (sulla base di una ricerca in corso di svolgimento presso una serie di reti ospedaliere) (16) le modalità e le forme di cooperazione reticolare adottate appaiono le più svariate, contenendo un diverso *mix* di logiche verticali e orizzontali, in relazione agli obiettivi perseguiti, alla posizione concorrenziale delle a-

ziende e agli incentivi esistenti a livello di sistema (per lo più connessi alle caratteristiche dei modelli istituzionali regionali); risulta dunque difficile ricondurre tale pluralità tipologica ai due modelli interpretativi di *network* sopra individuati, ma è invece possibile valutare la prevalenza di una logica rispetto all'altra.

Le prime risultanze empiriche della ricerca citata mostrano come le iniziative di strutturazione in forma reticolare siano rivolte principalmente alla massimizzazione dell'efficienza, attraverso il conseguimento di economie di scala, di esperienza e di specializzazione, piuttosto che al perseguimento della *customer satisfaction*, intesa come rapidità e appropriatezza della risposta ai bisogni di salute. Interrelazioni tangibili vengono perseguite in tutte le fasi del processo di produzione ed erogazione di servizi sanitari: nell'area produttiva, con la creazione di dipartimenti interspedalieri o interdistrettuali che consentono la condivisione di *asset* umani, strumentali e infrastrutturali; nell'area *marketing*, tipicamente attraverso la creazione di Centri di prenotazione unificati che interessano diverse strutture o aziende sanitarie situate nella medesima area metropolitana; nelle attività di supporto, ossia nella pianificazione strategica, nel controllo di gestione, nella gestione delle risorse umane e nelle relazioni sindacali. Significative sono anche le interrelazioni intangibili conseguite attraverso la condivisione di professionalità e *know-how*. Meno diffuse sono apparse invece le iniziative di integrazione inter o intraistituzionali finalizzate a realizzare unitarietà e coerenza nel processo diagnostico-assistenziale e/o nel percorso di fruizione, attraverso una riduzione nel numero dei passaggi amministrativi, sociali e sanitari presso diversi operatori, strutture o aziende sanitarie che l'utente è costretto ad effettuare per ottenere il servizio.

La ricerca empirica summenzionata ci consente di fornire, sulla base delle prime rilevazioni, anche alcune indicazioni per predisporre e gestire tali innovazioni organizzative.

### 5.1. *La progettazione delle innovazioni strutturali*

Per progettare gli assetti strutturali, tre sono gli approcci teoricamente percorribili, che possiamo definire: «tradizionale», «razionale», e «dell'organizzazione emergente».

L'approccio «tradizionale» vede l'intervento sulla struttura organizzativa come uno strumento di guida e di trasmissione delle politiche (17), e dunque lo considera prerogativa esclusiva degli organi di governo (Stato, Regione) (18).

Secondo l'approccio «razionale», invece, la progettazione organizzativa mira ad identificare, sulla base di un'analisi economico-tecnica, le soluzioni organizzative ottimali in un determinato contesto. L'organizzazione è qui intesa come «il risultato di un processo deliberato da un'unità centrale che si impegna nella divisione di un lavoro complesso tra diverse parti e diversi partecipanti» (Barnard, 1938) (19).

Il terzo approccio, definito «dell'organizzazione emergente», pone infine l'enfasi sugli aspetti emergenti dell'azione organizzativa e vede il processo di costruzione organizzativa come insieme di azioni e decisioni interconnesse risultanti dall'interazione tra gli attori (March e Simon, 1958, Thompson, 1967). Riconoscendo la razionalità limitata del *management*, questo approccio suggerisce di basare le scelte di strutturazione tenendo conto di un processo di continuo adattamento degli organi di coordinamento «alle relazioni e alle strutture relazionali che i soggetti agenti producono e riproducono incessantemente, escludendo l'idea di struttura come entità a

se stante, sovra-ordinata o comunque separata dagli individui» (Maggi, 1997).

L'evidenza empirica sinora rilevata sembra far propendere per la terza impostazione.

Molti problemi emersi nelle relazioni reticolari sembrano derivare dal carattere «imposto» delle relazioni di collaborazione e dalla mancanza di fiducia reciproca tra gli attori coinvolti. Numerosi professionisti intervistati hanno mostrato una scarsa propensione a «mettere in rete» le proprie risorse e potenzialità, giudicando «inaffidabili» alcuni membri (effettivi o potenziali) della rete. Nel caso di cooperazione tra professionalità distinte (ad esempio in campo geriatrico o psichiatrico), problemi sono sorti anche in relazione alla scarsa disponibilità di alcuni professionisti (tipicamente i dirigenti di secondo livello, ossia gli ex-primari) ad ammettere, a dispetto della onnivolenza teorica dei loro titoli e delle loro qualificazioni, i limiti della propria competenza su aree specifiche e l'opportunità di lasciare il campo ad altre professionalità (infermieristiche, paramediche, tecniche ecc.) o ai medici di base. Questo viene infatti percepito di volta in volta come un'ammissione di incompetenza, una perdita di potere, una mancata entrata finanziaria, un'alterazione dell'immagine reale o supposta. Alcuni medici che hanno riconosciuto di avere una scarsa apertura verso le logiche e i valori di altre professioni, hanno però nello stesso tempo affermato che «potendo scegliere le persone con cui lavorare mostrerebbero una maggiore apertura».

Quando, come nella maggior parte dei casi, le iniziative di «reticolarizzazione» non hanno preso in considerazione lo stato delle relazioni concrete di interdipendenza e di scambio tra gli attori, questo ha prodotto un tendenziale divario tra le relazioni definite dalla struttura formale e le relazioni

concretamente poste in essere. In una delle reti studiate, ad esempio, alcuni ruoli formali di coordinamento, in assenza di adeguata motivazione, non sono stati di fatto svolti dalle persone ufficialmente incaricate, bensì da altri soggetti, legati alla Direzione generale da un rapporto fiduciario stretto.

Le iniziative reticolari che sono percepite come più efficaci sembrano essere invece quelle poste in essere da soggetti che spontaneamente hanno sentito il bisogno (in relazione ad uno stato di insoddisfazione, ad un senso di isolamento, di relativa incompetenza ecc.), e hanno mostrato la capacità, di organizzarsi in rete, cooperando con persone con le quali erano in rapporti di amicizia o di conoscenza personale.

Tutti gli elementi riportati evidenziano il ruolo chiave della fiducia quale motore delle relazioni interorganizzative: se tale ruolo è ampiamente riconosciuto nella letteratura organizzativa, esso sembra ancora più cruciale nel contesto sanitario, benché in pratica sia stato spesso trascurato (20). Ciò fa propendere un approccio progettuale che parta «dall'interno» e «dal basso» basandosi sull'osservazione - resa possibile dalle tecnologie informatiche - della rete di relazioni esistenti, in modo da poter tenere conto, nelle scelte di progettazione, dei rapporti fiduciari e dei *network* informali esistenti. Tale analisi, che dovrebbe prendere in esame sia le relazioni di interdipendenza funzionale (21) sia le relazioni professionali (22), porta ad assecondare e valorizzare i percorsi assistenziali emergenti dall'azione organizzativa. Inoltre, come osservano Lomi e Cicchetti (2000, p. 106), l'analisi relazionale «permette di verificare (periodicamente) il grado di sovrapposizione dell'organizzazione formale ai cambiamenti nella rete delle interdipendenze emergenti dalle variazioni (significative) del *case mix* e

delle modalità di diagnosi e cura. Questa analisi può essere utilizzata dal *management* per gli eventuali correttivi da apportare alla strutturazione dell'organizzazione formale in maniera tale che questa possa continuare ad assecondare e favorire i processi che si verificano indipendentemente dal tipo di strutturazione adottata».

L'approccio «dell'organizzazione emergente» non è esente, a parere di chi scrive, da rischi e svantaggi, specie in mancanza di un sistema informativo adeguato, ossia sufficientemente sofisticato da rendere possibile la rilevazione delle relazioni di interdipendenza emergenti, e da garantire rapidità di scambio delle informazioni e semplicità di utilizzo delle stesse.

### 5.2. La progettazione dei meccanismi operativi

Dai primi risultati dell'indagine citata è emerso come, a fronte di una forte attenzione posta sugli aspetti strutturali delle innovazioni organizzative, le aziende abbiano dato poco peso alla predisposizione di meccanismi operativi volti a facilitarne l'implementazione. L'evidenza sinora raccolta mostra d'altra parte l'assoluta necessità di porre in essere meccanismi di integrazione atti a favorire la cooperazione e a supportare le scelte di strutturazione reticolare. Vi sono inoltre molteplici elementi indicativi di una maggiore efficacia degli strumenti integrativi meno formalizzati e strutturati, basati sulla socializzazione e la creazione di rapporti fiduciosi.

L'introduzione di unità organizzative con funzioni integrative (tipicamente il dipartimento interorganizzativo) non appare infatti di per sé garanzia di integrazione operativa, e non impedisce alle distinte unità afferenti al dipartimento di ignorarsi o di confliggere. Nella maggior parte dei casi il dipartimento viene percepito dai di-

rigenti intervistati come un vincolo che aggiunge rigidità laddove occorrerebbero flessibilità e adattabilità, un contenitore organizzativo «pesante», che assomma e non risolve molti dei problemi esistenti, anzi ne aggiunge di nuovi (la scelta del direttore di dipartimento, la scelta sulla localizzazione delle attrezzature e del personale).

Il coordinamento effettuato attraverso gruppi di lavoro misti, costituiti da rappresentanti dei diversi «nodi» della rete (unità operative, aziende ospedaliere o presidi), è considerato invece più efficace, ma solo se tra i partecipanti si instaura un clima di cooperazione, generato da rapporti amichevoli e fiduciosi, ed eventualmente favorito da adeguati meccanismi di rinforzo (in particolare l'utilizzo della leva retributiva, ma anche il riconoscimento di crediti formativi). Si richiedono dunque, nella figura del coordinatore di tali gruppi, adeguate competenze nella gestione dei gruppi professionali, in special modo nella motivazione e nella valutazione.

Nel complesso i primi risultati dell'indagine sembrano suggerire l'opportunità di focalizzarsi, piuttosto che sulla costituzione di contenitori intra o interorganizzativi che rischiano di accrescere la rigidità del sistema, su politiche di gestione delle risorse umane e stili di direzione volte a predisporre le condizioni organizzative favorevoli alla migliore circolazione delle risorse all'interno della rete e all'instaurarsi di relazioni interpersonali di rinforzo alle innovazioni introdotte.

## 6. Conclusioni

L'analisi condotta ha consentito di individuare le direttrici del cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie pubbliche, partendo dall'osservazione dei mutamenti del sovrasisistema economico-istituzionale, in particolare il decentramento al livello

regionale della responsabilità del finanziamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, l'introduzione di elementi di competizione tra erogatori di servizi sanitari, l'aziendalizzazione e la riforma del pubblico impiego. Tali mutamenti ambientali hanno prodotto spinte concomitanti in direzione dell'efficienza e del governo della spesa da un lato, e della qualità e della *customer satisfaction* dall'altro.

Le dinamiche evolutive riscontrate nelle logiche organizzative delle aziende sanitarie riflettono l'ambivalenza delle pressioni cui esse sono sottoposte: da un lato il passaggio a criteri di aggregazione delle attività basati sull'identificabilità dei risultati e l'introduzione di livelli intermedi di responsabilità che consentono di disporre di maggiori spazi di manovra in termini di ampiezza di competenze e di risorse a disposizione, dall'altro lato l'adozione di logiche di organizzazione per processi e di strumenti di integrazione trasversali che consentono di progettare e porre in essere processi assistenziali unitari per l'utente.

Quale che sia la direzione prevalente del cambiamento delle aziende sanitarie pubbliche, l'evoluzione va comunque nel senso di una sempre maggiore cooperazione interorganizzativa, portando a una crescente diffusione di strutture reticolari. In tale contesto diventa cruciale la capacità di integrazione, che non rappresenta più una possibile scelta strategica, bensì costituisce un obiettivo stringente degli strumenti di progettazione del cambiamento organizzativo. Più che dibattere sulla necessità della cooperazione e dell'integrazione interorganizzativa, appare dunque opportuno confrontarsi sulle modalità e sugli strumenti aziendali più adeguati all'uopo.

Alcune indicazioni utili in proposito si sono ricavate dall'analisi dei primi risultati di una ricerca empirica condotta presso una serie di reti sanitarie.

Per quanto concerne la progettazione degli aspetti strutturali delle innovazioni organizzative, sia l'approccio «tradizionale», che cala dall'alto, sotto forma di normativa, prescrizioni organizzative uniformi per tutte le aziende, sia quello razionale, che stabilisce a livello aziendale soluzioni organizzative astrattamente ottimali, appaiono inadeguati nella misura in cui prescindono dal considerare le relazioni di fiducia e reciprocità esistenti, che sembrano avere un ruolo chiave quali motori della cooperazione interorganizzativa. D'altra parte «sono gli individui con le loro caratteristiche che interpretano e fanno funzionare strutture e meccanismi, quindi soluzioni apparentemente ad alto tasso di razionalità possono poi non trovare le condizioni di applicabilità e sviluppo in assenza di un sufficiente grado di coerenza con lo «stato delle risorse umane» (Del Vecchio, 2000, p. 19). Un approccio progettuale efficace deve dunque partire dall'osservazione dei *network* informali esistenti, assecondando e valorizzando i percorsi assistenziali emergenti dall'azione organizzativa. In questo modo si rende più probabile l'ottenimento di quello che i teorici dei sistemi chiamano l'«effetto leva», ossia il conseguimento di miglioramenti significativi e durevoli con poche azioni limitate ma ben orientate e applicate nel posto e nel modo giusto (Camuffo, 1997). Tali indicazioni appaiono in linea con i risultati dell'indagine condotta da Cicchetti e Lomi (2000) a livello intraorganizzativo (23), nonché con le indicazioni presenti nella letteratura sulla forma N (24).

Per quanto concerne la progettazione dei meccanismi operativi, si è rilevata la crucialità dei meccanismi di integrazione, e la maggiore efficacia di quelli basati, piuttosto che su modalità gerarchiche e burocratiche, su processi di socializzazione e di acculturazione, dove il coordinamento proviene

non da norme e regole scritte, bensì dall'omogeneità di valori, abitudini, atteggiamenti (in una parola, cultura) definiti da processi di apprendimento. Questo appare in linea con il modello di progettazione dei meccanismi di integrazione proposto da De Castri (1995), che mette in relazione la scelta del meccanismo integrativo con la individuazione del fabbisogno di integrazione, misurato su una scala da 0 a 100 sulla base di tre variabili: complessità, interdipendenza e pressione sui risultati. Le aziende sanitarie presentano livelli massimi in ognuna delle tre variabili: la complessità è massima essendo elevati la disomogeneità degli orientamenti cognitivi e organizzativi delle unità da integrare e il grado di innovatività soggettiva/percepita dei compiti oggetto dell'integrazione, oltre che la variabilità e imprevedibilità dell'ambiente di riferimento; il grado di interdipendenza appare anche massimo, in ragione della prevalenza delle interdipendenze di tipo reciproco, così come definite da Thompson, e dell'elevata frequenza delle relazioni tra le unità da integrare; infine la pressione sui risultati è anche massima, essendo elevate sia la *performance* strutturale (orientata all'efficacia e all'efficienza), sia la *performance* temporale/tempestività richiesta nei confronti del contesto di riferimento. In situazioni di massimo fabbisogno integrativo, il modello di De Castri prescrive il coordinamento mediante socializzazione e cultura, che è, tra tutti gli strumenti impiegabili, il più potente e costoso (25). D'altronde ciò appare coerente con le indicazioni contenute nella letteratura sulla forma N, che suggerisce «un ridimensionamento del peso dei processi di coordinamento di tipo gerarchico e/o regolati da procedure a vantaggio di processi basati su automatismi generati dall'adesione alle stesse norme e agli stessi valori culturali, dai pro-

cessi di comunicazione, da quelli di scambio e, soprattutto, di collaborazione basata sulla fiducia» (Perrone, 1997, p. 616).

Nello scenario sopra tratteggiato un ruolo cruciale dovrebbe venire svolto dalla direzione del personale, soprattutto in termini di formazione e sviluppo delle risorse umane. Tale attività appare tuttavia meglio realizzabile al livello di rete interorganizzativa. Da un lato, infatti, per le aziende si pone l'esigenza di effettuare ingenti investimenti in formazione e sviluppo; dall'altro lato il rischio connesso all'appropriatezza dell'investimento è assai alto, dal momento che l'evoluzione in senso reticolare degli assetti organizzativi richiede circolazione e diffusione delle conoscenze attraverso l'interscambio e la mobilità delle risorse umane, mobilità oltretutto facilitata dall'evoluzione della normativa legislativa e contrattuale sul rapporto di impiego.

Questo sembra suggerire, in coerenza con la prospettiva di analisi «appropriatezza/apprendimento» (Kamoche, Mueller, 1997, in Albertini, 2000), l'opportunità di collocare alcune leve di gestione delle risorse umane al di fuori dei confini della singola organizzazione e all'interno di uno spazio interorganizzativo, condiviso e regolato. È in tal caso duplice il *task* richiesto alle aziende sanitarie: il *task* dello specialismo di gestione delle risorse umane a livello di rete, ossia la partecipazione allo sviluppo di una traiettoria comune di formazione e sviluppo delle risorse umane; il *task* del sistemista, che contestualizza e valorizza in modo personale nella specifica organizzazione le capacità e le competenze esistenti nella rete.

(1) I criteri di allocazione dei finanziamenti su base capitaria tengono conto del numero di residenti sul territorio di competenza della Asl.

(2) Nell'impossibilità di calcolare i costi di ogni singola prestazione, così come di ricavare un valore medio unico indicativo di tutti i casi, si utilizzano «Raggruppamenti omogenei di diagnosi» (Rod, detti anche Drg dall'espressione corrispondente inglese), ovvero classi di patologie caratterizzate da omogeneità dal punto di vista clinico e implicanti pari assorbimento di risorse.

(3) Attraverso l'imposizione di limiti di spesa per settori o riferiti ai singoli soggetti, o attraverso la previsione di accordi contrattuali tra i «finanziatori» e gli eventuali «erogatori».

(4) Tali innovazioni, che si sono andate ad innestare in un quadro di generale deresponsabilizzazione presente a tutti i livelli del sistema sanitario, sono state prodotte da un sistema autoreferenziale di matrice burocratica regolato da meccanismi di finanziamento disattenti al rapporto costi/efficacia: lo Stato non riusciva a condurre una pianificazione e una chiara indicazione di priorità e obiettivi su cui valutare i risultati; Regioni e Usl imputavano i loro deficit all'insufficienza dei finanziamenti statali e beneficiavano di periodici ripiani; i dirigenti delle Usl utilizzavano meccanismi decisionali che non tenevano conto degli effetti finanziari delle decisioni stesse e tendevano ad ignorare gli obiettivi di merito (che del resto non erano nemmeno oggetto di vigilanza da parte degli organi di controllo); i medici, in nome dell'autonomia professionale, rifuggivano ogni responsabilità in merito ai costi e alla produttività, anzi tendevano a favorire, grazie al loro potere di induzione dei bisogni di assistenza sanitaria, un'espansione artificiale della domanda, contribuendo al mantenimento di un'offerta ipertrofica di prestazioni sanitarie, specie ospedaliere, o avvantaggiando le strutture private per le quali lavoravano. In questa generale deresponsabilizzazione l'utente in taluni casi ha assunto atteggiamenti di «accaparramento» (abuso di farmaci, termalismo a oltranza, caccia al riconoscimento di ogni possibile tipo di invalidità o all'inserimento tra categorie socio-sanitarie privilegiate, prolungamento della degenza, specie nel caso degli anziani, ecc.).

(5) «L'insieme dei processi che fanno funzionare 'operativamente' il sistema organizzativo, inducendo adeguati stimoli di comportamento» (Rugiadini, 1979, p. 267).

(6) Il Dpr 128/69 e poi la 833/78 prevedevano l'articolazione in dipartimenti, senza tuttavia specificare principi di fondo, modelli e modalità di funzionamento.

(7) Il rafforzamento del dipartimento condiziona il ruolo delle unità operative stesse, le quali, alleggerite di una serie di responsabilità e dotazioni strutturali, tendono a diventare

team di professionisti (Del Vecchio, 2000). L'intensità della trasformazione è collegata alle modalità di controllo che il dipartimento riesce ad esercitare sulle unità operative: nella versione forte, esso ha precise responsabilità economiche e collegati poteri di intervento sulle unità operative, nella versione debole il dipartimento ha responsabilità economiche più sfumate e poteri di intervento limitati alle sole risorse messe in comune a livello dipartimentale.

(8) L'attribuzione di deleghe ai dirigenti consente inoltre un alleggerimento degli organi di vertice (generalmente sovraccaricati da compiti di natura operativa) i quali possono concentrarsi meglio sulla direzione strategica dell'azienda (Adinolfi, 2000).

(9) Oltre che da cambiamenti culturali e sociali su cui in questa sede non ci si sofferma.

(10) La cooperazione fra i diversi operatori è, in tal caso, una scelta strategica per «catturare» nelle maglie della rete l'utente libero e volatile (il termine rete nel linguaggio corrente evoca appunto il concetto di cattura).

(11) Tale precisazione appare opportuna, in quanto molti schemi di classificazione utilizzati nella letteratura sui *network* fanno riferimento esclusivo ai *network* interorganizzativi (gli *interfirm network*) (Grandori e Soda, 1995).

(12) La costituzione di «reti curanti» è anche la migliore garanzia per il paziente di avere a disposizione le cure più adeguate alle sue condizioni di salute. È ragionevole infatti ipotizzare che i professionisti, in quanto membri di una rete, siano spinti a prestare una maggiore attenzione alla qualità dell'assistenza offerta, in quanto essi si vengono a trovare sotto gli occhi vigilanti degli altri *partner* di rete, *partner* che tendono ad essere tanto più esigenti quanto più la loro *performance* dipende da quella complessiva della rete.

(13) Ciò anche grazie agli sviluppi dei media elettronici per la pubblicazione e lo scambio di informazioni mediche che, consentendo ai cittadini di accedere facilmente ad informazioni collegate allo stile di vita e alla salute, sviluppano un processo positivo di educazione personale alla salute e di maggiore consapevolezza delle proprie scelte.

(14) Il luogo di cura tende infatti ad essere il più possibile presso il domicilio del paziente.

