

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: LE POLITICHE E LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Carlo De Pietro

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I casi di studio - 3. Una lettura dei casi di studio - 4. Le scelte circa la collocazione e la struttura organizzativa.

1. Introduzione

La centralità dell'apporto dei singoli dipendenti alle attività svolte dalle aziende sanitarie è affermata in modo costante da tutti gli osservatori. Altrettanto decisa è l'affermazione secondo la quale i servizi offerti da quelle aziende richiedono tipicamente l'apporto di numerose professionalità all'interno dei percorsi di assistenza e quindi la necessità di un coordinamento efficace del lavoro dei singoli.

A ben guardare, le specificità della gestione del personale nelle aziende sanitarie sono frutto dell'interagire di due aspetti principali: lo statuto pubblico dei rapporti di lavoro all'interno delle aziende del Ssn (1) e l'alta professionalizzazione che caratterizza le attività sanitarie e che si sostanzia (i) nella rilevante autonomia professionale esercitata da gran parte degli operatori e (ii) nella presenza — in grado che non ha pari nell'intero mondo del lavoro — di professioni codificate e organizzate in ordini e collegi professionali.

Se l'alta professionalizzazione rimane elemento centrale del quadro — e prevedibilmente lo sarà anche in futuro —, le riforme delle pubbliche amministrazioni e del pubblico impiego susseguitesì a partire dagli anni '90

hanno dal canto loro cambiato profondamente il contesto in cui le nuove aziende sanitarie sono chiamate a proporre politiche e sistemi operativi per la gestione delle proprie risorse umane. Tale profonda trasformazione ha trovato la sua prima causa nelle crescenti difficoltà che le logiche pubblicistiche tradizionali, basate sul modello sociologico classico di burocrazia, mostravano a fronte di un contesto sociale e tecnologico assai più dinamico e a fronte della crescente crisi finanziaria dello Stato.

Nel nuovo contesto *post-riforme*, la gestione del personale diviene in buona parte ambito in cui le singole aziende sono chiamate a giocare un ruolo sempre più importante, definendo proprie politiche e sviluppando gli strumenti operativi necessari alla loro implementazione. Per potere agire l'autonomia di cui dispongono e il nuovo ruolo cui sono chiamate, le aziende necessitano di attitudini, competenze e assetti organizzativi nuovi. Schematizzando, possiamo dire che le aziende devono quindi partire da una definizione delle proprie finalità. Per la funzione del personale, ciò significa «abbandonare» progressivamente l'approccio giuridico-burocratico per adottare un approccio aziendale, ge-

stionale (figura 1). Una volta definite — insieme agli stessi professionisti, necessariamente coinvolti nel processo pena la sua inefficacia — le finalità aziendali che si intendono perseguire, la funzione gestione del personale dovrà sviluppare politiche, procedure e strumenti operativi coerenti con quegli obiettivi. L'ultima fase del processo è quella del controllo di compatibilità con l'assetto normativo: controllo che tipicamente avalla le scelte aziendali, grazie all'ampia autonomia loro garantita dal nuovo quadro normativo).

Questo cambiamento ha impatti profondi sulle aziende e in primo luogo sulla funzione gestione del personale. Il cambio di prospettiva è assai marcato e impone un passaggio da competenze giuridico-amministrative a competenze aziendali, tipicamente escluse dai tradizionali processi formativi e di aggiornamento professionale. Sono proprio le modalità di sviluppo di tali competenze più strategiche (politiche) e gestionali (valutazione) della funzione «Personale» che qui si vogliono indagare, ricorrendo all'analisi di alcuni casi di studio.

2. I casi di studio

I casi analizzati, di cui qui di seguito vengono proposte le schede di sintesi, comprendono quattro aziende. Tre di esse operano in regioni del centro nord, mentre un'azienda è localizzata al sud. Due sono aziende ospedaliere; le altre due sono aziende territoriali che gestiscono però presidi ospedalieri. I casi di studio qui analizzati non costituiscono certo un campione esaustivo o anche soltanto rappresentativo delle pratiche diffuse nelle aziende del Ssn. Essi però mostrano elementi significativi dello stato attuale delle esperienze in corso e possono quindi costituire lo spunto per riflessioni più generali circa lo sviluppo della funzione oggetto d'indagine.

2.1. L'azienda «A»

La funzione «Politiche e valutazione del personale» presso l'Azienda «A» è di difficile ricostruzione organizzativa, in quanto non è riconducibile a un'unica Uo.

Alla complessità tipica della gestione del personale nelle aziende sanitarie, l'azienda «A» somma le difficoltà legate ad altri due fattori:

— la collocazione in un'area metropolitana nella quale operano numerose strutture sanitarie richiede una gestione del personale capace di trattenere le professionalità che godono di un mercato esterno potenzialmente alllettante;

— la connotazione universitaria dell'ospedale necessita di una gestione del personale capace di gestire la «doppia appartenenza» di alcuni professionisti.

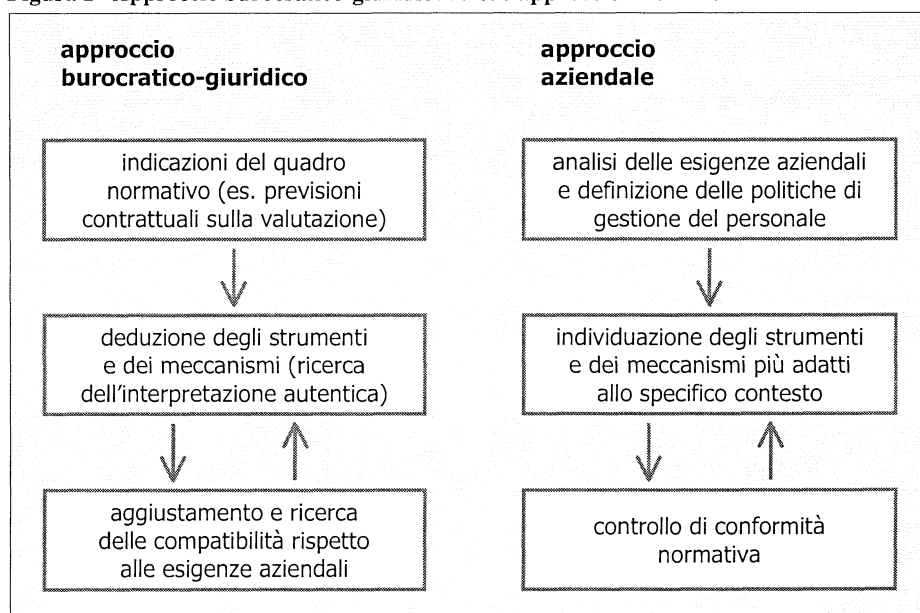
Da un punto di vista formale, la funzione è in fase di sviluppo, sotto la responsabilità di un consulente presente in azienda due giorni la settimana. Altre figure chiave che danno corpo e contenuti da un punto di vista sostanziale a tale funzione sono la responsabile dell'Urp e dell'ufficio «Formazione» (in *staff* alla direzione generale - o Dg) e, almeno parzialmente, il consulente responsabile delle Relazioni sindacali, nonché l'impiegata amministrativa dell'ufficio Urp e Formazione, parzialmente impegnata nello sviluppo del sistema di valutazione.

Mandato del primo consulente citato, che lavora in collaborazione con la responsabile di Urp e Formazione, è quello di introdurre in azienda gli strumenti utili a meglio presidiare le fasi tipiche della gestione del personale e del rapporto di impiego: pianificazione delle necessità di organico; ricerca e selezione; inserimento; valutazione; formazione; disegno dei percorsi di carriera.

Il consulente è stato in passato dirigente presso aziende private, poi dal 1993 collaboratore con incarichi a tempo determinato o in qualità di consulente per aziende e amministrazioni pubbliche, soprattutto in enti locali. L'intera sua esperienza lavorativa è stata incentrata sui temi della gestione del personale e dello sviluppo organizzativo. Di formazione giuridica, si potrebbe definire un «giuslavorista curioso», che ha poi rafforzato le sue competenze in teoria dell'organizzazione e gestione del personale grazie anche a varie iniziative formative. Chiamato presso l'azienda «A» alla fine del 2000, la sua azione si è concentrata su tre priorità: (a) analisi della situazione organizzativa attuale; (b) creazione di una cultura interna favorevole e idonea all'introduzione della valutazione individuale; (c) definizione del modello per la valutazione individuale e definizione delle modalità di aggancio coi sistemi operativi di programmazione e controllo (primo fra tutti, il processo di *budget*).

L'analisi della situazione *as-is* in termini di dotazione organica delle singole strutture organizzative, qualifiche e altre caratteristiche dei singoli dipendenti, è la base informativa per lo sviluppo di un sistema di gestione del personale. Per tale attività di ricostruzione

Figura 1 - Approccio burocratico-giuridico versus approccio aziendale



Fonte: Del Vecchio, De Pietro (2002).

gnizione organizzativa è stato costituito un gruppo di lavoro composto da cinque persone provenienti da diverse strutture dell'azienda. Questo gruppo si è poi avvalso della collaborazione della Dg e dei dipartimenti, chiamati a descrivere la propria struttura delle responsabilità, nonché a confermare gli organigrammi così ricostruiti.

Il secondo fronte di attività ha per fine la creazione di una cultura interna favorevole e idonea all'introduzione della valutazione individuale, sulla base della quale l'azienda dovrà poi progressivamente basare scelte importanti che riguardano la crescita professionale, la progressione economica orizzontale e la progressione verticale per il personale del comparto, la graduazione e il conferimento degli incarichi per il personale dirigente. Per questo, risulta efficace il fatto che la responsabile dell'Urp e della «Formazione» sia fortemente coinvolta nell'impianto delle nuove politiche del personale. In tal modo, infatti, l'introduzione dei nuovi processi — quali, ad esempio, la valutazione individuale — è supportata in maniera partecipata da interventi mirati di informazione, comunicazione e formazione, gestiti dallo stesso ufficio Urp/Formazione. Si tratta quindi di un tipico caso in cui la collocazione in *staff* alla Dg della funzione Formazione risulta essere una scelta efficace, in quanto funge da braccio operativo a disposizione della direzione aziendale per sviluppare processi innovativi e coerenti con gli indirizzi strategici — e non solo per adempiere all'aggiornamento professionale o per colmare eventuali lacune rilevate durante la normale operatività. Un esempio di tale funzione è il corso di informazione/formazione volto ai coordinatori del comparto, in cui sono state illustrate le finalità del sistema di valutazione, le sue caratteristiche, l'utilizzo che ne sarà fatto per decidere della

progressione orizzontale e le competenze relazionali necessarie per poter svolgere il ruolo di valutatore.

Ultimo fronte, che risultava aperto al momento della nostra rilevazione, è la definizione più puntuale degli strumenti operativi (innanzi tutto della scheda di valutazione) e delle modalità di aggancio tra sistemi di programmazione e controllo e sistema incentivante.

Per le restanti attività (costruzione di una cultura della valutazione e definizione degli strumenti operativi) il ruolo fondamentale è stato invece quello della responsabile di Urp e Formazione. Appena diplomata è entrata in azienda, presso l'ufficio «Formazione», allora in *staff* alla Direzione sanitaria. Laureatasi poi in lettere con indirizzo sociologico, ha completato la propria formazione con un corso di perfezionamento in *management* della sanità e con altri corsi specifici. Oltre a partecipare ai corsi di formazione, partecipa poi attivamente alle diverse iniziative di riflessione sul tema dello sviluppo del personale.

Nonostante non abbia una responsabilità formale esplicita, la responsabile dell'Urp e della Formazione è la «memoria storica» delle innovazioni introdotte nella gestione del personale a partire dall'aziendalizzazione e dalla contrattualizzazione del pubblico impiego. In particolare, è lei che, già prima dell'arrivo del consulente esterno, seguiva lo sviluppo del sistema di valutazione e delle altre principali innovazioni in materia di personale (graduazione delle posizioni dirigenziali, individuazione e graduazione delle posizioni organizzative per il comparto, ecc.).

Attualmente lo sviluppo delle politiche del personale è responsabilità di un gruppo di lavoro denominato «Fabbisogni del personale» che si riunisce con cadenza settimanale. Il gruppo è costituito dal consulente esterno, dal

responsabile del dipartimento amministrativo, dal direttore amministrativo, dal responsabile del servizio personale, dal responsabile dell'ufficio concorsi, dal consulente responsabile delle relazioni sindacali (già rappresentante sindacale, con esperienza amministrativa in azienda del Ssn, attualmente in pensione). La composizione del comitato a prima vista sembra mostrare due debolezze:

— esso non comprende la responsabile di Urp e Formazione, la quale quindi entra all'interno della funzione soltanto in veste di responsabile della «Formazione» e, eventualmente, dell'Urp inteso in senso lato quale ufficio che ha la responsabilità — tra le altre — di collaborare al ridisegno dei processi aziendali e alla comunicazione interna;

— la composizione marcatamente «amministrativa» del comitato sembra indicare uno sviluppo ancora limitato di tale funzione, il cui obiettivo è ancora concentrato sul disegno del modello di valutazione e delle sue caratteristiche di fondo. L'assenza di figure sanitarie significa, infatti, che ancora non è ritenuto utile il coinvolgimento e il parere degli utenti finali delle politiche del personale (cioè delle Uuoo di *line* che dovranno poi gestire i sistemi operativi definiti in azienda).

Appare invece utile per lo sviluppo della funzione la presenza nell'ambito del gruppo di lavoro dell'attuale responsabile del dipartimento amministrativo, che al tempo stesso è il responsabile dei servizi informativi aziendali. Ciò in quanto i nuovi sistemi di gestione del personale renderanno sempre più necessario il supporto di strumenti informatici e informativi adeguati e capaci di integrare in tale gestione le Uuoo di *line* con gli uffici amministrativi e di *staff*. In tal senso, la presenza del responsabile del dipartimento amministrativo e de siste-

mi informativi costituisce una presenza che può risultare utile al lavoro del comitato «Fabbisogni del personale».

Riepilogando, l'analisi del caso dell'azienda «A» mostra, per quel che riguarda la funzione «Politiche e valutazione del personale», un visibile scollamento tra risultati raggiunti e grado di sviluppo organizzativo della funzione stessa. Da un lato, l'azienda è stata in grado di gestire alcuni aspetti importanti delle innovazioni richieste e permesse dall'evoluzione normativa e della contrattazione collettiva (es.: posizioni organizzative e progressione economica orizzontale per il personale del comparto; graduazione delle posizioni e affidamento degli incarichi per i dirigenti). Dall'altro lato, la responsabilità della funzione si mostra ancora distribuita in modo poco organico. Manca peraltro qualunque servizio di *staff* dedicato a tale funzione, che presidi con continuità lo sviluppo delle competenze necessarie a implementare una gestione attiva del personale e rappresenti il braccio operativo per l'attivazione e il monitoraggio delle politiche decise dal comitato. Da quanto emerge dalle interviste effettuate, la mancanza di una Uo viene avvertita come una lacuna: infatti, il consulente prevede l'istituzionalizzazione in tempi ragionevoli di una risorsa a ciò dedicata. Il profilo ritenuto ideale è quello di una persona con formazione universitaria, che abbia già maturato esperienze di sviluppo organizzativo presso imprese private di servizi. La caratteristica principale che dovrebbe — a detta del consulente — avere questa risorsa risulta però quella di non essere un tecnocrate: è essenziale, infatti, che sia capace di acquisire la cultura dell'azienda che lo ospita e, sulla base di tale cultura, si muova per gestire i processi di cambiamento.

2.2. L'azienda «B»

La funzione «Politiche e valutazione del personale» di fatto non è presente all'interno dell'azienda «B», o è presente nella sola accezione della gestione amministrativa del personale. I contenuti più innovativi della funzione che altre aziende hanno deciso di sviluppare o si sono trovate a dover sviluppare nell'ambito di un contesto legislativo che ne stimola l'adozione (relativi all'impianto del sistema di valutazione e alla definizione dei percorsi di carriera) sono stati interamente affidati a consulenti esterni (peraltro non in maniera continuativa, per cui non si può propriamente parlare di esternalizzazione della funzione); oppure, sono parzialmente demandate ad altre unità operative per gli aspetti che possono interessare anche altri servizi («Qualità», in primo luogo).

Le strategie generali e l'organizzazione del personale sono decise dalla Dg. L'area della valutazione risulta debolmente presidiata. Le esperienze di valutazione sono state sporadiche e gestite tramite consulenti. Ciò porta al risultato di un sistema vissuto in modo sostanzialmente strumentale alla distribuzione dei fondi retributivi. Non è presente una visione sistemica della valutazione come momento di gestione del personale e valorizzazione strategica di una risorsa chiave dell'azienda.

I principali strumenti operativi per la valutazione (processo, scheda, graduazione delle posizioni, ecc.) sono presenti soltanto «sulla carta», frutto del lavoro di consulenti esterni ma ancora non attivati appieno da parte dell'azienda.

Nell'ottica dell'attuale responsabile dell'ufficio personale, la valutazione dei dirigenti oggi operata appare più che altro come un «giro di carte». Il nucleo di valutazione non è stato ancora individuato.

Il problema principale appare la valutazione del personale delle categorie, dato il numero dei dipendenti coinvolti in quanto valutatori e, soprattutto, valutati. La valutazione del personale delle categorie, necessaria per la distribuzione di alcuni incentivi, si è finora basata su criteri quali l'anzianità e i titoli di studio.

2.3. L'azienda «D»

Le attività legate alla valutazione e alle politiche del personale dovrebbero essere svolte, presso l'azienda «D», dal Servizio personale che, nell'atto aziendale da poco deliberato, è «Ufficio risorse umane», all'interno del «Dipartimento economico-giuridico», alle dipendenze della Direzione amministrativa. Sempre lo stesso atto prevede, all'interno dell'ufficio, tre sezioni, denominate rispettivamente «Acquisizione risorse e politica del personale», «Stato giuridico del personale» e «Trattamento economico e previdenziale». Da una prima analisi, puramente testuale, di tali denominazioni sembra quindi che le attività che interessano la presente ricerca dovrebbero essere assegnate alla prima di queste sezioni, mentre le altre due dovrebbero essere considerate come il supporto all'implementazione delle scelte fatte in quella sede.

Come appena affermato, una funzione aziendale specificatamente orientata a presidiare la formulazione delle politiche del personale e il processo di valutazione ancora non esiste. L'azienda «D» è tuttavia impegnata nella costituzione di un gruppo di lavoro capace di sviluppare le competenze necessarie a tali nuove attività e di gestirle una volta che esse siano definite, testate ed estese all'intera azienda, quali sistemi operativi ordinari di gestione.

A tal fine, la Dg, di concerto col Servizio Personale, ha previsto un in-

sieme di azioni attualmente in fase di avvio e che coinvolgono una pluralità di attori.

Innanzitutto, la Dg sta cercando una persona che, giovane ma con qualche esperienza, possa seguire con continuità queste nuove attività, diventandone il braccio operativo secondo le indicazioni della Dg, la guida del nucleo di valutazione e col supporto del Servizio personale. L'azienda, in particolare, ha già fatto dei tentativi in tal senso, richiedendo: (i) disponibilità a risiedere a «D» o, comunque, nelle vicinanze, in quanto l'impegno dovrebbe essere a tempo pieno; (ii) laurea in discipline economico-aziendali; (iii) interesse per un incarico in un'azienda appartenente al settore pubblico; (iv) esperienza specifica (anche limitata) nella formulazione di politiche del personale e/o nell'implementazione di processi di valutazione; (v) disponibilità a una collaborazione sotto forma di borsa di studio, di formazione e lavoro oppure di contratto a termine, comunque con una retribuzione non troppo gravosa per il bilancio aziendale. L'insieme di tali caratteristiche limitano, ovviamente, il numero dei potenziali candidati.

Un secondo attore, già coinvolto fin dalla primavera del 2001 in tale processo di sviluppo, è un giovane avvocato il quale, grazie a un contratto di collaborazione professionale, supporta il Servizio personale e la Dg per la risoluzione degli ultimi punti ancora aperti della contrattazione integrativa relativa agli anni 1994-1997 e, soprattutto, collabora alla proposta dei contratti collettivi integrativi aziendali relativi al quadriennio 1998-2001.

Oltre a tali due prime figure, il Dg, che in tale fase svolge ancora un ruolo trainante nell'introduzione della nuova funzione, ha chiesto un contributo sostanziale nelle attività d'impianto del sistema ai componenti del neoistituito nucleo di valutazione dell'azien-

da. Il contributo è richiesto, in particolare, ai due membri esterni del nucleo, entrambi con esperienze specifiche: il primo, professore universitario di ricerca operativa, già membro di diversi nuclei di valutazione presso enti pubblici e universitari; il secondo, anch'esso ricercatore in ambito universitario su temi di gestione delle aziende sanitarie, e che ha svolto numerose ricerche e interventi per le aziende del Ssn in tema di organizzazione e personale.

L'impianto della funzione «Politiche e valutazione del personale» si configura quindi come un processo di cambiamento che vede la partecipazione di più attori, anche se per il momento i ruoli dello *sponsor* e dell'«acquirente» interno del processo sono entrambi giocati dal Dg, il quale ha posto tra le priorità aziendali quella di avviare un sistema di gestione e valutazione del personale in linea con le migliori esperienze disponibili nelle aziende del Ssn. È in tale contesto che si deve leggere anche il progetto di un intervento formativo rivolto a tutti i dirigenti aziendali, fortemente voluto dal Dg, e da questi direttamente gestito, anche nella definizione dei contenuti e delle modalità didattiche.

Significativamente minore resta, a tal proposito, il ruolo giocato dalla Direzione sanitaria (che peraltro risulta essere responsabile per le attività di formazione) e da quella amministrativa.

Limitato è anche il ruolo dello stesso ufficio del personale, il quale vive l'impianto di tali nuove attività come se fossero una questione sostanzialmente al di fuori delle proprie competenze specifiche. Significativo, al riguardo, è che il responsabile dell'ufficio del personale dichiara di non avere idee circa chi — e, tanto più, come — dovrà gestire la raccolta e il controllo delle schede di valutazione delle prestazioni individuali, nonché le attività

di reportistica alla Dg e di eventuale *feedback* agli stessi valutati e valutatori, nel caso l'azienda decida di procedere nel senso di una valutazione delle prestazioni individuale e formalizzata per tutti i dipendenti (come peraltro richiesto esplicitamente dai Contratti collettivi nazionali di lavoro - o Ccnl).

Importante invece sembra dover essere il rapporto tra la funzione di «Politiche e valutazione del personale» e quelle «Controllo di gestione» e «Sistemi informativi», anch'esse in via d'impianto o, comunque, di profonda revisione e di sostanziale potenziamento funzionale (per le due funzioni citate, si vedano le relative schede).

Infine, e più che con ogni altra unità organizzativa aziendale, la funzione «Valutazione e politiche del personale» dovrà per necessità sviluppare e mantenere un rapporto costante con le unità operative di *line*, alle quali saranno verosimilmente delegate responsabilità crescenti nell'ambito della gestione delle risorse umane.

Attualmente per il Servizio personale lavorano circa venti persone cui si aggiunge, con collaborazione a tempo parziale, l'avvocato sopra citato. Il direttore del servizio, dopo un diploma di laurea in lettere, ha poi acquistato nel tempo una notevole esperienza specifica, specialmente sugli aspetti giuridici. Accanto a lui, lavorano per l'ufficio due collaboratori di cui uno ha diploma di maturità classica più alcuni anni di frequenza universitaria, l'altro ha invece diploma di ragioneria. La maggior parte degli impiegati dell'ufficio ha titoli di studio non elevati (quattordici di loro hanno al massimo la licenza di scuola media inferiore). I dipendenti dell'ufficio non hanno esperienze professionali precedenti rilevanti.

Il quadro non sembra dunque particolarmente favorevole allo sviluppo della funzione aziendale qui indagata.

A questa debolezza di fondo, si aggiunge poi un approccio orientato a una logica giuridico-amministrativa, secondo la quale la funzione di «Politiche e valutazione del personale» si ridurrebbe agli accordi integrativi aziendali e alla valutazione delle prestazioni individuali dei dirigenti: secondo il responsabile del Servizio personale, preposti a tali attività dovrebbero essere, rispettivamente, il settore economico per la preparazione e la negoziazione delle piattaforme contrattuali, il settore giuridico per la valutazione.

In tale contesto la funzione «Politiche e valutazione del personale», perché risulti efficace, deve necessariamente svilupparsi all'esterno del «Servizio personale», pena il suo inevitabile schiacciamento sulle attività giuridico-amministrative più tradizionali. «Rischio» evidenziato nuovamente dal responsabile del servizio quando, tra le competenze (cioè le risorse) di cui sente maggiormente il bisogno per le proprie attività, cita, nell'ordine, «un avvocato per il contenzioso; più collaboratori con esperienza sui concorsi; uno statistico [che sappia mettere ordine nelle basi dati relative al personale e le sappia poi utilizzare]».

Per concludere, la nuova funzione sembra incontrare un cammino piuttosto difficile presso l'azienda, caratterizzata da sfiducia nei processi di cambiamento che riguardano la gestione delle risorse umane, nonostante la centralità che esse rivestono in qualunque azienda sanitaria e, ancor più, nell'azienda in esame, col suo passato di conflittualità diffusa e di ritardi accumulati nell'innovazione gestionale e nell'applicazione dei contratti collettivi di lavoro.

La strada intrapresa dall'attuale Dg sembra puntare sui seguenti elementi:

— sviluppare le competenze necessarie grazie al nucleo di valutazione

quale organo per l'elaborazione delle idee e l'impianto dei nuovi meccanismi operativi, con uno sforzo particolare richiesto ai componenti esterni, in termini di «acculturamento» e proposta di modelli e strumenti operativi adottati con successo in altri contesti;

— dotarsi di una risorsa che abbia già una qualche esperienza sulla funzione e che, in *staff* alla Dg (una possibile collocazione potrebbe essere il «laboratorio di ricerca gestionale», nuova struttura individuata dall'atto aziendale in *staff* alla Dg) divenga interlocutore credibile all'interno dell'azienda per lo sviluppo dei nuovi meccanismi operativi;

— diffondere la cultura della gestione delle risorse umane, ricorrendo ad appositi interventi formativi e alla già citata opera di «acculturamento» da parte del nucleo di valutazione;

— sviluppare i meccanismi operativi relativi alla funzione di concerto con il controllo di gestione e i sistemi informativi, in modo da coordinarne processi e strumenti operativi.

2.4. L'azienda «L»

La funzione «Politiche e valutazione del personale» nell'azienda «L» è affidata alle seguenti strutture organizzative: 1) il Servizio personale, suddiviso in un ufficio che si occupa degli aspetti economico-amministrativi e un altro che si occupa degli aspetti legali; 2) i tre uffici di *staff* Sviluppo risorse umane, Relazioni sindacali e Formazione.

La responsabilità complessiva delle politiche sul personale spetta a un «Comitato guida delle risorse umane» che, istituito nel 1999, si riunisce due volte al mese. Vi partecipano quattordici persone: il Dg, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile della gestione economica del personale, il responsabile della gestione giuridica del personale, il re-

sponsabile dello *staff*, il responsabile dell'ufficio «Sviluppo risorse umane», il responsabile dell'ufficio «Formazione», il responsabile dell'ufficio «Relazioni sindacali», il responsabile del presidio ospedaliero, un responsabile di distretto (dei sei presenti in azienda), il responsabile della direzione infermieristica, una figura medica, un consulente esterno che è anche componente del nucleo di valutazione aziendale. L'ampia composizione del comitato è volta a coinvolgere, fin da subito le funzioni aziendali collegate o interessate dai processi e dagli strumenti relativi alla valutazione individuale.