(15) Una struttura multiforme e flessibile quale quella prospettata, può essere metaforicamente descritta dal concetto di «casa» esistente in Giappone. Mentre la casa occidentale, assimilabile metaforicamente all'azienda sanitaria tradizionale, è concepita a partire dalle mura, che si poggiano su solide fondamenta, e devono essere sufficientemente spesse e solide per proteggere gli abitanti dall'ambiente esterno, quasi all'opposto, nella casa orientale è il

tetto la prima cosa che viene messa in opera, su di una struttura il meno vincolante possibile. Le pareti divisorie interne e i muri esterni vengono installati successivamente, e spesso sono costituiti da semplici tendaggi che permettono di rimodellare continuamente gli spazi in funzione delle esigenze mutevoli e di stabilire con l'esterno una relazione di scambio che si adatta alla stagione e alle condizioni climatiche. Nella casa giapponese è difficile parlare di interno ed esterno: i giardini fanno parte della casa ed essa stessa è un elemento indissociabile dal suo ambiente.

(16) La ricerca sulle reti ospedaliere, condotta in collaborazione con M. Franco e D. De Simone, si articola in due fasi. La prima fase, appena completata, consiste in un'indagine esplorativa su un campione limitato di reti ospedaliere italiane. Essa ha una funzione metodologica e sostanziale: consente di tarare lo strumento di raccolta dei dati, ossia il questionario-guida per le interviste, e di formulare alcune ipotesi iniziali da sottoporre a verifica nella seconda fase della ricerca, che prevede una *survey* su un campione statisticamente rappresentativo di aziende del Servizio sanitario nazionale.

Per la prima fase esplorativa sono state individuate quattro unità di analisi, che rappresentano quattro modalità differenti di configurazione reticolare ospedaliera: rete interna ospedaliera, ossia una rete interna — giuridicamente costituita da un'unica azienda — in cui sono presenti esclusivamente strutture ospedaliere; rete interna mista, ossia una rete che sotto un'unica veste giuridica comprende non solo strutture ospedaliere ma anche presidi territoriali; rete esterna ospedaliera, della quale fanno parte aziende ospedaliere autonome; rete esterna mista, di cui fanno parte aziende distinte che al loro interno si articolano in presidi ospedalieri e presidi territoriali.

Per la prima tipologia di rete (rete interna ospedaliera) è stato selezionato l'Ordine Mauriziano, un ente pubblico con compiti di assistenza sanitaria, istruzione, culto, beneficenza, il quale gestisce tre ospedali a Torino, Lanzo Torinese, Valenza Po, un'unità ambulatoriale e di lungodegenza a Luserna e infine un Istituto di ricerca scientifica a Candiolo, che svolge attività di ricerca in collaborazione con l'Università di Torino. Per la seconda configurazione (rete interna mista), si è selezionata l'Azienda provinciale dei servizi sanitari di Trento, costituita nel '95 per fusione delle 11 Usl preesistenti sul territorio. Come esempio di rete esterna ospedaliera si è selezionato il Sistema Milano, una sperimentazione costituita nel gennaio '98 sulla base di un accordo Stato-Regioni e Regione Lombardia, che collega in rete sette

aziende ospedaliere (Fatebenefratelli, Istituti Clinici di Perfezionamento, Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Niguarda Ca' Granda, Sacco, San Carlo, San Paolo). Infine come esempio di rete esterna mista è stata individuata l'area metropolitana di Bologna, alla quale dovrebbero afferire, secondo un progetto della Provincia e della Conferenza dei Sindaci, le Aziende Usl Bologna città, Bologna Nord, Bologna Sud e Imola, l'Istituto ortopedico Rizzoli e l'Azienda ospedaliera Sant'Orsola.

L'indagine pilota si è basata sulla raccolta di materiale relativo alle reti selezionate e su interviste semi-strutturate a 15 dirigenti di diverso livello gerarchico e funzione che hanno mostrato interesse e disponibilità a collaborare (3/4 per ogni rete). La *check-list* utilizzata per l'indagine pilota (riportata in allegato) è stata strutturata in modo da fornire informazioni circa la natura e le caratteristiche delle reti (attraverso domande miranti a distinguere le aree gestionali - relative sia a servizi finali sia a processi intermedi - gestite a livello decentrato, centralizzato, o extra-aziendale, i soggetti preposti al coordinamento, gli strumenti di integrazione utilizzati, le competenze richieste), nonché l'efficacia della rete stessa (attraverso domande relative ai benefici e agli svantaggi rilevati, gli effetti su alcuni indicatori di efficienza/efficacia/economicità, le fonti di supporto e gli elementi facilitanti il funzionamento della rete, il ruolo delle istituzioni, gli ostacoli incontrati).

I primi risultati dell'indagine pilota, cui si fa riferimento nel presente contributo, sono relativi alle 15 interviste previste per la fase esplorativa e dunque non sono in alcun modo rappresentativi della sanità italiana né delle aziende selezionate, pur tuttavia consentono di formulare alcune ipotesi iniziali da sottoporre a verifica nella seconda fase della ricerca (si veda Franco, Adinolfi e de Simone, 2000).

(17) Anche perché per sua natura risponde bene alle esigenze del sistema politico di visibilità e rapidità nella (ipotizzata) soluzione dei problemi.

(18) L'impostazione è lucidamente illustrata in un passo di Del Vecchio (2000, p. 13), che è utile riportare fedelmente: «Ignorando sostanzialmente il modello aziendale, nonostante questo fosse nominalmente posto a base di tutti gli interventi, veniva implicitamente assunto che la definizione delle diverse articolazioni organizzative determinasse automaticamente i servizi offerti. Così la volontà di rispondere a un certo bisogno, la gerarchia tra i bisogni stessi trovavano la loro esatta definizione nella struttura, e poiché tali decisioni per loro natura non potevano che essere uniformi sul territorio regionale..., que-

ste venivano incorporate in una dettagliata prescrizione normativa. Inoltre nelle concezioni dominanti, a ben guardare, gli assetti organizzativi assumevano più la veste di assetti istituzionali, cioè di distribuzione e bilanciamento di potere tra organi diversi... che di distribuzione di compiti tra parti di una entità che persegue finalità unitarie. In questa prospettiva diventava inevitabile che le scelte di organizzazione fossero avocate a livello regionale, lasciando a livello aziendale i soli dettagli di un quadro già determinato».

(19) Tale impostazione ha cominciato a prendere piede nel settore sanitario in concomitanza con il processo di aziendalizzazione. Già le leggi regionali di organizzazione in applicazione della normativa del '93 evidenziano una sostanziale inversione di tendenza nel senso dell'attribuzione di ampia autonomia organizzativa alle aziende sanitarie, nei limiti delle linee-guida fondamentali definite delle regioni. Tale autonomia è stata ampiamente utilizzata dalle aziende sanitarie, in particolar modo da parte di quei direttori generali che hanno fatto della ristrutturazione organizzativa il segno più tangibile dell'aziendalizzazione in atto e del ruolo da essi esercitato (Del Vecchio, 2000, p. 13).

(20) In maniera molto colorita, uno specialista ha affermato: «per inviare i miei pazienti al loro laboratorio di analisi, non mi basta una delibera del DG, io devo conoscere l'analista molto bene, devo sapere persino dove dorme la notte».

(21) Relazioni di scambio di prestazioni e di servizi finalizzati al trattamento dei pazienti; esse consentono di individuare i rapporti di interdipendenza tra le unità organizzative e tendono a definire la mappa dei poteri all'interno dell'organizzazione (Cicchetti, Lomi, 2000).

(22) Relazioni di scambio di conoscenze, consigli e impressioni su specifici casi clinici. Tali relazioni forniscono vantaggi in termini di apprendimento e possibilità di innovazione (Cicchetti, Lomi, 2000).

(23) I due autori hanno condotto uno studio presso un'organizzazione ospedaliera di grandi dimensioni, volto ad effettuare un'analisi comparata della performance delle unità operative ospedaliere risultante dall'applicazione dei tre approcci alternativi nel disegno delle attività assistenziali.

(24) Per tutti, si veda Perrone (1997), che, a proposito della forma N, scrive: «Strutture e processi devono essere disegnati in modo da assicurare la massima flessibilità e rapidità di azione. A questo fine anche la definizione rigida di confini (di unità, di funzioni, di aziende e di settori) deve venire meno, a favore della permeabilità e della capacità di relazione» (p. 612).

(25) Gli elevati costi di attuazione fanno riferimento prevalentemente ai costi di «impianto» (principalmente investimenti in formazione, indottrinamento, comunicazione, e in generale nelle politiche di gestione delle risorse umane). I costi di «funzionamento» (corrispondenti all'ammortamento dei costi di impianto e ai costi di «manutenzione») sono invece bassi.

## BIBLIOGRAFIA

- ALBERTINI, (2000), «Lo sviluppo delle risorse umane oltre i confini organizzativi. La prospettiva 'appropriabilità/apprendimento' nei distretti industriali», in Maggi B. (a cura di), *Le sfide organizzative di fine e inizio secolo*, Etas, Milano.
- ADINOLFI P., (2000) «Modelli organizzativi e fabbisogno di integrazione nelle aziende sanitarie», in Cafferata R., (a cura di), *Management e organizzazione aziendale*, terza edizione, Aracne, Roma.
- BOARI C., GRANDI A., LORENZONI G., (1989), «Le organizzazioni a rete: tre concetti di base», *Economia e Politica industriale*, 64: 283-309.
- BORGOVONI E., (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGOVONI E., (1996a), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BORGOVONI E., (1996b), «Dall'amministratore straordinario al direttore generale», *Mecosan*, 1.
- BOULDING K.E., (1953), *The organizational revolution*, Harper&Bro., New York.
- CACCIA C., LONGO F., (1994), «L'applicazione di modelli organizzativi 'evoluti' al sistema socio-sanitario pubblico», *Mecosan*, 10.
- CAFFERATA R. (a cura di), (2000), *Management e organizzazione aziendale*, terza edizione, Aracne, Roma.
- CAMUFFO A., (1997), «Le interdipendenze», in Costa G. e Nacamulli R. C.D., (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, volume secondo, Utet, Torino.
- CICCHETTI A., LOMI A., (2000), «Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario», in Maggi B. (a cura di), *Le sfide organizzative di fine e inizio secolo*, Etas, Milano.
- CORRADINI A., (1996), «I modelli organizzativi per le aziende U.s.l.: tradizione e innovazione», *Mecosan*, 20.
- COSTA G., (1997), «Il cambiamento organizzativo nelle pubbliche amministrazioni», *Economia e diritto del terziario*, 2.



- COSTA G., DE MARTINO S., (1984), *Management pubblico*, Utet, Torino.
- CUCCURULLO C., SCHIASSI A., (1997), «Il modello organizzativo di un'azienda sanitaria pubblica di grandi dimensioni: il caso A.s.l. Napoli 1», *Mecosan*, 24.
- DE CASTRI M., (1997), «Il coordinamento e l'integrazione», in Costa G. e Nacamulli R. C.D. (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Utet, Torino.
- DEL VECCHIO M., (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33.
- DIRINDIN N., (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna.
- FERLIE E., PETTIGREW A., (1996), «Managing through networks: some issues and implications for the NHS», *British Journal of Management*, 7: S81-S99.
- FOGLIETTA F., (1999), «Il decreto delegato attuativo della legge delega 419/98», *Prospettive sociali e sanitarie*, 10.
- GOLINELLI G., (2000), *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, Cedam, Padova.
- GIORGETTI R., (1997), *Il servizio sanitario*, Maggioli, Rimini.
- GRANDORI A., SODA G., (1995), «Interfirm networks: Antecedents, mechanisms and forms», *Organization Studies*, 16/2: 183-214.
- LEGA F., (1998), «Scelte strategiche e definizione dei confini dell'ospedale. Dalla struttura focalizzata alla struttura a rete», *Organizzazione Sanitaria*, 1: 43-66.
- LONGO F., (1999), «Appunti sulla riforma sanitaria ter», *Prospettive sociali e sanitarie*, 14.
- LONGO F., RIPA DI MEANA F., (1995), «Quali modelli organizzativi si stanno delineando per il nuovo distretto?», *Asi*, 49-50.
- MAGGI B., (1989), «L'organizzazione dei servizi sanitari», *Sviluppo e Organizzazione*, settembre-ottobre.
- MAGGI B., (1997), «Prefazione», in Lomi A. (a cura di), *L'analisi relazionale delle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- MARCH J., SIMON H., (1958), *Organizations*, Wiley, New York.
- MELE R., (1991), «Nuovi riferimenti e nuove opportunità per lo sviluppo delle aziende locali di pubblici servizi», *Azienda Pubblica*, 2.
- MELE R., ADINOLFI P., (1997), «Le aziende nella sanità: le trasformazioni progettate e quelle da realizzare», in: Aa.Vv., *Scritti di economia aziendale in memoria di Raffaele D'Oriano*, Cedam, Padova.
- MENEGUZZO M. (a cura di), (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M., (1996), «Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie; una prima valutazione della efficacia dei network sanitari», *Mecosan*, 19: 136-144.
- MERCURIO R., TESTA F., (2000), *Organizzazione, assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.
- PANOZZO F., (1996), «Management by decree. Paradoxes in the reform of the Italian public sector», in *Seconda conferenza internazionale AIDEA Giovani*, Università Bocconi, Milano, giugno.
- PERRONE V., (1997), «La rete», in COSTA G. e NACAMULLI R.C.D. (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, volume secondo, Utet, Torino.
- PERRONE V., (1990), *Le strutture organizzative di impresa. Criteri e modelli di progettazione*, Egea, Milano.
- PIVATO S., (1986), «A proposito di efficienza nell'impresa pubblica», *Il giornale dei dottori commercialisti*, 5.
- POWELL W., DI MAGGIO P., (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press, Chicago.
- REBORA G., (1988), «Il cambiamento organizzativo nella Pubblica Amministrazione», *Azienda Pubblica*, 1.
- RUFFINI R., (1996), «Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 18.
- RUFFINI R., (1998), «La sanità», in Costa G. e Nacamulli R.C.D., (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. quarto, Utet, Torino.
- SCHRODER H. ET AL., (1967), *Human Information Processing*, Holt, Reinhart and Winston, New York.
- SELZNICK P., (1957), *Leadership in Administration*, Harper-Row, New York.
- SODA G., (1998), *Reti tra imprese*, Carocci, Roma.
- SPADAROTTO L., (1990), *Introduzione all'analisi organizzativa in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- THOMPSON J. D., (1967), *Organizations in Actions*, McGraw-Hill, New York.
- ZANGRANDI A., (1994), *Autonomia ed economicità nelle aziende pubbliche*, Giuffrè, Milano.

## APPENDICE

## Check list per l'intervista ai dirigenti delle reti sanitarie

## 1. Natura e caratteristiche delle reti

## 1.1. Attività svolte a livello decentrato, centralizzato, o extra-aziendale

Attività	Unità locali	Unità centrali	Unità esterne
1 Programmazione operativa (a 1 anno)			
2 Pianificazione strategica (a 2-5 anni)			
3 Sviluppo di nuovi servizi			
4 Definizione della pianta organica			
5 Organizzazione dell'erogazione dei servizi			
6 Promozione di una rete di rapporti interpersonali			
7 Reclutamento e selezione del personale			
8 Addestramento e formazione			
9 Valutazione del personale			
10 Gestione del sistema premiante			
11 Comunicazione interna			
12 Relazioni sindacali			
13 Gestione della mobilità interna			
14 Turni e organizzazione del lavoro			
15 Controllo finanziario			
16 Analisi dei costi (controllo di gestione)			
17 <i>Benchmarking</i>			
18 Controllo tecnico della qualità dei servizi			
19 Analisi della soddisfazione dell'utente			
20 Gestione dei reclami			
21 Approvvigionamenti			
22 Appalti e contratti			
23 Manutenzione e gestione attrezzature			
24 Consulenza giuridica			
25 Gestione magazzini			
26 Servizi di lavanderia			
27 Servizi di ristorazione			
28 Servizi di EDP			
29 Farmacia			
30 Relazioni esterne			
31 Servizi amministrativi			
32 Servizi di pulizia			
33 Prenotazioni			
34 Altro .....	.....	.....	.....

*1.2. Natura prevalente delle relazioni di collaborazione fra le strutture ospedaliere facenti parte dell'azienda*

- a) Formalizzate .....
- .....
- b) Informali .....
- .....

*1.3. Soggetti svolgenti un ruolo di coordinamento*

- a. Direttore generale dell'azienda .....
- b. Direzione sanitaria .....
- c. Direzione amministrativa .....
- d. Coordinatore ospedaliero .....
- e. Direzione controllo gestione .....
- f. Direzione del personale .....
- g. Direzione sistemi informativi .....
- h. Ospedale più importante dell'azienda .....
- i. Assessorato alla Sanità .....
- l. Agenzia sanitaria regionale .....
- m. Altro .....

*1.4. Strumenti adottati per facilitare l'integrazione fra le diverse strutture e relativo grado di efficacia*

Strumenti di integrazione	Grado di efficacia						
	1	2	3	4	5	6	7
A. Disposizioni di servizio	1	2	3	4	5	6	7
B. Protocolli concordati a seguito di riunioni	1	2	3	4	5	6	7
C. Dipartimenti interospedalieri	1	2	3	4	5	6	7
D. Mobilità del personale ...	1	2	3	4	5	6	7
E. Gruppi di lavoro ...	1	2	3	4	5	6	7
F. ....	1	2	3	4	5	6	7
G. ....	1	2	3	4	5	6	7

## 1.5. Capacità/competenze richieste alla dirigenza per gestire la cooperazione reticolare (grado di rilevanza e necessità di sviluppo)

Abilità e conoscenze	Rilevanza					Da sviluppare
	nulla	poca	media	alta	altissima	
1 Pianificazione strategica	1	2	3	4	5	
2 Pianificazione operativa	1	2	3	4	5	
3 Valutazione dei bisogni sanitari	1	2	3	4	5	
4 Valutazione e sviluppo di nuovi servizi	1	2	3	4	5	
5 Marketing dei servizi sanitari	1	2	3	4	5	
6 Gestione della qualità dei servizi	1	2	3	4	5	
7 Certificazione e Accreditamento	1	2	3	4	5	
8 Semplificazione delle procedure	1	2	3	4	5	
9 Gestione di «reti» interorganizzative	1	2	3	4	5	
10 Organizzazione del lavoro	1	2	3	4	5	
11 Informatica, statistica e trattamento dati	1	2	3	4	5	
12 Contabilità economica	1	2	3	4	5	
13 Budgeting	1	2	3	4	5	
14 Contabilità analitica	1	2	3	4	5	
15 Gestione finanziaria	1	2	3	4	5	
16 Indicatori	1	2	3	4	5	
17 Valutazione e remunerazione del personale	1	2	3	4	5	
18 Selezione, formazione e sviluppo del personale	1	2	3	4	5	
19 Gestione del tempo	1	2	3	4	5	
20 Doti interpersonali	1	2	3	4	5	
21 Doti negoziali	1	2	3	4	5	
22 Motivazione del personale	1	2	3	4	5	
23 Comunicazione	1	2	3	4	5	
24 Altro	1	2	3	4	5	

## 1.6. Sistema informativo di supporto: tipologia di rete informatica e protocolli di rete utilizzati

## 1.7. Sicurezza del sistema informativo

**2. Efficienza ed efficacia delle reti**

*2.1. Vantaggi derivanti dal fare parte di una medesima rete*

	Rilevanza				
	<i>nulla</i>	<i>poca</i>	<i>media</i>	<i>alta</i>	<i>altissima</i>
<b>Vantaggi</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 Attivazione di sinergie per facilitare l'iter diagnostico-terapeutico					
2 Offerta di un servizio integrato all'utente attraverso la definizione di un percorso razionalizzato tra le strutture dislocate sul territorio					
3 Specializzazione dell'offerta dei singoli ospedali					
4 Economie di scala					
5 Maggiore potere contrattuale nei confronti dei fornitori					
6 Maggiore capacità di <i>lobbying</i> sul potere legislativo					
7 Migliore utilizzo delle leve per la gestione delle risorse umane					
8 Miglioramento dell'efficienza nell'organizzazione del lavoro					
9 Scambio di informazioni/conoscenze e sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo					
10 Miglioramento della visibilità ed immagine dell'azienda					
11 Maggiore capacità di attrazione di risorse umane valide					
12 Maggiori potenzialità di risorse e competenze senza aumento degli investimenti					
13 Altro .....					

*2.2. Svantaggi*

<b>Svantaggi</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 Scollamento tra il perno centrale della rete e i nodi periferici					
2 Scarsi margini di manovra delle direzioni locali per via dell'eccessiva centralizzazione					
3 Problema a gestire in modo unitario la rete di ospedali per via dell'eccessiva autonomia gestionale dei singoli ospedali					
4 Elevati costi di coordinamento					
5 In caso di strategie di specializzazione degli ospedali, penalizzazione degli ospedali dedicati ad attività meno redditizie (in base al sistema di finanziamento per Drg)					
6 Difficoltà da parte delle strutture più piccole della rete a partecipare alle spese comuni con il conseguente rischio di essere penalizzati nei meccanismi redistributivi					
7 Per gli ospedali migliori, peggioramento dell'immagine per via di pecche nel sistema complessivo					
8 Altro .....					

*2.3. Elementi che hanno facilitato il funzionamento della rete, loro rilevanza*

<b>Elementi facilitanti</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 Il sistema informativo					
2 Utilizzo corretto degli incentivi monetari					
3 Legami di reciproca conoscenza e fiducia tra i dirigenti delle strutture ospedaliere					
4 Coinvolgimento dei vertici					
5 Autonomia concessa alle singole strutture					
6 Stretto controllo centralizzato					
7 Rapporti del tipo acquirente-fornitore tra le diverse strutture ospedaliere					
8 Possibilità di scelta delle strutture da incorporare nella rete di ospedali					
9 Creazione di un ambiente favorevole alla collaborazione					
10 Altro .....					

## 2.4. Fonti di supporto alla rete

	Crea problemi	Non fornisce supporto	Fornisce sufficiente supporto	Fornisce molto supporto
1. Società di consulenza				
2. Società di formazione				
3. Università				
4. Associazioni di pazienti				
5. Cliniche accreditate				
6. Medici di base				
7. Sindacati				
8. Regione				
9. Ente locale				
10. Ministero della sanità				
11. Agenzia regionale sanità				
12. Altro .....				

## 2.5. Ostacoli che incidono sul funzionamento della rete

Ostacoli	Rilevanza				
	nessuna	poca	media	alta	altissima
	1	2	3	4	5
1 Ambiente politico					
2 Vincoli procedurali					
3 Vincoli legislativi					
4 Mancanza di adeguate informazioni					
5 Mancanza di adeguate competenze manageriali					
6 Carichi di lavoro eccessivamente onerosi					
7 Costrizioni finanziarie					
8 Lotte interne di potere					
9 Divergenze tra <i>manager</i> e professionisti					
10 Vincoli culturali					
11 Sindacati					
12 Ambiente sociale (criminalità ...)					
13 Incertezza istituzionale					
14 Struttura organizzativa					
15 Altro .....					