L'assetto organizzativo vede delegate al Servizio personale (posto all'interno del dipartimento amministrativo) la gestione delle attività amministrative e legali. Le attività di inserimento, tutoraggio, valutazione, definizione dei percorsi di carriera, formazione, ecc., dovrebbe essere invece delegata alla *line*: gli uffici di *staff* Sviluppo risorse umane, Formazione e Relazioni sindacali dovrebbero essere a supporto della *line* ed essere responsabilizzati sullo sviluppo/affinamento di processi e strumenti operativi. Finora però la delega alla *line* è stata limitata, a causa delle difficoltà culturali e operative implicate da tali nuove responsabilità.

Per quel che riguarda in particolare la valutazione individuale, l'azienda «L» ha adottato un approccio esplicitamente orientato a dare indicazioni per lo sviluppo professionale dei dipendenti. Nel caso del personale dirigente, ciò implica un legame forte col sistema della graduazione delle posizioni organizzative e degli incarichi gestionali o, per i *professional*, col sistema di carriera. Notevole, nell'esperienza dell'azienda, è poi la preoccupazione di dotarsi di un meccanismo operativo utile e implementabile, più che di un sistema che soddisfi quanto

chiesto dal Ccnl (e grazie al quale, eventualmente, poter erogare i premi di risultato).

Per analizzare l'emergere della funzione di gestione del personale risulta utile ripercorrere la storia del sistema di valutazione individuale dei dirigenti, individuando quattro fasi principali:

— la prima, di impianto e costruzione del sistema, inizia nella primavera del 1998 e si conclude a dicembre dello stesso anno;

— la seconda, collocabile nell'anno 1999, provvede al consolidamento del sistema;

— la terza, dal gennaio all'autunno 2000, tenta la messa a regime dell'intero processo;

— la quarta, di affinamento del processo e degli strumenti operativi, è quella attuale.

Durante la prima fase il motore propulsivo è il Nucleo di valutazione di concerto col responsabile dello *staff*: è il Nucleo il luogo di elaborazione delle idee e delle scelte principali che caratterizzeranno l'intero processo e, col supporto attivo del Dg che ne legittima le scelte di fondo, definisce l'impianto teorico e le regole di aggancio tra *budget* e incentivi. Il Nucleo inizialmente si avvale del supporto di una società di consulenza esterna che già lavora sulla valutazione del personale per altre aziende del Ssn. Come usuale, il ricorso ad una società di consulenza rappresenta una strada facile per accedere a competenze ancora non maturate all'interno dell'azienda e per poter procedere a definire il modello di riferimento e gli strumenti operativi senza essere fin da subito troppo vincolati alla storia propria dell'azienda. Le scarse esperienze fino ad allora condotte per la valutazione individuale nelle aziende del Ssn fanno sì che quell'intervento consulenziale sia più sperimentazione comune che adozione di soluzioni già implementate altrove.

Del gruppo di lavoro misto azienda/consulenti fanno parte il responsabile dello *staff*, alcune risorse del Servizio personale, alcuni rappresentanti sindacali. Esso forma quattro *focus group* ai quali partecipano anche alcuni dirigenti di struttura. I risultati sono presentati ai dirigenti di struttura complessa presenti in azienda, potenziali valutatori quando il sistema sarà a regime. I dirigenti sono divisi in due gruppi per una giornata durante la quale sono presentati l'approccio seguito e gli strumenti proposti. Alla fine, il gruppo di lavoro chiede ai valutatori di sperimentare schede e modello su una ventina di collaboratori rappresentativi. Risultati e suggerimenti sono utilizzati per perfezionare le schede di valutazione. Infine, il gruppo di lavoro riunisce nuovamente i valutatori (in cinque gruppi) per due giornate di formazione al fine di discutere l'ultima versione della scheda, validarla e stabilire fasi, attori e ruoli del processo. A questo punto, l'azienda dispone di una prima versione testata e condivisa del processo e degli strumenti operativi per la valutazione individuale dei dirigenti. Essa perciò chiede a tutti i responsabili di struttura complessa di valutare i propri collaboratori per il 1998, chiarendo che tale valutazione non avrebbe avuto conseguenze operative o economiche: l'unica conseguenza annunciata è l'inserimento delle schede di valutazione individuale nel fascicolo personale del valutato (poi peraltro non avvenuto).

Nel corso della seconda fase i valutatori cominciano ad acquisire dimestichezza col loro nuovo ruolo e con gli uffici di *staff*. L'azienda cerca una persona capace di ricoprire la carica di direttore del personale trasformandone le attività da amministrative a gestionali. Ciò però risulta difficile — e così sarebbe ancora oggi — per la scarsa disponibilità di figure che abbiano competenze giuridico-ammini-

strative, abbiano esperienza di responsabilità delle politiche del personale in organizzazioni altamente complesse come quelle sanitarie, e siano disposte ad accettare le condizioni retributive prevalenti all'interno delle amministrazioni pubbliche.

Di fronte a tale difficoltà, la soluzione organizzativa adottata è quella di costituire appositi uffici (Formazione; Relazioni sindacali; Sviluppo risorse umane) in *staff* alla Dg che, responsabilizzati sullo sviluppo di competenze e su obiettivi precisi, siano in grado di sviluppare le funzioni più innovative relative alla gestione del personale.

In particolare, l'ufficio «Sviluppo risorse umane» ha l'obiettivo di impiantare e presidiare il sistema di valutazione, volto a supportare la definizione di possibili percorsi di carriera. Per ricoprire tale responsabilità, nel giugno 1999 l'azienda «L» assume — con contratto dirigenziale a tempo determinato — una risorsa con esperienza nel campo della formazione/gestione del personale (è indicativo che tale risorsa abbia una laurea umanistica, slegata quindi dalla tradizione giuridico-amministrativa che caratterizza la gestione del personale nelle aziende sanitarie pubbliche).

Il maggior risultato della seconda fase è il rafforzamento di un linguaggio comune, condiviso dall'intera dirigenza, nonché l'introduzione della logica e del processo della valutazione delle prestazioni all'interno della cultura aziendale. A fine 1999 l'azienda precisa per il secondo anno consecutivo che i risultati della valutazione non avranno conseguenze, salvo l'essere conservati nei fascicoli personali dei dipendenti e il costituire una base di partenza per discutere dello sviluppo personale futuro dei singoli valutati. Si conferma cioè un approccio graduale, che dia ai valutatori il tempo di «imparare a valutare». Le schede sono

compilate entro il giugno 2000, grazie anche a due lettere di sensibilizzazione e sollecito inviate dal Dg ai valutatori. I risultati complessivi di questo «esercizio obbligato» mostrano però ancora alcuni limiti: le valutazioni «Eccellenti» o «Superiori alla media» rappresentano infatti i due terzi del totale: il timore di esporsi, di giudicare in modo esplicito i propri collaboratori risulta essere ancora elevato per i responsabili delle Uuoo.

La terza fase è di messa a regime del sistema. L'azienda vuole consolidare il sistema, migliorando le capacità dei valutatori e rafforzando la credibilità dell'intero processo attraverso un aggancio al sistema di conferimento degli incarichi e, più in generale, ai percorsi di carriera. L'aggancio con il sistema di *budget* e con la retribuzione di risultato è facilitata dal fatto che nel 1998, a capo delle attività economico-amministrative del Servizio personale è nominata una persona prima impegnata nell'ufficio «Controllo di gestione» e che nel frattempo ha frequentato un corso in *management* e si vede riconosciuto il titolo di dirigente.

L'azienda «L» ha presidiato e accompagnato con attenzione il processo di cambiamento, coinvolgendo più attori e avvalendosi di diversi strumenti o momenti per l'informazione, la condivisione, la formazione (oltre a quelli già citati, l'azienda si è avvalsa della rivista aziendale «L» «Notizie» per illustrare il modello e le sperimentazioni, e di una serie di sei incontri informativi di tre ore tenuti presso le sedi dei singoli distretti e ai quali hanno partecipato anche le organizzazioni sindacali).

Nel caso delle aziende sanitarie, e più in generale delle Ppaa, ogni cambiamento risulta particolarmente difficile per l'intensità con cui si esprime l'inerzia organizzativa, per la mancanza della spinta al cambiamento rappresentata dal mercato e dalle sue dinami-

che, per la difficoltà a costituire ruoli e competenze nuove, in grado di incidere sui processi aziendali. Presso l'azienda «L», oltre a quelli sopra citati, attori importanti del processo di cambiamento sono stati l'ufficio Relazioni sindacali e le organizzazioni sindacali:

— l'ufficio «Relazioni sindacali» svolge un ruolo chiave durante tutta la fase di avvio del processo. Gli incontri con le organizzazioni sindacali — o Ooss — diventano l'occasione per validare in modo ampio le scelte aziendali. Il responsabile dell'ufficio, già sindacalista e profondo conoscitore dell'azienda «L», è peraltro componente del Comitato guida delle risorse umane;

— i sindacati rappresentano da sempre una presenza forte nell'Azienda «L». Il ruolo delle Ooss nelle fasi d'impianto e introduzione del sistema di valutazione è di partecipazione attiva e successivamente di controllo esterno, mediato dall'ufficio «Relazioni sindacali». Tale partecipazione è però vissuta anche con apprensione da parte dei sindacati stessi, in quanto una valutazione che legittimi un'ampia soggettività sottolineando il carattere fiduciario del rapporto tra il singolo dirigente e l'azienda, indebolisce il ruolo della rappresentanza sindacale stessa. Tale tesi è confermata dal nuovo responsabile dell'ufficio di *staff* «Relazioni sindacali», insediatosi all'inizio del 2001, secondo il quale «la valutazione in sostanza [toglie ai sindacati e] cede all'azienda la politica del personale».

Volendo riassumere i punti di forza che caratterizzano l'esperienza, anche in relazione a quelle fatte in altre aziende del Ssn, si può dire che essi siano i seguenti:

— l'azienda ha «anticipato» la contrattazione collettiva nazionale, con l'obiettivo di perseguire l'utilità aziendale, più che la mera applicazio-

ne del Ccnl (cfr. figura 1 all'inizio del presente scritto);

— il sistema non è stato finalizzato alla distribuzione dei premi di risultato (che sono agganciati ai risultati di *budget*), ma ai percorsi di carriera e alle indennità di posizione;

— la Dg e l'azienda hanno investito nella sperimentazione di modalità nuove di gestione, valorizzazione e valutazione del personale;

— la costruzione del modello ha previsto un'ampia partecipazione della dirigenza aziendale, rafforzata da numerosi eventi di comunicazione, informazione, condivisione e formazione;

— l'integrazione tra valutazione individuale e graduazione delle funzioni riconoscere/premiare/retribuire la fedeltà organizzativa del singolo dipendente. L'azienda «L», infatti, ha in mente un modello di valutazione individuale orientato allo sviluppo delle competenze adatte alla carriera del professionista;

— l'elaborazione teorica è stata assai vivace in azienda e ancora oggi è orientata a progettare un modello delle competenze capace di offrire ai singoli professionisti una «mappa delle opportunità» in termini di percorsi di carriera e delle competenze da questi richieste.

D'altro canto, il sistema dà ancora luogo a numerosi problemi teorici, culturali e gestionali:

— la necessità di coinvolgere un largo numero di attori ha allungato la sperimentazione, col rischio di far perdere credibilità all'intero processo;

— il sistema manca di un adeguato supporto informatico/informativo;

— lo sviluppo del modello di valutazione individuale e la sua gestione operativa è affidato a un ufficio appositamente costituito (Sviluppo risorse umane). La scelta di costituire un ufficio in *staff*, nonché quella di affidarlo a un dirigente con contratto a tempo

determinato, se rappresenta una tipica soluzione organizzativa per le funzioni innovative delle aziende sanitarie, è pur sempre una scelta che deve poi trovare legittimazione all'interno della struttura organizzativa aziendale.

3. Una lettura dei casi di studio

La ricostruzione dei quattro casi di studio illustrati ci permette di fare alcuni commenti trasversali che riguardano le caratteristiche della funzione «Politiche e valutazione del personale» all'interno delle aziende del Ssn. In particolare, si tratta di valutarne il grado di sviluppo, le competenze richieste, le modalità di sviluppo o acquisizione di tali competenze, le scelte adottate dalle aziende in termini di struttura e collocazione organizzativa per le attività svolte.

3.1. Alcune considerazioni generali sul grado di sviluppo della funzione

La ricostruzione dei casi relativi alla funzione in esame è stata particolarmente difficile.

In particolare, per tale funzione — come per il «Marketing» — l'ipotesi assunta inizialmente dal gruppo di lavoro, secondo cui l'approccio era quello di procedere rilevando le reali condizioni operative presenti nelle singole aziende in termini di attività svolte, competenze possedute e collocazione organizzativa adottata, non si è mostrata sostenibile in alcuni casi. Si è quindi preferito un approccio misto, che ha individuato la funzione «Politiche e valutazione del personale» per integrazioni successive, partendo dalle sue attività *core*, rappresentate dalla valutazione individuale permanente dei dipendenti delle aziende.

I casi sono stati quindi costruiti partendo dall'individuazione dei «luoghi» organizzativi in cui tali attività erano sviluppate e gestite, delle perso-

ne loro preposte, delle competenze richieste. Soltanto in un secondo tempo l'indagine si è ampliata per analizzare altre attività ritenute rilevanti dal gruppo di ricerca (in particolare, le attività relative alla graduazione degli incarichi dirigenziali, la redazione e la negoziazione dei Contratti collettivi integrativi aziendali — o Ccia —, ecc.).

Il primo elemento di difficoltà nella ricostruzione dei casi-studio è dato dal fatto che la funzione «Politiche e valutazione del personale» si pone quale sviluppo e arricchimento della funzione «Amministrazione del personale», della quale sono dotate — per ovvi motivi — tutte le aziende sanitarie. È quindi quest'ultima funzione che dovrebbe radicalmente trasformarsi in modo da ricomprendere, al proprio interno, lo sviluppo di meccanismi operativi per una gestione più attiva del personale. Non si tratta in senso stretto, quindi, dello sviluppo di una nuova funzione, ma del profondo rinnovamento richiesto alla gestione del personale e quindi dello sviluppo delle proprie attività e delle competenze richieste per svolgerle in modo efficace. Le realtà aziendali che mostrano la nascita di uffici variamente denominati «Valutazione» o «Sviluppo delle risorse umane» rappresentano quindi un'opzione agibile ma non necessaria, secondo la quale le aziende hanno deciso di sviluppare queste competenze nuove in uffici a ciò destinati, eventualmente al «riparo» dalle strutture tradizionali le quali, dotate di cultura e meccanismi operativi assai forti, potrebbero finire per ostacolare lo sviluppo delle nuove attività e delle competenze a esse associate (2).

In particolare, la funzione «Amministrazione del personale» è sempre stata una funzione assai forte all'interno delle aziende sanitarie. Ciò a sua volta è frutto del complesso assetto normativo che regolamentava — e re-

golamenta — le relazioni d'impiego in questo settore. La funzione vede ora ridurre la propria importanza a seguito del tendenziale alleggerimento normativo, favorevole ad un aumento degli ambiti di autonomia — e responsabilità — gestionale disponibile alle singole aziende. Se, da un lato, gli oneri e le difficoltà legate all'amministrazione delle attività più tipiche della funzione sembrano quindi ridursi (gestione paghe e contributi, in primo luogo, nonché la gestione degli aspetti legali e del contenzioso), dall'altro un'autonomia sempre più ampia ha bisogno di competenze nuove, o attualmente ancora deboli, all'interno delle aziende sanitarie.

Per qualificare ulteriormente tali osservazioni preliminari, esse possono essere rilette alla luce della figura 2.

La figura 2 propone una possibile sequenza descrittiva — né strettamente necessaria da un punto di vista logico né difatti sempre rispondente a quanto osservato nelle situazioni reali — per illustrare l'evoluzione e lo sviluppo di qualunque funzione aziendale.

Fin dalla definizione dell'oggetto d'indagine e dall'individuazione del campione di casi da descrivere, è apparso subito chiaro al gruppo di lavoro l'estrema debolezza che ancora caratterizza la funzione di cui si tratta. In realtà, alcuni suoi elementi tipici — quali il già citato sistema di valutazione individuale permanente — sembrano esser introdotti a seguito di una spinta normativa e contrattuale, più che frutto dell'emergere di esigenze realmente avvertite da parte delle aziende.

Altrettanto debole sembra la conoscenza dei modelli teorici di riferimento, i quali sono in realtà disponibili con una certa abbondanza in letteratura se riferiti al mondo delle imprese, ma ancora poco affinati nella tradu-

zione e nell'adattamento che tali modelli necessitano perché risultino altrettanto efficaci all'interno delle aziende sanitarie pubbliche.

La necessità di presidiare le politiche e la valutazione del personale è oramai avvertita, anche se spesso si limita ad essere considerata alla stregua di altre attività richieste (cioè di altri oneri imposti) dalla contrattazione collettiva nazionale e dalle norme che riguardano l'impiego nel Ssn. In tal senso, ad esempio, le ultime due tornate contrattuali hanno richiesto l'istituzione di fondi per i premi di risultato da costruire secondo norme precise e obbligatorie nell'ambito dei bilanci aziendali e l'esistenza stessa di tali fondi ha poi innescato aspettative e, alla fine, lo sviluppo di meccanismi operativi corrispondenti a quelli tipici della funzione in esame. Allo stesso modo, i modelli teorici sono sostanzialmente disponibili in letteratura e nelle esperienze di altre organizzazioni professionali. Ciononostante, lo sviluppo di competenze specifiche per lo sviluppo dei meccanismi operativi adatti alle aziende sanitarie e poi per gestire quei meccanismi, appare assai limitato.

A maggior ragione, questo debole sviluppo nelle competenze specifiche necessarie per tale ambito di attività si traduce in una notevole difficoltà in sede di definizione degli strumenti operativi capaci di tradurre quei modelli in processi condivisi e, in ultima analisi, efficaci e quindi utili all'azienda in cui ci si trova ad operare.

Questo sviluppo debole e, spesso, determinato da fattori esterni di contesto (Ccnl e, più in generale, assetto normativo) più che da scelte aziendali, fa sì che difficilmente possano essere identificate, per questa funzione, professionalità in qualche modo «codificate».

Per meglio illustrare il punto, un parallelo con quanto avviene per la

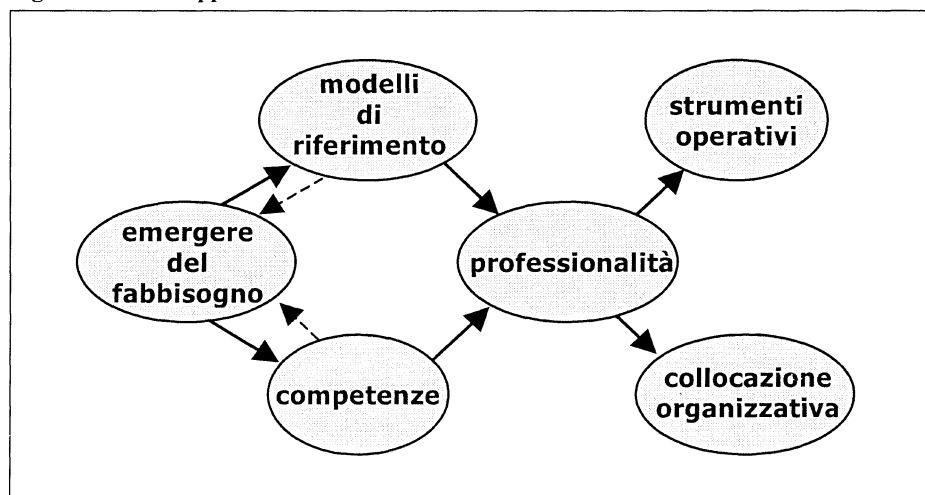
funzione «Controllo di gestione» può essere senz'altro chiarificatore. Nel caso del Controllo di gestione, la maturità della funzione (commentata in altro scritto in questo stesso numero) si è tradotta nell'emersione di un ruolo — e della professionalità ad esso associata — oramai sufficientemente condiviso e, in questo senso, codificato, all'interno del Ssn. Chi, a vario titolo, opera all'interno delle aziende sanitarie pubbliche, ha una percezione relativamente assestata di quali sono le attività tipicamente associate al controllo di gestione e di quali sono le responsabilità del *controller* di un'azienda. I dirigenti responsabili di struttura o comunque le persone coinvolte nel processo di *budgeting*, potranno anche immaginare quelle che sono le difficoltà tipiche di quel ruolo e le competenze che il *controller* dovrebbe avere (richiesta di dati che arrivano spesso in ritardo; verifica della loro rilevanza e affidabilità; ecc.). Inoltre, quel ruolo dispone oramai anche di una collocazione organizzativa relativamente *standard*, tipicamente in *staff* alla Dg, con la possibilità di avere responsabilità ulteriori rispetto a quelle relative allo sviluppo e alla gestione

del solo sistema di *budget* (responsabilità ulteriori e frequenti riguardano la contabilità analitica — o Coan — i flussi informativi di attività relativi alle prestazioni sanitarie, ecc.). Infine, questa «codificazione» che in certa misura è già stata raggiunta per il ruolo del *controller* nelle aziende del Ssn, ha portato allo sviluppo di un vero e proprio mercato di riferimento per tali professionisti, caratterizzato da un discreto tasso di scambio/ricambio, con soggetti che si trasferiscono da un'azienda all'altra, con varie forme contrattuali di collaborazione più o meno «internalizzata» (si va dal consulente con partita Iva al dirigente a tempo determinato ex articolo 15-*septies*).

Ora si consideri, per differenza con quanto visto per il *controller*, qual è lo sviluppo della funzione «Politiche e valutazione del personale».

Chi si definisse «responsabile delle politiche e della valutazione del personale» di una certa azienda sanitaria, dovrebbe poi subito «spiegare» tale incarico qualificandolo con almeno due tipi di informazioni, relative alle attività realmente svolte in quel ruolo e alla collocazione organizzativa assegnata.

Figura 2 - Lo sviluppo di una nuova funzione aziendale



Semplificando, mentre se una persona si definisce «*controller* di un'azienda sanitaria» è possibile immaginare responsabilità e collocazione organizzativa assunte, se una persona si definisce «responsabile delle politiche e della valutazione del personale» l'interlocutore sarà tentato dal porgli domande del tipo: «E cioè?» e, subito dopo, «E da chi dipendi?».

3.2. Le attività svolte

L'analisi svolta ha messo in luce un insieme di attività tipiche della funzione nelle aziende sanitarie: si tratta dell'attivazione dei principali meccanismi operativi volti a implementare i diversi istituti contrattuali. In particolare quindi la funzione è attiva nell'ambito delle relazioni sindacali, nella redazione delle piattaforme da portare alla contrattazione con le Ooss e poi nella negoziazione dei Ccia, nell'attivazione di meccanismi volti a graduare gli incarichi di struttura e professionali per i dirigenti, a individuare e poi graduare le posizioni organizzative per il personale non dirigente, a valutare le prestazioni del personale. Attività collegate a quelle descritte sono poi la definizione dei regolamenti per le carriere interne (nel caso del personale non dirigente si tratta della progressione verticale lungo le categorie e della progressione orizzontale lungo le fasce economiche; nel caso del personale dirigente i maggiori problemi che le aziende devono affrontare riguardano la progressione di carriera di chi non ha incarichi che comportano la responsabilità di struttura), per il funzionamento del nucleo di valutazione aziendale e dei collegi tecnici, ecc.

Quanto detto conferma la rilevanza decisiva, nella funzione in esame più che in altri ambiti, di un'ottica giuridico-amministrativa che privilegia un approccio finalizzato ad ottemperare

le norme, a scapito di un'ottica aziendale, centrata sull'elaborazione di meccanismi operativi utili alla gestione efficiente e al raggiungimento dei fini istituzionali.

Se l'approccio burocratico-amministrativo era quello adatto al contesto delle aziende sanitarie fino a qualche tempo fa, esso non permette di agire a pieno l'autonomia di cui esse sono oggi dotate e quindi risulta, in ultima analisi, poco efficace. In particolare, l'atteggiamento culturale prevalente in presenza di un approccio burocratico-giuridico è portato a investire in misura del tutto insufficiente in fasi centrali dell'approccio aziendale, e cioè:

— nella definizione degli obiettivi aziendali collegati ai singoli meccanismi operativi e

— nella definizione delle modalità adatte a gestire il processo di cambiamento e, in particolare, a tenere alta la motivazione e l'impegno al raggiungimento degli obiettivi finali nel corso del processo di cambiamento.

I casi considerati dalla ricerca sono rappresentativi di uno spettro ampio di possibili pacchetti d'attività. In particolare, si va da situazioni in cui l'azienda è in fase di impianto della funzione, a casi in cui essa, nonostante alcune prevedibili difficoltà, ha già ottenuto risultati importanti e la legittimazione all'interno dell'azienda, prevedendo ora di proseguire con lo sviluppo di «mappe di opportunità» capaci di indicare i percorsi di carriera disponibili ai singoli professionisti che operano in azienda, sulla base di un piano delle competenze (azienda «L»).

3.3. Il grado d'internalizzazione delle competenze e le modalità di reclutamento

L'analisi dei casi indagati mostra diversi possibili percorsi di acquisto delle competenze e di reclutamento

dei professionisti impegnati nella funzione. Ciò nonostante, una caratteristica della funzione è la sua natura significativamente interna all'azienda soprattutto sulla base di quanto ipotizzabile in termini di sviluppo futuro.

Se, all'inizio del processo, le modalità di sviluppo della funzione hanno visto un'importante ricorso alle competenze fornite da attori esterni (tipicamente società di consulenza o singoli esperti a volte componenti dei neo istituiti Nuclei di valutazione), le esperienze indagate mostrano una progressiva internalizzazione di tali apporti. Le competenze «acquistate» sul mercato, cioè, tendono a ridursi oppure danno luogo alla «strutturazione» — e quindi all'interiorizzazione — di quelle competenze, tramite l'assunzione a tempo determinato o altre modalità di reclutamento. Lì dove questa internalizzazione (o strutturazione) non ha avuto luogo, i risultati sembrano essere assai più deboli e aleatori (in un caso, la presenza del consulente nel ruolo di «integratore organizzativo» non sembra particolarmente efficace; in un altro caso il supporto consulenziale non è mai riuscito ad integrarsi con le strutture aziendali, rendendo complessivamente inefficace l'intervento stesso).

Con riguardo alle previsioni di sviluppo futuro, è rilevante notare come nelle configurazioni previste a regime per la funzione l'internalizzazione viene ulteriormente rafforzata, confermando la natura strategica delle politiche e della valutazione del personale all'interno di un'organizzazione professionale come tipicamente sono le aziende sanitarie. Le attività di reclutamento e selezione, di orientamento e *mentoring*, di valutazione, formazione e sviluppo professionale sono cioè percepite all'interno delle aziende come centrali per il soddisfacimento delle finalità istituzionali, e quindi rap-

presentano attività sulle quali le aziende sembrano voler mantenere un presidio diretto e stringente, senza mediazioni e quindi senza possibilità di esternalizzazione.

In termini della figura 3, ciò significa che l'evoluzione osservata e, ancor più, prevista per tale funzione, tende allo sviluppo interno (eventualmente delegato in ottica di *networking* con altre aziende del Ssn per l'elaborazione o la gestione di alcuni meccanismi operativi specifici della funzione, ad esempio le relazioni sindacali o la gestione della formazione).

Per quel che riguarda nello specifico le modalità di reclutamento, è possibile evidenziare almeno tre elementi.

Innanzitutto, è possibile reclutare sul mercato persone che abbiano competenze specifiche (ad esempio il responsabile dell'ufficio «Sviluppo risorse umane» nell'azienda «L»), ma è difficile trovare professionisti capaci di assumere la responsabilità complessiva della funzione personale, arricchendola dei contenuti più gestionali e meno amministrativi, e ciò in quanto:

— chi proviene dal settore pubblico ha spesso una cultura giuridico-amministrativa poco adatta allo sviluppo delle competenze innovative richieste dalla funzione;

— d'altro canto, chi proviene dal privato dovrebbe comunque avere una grossa capacità di adattamento alla cultura organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche, pena il rischio di risultare un «alieno organizzativo»;

— infine, i livelli retributivi che le aziende sanitarie possono concretamente offrire ai propri dirigenti amministrativi risultano spesso inferiori a quelli prevalenti nelle imprese private per ruolo comparabili.