**3. Dati personali**

*3.1. Ruoli ricoperti negli ultimi cinque anni*

- Nella medesima funzione
- In altre funzioni (specificare quali) .....
- Nella medesima azienda
- In altre aziende (specificare quali) .....

*3.2. Età*

- 30-40 anni
- 41-50 anni
- 51-60 anni
- Oltre 60 anni

*3.3. Sesso: M/F*

*3.4. Titolo di studi*

- Diploma in .....
- Laurea in .....
- Specializzazione in .....
- Altro titolo post laurea .....

# LOGICHE E STRUMENTI MANAGERIALI PER L'INTEGRAZIONE TRA SETTORI SOCIO-ASSISTENZIALE, SOCIO-SANITARIO E SANITARIO

Francesco Longo

SDA-CeRGAS Bocconi

Sommario: 1. Premessa - 2. Perché cresce la rilevanza dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali? - 3. Cosa intendiamo per «integrazione» - 4. Strumenti per l'integrazione inter-istituzionale - 5. Politiche e scelte aziendali per l'integrazione - 6. Conclusioni.

*The borders between social services and health care are structurally uncertain and not definable. The growth of old people and the increase of stabilised illness brings up the need for stronger integration between social services and health care. The integration between social services and health care has always been a political and ideological task. This paper tries to list and analyse the managerial toolbox of the integration instruments, because we have to work out solution, which have good implementing success probabilities. These instruments can be classified in three levels: institutional (building of integrated institutions or trusts, inter-institutional contracts, integrated strategic planning), organisational (structures which could favour integration, integrated programming and budgeting systems), operational (one inter-institutional gate and case manager, integrated process reengineering). The paper analyses these managerial tools and their potential effectiveness for integration between social services and health services.*

## 1. Premessa

Il sistema di *welfare* italiano ha storicamente assunto come uno dei propri capisaldi il principio dell'*integrazione*. Essa è collocata tra le priorità strumentali e, talvolta, anche finalistiche, di tutti i settori del nostro *welfare*. Questo rappresenta una specificità del caso Italia, altri contesti occidentali, infatti, non considerano l'*integrazione* una delle priorità e, conseguentemente, i sistemi d'offerta sono stati costruiti in maniera estremamente specializzata e frammentata — si pensi ad esempio al sistema d'offerta dei paesi di lingua tedesca — (Donzelli, 1997).

La stessa nascita di un sistema sanitario nazionale sottolinea la volontà di unitarietà, in cui sono rintracciabili elementi che richiamano il desiderio di costruire *integrazione* dei servizi, a differenza dei paesi che hanno deciso

di mantenere sistemi mutualistici, per loro natura più frammentati (sia dal lato assicurativo, sia dal lato dell'offerta) e quindi meno animati a costruire profili di *integrazione* (Rinaldi, 1998). L'Ssn cerca di ottenere integrazione collocando in un unico contenitore istituzionale i servizi di igiene e prevenzione, la medicina generale e la relativa spesa farmaceutica, la specialistica convenzionata (non a caso detta «convenzionata interna»), il socio-sanitario, l'ospedale e talvolta anche il sociale (laddove è delegato dai comuni all'Ausl), le strutture di riabilitazione e gli istituti per gli anziani.

Nel *welfare* italiano si osservano settori e casi aziendali in cui l'*integrazione* agisce incisivamente influenzando significativamente l'*output* e l'*outcome*, ma esistono anche ambiti in cui il principio dell'*integrazione* è diventato un «totem» culturale, quasi ideologico, a cui nella prassi non sono

seguite esperienze conseguenti. Al proposito è utile individuare tre distinti livelli di integrazione raggiunta:

a) previsioni normative che indirizzavano o obbligavano gli attori sociali all'integrazione, che però non sono state attuate (ad esempio l'integrazione tra medicina specialistica convenzionata interna e specialistica ospedaliera);

b) previsioni normative che hanno attivato politiche di integrazione, a cui però non è seguito lo sviluppo di idonei strumenti aziendali a supporto dell'integrazione stessa, la quale è rimasta solo potenziale o debole o inefficace (esempio integrazione tra servizi socio-assistenziali e socio-sanitari

---

Il presente saggio è stato presentato al *workshop* nazionale 2000 dell'Associazione italiana economisti sanitari «La sanità tra Stato e mercato» (Padova, 13-14 ottobre 2000).



attraverso la delega dai comuni alle Ausl);

c) leggi, politiche e coerenti sviluppi di strumenti aziendali che hanno attivato una reale integrazione (es. alcuni casi di Adi, in cui agiscono come un unicum le risorse di comuni e Ausl per le cure domiciliari).

Dal punto di vista economico aziendale, soprattutto in un tessuto istituzionale così disomogeneo come quello italiano, è difficile dare dei giudizi di sintesi sul livello di integrazione raggiunto per ogni singolo settore del *welfare* italiano. Risulta probabilmente più euristico proporre valutazioni analizzando i singoli casi aziendali, o meglio le concrete reti istituzionali locali. I singoli casi aziendali palesano, per esperienza di chi scrive, livelli di eterogeneità molto significativi rispetto al reale livello di integrazione raggiunto.

In prima approssimazione è possibile rintracciare due fondamentali declinazioni del concetto di *integrazione*:

— *integrazione* intesa come inserimento sociale protetto del bisognoso in contrapposizione al concetto di istituzionalizzazione (es. inserimento degli handicappati nelle scuole ordinarie invece che in scuole speciali, chiusura dei manicomi e reinserimento sociale dei malati psichici, reinserimento educativo dei carcerati nel tessuto sociale, ecc.);

— *integrazione* come cooperazione tra istituti del sistema di *welfare* in contrapposizione alla specializzazione e frammentazione della produzione sociale (es. collaborazione comuni-Ausl, coordinamento ospedale-territorio in psichiatria, ecc.).

Il sistema di *welfare* ricerca entrambe queste declinazioni del concetto di integrazione, non sempre distinguendole chiaramente, laddove la prima può costituire una istanza finalistica dei servizi (un obiettivo qualitativo del processo di protezione so-

ciale), mentre la seconda declinazione non può che avere natura strumentale, per una gestione più economica, cioè più efficace ed efficiente.

Nel presente scritto ci occupiamo esclusivamente della seconda declinazione del termine integrazione, essendo la prima uno specifico delle politiche e delle tecniche assistenziali.

In particolare discutiamo il tema dell'integrazione tra i servizi socio-sanitari e i servizi socio-assistenziali, cercando di analizzare gli obiettivi dell'integrazione e gli strumenti aziendali per raggiungerla.

## 2. Perché cresce la rilevanza dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali?

Occorre utilizzare una classificazione e delle definizioni degli ambiti che esistono nel complesso *continuum* logico che si colloca tra servizi sociali e sanitari, per comprendere i confini e le specificità del settore che stiamo indagando. Proponiamo al proposito la seguente ripartizione (tabella 1).

1) *Servizi sociali o socio-assistenziali*: sono servizi i cui titolari sono i comuni e per i quali è chiaramente identificabile una responsabilità ed una filiera di produzione attribuibile interamente ai comuni. Ricadono in questa classe servizi come: il segretariato sociale, l'aiuto per gli indigenti, interventi per stranieri e nomadi, interventi per gli *homeless*, politiche per l'abitazione.

2) *Servizi socio-sanitari*: sono servizi in cui strutturalmente vi è una titolarità incerta e condivisa tra comuni e aziende sanitarie, trattandosi di interventi che hanno contestualmente ricadute nella sfera sociale e in quella sanitaria, cioè aree di bisogni in cui l'operatore sociale previene o risponde anche a bisogni sanitari e dove il sanitario risponde implicitamente anche ad una domanda sociale. In quest'area dovrebbe essere diffusa la compartecipazione finanziaria dei due titolari della funzione (comuni ed Ausl), definendo un *mix* di ripartizione degli oneri che non può che essere negoziato localmente. A giudizio di chi scrive è di

Tabella 1 - Classificazione e titolarità dei servizi socio-assistenziali e socio sanitari

Classi di servizi	Ente Titolare	
	Comune	Azienda USL
<b>Sociali o socio-assistenziali</b>	Segretariato sociale Servizi per indigenti Servizi per stranieri/nomadi Servizi per <i>homeless</i> Politiche per l'abitazione	
<b>Socio-sanitari</b>	Servizi per anziani Servizi per handicappati Servizi per minori	Servizi per anziani Servizi per handicappati Servizi per minori
<b>Socio-sanitari con ricadute sociali</b>		Dipendenze Salute mentale Consultori materno-infantili
<b>Sanitari</b>		Igiene e prevenzione Medicina generale Specialistica Ospedale

dubbio significato la ricerca di un confine certo, in questa classe di interventi, tra sociale e sanitario, anche perché qui opera il paradosso che la gestione del servizio tende a qualificarne la natura. In altri termini, in quest'area dal confine incerto tra sociale e sanitario, chi gestisce operativamente il servizio (il sanitario o il sociale) tende a connotare il tipo di risposta a se stesso, trasladando quindi sul campo l'interpretazione dei bisogni e quindi la titolarità dei medesimi.

Ricadono in questa classe principalmente gli interventi a favore di anziani, minori ed handicappati.

3) *Servizi sanitari ad alta ricaduta sociale*: sono prestazioni sanitarie con importanti risvolti socio-assistenziali. Questi servizi sono di competenza esclusivamente sanitaria (in quest'area non dovrebbero esserci dubbi sulla titolarità) ma hanno anche importanti effetti sociali. Ricadono in quest'area i servizi per le dipendenze, per la salute mentale e per il materno-infantile.

4) *Servizi sanitari*: sono i servizi di esclusiva pertinenza sanitaria, come l'igiene pubblica e la prevenzione, la medicina generale, la specialistica territoriale, l'ospedale.

L'Italia registra rilevanti livelli di disomogeneità nella distribuzione di questi servizi, nella loro classificazione, nella attribuzione delle titolarità, nella scelta delle forme di gestione: essendo così disomogeneo l'oggetto d'indagine, nasce una oggettiva difficoltà a trovare consensi nelle classificazioni dei servizi.

Il problema oggi non può più essere proposto come ricerca delle uniformità nei modelli istituzionali ed organizzativi di risposta; al contrario, occorre valorizzare le differenze istituzionali ed organizzative in essere, avviando dei processi che raggiungano più equità sul lato degli *output* e degli *outcome* per abitante.

Perché è di crescente importanza l'integrazione tra questi ambiti?

1) Il quadro epidemiologico che sta venendo avanti vede un aumento esponenziale delle seguenti classi di patologie:

a) cronico stabilizzate, anche grazie ai successi della medicina (es. oncologico stabilizzato, cardiopatico stabilizzato, Aids stabilizzato, handicappato con lunga speranza di vita);

b) cronico degenerativo soprattutto legato alla III e alla IV età;

c) patologie determinate da fattori di origine sociale connesse al disagio dovuto all'aumento delle differenze tra i diversi segmenti sociali (causate dall'innalzamento delle barriere culturali per l'affermazione sociale e l'integrazione nel mercato del lavoro, dalla crescente frammentazione sociale, dei flussi di immigrazione, ecc.).

Questo tipo di patologie trovano una risposta parziale e limitata nel tradizionale ambito della sanità (l'ospedale ed i servizi ad alta specializzazione), mentre necessitano invece di prese in carico per lunghi anni da parte degli altri ambiti del sistema (quelli socio-sanitari), in un processo continuamente circolare e dinamico.

2) La crescente concentrazione ed esasperazione di alcuni bisogni in limitate fasce sociali determina necessità assistenziali più intense e di tipo multidimensionale, rendendo il confine tra l'intervento sociale e quello sanitario sempre più incerto, richiedendo quindi un intervento integrato, per sperare che sia efficace. Si pensi a titolo d'esempio all'attuale quadro dei bisogni nei settori della salute mentale, dei minori e delle dipendenze.

3) La qualità attesa dei servizi da parte dei cittadini cresce, così come cresce l'«empowerment» degli utenti, che non accettano più servizi frammentati, disaggregati, in cui la ricomposizione dell'unitarietà diagnostica

ed assistenziale ricada sul fruitore. Solo la reingegnerizzazione di processi integrati può garantire una risposta a queste attese.

4) I modelli assistenziali evoluti, basati su approcci olistici di diagnosi e presa in carico, possono essere implementati solo se poggiano su strutture organizzative coordinate ed integrate: non disporre di questo substrato organizzativo ed operativo, significa obbligare gli operatori ad utilizzare metodologie e tecniche assistenziali di *second best*.

Alla luce di queste riflessioni l'integrazione non può più costituire un lusso valoriale, ma diventa un obiettivo stringente degli strumenti manageriali da sviluppare in sanità e nel sociale. Il dibattito di cui ha bisogno il paese non è più se l'integrazione serve, ma come e con quali strumenti operativi la si costruisce sul campo.

### 3. Cosa intendiamo per «integrazione»

Per poter definire, sviluppare ed implementare degli strumenti aziendali di *integrazione* occorre innanzitutto definire i contenuti operativi del concetto integrazione, altrimenti foriero di molti significati o troppo ampi o troppo generici. Proponiamo diversi livelli di analisi del concetto di integrazione, a cui successivamente possiamo abbinare precisi strumenti manageriali:

a) integrazione delle strategie e delle politiche aziendali;

b) integrazioni operative-organizzative;

c) unitarietà diagnostico-assistenziale;

d) unitarietà del percorso di fruizione.

#### 3.1. Integrazione delle strategie e politiche aziendali

Le aziende delle reti locali di *welfare* attuano strategie e politiche

non sempre coordinate tra loro, se non addirittura conflittuali. Questo avviene talvolta attraverso espliciti processi di pianificazione strategica, più spesso per posizionamenti strategici impliciti, frutto di stratificazioni storiche, di comportamenti di fatto, di dinamiche delle singole aziende governate da impulsi «carsici», di cui non vi è piena autocoscienza. Ultimamente anche in questo ambito si è imposta l'attenzione sulla necessità di sviluppare la competizione, che però nel settore socio-sanitario non sempre garantisce un esito del gioco a somma positiva. A titolo d'esempio una competizione tra un comune e un'Ausl per «scaricarsi» reciprocamente la titolarità di un'area di bisogno impedisce l'ottenimento dell'integrazione e probabilmente non determinerà un punto di ottimo nella gestione ed erogazione dei servizi.

Integrazione delle strategie e delle politiche aziendali significa per ogni istituto del *network* socio-sanitario conoscere le proprie ed altrui convenienze strategiche, negoziare delle soluzioni concertate, perché il bisogno di integrazione è tale da garantire all'azione sinergica un gioco a somma positiva. A titolo d'esempio un'assistenza domiciliare efficace, frutto del coordinamento del SAD comunale con le cure domiciliari dell'Ausl, potrebbe garantire per il comune un risparmio in termini di mancati ricoveri in istituto (e quindi mancate integrazioni delle rette di ricovero) e determinare per l'Ausl un risparmio sui ricoveri in Rsa (di cui la sanità paga direttamente circa il 50% dei costi) e una probabile riduzione dei ricoveri ospedalieri. In altri termini l'integrazione potrebbe determinare dei costi sorgenti, ma offrire la possibilità di ottenere dei risparmi complessivi.

### 3.2. Integrazioni operative-organizzative

L'integrazione può avvenire sul

piano delle strategie e delle politiche, lasciando però separate le strutture produttive, oppure può arrivare a ricercare un coordinamento tra le unità operative. In questo caso la collaborazione strategica avviene anche, se non soprattutto, sul piano dell'attuazione congiunta. Si cercherà di costruire forme di collaborazione tra le unità operative, se non addirittura unità organizzative unitarie, in capo ad uno dei soggetti contraenti, oppure congiunte.

### 3.3. Unitarietà diagnostico-assistenziale

I livelli di analisi del concetto d'integrazione fin qui proposti partono dal punto di vista dell'azienda: se ribaltiamo la prospettiva d'osservazione e assumiamo quella del paziente o del disagio sociale, per lei/lui *integrazione* significa soprattutto trovare un sistema capace di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario. Ciò che si attende l'utente dall'integrazione è che vi sia un unico *gate* che esprima una diagnosi unitaria (dietro il quale evidentemente vi è un lavoro di raccordo tra i diversi professionisti delle diverse aziende del *welfare* locale) e che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi. Il paziente è anche disponibile a pagare il prezzo della frammentazione nella fruizione, ma perlomeno desidera trovare integrazione nella parte tecnico-professionale. Invece, a titolo d'esempio, il tribunale dei minori emette sentenze che l'Ausl non è in grado di eseguire, per carenze oggettive di risorse (il Tribunale dei minori assume come ipotesi semplificatrice per elaborare i propri piani assistenziali, sanciti nelle sentenze, quella della illimitatezza delle risorse nel sistema di *welfare*), così come l'assistente sociale del comune non si preoccupa di mandare alla famiglia del minore messaggi coe-

renti a quelli del neuropsichiatra infantile dell'Ausl.

### 3.4. Unitarietà del percorso di fruizione

Per l'utente *integrazione* non significa però solo unitarietà e coerenza nel processo diagnostico-assistenziale, ma significa anche unitarietà del processo di fruizione, senza la necessità di innumerevoli passaggi, magari presso aziende diverse, sicuramente presso operatori diversi, per ottenere un servizio, che può esistere solo come sommatoria di frammenti. Talvolta, come detto, l'utente può anche essere disposto a barattare l'unitarietà della fruizione per l'unitarietà diagnostico-assistenziale, ma l'asimmetria informativa del settore, può anche attribuire all'unitarietà della fruizione un maggior valore in termini di qualità percepita.

L'unitarietà della fruizione significa ottenere un servizio nel numero minimo di passaggi, di spostamenti, di operatori interfacciati e di tempo.

Nella concreta dinamica attuativa delle aziende socio-sanitarie, non tutti questi aspetti dell'*integrazione* sono raggiungibili con uguale intensità nel breve periodo, essendo associati a strumenti distinti, che non possono essere implementati tutti contestualmente. Occorre valutare e decidere quali aspetti dell'integrazione si ritengono prioritari e prevalenti per poter selezionare i correlati strumenti che si ritengono efficaci per raggiungerli.

### 4. Strumenti per l'integrazione inter-istituzionale

Spesso opera un implicito convincimento: l'unitarietà istituzionale garantisce integrazione operativa e riconduce ad unitarietà l'offerta per l'utente. In altri termini, il vero strumento per raggiungere l'integrazione è

riuscire a collocare tutti i servizi e gli operatori in un'unica istituzione (ad esempio obbligo per i comuni di delegare i servizi alle Ausl). L'unitarietà istituzionale è stata spesso difficile o impossibile da raggiungere ma anche laddove è stata raggiunta non ha garantito necessariamente integrazione operativa. L'esperienza di molte Ausl è quella di aver ottenuto la delega dei servizi sociali, ma questo non ha impedito a distinti servizi, interni alla stessa azienda, di ignorarsi o addirittura di confliggere.

L'unitarietà istituzionale non garantisce automaticamente alcuna forma di integrazione: essa non la impedisce, ma raramente è apparsa come la variabile decisiva.

A questo punto occorre riaprire un dibattito su quali possano essere i reali strumenti di integrazione e quali siano le logiche e gli strumenti che l'approccio economico può proporre.

Al proposito riutilizziamo i 4 livelli di analisi proposti sul concetto di integrazione, analizzando strumenti idonei a favorire processi di integrazione per ognuno dei livelli di analisi proposti.

#### 4.1. Integrazione delle strategie e delle politiche aziendali

##### 1. Convenienze strategiche generate dall'ente superiore di coordinamento

L'ente sovraordinato, titolare della programmazione socio-sanitaria, di norma la Regione, ha un ruolo importante nel determinare scelte aziendali orientate o meno all'integrazione. Tradizionalmente gli strumenti utilizzati erano:

— piani di indirizzo (progetti obiettivo, piani socio-sanitari, ecc.);

— orientamenti, più o meno cogenti, all'unitarietà istituzionale (es. obbligo della delega dei servizi socio-assistenziali).

Questi strumenti non si sono sempre rivelati efficaci, essendo i primi

connotati molto burocraticamente, mentre i secondi, non sempre rispettati, ricadevano nell'illusione dell'unitarietà istituzionale come condizione sufficiente per l'integrazione.

Lo sviluppo dell'autonomia aziendale impone anche all'ente sovraordinato di innovare gli strumenti di relazione con le aziende che intende programmare o indirizzare. Al proposito lo strumento che appare come il più coerente alla logica di una *holding* pubblica, rispettosa dell'autonomia aziendale, è la leva finanziaria (Del Vecchio, 1994, Fattore, 1996). L'ente sovraordinato può determinare delle convenienze economiche per cui l'integrazione risulta coerente con le strategie aziendali e viceversa. Questa convenienza può essere modulata nella sua intensità, così come può essere implicita nel sistema di finanziamento, oppure esplicita attraverso politiche attive di finanziamento dei processi di integrazione.

##### 2. Accordi strategici interaziendali

Se lo scenario strategico è disegnato in maniera coerente esso dovrebbe spingere le aziende del sistema di *welfare* a ricercare forme di collaborazione che determinino un gioco a somma positiva, vantaggioso per tutti i contraenti. Spesso, purtroppo, le aziende pubbliche non sono in grado di leggere queste convenienze strategiche (Rebora, Meneguzzo, 1990).

Molti enti pubblici da tempo negoziano e definiscono accordi, convenzioni o contratti interistituzionali orientati allo sviluppo dell'integrazione e della collaborazione. Gli accordi possono essere costruiti per coordinare servizi di diverse aziende o per acquistare/delegare funzioni, dietro equivalente copertura degli oneri finanziari. Di norma questi accordi palesano alcune debolezze:

a) nel caso di delega o acquisto di servizi, l'ente acquirente esercita la

funzione di committenza in maniera estremamente debole, se non assente. Prevalle la logica contenuta alla lettera nel termine *delega*: incarico un altro soggetto, che se ne occupa, e quindi è possibile disinteressarsi dei servizi conferiti. In altri termini prevale un modello istituzionale su quello aziendale: si incarica un altro ente pubblico e ciò dà al delegante/committente la sensazione di essere garantito, senza esercitare più alcuna funzione di programmazione e controllo, limitandosi a finanziare le spese;

b) nel caso di coordinamento di servizi talvolta prevale la sottolineatura dell'accordo istituzionale-politico senza significativi contenuti operativi correlati, altre volte prevale la regolazione di alcuni processi o procedure analitiche, quasi mai si osserva la negoziazione di volumi e *mix* di attività, la definizione di *target* di utenti e di correlati obiettivi.

A queste debolezze storiche è possibile rispondere con le seguenti suggestioni:

a) qualsiasi accordo si sottoscrive la variabile critica è che esso venga agito, controllato, gestito. La funzione di committenza e la costruzione di collaborazioni non possono esaurirsi nel momento negoziale e di firma, ma diventano una normale funzione aziendale costantemente attiva e dinamica. La committenza controlla, rinegozia, programma, interrogandosi costantemente sull'appropriatezza e sull'efficienza delle prestazioni; la collaborazione interistituzionale è costantemente attiva sul campo;

b) per sviluppare processi di integrazione l'accordo interistituzionale deve temperare il livello politico, con quello programmatico e quello operativo. Ognuno dei tre livelli è necessario per attivare gli altri due. In altri termini alla volontà politica di collaborare deve seguire la programmazione dei volumi e dei *mix* di attività,

la correlata suddivisione degli oneri finanziari, per realizzare i quali occorre disegnare procedure e sistemi operativi congiunti o perlomeno condivisi (Meneguzzo, 1996).

Gli strumenti giuridici oggi disponibili per sottoscrivere accordi interistituzionali presentano una gamma ricca ed esauriente: accordi di programma, convenzioni, contratti di servizio, deleghe, conferenze dei servizi, ecc. (Aa.Vv., 1999). A giudizio di chi scrive, nella scelta dello strumento è importante ricercare, pur nella sostenibilità di tutte le soluzioni, una configurazione che favorisca la gestione attiva e dinamica della relazione interistituzionale, a partire dal piano simbolico. A titolo d'esempio uno strumento come il contratto di servizio, al confronto con la delega dei servizi, richiama maggiormente la dimensione gestionale, ed in ultima analisi, quella aziendale.

L'accordo strategico può basarsi su diverse opzioni rispetto alla gestione dei servizi:

a) ogni ente titolare della funzione mantiene la responsabilità sulla produzione o sull'acquisto da terzi dei servizi, addivenendo ad un coordinamento degli *output*;

b) uno degli enti titolari acquista dall'altro servizi, conferendogli in tutto o in parte la gestione (il comune può acquistare servizi dall'Ausl, quest'ultima può comprare prestazioni dal comune);

c) gli enti titolari procedono ad acquisti incrociati di servizi, conferendosi reciprocamente la gestione dei servizi che meglio sanno produrre (ad esempio l'Ausl acquista dal comune servizi per minori ed handicappati, il comune acquista dall'Ausl prestazioni per anziani, tossicodipendenti e malati psichici).

### 3. Società interistituzionali

Nel campo dei servizi sociali è in

corso un processo di accelerazione nel ridisegnare gli assetti istituzionali e le formule di gestione nei sistemi di *welfare* locale. Come anche in altri settori forte è la tendenza al *contracting in*, cioè la costituzione di aziende sociali pubbliche (di norma istituzioni o aziende speciali ex legge 142/90) e al *contracting out*, verso il privato *profit* o *non profit* (Valotti, 1994). Vi sono anche le prime esperienze di società miste pubblico-privato. La modesta dimensione dei comuni italiani impone che molte di queste forme si sviluppino in maniera interistituzionale: sulla scia di questo processo vi sono anche i primi tentativi di costituire aziende che coinvolgono sia comuni, sia Ausl, sia Ipub. Una azienda mista Ausl-comuni può rappresentare un potente strumento di integrazione. Essa corre il rischio di ricadere nell'illusione che unitarietà istituzionale garantisca integrazione. Questo rischio è in parte mitigato dal fatto che l'azienda è mono-settoriale. Per sterilizzare però definitivamente questo rischio occorre costituire la nuova azienda spiegando rigorosamente la logica aziendale intesa come attenta definizione del ruolo della committenza, della proprietà, capaci di definire strategie, politiche e programmi, il raggiungimento del quale impone all'azienda la costruzione di strutture organizzative e servizi integrati. Non è quindi l'azienda interistituzionale che garantisce di per sé servizi integrati, ma le potenzialità che dispiega la gestione con una corretta logica aziendale.

#### 4.2. Integrazioni operative-organizzative

#### 4. Acquisti socio-sanitari congiunti

I servizi socio-assistenziali e socio-sanitari sono prevalentemente acquistati dagli enti titolari dei servizi da produttori esterni, pubblici (come le

Ipub) o privati (*profit* o *non profit*). L'acquisto può avere per oggetto prestazioni socio-sanitarie finite (es. ricovero in Rsa) oppure prestazioni intermedie (infermiere per l'assistenza domiciliare). Nel primo caso la procedura necessita la preventiva autorizzazione al funzionamento per l'erogatore, il successivo accreditamento ed infine la sottoscrizione di un contratto con l'ente terzo pagante. Nel secondo caso invece occorre un appalto pubblico. In entrambi i casi siamo di fronte ad un processo di acquisto.

Gli enti titolari dei servizi, che da tempo esternalizzano una quota molto significativa dei loro servizi, ad esempio in Lombardia attorno all'80% (Crisp-Sda, 2000), possono costruire un processo di integrazione, effettuando acquisti congiunti, sia per prestazioni finite, sia per prestazioni intermedie. Ciò è facilitato dal fatto che molto spesso il produttore a cui si rivolgono è il medesimo. Da un altro punto di vista si potrebbe arrivare a sostenere che è paradossale che due *partner* pubblici acquistino separatamente da uno stesso fornitore. A titolo esemplificativo è quindi immaginabile che il contratto per l'acquisto di ricoveri in Rsa abbia come acquirente l'Ausl congiuntamente ai comuni, oppure che l'appalto per le cure domiciliari sia unico ed integrato. In questo caso si trasla sul produttore l'onere operativo di costruire dei servizi socio-sanitari integrati. Questo dovrebbe essere uno sviluppo naturale del processo storico in corso che vede il soggetto pubblico, nel settore sociale, sempre più come committente-programmatore e meno come produttore.

L'acquisto congiunto di prestazioni socio-sanitarie sposta il *focus* della collaborazione interistituzionale sul lato della committenza, cioè sulla programmazione dei *mix* e dei volumi di attività, sulla negoziazione della ripartizione degli oneri finanziari, sulla se-

lezione dei fornitori, sulla gestione dei contratti di fornitura, sulla selezione degli utenti.

#### 5. Progettazione congiunta dei servizi

Uno strumento potente di integrazione è la progettazione congiunta dei servizi. Per progettazione dei servizi intendiamo la definizione analitica dei contenuti delle prestazioni, la definizione e la selezione degli utenti, la scelta delle modalità di erogazione, le politiche tariffarie e l'individuazione degli strumenti di comunicazione/attivazione delle prestazioni. Per progettazione congiunta, intendiamo che, nel rispetto delle titolarità, le aziende che intendono collaborare costruiscono insieme il disegno dei servizi, per evitare sovrapposizioni, ambiguità, bisogni non tutelati e conflittualità.

La progettazione congiunta non determina automaticamente l'integrazione sul lato della produzione, attraverso esternalizzazioni congiunte (vedi strumento 4.) o attraverso *équipe* miste (vedi strumento 6.), anche se non le esclude, potendo rappresentarne la logica fase iniziale di analisi. In altri termini, la progettazione congiunta può garantire integrazione tra linee di produzione che rimangono distinte, pur avendo definito precisi confini e momenti sinergici, o, al contrario, può essere la premessa per la completa fusione delle linee di produzione (acquisti congiunti o *équipe* miste). Sono possibili anche soluzioni intermedie, con una parte delle linee di produzione mantenute distinte e una parte integrate in un unico corpo produttivo condiviso.

La progettazione congiunta dei servizi è storicamente lo strumento più diffuso per l'integrazione tra sociale e sanitario, anche perché più vicino e coerente alla cultura del settore, che da poco si sta avvicinando alla programmazione dei servizi, intesa come definizione *ex ante* dei bisogni prioritari, dei volumi di attività, dei *mix*,

delle intensità assistenziali. Una variabile critica nella progettazione congiunta dei servizi è la regolazione del conflitto, quando nella concretezza dell'operatività vi sono interpretazioni diverse su singole situazioni, rispetto alle regole definite a livello interistituzionale. Al proposito è necessario costruire dei meccanismi rapidi ed efficaci di concertazione o arbitrato.

#### 6. Equipe/servizi/sedi misti

L'integrazione operativa diventa ancora più intensa se arriva a condividere spazi fisici di erogazione, erogare servizi congiunti e costruire *équipe* miste. Queste tre istanze possono comparire separatamente o congiuntamente. Esse presentano livelli crescenti di integrazione attesa.

La condivisione di spazi erogativi (es. sede di un distretto socio-sanitario utilizzato sia dai servizi dell'Ausl, sia dal sociale del comune) garantisce attiguità e vicinanza, nella ragionevole speranza che essa possa attivare percorsi di confronto, coordinamento e integrazione.

Erogare servizi congiuntamente (pur lasciando le *équipe* separate, cioè con distinti responsabili gerarchici) è un passo significativo in direzione dell'integrazione. Pensiamo al proposito ad un servizio di cure domiciliari gestito congiuntamente da Ausl e comune. In questo caso, pur rimanendo le responsabilità distinte, il coordinamento della produzione è molto forte. Questa costituisce una soluzione che non determina elevati livelli di conflitto in fase iniziale di progettazione organizzativa (in quanto vengono rispettate le gerarchie degli enti che si integrano), ma può determinare conflitto nella gestione in quanto non essendovi un responsabile unico, tutte le decisioni devono essere concertate tra le parti.

La costruzione di *équipe* miste comporta una forte integrazione organizzativa, che arriva a individuare e

attribuire responsabilità unitarie (un unico dirigente per operatori che appartengono a diversi enti). Questa è una soluzione che, al contrario della precedente, può generare maggiore conflitto in fase progettuale (occorre scegliere per ogni linea d'attività un solo responsabile tra due), ma potrebbe registrarne di meno durante la gestione. La costituzione di *équipe* miste, probabilmente multidisciplinari, dovrebbe garantire un coefficiente di integrazione significativo.

Per essere praticabili queste linee d'azione indicate, apparentemente semplici e risolutorie, richiedono due condizioni fondamentali, che sono difficilmente rintracciabili nel panorama nazionale:

a) il soggetto pubblico abbia mantenuto una gestione diretta di buona parte della produzione;

b) le aziende che intendono interfacciarsi abbiano modelli organizzativi simili, in grado di connettersi, ad esempio per generare *équipe* miste.

#### 4.3. Unitarietà diagnostico-assistenziale

#### 7. Gate d'ingresso unici: unità di valutazione multidimensionali congiunte

Il sistema di *welfare* italiano non è in grado di rispondere a tutti i bisogni, avendo dei tassi di risposta in molti settori significativamente inferiori alla domanda potenziale. È pertanto importante definire le priorità sociali e regolare gli ingressi nel sistema per far sì che le priorità individuate siano realizzate. Per fare questo occorrono due condizioni:

a) che esista un *gate* di ingresso unico che applica le regole di individuazione degli utenti;

b) che il circuito della produzione sia coordinato e accetti l'esistenza di questo unico *gate* d'ingresso, che determina la perdita del controllo delle liste d'attesa per i produttori.

Il *gate* unico di ingresso non è chiamato solo a selezionare l'utenza ma anche a definire i percorsi assistenziali. Anzi, nella prassi essi tendono a soffermarsi solo su questo secondo compito trascurando il primo (tra l'altro impossibile da agire in assenza di una strategia sulle priorità e di una programmazione dei *mix* di attività), determinando quindi o l'assenza di una lista d'attesa unica o una lista costruita su priorità cronologiche e non sociali.

Il *gate* unico è uno strumento di integrazione potenzialmente forte perché impone ai diversi soggetti committenti di definire priorità sociali e programmazione dei volumi congiunte, modalità di selezione condivise oltre a necessitare la costruzione di una *équipe* multidimensionale di valutazione.

L'efficacia rispetto alla ricostruzione di un'unitarietà nel processo diagnostico-assistenziale dipende da:

- a) la quota del sistema d'offerta accessibile dall'unico *gate* d'ingresso;
- b) la capacità del *gate* di valutare dinamicamente nel tempo i bisogni e di riaggiornare costantemente il piano assistenziale.

Pertanto è vero che il *gate* unico di accesso ai servizi è uno strumento potenzialmente capace di ricomporre ad unitarietà il processo di diagnosi e cura, ma la sua realizzazione impone a monte l'integrazione della programmazione dei diversi committenti.

#### 8. Case manager *interistituzionale*

Lo sviluppo e la diffusione delle idee proposte dal cosiddetto *disease management* hanno suggerito l'utilizzo della figura del *case manager*, vale a dire di un operatore socio-sanitario che si fa garante nel tempo dell'intero processo diagnostico-assistenziale del paziente, svolgendo direttamente parte delle prestazioni, ma soprattutto interfacciandosi lui stesso con i diversi ope-

ratori per assicurare continuità e tutela degli interessi del paziente. Talvolta a questa figura è attribuita anche una responsabilità economica sui consumi del paziente, per ottimizzare i benefici ottenibili da un ammontare prestabilito di risorse associate ad ogni patologia.

Il *case manager* può essere una soluzione organizzativa efficace per rafforzare processi di integrazione interistituzionali, potendo egli seguire il paziente per i diversi passaggi presso i distinti operatori. Per ottenere ciò sono necessarie alcune condizioni:

a) il *case manager* deve essere riconosciuto, condiviso e probabilmente cofinanziato da tutti gli attori in gioco;

b) i servizi e le prestazioni garantite all'utente devono essere stabilite e comunicate al *case manager* preventivamente, perché questi non sia chiamato a fare l'avvocato dei consumi illimitati. Per fare ciò bisogna costruire un piano assistenziale per il singolo paziente (ad esempio con il *gate* unico d'ingresso, di cui allo strumento 7.) oppure definire un ammontare finanziario massimo di consumi correlato alla patologia;

c) le regole di fruizione (modalità di erogazione, tempi di attesa, ecc.) e i meccanismi di confronto professionale con il *case manager* devono essere disciplinati.

Nel *welfare* socio-sanitario italiano il ruolo di *case manager* può essere giocato dal MMG/PLS o dall'assistente sociale per patologie o bisogni sociali di tipo generale, oppure da uno specialista del settore per casi più complessi (es. psichiatrici).

#### 4.4. Unitarietà del percorso di fruizione

#### 9. Reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali

Gli utenti sono di norma costretti a ricondurre ad unitarietà la fruizione a proprie spese, obbligati ad innumere-

voli passaggi amministrativi, sociali e sanitari in sedi, orari e con operatori diversi. Questa fatica può essere tollerata per una patologia sanitaria acuta, che si esaurisce in un arco temporale limitato, in cui è chiaro il momento della «malattia» e il recupero della «salute». Nel settore socio-sanitario, in cui i bisogni sono spesso cronici e compositi, questo prezzo è talvolta insopportabile, generando frequentemente problemi di *compliance* o di *exit* degli utenti.

La risposta a questa frammentazione dell'offerta è il ridisegno dei processi produttivi partendo dal punto di vista dell'utente, arrivando a limitare le prestazioni alle sole con rilevante valore aggiunto per il paziente e a compattare i passaggi della fruizione.

La reingegnerizzazione di processo ha mostrato enormi spazi di miglioramento sia dal punto di vista dei benefici per gli utenti, sia dal punto di vista dei costi di produzione (Casati, 1999). Queste potenzialità sono probabilmente ulteriormente accentuate nel caso di servizi interaziendali. È possibile giungere a dispiegare queste tecniche solo dopo aver raggiunto accordi di intesa strategica tra gli enti e creato un primo substrato di collaborazione organizzativa e operativa (vedi strumenti 3., 4., 5., 6, tabella 2).

#### 5. Politiche e scelte aziendali per l'integrazione

Lo sviluppo di strumenti di integrazione interaziendali dipende in ultima analisi comunque dalle scelte delle singole aziende. Al proposito è importante indagare le strategie e gli strumenti che favoriscono o meno un atteggiamento imprenditivo verso l'integrazione.

In assenza di logiche e strumenti di integrazione nel sistema interistituzionale locale la singola azienda può definire uno dei seguenti posizionamenti:

- a) proporsi come imprenditore

Tabella 2 - Strumenti di integrazione interaziendali per i 4 livelli di analisi del concetto di integrazione

<p><b>Integrazione delle strategie e politiche aziendali</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convenienze strategiche generate dall'ente superiore di coordinamento</li> <li>2. Accordi strategici interaziendali</li> <li>3. Società interistituzionali</li> </ol>
<p><b>Integrazioni operative-organizzative</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Acquisti socio-sanitari congiunti</li> <li>5. Progettazione congiunta dei servizi</li> <li>6. <i>Équipe</i>/servizi/sedi miste</li> </ol>
<p><b>Unitarietà diagnostico-assistenziale</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. <i>Gate</i> d'ingresso unici: unità di valutazione multidimensionali congiunte</li> <li>8. <i>Case manager</i> interistituzionale</li> </ol>
<p><b>Unitarietà del percorso di fruizione</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali</li> </ol>

del *network*, cercando di generare un processo interistituzionale per il cambiamento e l'integrazione;

b) definire e comunicare un proprio posizionamento nel costituendo *network*, il quale dia evidenti segnali a favore dell'integrazione;

c) rimanere in posizione di attesa, proseguendo nel proprio storico atteggiamento di indifferenza o addirittura di conflittualità con i partner istituzionali.

Per posizionarsi in una delle prime due scelte, cioè a favore della costruzione di un *network* integrato locale, occorre attivare precisi strumenti aziendali, che possono rendere possibile tale politica, la quale non può poggiarsi solo su di una volontà. Al proposito indagheremo gli strumenti aziendali che riteniamo più critici, cioè decisivi per un posizionamento che costruisce l'integrazione.

### 5.1. La pianificazione strategica

L'azienda del sistema di *welfare* locale può dotarsi di espliciti strumenti di pianificazione strategica i quali, al-

la luce della lettura dello scenario ambientale, prevedono un'attiva ricerca della cooperazione interistituzionale, definendo ambiti di integrazione, *partner* ed obiettivi. È difficile che in un'esplicita pianificazione strategica si possa addivenire, nel settore socio-sanitario, ad una preferenza per una politica di separazione o competizione con gli altri soggetti istituzionali, essendo evidenti e forti le convenienze alla collaborazione (Longo, 1997). Il problema piuttosto è la scelta degli strumenti tra quelli proposti. Vi possono essere state esperienze fallimentari nel passato (ad esempio rispetto all'integrazione operativa), oppure vi è la consapevolezza che strumenti troppo innovativi non troveranno il necessario retroterra culturale e quindi si pone la questione su quali strumenti puntare: la difficoltà strategica si colloca a questo livello.

### 5.2. Strutture organizzative interne che favoriscono la cooperazione

L'integrazione risulta più facile se enti che intendono coordinarsi hanno

strutture organizzative simili, a partire dai bacini di utenza decentrati (es. dimensione dei distretti), fino alle unità organizzative. Se un ente è disegnato in maniera funzionale e il potenziale partner in maniera divisionale il coordinamento risulta più difficile.

Va però anche considerato che vi sono configurazioni organizzative che strutturalmente facilitano l'integrazione e altre che la rendono più complessa. In un settore che genera frammentazione all'interno delle stesse aziende a causa dell'elevato tasso di specializzazione e differenziazione e a causa dell'autonomia professionale, occorre valutare quali siano le configurazioni che generano le interfacce più efficaci per una collaborazione interaziendale. Al proposito modelli divisionali e dipartimentali per aree complessive di bisogni e non per funzioni specialistiche paiono più idonei a sviluppare processi di integrazione, perché determinano sforzi di ricomposizione e integrazione delle diverse specialità già a livello infra-aziendale (Maister, 1993, Reborà, 1998). In altri termini per favorire la cooperazione inter-aziendale è necessario scegliere strutture organizzative che iniziano a determinare forti processi di integrazione infra-aziendali.

### 5.3. Sistemi di programmazione e controllo che impongono obiettivi di cooperazione

Una politica esplicita o implicita di integrazione necessita comunque un attivo coinvolgimento di singole unità organizzative dell'azienda. Per cercare di sviluppare comportamenti che attivamente favoriscano l'integrazione è necessario programmare negli obiettivi annuali di attività (obiettivi di *budget*) *target* che determinano integrazione o che sono raggiungibili solo grazie all'integrazione. In questo modo la strategia aziendale di integrazione viene diffusa nel complesso



dell'azienda (Casati, Francesconi, 1999). Se la struttura organizzativa è stata inoltre già disegnata per favorire l'integrazione, la negoziazione di obiettivi in questa direzione risulta naturale e facilitata.

#### 5.4. Responsabilità per la negoziazione e la cooperazione interaziendale

Le aziende hanno la necessità di esplicitare la competenza e la funzione di integrazione. Se le aziende di un settore ritengono la costruzione e la gestione per *network* una variabile critica dell'intera strategia non possono disperderla implicitamente nell'azienda. Occorre identificare una funzione, definirne gli ambiti d'intervento e assegnarne la responsabilità. Questa può essere posizionata anche in prossimità del vertice aziendale fintanto che prevale la fase di riflessione e posizionamento strategico, per poi probabilmente essere delegata a livelli dirigenziali.

#### 6. Conclusioni

Il settore socio-sanitario può migliorare significativamente le proprie *performance* grazie alla collaborazione interistituzionale, sia sul piano dell'efficacia sociale e clinica, sia dal punto di vista economico. Alla stagione del dibattito sulla necessità dell'integrazione deve seguire la stagione del confronto sugli strumenti. Abbiamo presentato diversi livelli d'analisi del concetto *integrazione* e per ognuno di

essi abbiamo proposto una serie di strumenti aziendali per raggiungerla. È evidente che le viste proposte sono intrinsecamente legate tra loro e che nessuna di esse è rinunciabile per un sistema di *welfare*; così come gli strumenti manageriali proposti non influenzano solo l'aspetto in cui sono stati artificialmente collocati, ma incidono anche sugli altri, essendo tra l'altro molto correlati tra loro, in quanto la presenza di uno strumento facilita l'introduzione dell'altro.

Nonostante questo elevato indice di correlazione e la difficoltà a definire delle priorità tra elementi tutti ritenuti essenziali è impensabile ipotizzare che un'azienda pubblica o peggio un *network* sociale locale sia in grado nel breve periodo di introdurre tutti gli strumenti previsti (Borgonovi, 1999) e di cogliere tutte le viste analizzate del concetto di integrazione.