Il secondo elemento rilevante che emerge in termini di modalità di reclu-

tamento, riguarda il fatto che, anche quando le aziende non ritengano utile procedere all'assunzione di nuove figure dall'esterno ma preferiscano invece rivolgersi al personale già dipendente, solo raramente esse affidano lo sviluppo della nuova funzione a persone che lavoravano presso l'ufficio personale. Al contrario, in genere le risorse individuate provengono da funzioni con forti contenuti d'integrazione organizzativa (ad esempio: la responsabile dell'Urp presso l'azienda «A»).

Infine, le competenze che sembrano necessarie allo sviluppo della funzione sono di carattere economico-aziendale. Quelle giuridiche, al contrario, possono in alcune occasioni costituire addirittura un problema, soprattutto in quelle realtà aziendali contraddistinte da una storia di ritardi generalizzati nell'applicazione dei vari istituti contrattuali e normativi, e quindi spesso gravate da un contenzioso assai rilevante: in tali contesti il rischio che si corre è infatti quello di adottare un approccio attento a sanare situazioni pregresse, ma incapace di proporre in maniera chiara e convincente politiche del personale che siano coerenti con — e anzi partecipino a costruire — gli orientamenti strategici dell'azienda.

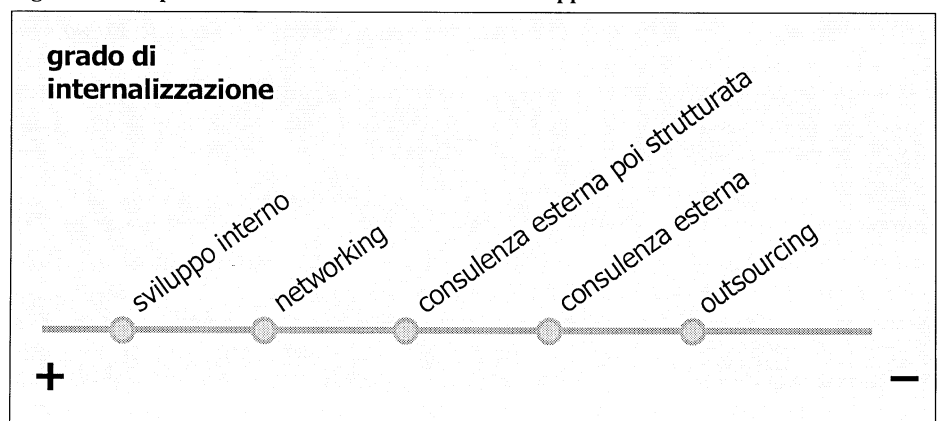
6. Le scelte circa la collocazione e la struttura organizzativa

La funzione «Politiche e valutazione del personale» risulta spesso avere una struttura organizzativa dispersa e scarsamente codificata. Come già detto, essa sembra essere tipicamente costituita da attività svolte sotto diversi «cappelli» variamente denominati e collocati all'interno dell'azienda: Relazioni sindacali, Ufficio personale, ecc.

È tipico invece che la funzione non sia mai interamente ricompresa all'interno del «Servizio personale», in ciò confermando la tesi secondo la quale la collocazione in *staff* rappresenta una soluzione idonea a preservare le funzioni durante le fasi del loro sviluppo (si veda Del Vecchio, 2000).

Nei diversi casi indagati è comunque evidente la necessità di un coordinamento capace di ricomporre a unità i vari attori o uffici che con responsabilità diverse concorrono alla definizione. In particolare, il caso più evoluto tra quelli presi in esame (azienda «L») si distingue per essere stato caratterizzato sin dalla fase d'impianto da un forte supporto del Dg e per la disponibilità, all'interno dell'azienda, del responsabile dello *staff*, dotato di forti competenze organizzative e ca-

Figura 3 - Le opzioni interne versus esterne nello sviluppo della funzione



pace di integrare in maniera durevole ed efficace i vari attori coinvolti (in primo luogo il responsabile delle Relazioni sindacali e poi la neoassunta responsabile dell'ufficio «Sviluppo risorse umane»).

Lì dove uno dei due elementi citati — *sponsor* e integratore organizzativo dotato di autonomia e potere decisionale — manca o risulta debole, il processo d'introduzione appare essere a rischio. È il caso dell'azienda «C», in cui la spinta del Dg non trova una sponda organizzativa capace di raccogliarla e agirla e, nell'altro senso, è il caso dell'azienda «B», in cui la scarsa

sponsorship di cui era dotato il processo ha favorito soluzioni tecnocratiche incapaci però di trovare una traduzione organizzativa pienamente efficace.

(1) Abbreviazioni:

Ccia:	Contratto collettivo integrativo aziendale;
Ccnl:	Contratto collettivo nazionale di lavoro;
CoCoCo:	Collaborazione Coordinata e Continuativa;
Ooss:	Organizzazioni sindacali;
Ssn:	Servizio sanitario nazionale;
Urp:	Ufficio relazioni con il pubblico;
Uuoo:	Unità operative.

(2) Sul rapporto che, più in generale, corre tra funzioni di *staff* e funzioni di line, cfr. Del Vecchio, 2000.

BIBLIOGRAFIA

- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.

Tabella 1 - Un'analisi sinottica della funzione «Politiche e valutazione del personale» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/ part-time	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «A»	Ricognizione assetto organizzativo Graduazione e conferimento incarichi Impianto valutazione prestazioni personale non dirigente (con scheda di valutazione individuale)	Consulente in <i>staff</i> al Dg Risorse dell'ufficio Urp dedicate a tempo parziale Comitato «Fabbisogni del personale» (5 persone) Ufficio «Relazioni sindacali» in <i>staff</i> al Dg	2	Il consulente ha contratto a tempo parziale Risorse Urp impegnate su tali attività a tempo parziale Il responsabile Relazioni sindacali è collaboratore a tempo parziale	Consulente: laurea in giurisprudenza + formazione in gestione del personale e organizzazione + dirigente in aziende pubbliche + consulente per pubbliche amministrazioni (spesso enti locali) Risorse Urp: responsabile con laurea in lettere + master sanitario + altra formazione specialistica; impiegato senza competenze specifiche Responsabile «Relazioni sindacali»: contratto di consulenza; ex sindacalista	Responsabilità non formalizzate (esempio: responsabile dell'Urp si occupa di politiche del personale) Ufficio del personale poco coinvolto Comitato «Fabbisogni del personale» slegato dagli altri principali attori Consulente poco integrato all'interno dell'organizzazione
Azienda «B»	Parziale adempimento degli istituti contrattuali	Le attività sono gestite dall'ufficio del personale, col coinvolgimento degli altri servizi quando ciò è utile (esempio: Uuoo di <i>line</i> e controllo di gestione)	N.d.	N.d.	Attività svolte da alcune società di consulenza Non c'è stato «travaso» gestito delle competenze dalle società di consulenza	Responsabilità non definite, neanche nella programmazione per il prossimo futuro Il parziale adempimento degli istituti contrattuali disincentiva una progettazione più incisiva («tanto i premi li distribuiamo già») Mancanza di uno <i>sponsor</i>
Azienda «D»	Costituzione «Nucleo di valutazione aziendale» Prime proposte per la graduazione degli incarichi dirigenziali e per la valutazione delle prestazioni	Ruolo attivo da parte del «Nucleo di valutazione» Supporto da parte del «Servizio personale» Collaborazione da parte di un avvocato che a sua volta ha contratto di collaborazione con il «Servizio personale»	N.d.	Impegno parziale da parte di tutti gli attori	Componenti esterni del «Nucleo di valutazione» con responsabilità di «acculturamento» Componenti interni del Nucleo (due medici e un avvocato dirigente amministrativo) Coinvolgimento di due persone dello staff della Dg, uno informatico con contratto di collaborazione coordinata e continuativa (Co.Co.Co) e l'altro aziendalista con borsa di studio Supporto da parte del responsabile del «Servizio personale» (laurea in lettere + esperienza sul ruolo) e di un avvocato sua collaboratrice esterna Formazione esterna per i valutatori	Impegno limitato dei componenti esterni del «Nucleo di valutazione» Indisponibilità, all'interno dell'azienda, di una risorsa dedicata alla funzione Il Dg è ancora l'unico <i>sponsor</i> per lo sviluppo di tale funzione Elevata conflittualità interna in temi di rapporti di lavoro e ritardo sostanziale nell'applicazione degli istituti contrattuali

segue Tabella 1 - Un'analisi sinottica della funzione «Politiche e valutazione del personale» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/ part-time	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «L»	<p>Sistema di valutazione delle prestazioni</p> <p>Definizione regole per l'aggancio ai sistemi di programmazione e controllo e per la distribuzione dei premi di risultato</p> <p>Graduazione e conferimento incarichi</p> <p>Impianto per lo sviluppo di un piano delle competenze e la definizione di percorsi di carriera</p>	<p>Uffici in <i>staff</i> alla Dg: «Sviluppo risorse umane», «Relazioni sindacali» [e «Formazione»]</p> <p>Ruolo attivo del responsabile dello <i>staff</i> e del Nucleo di valutazione aziendale</p> <p>«Comitato delle risorse umane» (14 persone)</p>	3	<p>Risorsa a tempo pieno: il responsabile dell'ufficio di <i>staff</i> «Sviluppo risorse umane»</p> <p>Impegno a tempo parziale per le altre persone coinvolte</p>	<p>Responsabile «Sviluppo risorse umane»: laurea in lettere + esperienza in gestione del personale e formazione + corsi specifici</p> <p>Responsabile <i>staff</i>: laurea in sociologia + esperienza quale consulente + corsi specifici + docenza varie iniziative</p> <p>Responsabile «Relazioni sindacali»: formazione sanitaria, già sindacalista + corsi specifici</p> <p>Componenti esterni del Nucleo di valutazione, aziendalisti</p> <p>Società esterna di consulenza in fase di impianto</p>	<p>Sviluppo «piano delle competenze» e valutazione dei <i>professional</i></p> <p>Supporto informatico adeguato alla gestione del personale</p>

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

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

I testi

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

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

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

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

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: LA QUALITÀ

Lisa Cosmi

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I casi di studio - 3. Un'analisi trasversale dei casi di studio - 4. Un commento di sintesi del grado di sviluppo della funzione.

1. Introduzione

La qualità dei servizi offerti è un aspetto centrale dei sistemi sanitari. Essa è al centro dello sviluppo delle discipline sanitarie, delle organizzazioni professionali in cui quelle sono strutturate e affonda le proprie radici nei fondamenti stessi dell'etica di quelle professioni. Per questi motivi, il miglioramento qualitativo dei servizi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione costituisce una tensione strutturale e, si potrebbe dire, quasi fisiologica delle strutture di erogazione. Infine, il tema della qualità ha, per i servizi sanitari, una valenza simbolica e di legittimazione politica difficilmente riscontrabile in altri ambiti, anche quando tale concetto non sia poi ulteriormente specificato.

Sebbene l'intero sistema — e l'insieme dei suoi attori — sia quindi assai sensibile al tema della qualità e del miglioramento qualitativo, l'ampia diffusione di un'apposita funzione «Qualità» nelle aziende del Servizio sanitario nazionale (Ssn) (1) sembra dimostrare l'utilità di un'apposita azione aziendale in tal senso. Le ragioni di tale diffusione possono essere ricondotte alle due classi seguenti:

— la responsabilizzazione delle aziende sanitarie (finalità d'istituto, obblighi normativi, concorrenza indotta sui mercati di offerta, modalità di finanziamento, ecc.) spinge a favore di un presidio qualitativo dei propri servizi;

— la responsabilizzazione dei singoli, anche quando sia effettiva, può essere insufficiente se non coordinata a un livello superiore: è possibile cioè che il miglioramento qualitativo si ottenga soltanto coinvolgendo l'*équipe* o, in altri casi, livelli organizzativi ancora più ampi (ad esempio il dipartimento, o percorsi diagnostico terapeutici che coinvolgono una pluralità di soggetti e di unità organizzative). Ciò è tanto più vero con la crescente specializzazione delle figure professionali, la modularizzazione dei processi produttivi, ecc.

Tali necessità fanno sì che tutte le aziende del Ssn abbiano procedure e competenze adatte a controllare la qualità dei servizi resi e a promuoverne il continuo miglioramento. A ciò si è negli ultimi anni accompagnato una progressiva strutturazione di unità organizzative specializzate e dedicate a tali attività.

2. I casi di studio

L'analisi della funzione «Qualità» si è avvalsa della predisposizione di tre casi di studio, relativi a due aziende sanitarie del nord Italia e ad un'azienda del centro. In un caso di tratta di un'azienda ospedaliera, negli altri due casi invece si tratta di aziende territoriali che gestiscono alcuni stabilimenti ospedalieri. In tutti e tre i casi indagati la funzione viene svolta da un'apposita struttura denominata, appunto, «Qualità»: ciò ha reso possibile adottare in senso proprio l'approccio scelto per l'indagine, e cioè l'analisi della funzione a partire da come essa è realmente organizzata e gestita all'interno delle strutture aziendali che ne sono responsabili (2).

2.1. L'azienda «B»

Presso l'azienda «B», l'ufficio «Qualità» è stato istituito ufficialmente nel maggio 2000, come organo in *staff* alla direzione generale (Dg). La delibera prevedeva anche la creazione di un «Comitato per la qualità» aziendale, composto dalla direzione strategica (direttore sanitario, responsabile della qualità aziendale, direttore amministrativo, direttore generale, responsabile dell'ufficio «Qualità»),

con compiti di complessiva gestione della qualità a livello aziendale. Le principali aree di responsabilità dell'attuale ufficio Qualità prevedono:

- attività di Valutazione e revisione della Qualità (VRQ);
- certificazione ISO 9000 dell'intera attività aziendale;
- rilevazione della soddisfazione degli utenti esterni (progetto in corso al momento dell'analisi) e, in futuro, anche dei clienti interni;
- rilevazione di indicatori d'attività e risultato;
- progetti di miglioramento dell'accoglienza e umanizzazione dell'attività.

La definizione delle aree di responsabilità formalmente assegnate alla funzione è piuttosto chiara in quanto codificata da una serie di interventi legislativi della Regione, che hanno imposto lo sviluppo di un sistema di qualità per tutte le aziende sanitarie e messo a disposizione una serie di risorse destinate al cofinanziamento di progetti di qualità aziendale.

La possibilità di accedere a queste risorse ha costituito un forte impulso alla creazione dell'«ufficio Qualità» dell'azienda, in particolare, la costituzione dell'ufficio è stata accelerata dalla necessità di accedere, entro il 30 giugno 2000, ai cofinanziamenti regionali, tramite presentazione di progetti *ad hoc* che necessitavano comunque di una struttura per la qualità aziendale. Si è quindi decisa la costituzione di un ufficio interno, supportato da un intervento di consulenza esterna.

L'attività di certificazione delle strutture e delle attività per l'accreditamento regionale ha costituito la parte preponderante del carico di lavoro dell'unità, ed è attualmente ancora in corso di svolgimento. Nel frattempo, a fine 2000, l'unità aveva dato inizio ad altri progetti cofinanziati dalla Regione.

È stata inoltre curata l'attività di formazione interna, principalmente indirizzata alla creazione di referenti di qualità dei reparti, e recentemente indirizzata alla comunicazione, più sistematica, delle attività e dei risultati del «servizio Qualità». La promozione dell'attività dell'ufficio avverrà anche tramite la redazione di un giornale aziendale interno, progetto che al momento dell'indagine sembrava dovesse partire a breve, promosso dall'«ufficio Comunicazione», che coinvolge il responsabile della Qualità (cfr. apposita scheda nella parte dedicata alla funzione «Marketing»). Le attività che attualmente coinvolgono maggiormente l'unità sono invece la certificazione e il progetto di rilevazione della soddisfazione degli utenti. In futuro, in seguito all'atteso completamento di un sistema informativo aziendale l'unità si sposterà verso l'importante attività di creazione di indicatori di attività e di risultato.

Nello svolgimento della propria attività l'unità si rapporta principalmente con le unità operative cliniche — per la certificazione — con i pazienti — per i progetti di soddisfazione degli utenti — e con tutto il personale dipendente, anche attraverso le organizzazioni sindacali, per l'attività di verifica e revisione della qualità. Esiste un rapporto continuo con la direzione strategica dell'azienda, che si formalizza poi ogni tre mesi, quando l'«ufficio Qualità» produce una relazione sull'attività svolta.

L'avvio del nuovo servizio ha seguito, come abbiamo detto, un *iter* piuttosto veloce, in vista della scadenza dei termini 2000 previsti per chiedere il cofinanziamento regionale per i progetti aziendali. A tal fine, la direzione strategica, in particolare il Dg, ha contattato l'attuale responsabile dell'unità, allora medico responsabile del «Servizio immunotrasfusionale», proponendogli la direzione del nuovo

servizio. Questi aveva esperienza sugli aspetti di qualità in quanto aveva già curato la certificazione di qualità nella propria unità operativa. Specializzato in medicina del lavoro, ha poi seguito una serie di corsi di formazione in tema qualità e rappresentava quindi un buon candidato per il nuovo servizio, essendosi interessato a questo tipo di tematiche e, più in generale, avendo quella formazione sanitaria che, come evidenziato anche dall'analisi degli altri casi compresi nella ricerca, risulta essere un prerequisite sostanzialmente necessario per operare sulla qualità nelle aziende sanitarie.

In seguito all'accettazione dell'incarico da parte del neoresponsabile, vengono messe a disposizione dell'unità altre tre persone, risorse interne scelte dalla direzione strategica. Si tratta di due assistenti sanitarie, entrambe provenienti dall'azienda e ripositonate sul servizio, una da un'Uo ridimensionata, l'altra dalla Direzione sanitaria, entrambe alla prima esperienza sulla funzione, ma formate tramite corsi di formazione e il rapporto con una società di consulenza, che inizia a lavorare in azienda in quello stesso periodo. Entrambe le assistenti sanitarie hanno una formazione simile. La prima è diplomata dirigente di comunità infantile, entrambe sono infermiere professionali e assistenti sanitarie. Entrambe sono laureande, l'una in psicologia, l'altra in scienza della comunicazione. A queste si aggiunge una figura di coadiutore amministrativo, precedentemente impiegato presso il «Centro stampa», con diploma di scuola media inferiore, su mansioni di supporto operativo al servizio. Dalla metà del 2001 l'unità si avvale inoltre di una nuova risorsa, neolaureata in economia aziendale, inserita grazie a una borsa aziendale per 18 mesi come assistente. Ha un'unica esperienza di lavoro precedente, presso una società

privata di certificazione ISO-9000, come responsabile della qualità.

L'intero personale impiegato sulla funzione, escluso la nuova arrivata, ha quindi una formazione acquisita «sul campo». Secondo il parere del responsabile del servizio, si può essere soddisfatti delle capacità sviluppate dal personale e della loro crescita professionale. È richiesta innanzi tutto una motivazione esplicita al tema della «Qualità». L'esperienza del responsabile conferma, infine, che la formazione sanitaria è senz'altro un elemento che facilita la comprensione della logica sistemica della qualità aziendale.

Un discorso a parte deve essere fatto per l'apporto della società di consulenza, contattata sin dall'inizio e attiva nella formazione del personale e nella gestione dell'impianto del processo di certificazione. Si tratta di un'associazione di imprese, che raggruppa due società di consulenza, le quali avevano già collaborato con l'azienda. I risultati della collaborazione sono, secondo l'opinione del responsabile, decisamente positivi.

Le dimensioni del servizio sembrano momentaneamente stabili, perlomeno in termini di risorse dedicate. È stato effettuato un potenziamento dell'organico, cui abbiamo già accennato, tuttavia i carichi di lavoro sono ancora pesanti. La certificazione impone un processo oneroso in termini di tempo dedicato, necessita di raffinamenti continui e finisce col coinvolgere l'ufficio in un insieme di attività collaterali, come nei casi in cui l'Uo partecipa attivamente alla redazione delle procedure e dei manuali, attività che normalmente dovrebbero essere di competenza delle Uuoo cliniche.

2.2. L'azienda «E»

L'«ufficio Qualità» presso l'azienda «E» inizia la sua attività nel marzo del 1995, momento in cui viene creato

con delibera aziendale e collocato in *staff* alla Dg. Nelle parole della delibera, la sua funzione è «il supporto metodologico per l'introduzione e la gestione di sistemi di qualità e delle procedure di accreditamento delle strutture aziendali, di promozione/coordinationo/sviluppo della qualità e dei gruppi di miglioramento delle stesse, di analisi del grado di soddisfazione degli utenti, di gestione di dati epidemiologici e di indicatori finalizzati alla valutazione della qualità». La definizione formale delle attività si declina, concretamente, in progettazione, attivazione, supporto tecnico e coordinamento di progetti aziendali nell'ambito dei seguenti settori:

- accreditamento, qualità organizzativa, *standard* di prodotto;
- carta dei servizi aziendale;
- analisi della qualità percepita e del clima organizzativo interno;
- qualità alberghiera;
- progetto «Linee guida tecniche EBM»;
- coordinamento della «Rete della qualità aziendale» (facilitatori della qualità, valutatori interni ed esterni);
- formazione (gestione dei corsi e docenza) sui temi della qualità e accreditamento.

Nello svolgimento della sua attività l'ufficio dialoga principalmente con la Dg e con tutte le Uuoo dell'azienda, in particolare con i referenti qualità che ivi operano.

Il servizio impiega quattro persone. Fino all'inizio del 2001 il responsabile dell'ufficio — che rimane tuttora un punto di riferimento — era un medico igienista, poi incaricato della direzione del presidio ospedaliero aziendale. La responsabilità dell'ufficio è pertanto passata nelle mani del direttore sanitario dell'azienda. Sono poi inserite nell'ufficio: due laureate, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, ognuna per 26 ore settimanali; una laureata in biologia, *part-*

time, che collabora sul progetto «Carta dei servizi»; una caposala, che da anni ricopre la posizione di responsabile del «Servizio alberghiero» del presidio ospedaliero. La prima delle due collaboratrici ha una laurea in scienze politiche, con indirizzo sociologico e corso di perfezionamento in qualità, e ha iniziato la sua collaborazione con l'azienda «E», senza altre precedenti esperienze. La seconda ha lo stesso *curriculum* formativo, cui si aggiungono collaborazioni ed esperienze con l'università del capoluogo di regione, la Provincia, un istituto di ricerca, il Centro unico di prenotazione (Cup) di un'azienda sanitaria e una Ipab, sempre nel capoluogo di regione, e opera come consulente in ambito privato in ambito qualità. Entrambe le collaboratrici svolgono il ruolo di responsabili dei progetti dell'ufficio. Il responsabile, essendo direttore sanitario dell'azienda, interviene principalmente in sede di programmazione e pianificazione dell'attività dell'ufficio, e come coordinatore e supervisore dei singoli progetti.

Al tempo della rilevazione non si prevedeva l'assunzione di nuove persone. Ciononostante, si auspicava l'inserimento di un neolaureato, anche senza esperienza specifica, da formare sul campo e con una formazione di taglio economico-sanitario o sociologico-sanitario.

Per completare il quadro delle risorse coinvolte sulla funzione, c'è da ricordare che l'azienda, per particolari esigenze o progetti specifici, ricorre con una certa frequenza al supporto di consulenti esterni.

L'ufficio nasce nel 1995, con un'impostazione fortemente consulenziale, sull'impulso normativo della legislazione regionale. Già dal 1994, anno della costituzione dell'azienda «E» e d'insediamento della Dg, erano stati previsti dei «Piani della qualità» aziendali, con valenza annuale, che in

seguito alla costituzione formale dell'ufficio sono poi stati attribuiti all'attività della nuova unità. I responsabili dell'ufficio che si sono succeduti nella direzione del servizio sono sempre stati dirigenti medici (medicina preventiva, in particolare), coordinati formalmente dal direttore sanitario, che ricopre il ruolo di responsabile ultimo della qualità aziendale (riuniti, insieme ad altri componenti, in un «Comitato per la qualità» aziendale). I primi consulenti vengono chiamati per progetti specifici, innanzi tutto la Carta dei servizi, e si inseriscono da subito stabilmente in azienda (seppure formalmente esterni). Si crea un buon rapporto fiduciario tra l'unità e la direzione strategica e nell'ambito del «Comitato per la qualità» aziendale. L'attività procede per progetti specifici: l'accreditamento delle strutture e l'elaborazione di un *set* di indicatori dell'attività. Il primo responsabile dell'ufficio è dotato di una notevole esperienza e sensibilità alle tematiche interessate e questo influenza positivamente il consolidamento dell'unità nell'ambito dello *staff*, garantendone comunque l'autonomia. L'attività dell'ufficio è attualmente concentrata sulla valutazione degli obiettivi di qualità delle Uuoo, che avviene mediante verifiche interne effettuate due volte l'anno. Si mantiene una matrice consulenziale spiccata nello sviluppo dei progetti, che risentono comunque in maniera preponderante dello schema richiesto dalla Regione. L'assetto dell'ufficio è poco strutturato a causa della già citata caratterizzazione «consulenziale», anche se l'impiego dell'istituto contrattuale della collaborazione non ha di fatto impedito lo sviluppo di un'identità riconosciuta dell'ufficio all'interno dell'azienda, anche se devono ancora essere fatti passi avanti nell'ambito dell'istituzionalizzazione effettiva. Questo passaggio potrebbe essere favorito dal recente avvicenda-

mento della direzione strategica, che rispetto alla precedente tende ad avere un controllo meno «informale» e diretto nell'attività del proprio *staff*, concedendo forse una maggiore autonomia ai servizi, autonomia che potrà essere impiegata nella creazione di uno spazio per un'identità più percepibile da parte della *line*.

2.3. L'azienda «G»

L'Uo «Qualità» attivata presso l'azienda «G» ha dato inizio alla sua attività nel 1999, con la nomina formale del responsabile, inizialmente unica risorsa aziendale collocata per la funzione. L'unità è posta in *staff* alla Direzione sanitaria. La definizione dell'area di responsabilità formalmente assegnata al servizio è ancora piuttosto sfumata.

Al tempo della rilevazione l'Uo era concentrata su una serie di scadenze previste dalla Regione per il primo livello di accreditamento delle strutture. Alcune Uuoo erano state già ispezionate ai fini dell'accreditamento. A partire dalla metà del 2001 era previsto l'avvio di verifiche per l'accertamento effettivo e sistematico dei requisiti e degli *standard* qualitativi. Era previsto un affinamento del metodo per la conduzione delle procedure ispettive e la revisione e il miglioramento delle «griglie» di attività e procedure oggetto della revisione della qualità. Quest'ultima attività è stata svolta, dal punto di vista operativo, dalle Uuoo stesse, per mezzo della figura del «referente dell'unità per la qualità», un medico che ha la responsabilità di fare da raccordo con il «servizio Qualità», per tradurre nella pratica le richieste e i modelli elaborati dall'«ufficio Qualità».

L'attività di formazione è compresa nell'area di responsabilità del servizio. La formazione aziendale sulla qualità è stata progettata con criteri di

attivazione a cascata: oggetto della formazione sono stati innanzi tutto i responsabili delle Uuoo, poi il personale di supporto tecnico e amministrativo. Al momento della rilevazione erano in fase di progettazione anche corsi specificamente riservati alle figure professionali sanitarie non mediche, quali tecnici di laboratorio e caposala.

Nel 2001 il servizio assorbiva risorse per oltre 200.000 euro, che comprendeva: le spese per il personale impiegato, nonché il costo di un contratto di consulenza esterna (di circa 80.000 euro), per tre anni, che prevede formazione su aspetti tecnici, fornita da uno studio professionale associato (progetto concluso nel 2001). L'impegno dei consulenti prevede 1-2 visite mensili all'azienda e il supporto continuo all'Uo.