Il lavoro difficile da fare è quello di definire delle priorità sociali e di iniziare a introdurre e sviluppare i relativi strumenti, nella speranza di avviare un processo irreversibile nella cui scia progressivamente si dispieghi tutta la batteria degli strumenti *manageriali* disponibili. Meglio ottenere un successo attuativo parziale all'interno di priorità definite, che avviare una gamma di strumenti per i quali esistono forti pericoli di insuccesso nel processo di implementazione.

#### BIBLIOGRAFIA

AA.VV., (1999), *Il contratto di servizio tra AMA e Comune di Roma: caratteristiche e*

*contenuti*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

- E. BORGONOVÌ, (1999), «Le molte vie all'innovazione e alcuni criteri di orientamento», *Azienda Pubblica*, n. 4/99.
- G. CASATI, (1999), *Il percorso del paziente*, EGEA, Milano.
- G. CASATI, A. FRANCESCONI, (1999), «L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 32.
- CRISP-SDA BOCCONI, (2000), *Osservatorio sulla riforma amministrativa e sul federalismo. Il Principio di sussidiarietà come criterio interpretativo e valutativo della relazione tra sistema delle autonomie della pubblica amministrazione e realtà di terzo settore*, Documento di ricerca, CRISP-SDA Bocconi.
- M. DEL VECCHIO, (1994), «Mercati e tariffe nella riforma del Ssn», *Mecosan*, 9.
- A. DONZELLI, (1997), *Sistemi sanitari a confronto*, Franco Angeli.
- G. FATTORE, (1996), «Sistemi di competizione amministrativa nel Ssn: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziati», *Mecosan*, 19.
- F. LONGO, (1997), «I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni», *Mecosan*, 23.
- D.H. MAISTER, (1993), *Managing the Professional Service Firm*, Free Press, New York.
- M. MENEGUZZO, (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- M. MENEGUZZO e G. REBORA, (1990), *Strategie delle amministrazioni pubbliche*, UTET, Torino.
- G. REBORA, (1998), *Organizzazione aziendale. Teorie e strumenti per l'analisi e la progettazione*, Carocci, Roma.
- A. RINALDI, (1998), Presentazione del disegno di legge «Disposizioni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».
- G. VALOTTI, (1994), *Economicità e innovazione nelle imprese di servizi locali*, Egea, Milano.

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# IL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO E LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI NELLE AZIENDE SANITARIE

Damiano Misuraca, Elisabetta Zambonin

Azienda Ulss 6 di Vicenza

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La progettazione del sistema dei controlli e della valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie - 3. Schema operativo «Regolamento per la prima applicazione nelle aziende sanitarie del nuovo sistema previsto dal D.L.vo 286/99».

## 1. Introduzione

Tradizionalmente, il termine controllo (dal francese *contro-role* = doppio ruolo) indica l'attività di riesame, volta ad accertare la regolarità di una funzione esercitata da un soggetto diverso da quello che pone in essere il controllo. Attività di riesame attuata secondo parametri preesistenti e finalizzata, il più delle volte, all'erogazione di una misura sanzionatoria. Con tali modalità, in effetti, l'istituto del controllo ha operato per lungo tempo specie nella pubblica amministrazione.

Oggi invece l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e gestionali, codificati nella più recente legislazione ed un complessivo diverso orientamento della pubblica amministrazione stanno gradualmente modificando l'attività classica e quindi il significato stesso dei sistemi di controllo. Essi infatti si avvicinano sempre di più all'accezione tipica del mondo anglosassone la quale comprende non solo le procedure di verifica della regolarità, ma aggiunge ed enfatizza l'aspetto di controllo-impulso e di guida dell'attività stessa, facendone in definitiva uno strumento funzionale per l'orientamento delle scelte sulla allocazione delle risorse.

Le cause di una siffatta positiva evoluzione sono da collegarsi principalmente:

— all'inefficacia del controllo tradizionalmente inteso come controllo degli atti e delle procedure;

— ai nuovi modelli organizzativi degli apparati pubblici destinati ad orientare l'azione ad una maggiore di efficienza, efficacia ed economicità;

— all'accentuazione del ruolo e delle responsabilità della dirigenza, incentrata sempre di più al raggiungimento di obiettivi e risultati.

Ciò nonostante, l'emanazione del decreto legislativo n. 286/99, in materia di riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, non ha suscitato particolare scalpore, da parte degli organi di stampa anche specializzata, almeno per quanto riguarda le aziende sanitarie.

Se tale silenzio trova giustificazione nell'aridità della materia trattata, appare sospetto per gli addetti ai lavori, che ben conoscono la situazione di disequilibrio finanziario della maggior parte delle Asl e i continui interventi legislativi che, pur nella non sempre coerente modificazione degli assetti

organizzativi, insistono quasi ossessivamente per una maggiore aziendalizzazione nei sistemi di gestione.

Peraltro, l'emanazione del decreto legislativo n. 286/99 non trova le aziende sanitarie impreparate sulla materia, essendosi già queste organizzate alla bisogna, sia pure con criteri e meccanismi alle volte dissimili dai principi contenuti nel decreto medesimo.

Poiché appare pacifica l'applicabilità dei principi generali del decreto al sistema sanitario, sia pure con le deroghe motivatamente previste nel rispetto delle autonomie, quale migliore occasione per le Asl, che si stanno preparando alla emanazione dell'atto aziendale ad inserirvi, in modo organico ed integrato all'organizzazione, la materia dei controlli interni e della valutazione (quanto meno dei dirigenti) per dare concretezza ai contenuti dell'atto aziendale, questo si molto pubblicizzato, ma la cui portata innovativa appare ancora avvolta nelle nebbie delle discussioni.

## 2. La progettazione del sistema dei controlli interni e della valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie

Appare di tutta evidenza che la progettazione, per le aziende sanitarie

rie, di un sistema che contenga i controlli interni e la valutazione dei dirigenti, debba avvenire non solo in una visione altamente integrata, ma anche organizzata sin dall'inizio in un contesto più generale che tenga conto, in aggiunta ai principi contenuti nel D.L.vo 286/99 e delle disposizioni contrattuali riguardanti la dirigenza, anche del sistema di valutazione dei direttori generali e dei suoi più stretti collaboratori, nonché della valutazione di tutti gli altri operatori appartenenti al comparto.

Infatti, un sistema che non evidenzia una coerenza dell'insieme dei meccanismi di valutazione, riguardanti tutti gli attori coinvolti nella attività di gestione, risulterà nei fatti inefficace. Non solo, ma una tale inefficacia trascinerà con sé anche il sistema dei controlli interni cui è strettamente connessa, con la prevedibile, ma purtroppo non rara conseguenza, di tradurre in adempimenti «burocratici» le migliori intenzioni.

Due istituzionalmente gli attori garantiti di tale coerenza, la Regione e le Direzioni generali, che nel rispetto della separazione tra funzioni di indirizzo politico e di gestione, dovranno completare il disegno contenuto dal D.L.vo 286/99 nella sua applicazione alle aziende sanitarie.

Compete infatti alla Regione, anche in quanto parte del sistema di controllo (art. 2 comma 2 *sexies* D.L.vo n. 229/99), fornire alle aziende sanitarie gli indirizzi generali da seguire nella progettazione dei controlli interni; mentre le Direzioni generali sono tenute ad individuare, nell'ambito della contrattazione aziendale il raccordo tra valutazione dei dirigenti e valutazione del rimanente personale, nonché a coordinare la propria azione in materia con quella dell'altro organo aziendale, costituito dal Collegio sindacale.

La finalità concreta cui dovrà tendere il sistema si può quindi riassume-

re nella verifica del conseguimento degli obiettivi da parte delle unità operative, soprattutto attraverso un monitoraggio continuo del rapporto tra costi e risultato. A tale scopo, se un ambiente culturalmente predisposto appare sempre l'arma vincente, non è possibile neppure muoversi su un terreno del genere, qualora non si disponga di una struttura adibita al controllo di gestione che abbia raggiunto un adeguato livello di operatività, non essendovi per le Asl, diversamente che nel privato, un mercato che surrogi o supplisca le mancanze dei sistemi interni di valutazione e controllo.

Sotto altri aspetti tali sistemi rafforzano inoltre il legame tra autonomia dirigenziale e responsabilità nella realizzazione degli obiettivi, rappresentando la cartina tornasole di un reale processo di modernizzazione della pubblica amministrazione.

Anche per le Aziende sanitarie il sistema dovrà prevedere le seguenti tipologie di controllo:

1) controllo di regolarità amministrativa e contabile, finalizzato a garantire la legittimità, la regolarità, e la correttezza dell'azione amministrativa;

2) controllo di gestione, finalizzata ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati;

3) valutazione del personale con qualifica dirigenziale, diretto a valutare le prestazioni ed i comportamenti organizzativi del personale dirigente;

4) valutazione e controllo strategico, finalizzato a verificare l'effettiva attuazione delle scelte compiute dagli organi di governo, in relazione alle direttive ed agli atti di indirizzo politico.

### *2.1. L'attenzione alla qualità dei servizi*

Proprio in quanto il nuovo sistema dei controlli interni, ha il preciso scopo di indurre una maggiore attenzione ai risultati, agli obiettivi, alla misura-

zione dei costi-benefici, non si può prescindere da una costante attenzione alla qualità dei servizi, alla soddisfazione dei bisogni effettivi degli utenti ed alla misurazione del «prodotto» fornito. L'efficienza delle aziende sanitarie non può essere infatti conseguita a scapito della qualità dei servizi: in tal senso va letto l'inserimento nel decreto legislativo in esame di un apposito capo dedicato alla qualità dei servizi pubblici e alle carte dei servizi.

L'art. 11 del D.L.vo 286/99 recepisce infatti le istanze di semplificazione in materia di qualità dei servizi pubblici e riconduce ad un unico articolo la fonte primaria che stabilisce l'obbligo, per gli enti erogatori, di improntare la propria attività al rispetto di parametri qualitativi determinati nelle carte dei servizi.

Appare quindi indispensabile, se non si vogliono sortire effetti controproducenti, affiancare la progettazione dei sistemi di controllo interno e di valutazione, con un rinnovato impegno nel miglioramento della qualità delle prestazioni allo scopo di assicurare, in aggiunta all'efficienza del sistema, la tutela degli utenti e la loro partecipazione.

### *2.2. La natura collaborativa dei controlli di gestione, valutazione e controllo strategico, valutazione dei dirigenti*

Tutta una serie di deroghe e prescrizioni, contenute nel D.L.vo n. 286/99, mostrano inequivocabilmente il recepimento di una diversa concezione del controllo interno e della valutazione, che vengono in tal modo trasformati dall'originario riesame della regolarità in funzione strumentale all'attività di direzione. A riprova di quanto sopra si richiamano in via esemplificativa alcune disposizioni contenute nel D.L.vo n. 286/99 e valide naturalmente anche per le aziende sanitarie:

— alle strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico è fatto divieto di effettuare controlli di regolarità amministrativa e contabile (art. 1, c.2, lett. e);

— i risultati dell'attività di controllo vanno riferiti esclusivamente agli organi di vertice (art. 1, c. 2 lett. b);

— non sussiste l'obbligo di denuncia alla Corte dei conti previsto dalla legge n. 20/94 per chi effettua tali controlli (art. 1 c. 6 lett. e).

L'attività di valutazione e controllo strategico si configura peraltro come riservata ed è quindi sottratta al diritto di accesso di cui alla L. n. 241/90 in quanto correlata alla emanazione di atti di amministrazione generale, di pianificazione e di programmazione (art. 13 L. n. 241/90).

### 2.3. Il controllo strategico

Il problema principale, nel necessario adattamento delle disposizioni del D.L.vo n. 286/99 al servizio sanitario, è costituito dalla titolarità del controllo strategico. In pratica si tratta di rispondere alla domanda se tale controllo rientra nelle tipologie del sistema interno alle aziende sanitarie, ovvero, pur facendone parte, fa capo ad un soggetto esterno all'azienda ma sempre inserito nel servizio sanitario, e cioè la Regione.

La scelta della seconda ipotesi, a favore della Regione, troverebbe convincente giustificazione nei rapporti tra organo di indirizzo politico e organo di gestione, così come delineati dal D.L.vo n. 29/93 e successive modificazioni, nonché nel D.L.vo n. 229/99 dove l'art. 3 bis comma 5 prevede che spetta alla Regione determinare preventivamente in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori generali, con riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e con par-

ticolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi, e che all'atto della nomina dei Direttori, le Regioni definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento.

Naturalmente è necessario che l'originario sistema di controllo e valutazione della Regione, previsto dalle norme di settore, sia adattato in coerenza ai principi generali contenuti nel D.L.vo n. 286/99. Gli effetti di tale adattamento saranno di non poco conto. La natura del controllo strategico sarà «collaborativa»; ad essa si applicheranno le deroghe e le prerogative previste per tale tipologia di controllo; l'apparato tecnico regionale dovrà organizzarsi per supportare l'organo politico regionale; e così di seguito.

In definitiva l'architettura organizzativa del Servizio sanitario regionale dovrebbe prevalere sui dubbi che una interpretazione letterale, o sistematica dell'amministrazione statale, in verità pone agli artt. 1 comma 2° lett. A e 6 del D.L.vo n. 286/99. La coerenza del sistema andrebbe quindi ricercata nelle finalità del S.S.R. verso le quali vanno orientati i principi del più recente D.L.vo n. 286/99, evitando in ogni caso sovrapposizioni o peggiori duplicazioni, che porrebbero (e non se ne vede proprio il bisogno) motivi per una difettosa applicazione dei sistemi di controllo e di valutazione.

### 2.4. La valutazione dei dirigenti

Altro argomento che merita un sia pur breve approfondimento è la valutazione dei dirigenti. Anche qui, non solo per la necessaria armonizzazione delle previsioni contenute nel D.L.vo n. 286/99 al quadro organizzativo e contrattuale presente nelle aziende sanitarie, ma anche, come già accennato, per la necessità che essa trovi logica correlazione con la valutazione dei direttori generali e dei loro più stretti

collaboratori, e con quella riguardante tutto il rimanente personale.

Infatti è vero che il D.L.vo n. 286/99 limita il proprio intervento (chissà per quali buoni motivi) soltanto al personale con incarico dirigenziale ma è altrettanto serio riconoscere che senza una logica che lo colleghi, coerentemente e simultaneamente, ai sistemi di valutazione di tutti gli altri operatori, essa risulterà sostanzialmente inutile.

Da qui, non ci si stanca di ripeterlo, la necessità di una progettazione d'insieme del sistema di controllo interno e di valutazione, e, per l'importanza che l'argomento riveste, un suo definitivo inserimento nell'Atto aziendale.

Le prime probabili vittime del nuovo sistema saranno i Nuclei di valutazione, la cui composizione già di per se appare incoerente con un sistema che interiorizza nell'organizzazione controllo e valutazione e basa la propria attività sulla «conoscenza diretta» e sul principio della «seconda istanza».

Per il momento e limitatamente alla valutazione della dirigenza, i principi da porre a base del sistema in quanto ricavabili oltre che dal decreto legislativo in esame del D.L.vo n. 229/99 e dai contratti di lavoro sono:

— il soggetto che procede alla valutazione del dirigente deve conoscere direttamente l'attività da svolta da quest'ultimo;

— le valutazioni così effettuate sono soggette a verifica da parte di un «valutatore di seconda istanza»;

— il valutato deve poter partecipare al procedimento di valutazione;

— la valutazione riguarda le prestazioni nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse umane e organizzative e deve tenere particolarmente conto dei risultati.

Anche se facilmente intuibili si richiamano alcune basilari avvertenze:

— i soggetti che saranno tenuti ad effettuare una attività valutativa de-

vono essere preparati mediante una formazione specifica;

— vanno definiti indicatori e parametri tali da supportare l'attività di valutazione, garantendo la maggiore obiettività possibile anche attraverso i dati del controllo di gestione, del controllo di qualità e mediante la trasparenza del sistema;

— le aziende sanitarie devono essere in grado di assicurare un adeguato sistema informativo-statistico, necessario per supportare ed integrare l'attività di valutazione.

### 2.5. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

Infine, alcuni brevi cenni sul controllo di regolarità amministrativa e contabile, che presenta due aspetti significativi:

— una autonomia ed una funzione assai diversa rispetto alle altre forme di controllo;

— la natura del soggetto che lo attua, il Collegio sindacale, unico altro organo delle aziende sanitarie.

Il Collegio sindacale trova la propria configurazione all'art. 3 *ter* del D.L.vo n. 229/99. Nel coordinare ed integrare l'attività di tale organo con i principi del D.L.vo n. 286/99 emergono tre elementi di novità:

— anche per il Collegio sindacale si configura un ruolo collaborativo nei confronti della Direzione generale, salvo i casi di rilevata responsabilità contabile nei quali esso è tenuto a riferire alla Corte dei conti;

— il rispetto da parte del Collegio dei principi della revisione contabile (anche qui si ravvisa l'opportunità di un indirizzo regionale a garanzia di omogeneità e uniformità di comportamenti);

— in coerenza con il principio di prevalenza delle decisioni dell'organo gestionalmente responsabile, va fissato il criterio di tendenziale esclusione

di verifiche in via preventiva che rischierebbero di paralizzare l'attività.

### 2.6. Conclusioni

Contravvenendo, sia pure in parte, ad una certa abitudine che predilige le analisi e gli approfondimenti alle misure concrete, si è scelto di limitare gli approfondimenti alla parte ritenuta realmente innovativa della materia riducendola peraltro all'essenziale. Integrandone poi il contenuto con uno schema operativo di regolamento, che nelle intenzioni, dovrebbe risultare comprensibile nelle parti non illustrate.

Quest'ultimo, è bene chiarirlo, è necessariamente parziale in quanto non si è a conoscenza degli orientamenti delle regioni. Conseguentemente è ipotizzato in carenza dell'atto aziendale e calibrato su di una organizzazione dipartimentale diffusa in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 17 bis D.L.vo n. 229/99.

### 3. Schema operativo

*Regolamento per la prima applicazione nell'azienda - nelle more dell'adozione dell'atto aziendale - del sistema di riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche (decreto legislativo n. 286/99).*

#### Art. 1 Finalità

Il presente regolamento disciplina - in via provvisoria, in attesa dell'adozione dell'atto aziendale il sistema dei controlli interni e la metodologia di valutazione della dirigenza.

#### Art. 2 Tipologie di controllo:

Le tipologie di controllo interno sono:

1) controllo di regolarità amministrativa e contabile, finalizzato a garantire la legittimità, la regolarità, e la correttezza dell'azione amministrativa;

2) controllo di gestione, finalizzato ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati;

3) valutazione del personale con qualifica dirigenziale, diretto a valutare le prestazioni ed i comportamenti organizzativi del personale dirigente;

4) valutazione e controllo strategico, finalizzato a verificare l'attuazione delle scelte compiute dal Direttore generale, in relazione alle direttive ed agli atti di indirizzo politico.

Esse sono riassunte nella tabella 1.

#### Art. 3

*Il controllo di regolarità amministrativa e contabile*

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile è diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa.

Esso è svolto dal Collegio sindacale costituito ai sensi del decreto legislativo n. 502/92 così come modificato dall'art. 3-ter del D.L.vo n. 229/99.

Il Collegio sindacale opera secondo i principi generali, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, della revisione aziendale asseverati dagli ordini e collegi professionali operanti nel settore.

Il Collegio sindacale non può effettuare, salvo i casi espressamente previsti dalla legge, verifiche in via preventiva sugli atti, e ciò in osservanza del principio di prevalenza delle determinazioni del dirigente responsabile e di responsabilità esclusiva dello stesso, nell'esercizio delle sue competenze (art. 2, 3 c. del D.L.vo n. 286).

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile non possono essere affidate alle strutture addette alle al-

Tabella 1

Art. 1 d.lgs. 286/99	Tipo di controllo	Finalità	Valutatore
Let. A	Valutazione e controllo strategico	Valuta l'adeguatezza delle scelte compiute dal Direttore generale in attuazione dei piani programmi e altri strumenti di indirizzo politico in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti	Struttura e organo politico regionale
Let. B	Controllo di regolarità amministrativa contabile	Garantisce la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amm.va	Collegio sindacale
Let. C	Controllo di gestione	Verifica l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amm.va al fine di ottimizzare anche mediante tempestivi interventi di correzione il rapporto tra costi e risultati	Servizio controllo di gestione
Let. D	Valutazione dei dirigenti	Valuta l'attività ed i risultati del personale dirigente	Valutatori di 1 <sup>a</sup> istanza (dirigenti che abbiano diretta conoscenza della attività del valutato) e valutatore di 2 <sup>a</sup> istanza*

\* In base ai principi che presidono alla valutazione dei dirigenti ed a seconda della presenza o meno all'interno delle aziende di dipartimenti, per la definizione delle linee di valutazione si rinvia alle tabelle n. 2 e 3.

tre forme di controllo e valutazione previste dal presente atto.

Restano confermate le competenze del Servizio Ispettivo, ex art. 1, c. 62 della legge n. 662/96, cui spettano le verifiche a campione finalizzate ad accertare l'osservanza delle disposizioni di cui ai commi da 56 a 65 dell'art. 1 della stessa legge.

#### Art. 4

##### La valutazione della dirigenza

##### a) I principi del sistema

I - Tutti i dirigenti dell'Azienda sono soggetti a valutazione;

II - la valutazione è permanente ed è effettuata con le seguenti periodicità:

— valutazione *annuale*: si ri-

ferisce alla valutazione dei risultati raggiunti e dei risultati di gestione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato; ha riguardo agli obiettivi negoziati nelle intese di *budget* e si avvale degli indicatori e strumenti preventivamente indicati nelle intese stesse.

Per i dirigenti del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo la valutazione annuale è effettuata soltanto per i dirigenti responsabili di struttura complessa.

— valutazione *triennale*: si riferisce alla valutazione delle attività professionali e dei risultati raggiunti. È diretta ad apprezzare nel complesso l'attività dei dirigenti, con riguardo alle prestazioni rese ed ai comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse

professionali, umane e organizzative assegnate. I criteri di valutazione sono preventivamente fissati dall'azienda (v. lett. c).

— valutazione *al termine del primo quinquennio post assunzione*: è prevista per i dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento di nuove funzioni o incarichi di struttura semplice. La valutazione è effettuata con le procedure valutative previste per la valutazione triennale.

— valutazione *alla scadenza dell'incarico*: riguarda i dirigenti titolari di incarico di struttura semplice o complessa, ai fini della conferma dell'incarico o dell'attribuzione di nuovo incarico. I contenuti e le modalità di valutazione sono quelli della valutazione triennale.

III - il procedimento di valutazione si svolge attraverso un doppio grado di valutazione e deve garantire il contraddittorio dell'interessato nonché la trasparenza della procedura ed utilizza anche i dati del controllo di gestione.

##### b) Il procedimento di valutazione

La valutazione avviene attraverso un doppio grado di giudizio, che si articola nella valutazione da parte del valutatore di prima istanza, individuato nel soggetto a diretta conoscenza dell'attività del valutato e nella verifica da parte del valutatore di seconda istanza, secondo gli schemi riportati nelle tabelle 2 e 3.

##### c) Gli strumenti

L'Azienda definisce, prima dell'avvio del sistema di valutazione, con atto formale e previa concertazione con le organizzazioni sindacali, i criteri per la valutazione delle attività professionali, delle prestazioni, delle competenze organizzative nonché dei risultati di gestione.

Il sistema di valutazione utilizza inoltre i dati forniti dal Servizio controllo di gestione.

**Tabella 2 - Valutazione annuale**

Valutato	Valutazione (valutatore di 1° istanza)	Verifica (valutatore di 2° istanza)
Dirigenti	Direttore unità operativa	Direttore di dipartimento
Direttore unità operativa	Direttore di dipartimento	Responsabile di struttura*
Direttore di dipartimento	Responsabile di struttura*	Direttore di area
Responsabile di struttura*	Direttore di area	Direttore generale
Dirigenti U.o. in staff alla Direzione generale (non inseriti in dipartimenti)	Direttore di area	Direttore generale

**Tabella 3 - Valutazione triennale**

Valutato	Valutazione (valutatore di 1° istanza)	Verifica (valutatore di 2° istanza)
Dirigenti	Direttore unità operativa	Collegio tecnico presieduto dal Direttore del Dipartimento
Direttore unità operativa	Collegio tecnico presieduto dal Direttore del Dipartimento	Responsabile di struttura*
Direttore di dipartimento	Responsabile di struttura*	Direttore di area
Responsabile di struttura*	Direttore di area	Direttore generale
Dirigenti U.o. in staff alla Direzione generale (non inseriti in dipartimenti)	Direttore di area	Direttore generale

\* Per struttura si intende l'Ospedale, il Dipartimento di prevenzione, i Distretti.

**Art. 4**

*Il controllo di gestione*

L'azienda applica il controllo di gestione allo scopo di assicurare efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse.

I requisiti definiti in termini generali per tutte le pubbliche amministrazioni sono stati disciplinati nel decreto legislativo n. 286, che definisce la struttura organizzativa e tecnico-contabile per il controllo di gestione e risultano già recepiti da questa Azienda nella applicazione della metodica di *budget*.

Il Servizio controllo di gestione dell'azienda è l'unità organizzativa respon-

sabile della progettazione e gestione del controllo di gestione nell'azienda.

Esso supporta l'attività di valutazione della dirigenza e svolge la propria attività in modo integrato con i soggetti deputati alla valutazione della dirigenza, ma non può effettuare attività di valutazione dei dirigenti (art. 1, c. 2 lett. c D.L.vo n. 286).

**Art. 5**

*Il controllo strategico*

Si rinvia, per quanto attiene al controllo strategico, alle indicazioni regionali.

**Art. 6**

*Decorrenza*

**BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI  
NORMATIVI PRINCIPALI**

**BIBLIOGRAFIA**

COTZA, (1999), Corte dei Conti - Atti Seminario permanente sulla valutazione ROMA 23.9.99: controlli strategici - controlli direzionali e controlli di valutazione - csia/unica.it.

CHIAPPINELLI, *Federalismo e aziendalizzazione in sanità: una riflessione sul sistema dei controlli interni ed esterni* - www.amcorteconti.it.

D'AGOSTINO, (1999), *Verso strumenti di controllo innovativi nella pubblica amministrazione: il d.lgs. 30 luglio 1999 n.286* - www.giust.it.

GALLI, (1996), *Corso di diritto amministrativo*, CEDAM, Padova.

GALBOTTI, (2000), «I contratti dirigenziali come perno della riforma delle amministrazioni», estratto, *Ragiusan*, 189.

IEVA, *Carte dei servizi pubblici e tutela degli utenti*, www.giust.it.

**RIFERIMENTI NORMATIVI PRINCIPALI**

*In materia di controlli in generale:*

- decreti legislativi n.29/93 e n.80/ 98;
- legge n. 20 del 14.1.1994;
- decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999.

*In materia di qualità dei servizi e tutela degli utenti:*

- legge n.241 del 7 agosto 1990;
- direttiva PCM 27.1.1994 «principi sull'erogazione dei servizi pubblici».

*In materia di poteri e funzioni dei dirigenti e di controllo sulla dirigenza:*

- decreto legislativo n. 29/93;
- legge 23.12.1996 n. 662 art. 1 c. 62 (sui servizi ispettivi);
- decreto legislativo n. 80 del 31.3. 1998 (art. 45 sulla separazione tra poteri di gestione e di indirizzo);
- decreto legislativo n. 502/92 articolo 3 comma 6;
- decreto legislativo n. 229/99;
- contratti collettivi della dirigenza.

*In materia di controlli sulle aziende sanitarie, la legislazione della Regione Veneto:*

- legge regionale 14 settembre 1994 n. 56;
- legge regionale 14 settembre 1994 n. 55;
- legge regionale 9 settembre 1999 n. 46 (art. 32 «controllo sulle Unità locali socio-sanitarie e sulle aziende sanitarie»).



# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# LA VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA SANITARIA: TECNICHE E STRUMENTI OPERATIVI LA SCHEDA DI VALUTAZIONE

A. Brunetti<sup>1</sup>, F. Buonocore<sup>2</sup>, M. Faini<sup>3</sup>, G. Faragli<sup>4</sup>, F. Pes<sup>5</sup>, F. Praticò<sup>6</sup>, P. Roncarlo<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Direz. Sanit. Osp. Maria Vittoria - Torino

<sup>2</sup> Pronto Soccorso Osp. Borgo Trento - Verona

<sup>3</sup> SDA - Università Bocconi

<sup>4</sup> Distretto Sanitario e Dip. Prev. Sec. Tumori ASL 22 - Ovada (AL)

<sup>5</sup> Dipartimento di Prevenzione - Nuoro

<sup>6</sup> Pronto Soccorso Osp. Borgo Trento - Verona

<sup>7</sup> Il Liv. Cardiologia - Ospedali Riuniti ASL 22 - Sede di Acqui Terme (AL)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La costruzione dello strumento: la scheda di valutazione - 3. Scheda sintetica dei diversi modelli analizzati. Modelli a confronto - 4. Approfondimenti dell'analisi comparativa - 5. Limiti dei modelli di valutazione - 6. Una proposta - 7. Le componenti elementari degli elementi di valutazione - 8. La fattibilità del progetto.

## 1. Introduzione

I profondi mutamenti in atto nel settore pubblico e l'elevata complessità delle organizzazioni sanitarie rendono sempre più importante la ricerca di strumenti per governare le attività e raggiungere i risultati che si vogliono conseguire.

La capacità di produrre servizi migliori e in maggiore quantità, legata al recupero dell'efficienza e dell'efficacia, è fortemente dipendente dalle *persone* che operano nelle aziende.

Nel processo di «aziendalizzazione» che da qualche anno è avviato in sanità, una delle principali leve manageriali è rappresentata dalla realizzazione di un adeguato sistema di valutazione della *performance* dei propri dipendenti; attraverso la misurazione e la valutazione del loro contributo, diventa possibile condurre e orientare i comportamenti verso i risultati attesi, nonché incentivare un'attiva partecipazione al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Il presente lavoro si concentra sull'analisi e sulla costruzione di un sistema di valutazione applicabile sia sul versante della retribuzione di risultato, sia su quello della retribuzione di posi-

zione, attraverso la costruzione di griglie di valutazione individuali.

La creazione di un sistema premiante basato il più possibile su una concreta valutazione dell'attività svolta e sul raggiungimento di obiettivi — coerenti con quelli aziendali —, mette le Aziende nella condizione di utilizzare al meglio le potenzialità presenti, di migliorare le prestazioni valorizzando allo stesso tempo il vero «patrimonio aziendale», il proprio personale.

Il personale può quindi assumere un ruolo strategico se:

— dà qualità al servizio con le proprie conoscenze;

— tende a un'elevata qualificazione professionale;

— è spinto ad un migliore rapporto con il paziente/cliente nello svolgimento della prestazione;

— evita un atteggiamento meramente formale/burocratico nello svolgere le funzioni assegnate;

— ricerca l'autonomia professionale e gestionale;

— «crede» nella sua professione.

Esistono tre tipologie principali di valutazione:

— la prima è quella gerarchica: si tratta della tradizionale valutazione capo/collaboratore, che rappresenta il

punto di partenza di qualsiasi sistema di valutazione nelle organizzazioni;

— la seconda è rappresentata dall'autovalutazione: essa si pone come antitesi alla formula gerarchica e presuppone un'esercitata pratica valutativa e una cultura fortemente e uniformemente diffusa;

— la terza infine è quella della valutazione incrociata, dove valutatori e valutati si scambiano mutevolmente nel ruolo e dove tutti valutano tutti i propri colleghi e capi.

Il nostro modello ha scelto una formula ibrida, che attinge da tutti e tre i precedenti modelli.

La valutazione del dirigente medico è attività necessaria per diversi motivi, tra cui certamente i seguenti:

— individuare e certificare le professionalità possedute;

— supportare il miglioramento della qualità delle prestazioni offerte.

Su questa base in realtà la valutazione diviene attività necessaria all'interno di qualunque rapporto di collaborazione o d'impiego, per qualunque livello e per qualunque profilo professionale.

Ma per raggiungere tali obiettivi, la valutazione deve superare la sua limitata connotazione attuale, e cioè di

strumento per la distribuzione di indennità di posizione o di premi monetari individuali di risultato.

Nella prospettiva di utilizzare i principi di «reingegnerizzazione per il miglioramento continuo» delle Aziende sanitarie, il miglioramento della qualità appare così importante da essere oggetto di citazione fin dai D.L. vi nn. 502/92 e 517/93. Contestualmente, e forti di altri strumenti legislativi di indirizzo, si è incominciato a prefigurare un quadro valutativo reale come traduzione pratica del concetto di qualità misurabile.

La carta dei Servizi sanitari, strumento obbligatorio per ogni azienda sanitaria, presenta il primo tentativo di approssimare una cultura che nel mondo industriale aveva da tempo trovato soluzione nei vari sistemi di certificazione dei processi produttivi.

Ciò che appare sfuggire ancora è la qualità professionale degli operatori, che è invece fattore chiave nel generare il valore aggiunto al prodotto della prestazione sanitaria. È la qualità professionale degli operatori che infatti rende la prestazione accettata, gradita e ricercata, che fidelizza il cliente e lo inserisce in un circuito virtuoso di gradimento e di incremento di qualità percepita.

## **2. La costruzione dello strumento: la scheda di valutazione**

Per tradurre in pratica la necessità di valutare, si sono sviluppati numerosi approcci e sempre più se ne intravedono. L'esame da noi condotto su alcuni di essi permette di estendere una graduatoria secondo svariate caratteristiche fondamentali.

Tutti i modelli, indistintamente, conducono alla costruzione di una scheda di valutazione, come atto finale di un percorso progettuale di tipo «top-down». Nessuno dei modelli contempla la simmetria delle parti coinvolte nella generazione dello strumento, an-

che se spesso emergono aperture al cosiddetto «parere del valutato»; principio informatore di tutto è la valutazione come atto gerarchico, ove prevale la misura delle attività (piano bidimensionale), ovvero come contenitore di definizioni di qualità «manageriali» e professionali (tridimensionalità della valutazione), risultate costantemente non misurabili e quindi configuranti strumenti valutativi deboli.

Tale debolezza emerge chiaramente perché le attività individuali non sono analizzate e contestualizzate; d'altro lato balza immediatamente all'attenzione la doviziosa e a volte pignola aggettivazione delle qualità «manageriali» abbinate al processo valutativo. La massa di contenuti e di definizioni interne ad altre definizioni danno, degli strumenti esaminati (ivi compresa la «pagella dei primari» sotto riportata), un'immagine di forte congestione ideologica e semantica, cui deve corrispondere un livello di capacità valutative che è scarsamente presente nelle realtà aziendali sanitarie attuali.

Nella costruzione usuale del modello di scheda di valutazione, perdono di significato le aperture al ruolo autodifensivo del valutato, mancano reali contenuti nelle conseguenze delle verifiche periodiche, a volte manca la certezza del rapporto biunivoco tra valutato e valutatore per l'introduzione non definita di «elementi estranei» (Nucleo di valutazione o NdV, Controllo di gestione o CdG, altri).

Sull'importanza degli elementi estranei alla relazione valutato / valutatore vale la pena riflettere, poiché nessuno riconosce ruoli e funzioni a questi speciali e specifici strumenti della valutazione, se non nel momento della traduzione economica del risultato.

## **3. Scheda sintetica dei diversi modelli analizzati. Modelli a confronto**

L'esame dei modelli ha permesso di

approfondire una serie di caratteristiche salienti delle varie esperienze valutative disponibili; da questi approfondimenti si è giunti a costruire una tabella di comparazione, che ha confrontato gruppi di caratteri omogenei (tabella 1).

Di nessuna scheda è disponibile un andamento applicativo, perché alcune sono una semplice proposizione del modello, altre sono in applicazione da troppo poco tempo, o perché continuamente assoggettate a continui rifacimenti.

Le più applicate (2-3 anni) sono diventate lo strumento di supporto ai meccanismi incentivanti storici di specifiche realtà aziendali, mostrando la tendenza a modellare la valutazione sulle condizioni di equilibrio esistenti.

Delle dieci schede di valutazione analizzate, abbiamo considerato i seguenti caratteri capaci di descriverle:

— *configurazione e struttura*: impaginazione, semplicità del testo, o complessità, sia come grafica che come descrizione;

— *supporto e guida*: sia come testo inserito tra le righe dello strumento, sia come vera e propria guida all'applicazione; a volte manca del tutto il supporto;

— *dati personali*: quelli del valutato sono spesso essenziali, a volte completi di dati relativi alla posizione, mai in qualche modo connessi al processo in corso, a volte arricchiti da informazioni minute (matricola), verosimilmente definiti in base alla cultura amministrativa del Servizio produttore della scheda. Il valutatore viene descritto parimenti al valutato. Non è mai previsto un valutatore esterno, mentre l'interno è a volte affiancato e a volte sostituito da alcuni organismi di staff (NdV, CdG, Ufficio valorizzazione, Ufficio qualità);

— *riferimenti temporali*: la valutazione viene riferita solitamente a un anno, ne è spesso indicata anche la da-

Tabella 1 - Le schede di valutazione a confronto

		sch.1	sch.2	sch.3	sch.4	sch.5	sch.6	sch.7	sch.8	sch.9	24ore
<b>1. CONFIGURAZIONE E STRUTTURA</b>											
	semplice	si	si			si	si		si		
	complessa		si	si	si			si		si	si
<b>2. SUPPORTO E GUIDA</b>											
	senza guida								si		
	testo orientato	si		si	si			si		si	
	con strumento guida		si			si	si			si	si
<b>3. DATI PERSONALI</b>											
del valutato	semplificati	si				si	si	si			
	completi di posizione		si	si	si				si	si	
	livello dirigenziale	I	tutti	I	II	tutti	I	I	tutti	tutti	II
del valutatore	livello	II	II	II	II-Dip		II	II		gerar.	DG
	organismo aziendale		NdV			UGR		UGR		NdV	
	valutatore esterno					U		U			
<b>4. RIFERIMENTI TEMPORALI</b>											
	data di avvio		si	si	si						
	data di chiusura		si	si	si	si	si	si			
	verifiche periodiche			si	si			si			
	periodo di valutazione	anno				anno		anno		anno	anno
<b>5. ATTIVITA' E PERFORMANCES</b>											
	senza specifiche	si	si			si	si		si	si	
	con specifiche			si	si			si			
	con peso, %		%	%	%			si			
	comparazione/storico		si	si	si			si			
	scala di valutazione	1...6	1...5	1...5	1...5	A...D	A...D	1...4	5qualy	C,B,A	0...4
<b>6. CAPACITA' MANAGERIALI</b>											
numerosità	fattori	4	9	12	19	4	4	6	6	12	7...9
	sottofattori contestuali	25	14	32	68	8	6	18		35	
	indicatori										
categorie	indipendenti	8	4	9	6	2	4	2		3	7...9
	incroci ideologici	8	8	11	10	1		4	3	5	
	incroci semantici	5	1			3		1		5	
definizioni delle competenze											
	professionali	conoscenze	2		1		1	2	1		3
		applicazioni	1					2	1	1	4
	organizzative	analisi	3	1	7	12	5	5	3		7
		programm.	3	1	4	9	7	5	3		9
	direttive	su di sé	4	7		3		1	1	1	3
		su altri	4	6	2	13	2	2	1	1	4
	gestionali	elaborazioni	6	3	1	13	4	2	4		5
		traguardi	5	7	3	8	4	2	3		4
	conflittualità		2	2	7	10	1				5
<b>7. CORRETTIVI</b>											
		si	si	si						si	si
<b>8. INDICE SINTETICO</b>											
		si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
<b>9. TRADUTTORE DI REMUNERAZIONE</b>											
<b>10. EFFETTI DELLA VALUTAZIONE PERIODICA</b>											
	azioni		si	si	si			si		si	
	formazione		si	si	si					si	
	ricalibrizioni			si	si			si			

Legenda: **indipendenza**: non connessione ad altri fattori o sottofattori; **incrocio ideologico**: uguale, in fattori diversi; **incrocio semantico**: stesso significato con definizioni diverse posizionati nello stesso fattore; **conflittualità**: tra le definizioni, intesa come numerosità di incompetenza ideologico-semantica (bassa, 1, media, alta>3) nel o tra fattori/indicatori.

ta di avvio e sempre la data di formalizzazione del giudizio. Le indicazioni relative alle verifiche intermedie sono solo raramente datate, in un caso solo dettagliate. Le azioni conseguenti alla verifica finale sono esplicitate solo occasionalmente;

— *attività e performance*: mancano specifiche in sei schede; in tre sono espresse e in quattro vi è l'indicazione quantitativa del fattore monitorato (peso o percentuale) con comparazione allo storico; tutte le schede hanno scale di valutazione;

— *capacità manageriali*: tutte le schede descrivono le capacità manageriali attraverso una numerosità di fattori e di sottofattori contestuali di maggior definizione.

Nessuna scheda riporta gli indicatori della valutazione; tutte le schede usano la stessa scala di misura delle attività.

I fattori sono numerosi e definiti in modo complesso.

I cosiddetti «sottofattori contestuali» sono stati reperiti da noi, identificandoli all'interno delle definizioni descrittive del fattore. Il rapporto medio è di uno a tre con oscillazioni ampie (da 4:6, fino a 12:35), dimostrando una notevole diversità anche nella complessità delle definizioni.

L'analisi dei fattori e dei sottofattori ha permesso di identificare tre categorie:

— indipendenti, se la definizione contiene sottofattori contestuali non condivisi con definizioni di altri fattori;

— incroci ideologici: tra fattori, se le definizioni usano sottofattori contestuali condivisi;

— incroci semantici, se la definizione del singolo fattore contiene al suo interno sottofattori contestuali ripetuti con semplici variazioni lessicali.

Si sono identificate quattro categorie maggiori di definizioni di competenze manageriali e, in ciascuna, due sottocategorie: professionali (cono-

scenze, applicazioni), organizzative (analisi, programmazione), direttive (su di sé, sugli altri) e gestionali (elaborazione, traguardi).

Con questa guida la lettura delle definizioni nelle 10 schede esaminate è stata più agevole e ha permesso di raggruppare la numerosità del ricorrere delle categorie.

È stato anche possibile definire un parametro ulteriore, definito *conflittualità*, relativo a ogni singolo fattore preso in esame, al cui interno fosse eccessivamente densa la presenza di riferimenti a sottofattori non appropriati, non pertinenti o già altrimenti e altrove espressi, potendo individuare definizioni che contenevano tutte le otto sottocategorie (si è così definita bassa conflittualità: 1 riferimento, alta conflittualità: oltre 3 riferimenti, essendo ideale la totale assenza di riferimenti).

Sia in questo caso, sia nel caso in cui vi sia una rilevanza di incroci semantici, l'uso del fattore di valutazione è sconsigliabile per la difficoltà o la inesprimibilità del giudizio. Meno problematica appare la presenza di incroci ideologici.

#### **4. Approfondimenti dell'analisi comparativa**

In dettaglio, si è cercato di chiarire alcune scelte terminologiche al fine di poter meglio confrontare le dieci schede analizzate.

L'analisi terminologica e sintattica ha permesso di effettuare alcuni raggruppamenti, a seguito dei quali si sono potute disporre le numerosità degli eventi con criteri obiettivi e uniformi. Il metodo si è basato su un'analisi dei testi delle definizioni, all'interno dei quali si sono cercati i connotati di assimilazione, equivalenza, sinonimia, gli omologhi e i distinti significati.

Questo procedimento, che raggruppa per caratteristiche e che potrebbe

non essere l'unico, appare coerente se si tratta adeguatamente il modello valutativo come un sistema logico, articolato tra insiemi e sottoinsiemi di elementi per i quali vigono le leggi delle relazioni insiemistiche (contiene/non contiene; le proposizioni in rapporto biunivoco e le relazioni vero/falso). In questo ambito «semio-logico» possono essere fatte emergere alcune eclatanti particolarità che connotano i punti deboli delle schede e con i quali tentare di spiegare la causa della loro sostanziale inapplicabilità oggettiva, al di là dell'apparente efficienza strutturale.

In questo senso vanno intese le definizioni di:

— *indipendenza*: per elementi della valutazione non influenzati da contenuti presenti in altri elementi;

— *incrocio ideologico*: si riferisce a quel ricorrere degli stessi contenuti definitivi in diversi elementi del processo valutativo;

— *incrocio semantico*: ripetizione del contenuto definitorio in modalità diversa ma all'interno dello stesso elemento di valutazione;

— *conflittualità*: presenza di contenuti definitivi all'interno dello stesso elemento di valutazione che per numero, complessità lessicali e per disomogeneità, rendono inesprimibile un giudizio su base misurabile e oggettiva.

Se si sostituisce alla voce «elemento di valutazione» la voce fattore e/o sottofattore, si entra direttamente nella griglia della tabella comparativa. Se si vuole avere una diretta dimostrazione della complessità semio-logica dei modelli attuali, si esamini la scheda riportata (tabella 2, da *Il Sole-24 Ore*: «La pagella dei Primari»).