Il «servizio Qualità» impiega oggi quattro persone, di cui una (il responsabile) a tempo parziale (30%); tra il 2000 e il 2001 è passato da due persone (responsabile e una caposala) alla composizione attuale. Il responsabile dell'Uo richiede l'inserimento di un archivistica esperto e di un informatico con esperienza, per la gestione del *database* aziendale e di un tecnico CED dedicato almeno una volta la settimana. Nonostante ciò, non sono previste nuove assunzioni. Questa previsione tiene ovviamente conto del fatto che una parte del lavoro viene in realtà svolta dai responsabili Qualità individuati nell'ambito delle Uuoo, in veste di collaboratori aziendali «interni» del servizio. Questa situazione allarga di fatto il numero delle persone individuabili sul tema della qualità e rende possibile lo svolgimento delle certificazioni e delle verifiche.

La composizione del personale attuale comprende il responsabile, medico dell'azienda e responsabile della Medicina trasfusionale, a tempo parziale sul servizio; un'assistente al re-

sponsabile, caposala, con il compito di presidiare gli aspetti qualitativi del servizio infermieristico; un altro medico, ex vice direttore sanitario di uno dei tre presidi ospedalieri, per la verifica delle attività sanitarie sul campo; una dirigente sociologa, proveniente dall'unità «Programmazione e Controllo» in *staff* alla Dg. A queste figure si aggiunge un assistente tecnico CED, perito elettronico. Tutti sono alla loro prima esperienza sulla funzione qualità e hanno in qualche modo ricevuto una breve formazione, chi attraverso i corsi della Regione, appositamente creati, chi direttamente sul campo.

Nel marzo del 1999 avviene la nomina formale del responsabile del servizio, cui viene attribuita una funzione individuale con il compito di progettare il nuovo servizio e le sue attività nell'ambito delle richieste informative della Regione. Il responsabile rimane incaricato dell'unità medica di provenienza (Medicina trasfusionale) e formalmente impiegato a tempo parziale sulla nuova area della qualità.

La formazione personale del responsabile elenca, oltre alla formazione medica, una serie di corsi sulla qualità, in generale, e il corso ICQ tenuto dalla Società Italiana Controllo Qualità, entrambi riferiti al sistema ISO 9000 e alle norme internazionali. A questi si aggiunge poi il corso della Regione sul proprio sistema di accreditamento.

A fine 1999 al responsabile viene affiancata la figura della caposala, a tempo pieno. In questa fase l'attenzione è rivolta pienamente alla pianificazione delle attività di base e della strategia, che viene concordata con la Dg. Il progetto che complessivamente ne scaturisce porta alla deliberazione di un unico manuale normativo aziendale, denominato «Progetto Qualità azienda G». Nel frattempo (tra il febbraio e il maggio del 2000) la Regione

aveva proceduto a emanare manuali di accreditamento e i termini temporali per l'effettuazione degli accertamenti, secondo un complesso modello precedentemente comunicato alle aziende. La pianificazione, presso l'azienda «G», è stata conseguentemente strutturata su tre diversi canali:

- un progetto pilota, iniziato nel luglio del 2000, avente per oggetto il Dipartimento di Laboratorio, che incorpora quattro Uuoo complesse, in cui si procede con le priorità del modello ISO 9000 e l'integrazione con il modello di accreditamento regionale;

- il progetto di accreditamento deliberato dall'azienda alla fine del 1999, che ha visto la redazione di oltre 30 manuali di qualità per le diverse Uuoo aziendali;

- la costituzione di gruppi di lavoro definiti sul miglioramento di alcune criticità aziendali, quali i tempi d'attesa.

Fino a luglio 2000 l'attività procede con le due persone inizialmente assegnate, cui viene quindi aggiunta una risorsa interna riposizionata sul nuovo servizio. Si tratta del medico già vice direttore sanitario di presidio, che viene inserito a tempo pieno, cui si aggiunge, nel 2000, un'altra risorsa *part-time* al 50%, la sociologa poi passata al tempo pieno dal 2001.

A questi va inoltre aggiunta «la rete dei facilitatori interni», vale a dire l'insieme dei responsabili della qualità individuati all'interno di ogni Uo.

Con l'introduzione delle nuove risorse il percorso di accreditamento intrapreso è stato presidiato al meglio, anche grazie alla formazione e al rapporto di consulenza attivato che ha puntellato le aree più tecniche su cui le conoscenze interne si trovavano più carenti.

Volendo quindi sintetizzare l'evoluzione del servizio, si sono evidenziati:

- il riposizionamento di una serie di risorse già presenti all'interno dell'azienda;

- una formazione prevalentemente «sul campo» delle risorse;

- il ricorso a *know-how* esterno (consulenza) solo in un secondo periodo dell'istituzione del servizio;

- la difficoltà a strutturare l'attività di un'area di responsabilità con aspetti di tipo *soft*, cioè informali e/o poco concreti, che sfuggono alla pianificazione in uso per le attività più caratteristiche.

3. Un'analisi trasversale dei casi di studio

Il tema della qualità nelle aziende sanitarie italiane, nella maggior parte dei casi, è a oggi un sinonimo per i processi di accreditamento delle strutture sanitarie (cfr. anche il paragrafo «Un commento di sintesi sul grado di sviluppo della funzione»). Questa situazione riflette solo in minima parte i contenuti della responsabilità affidata ai nuovi servizi per la qualità che, sviluppatasi soprattutto nel mondo industriale e privato, possono trovare un *humus* particolarmente ricco nel settore sanitario — quello pubblico, in particolare — per l'attenzione naturale agli aspetti qualitativi della sanità in quanto «settore di servizi di pubblica utilità alla persona» (Borgonovi, Del Vecchio, 2000). L'accreditamento, lo ricordiamo, è quindi solo uno degli elementi che costruiscono il «sistema per la qualità», concetto che comprende almeno gli elementi indicati in tabella 1 (Beccastrini, 2001).

L'anno d'istituzione dei servizi indagati dalla ricerca varia, in base alle delibere aziendali, varia dal 1995 al 2000. Allargando lo sguardo al Ssn nel suo complesso, sembra che l'istituzione di uffici «Qualità» nelle aziende sanitarie italiane, nella maggior parte dei casi, abbia seguito l'emana-

zione della disciplina in materia di accreditamento, che ha come riferimento essenziale il D.P.R. 14 gennaio 1997. Tale disciplina ha determinato i requisiti minimi per l'autorizzazione, sulla base di cui le Regioni sono poi state incaricate di sviluppare e applicare i requisiti per l'accreditamento. Al D.P.R. segue, con il D.L.vo 229/99, la norma che stabilisce l'emanazione di criteri uniformi per disciplinare l'accreditamento regionale e l'istituzione, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, di una «Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari» col compito di orientare e verificare i programmi regionali di accreditamento. A questa si aggiunge la normativa relativa alla redazione della «Carta dei servizi», la cui adozione obbligatoria da parte di tutti gli erogatori dei servizi pubblici è prevista dal 1995 (3).

Ad ogni modo, l'attenzione normativa ai temi della qualità e dell'accreditamento si colloca in un periodo temporale antecedente al 1997. Volendo ripercorrere lo sviluppo dei principi di erogazione delle prestazioni all'interno o per conto del Ssn è possibile richiamare la L. 833/78 (4) — istitutiva del Ssn — e il D.L.vo 502/92 (5): norme che, entrambe, pongono esplicite condizioni qualitative per le prestazioni erogate e le condizioni organizzative adottate dal sistema. D'altro canto, nel nostro campione si distingue l'azienda «E», come esempio di azienda che ha adottato un atteggiamento più attivo, non attenendo l'imposizione normativa per attivarsi su questo fronte.

Pertanto, il «virtuosismo di pochi» deve essere letto, più correttamente, non solo come lodevole iniziativa individuale ma anche come rispetto di disposizioni e di tempi già largamente previsti per legge. È però opportuno distinguere le iniziative finalizzate al

risultato da quelle che si connotano come mero adempimento formale alle disposizioni normative: il limite, a questo proposito, appare ancora sfumato in numerose aziende sanitarie italiane.

Nella pratica, tutte le aziende contattate per la presente ricerca avevano istituito unità dedicate alla qualità o, al limite, avevano attribuito un incarico ad altre Uuoo aziendali o a una posizione determinata (Ufficio relazioni con il pubblico — Urp — oppure tramite apposito incarico individuale a un dirigente, generalmente un medico della Direzione sanitaria).

3.1. Le attività svolte e la struttura organizzativa

I contenuti dell'area «Qualità», in sintesi, appaiono oggi piuttosto omogenei, almeno per quanto concerne uno zoccolo duro costituito dalle attività preposte alla gestione dei processi di accreditamento. A queste si aggiungono invece altri ambiti d'attività che appaiono, al contrario, fortemente frammentati e differenziati, costituiti dalle «altre iniziative» e dai progetti aziendali che toccano aspetti di qualità delle prestazioni, e difficilmente riconducibili a tipologie omogenee.

Quindi, dall'analisi del nostro campione, è possibile ricondurre le attività svolte dalla funzione qualità a due aree:

— attività relative all'accreditamento e alla disposizione della documentazione obbligatoria per legge: attività di accreditamento delle strutture aziendali, con svolgimento di verifiche ispettive e redazione di manuali per la qualità secondo certificazione ISO 9000 o attività di VRQ (Verifica e revisione della qualità); attivazione della rete dei referenti aziendali per la qualità; supporto metodologico per l'introduzione e la gestione di sistemi di qualità e delle procedure di accreditamento; progetto «Carta dei servizi» aziendale (in collaborazione con l'Urp); coordinamento operatori della «Rete qualità aziendale»;

— attività organizzata su progetti specifici inerenti al miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'attività aziendale: rilevazione di indicatori d'attività e risultato; progetti di miglioramento dell'accoglienza e umanizzazione dell'attività; rilevazione della *customer satisfaction* degli utenti esterni e, eventualmente, anche dei clienti interni; attività di formazione «a cascata» dell'intero personale aziendale; *standard* di prodotto; progetti specifici su aspetti di criticità aziendali gestiti solitamente attraverso la costituzione di appositi «Gruppi di miglioramento»; analisi della qualità percepita e del clima organizzativo interno; progetti per la definizione di linee guida tecniche per l'*Evidence Based Medicine* (EBM);

Tabella 1 - Contenuti minimi della funzione «Qualità»

1) Lo svolgimento di progetti di miglioramento continuo della qualità (QI, <i>Quality Improvement</i>)
2) Il monitoraggio dei processi e anche di alcuni esiti importanti, quali la soddisfazione degli utenti
3) Lo sviluppo, l'adattamento e l'aggiornamento di linee guida professionali condivise e dei percorsi diagnostico-terapeutici
4) Lo sviluppo, l'aggiornamento e la verifica delle procedure per gli aspetti amministrativi e tecnici

miglioramento della qualità alberghiera; ecc.

Da un lato, quindi, la creazione di questi servizi nasce da un impulso preciso, vale a dire, dalla necessità urgente di gestire le attività di certificazione e accreditamento. Dall'altro, una volta strutturati, l'assetto organizzativo degli uffici (o dei gruppi di lavoro, secondo la strategicità attribuita alla funzione in questo determinato momento) s'impone in modo stabile e va a costituire l'articolazione fisica dei «Comitati per la qualità» la cui creazione è chiesta dalla legge. Nelle aziende territoriali il nuovo ufficio è solitamente collocato presso il presidio ospedaliero principale, pur gestendo anche la qualità delle prestazioni sul territorio. Per le aziende ospedaliere (Ao) si tratta, semplicemente, di una nuova Uo. È normalmente adottato lo schema del gruppo di lavoro per progetto, un assetto piuttosto «naturale» in ambito sanitario, in quanto i professionisti della sanità, pur essendo *in primis* dei professionisti, sono abituati e formati al lavoro di gruppo su argomenti specifici (se possono mantenere la propria autonomia decisionale e si sentono «tra pari»). La pratica della *peer review* o dei «Circoli della qualità» autonomi costituiscono infatti esperienze diffuse ed efficaci nella pratica ordinaria dei professionisti e delle aziende del Ssn.

Per questo, le nuove unità «Qualità» costituiscono strutture capaci di «dare gambe» alle iniziative a respiro aziendale che toccano aspetti legati alla qualità delle prestazioni e che possono essere promosse e supportate da attori anche assai diversi, aziendali e no: lo *sponsor* di tali iniziative è spesso la direzione strategica, ma potrebbero anche essere, ad esempio, i gruppi d'interesse organizzati di professionisti e del personale paramedico o, ancora, dei pazienti e delle loro famiglie.

Questo tipo di progetti, proprio perché trasversali, richiedono una gestione da parte di un'unità organizzativa «neutra», o parallela. Da qui la scelta di collocazione organizzativa in *staff* alla direzione strategica (quando c'è una strutturazione e non solo un incarico individuale), in particolare con un collegamento naturale con la Direzione sanitaria, almeno per quanto concerne la responsabilità sulla qualità delle prestazioni sanitarie. Spesso, infatti, il responsabile aziendale della qualità è proprio il direttore sanitario, anche se con funzioni principalmente di coordinamento, indirizzo e supervisione e una partecipazione solo indiretta all'attività operativa dei servizi (è quanto riscontrato, ad esempio, nel caso dell'azienda «E»).

In generale, per la descrizione dell'insieme delle attività svolte operativamente da questi servizi vale una considerazione fatta anche per altre funzioni analizzate dalla ricerca (6). La gamma delle attività comprese nell'ambito della qualità si colloca su un *continuum* che vede, da un lato, le attività minime obbligatorie per legge (accreditamento e carta dei servizi, in particolare) e, dall'altro, le attività più innovative in cui si palesa in misura maggiore lo spirito imprenditoriale delle singole aziende (progetti di accoglienza alberghiera, ad esempio). A metà strada tra i due estremi si collocano quelle iniziative oramai considerate dei «classici» nell'ambito della qualità nelle aziende di altri settori economici — si pensi, a tale proposito, ai progetti mirati alla rilevazione della *customer satisfaction* — ma che sono comunque innovative nell'ambito del Ssn. Il vantaggio, in questo caso, è dato dal fatto che le aziende possono contare su un'esperienza disponibile e già consolidata in altri contesti (in termini di modelli teorici e/o strumenti operativi) e dalla quasi assoluta libertà di organizzazione. Spesso inol-

tre, per le iniziative presidiati dalla funzione qualità, sono a disposizione risorse specifiche messe a disposizione dalle Regioni, ma l'attivazione di tali attività, le modalità e l'organizzazione rimangono scelte delle singole aziende.

Infine, un problema che si pone per il futuro è quello del coordinamento del ruolo degli attuali uffici «Qualità» con quello degli Urp. Infatti, alla luce delle recenti disposizioni dettate dalla legge 150/2000 («Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni») gli Urp dovranno assumere il ruolo di interpreti e gestori della domanda di prestazioni e costituire il punto di raccordo tra la comunicazione interna e quella esterna. Pertanto, un ruolo, quello assegnato dalla legge 150/2000, con un respiro decisamente più ampio di quello giocato in passato. In quest'ambito, è altresì demandata agli Urp la responsabilità generale sulla «qualità delle prestazioni aziendali». In realtà, sembra ragionevole ipotizzare che Urp e ufficio Qualità continuino a svolgere ruoli distinti anche in futuro. La disciplina della legge 150/00 è, infatti, rivolta più specificamente agli enti locali che alle aziende sanitarie. Dal momento che, nel settore sanitario, servizi per la Qualità strutturalmente distinti dagli Urp sono oramai piuttosto presenti, sembra più probabile che questa divisione degli assetti organizzativi continui a permanere. In altre parole, per quello che concerne il ruolo relativo e di divisione interna delle responsabilità tra i due tipi di ufficio, la divisione organizzativa degli assetti sarà causa di un'evoluzione che andrà a favore di una o l'altra struttura (ad oggi non si capisce ancora quale delle due sarà favorita), ma presumibilmente continueranno ad essere presenti due strutture organizzative distinte.

Quest'osservazione si giustifica sulla base del fatto che, nelle aziende sanitarie, gli Urp spesso sono ancora strumenti di comunicazione esterna di natura prettamente «burocratica» (svolgono soprattutto la gestione dei reclami e sono punti di ascolto). Il loro ruolo è sicuramente in netta evoluzione (7), ma un'Uo per la qualità distinta ha più probabilità di essere mantenuta, non fosse altro che per la necessità delle aziende di ottenere l'accreditamento e di mantenerlo nel tempo: tale compito, demandato alle unità «Qualità», comporta, infatti, carichi di lavoro onerosi, che gli Urp aziendali non sono pronti (né adatti, per il tipo di competenza che in genere hanno) ad accollarsi. È invece più probabile un accorpamento delle aree di responsabilità (e, conseguentemente, degli assetti organizzativi), che porti gli Urp all'interno dell'«ufficio Qualità» o viceversa. È questa, ad esempio, la soluzione delineatasi presso una delle aziende analizzate dalla ricerca (ma non inclusa nei casi presentati in questo scritto), in cui la funzione «Comunicazione» ha la responsabilità degli Urp e si occupa anche di aspetti tipici di qualità.

A proposito di struttura e collocazione organizzativa della funzione, l'indagine ha mostrato come essa sia sempre collocata in *staff* alla direzione strategica. Si ribadisce nuovamente il rapporto naturale che intercorre tra l'«ufficio Qualità» e la Direzione sanitaria. Il rapporto non è però «esclusivo»: quando il *focus* della verifica della qualità si sposta sui processi amministrativi (anch'essi oggetto di verifica della qualità in molti sistemi di accreditamento, come, ad esempio, in quello ISO 9000), il coordinamento con la Direzione amministrativa segue di conseguenza. Questa caratteristica può essere vista come un effetto della trasversalità dei sistemi per la promo-

zione della qualità in ambito aziendale.

3.2. Il grado d'internalizzazione delle competenze e le modalità di reclutamento

In termini di personale assegnato, le Uuoo «Qualità» oggetto d'indagine si avvalgono in media di 4/5 persone per unità. Spesso il responsabile del servizio ha un incarico a tempo parziale, mantenendo quindi anche incarichi di tipo dirigenziale su altre Uuoo. Presso l'azienda «B» il responsabile proviene dall'Unità immunotrasfusionale e fa parte della Direzione sanitaria. Nel caso dell'azienda «G» il responsabile è anche responsabile della Medicina trasfusionale. Nel caso dell'azienda «E», la struttura per progetti dell'unità — sullo stampo della c.d. «struttura parallela» — (8) è evidente: responsabile dell'«ufficio Qualità» è il direttore sanitario d'azienda, il quale delega la gestione dei progetti alle risorse dell'ufficio. C'è da aggiungere che, nel caso dell'azienda «E», la struttura stessa dell'ufficio è decisamente più evanescente: il personale, tranne una risorsa interna che collabora su uno specifico progetto, è formalmente «esterno» (consulenti), anche se di fatto presente in azienda da diversi anni.

A differenza di altri servizi che non hanno un assetto organizzativo strutturato, nel caso della funzione Qualità si delinea quindi una «naturale struttura per *teamwork*».

Il responsabile dell'Uo «Qualità» è un medico, dirigente dell'azienda, in tutti i tre casi di studio qui indagati. Il responsabile è sempre una risorsa dell'azienda ricollocato sulla funzione. L'incarico si pone generalmente nell'ambito di un processo di riconoscimento dell'attitudine e dell'interesse personale dei singoli responsabili.

Più che nelle altre funzioni analizzate dalla ricerca, nel caso della «Qualità» è quindi evidente la presenza di personale con formazione sanitaria. Tale evidenza sembra riconducibile almeno a due ordini di motivi.

Il primo è la necessità di avere una conoscenza adeguata degli aspetti tecnico-scientifici, per procedere all'accreditamento e poi all'organizzazione efficace di progetti basati sui vari processi operativi (e quindi spesso clinico-assistenziali). Il secondo motivo investe considerazione sulla cultura aziendale, ed è legato alla legittimazione di tale funzione che, per operare interagendo in modo forte con le strutture di *line*, deve necessariamente condividere una base formativa comune, un'appartenenza disciplinare accettata, nonostante le evidenti competenze gestionali che deve poi sviluppare e utilizzare per poter svolgere le sue attività.

Infatti, con riferimento alle modalità di reclutamento del responsabile, pare delinearci — più che un rapporto di tipo fiduciario con la direzione strategica — il riconoscimento delle competenze e, soprattutto, degli interessi personali alla tematica che, nell'ambito della qualità, risultano elemento centrale per l'efficacia dell'azione complessiva.

In generale, il ruolo di queste unità è ancora oggi oggetto di resistenze culturali da parte dell'azienda e degli stessi operatori sanitari che, pur avendo una formazione medica, non sempre sono vicini alla logica della rilevazione della qualità delle prestazioni.

Le competenze e le professionalità del personale che afferisce alle unità organizzative «Qualità» sono molteplici, ma si caratterizzano per la forte matrice di tipo sanitario (non solo medici, anche biologi). Sono quindi presenti le figure di caposala e di infermiere professionale, che hanno una conoscenza approfondita delle presta-

zioni e una forte competenza di tipo operativo-gestionale. Queste figure sono, ad esempio, impiegate nei progetti che presuppongono la conoscenza dei servizi, come quelli di rilevazione della qualità alberghiera (azienda «E») e i progetti di miglioramento dell'accoglienza e umanizzazione dell'attività.

La formazione di tipo economico è ritenuta non fondamentale, ed è scarsamente rappresentata nella composizione dei servizi. Quando è presente (ad esempio, l'azienda «B» ha in forza una laureata in economia aziendale recentemente inserita come stagista) sembra più utilmente inseribile in fase di consolidamento delle attività e gestione dei progetti. Il personale non sanitario ha nella maggior parte dei casi una formazione sociologica (aziende «E» e «G»). Anche la formazione di tipo informatico sembra essere ritenuta utile solo in un secondo momento, e viene inserita su progetti che necessitano l'elaborazione dei dati di attività, come rilevazione della soddisfazione degli utenti e lo sviluppo di indicatori d'attività e risultato (progetto azienda «B»).

In generale, il ciclo di vita osservato del personale della funzione vede una prima fase di sviluppo, in cui prevale nettamente la formazione medico-sanitaria, per poi lasciare spazio anche all'ingresso di formazioni più tecniche. La formazione specifica si è avvalsa prevalentemente dell'esperienza sviluppata sul campo, ma ha avuto in diversi casi un appoggio notevole dato da appositi corsi di formazione, spesso finanziati o gestiti a livello regionale.

Un carattere ricorrente dello sviluppo delle funzioni Qualità nei casi qui illustrati è il ricorso alla consulenza esterna — soprattutto a matrice universitaria — durante la fase d'avvio delle nuove unità, e la collaborazione con società scientifiche (*Joint*

Commision on Accreditation on Health Care Organizations o JCAHCO, Società Italiana per la VRQ), che propongono alle aziende non solo una collaborazione metodologica in fase di impianto dei sistemi per la qualità, ma anche la propria presenza come validatori esterni dei processi attuati. Si evidenzia, quindi, un fabbisogno «originario», relativo all'importazione di un modello di riferimento per strutturare il servizio aziendale «Qualità»; modello che, rispetto alle altre funzioni della ricerca, è decisamente consolidato (almeno in termini di contenuti delle attività e, soprattutto, di strumenti operativi a disposizione) anche nel settore dei servizi pubblici (9). Nel caso della Qualità, alla consulenza tradizionale e «di mercato» si aggiunge inoltre, e con un ruolo forte, la consulenza «istituzionale», vale a dire il ruolo delle Regioni che, in alcuni contesti più che in altri, hanno promosso diverse iniziative tramite le proprie Agenzie sanitarie regionali. Particolarmente attive sembrano essere state, a questo riguardo, le Regioni del centro-nord (ad esempio Toscana, Lombardia ed Emilia-Romagna), con la promozione di linee guida, materiale di supporto, corsi di formazione per gli operatori, finalizzati alla creazione di una rete per la qualità regionale. Questo tipo di iniziative si pone quindi come una caratteristica dello sviluppo della funzione Qualità nell'ambito del Ssn che la distingue rispetto ai (potenziali) ambiti di intervento della Regione su altre funzioni «innovative», in cui l'apporto si è dimostrato piuttosto debole e poco presente.

L'influenza del modello regionale è, ad esempio, un fattore che caratterizza il caso dell'azienda «G». In questo caso, il ricorso al *know-how* esterno è avvenuto solo nella seconda fase della strutturazione del servizio. Tale dinamica può essere spiegata in modi

diversi. Certo essa sembra rivelare la volontà di «trovare in casa» ciò di cui ha bisogno. Al contempo, un'altra spiegazione — non necessariamente alternativa — può essere la scarsa volontà d'investire risorse ingenti in tali attività.

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

Lo sviluppo di approcci e, conseguentemente, di servizi aziendali dedicati specificamente al miglioramento della qualità degli atti clinici e delle prestazioni dei servizi sanitari è solo da pochi anni al centro delle attenzioni delle aziende del Ssn. Seguendo l'impostazione di Elefanti (2001), tra gli effetti che si sono prodotti bisogna citare:

— «il metodo spesso poco strutturato e rigoroso con cui si sono adottati certi strumenti e certe logiche di miglioramento della qualità;

— la frequente propensione a sovrapporre i diversi approcci e i diversi metodi utilizzati per il miglioramento della qualità;

— la diffusa convinzione che il problema della qualità delle prestazioni sanitarie e del loro miglioramento possa essere sviluppato solo da un punto di vista (il *Total Quality Management*, piuttosto che le norme ISO, come panacea a tutti i problemi) e, come approccio «risolutivo» all'esigenza di migliorare la qualità della *performance*».

La stratificazione dei diversi approcci al miglioramento della qualità, nel caso italiano, è determinata da due diversi ordini di pressioni ambientali. Da un lato, gli interventi legislativi, che hanno imposto l'accreditamento delle strutture e dell'attività delle aziende sanitarie (cui queste sono state chiamate a conformarsi). Dall'altro lato, il permanere di un certo grado di divergenza, nell'ambito delle aziende,

sull'identificazione — tutt'altro che univoca — della definizione di «sistema per la qualità», dei soggetti coinvolti e delle dimensioni organizzative interessate. Storicamente, infatti, la qualità del servizio sanitario ha coinciso con il livello delle competenze tecniche dei professionisti, dimensione preponderante rispetto alle altre variabili che era possibile considerare (tecnologia disponibile, coinvolgimento dell'organizzazione, integrazione delle strutture organizzative). In un primo momento, l'attenzione dei sistemi di miglioramento della qualità ha mirato alla realizzazione delle condizioni attraverso cui diffondere la «migliore pratica assistenziale», attraverso l'adozione di approcci metodologici e strumenti (VRQ, *Quality Assurance*) che comportano soluzioni organizzative diverse (contatti intensi con soggetti verificatori esterni, piuttosto che creazione all'interno dell'azienda di un gruppo di specialisti valutatori, ecc.), ma che hanno come punto focale comune l'attenzione esclusiva sui processi medici. Solo in una fase successiva, ha iniziato ad affermarsi l'idea per cui la qualità dei servizi sanitari non può limitarsi alla prestazione tecnico-professionale, ma risulta dall'integrazione delle prestazioni delle diverse Uuoo interne all'azienda, quindi, dall'intero pacchetto di servizi erogato e dalla tempestività e funzionalità dell'erogazione. Per questo motivo, il processo di miglioramento deve essere guidato da coloro che hanno la responsabilità complessiva dell'erogazione dei servizi, e non da singoli organi «verificatori», siano essi interni o esterni all'azienda. È questa la strada proposta dal *Total Quality Management* (TQM), sviluppato in un contesto tipicamente manageriale, che, in estrema sintesi, propone un approccio al miglioramento che non distingua tra le diverse tipologie di processi (clinici *versus* amministra-

tivi, procedure chirurgiche *versus* acquisti, e così via) (Brusoni *et al.*, 2001, pagg. 14-20).

Su questo impianto metodologico di base — cui dobbiamo aggiungere, per completezza, l'approccio ISO 9000 (*ibidem*, pagg. 132-153) e l'istituto dell'accreditamento secondo il modello anglosassone (*ibidem*, pagg. 165-172), che propone uno schema assai analitico di norme e *standard* cui risorse, processi e risultati devono conformarsi — in Italia si è andato recentemente ad aggiungere l'introduzione dell'accreditamento cosiddetto istituzionale (10), richiesto dalla normativa vigente.

In realtà, l'imposizione per legge dell'accreditamento così com'è stato realizzato nel nostro paese, ha comportato una serie di effetti che hanno in parte snaturato gli obiettivi di fondo dell'istituto stesso dell'accreditamento. In Italia, l'accreditamento istituzionale è stato visto come uno strumento di regolamentazione pubblica, che si differenzia dallo spirito di autoregolamentazione professionale che nei paesi anglosassoni aveva dato vita al fabbisogno di certificazione e auto-certificazione: in quest'ultimo caso, il sistema di accreditamento e certificazione è sostanzialmente volontaristico, guidato da logiche competitive tra le diverse strutture che tendono a promuovere un continuo sviluppo di questi sistemi. Al contrario, il processo così come promosso in Italia, rischia di appiattire quello strumento sul piano della mera autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie. I rischi più concreti, secondo Brusoni (*ibidem*, pag. 181) sono quindi:

— «adeguamento ai criteri come momento necessario per la sopravvivenza nel mercato sanitario e non come scelta strategica verso la qualità;

— burocratizzazione e cristallizzazione dello strumento;

— attenzione agli aspetti tangibili più che ai processi».

In confronto ai punti sopra citati, quanto emerge dallo studio dei casi da noi analizzati pare confermare che:

— la funzione «qualità» risulta spesso nata — o comunque si sviluppa — per adempiere alla necessità normativa dell'accreditamento;

— la forte innovazione rappresentata dall'accreditamento si scontra però con una realtà non abituata né a sistemi di valutazione qualitativa, né a periodici controlli;

— dopo la fase dell'accreditamento, la funzione si è fatta variamente promotrice di progetti basati sulla revisione dei processi operativi o della riorganizzazione delle attività cliniche e gestionali secondo una logica di processo (ad esempio percorsi diagnostico terapeutici);

— le attività della funzione si sono quindi progressivamente spostate da una logica informativa ed esterna (nelle aziende pubbliche non sentita, al di là della retorica, come particolarmente utile e stringente), a una logica interna, di miglioramento dei processi (*Business Process Reengineering* — o BPR — e progetti trasversali, tipicamente deboli all'interno degli assetti correnti nelle aziende sanitarie, eventualmente finalizzati ad aumentare la soddisfazione dei pazienti-utenti o almeno supportati da rilevazioni di questo tipo);

— nel far ciò, la funzione spesso agisce quale integratore organizzativo «naturale», soprattutto grazie alla rete di referenti aziendali per la qualità presenti nelle varie Uuoo aziendali;

— più che nelle altre funzioni analizzate dalla ricerca, nel caso della qualità è evidente una presenza rilevante di personale con formazione sanitaria. Tale evidenza sembra riconducibile almeno a due motivi: il primo è la necessità di avere una conoscenza adeguata degli aspetti tecnico-scienti-

fici per poter procedere all'accreditamento e poi all'organizzazione efficace di progetti basati sui vari processi operativi (e quindi spesso clinico-assistenziali) di cui abbiamo detto; il secondo motivo è più culturale ed è legato alla necessità di condividere una formazione, un'apparenza disciplinare, un lessico accettati dalle strutture cliniche di *line*;

— infine, la funzione «qualità» si caratterizza per una forte influenza regionale sui contenuti e sulle modalità operative. Se tale tendenza dovesse consolidarsi, la funzione qualità potrebbe trasformarsi in un adempimento dovuto dalle aziende, le quali finirebbero per vedere ridursi l'autonomia di cui ora godono nel definire la funzione, le sue responsabilità e i suoi meccanismi operativi;

— ancora, le regioni hanno già mostrato variabilità di risposta al sistema e interpretazioni diverse della normativa: se ciascuna Regione seguirà un percorso autonomo ciò potrà creare difficoltà in termini di omogeneizzazione delle realtà, allontanandosi da quella volontà iniziale ispirata a garantire livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale.

Infine, abbiamo voluto mettere a confronto quelli che nel corso delle interviste effettuate presso le aziende si sono rilevati come aspetti critici per lo sviluppo degli uffici «Qualità». L'indagine ha sottolineato la centralità dei seguenti elementi:

— l'attitudine e la fiducia nella funzione da parte del personale sanitario impegnato sono aspetti cruciali per l'efficacia della funzione stessa;

— il ricorso a consulenti esterni e la disponibilità di un discreto numero di modelli consolidati per la funzione nel settore dei servizi pubblici, oltre agli strumenti operativi e all'accesso alle collaborazioni anche internazionali, hanno costituito un eccellente fondamento teorico in sede di costituzione;

— un ruolo rilevante è stato quello giocato dalla pressione ambientale esterna, nell'ambito del proprio sistema regionale sanitario, e il ruolo consulenziale attivo che le Regioni hanno assicurato alle aziende, oltre alla messa a disposizione di fondi specifici che hanno allettato le aziende e accelerato la costituzione di queste unità;

— infine, la resistenza culturale dell'azienda è stato senz'altro un elemento che ha avuto un ruolo importante in tutti i casi analizzati. Come abbiamo già avuto modo di discutere, si tratta della difficoltà a strutturare l'attività di un'area di responsabilità con aspetti di tipo *soft*, in altre parole

informali e/o poco concreti, che sfuggono alla pianificazione in uso per le attività caratteristiche. Il ruolo di Dg e Ds per la gestione di tali resistenze culturali è stato, in alcuni casi, decisivo.

Sintetizziamo, come per le altre funzioni, il grado di sviluppo/istituzionalizzazione delle Uuoo «Qualità» all'interno delle proprie aziende con una scala che va da 1 a 4, con le definizioni presentate in tabella 2.

Come si evince dalla tabella, il fattore principale che caratterizza il passaggio alla fase 4 è relativo alla presenza di un «Servizio qualità» che esce dallo schema del «Circolo della

Tabella 2 - Rappresentazione sintetica del percorso di sviluppo della funzione «Qualità»

Indicatore di sintesi	Denominazione della fase	Descrizione
1	Fase di avvio	Non esiste una struttura organizzativa identificata La funzione è ricoperta tramite l'apporto esterno di consulenti; oppure: Viene dato un incarico di funzione individuale; oppure è riconosciuta una funzione Qualità ma le diverse aree di responsabilità afferiscono a diversi servizi aziendali, non coordinati tra loro (Urp, Segreterie, Uffici relazioni esterne, Uuoo di <i>line</i>)
2	Funzione strutturata	Esiste una struttura definita nell'ambito dell'assetto organizzativo per l'area di responsabilità Esiste un referente unico per la qualità delle prestazioni aziendali Approccio «burocratico» alla qualità, l'attività è centrata quasi esclusivamente sulle procedure di certificazione/accreditamento
3	Funzione consolidata	L'ufficio è strutturato Il ruolo riconosciuto e visibile Il contenuto delle attività è conosciuto e riconoscibile L'attività si arricchisce nei contenuti: svolgimento di progetti specifici, a valenza aziendale
4	Funzione evoluta/istituzionalizzata	Tutte le Uuoo si rapportano alla funzione e ne percepiscono l'utilità Il ruolo è consolidato e istituzionalizzato, percepito come «funzione aziendale» a disposizione dell'azienda

qualità» per farsi veramente funzione «aziendale», vale a dire trasversale e strategica, riconosciuta e a disposizione «di tutti». Nonostante i notevoli progressi sul piano del consolidamento istituzionale, grazie soprattutto alle reti dei referenti per la qualità, senz'altro uno degli strumenti chiave per il coinvolgimento degli operatori sanitari della *line*, gli uffici Qualità da noi analizzati sembrano avere ancora un percorso di sviluppo da intraprendere per integrarsi appieno nella gestione ordinaria dei processi assistenziali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione offerti dalle aziende in cui quegli stessi uffici operano.

(1) Abbreviazioni:

Ao: Azienda ospedaliera;
BPR: *Business Process Reengineering*;
Cup: Centro unico di prenotazione;
Dg: Direttore generale oppure Direzione generale;
Ppaa: Pubbliche amministrazioni;
QA: *Quality Assurance*;
Ssn: Servizio sanitario nazionale;
TQM: *Total Quality Management*;
Uo: Unità operativa;
Urp: Ufficio relazioni con il pubblico;
Uuoo: Unità operative;
VRQ: Valutazione e Revisione della Qualità.

(2) Al contrario, altre funzioni oggetto della ricerca — e in primo luogo «marketing» e «politiche e valutazione del personale» — hanno rivelato attività diffuse tra più unità organizzative.

(3) Dal D.L. 163/95, che ne demanda la gestione agli Uffici relazioni con il pubblico (Urp). Per Carta dei servizi, lo ricordiamo, s'intende il documento contenente le informazioni sui servizi offerti, l'accesso, la valutazione della qualità e dei risultati, le modalità di dialogo tra aziende e interlocutori esterni.

(4) Già in tale norma è inserito, per la diagnostica strumentale e i laboratori analisi, il concetto di «requisiti minimi uniformi su tutto il territorio nazionale» come strumento di garanzia della qualità tecnica delle prestazioni.

(5) L'articolo 8 introduce l'accreditamento, affermando il principio secondo cui è necessario definire in termini più precisi le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative che devono essere possedute dai soggetti che erogano prestazioni per il Ssn al fine di meglio garantire la qualità delle prestazioni stesse.

(6) Si veda, ad esempio, la funzione «marketing».

(7) Il D.L.vo 29/93 ha introdotto l'Urp come organo demandato a garantire l'accessibilità della pubblica amministrazione per l'utenza con l'obiettivo di favorire attraverso la comunicazione la semplificazione dei processi nelle pubbliche amministrazioni (Ppaa); oggi la L. 150/00 ne amplia ulteriormente il ruolo, facendone l'«interprete della domanda» e il punto di raccordo tra comunicazione interna/esterna, oltre che responsabile della qualità aziendale.

(8) Si veda Leatt P. *et al.* (1994), cap. 10. Lo schema del «parallel design» in quel saggio riporta come esempio proprio il «Comitato per la qualità» di un ospedale.

(9) Rebora (1991) (vedi anche Fiorentini, Zangrandi, Meneguzzo, 1988).

(10) Si distinguono sostanzialmente l'accreditamento istituzionale, effettuato da o per conto dei governi, senza il quale un'organizzazione sanitaria pubblica non è autorizzata a

operare e una privata a convenzionarsi con il Ssn (meglio, autorizzazione, come primo passo verso il successivo accreditamento), dall'accreditamento volontario o d'eccellenza, promosso invece all'interno del mondo sanitario con scopo di formazione e continuo miglioramento della qualità organizzativa. L'accreditamento del mondo sanitario corrisponde alla certificazione del sistema qualità del mondo industriale secondo le norme ISO 9000. Vale la pena ricordare che, nell'accezione ISO, l'accreditamento si riferisce specificamente alla certificazione dei certificatori, ossia fatta da parte di un Ente nazionale o di agenzie specializzate, autorizzate a valutare le aziende.

BIBLIOGRAFIA

- BECCAISTRINI S. ET AL. (2001), *Piccolo Dizionario della Qualità*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- BORGONOVÌ E., DEL VECCHIO M. (2000), «I servizi di pubblica utilità alla persona: il *Welfare mix* e la selezione della domanda», in Vittadini G. (2000), *I servizi di pubblica utilità alla persona*, Franco Angeli, Milano.
- BRUSONI M. ET AL. (2001), *La qualità nella sanità*, Milano: Egea.
- FIORENTINI G., ZANGRANDI A., MENEGUZZO M. (1988), «La pubblica amministrazione da sistema burocratico a *network* di servizi», in Fiocca R. (a cura di) (1988), *Imprese senza confine*, Etas Libri, Milano.
- LEATT P. ET AL. (1994), «Organization Design», in Shortell M.S., Kaluzny D.A. (eds) (1994), *Health care management, organizational design and behavior*, Delmar, Albany, NY.
- REBORA G. (1991), «La qualità dei servizi pubblici», *Azienda pubblica*, 1.

Tabella 3 - Un'analisi sinottica della funzione «Qualità» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Anno di istituzione del servizio	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/ part-time	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «B»	2000	Attività di VRQ (verifica e revisione della qualità) Certificazione ISO 9000 dell'attività aziendale Rilevazione della soddisfazione degli utenti (in corso) Rilevazione di indicatori d'attività e risultato Progetti di miglioramento dell'accoglienza e umanizzazione dell'attività	Staff alla Dg	5	4 tempo pieno; 1 tempo parziale	<i>Responsabile:</i> medico <i>Personale:</i> 1 laureata in economia aziendale, 2 infermiere professionali (entrambe laureande: 1 in Scienze della comunicazione, 1 in Psicologia), 1 coadiutore con licenza media	Interesse del personale e buone attitudini personali, spinta del contesto esterno (finanziamenti Regione), ricorso alla consulenza esterna
Azienda «E»	1995	Progettazione/attivazione/supporto tecnico e coordinamento di progetti specifici, che hanno riguardato: - qualità organizzativa; - standard di prodotto; - carta dei servizi aziendale; - qualità percepita e clima organizzativo interno; - qualità alberghiera; - progetto «Linee guida tecniche EBM»; - coordinamento operatori della «Rete qualità aziendale»; - formazione degli operatori	Staff alla Dg	4	4 tempo parziale	<i>Responsabile:</i> medico <i>Personale:</i> 2 laureate in sociologia, 1 biologa	Ruolo di <i>supporter</i> della direzione strategica dell'azienda Personale formalmente esterno (Co.Co.Co.): la struttura del servizio risulta poco strutturata Necessità di aumentare l'autonomia e consolidare il ruolo come servizio autonomo
Azienda «G»	1999	Attività di accreditamento svolgimento di verifiche ispettive Redazione manuali qualità Attivazione della rete dei referenti aziendali Formazione del personale Progetti specifici su aspetti di criticità aziendali, ad esempio attivazione dei «gruppi di miglioramento»	Staff alla Direzione sanitaria	5	3 tempo pieno; 2 tempo parziale	<i>Responsabile:</i> medico (tempo parziale) <i>Personale:</i> 1 medico, 1 caposala, 1 laureata in sociologia, 1 tecnico CED	Disponibilità di personale stabile e motivato. Forte spinta del contesto esterno (ruolo della Regione); possibilità d'accesso ai corsi di formazione regionale. Riconoscimento del ruolo del servizio da parte degli operatori sanitari ancora debole

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

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

I testi

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

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

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

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

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: I SISTEMI INFORMATIVI

Carlo De Pietro

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I casi di studio - 3. Una lettura dei casi di studio - 4. Le scelte circa la collocazione organizzativa.

1. Introduzione

La sesta e ultima «funzione innovativa» presa in considerazione dalla ricerca è quella qui chiamata «Sistemi informativi». Evidentemente essa non costituisce una funzione nuova, quanto piuttosto una funzione la cui rilevanza, ai fini della gestione aziendale intesa in senso lato, è cresciuta significativamente negli ultimi anni e costituisce tuttora un campo con ampie possibilità di interessanti sviluppi in futuro.

La maggiore rilevanza assunta nel tempo dalla funzione è spiegabile sia in termini di maggiori necessità informative delle aziende sanitarie (il che costituisce il lato della domanda), sia in termini della tecnologia disponibile sul mercato (lato dell'offerta), la quale permette attività che in un recente passato non erano immaginabili.

Se ci soffermiamo brevemente sull'analisi dei fabbisogni che questa tecnologia soddisfa, possiamo distinguere esigenze interne all'azienda ed esigenze esterne.

Le esigenze interne sono diverse, tra cui certamente quella di aumentare il grado di efficienza di alcuni meccanismi operativi di gestione aziendale (si pensi, per citare un esempio, alle procedure di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali), quella

di rendere più vicina e accessibile l'informazione ai suoi fruitori (si pensi alla possibilità delle Uuoo (1) cliniche di avere informazioni circa la storia sanitaria del singolo assistito), quella infine di acquisire gli strumenti che rendono realmente possibile un governo aziendale, e cioè dell'organizzazione nel suo complesso — e non quale aggregazione di singole Uuoo.

Appare evidente peraltro come la centralità dei sistemi informativi all'interno di organizzazioni complesse, insieme alle condizioni di reale disponibilità di soluzioni tecnico informatiche sul mercato, influenzano gli assetti organizzativi delle aziende sanitarie. I sistemi informativi, in altre parole, non sono neutrali rispetto alla struttura organizzativa e ai sistemi operativi adottati dalle imprese sanitarie, ma condizionano questi aspetti, rendendo interessante l'indagine di tali relazioni.

Passando alle esigenze informative esterne, esse riguardano una classe ampia di possibili attori, tra i quali almeno i livelli di governo del sistema istituzionale, i pazienti, i fornitori. Con riguardo ai primi, occorre citare certamente le Regioni, oramai responsabili del governo dei sistemi sanitari regionali in una logica di gruppo pubblico al quale appartengono le singole

aziende, e il Ministero della salute, che detiene funzioni importanti di regolazione complessiva del sistema, di finanziamento, di controllo della tutela dei diritti collegati al sistema sanitario. La seconda classe di attori qui citata è quella degli utenti esterni (reali o anche solo potenziali) dei servizi sanitari resi dalle aziende. Si tratta in tal caso, evidentemente, i sistemi informatici e informativi possono dar luogo a un campo assai esteso di possibili interventi, che spaziano dall'informatica circa le attività prestate, allo sviluppo di siti *internet* di discussione su casi clinici, alla prenotazione telematica delle prestazioni sanitarie, alle applicazioni della telemedicina e della refertazione telematica, ecc. Infine, sempre più le aziende vanno sviluppando strumenti informatici per gestire le relazioni coi propri fornitori, al fine di avere processi più trasparenti, più efficienti e più efficaci: si tratta, in particolare, dei temi che vanno sotto il nome di *e-procurement* ma non solo.

Sono queste appena citate le ragioni principali del forte sviluppo dei sistemi informativi anche nelle aziende sanitarie, ed è per questo che la ricerca li ha inclusi tra le funzioni oggetto d'indagine. Nel caso di questa funzione, più che in altri, la delimitazione del suo campo di azione comporta proble-

mi di difficile soluzione e risulta comunque convenzionale. È per tale motivo che l'indagine è partita dall'analisi di quello che le aziende ritenevano essere la funzione sistemi informativi, salvo integrare l'analisi con altre notizie, la ove ritenuto utile alla ricerca stessa.

2. I casi di studio

L'analisi della funzione «Sistemi informativi» si è avvalsa della predisposizione di sei casi di studio, relativi a tre aziende sanitarie situate nel nord Italia, due del centro e una del sud. In quattro casi si tratta di aziende territoriali con presidi ospedalieri da loro gestiti; negli altri due casi si tratta invece di aziende ospedaliere.

La numerosità dei casi ricostruiti è rappresentativa di una diffusa presenza, all'interno delle aziende pubbliche del Sistema sanitario nazionale (Ssn), di unità organizzative che si occupano con visibilità — e in forza di un mandato esplicito — della gestione e dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali.

2.1. L'azienda «A»

Il caso dell'azienda «A» si caratterizza per l'esistenza di un'integrazione organizzativa tra due aree di servizio distinte, tradizionalmente denominate Centro elaborazione dati (Ced) e «Sistemi informativi», che ha dato vita ad un'unica unità organizzativa (Uo), punto di riferimento aziendale per la gestione di tutto quello che riguarda la tecnologia informatica.

Responsabilità dell'Uo «Sistemi informativi» (d'ora in poi Si) è quella curare l'architettura del sistema informativo dell'azienda, gestirne programmi e funzionalità, coordinare i flussi informativi, sviluppare e gestire il sito *web* aziendale.

Il servizio, in sintesi, si occupa in modo integrato del fabbisogno informatico aziendale. L'intera rete aziendale è, da quasi due anni, unificata su un *server* centrale situato presso l'Uo.

L'attività dell'Uo può essere distinta in due aree principali e altre secondarie.

La prima area di attività riguarda la gestione tecnica di *hardware*, rete informatica e *database* aziendale, cui si aggiungono le attività relative alla sicurezza e all'archiviazione dei dati, tutte funzioni tradizionalmente affidate al Ced. La complessiva manutenzione fisica delle macchine avviene internamente, e si avvale di una Squadra tecnica. Il servizio gestisce un *help desk* contattabile via telefono, fax e posta elettronica da parte delle altre Uoo aziendali.

Da tempo non sono più sviluppati applicativi «fatti in casa» (funzione di «programmazione applicativi ad uso interno»), ma continua la gestione di tutti gli interventi (compresi quelli di programmazione) sul *software* (Sw) e la risoluzione di problemi che via via si presentano.

L'implementazione della rete aziendale ha avuto un impatto notevole sulla struttura di questo servizio. Completata l'installazione, attualmente sono in via di sviluppo gli applicativi e i *database* condivisi dalle Uoo aziendali. I programmi futuri prevedono l'attivazione di servizi diretti agli utenti esterni, quali il sistema di prenotazione e di refertazione *on line*.

La seconda area di attività, più innovativa, prevede un cambiamento del ruolo che il servizio Si ha svolto finora, e che renderanno questa funzione non solo uno strumento su cui le Uoo cliniche possono contare per operare in modo più efficiente e integrato, ma anche una fonte di valore aggiunto autonomo. Infatti, i Si sono oggi in grado di processare informa-

zioni più articolate, affidabili e frequenti che in passato, traendo informazioni nuove, utili al governo aziendale. In quest'ottica, la funzione è luogo privilegiato d'analisi al servizio della direzione aziendale e di consulenza interna per l'elaborazione di nuove soluzioni e strategie per l'attivazione di nuovi possibili servizi. Le possibili soluzioni sono proposte alla direzione generale (Dg) e, se approvate, è il servizio stesso l'incaricato diretto per tutte le fasi successive di gestione della gara (conduzione dell'istruttoria, redazione del capitolato, ecc.), d'implementazione e di formazione degli utenti. La gestione unitaria, da parte dell'Uo, dell'intero processo è inoltre favorito dal fatto che il suo responsabile è al tempo stesso responsabile del Dipartimento amministrativo. Sempre nell'ambito di questa attività consulenziale rientra l'aggiornamento tecnologico condotto da un «Osservatorio tecnologico» che segue e analizza le tendenze di mercato.

Oltre alle due aree di attività sopra descritte, i Si hanno poi la responsabilità della rendicontazione dei flussi informativi verso la Regione (per prescrizioni farmaci a carico del Ssn e prestazioni di laboratorio, in particolare). Esistono generalmente, a questo proposito, due soluzioni adottate nelle aziende sanitarie: quella in cui prevale la delega alle Uoo o ai Dipartimenti per tali attività, e quella in cui invece i flussi sono aggregati, processati e inviati alla Regione (e al Ministero della salute) da parte di un ufficio centrale aziendale. Presso l'azienda «A», il sistema si basa sulla delega a Uoo e dipartimenti, che raccolgono i dati sull'attività e elaborano direttamente i *report* grazie alla dotazione Sw creata e curata dai Si.

Oltre alle attività di gestione corrente del sistema, sono attivati progetti importanti necessari all'azienda per mantenere una posizione competitiva

funzionale, in particolare, a confermare l'azienda «A» quale centro di riferimento per la cura di determinate patologie: si tratta cioè di soluzioni informatiche e informative sviluppate per soddisfare esigenze specifiche di alcune Uuoo cliniche.

Infine, ricadono sotto la responsabilità dei «Servizi informativi» ulteriori aree d'attività, forse «impropriamente» affidate al servizio, in primo luogo la gestione della rete di telefonia aziendale.

Il servizio nasce oltre vent'anni fa (è istituito come «Ced» nel 1983, ma di fatto già dal 1979 l'attuale responsabile del servizio, insieme a un collega, era incaricato di quest'area, avente contenuti radicalmente diversi dagli attuali). La storia del servizio è legata alle evoluzioni vissute dall'informativa aziendale in questi decenni.

L'attuale responsabile del servizio, perito industriale, entra in azienda nel 1970, presso la «Ragioneria». In quel periodo, l'azienda «A» aveva dato all'esterno la responsabilità di gestione degli stipendi, ma il servizio sperimentava ritardi e disfunzioni. L'idea fu allora quella di avviare una gestione interna sulla base delle prime soluzioni informatiche che iniziavano ad apparire sul mercato. Un grande ospedale cittadino, «concorrente» dell'azienda «A», in particolare, aveva attivato da poco un «servizio Ced», con l'acquisto di uno dei primi *mainframe*, con l'obiettivo di gestire internamente l'amministrazione degli stipendi. Questo fabbisogno organizzativo è, infatti, tipicamente alla base delle prime sperimentazioni informatiche nelle aziende sanitarie. L'azienda «A» decide di percorrere la stessa strada, avviando un esperimento di formazione interna di alcune risorse da destinare allo sviluppo di un sistema analogo a quello dell'ospedale concorrente. Per fare questo, è attivata una selezione, affidata a una delle «software

house» leader in Italia, per trovare tre persone che affiancassero i colleghi dell'ospedale concorrente che, in base ad un esplicito accordo tra le due aziende, avrebbe messo a disposizione le proprie strutture informatiche per avviare la gestione stipendi anche dell'azienda «A». L'affiancamento, però, dei due diversi gruppi di lavoro afferenti alle due aziende non è sufficiente (né efficiente). Sono pertanto i tre selezionati del gruppo di lavoro dell'azienda «A» a chiedere di partecipare a un corso di formazione specifico. Nel frattempo (il corso dura tre mesi, a tempo pieno) l'azienda «A» decide d'investire nell'acquisto di una propria dotazione informatica, per avviare un CED aziendale proprio. L'investimento in tecnologia avviene in maniera graduale, dapprima con un esperimento di collegamento remoto tra il *mainframe* delle due aziende, cui segue (dopo circa un anno) l'acquisto di attrezzature proprie.

Col tempo, il fabbisogno informativo aziendale inizialmente centrato sulle attività amministrative — di gestione del personale, in particolare — ha lasciato spazio ad attività più direttamente legate alla gestione di dati sanitari. La prossima sfida è invece spinta dalla crescita della tecnologia *internet*, con la creazione di nuovi servizi, quali il Centro unico di prenotazione (Cup) *on line* e, più in generale con lo sviluppo di flussi informativi tra l'azienda e la sua utenza di riferimento.

Utente dei servizi offerti dall'unità è l'intera azienda, con picchi da parte di Uuoo che per collocazioni organizzativa o relazioni con gli utenti rappresentano gli interlocutori più frequenti (il Pronto soccorso, i Laboratori e la Radiologia, in primo luogo).

Un discorso a parte va invece fatto per la collocazione organizzativa della funzione. Nel nuovo assetto organizzativo, l'Uo «Si» è formalmente in *staff* alla Dg; di fatto essa è però rima-

sta all'interno della Direzione amministrativa. La tendenza per il futuro è l'effettiva ricollocazione del servizio in *staff* alla Dg, senza peraltro prevedere alcuna separazione in due sezioni differenti (cioè una Ced di *line* e una più consulenziale in *staff*).

Infine, per quanto riguarda le risorse, l'Uo gestisce risorse complessive rilevanti, in termini di personale e di *budget* a disposizione per gli investimenti in tecnologia (circa 500.000 euro annui), cui vanno aggiunte gli investimenti in telefonia (circa 400.000 euro).

Le professionalità più ricercate attualmente nell'ambito della funzione riguardano esperti di rete, *database administrator*, sistemisti UNIX e *web administrator*. Inoltre, rimane critica l'attività di aggiornamento e presidio dell'innovazione tecnologica, fondamentale per la funzione ma assai complessa e alla quale occorrerebbe dedicare tempo e risorse assai maggiore di quanto attualmente fatto all'interno dell'«Osservatorio tecnologico» istituito dall'Uo e, di fatto, affidato a una persona. Il problema principale riguarda quindi le modalità attraverso cui mantenere il presidio delle principali evoluzioni tecnologiche e applicative in atto, tenuto conto che il piano strategico aziendale valido fino a tutto il 2002 non prevede assunzioni sulla funzione.