#### **5. Limiti dei modelli di valutazione**

Da quanto analizzato si possono dedurre i limiti di applicabilità equiva-

Tabella 2

I fattori soggettivi e quelli attitudinali		
Indicatori	Criterio di misurazione	Punteggio assegnato
CAPACITA' DI ANALISI	Capacità di analizzare i problemi ed elaborare piani specifici a risorse invariate e a risorse variabili	0 1 2 3 4
CAPACITA' DI PIANIFICAZIONE	Capacità di pianificare le attività legate a specifici incarichi e indicare la schedulazione; capacità di programmare le attività tenendo conto dei costi e della qualità delle stesse.	0 1 2 3 4
CAPACITA' DI GESTIONE	Capacità di rispettare e far rispettare il programma di lavoro ed elaborare correttivi validi in caso di eventuali ritardi; capacità dimostrata nel motivare, guidare i collaboratori e di generare e trasmettere un clima organizzativo favorevole alla produttività; capacità dimostrata nella vigilanza, ispettiva e di controllo con particolare attenzione agli aspetti propri del controllo di gestione.	0 1 2 3 4
CONOSCENZE E CAPACITA' SPECIALISTICHE NELL'AREA DI COMPETENZA	Qualità della produzione; utilizzazione delle ore di aggiornamento proprie e dei collaboratori finalizzate all'acquisizione di tecniche specialistiche innovative e a rappresentare con rilievo l'azienda in occasione di consessi scientifici di rilevanza nazionale e internazionale.	0 1 2 3 4
SENSIBILITA' A COSTI	Predisposizione e attuazione di protocolli che tengono conto della finalità dell'indicatore in particolare nell'uso di metodiche assistenziali innovative come <i>day hospital</i> e <i>day complessi</i> .	0 1 2 3 4
E QUALITA'	Affidamento agli altri dirigenti dell'azienda di competenze operative e di casi clinici in relazione ai carichi di lavoro complessivi.	0 1 2 3 4
ATTITUDINE ALLA DELEGA	Contributo all'equilibrio finanziario dell'azienda; aumento del peso dei Drg trattati con riferimento a quelli a più alto contenuto tecnologico e specialistico; grado di contributo a tutti gli altri obiettivi generali aziendali di cui all'accordo sul salario di risultato della dirigenza medica presi in considerazione specificatamente nella successiva scheda.	0 1 2 3 4
CAPACITA' COMUNICATIVE	Rappresentare alla direzione generale e agli altri dipartimenti interessati i problemi, e risolverli, riducendo al minimo possibile la comunicazione cartacea e / o gli atti burocratici; capacità di emanare direttive chiare ai collaboratori e agli altri dirigenti con i punti cardine di ciò che va fatto.	0 1 2 3 4

Legenda: 0= insoddisfacente; 1= mediocre; 2= soddisfacente; 3= buono; 4=ottimo.

Il voto finale ai risultati dei dirigenti						
Graduaz. valutaz. finale	Assegnaz. dei giudizi	Graduaz. valutaz. finale	Assegnaz. dei giudizi	S – Risultati sotto il livello di riferimento M – Necessario un miglioramento per raggiungere il livello di riferimento P – Progresso verso i risultati del livello di riferimento R – Risultati a livello di riferimento	R1. Ha svolto l'incarico affidato e ha anche fatto fronte alle aspettative ovvero ha fatto progressi significativi considerato il grado di difficoltà in esso presenti.	R2. Talvolta è andato oltre i doveri e le responsabilità del suo incarico e le previsioni per esso formulate, superando le aspettative del punto R1. RS. Risultati superiori, sempre al di sopra delle aspettative con un rapporto eccezionale all'azienda.
Inferiore al 30 %	S	Da 70 a 89 %	R1			
Da 30 a 50 %	M	Da 90 a 100 %	R2			
Da 51 a 69 %	P	Oltre il 100 %	RS			

Fonte: *Il Sole-24 Ore Sanità*, Maggio 2000.

lenti alle motivazioni che sconsigliano l'introduzione di modelli correnti, senza averne prima risolto le limitazioni costruttive.

In particolare si ritiene di dover sottolineare le seguenti caratteristiche limitanti:

1) culturali: la guida alla scheda appare a volte un tentativo non appropriato di formare (più che informare) il valutatore e non è mai uno strumento rivolto al valutato; vi è una sfasatura tra finalità del processo e cultura ambientale. A volte riguarda un unico destinatario (dirigente subordinato, «primario»), mentre la deconnessione dalle competenze specialistiche è sistemica;

2) strutturali: la semplicità raramente è risultata un pregio; la ripartizione delle aree non ha mai una relazione con il destinatario della valutazione, mancano i tempi e le conseguenze delle verifiche intermedie; le attività e le qualità manageriali sono abbinate indiscriminatamente, indipendentemente dal destinatario della valutazione; la presenza di definizioni complesse delle qualità manageriali e le interdipendenze (conflittualità e incroci) creano seri problemi di comprensione e di indipendenza della valutazione dei singoli fattori;

3) strumentali: mancano le definizioni dei ruoli dei vari attori della valutazione relativamente al tempo e allo svolgimento del percorso valutativo; le scale di valutazione sono corte (1-4; 1-5, A-D; ecc.), le numerali non definiscono se devono essere utilizzati i numeri interi o anche decimali (e quante cifre decimali); spesso non hanno capacità di tradursi immediatamente in dato omogeneo per generare un indicatore sintetico e richiedono ulteriori artifici di traduzione; le scale letterali sono inapplicabili a meno di non tradurle in numeriche e a volte le stesse scale invertono l'ordine di valutazione (da positivo a negativo); man-

cano affinamenti del fattore di misura che è definito sempre come unico riferimento computabile. La sommatoria delle valutazioni delle due aree (attività e attitudini) non viene modulata in modo specifico sul valutato, presupponendo che tutti i dirigenti possano esprimersi alla pari nei riguardi dello stesso fattore di valutazione; tutti i dirigenti vengono valutati su tutti i fattori di managerialità previsti;

4) organizzativi: manca sempre una chiara lettura dei compiti e dei ruoli dei vari attori della valutazione; alcune intersezioni (sovraordinato al valutatore, Ndv, ecc.) mancano di chiarezza;

5) gestionali: la sede fisica presso la quale la scheda viene conservata, la possibilità di avere accesso alle schede passate nonché le modalità di compilazione sono del tutto oscure.

Nella nostra proposta che segue, abbiamo cercato di evitare per quanto possibile le ambiguità semio-logiche evidenziate e discusse fino a questo punto.

Per fare ciò abbiamo voluto considerare il modello valutativo come un ambiente semio-logico, nel quale si applicano i principi della logica matematica degli insiemi; intendiamo anche proporre un nuovo modo generale concettuale di procedere, utilizzando strumenti non propri ma adattabili e ricchi di spunti innovativi e promettenti.

Trattando come ambiente insiemistico la valutazione, prevediamo di dover scegliere tra ambito della logica bivalente (vero/falso) o del certo (nostro campo di lavoro) e logica delle probabilità.

All'interno della scheda si trovano i seguenti componenti:

1) *indicatori*. Elementi di valutazione indipendenti: disporre rende la valutazione semplice, in quanto sono oggetto di definizione biunivoca (vero/falso, contiene/non contiene). Il lo-

ro contenuto operativo (booleano) si distingue per essere alto. Il contenuto di astrattezza è minimo e la loro caratteristica topologica è alta, in quanto possono essere chiaramente definiti con proposizioni (p) logiche definitorie di inclusione/esclusione. («p vs non p» come legge di logica comparativa: tra caratteristica definita con «p» e ogni altra caratteristica che sia non-p);

2) *sottofattori* (approssimabili come sottoinsiemi). Rappresentano un grado superiore della complessità valutativa. Generare questo livello di valutazione significa operare, in logica matematica, con gli operazionali nell'ipotesi che gli insiemi di livello semplice siano gli indicatori.

Si applica in logica matematica il concetto di implicazione. Se l'indicatore definito dalla proposizione «p» è in qualche modo inserito (non biunivocità) in altri sottoinsiemi, l'implicazione lega con rapporto di dipendenza, e di fatto limita l'autonomia valutativa se si usa come unità di misura in due diversi fattori (implicazione). Nella costruzione del modello valutativo si deve mantenere il livello di implicazione il più basso possibile.

Se il fenomeno dell'implicazione si arricchisce di reciprocità, si parla di co-implicazione, il che rende molto problematico l'utilizzo a fini valutativi in quanto genera gravi limiti al giudizio valutativo (incroci semantici o ideologici);

3) *fattori*. Sono gli insiemi costitutivi del superinsieme valutazione (delle attività o delle qualità manageriali nel nostro modello). Ove si deroghi all'ambito topologico e si scelga l'astrattezza definitoria degli insiemi della valutazione (come accade nei modelli analizzati), aumenteranno in modo rilevante le difficoltà di calarli negli ambiti concreti di valutazione, negli elementi che diano al processo specifica (topologica) connotabilità.

## 6. Una proposta

Abbiamo configurato un modello di scheda di valutazione seguendo un percorso fondato sui principi sopra illustrati e sui dati delle analisi comparative dei modelli; si è cercato di dare forma gestibile a uno strumento polivalente, applicabile a diversi livelli di responsabilità dirigenziale, valutando i contenuti delle posizioni assegnate, prevedendone l'applicazione a specifici ambiti e con particolari finalità, senza dover ricorrere a differenti redazioni ma potendone configurare i contenuti secondo i bisogni.

Infine abbiamo considerato il valore della scheda come supporto alla descrizione di un percorso di carriera per il dirigente.

Le circostanze applicative definiscono la composizione della scheda.

### 6.1. Principi informativi

Si è voluto proporre uno strumento pratico, condiviso e modulabile, orientato alla rilevazione misurabile quantitativa e semiquantitativa dei dati in valutazione, ancorato agli obiettivi aziendali e di Uo, dotato di strumenti di verifica e di aggiustamento, garantito nella trasparenza e nella correttezza, implementabile, traducibile in indicatore sintetico e collegabile ai meccanismi premianti, ma anche potenzialmente orientato alla valutazione globale e delle potenzialità. In tal senso si prevede l'abbinamento costante, anche se diversamente modellato a seconda del destinatario della valutazione, di elementi relativi alle attività ed elementi relativi alle attitudini o qualità manageriali.

La valutazione riguarda infatti tutti i dirigenti medici: dai capi dipartimento, o di organismi di *staff*, fino al livello di specialisti in formazione con minima anzianità. La diversificazione si farà proprio in base ai contenuti di

mansioni insiti nelle singole posizioni dirigenziali.

### 6.2. Principi istitutivi

All'applicazione della scheda di valutazione del dirigente medico si perviene attraverso una serie di passaggi propedeutici, lungo percorsi convergenti, sia a livello aziendale sia all'interno delle stesse Uo.

Il Nucleo di valutazione, il Controllo di gestione, la Direzione strategica e l'Unità operativa rappresentano i quattro cardini del processo che conduce a stipulare, con l'Uo stessa, il contratto principale relativo agli obiettivi assegnati, allo strumento di misura (scheda di valutazione) all'interno di ciascuna Uo, alla definizione dei contenuti delle schede tra dirigente sovra-ordinato e dirigente sotto-ordinato, che di fatto stipulano un accordo formale (contratto interno).

È probabile che l'avvio del processo avvenga contemporaneamente per tutti i dirigenti, anche se nulla vieta una diversificazione, una graduazione, ovvero altri meccanismi di applicazione temporizzata in modo indipendente.

Al fine di garantire la correttezza dei risultati, deve essere curata la trasparenza dei processi, la condivisione dei sistemi di raccolta dati e la generazione dei *report* di consuntivazione delle attività, ma anche di tutte quelle categorie di informazioni che, ove debbano fornire la base del giudizio finale, conferiscono leggibilità e misurabilità alle qualità manageriali connesse.

### 6.3. Componenti dello strumento

La scheda si compone di quattro tabelle:

— tabella A: contiene dati personali e di posizione, informazioni sulle attività e sulle mansioni e posizioni

pregresse, esiti di valutazioni coordinate precedenti all'attuale, periodo di valutazione. È confezionata in base ai dati storici relativi al dipendente, con il supporto degli organismi aziendali e può contenere tutti i dati ovvero solo quelli utili al processo valutativo triennale (destinatario anche il Collegio tecnico) o solo dell'anno (relativo agli obiettivi assegnati e destinatario il Ndv);

— tabella B: contiene le attività sulle quali si esprime la valutazione, scelte in ordine agli obiettivi e alle attitudini (con le stesse implicazioni dette per la tabella A);

— tabella C: valuta le attitudini o la managerialità (con le stesse implicazioni di A e B);

— tabella D: contiene le verifiche e le azioni intraprese con i relativi fattori di misura;

— tabella E: è il glossario, guida inserita nella scheda contenente le specifiche dettagliate di tutti gli elementi del processo valutativo. Il glossario si compone di una serie di voci definite dall'azienda come fondamentali e viene integrato da voci appropriate nella fase di consegna (contratto) al responsabile di Uo. Da questo glossario vengono tratti tutti gli elementi di giudizio delle qualità manageriali. La tabella E si suddivide in colonne che riportano, da sinistra: fattori, sottofattori, indicatori, scale e valore delle misurazioni, correttivi, eventuale commento.

#### 6.3.1. Tabella A

Riporta i dati identificativi del valutato, comprendendo in essi quanto utile ai fini della valutazione, sia che essa si riferisca ad ambiti circoscritti sia che si applichi in modo globale. In entrambi i casi si ritiene utile porre in evidenza, come dati di fatto: l'ambito lavorativo e le mansioni specifiche e i dati relativi a precedenti percorsi valutativi, sia che si tratti di una loro ite-



SCHEDA DI PRIMO LIVELLO (ex IX, X, ex titolari di moduli, dirigenti di struttura semplice)  
PERCORSO DI VALUTAZIONE DEL DIRIGENTE MEDICO.

**A. DATI IDENTIFICATIVI**

Dati del valutato			
Posizione attuale del valutato <i>Definizione</i>	Attività specifiche	Posizioni pregresse	Attività specifiche
<i>Dal</i>			
Dati del valutatore			
Posizione attuale del valutatore			
Descrizione dell'evoluzione del processo			
Analisi del N.d.V. <i>Programmata in ragione del supporto richiesto dal processo valutativo in corso e al suo termine</i> <i>Indicazioni, indirizzi, suggerimenti del NdV</i>			

*Il numero di righe, colonne e caselle è indicativo  
Gli spazi dedicati si possono ampliare*

**B. DATI DI RISULTATO**

					Peso relativo di U.O.	
Attività	Fattore	Indicatore	Dati	% scostamento	Scala di valutazione	Correttivi
<i>una o più</i>	<i>anche da solo</i>	<i>Se necessario</i>	<i>storico/assegnato</i>			
Giudizio del valutatore						
Commento del valutato						
Commento del valutatore sui correttivi proposti						
Traduzione in % di remunerazione						

**C. DATI DI CAPACITA' E ATTITUDINI c.d. MANAGERIALI**

Fattore	Sottofattore	Attività di riferimento	Link alto/basso	Indicatore	Scala di valutazione	Correttivi
Competenza	Conoscenze					
	Metodologia del ruolo					
Capacità Organizzativa	Flussi lavoro					
	Priorità					
	Pianificazione					
	Anticipazione					
Autonomia	Gestione delega					
	Orientamento					
	Fattibilità					
Efficienza	Innovazione					
	Costi/benefici					
Orientamento al cliente	Risultati					
	Ascolto					
Relazioni interpersonali	Soluzioni					
	Chiarezza					
	Collaborazione					
Affidabilità	Socialità					
	Etica aziendale					
Dimensione istituzionale	Coaching					
	Tutor					
	Monitor					
Dimensione gestionale	Sviluppo collaboratori					
	Equa gestione					
	Equa valutazione					

*Link: indicare entità e destinatario del link (sovraordinato, posizione, ecc.), nonché la sua rilevanza*

Scala media di valutazione	
Commento del valutato (con proposta correttivi)	
Commento del valutatore sui correttivi proposti	

**D. AZIONI E CORRETTIVI**

Azione	Fattore	Indicatore	Verifiche	% scostamento	Scala di valutazione	Link

*L'azione viene associata al sistema di valutazione  
Le verifiche possono ricorrere a scadenze diverse  
Si valuta il trend.  
I correttivi vengono concordati al momento della valutazione e rivisti durante le verifiche / valutazioni successive.  
Si fa riferimento alla tabella E per completare le voci delle tabelle C e D*

## E. GLOSSARIO

Fattore	Sottofattore	Indicatori	Titolo e Scala di valutazione		Correttivi	Commento	
Competenza	Conoscenze	Curriculum coerente	>75% attività specifiche per posizione	0,1 costante	solo crescita		
		Accreditamento formativo	C/o istituti scientifici riconosciuti	0,1 costante	solo crescita		
	Metodologia ruolo	Impact factor	Attività scientifica su riviste accreditate	0,1,...n		solo crescita	
Documentazione clinica di gestione		Approvazione del sovraordinato	%	no		rapporto con revisioni	
		Percorsi e linee guida	Presenza nelle attività specifiche	% delle attività	no	attività pilotate da percorsi e linee guida	
Capacità organizzative	Flussi informativi	Outcome significativo	Positività di revisione	%	no	dati residenti accessibili	
		Report focalizzato	Documenti di gestione	0,1,...n	no	ambiti selezionati	
	Priorità	Flussi informativi da Cdg	Report focalizzati	scostamento	no	controllo spesa	
		Attività specifica	Trend liste attese interne/esterne	%	link indebolito		
	Pianificazione	Obiettivo di Uo	Scostamento dalla famiglia dei trend	%	link indebolito	costruzione dei trend	
		Obiettivo di dipartimento	Degli obiettivi di Uo o dipartimento	%	no		
		Distribuzione dei carichi	Distribuzione temporale omogenea	scostamento	link e delega	in ambiti scelti	
	Progettazione	Link forti	Piani di lavoro personali/link forti	0-1 continuo	deleghe	personalizzare il link	
		Progettazione	Strumento significativo / obiettivi / Uo - dipartimento	trend obiettivi	link indebolito	link sovraordinato	
Anticipazione (Dirigenti di struttura complessa e dipartimento)	Anticipazione	Attività/risorse	Adeguamento automatico carichi lavoro	scostamento	limite risorse	situazioni difficili	
		Progettazione	Strumento significativo / obiettivi / Uo - dipartimento	trend obiettivi	link indebolito	link sovraordinato	
	Gestione deleghe	Link di delega	Tipologia del link e contributo obiettivi	debole/forte	no	definire sulla numerosità	
		Sistema di controllo	Progressione del sistema di controllo	0, si no	anche costante	0 = senza sistema	
		Pianificazione deleghe	Effetti della pianificazione deleghe	si, no	no	graduazione delle posizioni	
Autonomia	Orientamento	Obiettivo Uo (pilota)	Fattore di contributo al risultato	si, no	no	presente assente	
		Obiettivo Uo/dipartim. (pilota)	Fattore di contributo al risultato	si, no	no	presente assente	
		Progetto gestionale	Economia mirata a risorsa specifica	minor spesa	no	ancorare a un risultato	
	Fattibilità	Utilizzo/utilità	Accessi/risorse costanti	quota/totale	no	relativo a tutte le attività	
		Economicità	Economico	break point	solo crescita	integrazione delle risorse	
		Politiche di piano	Riduzione delle compensazioni economiche	progressiva	solo crescita	peso delle fughe	
		Innovazione	Rinforzo di performance	Link intra ed extra Uo	link		cultura operativa/gestionale
	Riorganizzazione attività	Link interdipartimentali	link		cultura operativa/gestionale		
	Politiche di piano	Coerenza con obiettivi Psr e Pssn	si, no, trend		vincoli ed opportunità		
Efficienza	Costi/benefici	Risorse di processo	Riduzione delle risorse/processo	trend		tempo, materiali, link	
		Focalizzazione obiettivi Uo	Riduzione spesa del settore osservato	trend	vincoli-opportunità	settore sorvegliato	
		Acquisti e gare	Minor spesa/per attività	trend	vincoli	procedure e capitoli	
Orientamento al cliente	Ascolto	Appropriatezza - priorità	Corse preferenziali supportate stabili	si, no	instabilità del supporto	cultura del cliente	
		Eventi sentinella	Dati Urp	si, no	no	sensibilizzare il cliente	
	Soluzioni	Carta dei servizi	Azioni scelte sugli obiettivi aziendali	si, no	no	dichiarazione di intenti	
		Integrazione di processi	Link debole di sostegno	si, no	link indebolito	comportamenti uniformi	
		Programmazione e controllo	Schema di link di sostegno	costante, no	link indebolito	consenso dell'Uo	
	Focalizzazione	Rinforzo dei link	si, no	link indebolito	formazione, informazione		
Relazioni interpersonali	Chiarezza	Snodi operativi codificati	Identificazione degli attori	numero	ridotta risorsa specifica	processi educazionali	
		Deleghe calibrate	Coerenza con le caratteristiche professionali	trend	no	posizione-professionalità	
	Collaborazione	Programmazione e controllo	Scadenze programmate dal dipartimento	nell'intorno	assetto aziendale, vincoli nuovi		
		Rinforzo link interno	Percorso definito e formalizzato	si, no	regolamento interno	sostegno sovraordinato	
		Modulazione link esterno	Alleggerimento utente interno	costo di trasferim.	supporti labili	costruzione dei report	
	Socialità	Condivisione risorse	Aggregazione per equipollenza	si, no, trend	contenuti professionali diffusi	formazione, motivazione	
		Ruolo in audit	Adattativi, innovativo	stabile, evol.	scala psicometrica	ascesa in/tra posizioni	
		Ruolo nel contesto	Distribuzione dei punti di visibilità	0-4		professionale	
	Affidabilità	Etica aziendale	Focalizzazione obiettivi Uo	Eventi sentinella/carico attività x 100	%	sorgenti verificate	principi di qualità totale
	Dimensione istituzionale	Coaching	Sinergie, rinforzi e attività	Azione formativa condivisa	si, no	sorgenti di Uo formali	attore degli interventi
Equilibratore interno			Riduzione del rapporto link/autogestione	% autogestito	sorgenti di Uo formali	attore sulla Uoa	
Tutor		Sistematizzatore	Distribuzione dei link focalizzata	% x Uo	flussi informativi interni	rinforzi dipartimentali	
		Presenza nell'attività	Attività comuni mediche e infermieristiche	numeri/anno	flussi informativi interni		
		Sulle problematiche relative agli obiettivi	Andamento del trend indicatore obiettivi	pos, neg, 0	no	valutazioni periodiche	
Monitor		Sorveglianza degli snodi	Link misti medico-infermieristici	numeri/anno	flussi informativi interni	documenti e formazione	
		Sorveglianza degli snodi	Link deboli, forti e misti	numeri/anno	flussi informativi interni	controlli pianificati	
Dimensione gestionale	Sviluppo collaboratori	Struttura matriciale	Numerosità delle funzioni cond. ivise	numeri/anno	flussi informativi interni	controlli pianificati	
		Da link a delega piena	Indicatore personalizzato	si, no, trend	flussi informativi interni	indirizzo alla posizione	
	Equa gestione (solo responsabili di struttura complessa e dipartimento)	Percorsi di formazione	Attività coordinate aziendali	numeri/anno	dato esterno (Uvurp)	nell'ambito aziendale	
		Peso delle posizioni	Maggior peso medio/aree sorvegliate	si, no, trend	politiche aziendali	equilibrio professionalità	
Equa valutazione (solo responsabili di struttura complessa e dipartimento)	Distribuzione del lavoro	Equilibrio dei carichi/abilità	si, no, trend	flussi informativi	attenzione alle peculiarità		
	Distribuzione risorse	Dimensionamento per rilevanza	si, no, trend				

razione sia che l'attuale si differenzi dalla precedente. Per livelli di dirigenza diversi (I-IV) sono previste alcune differenze nella descrizione di riferimento, in quanto i livelli superiori avranno maggiori riferimenti a processi valutativi ed obiettivi aziendali, mentre i livelli più bassi avranno maggiori riferimenti ad attività, competenze e contenuti mansionali della carriera progressa.