Tra le principali difficoltà del servizio è citata l'impossibilità di offrire condizioni contrattuali e retributive che risultino concorrenziali rispetto a quanto offerto sul mercato esterno (in primo luogo, privato), per queste competenze. Per ovviare a questa rigidità, l'azienda prevede di ricorrere a consulenze mirate per temi specifici, decisi a seconda delle reali necessità (in tal caso, il maggiore costo della collaborazione viene in parte alleviato dalla maggiore flessibilità che tale soluzione offre).

Attualmente l'Uo impiega nove persone. Anche il vice-responsabile, (un ragioniere), come il responsabile, è entrato in azienda alla fine degli anni '70, e non aveva all'epoca una formazione tecnico-specialistica. Il «numero tre» del servizio è un giovane laureato in informatica, con diversi corsi di specializzazione, cui è affidata in particolare la responsabilità dell'osservatorio tecnologico già citato. Non è questa la sua prima esperienza, avendo lavorato nel settore privato dal '90 al '94. Queste tre persone sono coinvolte sulle attività più strategiche e consulenziali.

Le attività operative del servizio sono invece presidiate da una «Squadra tecnica» formata di cinque programmatori, tutti periti informatici, cresciuti in azienda e con un'esperienza media di 5/6 anni. La «Squadra tecnica» si occupa di tutta la gestione della rete e della dotazione informatica aziendale. La gestione amministrativa, infine, è seguita da un'amministrativa con diploma di ragioneria, da otto anni sulla funzione.

In complesso, il servizio si caratterizza per un'evoluzione spiccatamente interna delle competenze, iniziata molto presto e proceduta accorpendo ad un primo progetto pilota la costruzione del sistema informativo aziendale, attività di progettazione alla quale è da sempre connessa la gestione fisica delle attrezzature informatiche.

Quale risultato finale, il servizio sembra essere consolidato e riconosciuto. La maturità del sistema informativo aziendale è peraltro dimostrata dall'ampio decentramento alle Uuoo di riferimento della funzione di analisi dei dati ed elaborazione delle informazioni sull'attività sanitaria.

2.2. L'azienda «B»

L'ufficio «Sistemi informativi» (d'ora in poi Usi) dell'azienda «B» è

affidato, sin dalla creazione avvenuta nel 1997, all' stesso responsabile che ne ha poi seguito l'evoluzione. La funzione formale del servizio riguarda la gestione dei sistemi e dei flussi informativi. Le principali attività possono quindi essere elencate come segue:

— la gestione delle infrastrutture *hardware* e della rete, secondo un modello che vede integrati all'interno dell'Usi le attività tradizionalmente svolte dal Ced. Questa è senz'altro l'attività più onerosa in termini di risorse e tempo impiegati. La manutenzione tecnica prevede interventi di primo livello, mirati alla comprensione della natura del problema e alla sua risoluzione, nel caso in cui non si debbano effettuare sostituzioni di pezzi sulle infrastrutture, mentre nel caso degli applicativi ci si rivolge al supporto delle aziende fornitrici. Per questo servizio ci si avvale di una «Squadra tecnica», che vede impiegate due persone, di cui una a tempo parziale. La gestione della rete *internet* e *intranet*, in via di completamento, necessiterà in futuro di specifiche risorse;

— la gestione dei flussi informativi, attività affidata all'unità e che rende l'Usi co-responsabile del debito informativo aziendale interno ed esterno. L'attività, tradizionalmente, consiste nella:

- a) raccolta dati (produzione e consumo);
- b) analisi;
- c) elaborazione informazioni;
- d) distribuzione ai decisori aziendali e ai principali interlocutori esterni.

Interlocutore rilevante per l'Usi è l'ufficio Controllo di gestione. L'Usi, in particolare, si occupa dell'invio dei dati, ricevuti precedentemente dalle unità operative, e poi estratti e sistematizzati in tabelle, al Controllo di gestione (CdG) che procede all'analisi. Questa attività è la più complessa dal punto di vista organizzativo, oltre ad

essere attualmente quella su cui si concentra in maggior misura l'evoluzione della funzione, anche grazie alla collaborazione di diversi organi aziendali su due importanti progetti collettivi, che vedono accomunati gli sforzi di diversi attori e di cui diremo in seguito.

Alle attività sopra descritte si aggiunge un ruolo di consulenza alla Dg per gli acquisti in apparecchiature informatiche. Questa responsabilità rivela consapevolezza circa l'esigenza di disporre di *know-how* tecnico in sede di acquisto dei sistemi.

L'Usi è attualmente impegnato, in collaborazione con altri servizi in *staff* al Dg, su due progetti per la riqualificazione interna dell'azienda. I progetti hanno entrambi l'obiettivo di aumentare il grado d'integrazione dei sistemi gestionali adottati. Una scarsa integrazione è all'origine della presenza di molteplici *database*, con conseguenti duplicazioni e ridondanza di dati, dell'esistenza di una pluralità di applicativi (spesso «fatti in casa» dall'azienda e quindi non standardizzati), dell'assenza di flussi informativi o interfacce tecnologiche tra l'area clinica e quella amministrativa. La necessità di ovviare a queste inefficienze si pone quale priorità e linea di sviluppo tra le più interessanti per le tecnologie informatiche in ambito sanitario. I progetti in fase di realizzazione presso l'azienda «B» si situano senz'altro nell'ambito di questa linea, poiché mirano alla costituzione di piattaforme informative che, in sintesi, rendano possibile l'integrazione di più settori aziendali, i quali svolgono attività correlate e dipendenti dal punto di vista funzionale.

All'interno di questo impianto metodologico comune, sono stati quindi avviati:

— un progetto per la creazione di una piattaforma informativa destinata alle Uuoo sanitarie, curata da una so-

cietà privata specializzata nella realizzazione di soluzioni informatiche per le aziende sanitarie. Il progetto si avvale di un finanziamento regionale. Per questo progetto, l'Usi svolge il ruolo di interfaccia aziendale tra la Dg, la società esterna e le Uuoo. In questo caso, si è voluto creare uno strumento per omogeneizzare e unificare la base dati delle diverse unità per dare vita a un'informazione unitaria inerente la storia clinica del paziente, costituita attraverso i dati messi a disposizione dalle cartelle cliniche raccolte;

— un progetto per la creazione di una piattaforma gestionale/amministrativa Oracle, per sistemi operativi UNIX, che mira a integrare tutti gli uffici amministrativi e di *staff* (tranne l'ufficio del personale), con priorità sul modulo relativo alle forniture.

I due progetti non arrivano a proporre la strutturazione di un unico *datawarehouse* aziendale integrato, ma rappresentano comunque uno sforzo importante nel senso dell'integrazione informativa.

L'Usi è collocato in *staff* alla Dg, e ha come principali interlocutori aziendali la Dg stessa, la Direzione sanitaria, l'ufficio CdG e la «funzione Economico-finanziaria» (la Ragioneria), oltre al settore della «logistica» (Uuoo Economato e Farmacia).

L'ufficio, come già accennato, è attivo dal 1997 ed è stato da subito affidato all'attuale responsabile. Laureato in fisica e in azienda dal 1987, vi giunge in seguito ad una serie di esperienze precedentemente maturate nel settore privato, sempre nell'ambito dei Sistemi informativi, e in seguito alle quali viene inserito a «B» come responsabile della «Fisica sanitaria». Egli si è avvalso inizialmente di sette persone, in maggioranza provenienti dal preesistente Ced aziendale, e ha proceduto con l'assunzione di nuovo personale sino a raggiungere l'attuale organico

di dieci persone, in prevalenza appartenenti alla «Squadra tecnica» aziendale. A parte un'assistente amministrativa, con diploma di segretaria d'azienda, che svolge funzione di segreteria, le altre risorse sono tutte assistenti tecnici programmatori. Delle altre persone impiegate, tre sono risorse interne provenienti dal Ced, mentre le rimanenti sono acquisti che l'Usi ha operato dal privato, o giovani alla prima esperienza di lavoro.

L'andamento quantitativo del personale affidato testimonia la forte espansione che l'Usi sta vivendo. Rispetto al 2001, nel 2002 è stata inserita una nuova persona, e le previsioni di sviluppo nel breve periodo vedono verosimilmente impiegate un totale di 14 persone. I nuovi assunti dovranno essere tecnici dotati soprattutto sotto il profilo dell'analisi e della gestione dei sistemi, più che sul lato della manutenzione operativa. Quest'esigenza testimonia l'evoluzione qualitativa delle risorse umane necessarie, conseguente allo sviluppo della funzione. Si cerca, cioè, uno sviluppo dimensionale del personale tecnico coerente con le strategie informatiche future. Tra queste, lo sviluppo della rete informatica aziendale, che diventa progressivamente più complessa, in seguito alle scelte di realizzazione del «sistema informativo per le relazioni esterne» e la progettazione di un sito *internet*.

In complesso, si può dire che la storia della funzione «Sistemi informativi» presso l'azienda «B», rappresenta una modalità classica per lo sviluppo di questa nuova funzione nel contesto delle aziende sanitarie italiane. Quest'evoluzione è stata possibile anche grazie alla guida di un responsabile con conoscenze specifiche cui è stata affidata la costruzione *ex novo* del servizio: l'azienda ha cercato una persona cui, nell'ambito dell'organizzazione, affidare il processo di trasforma-

zione della Squadra Tecnica e l'evoluzione della funzione.

Un giudizio complessivo d'efficacia dell'azione svolta è senz'altro positivo. Il processo di trasformazione è avvenuto con un andamento incrementale e graduale delle attività, andato di pari passo con la crescita del sistema informativo interno e con l'incremento di organico. Le relazioni con le Uuoo aziendali e gli altri servizi dello *staff* sono anch'esse positive.

2.3. L'azienda «D»

La funzione «Sistemi informativi» all'interno dell'azienda «D» non si avvale di un'unità organizzativa autonoma. Nonostante l'esistenza di un'unità operativa Ced, in realtà le attività di quest'ultimo si limitano, di fatto, alla gestione degli stipendi del personale. Le altre attività tipiche della funzione sono invece svolte in più uffici. Volendo tentare una ricostruzione delle attività tipiche o, in ogni modo, possibili per la funzione «Sistemi informativi», sulla base di come essendo attualmente svolte presso l'azienda sanitaria in esame, si può dire che la funzione risulta composta dei seguenti elementi:

— il Ced che, come già detto, gestisce gli stipendi (determinazione delle buste paga) per i dipendenti dell'azienda;

— l'ufficio «Flussi informativi», che si occupa di trasmettere i dati all'ente Regione, al Ministero della salute e al Ministero del tesoro;

— l'ufficio «Mobilità ambulatoriale», che si occupa di gestire gli aspetti informativi ed economici delle prestazioni rese dagli ambulatori dell'azienda o convenzionati con essa a utenti non residenti nel territorio dell'azienda «D»;

— la Direzione sanitaria, che si occupa di gestire gli aspetti informativi

ed economici dei ricoveri (valorizzazione e relativi rimborsi).

L'analisi che segue si concentrerà sull'ufficio flussi informativi per poi allargare lo sguardo e prendere in considerazione alcuni aspetti dell'ufficio mobilità ambulatoriale e, in parte, del Ced e della Direzione sanitaria.

Le attività dell'ufficio flussi informativi, istituito a seguito della costituzione in azienda della ex-Usl, comprendono la raccolta dei dati, la loro standardizzazione e la trasmissione agli enti destinatari. I dati, in particolare, provengono dalle unità operative sanitarie e da quelle amministrative (in tal caso si tratta soprattutto d'informazioni legate al bilancio e al personale). L'onere maggiore in termini di carico di lavoro, per l'ufficio, è quello legato alla richiesta di tali dati, al sollecito nei confronti delle Uuoo che li comunicano con ritardo, alle integrazioni, verifiche o correzioni che essi richiedono prima di essere aggregati dal personale dell'ufficio e trasmessi in via telematica.

Interlocutori principali dell'ufficio sono quindi le Uuoo dell'azienda, nonché la direzione strategica, utente interno delle informazioni prodotte dall'ufficio stesso.

La collocazione organizzativa dell'ufficio prevede la dipendenza dalla Dg. La riorganizzazione aziendale, attualmente in corso, tuttavia non ha ancora chiarito un assetto definitivo complessivo per la funzione «Sistemi informativi», né come saranno strutturati i centri di responsabilità e di costo per la contabilità analitica (COAN).

L'ufficio «Flussi informativi» si avvale del lavoro di due dipendenti a tempo pieno e un dipendente a tempo parziale, escluso il responsabile, da cui dipendono anche l'ufficio mobilità ambulatoriale e altre attività all'interno dell'azienda. L'ufficio, fino al 1999, disponeva di un'ulteriore risorsa, poi trasferitasi e non sostituita.

Il responsabile dell'ufficio, ragioniere, è da oltre trent'anni dipendente e ha iniziato la sua carriera presso l'accettazione amministrativa dell'allora ente ospedaliero di «D». Gli altri dipendenti dell'ufficio sono un infermiere con conoscenze informatiche, un infermiere professionale, un assistente sociale (quest'ultimo, con contratto a tempo parziale). In particolare, il primo ha partecipato a un corso d'informatica di base della durata di una settimana e finanziato dall'azienda. Le sue attuali competenze sono però soprattutto il frutto della volontà d'imparare e dell'esperienza acquisita nella funzione. In tal modo, egli è il referente informatico per gli enti destinatari dei flussi prodotti (Regione, Ministero del tesoro e Ministero della salute) ed è, in realtà, l'unica persona addetta al terminale dell'ufficio (terminale che, in rete con la Regione e i ministeri, trasmette fisicamente i dati a questi stessi enti). Gli altri due colleghi invece sono addetti alla raccolta dei dati (richieste, solleciti, integrazioni, correzioni) e alla loro aggregazione — sempre su supporto cartaceo — in modo che poi possano essere riversati sul terminale e quindi trasmessi.

Non si prevedono incrementi di personale presso l'ufficio «Flussi informativi», né presso quello «Mobilità ambulatoriale» in cui, oltre al responsabile, lavorano altre due persone, entrambe con diploma di scuola media superiore: la prima è un assistente amministrativo, la seconda un infermiere professionale.

Oltre ai già citati uffici, che si occupano di flussi informativi e mobilità ambulatoriale, è utile citare due particolari ambiti di attività sui quali l'azienda sta puntando con determinazione e che potranno costituire leve per lo sviluppo di una cultura dell'informazione e dei dati, attualmente debole nell'azienda di «D».

Ci si riferisce, in particolare, all'«Osservatorio epidemiologico» in staff alla Dg e alle funzioni di CdG e COAN in via di primo impianto.

L'Osservatorio epidemiologico, affidato alla responsabilità di un dirigente medico da tempo dipendente dell'azienda, impiega due altre risorse che costituiscono una dotazione di competenze informatiche importanti per l'azienda: il primo è un giovane statistico (laurea in scienze statistiche e demografiche) chiamato in azienda con un contratto di collaborazione coordinata e continuativa; il secondo è un infermiere che da tempo è coinvolto in numerosi progetti aziendali all'interno della Direzione sanitaria o della direzione generale (ha tra l'altro preso parte al gruppo di lavoro sul progetto *budget* citato nell'analisi della funzione «Controllo di gestione»).

La collocazione in staff dell'ufficio, abbinata alla disponibilità personale delle risorse citate, fa sì che queste siano spesso coinvolte in attività a contenuto informatico e informativo. È verosimile prevedere, in linea con quanto successo finora, che essi saranno coinvolti nello sviluppo di sistemi informativi aziendali integrati.

L'altra area di attività citata quale nucleo attorno al quale sono in via di sviluppo competenze relative alla funzione «Sistemi informativi» è quella del Controllo di gestione e della COAN: in tal caso l'azienda, come illustrato in altra sezione della presente ricerca, ha coinvolto diversi attori esterni, col preciso intento però di limitare il supporto consulenziale alla fase d'impianto dei sistemi operativi, sviluppando al contempo competenze interne capaci di gestirli.

In complesso, l'azienda «D» ha una funzione «Sistemi informativi» suddivisa all'interno di più unità organizzative e sembra limitarsi alla produzione e alla gestione delle informazioni mi-

nime necessarie per ottemperare alla legge o funzionare quale azienda.

Con riguardo alla distribuzione delle attività tra diverse unità organizzative, la ricostruzione della funzione porta a rilevare attività di produzione e/o gestione di informazioni (che non siano strettamente funzionali all'unità operativa che le produce/gestisce, ma che sia invece il valore aggiunto apportato dalla funzione alle attività dell'azienda) in quattro contesti, facenti capo tutti alla direzione strategica dell'azienda: in particolare, si tratta degli uffici «Ced», «Flussi informativi», «Mobilità ambulatoriale», oltre che della Direzione sanitaria, che gestisce le informazioni relative ai ricoveri e, conseguentemente, ai *Diagnosis related groups* (Drg).

Con riguardo all'articolazione delle attività relative alla funzione, l'analisi mostra un'azienda finora caratterizzata da un utilizzo limitato degli strumenti informatici e informativi: essa si mostra ancora debole sulle principali linee di sviluppo della tecnologia dell'informazione all'interno delle aziende sanitarie: *software* integrati, *database* aziendali, *internet*. Ciò, peraltro, si traduce nella mancanza di un servizio EDP centrale interno che abbia responsabilità di materia di scelta di acquisto dei sistemi informatici e, soprattutto, si traduce in competenze e professionalità specifiche che risultano, nel complesso, modeste.

D'altro canto, gli interlocutori aziendali sembrano aver coscienza di tali debolezze, e la direzione aziendale sta cercando di porre rimedio alle carenze più marcate, con una priorità dedicata ai sistemi di rilevazione delle attività cliniche e di controllo di gestione.

2.4. L'azienda «G»

L'azienda «G» è dotata di un Ced («Servizio tecnologie informatiche»),

responsabile dell'infrastruttura tecnologica, e di due servizi dedicati alle attività di analisi dei dati e di reportistica:

— un «Servizio sistemi informativi» in *staff* alla direzione sanitaria, per i dati di natura sanitaria;

— il servizio «Controllo di gestione», in *staff* alla direzione generale, per i dati di natura gestionale.

Qui ci occuperemo, in particolare, delle attività del servizio «Sistemi informativi» (d'ora in poi Si).

Le responsabilità assegnate alla nuova unità Si, creata nel 1995 in seguito all'accorpamento delle tre Usl presenti sul territorio dell'attuale azienda «G», sono quelle di «curare i rapporti con la Regione e Ministero della sanità rispetto ai flussi di dati richiesti, la raccolta e gestione dei dati necessari all'azienda per la programmazione delle attività e analisi dei dati epidemiologici».

Quindi, in primo luogo, vengono richiamati gli obblighi informativi dell'azienda a favore di attori esterni quali la Regione e il Ministero della salute. A questo proposito è da ricordare la presenza forte su tale fronte della Regione, che negli anni ha evoluto le proprie richieste informative dando luogo da una necessità reale delle aziende di dotarsi di unità specifiche incaricate della gestione di tali flussi.

In secondo luogo, viene richiamata la responsabilità di elaborare informazioni significative utili all'azienda. La funzione d'elaborazione dati è da sempre presente nelle aziende sanitarie, ma tali attività si sono fortemente evolute nel corso del tempo, anche grazie allo sviluppo della tecnologia informatica. Complessivamente, sono due le grandi classi di dati sanitari soggetti a raccolta ed elaborazione: dati relativi ai ricoveri e dati relativi alle prestazioni ambulatoriali. Il servizio Si dell'azienda «G» si occupa esclusivamente di dati sanitari ed epidemio-

logici e, in nessun caso, di dati amministrativi (competenza dell'unità «Controllo di gestione»), anche se la creazione di un *datawarehouse* aziendale porterà in futuro ad una maggiore integrazione.

L'attività prevalente riguarda quindi la produzione d'informazioni dovute su base mensile, trimestrale e annuale (per tipologia di *report* e soggetto richiedente/destinatario), sulla base dei *record* prodotti alla base dalle unità operative e raccolti dal Cup e dal Ced. A monte di quest'attività si trova pertanto l'architettura del sistema informativo aziendale, di cui è possibile distinguere da un lato la struttura e dall'altro il supporto informatico *hardware* (Hw) e Sw. I Si curano la definizione della struttura funzionale del sistema, mentre l'installazione e lo sviluppo dell'architettura informatica è curata dal Cd. Entrambi i sistemi sono aggiornati continuamente, sulla base dell'evoluzione delle richieste informative esterne e interne (in termini di necessità di nuovi dati e raffinamento delle analisi esistenti), con la necessità continua di correggere gli applicativi o estrapolare nuovi dati.

La scheda nosologica, ad esempio, punto di riferimento della prima categoria di dati (relativi ai ricoveri), esisteva da circa 10 anni quando è stata informatizzata. Per i ricoveri ospedalieri esiste da tempo la cultura della documentazione dell'attività, ragione per cui il sistema informativo aziendale non ha agito, se non sul versante dell'informatizzazione della scheda e dell'evoluzione dei contenuti. Diverso è stato invece il processo per la raccolta delle informazioni sulle prestazioni ambulatoriali, per le quali non esisteva una scheda di partenza condivisa. Si tratta, in entrambi i casi, di attivare sistemi d'elaborazione e analisi che sfruttano decine di campi diversi (2).

Il problema principale riguarda la capacità di copertura del fabbisogno

informativo sulla complessiva attività aziendale. L'attivazione del Cup ha dato avvio ad una collaborazione proficua nella gestione delle informazioni. Però non tutte le prestazioni passano attraverso il Cup: a questo fine da circa quattro anni esiste un «Registro informatico delle prestazioni» che raccoglie dati sull'attività non ospedaliera non registrata dal Cup, e che va a coprire queste «aree grigie» integrando, in particolare, l'informazione coi dati sulle prestazioni intermedie (attività svolte da Uuoo interne a favore di altre Uuoo), che non verrebbero altrimenti registrate nelle schede nosologiche o ambulatoriali. Continua a sussistere un'area d'attività che sfugge alla rilevazione, ma le cause sono esterne all'architettura del sistema informativo.

L'insieme delle attività svolto dal servizio consiste di:

— organizzazione della raccolta dei dati (mensile/trimestrale), ricevuti ed estratti via rete per la parte più consistente (dati di laboratorio, in particolare);

— sistematizzazione dei dati per l'invio in Regione, secondo il formato da questa definito, parzialmente diverso da quello utilizzato in azienda (è stato tentato un adeguamento dei formati adottati dall'azienda ma il risultato complessivo non è completo), e al Ministero della salute;

— elaborazione dei dati d'interesse aziendale, i cui destinatari sono la Dg e le Uuoo.

La recente moltiplicazione dei flussi verso l'esterno, se da un lato ha spinto alla creazione di una cultura della raccolta dati e della supervisione dell'attività effettiva, dall'altro ha rappresentato un carico di lavoro notevole per la precedente struttura informativa delle aziende. Il rischio è quindi quelli della «disaffezione degli operatori sanitari» alle incombenze informative: la moltiplicazione delle ri-

chieste rende sempre più oneroso il lavoro richiesto alle Uuoo in termini di compilazione delle schede e tempestività della raccolta, creando diffidenza e resistenze, sicuramente minori di quelle che l'unità ha dovuto fronteggiare all'inizio della sua attività, ma che restano in ogni modo l'ostacolo principale allo sviluppo di un sistema informativo efficace.

Il processo di aziendalizzazione ha spinto per la creazione di servizi interni appositamente dedicati alla gestione di questi flussi, riconoscendo la valenza strategica della funzione in un ambiente più responsabilizzato.

Nello svolgimento della propria attività il servizio ha come principali interlocutori interni il Ced, soprattutto in fase d'invio dei dati, il servizio «Controllo di gestione», e i due uffici Sdo/Drg, afferenti ai due presidi ospedalieri dell'azienda, che hanno l'incarico di raccogliere i *record* mensili sulle prestazioni ospedaliere. L'unità non ha invece contatti diretti con le Uuoo.

Come già accennato, l'unità nasce nel 1995. Il responsabile è, fin dall'istituzione del servizio, un laureato in sociologia che proviene dall'Usl «X», accorpata nella nuova azienda «G», dove dal 1989 lavorava per il «Servizio informativo», ufficio dedicato alla gestione di statistiche e all'elaborazione di alcune informazioni di base sull'attività, relativamente non informatizzato (le professionalità inserite in questo tipo di servizi erano costituite da laureati in statistica, sociologia e analisti programmatori, in quanto esplicitamente previste nei requisiti di ammissione ai concorsi).

Inizialmente il responsabile è da solo, la sua nomina avviene nel luglio 1995. Dopo l'unificazione delle Usl, nell'ufficio si assiste a un ricambio piuttosto intenso del personale, e una certa stabilità viene raggiunta solo alla fine del 1996: la ragione è da ricon-

dursi al fabbisogno di personale con competenze informatiche, da sempre scarso in ambito pubblico, unite alla sensibilità necessaria alle attività da svolgere. Durante i primi tre anni sono in forza al servizio complessivamente tre persone, nessuna delle quali ha competenze informatiche (il responsabile dichiara di essere anch'egli carente sotto questo punto di vista): oltre al responsabile ci sono un'assistente amministrativa, con diploma di scuola superiore, e un operatore Ced, incaricato principalmente di inserimento dati, che sviluppano entrambi competenze più specifiche con l'esperienza sul campo. La collaboratrice amministrativa proviene, come il responsabile, dal Servizio Informativo di una delle Usl accorpate. Dalla fine del 1996 è prestato «in via temporanea» al servizio un vigile sanitario, con diploma di geometra e buone capacità informatiche, sviluppate da autodidatta (*Excel, Access*). Questi si rivela una risorsa importante per il servizio, dal momento che viene inserita in un momento in cui si era finalmente creata una relativa stabilità e solidità dei flussi di dati raccolti e il Cup aveva iniziato la sua attività sulle prenotazioni, e contribuisce notevolmente all'implementazione del nuovo «Registro informatico delle prestazioni».

Attualmente risultano in forza al servizio cinque persone a tempo pieno e due a tempo parziale: un programmatore arrivato circa un mese fa dal Ced e impiegato tre giorni alla settimana e la collaboratrice amministrativa in servizio dal 1995, impiegata sui flussi informativi destinati alla Regione in tema di ostetricia, senza competenze informatiche significative. Ai dipendenti già citati si aggiungono un programmatore a tempo pieno, perito informatico, spostato dal Ced aziendale, altri due assistenti amministrativi, entrambi risorse interne e il vigile sanitario, che però attualmente è in fase

di rientro al proprio servizio d'origine. Questa «perdita», dovuta sia a scelta personale sia alla scarsa attinenza del suo inquadramento formale con le attività svolte presso il servizio, dovrà in qualche modo essere compensata. Quello di cui il responsabile dichiara di avere bisogno è una risorsa dotata dal punto di vista sia informatico sia analitico, in grado cioè di elaborare i dati e costruire i *report*, e non solo di aggregare i *record*.

Un giudizio di sintesi dell'efficacia del servizio prestato dall'unità SI parte necessariamente dalla considerazione dell'esistenza di un divario tra quello che un sistema informativo ottimale richiede nella teoria e di quanto può essere l'attività effettiva svolta da queste funzioni nella pratica aziendale. Ciò che allontana la pratica dalla teoria è sicuramente la mancanza di risorse specificamente formate sul tema della gestione delle informazioni, dotate di capacità analitiche e informatiche al tempo stesso. Al di là di queste considerazioni, oggettive, si riscontrano a tutt'oggi problemi che non riguardano le possibilità di manovra della funzione, quanto lo scarso riconoscimento attribuito alla raccolta e all'analisi dei dati soprattutto da parte degli operatori sanitari.

Nonostante i problemi citati, in complesso il servizio Si ha saputo lavorare coerentemente con le risorse assegnate e che ha saputo raggiungere buoni risultati soprattutto in termini di spinta ai processi di cambiamento interni e di creazione di una cultura delle informazioni aziendale.

2.5. L'azienda «L»

L'azienda «L» presenta due attori principali nell'ampio spettro di attività che è possibile ricondurre alla funzione «Sistemi informativi» da noi indagata. In particolare, si tratta del «Servizio informatico» e dell'ufficio

«Sistemi informativi», entrambi in *staff* alla Dg.

A differenza di quanto fatto nel caso di studio relativo all'azienda «G», nella quale abbiamo concentrato l'analisi sul «Servizio sistemi informativi» e ci siamo concentrati meno sulle attività del «Servizio tecnologie informatiche» (già Ced), nell'analisi dell'azienda «L» abbiamo invertito l'approccio, concentrando l'attenzione sul «Servizio informatico». L'adozione di un punto di vista piuttosto che dell'altro dipende:

— dalla rilevanza delle attività realmente svolte dalle singole unità organizzative all'interno delle aziende oggetto di studio;

— dalla concreta distribuzione delle attività che, comprese lungo il *continuum* informatica-informazione, sono assegnate alle stesse unità organizzative.

Se infatti, nel caso dell'azienda «G», le attività rilevanti ai fini della nostra ricerca sembrano localizzarsi all'interno del «Servizio sistemi informativi», nell'azienda «L» tali attività sembrano invece allocate principalmente al «Servizio informatico».

Il «Servizio Informatico» nasce nel 1993 e acquista la sua attuale configurazione con l'accorpamento delle sei Usl in cui era organizzata la provincia di «L» (escluso l'ospedale di «L», successivamente reso azienda ospedaliera — o Ao — autonoma): i sei Ced sono accorpati presso la sede centrale di «L».

Obiettivo della nuova unità è quello di realizzare un sistema informativo aziendale che supporti soprattutto il processo di accorpamento degli ospedali provinciali in un unico presidio (presso l'azienda «L» gli stabilimenti ospedalieri costituiscono il presidio ospedaliero). Il primo problema, relativo alla scelta dell'applicativo aziendale da adottare in luogo delle applicazioni precedentemente attivate dai

singoli ospedali, è risolto estendendo all'intera azienda le soluzioni realizzate in due ospedali, avendo queste dimostrato la loro validità: per la gestione dell'anagrafe degli assistiti, del Cup e delle casse *ticket* viene scelto il sistema dell'ospedale di «X»; dall'ospedale di «Y» è invece mutuato il sistema per i dati amministrativi su bilancio, economato e personale.

Il personale dei Ced delle sei ex Usl viene trasferito alla sede centrale o mantenuto presso la propria sede originaria (in parte più ridotta), ma cambiandone in ogni caso le responsabilità, in linea con la nuova impostazione data alla neonata funzione. Le persone rimaste sui distretti (3) svolgono attività di gestione e manutenzione di Hw e Sw presso le diverse sedi dell'azienda, ma sono comunque coinvolte anche sui progetti a valenza aziendale.

Il primo responsabile del servizio è un fisico sanitario presso l'ospedale di «L», che per competenze e interessi personali appare idoneo a integrare il sistema informatico del presidio ospedaliero. Il personale affidatogli è composto da tecnici informatici — prevalentemente periti elettronici o informatici — e da un ragioniere, a cui si aggiungono due assistenti amministrativi, di cui uno a tempo parziale, con funzioni di segreteria. Il personale dell'unità rimane pressoché stabile negli anni (salvo un'assunzione recente) e rappresenta un caso piuttosto fortunato in quanto caratterizzato da un buon *know-how* professionale. Ciò ha permesso all'azienda di non ricorrere alla consulenza esterna in fase di integrazione informatica del presidio. Questo fattore è stato inoltre motivo di spinta per l'identificazione e la motivazione delle persone: coinvolte in prima persona in un grande progetto d'integrazione, esse hanno scelto di rimanere a lavorare in un'azienda pubblica anche a fronte di un mercato del lavoro esterno capace di proposte al-

lettanti in termini di attività e retribuzione per questo tipo di professionalità.

Dal 1996, in seguito allo scorporo dell'ospedale del capoluogo, che diviene azienda autonoma, al responsabile del servizio viene affidata la responsabilità del nuovo «Dipartimento tecnologico» dell'Ao; l'Uo dell'azienda «L» è allora affidata a un nuovo responsabile, che ricopre ancor oggi tale posizione.

Dalla creazione del servizio è stata innanzitutto informatizzata e unificata l'area amministrativa e l'accesso alle prestazioni, con la creazione di un Cup provinciale che gestisce anche l'accesso all'Ao e ad alcuni servizi delle case di cura private convenzionate. A questo si è aggiunta l'informatizzazione dei processi ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento, che gestiscono la mobilità del paziente tra i vari dipartimenti) dei cinque ospedali, e quella delle Uuoo di pronto soccorso, laboratori analisi chimico-cliniche, radiologia, sistemi di telerefertazione per servizi d'urgenza (teleconsulto d'urgenza; ma non si tratta ancora di *Picture Archive and Communication System* - o PACS). Si sta ora lavorando all'informatizzazione delle Uuoo cliniche, per la realizzazione della «cartella clinica di primo livello», che concerne la richiesta di servizi e l'attività effettivamente prestata a favore del paziente (configurandosi quindi come una sorta di «Cup intramurario» nell'ambito del presidio ospedaliero).

Si è infine aggiunta l'attività di sviluppo delle applicazioni *web*: il «Servizio informatico», in collaborazione con alcuni dipartimenti, gestisce il sito aziendale, che contiene informazioni sull'azienda «L» e che a breve permetterà di consultare tutte le informazioni relative all'accesso ai servizi e ai tempi d'attesa. Non è prevista, ad oggi, la realizzazione di un sistema di prenota-

zione via *internet* (Cup informatico), in quanto l'azienda già dispone di un buon servizio telefonico. Altri progetti in via di sviluppo mirano piuttosto a coinvolgere, attraverso il sito, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per lo scambio di una serie di informazioni relative ai pazienti, nonché le farmacie, che potrebbero servire come centri di prenotazione aggiuntivi per i propri clienti.

Al di là delle attività sugli applicativi, è infine utile ricordare la realizzazione della rete aziendale. La scelta di una soluzione VOIP (*Voice Over Internet Protocol*) ha permesso di abbandonare i gestori telefonici tradizionali e utilizzare la rete cablata a banda larga anche per le telefonate, soluzione che permette risparmi rilevanti.

Il «Servizio informatico» è in *staff* alla Dg e ha come principali interlocutori la Direzione amministrativa e quella sanitaria, oltre al responsabile del presidio ospedaliero, ma si rapporta con tutte le Uuoo, in particolare con il dipartimento amministrativo e i servizi sul territorio che necessitano di elevata copertura da parte degli applicativi (vaccinazioni, psichiatria, ecc.).

L'atto aziendale ricorda che il Servizio Informatico è «l'area che analizza, progetta, sviluppa e valuta l'utilizzo della tecnologia informatica in un'ottica di sistema funzionale integrato». Nei fatti, l'attività si concentra sia sulla tecnologia informatica sia su quella informativa. A questo si aggiungono una serie di responsabilità parzialmente sovrapposte a quelle del Ced per la gestione delle reti e della telefonia. Una seconda area di sovrapposizione si configura coi «Sistemi Informativi», funzione affidata al medico responsabile anche della funzione di CdG e della gestione dei debiti informativi, interni ed esterni (nei confronti di Uuoo, Dg, Ministeri, Regione) (4). In questo caso, più che di sovrapposizione sarebbe giusto parla-

re di relazioni reciproche in quanto, come afferma la responsabile dei «Sistemi informativi», «è vero che noi siamo competenti, in ultima istanza, dei debiti informativi e dell'analisi dei dati, ma il supporto e la collaborazione del Servizio informatico è fondamentale. Questo avviene soprattutto per lo sviluppo dei nuovi progetti, in cui sono coinvolti non solo i Sistemi informativi e i responsabili delle Uuoo che erogano le prestazioni sanitarie, ma anche il Servizio informatico, con funzione di analisi e progettazione». Quindi i «Sistemi informativi» non rientrano nella gestione della rete dati, raccolti e messi a disposizione dal «Servizio informatico» e in alcuni casi già parzialmente elaborati da quest'ultimo. I «Sistemi informativi» si occupano dell'analisi e sono responsabili della trasmissione agli utenti finali dell'informazione.

Tornando al «Servizio informatico», esso si caratterizza per un *turn-over* del personale e dei responsabili decisamente bassi. Questa situazione non si discosta da quella osservata in servizi analoghi in altre realtà aziendali (5). Evidentemente, chi decide di lavorare nel pubblico lo fa sulla base della considerazione di elementi diversi dalla sola retribuzione. In generale però, permangono condizioni di forte instabilità sul futuro del personale più preparato e permangono difficoltà nella ricerca e assunzione di nuove risorse qualificate.

Sempre a questo proposito si è quindi rivelata oculata la politica adottata dall'azienda «L», che da tempo ricorre agli incentivi di produttività come strumento di ricompensa delle proprie risorse più strategiche. Questo vale anche e soprattutto nel caso degli informatici, corpo efficiente e prezioso per l'azienda, che ha beneficiato — nei limiti delle cifre «risibili rispetto al privato» su cui è possibile contare — di incentivi mirati a premiarne la pro-

duttività e la fedeltà. Di sicuro, l'atteggiamento aziendale che rifugge una distribuzione a pioggia degli incentivi ha soprattutto carattere simbolico. È comunque da sottolineare che spesso proprio la sensibilità della direzione aziendale nei confronti di questo tipo di riconoscimenti ha dato ritorni in termini di soddisfazione e motivazione delle persone, un risultato importante e spesso sottovalutato in confronto alle quantità economiche in gioco.

L'organico del «Servizio informatico» è composto di 11 persone. Una si occupa delle infrastrutture tecnologiche (reti e telecomunicazioni); un gruppo di quattro persone si occupa di applicativi *Microsoft Office*, posta elettronica, *intranet*; due persone sono impegnate sulla gestione degli applicativi sanitari (Cup, ADT, ecc.); una persona è sugli applicativi amministrativi. A questi si aggiungono gli assistenti amministrativi con funzioni di segreteria, e il responsabile del servizio. Oltre all'organico interno, l'azienda si avvale dell'*outsourcing* per la manutenzione dell'hw e per la realizzazione degli impianti. Consulenze minori sono comunque impiegate di tanto in tanto nel normale rapporto con le *software house* fornitrici.

Passando ora a una breve analisi dell'organico assegnato all'unità Sistemi Informativi, esso impegna, oltre al responsabile (cui è affidata anche la responsabilità dell'ufficio CdG), due altre persone:

— una laureata in statistica che segue le Sdo: entrata con borsa di studio sulla funzione CdG, ha poi lavorato per il Bilancio allo sviluppo della COAN;

— un infermiere professionale-assistente sanitario che segue le attività assistenziali del territorio e i flussi per Regione e Ministeri, proveniente dalla Medicina di base.

Volendo riassumere, nell'azienda «L», la funzione «Sistemi Informativi»

vi» come indagata all'interno della presente ricerca si trova gestita da due unità organizzative, entrambe in *staff* alla Dg: «Sistemi Informativi» e «Servizio Informatico». La prima ha responsabilità sul reperimento dei dati e sulla gestione del sistema informatico aziendale; la seconda sulla gestione dei flussi informativi e sulle attività di analisi.

L'unità «Sistemi informativi» si occupa (con un modello che integra più funzioni solitamente distinte in altre realtà aziendali) del controllo di gestione, e ha una responsabilità esclusivamente informativa (mai informatica) nei confronti degli attori istituzionali interni ed esterni. Il Servizio informatico, nato dall'unificazione dei sei Ced delle precedenti Usl poi accorpati nell'azienda «L», gestisce invece l'*information technology* aziendale. Rimangono inoltre alcune persone che operano presso le sedi territoriali delle aziende e alle quali è affidata la manutenzione d'emergenza della rete di telecomunicazione (reti e telefonia). Infine, la manutenzione tecnica di *computer* (pc) e stampanti è affidata all'esterno, in *outsourcing*.

Per valorizzare le risorse presenti, l'azienda ha gestito con flessibilità e in modo incisivo l'istituto dell'incentivazione, riconoscendo rilevanza al servizio informatico aziendale. Questa politica, seppur nei limiti dei fondi di bilancio disponibili, ha mostrato una qualche efficacia nel limitare la possibile perdita di risorse utili, col risultato ultimo di disporre, nell'organico aziendale, di competenze professionali qualificate.

2.6. L'azienda «M»

A fine 2000 è stato nominato responsabile dei «Sistemi informativi» aziendali (qui di seguito Si) un medico assunto con incarico triennale ex art. 15-*septies*, con precedente esperienza

di gestione di programmi di sanità pubblica per paesi in via di sviluppo e interpretazione di dati di attività ed epidemiologici. Le priorità per i Si, condivise con la direzione aziendale, riguardano la gestione dei dati dell'area sanitaria.

Al suo arrivo in azienda, il responsabile si è trovato di fronte ad una funzione dispersa su più Uuoo. Da un lato, l'Uo «Valutazione della domanda e dell'offerta», che si occupava della gestione dei dati relativi al debito informativo nei confronti della Regione; dall'altro lato, un gruppo di riferimento aziendale, coordinato dal direttore sanitario dell'Area Extra-Polo (6), che si occupava di valutare le richieste d'acquisto Hw e Sw. Il Ced aziendale, inoltre, pur dipendendo funzionalmente dall'Uo «Personale», di fatto lavorava con l'Uo e il gruppo di riferimento aziendale sopra citati.

La dotazione di personale su cui i Si potevano contare, nel 2000, si componeva pertanto del responsabile dell'Uo «Valutazione della domanda e dell'offerta», di due impiegati amministrativi e di un assistente sanitario.

La priorità definita con la Direzione strategica riguarda in primo luogo l'attività dell'area territoriale: è richiesta la ristrutturazione della reportistica, la standardizzazione della stessa e la flessibilizzazione delle informazioni; infine, la messa a regime della rilevazione delle attività ambulatoriali (SIAS). Da un lato occorre quindi completare i dati che già venivano raccolti, dall'altro, bisognava essere in grado di attribuirli correttamente alle diverse attività ambulatoriali.

In mancanza di alternative, si decise inizialmente di utilizzare le informazioni delle direzioni Sanitarie di presidio, che erano i punti di raccolta dei dati di attività delle Uuoo che periodicamente le trasmettevano, in formato sintetico, ai Si aziendali. Il pro-

blema nasceva dal fatto che non c'era completa corrispondenza tra i dati rilevati dal SIAS e quelli dichiarati dalle direzioni sanitarie. Per questo motivo, il neoresponsabile decide di impostare *ex novo* la rilevazione di tutte le linee di produzione aziendali (ancora in via di completamento) come base sulla quale riorganizzare il SIAS. L'obiettivo è di passare dalla disponibilità di dati autocertificati e sintetici, forniti dalle direzioni sanitarie, a dati certi ed analitici, forniti dal sistema informativo aziendale. I dati SIAS, inoltre, grazie alla loro analiticità renderebbero possibili analisi e interpretazioni prima non ottenibili: definire i bacini di utenza reali dell'azienda, analizzare i bisogni espressi ed inespressi sul territorio (analisi della domanda), ecc.

I servizi territoriali aziendali, dal canto loro, disponevano già di diversi sistemi di rilevazione dei dati, ma non integrati fra loro. Tali sottosistemi rilevavano, in parte, i dati in maniera analitica ma non erano controllati e validati e, in ogni caso, non erano disponibili ai SI aziendali. Da ciò l'esigenza di avere una gestione unitaria delle informazioni. Attualmente, sono stati integrati i sistemi di rilevazione delle attività dei SeRT (Servizio Recupero Tossicodipenze), del Dsm (Dipartimento salute mentale), dell'Area Emergenza e in parte dei CAD (Centro Assistenza Domiciliare): tali sistemi costituiranno le basi per le analisi sul percorso assistenziale del paziente. Un passo successivo sarà il collegamento in rete con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, per completare la visione e l'analiticità dei percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti.

Le informazioni che si stanno rendendo disponibili hanno inoltre consentito l'impostazione d'indicatori relativi all'attività dei distretti dell'azienda (dati demografici, distribuzione della popolazione, persone prese in

carico dai CAD, richieste pervenute ai Pronto soccorso, tasso di ospedalizzazione, ecc.). Al gruppo di lavoro partecipano a tutt'oggi i Si, la direzione aziendale, il responsabile del dipartimento di prevenzione, il responsabile dell'Uo «Acquisto e vendita di prestazioni sanitarie». L'obiettivo è di fornire ai responsabili dei distretti informazioni rilevanti per meglio operare nel proprio territorio. Sono invece ancora da sviluppare gli indicatori relativi alla domanda inespressa e alla «domanda debole».

Nell'aprile del 2001 la Direzione strategica ha infine approvato l'articolazione organizzativa dell'area amministrativa e dello *staff*, istituendo in particolare la struttura organizzativa «Sistemi informativi e Ced», abolendo l'unità operativa «Valutazione della Domanda e dell'Offerta» e riconducendo formalmente il Ced sotto la responsabilità dei Si.

I documenti prodotti dal servizio sono di due tipi:

— *reporting* verso le unità operative: dati di attività trimestrali;

— *reporting* a richiesta verso la Direzione strategica.

Data la trasversalità con cui opera l'ufficio Si e il Ced, sono interlocutori interni tutte le Uuoo sanitarie e amministrative, nonché la Direzione strategica in primo luogo.

In generale, si sta cercando di progettare secondo una logica unitaria gli interventi aziendali. Qui di seguito si riassumono le principali linee di attività per il futuro:

— completare la riunificazione dei sistemi informativi aziendali (permano infatti più sottosistemi separati);

— rendere unitaria la rete aziendale, ovvero unificare la gestione da parte del Si aziendale;

— migliorare la capacità informativa dei dati, ovvero aumentarne la qualità e la diffusione, necessarie a me-

glio supportare la Direzione strategica, dei capi dipartimento, e così via;

— studiare il progetto *data-warehouse*;

— coinvolgere gli utilizzatori nella fase di analisi funzionale degli strumenti di *reporting*;

— puntare sulla decentralizzazione dell'analisi dei dati, una volta riorganizzata la centralizzazione dei Si e realizzata l'unicità della gestione delle informazioni: è infatti fondamentale che gli utilizzatori finali dei dati (Uuoo cliniche) siano in grado, a livello decentrato, di attuare analisi specifiche attingendo dalla base dati centrale;

— facilitare i processi sanitari con un supporto informatico: progetto sintetizzabile come telemedicina (ad esempio, diffusione dei referti per via telematica);

— migliorare le funzioni del sito *web* dell'azienda (ad esempio, attivare le prenotazioni via *internet*, collegare i medici di medicina generale, ecc.).

Il responsabile ritiene che il personale sia insufficiente rispetto alle responsabilità e alle potenzialità di sviluppo dell'ufficio Si e Ced, che attualmente si compone di:

— lo stesso dirigente responsabile, con laurea in medicina e chirurgia, *master in Public Health Care*, alla prima esperienza sulla funzione;

— un programmatore, perito industriale in telecomunicazioni, con precedente esperienza nella medesima funzione in aziende pubbliche;

— un programmatore, perito industriale meccanico, prima esperienza sulla funzione;

— un programmatore, con diploma di maturità classica, prima esperienza sulla funzione;

— un programmatore, con diploma in ragioneria, con precedente esperienza nella medesima funzione in azienda pubblica;

— un operatore tecnico, con diploma alberghiero e precedente esperienza sulla stessa funzione presso altra azienda pubblica;

— un programmatore, diploma in ragioneria, prima esperienza;

— un collaboratore tecnico programmatore, diploma in ragioneria, prima esperienza sulla funzione;

— un collaboratore tecnico, maturità scientifica, prima esperienza sulla funzione.

Nell'ipotesi di un aumento dell'organico, il responsabile ipotizza l'assunzione di uno statistico/epidemiologo laureato, due programmatori analisti e un amministrativo con funzioni di segreteria.

3. Una lettura dei casi di studio

I sei casi di studio analizzati mostrano situazioni aziendali abbastanza differenziate sotto diversi punti di vista. La funzione «Sistemi informativi» è variamente organizzata nei diversi contesti, e tale variabilità non dipende necessariamente sempre da differenze sostanziali nelle attività svolte dalle singole aziende, bensì è la risultante di un insieme di fattori molto più complesso. Nelle pagine che seguono si cercherà dunque di proporre un'analisi trasversale dei casi di studio presentati, soffermandoci sui temi oggetto della presente ricerca, e cioè sullo sviluppo delle competenze acquisite dalla funzione stessa, sul grado di sviluppo complessivamente raggiunto, sulle scelte adottate in termini di collocazione organizzativa.

3.1. Alcune considerazioni generali sul grado di sviluppo della funzione

Come già nel caso della funzione «Politiche e valutazione del personale», anche per quella «Sistemi informativi» non si può parlare di «funzione nuova», in quanto alcune attività da

questa tipicamente svolte caratterizzano da molti anni il funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche.

Ciò detto, è certamente vero che la funzione «Sistemi informativi» è innovativa, e ciò almeno in due sensi:

— le capacità tecnologiche permettono la raccolta, l'elaborazione e la conservazione di una quantità di dati sempre crescente, con maggiore velocità e a costi ridotti;

— il salto quantitativo si trasforma in un salto qualitativo: non solo si fa di più e più velocemente, ma ciò ha permesso attività nuove, capaci di offrire informazioni utili al governo delle aziende. La funzione è, quindi, innovativa in quanto ha come oggetto il sistema informativo e non è meramente un servizio di automazione dei flussi informativi.

Proprio in quanto funzione innovativa, le attività svolte, la collocazione organizzativa adottata e le competenze necessarie a svolgere quelle attività risultano varie nelle diverse aziende e, soprattutto, in rapida evoluzione.

Come già accennato, alcune attività informatiche sono sempre state presenti tra le attività delle aziende sanitarie: la gestione di paghe e contributi già da molti anni, poi i flussi informativi nei confronti di Regione e Ministeri, la valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, ecc. Ciò nonostante, alcune di tali attività vanno perdendo peso in termini di rilevanza per l'azienda, a favore di attività nuove. Tipico è il caso della gestione di paghe e contributi oppure la manutenzione delle apparecchiature informatiche (rete, SW, PC e stampanti), attività queste spesso gestite da attori esterni, con contratti di *outsourcing*.

La tendenza delle aziende, ancora timida ma già chiaramente delineata, sembra orientata a mantenere all'interno del proprio controllo le attività ritenute strategiche in termini di:

— contenuto informativo gestito (ad esempio la valorizzazione dei ricoveri tramite Drg);

— funzionalità/strumentalità rispetto alle attività *core* delle aziende in questione (ad esempio l'informatizzazione delle cartelle cliniche);

— ruolo all'interno di processi di sviluppo aziendali ritenuti prioritari (ad esempio i sistemi informativi a supporto del processo di *budgeting* e della COAN).

Per le attività che invece, per maturità dei processi o perché funzionali o soddisfare obiettivi esterni, non sono ritenuti strategici da parte dell'azienda, si rileva un processo di progressiva esternalizzazione.

Riprendendo lo schema già utilizzato per illustrare lo sviluppo delle singole funzioni aziendali e qui sotto nuovamente riportato in figura 1 (7), si può dire che per la funzione «Sistemi informativi» l'emersione del fabbisogno sia spinta da tre classi di fattori:

— in numerosi casi gli sviluppi sono dettati da esigenze operative rilevate e sostenute dai singoli professionisti o dalle singole Uuoo, o comunque ad essi utili;

— in altri casi, lo sviluppo dei sistemi informativi è funzionale alle attività di governo delle aziende ed è quindi sostenuto dalla direzione strategica o dagli altri dirigenti preposti alla gestione;

— lo sviluppo di alcuni sistemi informativi può derivare anche dalle necessità informative degli utenti, i quali richiedono informazioni circa l'accessibilità e i contenuti dei servizi resi, le attività di prenotazione, ecc. Tali pressioni saranno evidentemente tanto più forti ed efficaci quanto più il contesto ambientale è competitivo (e cioè caratterizzato da un ampio potere di scelta da parte degli utenti e da un sistema di finanziamento basato sulle prestazioni erogate);

— infine, le attività sono richieste da attori esterni, tipicamente sovraordinati rispetto alle aziende: è questo il caso dei flussi informativi cui le aziende sono tenute nei confronti di Regione, Ministero della salute, Ministero del tesoro, ecc.

Per quanto riguarda i modelli di riferimento, nel caso della funzione in esame essi sono disponibili e seguono lo sviluppo della tecnologia all'interno del sistema economico complessivo, non presentando quindi particolari problemi di applicazione al contesto pubblico, almeno in linea di principio.

Le competenze, altrettanto, sono codificate e disponibili sul mercato. Come evidenziato da diversi dei casi da noi indagati, le aziende sanitarie pubbliche soffrono però di un sistematico disequilibrio tra le competenze necessarie a gestire organizzazioni professionali e assai complesse, e le competenze realmente possedute. In numerosi casi la funzione «Sistemi informativi» è caratterizzata dall'aver, tra i propri dipendenti, persone con scarsa formazione specifica. Le difficoltà di reperire competenze sono anche — ma non solo — di ordine economico, e su tale aspetto diverse aziende tra quelle interpellate hanno sottolineato le difficoltà di competere sul mercato per l'acquisizione di professionisti che il settore privato riesce a retribuire in modo più allettante.

Un ultimo accenno riguarda la collocazione organizzativa: nonostante la rilevanza — spesso anche in termini dimensionali — che la funzione qui indagata assume all'interno delle aziende, la sua collocazione organizzativa è assai varia, frutto delle modalità attraverso cui la funzione si è sviluppata nell'ambito delle singole organizzazioni.

3.2. Le attività svolte

La ricognizione della funzione «Sistemi informativi» nei casi indagati rivela un insieme di attività ampio e variegato. Esse però possono in qualche modo essere ricondotte a uno schema logico che, partendo dai prerequisiti necessari a sviluppare il sistema informatico e delle informazioni presenti in azienda, segue le fasi con cui la tecnologia e le informazioni arrivano in azienda, sono sviluppate, fino alle attività che più esplicitamente offrono valore agli utenti interni ed esterni, sia in termini di messa a disposizione di strumenti tecnici che creano le condizioni per un lavoro più efficiente, sia in termini di informazioni nuove che vengono rese disponibili.

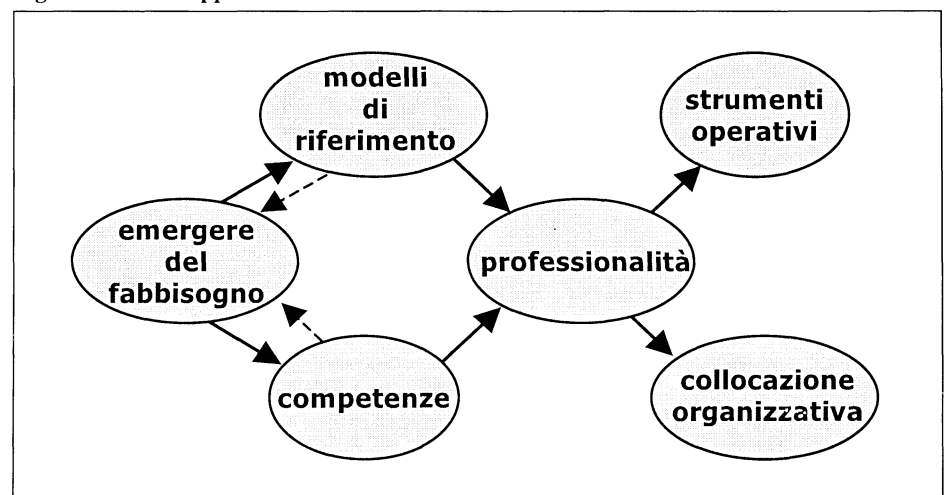
Condizione necessaria alla funzione è quella che riguarda l'aggiornamento tecnologico: elemento essenziale come in tutte le professioni ad alta intensità di progresso tecnico-scientifico, l'aggiornamento in questo campo è condizione base per ben operare ma anche per essere interlocutore informato e quindi capace di gestire i rapporti con i fornitori. Tale attività, evidentemente fisiologica e quindi presente in varia intensità in tutte le

realità da noi analizzate, è esplicitata presso l'azienda «A», con l'istituzione dell'«osservatorio tecnologico»: in tal modo la funzione punta a sottolineare — forse anche nei confronti della Dg — il ruolo fondamentale di tale aggiornamento e il suo onere in termini di impegno delle risorse del Servizio.