L'ambito successivo della tabella A integra il ruolo del valutato e del valutatore (a sua volta definito con identificativi) e del Nucleo di valutazione, riconosciuto come operatore continuo lungo il processo valutativo.

Se il percorso valutativo è alle sue prime applicazioni, il ruolo di orientamento e correzione diventa forte mentre appare meno visibile nei gradi alti della valutazione.

La costruzione della tabella A riveste quindi una rilevanza particolare in quanto è espressione dei punti di riferimento che guideranno tutto il restante percorso valutativo.

### 6.3.2. Tabella B

Esprime alcuni ambiti relativi alla valutazione delle attività o «performance» individuali che, a questo punto saranno coerenti con le definizioni della tabella A e scelte con criteri concordati col valutato.

Le attività vi sono riportate come fattori, disaggregate come sottofattori e indicatori in cui sono eventualmente precisati rapporti con altri attori che la loro esecuzione comporta (*link*). Con questa suddivisione interna (si veda la propedeutica semio-logica nel paragrafo precedente), si ottiene una loro razionale e certa numericità e si oggettiva il giudizio secondo scale appropriate e confrontabili.

La numerosità delle voci non è pre-determinata. La scelta di quanto e con quali misuratori valutare, è fatta al

momento dell'attivazione del processo, e tiene conto di fattori che suggeriscano avvii a basso profilo (dati valutati poco numerosi e semplici per gli inizi o per livelli iniziali di dirigenza, per esempio). Ma tiene anche conto dell'evoluzione del processo valutativo, nonché dell'obiettivo specifico della valutazione.

Un elemento comunque meritevole di attenzione è il peso o valore assegnato nella valutazione individuale della tabella B delle attività. Esso infatti rende trasparente la rilevanza della valutazione dei risultati nell'ambito dell'Uo, ovvero, per i livelli superiori, la rilevanza, per la Direzione generale, dei risultati della Uo o del livello dirigenziale alto e strategico (III e IV livello di valutazione).

### 6.3.3. Tabella C

Pur modificando i contenuti, in quanto attinge ai valori delle qualità manageriali, presenta le stesse caratteristiche, la modulabilità della composizione, la focalizzazione su specifici contenuti professionali.

Come per la valutazione in tabella B, anche in questa sono previste le verifiche periodiche, gli aggiustamenti e i correttivi, oltre che i meccanismi di interdipendenza (*link*).

La presenza di correttivi è molto importante in quanto permette di spiegare e meglio qualificare il valore rilevato dall'indicatore.

La tabella C prevede infine appositi spazi in cui il valutato e il valutatore possono commentare gli esiti della valutazione, ferma restando l'autonomia decisionale del valutatore in ogni momento del processo.

### 6.3.4. Tabella D

Dà la possibilità di esplicitare azioni correttive indicando, per ciascuna di esse, il fattore di riferimento, l'indi-

catore utilizzato per le verifiche future, eventuali dipendenze da altri attori (*link*).

Per le azioni correttive, i commenti e l'espressione del giudizio sintetico di valutazione, esistono appositi spazi e vi è un giusto indirizzo a esprimere adeguati commenti e confronti del valutato e del valutatore, ferma restando l'autonomia decisionale di questo in ogni momento del percorso.

### 6.3.5. Tabella E

Di per sé non fa parte della scheda, se non perché ne costituisce il glossario. Sotto il profilo metodologico dovrebbe contenere una serie di elementi di valutazione completi di specifiche, indicatori di misura, commenti orientativi all'uso corretto del singolo elemento (riga-campo di definizioni). Tale scheda dovrebbe essere generata all'avvio del processo di valutazione e contiene un gran numero di elementi, con la specifica indicazione all'uso di uno o più d'uno. Essa dovrebbe essere comunque esaustiva, nel senso che le voci della valutazione dovrebbero essere scelte necessariamente entro questo elenco-glossario. Essa è prevalentemente centrata sulle qualità manageriali, in quanto la difficoltà della loro definizione e valutazione è nota e dimostrata. Infine, la confezione del glossario è precedente alla valutazione e il glossario viene preparato da esperti e responsabili selezionati delle varie aree dipartimentali.

Il glossario può contenere definizioni in numero variabile, ma una volta definito si applica con coerenza per tutto il periodo valutativo. Un buon glossario rimane in esercizio per parecchi processi valutativi consecutivi. Le modifiche vengono attivate solo se emergono quale necessità chiaramente avvertita a livello dipartimentale; esse vengono comunque sottoposte al

Nucleo di valutazione per la loro approvazione.

L'ampliamento della numerosità degli elementi della valutazione per ciascun dirigente medico deve rispondere a criteri di equità e omogeneità ed essere correlata al valore remunerativo del risultato. Questo passaggio arricchisce il valore originale dell'indicatore di «valore dell'Uo» e del risultato del singolo dirigente da inserire in tabella B.

Ciò significa inoltre che il valutato accetta, con la scheda di valutazione configurata, anche il valore che viene attribuito ai risultati della valutazione in termini economici o comunque, se non al valore monetario, al modello di calcolo di ripartizione trasparente all'interno dell'Uo.

Come esemplificato, la tabella di valutazione da noi proposta è uno strumento aperto alla composizione, alla condivisione, alla verifica e all'aggiornamento, con un processo continuo.

### 6.3.6. Note alla scheda di valutazione del I modello valutativo

Le voci salienti vengono riportate e interpretate di seguito:

— i dati essenziali riguardano il valutato e la sua posizione come definita dal funzionigramma annuale aziendale, che deve essere già approntato o convalidato prima dell'avvio del processo valutativo;

— i dati specifici riguardano la posizione del medesimo e le specifiche professionali connesse al processo e, quindi, non necessariamente tutte le possibili, ma solo tutte le utili, anche sotto il profilo di una loro evoluzione pregressa; particolarmente nel caso del dirigente di struttura complessa, o di dipartimento, assumono rilievo i riferimenti al pregresso *iter* valutativo. I dirigenti di struttura complessa e di dipartimento vengono valutati già nella fase di discussione del «contratto» di

assegnazione degli obiettivi, attraverso un sintetico giudizio espresso dal Nucleo di valutazione che compone la delegazione trattante;

— i misuratori delle attività si applicano selettivamente, nel rispetto di tre principi: la misurabilità, la connessione a obiettivi di Uo, la coerenza con la specificità (posizione) del valutato. Le attività diffuse appartenenti ad ampie aggregazioni di dirigenti non hanno rilevanza primaria nel processo valutativo. È previsto l'inserimento del valore economico assegnato alla Uo (quota parte del fondo di risultato) ed è altrettanto aperta la possibilità di assegnare a ciascun dirigente il valore economico massimo erogabile (quota parte di quanto assegnato alla Uo). Queste specificazioni appartengono alla sfera decisionale aziendale e appaiono un importante fattore di consolidamento del contratto reciproco (Direzione/Uo e valutatore/valutato);

— i misuratori delle attitudini si applicano sia per raffinare la definizione dei risultati delle attività, sia indipendentemente. Nel primo caso non compongono l'indicatore sintetico mentre nel secondo sì. Il fine è diverso ma la composizione della scheda non varia. Hanno rilievo per i livelli alti di valutazione e per i procedimenti relativi alla valutazione della posizione.

Le difficoltà terminologiche sono impegnative e richiedono la costruzione, almeno in fase iniziale, di tabelle o glossari (tabella E) dove sono dettagliati i fattori (attitudini), i sottofattori (specifiche), gli indicatori (le azioni misurabili ad elevata coerenza con i fattori). Da questo glossario si estraggono appropriate nomenclature finalizzate agli scopi valutativi e si inseriscono nelle parti appropriate della scheda (nel nostro modello, la tabella C). La costruzione dei glossari appartiene alla fase istruttoria e coinvolge il valutatore e gli organismi di supporto. È ipotizzabile una diversa definizione

degli indicatori a seconda delle aree ove si applica la valutazione dei dirigenti di I livello, in modo da evidenziare specificità professionali legate al dipartimento o alla specializzazione del singolo dirigente. Per i livelli sovraordinati non appare critica la diversificazione.

### 6.3.7. Note alla tabella E

Questo strumento contiene gli indicatori di misura che sono riconducibili a numeri. Le definizioni qui proposte sono indicative e costituiscono un indirizzo per la redazione delle tabelle E aziendali.

Le indicazioni usate conducono a valori numerici o riconducibili e confrontabili. Per dettagliare le indicazioni riportate si potranno tradurre:

— sì, no, costante: tali indicatori possono assumere rispettivamente valori del 100%, dello 0% oppure possono veder confermato il valore rilevato al momento della valutazione precedente;

— scostamento, *trend*: sono sinonimi per indicare un'inclinazione del processo osservato. Può essere espresso in valore assoluto o in rapporto a un dato storico;

— costo di trasferimento: indicatore numerico o, preferibilmente, la percentuale rispetto alla onerosità dei costi di esercizio, erogazione, ecc.;

— nell'intorno, stabile, numero, %: possono essere rappresentati con un riferimento numerico di paragone (%) o con numero soggetto a operazioni aritmetiche.

Tutte le indicazioni che verranno generate devono rispondere a criteri di numericità, ma gli indici numerici usati possono essere diversi da quelli che si trovano in questo esempio, purché siano tra loro razionalmente computabili per generare un indicatore sintetico.

Anche la distinzione che suddivide in diverse categorie i vari fattori e i re-

lativi elementi specificanti e definitivi, sono indicativi ma rappresentano la quasi totalità delle caratteristiche che, in termini di semio-logica, permettono l'operazione del raggruppamento sotto aree omogenee.

— Le aree di commento intervallano la sequenza delle tabelle di valutazione e raccolgono le considerazioni svolte nelle fasi intermedie e finale, le azioni correttive, le concordanze e le discordanze, per le eventuali istruttorie di ricomposizione e di giudizio della Direzione generale.

— L'indicatore sintetico è generato come somma dei valori delle singole valutazioni, che usano la stessa scala e permettono l'uso di operatori matematici semplici per il calcolo.

Concorrono diversamente a generare l'indicatore sintetico il risultato della tabella B (attività) e della tabella C (attitudini) a seconda del livello di valutazione applicato.

— La traduzione economica necessita di una scelta preparatoria: la quota di fondo erogata alla Uo e la definizione del valore degli obiettivi assegnati al dirigente medico in rapporto agli altri componenti l'Uo. L'indicatore sintetico permetterà un'immediata traduzione in termini monetari del risultato. Ovviamente, il mancato raggiungimento di un obiettivo implica la non erogazione della quota di risultato, mentre non è prevista la passività economica.

#### 6.4. Meccanismi correttivi

I correttivi hanno lo scopo di controllare l'andamento del processo di valutazione secondo un criterio di ragionevolezza e di garanzia del valutato.

Nel nostro modello, i correttivi sono contemplati e inseriti nella fase di «contrattazione» col valutatore. Viene anche previsto l'inserimento durante le verifiche periodiche di correttivi co-

siddetti implementati, purché concordati col valutatore, che ne approva o respinge l'uso. Gli effetti attesi dai correttivi sono finalizzati ad attenuare quegli andamenti degli indicatori che risultino fortemente divergenti dal previsto. Il monitoraggio deve quindi essere costante, il flusso informativo e la correttezza del sistema devono essere sorvegliati. Quanto il correttivo corregga è definito di volta in volta; l'effetto dipende dalle circostanze determinanti l'attivazione dei correttivi.

##### 1) Il sistema correttivo dei «link».

Un particolare correttivo è individuato dal sistema dei «link»: i legami che rendono interdipendenti le azioni del dirigente medico; i legami possono essere definiti con peso e direzione. Il peso descrive la rilevanza del legame, fino alla definizione di dipendenza, e influenza la valorizzazione del risultato specifico. La direzione del *link* ha un valore complementare: evidenzia la rete matriciale delle interrelazioni organizzative e fornisce uno strumento di lettura delle organizzazioni medesime con un effetto di ingrandimento e di dettaglio notevole. Può tornare utile nella determinazione dei meccanismi di gestione delle risorse e nel controllo dei generatori occulti di spesa.

I *link* possono essere attivati o disattivati alle verifiche periodiche.

##### 2) Il sistema correttivo incrementale.

La valorizzazione incrementale consiste nell'equiparazione dei valori di raggiungimento degli obiettivi ad un valore massimizzato. Si definiscono le fasce incrementali e il valore automaticamente viene trasformato nel valore massimo della fascia. Questo meccanismo si applica bene per singoli obiettivi/fattori ma può essere applicato anche all'indicatore sintetico (esempio: se l'indicatore sintetico può variare da 0 a 10, un sistema correttivo in-

crementale potrebbe stabilire che tutte le valutazioni che diano luogo a un indicatore sintetico maggiore o uguale a 8m, vengano incrementate a 10).

##### 3) Il meccanismo correttivo del «jolly»

Nel nostro modello il sistema di valutazione prevede una modulazione in quattro livelli di applicazione, che si diversificano per la diversa rilevanza data alle attività e alle attitudini, al ruolo svolto dai valutatori strategici e da alcune caratteristiche di sorveglianza di processi, quali l'istruttoria della valutazione e la contrattazione degli obiettivi e il progresso valutativo dei gradi alti della dirigenza.

Il primo grado (livello I) della valutazione riguarda una notevole parte della dirigenza che, per essere priva di risorse affidate o aree di responsabilità funzionale o strutturale, manca delle opportunità di esprimere le qualità manageriali. In questo caso non si utilizza la tabella C per generare l'indicatore sintetico, ma tutto si affida alla tabella B (attività).

Può diventare interessante aprire la valutazione sulle attitudini in alcune circostanze speciali: in particolare quando un indicatore di attività mostri un andamento significativamente deviante.

Abbiamo definito *jolly* questo meccanismo per cui il dirigente valutato e il valutatore scelgono di operare un «rilancio» sul punto critico, nel tentativo di migliorarlo: identificato il *trend* insoddisfacente, si individuano uno o due fattori manageriali connessi al settore sotto sorveglianza, e si apre la valutazione anche su di essi, nel tentativo di stimolare la responsabilizzazione del dirigente medico. Nel contempo, il valore in flessione viene artificiosamente riportato al livello iniziale, si pianificano azioni opportune e si codifica il procedimento in scheda di valutazione (come una ridefinizione dei termini del contratto).

A fine periodo (il *jolly* si applica una sola volta), il valutato potrà aver migliorato il *trend* insoddisfacente, aver manifestato qualità manageriali apprezzabili e aver ricevuto un indice sintetico composito (non più fatto sulle sole attività) di buon valore. Oppure non vi sarà stato l'atteso miglioramento del fattore attività, ma il contributo dei fattori manageriali potrà avere un effetto comunque migliorativo. Infine, nel caso manchi anche questo contributo dei fattori del *jolly*, la valutazione prenderà atto del risultato globalmente determinatosi.

## 7. Le componenti elementari degli elementi di valutazione

La scelta di andare oltre i fattori di valutazione comporta un duplice presupposto: cercare i contenuti e il significato essenziale delle valutazioni, credere possibile tale specificazione. L'alternativa è, soprattutto per la componente manageriale, quella di rimanere avviluppati dalla complessità terminologica e, prigionieri delle parole e dei loro equivoci e molteplici significati, accreditare risultati con criteri non riproducibili.

Per questo motivo, accanto ai fattori e ai loro sottofattori di specificità, si è proposto di ricorrere a indicatori, come componenti elementari della valutazione dotati di numericità e appartenenti specificamente all'ambito del fattore tanto da esserne rappresentativi.

Questo approccio vale sia per le attività che, soprattutto, per le attitudini manageriali.

La numericità di cui si è detto è prerogativa indispensabile per poter applicare il modello. Essa risponde a un'esigenza fondamentale: quella di trovare, costruendone una mappa o glossario, una corrispondenza biunivoca tra fattore, espresso in termini linguisticamente complessi e qualita-

tivi, e indicatore (anche più di uno), dotato di misurabilità.

Il vantaggio di un'operazione così impegnativa è che, una volta costruita una tavola degli elementi, non sarà così ostico analizzare la realtà aziendale e leggerne le componenti professionali ben identificate e sempre con la stessa adeguatezza.

## 8. La fattibilità del progetto

### 8.1. I possibili scenari

L'introduzione del modello deve considerare la diversità delle singole realtà aziendali.

Vi sono aziende con elevata cultura della valutazione e sistemi di controllo di gestione avanzati, nelle quali le implementazioni tecnologiche (software di supporto ai flussi informativi nuovi) e l'aggancio ai sistemi di valutazione delle Uo già in atto appaiono di agevole realizzazione.

Vi sono aziende a basso livello di evoluzione nel settore della valutazione, dove tutto il percorso deve essere riprogettato e fortemente supportato con risorse tecnologiche e soprattutto con formazione e risorse umane specialistiche. A tale estremo del quadro le difficoltà presenti sono formidabili e certamente il punto di avvio non può essere rappresentato dal processo di valutazione individuale, che deve attendere la preparazione del necessario substrato tecnologico e culturale.

Una fascia intermedia di aziende dispone di discreto supporto informatico, un adeguato o sufficiente controllo di gestione, un accettabile sistema di reportistica e di flussi informativi. La cultura della valutazione è solitamente erede dei meccanismi dell'incentivazione, all'interno dell'azienda vige una discreta conflittualità e il bisogno di cambiare è percepito in modo crescente da settori sempre più ampi,

mentre si manifestano resistenze al progresso altrettanto forti.

### 8.2. I possibili attori

Nel primo e secondo tipo di scenario aziendale gli attori possono essere indistintamente tutti o perché già naturalmente evoluto o perché uniformemente elementare. La differenza ha conseguenze sul tempo necessario per l'attivazione.

La fascia intermedia è la più complessa ma anche la più numerosa e promettente; si prevede per essa una possibile progressione attraverso una fase sperimentale, mirata a settori di particolare eccellenza e in grado di supportare il processo con le risorse e l'intelligenza proprie, gestendo la sperimentazione per un periodo breve (un anno) privo di ricadute economiche e con un incentivo promozionale per il ruolo svolto. È fondamentale, in questa fase di sperimentazione propedeutica, che gli organi aziendali in staff alla direzione generale esercitino il massimo sforzo nel supportare e anche nel perfezionare il proprio ruolo di guida oltre che di attore, come sarà poi richiesto a regime.

### 8.3. La tempistica

Nel caso di aziende con alta cultura della valutazione, l'implementazione del processo di valutazione individuale della dirigenza necessita di un anno, con una fase di avvio di sei mesi per le implementazioni e la gestione del complesso di operazioni connesse e di preparazione (formazione ed informazione) degli attori del processo; dal secondo anno il sistema è a regime.

Nel caso dello scenario a basso sviluppo la tempistica non è inferiore ai tre anni, nei primi due dei quali si dovranno implementare i sistemi del Cdg e creare una cultura della valutazione sufficientemente diffusa. Il ter-

zo anno prevede l'applicazione sperimentale diffusa, priva di effetti economici, e il quarto anno entra a regime.

La fascia intermedia di aziende si avvantaggerà di un anno (sei mesi di implementazione e sei di applicazione sul campo) di esercizio pilota, di un secondo anno di applicazione diffusa (sei mesi di esercizio in rete e di formazione), a basso impatto economico, potendosi prevedere che dal terzo esercizio sia applicabile come sistema a regime.

È ipotizzabile un dimezzamento dei tempi di messa a regime per le aziende meglio dotate della prima e della seconda fascia.

#### 8.4. Le risorse

Sono necessarie risorse professionali come formatori, per una fase di avvio; risorse umane come supporto e assistenza, per l'esercizio a tempo indeterminato e con calendari anche fitti

di interventi, ove la numerosità delle Uo rappresenta un fattore critico. Questo settore rappresenta la maggior fonte di spesa all'avvio del processo, tanto più il livello di adeguamento è lontano dall'ottimale.

Le risorse strumentali comportano:

— la disponibilità di *software* specifici per la gestione dei flussi informativi e per la raccolta protetta dei passi compiuti nei singoli percorsi, che devono risiedere in una base dati accessibile ma non modificabile accidentalmente;

— l'eventuale allestimento di una rete *intranet* dedicata;

— flussi cartacei e ridefinizione della modulistica.

Il costo è inversamente proporzionale al livello di implementazione dei sistemi informatici e di *software* gestionali. Quella per le risorse strumentali appare comunque sorgente di spesa meno significativa delle risorse umane.

#### 8.5. Le criticità

Le criticità sono state citate nel corso della descrizione. Esse appartengono specificamente alla categoria delle barriere organizzative e, tra esse, significative sono: la disposizione al cambiamento e l'uniformità di clima sociale (sindacale) aziendale e delle singole Uo.

Infine, l'entità della quota economica fruibile da ciascuna Uo e la politica di ripartizione (valorizzazione strategica) perseguita o meno dalla Direzione generale verso le singole Uo, sono criticità non trascurabili, anche perché per l'azienda emerge la necessità di avere solidi fondi disponibili per attivare sistemi valutativi comunque a traino di meccanismi premianti e con qualche garanzia di poterne governare le devianze e implementare le evoluzioni favorevoli, per non perdere le occasioni del miglioramento.