Ulteriore attività che risulta esplicitamente da alcuni casi, è quella di programmazione del fabbisogno in termini d'investimenti informatici, piani d'acquisto, sviluppo e ammortamento. In tal caso, il ruolo spesso svolto della funzione «Sistemi informativi» è di tipo consulenziale, a supporto delle scelte operate dalla direzione strategica o dai dipartimenti aziendali. A quest'attività si collega quella relativa alla consulenza nel momento degli acquisti (redazione bandi ecc.). In un caso (l'azienda «A») la stessa gestione degli acquisti è di fatto gestita dal Servizio.

Attività rilevante in gran parte dei casi considerati, è quella relativa allo sviluppo di una rete fisica aziendale capace di collegare in modo più efficace le varie Uuoo di cui si compone (attività tanto più difficile quanto più esse sono disperse sul territorio). Come nel caso di altre attività, lo svilup-

Figura 1 - Lo sviluppo di una nuova funzione aziendale



po di una rete informatica aziendale ha forti impatti sull'intera struttura organizzativa e richiede quindi spesso collaborazione da parte delle Uuoo e forti investimenti aziendali a supporto (basti citare, oltre a quelli tecnici d'impianto, di configurazione dei terminali, di *Sw integration*, anche quelli in formazione, necessaria quanto meno agli utenti chiave del sistema).

Lo sviluppo di una rete aziendale sembra oramai obiettivo imprescindibile e comune a tutte le aziende sanitarie (nonostante l'ampia differenza tra le soluzioni adottate, che sono determinate almeno in parte dalla organizzazione fisica dell'azienda sul territorio). Altrettanto si può dire per lo sviluppo di sistemi informativi capaci di integrare le varie informazioni che l'azienda produce e che utilizza. Tale integrazione spesso rappresenta, oggi, la macro-attività principale della funzione «Sistemi informativi» all'interno delle aziende sanitarie pubbliche (è ad esempio il caso dell'azienda «B» e dell'azienda «M») (8). A tale proposito, le diverse aziende adottano percorsi di sviluppo notevolmente diversificati. In generale, possiamo però ricondurre gli sforzi sotto tre classi:

— l'integrazione dei sottosistemi dell'area amministrativa, che riguardano la gestione di: magazzino, ordini, personale, cespiti (inventario), fatturazione attiva, contabilità generale (CoGe), contabilità finanziaria, COAN, ecc. In tal caso, le soluzioni adottate sono spesso trovate sul mercato, capace già oggi di offrire pacchetti integrati di gestione (ad esempio Oracle per i *database*);

— l'integrazione dei sottosistemi clinico assistenziali, che riguardano la gestione di: accettazione, cartelle cliniche, gestione reparti, valorizzazione ricoveri, gestione referti, ecc. Per tali ambiti, le soluzioni attualmente disponibili sul mercato sono più frammentate e meno sviluppate, nonostante il

significativo sviluppo cui si assiste da qualche anno, e le aziende ricorrono con maggiore intensità ad applicazioni sviluppate internamente;

— infine, in alcune aziende lo sforzo mira a sviluppare un sistema informativo unico aziendale che, fin da subito, cerchi un'integrazione forte sia degli aspetti amministrativi e gestionali che di quelli più prettamente clinici.

Un altro ambito importante d'attività riguarda la manutenzione dell'Hw, della rete e anche degli apparecchi telefonici (nel caso dell'azienda «A»), del SW (rete, *Windows Office*, posta elettronica e tutte le altre applicazioni).

È questa un'area in cui tipicamente è forte la delega a società specializzate esterne, anche se le soluzioni non sono univoche sia nella scelta di cosa esternalizzare, sia in quella di quanto esternalizzare (spesso cioè esiste comunque un primo livello di supporto/intervento, gestito dall'azienda).

Le informazioni prodotte dalla funzione «Sistemi informativi» riguardano tipicamente i seguenti ambiti:

— flussi informativi richiesti da Regioni e Ministeri;

— informazioni forniti alla funzione «Controllo di gestione»;

— *reporting* a favore della direzione strategica aziendale;

— informazioni offerte all'utenza esterna, tipicamente attraverso il sito *web* aziendali o altre applicazioni *internet*.

L'elencazione fatta qui sopra mostra evidenti sovrapposizioni tra gli aspetti e le attività informatiche della funzione (impianto *hardware*, installazione applicativi, manutenzione e aggiornamento, sviluppo sito e applicazioni *internet*, ecc.), e quelli a contenuto più informativo (raccolta e analisi dei dati, reportistica). Il caso dell'azienda «L» rappresenta a tale proposito una soluzione che separa in mo-

do esplicito i due aspetti. Il caso dell'azienda «A» rappresenta un'altra soluzione tipica, in cui a una forte specializzazione informatica si accompagna la responsabilità di produrre i flussi informativi a favore di Regione e Ministeri: è significativo che il responsabile del Servizio ritenga impropria tale responsabilità, che dovrebbe essere assegnata, a suo dire, alla Dg. In altri casi, infine, la separazione tra attività informatiche e attività informative è invece frutto della distribuzione delle attività sopra elencate tra diverse Uuoo, alcune a contenuto più informatico, altre a contenuto più informativo.

3.3. Il grado d'internalizzazione e le modalità di reclutamento

L'analisi dei casi di studio non indica una tendenza univoca in termini d'internalizzazione o esternalizzazione delle attività svolte. Di fronte all'aumento della complessità tecnologica e organizzativa dei sistemi sviluppati, le aziende rispondono in modo vario, a volte rivolgendosi al mercato, altre volte invece continuando a svolgere «in economia» le attività discusse sopra.

Ciò detto, è però possibile ricostruire alcune tendenze di fondo, sulla base della «sensibilità» dei contenuti tecnici o informativi delle singole attività e sulla base del grado di sviluppo delle singole funzioni. In tal senso, si può ipotizzare una lettura del percorso di sviluppo suddivisa in tre fasi:

— la prima fase, di impianto, vede il primo sviluppo delle attività, il più delle volte gestite internamente dalle aziende, spesso in risposta a specifiche esigenze o richieste fatte da alcuni operatori o alcune Uuoo (ovviamente però non mancano i casi in cui fin da subito il coinvolgimento di competenze esterne è forte, specie per le aziende «arrivate tardi», nelle quali i servizi

Ced non sono riusciti a trasformarsi in funzioni più ricche). Le risposte date in tal modo sono il più delle volte caratterizzate da logiche ed esigenze diverse, e danno quindi luogo allo sviluppo di soluzioni slegate tra loro, nell'analisi funzionale ma anche nei sistemi informatici poi concretamente utilizzati;

— la seconda fase, di sviluppo medio, si caratterizza per un tentativo aziendale di sviluppare sistemi meglio integrati, eventualmente cercando di «ricompattare i vari pezzi» preesistenti nel sistema. In tale fase viene a volte richiesto un supporto esterno, in genere offerto dagli stessi fornitori del Sw. Si tratta di una fase delicata, in cui le aziende sono chiamate a scelte destinate a condizionare sia lo sviluppo degli stessi sistemi informativi sia, più in generale, il controllo dei meccanismi operativi aziendali, nonché l'efficienza e l'efficacia degli stessi;

— la terza fase, di maturità, vede una migliore allocazione delle varie attività in termini di gestione diretta o esternalizzazione. In particolare, le soluzioni a disposizione delle aziende variano soprattutto in termini della rilevanza dei processi gestiti: 1) per le attività a più elevato contenuto informativo o che comunque sono ritenute critiche dall'azienda (in quanto, ad esempio, hanno impatti rilevanti sui risultati economici, oppure riguardano l'immagine esterna e il posizionamento dell'azienda nei confronti dei potenziali utenti, ecc.) si opterà probabilmente per un'internalizzazione delle attività, sulle quali l'azienda vuole mantenere il controllo; 2) per le attività invece a basso contenuto informativo/strategico o caratterizzate da un maggior grado di standardizzazione, le ipotesi di esternalizzazione divengono più rilevanti per le aziende, che preferiranno concentrare i propri sforzi sulle attività considerate *core* (tipi-

camente, le attività clinico assistenziali).

La presenza di supporti consulenziali o di collaborazione da parte di professionisti o società esterne resta però, in complesso, abbastanza limitata nelle aziende oggetto d'indagine.

Il ricorso all'esternalizzazione è in alcuni casi forte nelle funzioni di manutenzione e aggiornamento del Sw (ad esempio, presso l'azienda «M»), nello sviluppo di applicazioni *internet* o in altri ambiti, ma il giudizio è nel complesso di una presenza relativamente limitata. In più, anche quando presenti, l'operato dei consulenti non sembra costituire una modalità per sviluppare competenze tecniche o organizzative, ma rimane piuttosto una collaborazione esterna, in cui le aree di stretta collaborazione operativa — e di trasferimento delle competenze — risultato sostanzialmente limitate.

Le persone impegnate nella funzione hanno formazione di base assai eterogenea. È tuttavia possibile individuare quattro modelli formativi tipici, che si ritrovano in vario grado in quasi tutti i casi di studio presentati.

Le aziende con funzioni sviluppate sono dotate di professionisti con formazione specifica, il più delle volte programmatori con diploma di perito elettronico o informatico.

Più varia appare la situazione che riguarda la formazione e la provenienza dei responsabili dei servizi. In alcuni casi l'origine è tipicamente Ced (è così per l'azienda «A», per il «Servizio informatico» dell'azienda «L»), in altri invece la responsabilità è affidata a personale laureato di varia estrazione (medico igienista per i «Servizi informativi» dell'azienda «L», fisico per l'azienda «B», medico presso l'azienda «M», sociologo per l'azienda «G»). Nel primo caso è premiata la continuità delle esperienze, la conoscenza degli aspetti tecnici e l'appartenenza disciplinare contigua a quella

della «Squadra tecnica». Nel secondo caso invece vengono privilegiate la dimensione relativa all'utilizzo delle informazioni messe a disposizione dalla funzione oppure quella della gestione del processo. Probabilmente i casi che meglio illustrano queste due dimensioni sono quello dell'azienda «L» e quello dell'azienda «M»:

— presso l'azienda «L», il responsabile dei «Servizi informativi» (che si affianca al Sistema informatico), medico igienista, è responsabile anche del CdG, entrambi funzioni all'interno dell'area «Programmazione e controllo» in *staff* alla Dg;

— presso l'azienda «M», l'attuale responsabile del «Servizio informativo» aziendale, è stato assunto ex articolo 15 *septies* con contratto dirigenziale triennale e ha un profilo tipico da *project manager*, grazie alla sua precedente esperienza di gestione di programmi di sanità pubblica nei paesi in via di sviluppo. A questa esperienza egli poi associa un *background* che, grazie alla formazione medica e all'esperienza in temi di epidemiologia, rafforza il suo profilo e facilita la sua azione. Il ruolo svolto in tal caso è quindi tipicamente di gestione del processo di cambiamento necessario all'integrazione e allo sviluppo dei sistemi informativi.

Una terza classe ricorrente nei casi studio è quella delle persone che, partendo da una formazione diversa, hanno sviluppato capacità d'analisi e programmazione informatica che, riconosciuta dall'azienda, è valorizzata con responsabilità di vario tipo all'interno della funzione. È il caso, ad esempio, di personale infermieristico o di vigili sanitari. Le figure comprese in tale classe svolgono spesso un ruolo importante nello sviluppo della funzione qui analizzata, soprattutto nelle fasi d'impianto, poiché spesso rappresentano elementi di continuità nel tempo capaci di rappresentare in modo effi-

cace la cultura organizzativa dell'azienda.

La quarta e ultima classe di risorse impegnate nella funzione è di provenienza giuridico-amministrativa, la cui presenza sembra però destinata a ridursi nel tempo, man mano che i contenuti tecnologici delle attività svolti vanno aumentando.

Passando ora a commentare brevemente le modalità di reclutamento adottate, esse — a differenza di quanto visto per altre funzioni — risultano essere abbastanza ordinarie, almeno dal punto di vista delle soluzioni contrattuali utilizzate. In genere, le risorse impegnate nella funzione «Sistemi informativi» sono assunte con contratto a tempo indeterminato e non hanno alle spalle esperienze in qualità di consulenti o collaboratori delle aziende sanitarie.

Le uniche eccezioni a tale regola sono rappresentate dal responsabile dei Sistemi informativi dell'azienda «M», assunto con contratto dirigenziale e tempo determinato ex articolo 15 *septies*, e lo statistico che lavora per l'ufficio Epidemiologia dell'azienda «H», che ha un contratto di collaborazione coordinata e continuativa. E anche tali eccezioni sono in parte spiegabili con fattori ben identificabili:

— nel primo caso, il contratto è adatto alla responsabilità assegnata al dirigente, vero *project manager* nello sviluppo dei sistemi informativi aziendali; inoltre, l'azienda «M» sembra fare di frequente ricorso alla formula dell'assunzione ex articolo 15 *septies*, come dimostrato dai casi delle altre funzioni indagate all'interno della presente ricerca;

— nel secondo caso, è il mercato locale del lavoro — non particolarmente vivace — che contribuisce a rendere facile il ricorso a modalità di reclutamento lunghe quali contratti di colla-

borazione coordinata e continuativa, borse di studio, ecc.

Difficoltà tipiche della funzione «Sistemi informativi» riguardano l'importanza dell'aggiornamento tecnologico e, soprattutto in un recente passato, l'appetibilità delle retribuzioni offerte dal settore privato.

Relativamente al primo aspetto, la ricerca ha messo in luce la consapevolezza circa la rilevanza cruciale dell'aggiornamento, soprattutto negli aspetti tecnico-informativi.

Per quanto riguarda il secondo aspetto citato, la ricerca conferma le difficoltà di potere offrire condizioni di lavoro incentivanti, soprattutto in termini di retribuzione, ma anche in quanto a possibilità di aggiornamento o contenuto delle attività svolte, rispetto a quanto offerto dal settore privato, soprattutto nelle realtà regionali più dinamiche dal punto di vista economico, caratterizzate da una forte domanda di competenze informatiche. Da questo punto di vista, appaiono particolarmente interessanti due elementi emersi dai casi:

— l'azienda «L» ha in atto una politica esplicitamente volta a incentivare — anche da un punto di vista economico, per quanto possibile — il personale impegnato presso il «Servizio informatico»;

— nel corso di alcune interviste è stato messo in luce come le aziende sono ben consapevoli della necessità di formare le risorse, soprattutto nel senso di mantenere una continua tensione a favore dell'aggiornamento tecnologico; d'altro canto, c'è altrettanta consapevolezza che quella stessa formazione divenga un *asset* di competenze appetibile sul mercato esterno, col rischio di veder andar via le risorse migliori, che vengono impiegate dal privato. Questo caso mostra con evidenza la necessità — tipica in qualunque ambito a forte progresso scientifico — di una formazione program-

mata e gestita (e non subita) dalle aziende, in modo che sia funzionale agli obiettivi e ai bisogni dell'azienda e non sia invece una formazione volta ad acquisire competenze utili e prontamente/facilmente rivendibili sul mercato privato (e, al limite, per nulla utili all'azienda di appartenenza).

4. Le scelte circa la collocazione organizzativa

La collocazione organizzativa della funzione «Sistemi informativi» appare particolarmente eterogenea nei casi qui illustrati. Tale caratteristica è il risultato dell'interagire di due fattori principali:

— la storia che ha caratterizzato lo sviluppo della funzione all'interno dei singoli contesti aziendali, la quale ne ha condizionato gli attuali assetti organizzativi (i casi indagati mostrano un tipico esempio di «dipendenza dal sentiero di sviluppo»);

— l'ampio spettro di attività che sotto quella funzione hanno luogo e di soluzioni operative che possono essere adottate (nel senso che gli assetti organizzativi complessivi dipendono almeno in parte dal differente grado di sviluppo delle diverse attività svolte, dai supporti informatici adottati, ecc.).

Volendo comunque tentare una lettura complessiva e sistematica, si possono però ricostruire due tendenze principali.

Alla prima si possono ricondurre le situazioni in cui i servizi Ced tradizionali, spesso nati per far fronte, in primo luogo, alle esigenze della gestione del personale (paghe e contributi), sono stati capaci di arricchirsi di competenze e responsabilità nuove, tanto di divenire punto di riferimento per l'intera azienda e per un ampio ventaglio d'informazioni e servizi offerti. In tal caso, la collocazione organizzativa sarà verosimilmente di *line*, con tensioni da parte delle attività a più al-

to contenuto reportistico/informativo (per Dg, Controllo di gestione, ecc.) a «emanciparsi» e ricollocarsi quale ufficio dello *staff* della Dg (è il caso, ad esempio, dell'azienda «A»).

La seconda fattispecie cui è possibile ricondurre le esperienze concrete è quella in cui le funzioni necessarie o tradizionali sono tipicamente rimaste di *line* o all'interno della direzione amministrativa e/o sanitaria, mentre le attività a maggiore contenuto reportistico/informativo hanno dato luogo alla istituzione di apposite unità organizzative in *staff* alla Dg. Accanto a queste, sono state poste in *staff* le attività progettuali di medio-lungo periodo, destinate a dotare l'azienda di sistemi informatici e informativi nuovi, trasversali, d'azienda, capaci di costituire un collante organizzativo di attività diverse. È evidente che la collocazione in *staff* delle attività qui citate ha ragioni distinte:

— nel caso delle attività a contenuto reportistico/informativo essa è spiegata dal fatto che il principale utilizzatore e beneficiario di quelle informazioni è costituito dalla direzione strategica;

— nel caso dei progetti, la collocazione in *staff* è spiegata dal collegamento alla programmazione strategica e all'ottica di medio e lungo periodo di tali progetti; inoltre la collocazione in *staff* tipicamente garantisce il supporto organizzativo necessario a tale tipo di iniziative.

In alcuni casi la distinzione tra *staff* e *line* corrisponde, infine, a un'esplicita distinzione tra sistemi informativi e sistemi informatici, rispettivamente.

(1) Abbreviazioni:

ADT: Accettazione, Dimissione, Trasferimento;
Ao: Azienda ospedaliera;
CAD: Centro Assistenza Domiciliare;
CdG: Controllo di gestione;
Ced: Centro elaborazione dati;
COAN: Contabilità Analitica;
CoGe: Contabilità Generale;
Cup: Centro unico di prenotazione;
Dg: Direttore generale oppure Direzione generale;
Drg: *Diagnosis related group*;
Dsm: Dipartimento salute mentale;
Hw: *Hardware*;
PACS: *Picture Archive and Communication System*;
pc: *personal computer*;
Sdo: Scheda di dimissione ospedaliera;
SeRT: Servizio Recupero Tossicodipenze;
Si: Sistemi informativi;
Ssn: Servizio sanitario nazionale;
Sw: *Software*;
Uo: Unità operativa;
Uuoo: Unità operative;
VOIP: *Voice Over Internet Protocol*.

(2) Per campi s'intendono i contenuti del dato che costituiscono oggetto dell'elaborazione.

(3) In seguito all'accorpamento, i territori delle 6 ex USL corrispondono ai nuovi distretti aziendali. Il personale rimasto nei Ced dei singoli stabilimenti ospedalieri dipende comunque del servizio centrale e non dal distretto.

(4) Tra le altre attività svolte dai «Sistemi informativi» rientrano la gestione diretta delle

Sdo (controllo, verifica della qualità e della completezza, archiviazione e invio delle schede) e la produzione di informazioni relative alla mobilità sanitaria (*infra* ed *extra* regionale).

(5) Volendo ricondurre l'analisi del *turn over* alle dimensioni informatica e informativa della funzione in esame, i casi di studio hanno mostrato una maggiore stabilità del personale assegnato agli ex Ced e una maggiore rotazione del personale assegnato ad attività d'informazione e reportistica. Tale osservazione peraltro è almeno in parte spiegabile con la diversa «tradizione» e il diverso grado di sviluppo delle due aree di attività suddette: oramai assestate nel primo caso, in via di sviluppo — e quindi meno stabili nelle responsabilità assegnate e nelle competenze professionali necessarie — nel secondo caso.

(6) Gli stabilimenti ospedalieri dell'azienda sono raggruppati in un Polo ospedaliero (tre stabilimenti, tra cui quello di «M») e in un'area Extra-Polo (altri tre stabilimenti).

(7) Lo schema delinea un percorso tipico, ma non per questo sempre rispettato dalle esperienze concrete.

(8) Buccoliero (2000, p. 427) osserva come «il grado di integrazione dei sistemi gestionali adottati (molteplicità di *database* con conseguenti duplicazioni e ridondanze di dati, pluralità di applicativi, spesso prodotti all'interno dell'azienda e quindi non standardizzati, assenza di interfacce tecnologiche e di flussi informativi sistematici tra area clinica ed amministrativa)» rappresenta un'evidente criticità dell'*information technology* all'interno delle aziende del Ssn italiano.

BIBLIOGRAFIA

BUCCOLIERO L. (2000), «Il sistema informativo: primi spunti di ricerca», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di) (2000), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.

Tabella 1 - Un'analisi sinottica della funzione «Sistemi informativi» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/ tempo parziale	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «A»	Programmazione fabbisogno sistemi informativi Acquisti Manutenzione (con <i>help desk</i> telefonico) Gestione telefonia Sviluppo e gestione rete aziendale Sviluppo servizi <i>internet</i> Flussi informativi per Regione e ministeri	Uo Sistemi informativi all'interno del Dipartimento amministrativo	9	Tempo pieno	Sviluppo interno della funzione (poca esternalizzazione) Contratti a tempo indeterminato 6 periti elettronici/informatici, due ragionieri, un laureato in informatica	Aggiornamento tecnologico oneroso Difficoltà di offrire incentivi paragonabili a quelli offerti dalle aziende private
Azienda «B»	Gestione Hw e rete Flussi informativi per Regione e ministeri Flussi informativi per il Controllo di gestione Sviluppo servizi <i>internet</i> (sito ecc.) Consulenza su acquisti Progetti di sviluppo piattaforme integrate (una per le Uo sanitarie; l'altra Oracle per l'area amministrativa)	In <i>staff</i> alla Dg	10	Tempo pieno	Responsabile laureato in fisica Tre risorse provenienti dal Ced aziendale Un impiegato amministrativo Gli altri provenienti dal privato o alla prima esperienza Gestione del Sw fortemente esternalizzata	Risorse con competenze <i>internet</i> e per la gestione della rete (sistemi)
Azienda «D»	Flussi informativi per Regione e ministeri Mobilità ambulatoriale Paghe e contributi Altre attività in via di sviluppo	In <i>staff</i> alla Dg nell'Atto Aziendale (salvo il Ced per le paghe e i contributi)	Circa 10, nelle attività citate		Personale interno con formazione amministrativa o sanitaria (infermieri, assistenti sociali) Inserimento di persone giovani con competenze più orientate, grazie a contratti atipici (collaborazione coordinata e continuativa, borsa di studio, ecc.) Inizio sviluppo di alcuni applicativi amministrativi con il supporto di <i>software house</i> o società di consulenza esterne	Risorse interne capaci di investire nello sviluppo di competenze nuove Approccio non integrato/sistematico all'impianto di un sistema informativo aziendale Risorse economiche disponibili
Azienda «G»	Flussi informativi per Regione (e ministeri) <i>Reporting</i> a favore della Dg	In <i>staff</i> alla Dg	6	Due <i>part-time</i> e 5 a tempo pieno	Responsabile laureato in sociologia Due impiegati amministrativi Due risorse che provengono dal Ced Un programmatore con esperienza Un impiegato sanitario con conoscenze informatiche	Analisi funzionale Integrazione con le altre unità organizzative che si occupano di informazioni e sviluppo tecnologico

segue Tabella 1 - Un'analisi sinottica della funzione «Sistemi informativi» nelle aziende sanitarie indagate

Azienda	Attività svolte	Collocazione organizzativa	N. risorse impiegate (1)	Tempo pieno/ tempo parziale	Formazione/esperienze/ reclutamento	Aspetti critici per lo sviluppo
Azienda «L»	<p>Servizio informatico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo e gestione rete aziendale - gestione applicativi <i>Office</i>, <i>internet</i>, <i>posta elettronica</i>; applicativi sanitari; applicativi amministrativi - sviluppo sito <i>web</i> <p>Sistemi informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flussi informativi per Regione e ministeri - <i>reporting</i> direzionale - raccolta dati per il Controllo di gestione 	«Servizio informatico» e «Sistemi informativi» entrambi in <i>staff</i> alla Dg	<p>Servizio informatico: 10,5</p> <p>Sistemi informativi: 2,5 più collaborazione di due medici</p>	Servizio Informatico: una <i>part-time</i>	<p>Servizio informatico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periti elettronici o informatici - un ragioniere - due assistenti amministrative (una a tempo parziale) <p>Sistemi informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il responsabile medico igienista - statistico entrato con borsa di studio sul CdG e poi sulla COAN - infermiere professionale proveniente dalla Medicina di base - collaborazione <i>part-time</i> di due medici 	<p>Aggiornamento tecnologico oneroso</p> <p>Difficoltà di offrire incentivi paragonabili a quelli offerti dalle aziende private</p>
Azienda «M»	<p>Sviluppo e gestione rete aziendale flussi informativi per Regione e ministeri</p> <p>Sviluppo sito <i>web</i> e applicazioni <i>internet</i></p> <p>Sviluppo sistemi di rilevazione attività</p>	Servizio «Sistemi informativi e Ced» in <i>staff</i> alla Dg	9	Tempo pieno	<p>Responsabile laureato in medicina, <i>Master in Public Health Care</i>, esperienza di gestione progetti, dirigente a tempo determinato ex articolo 15 <i>septies</i></p> <p>5 programmatori (un perito industriale in telecomunicazioni; un perito industriale meccanico; uno con maturità classica; due diplomati in ragioneria), due dei quali con precedenti esperienze sulla stessa funzione in aziende pubbliche</p> <p>3 operatori/collaboratori tecnici (uno con diploma alberghiero; uno con diploma in ragioneria; uno con maturità scientifica, uno dei quali con precedenti esperienze sulla stessa funzione in aziende pubbliche)</p>	<p>Personale disponibile</p> <p>Coinvolgimento delle Uuoo in termini di rilevazione fabbisogno e analisi funzionale</p>

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

L'EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI INNOVATIVE NELLE AZIENDE DEL SSN: RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Angelo Tanese

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Strategie e processi di sviluppo delle professionalità e delle funzioni innovative nelle aziende sanitarie - 2. Una realtà in forte movimento: la progressiva professionalizzazione delle funzioni innovative in sanità - 3. Dall'introduzione al consolidamento delle funzioni innovative: il difficile processo di istituzionalizzazione - 4. Sviluppo delle funzioni innovative e gestione del cambiamento organizzativo.

1. Strategie e processi di sviluppo delle professionalità e delle funzioni innovative nelle aziende sanitarie

Il presente lavoro di ricerca ha inteso approfondire, attraverso un approccio prevalentemente empirico, le modalità e le professionalità attraverso cui alcune tra le funzioni aziendali più innovative si sono sviluppate e sono attualmente presidiate nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche del Ssn.

Negli interventi precedenti, per ognuna delle sei funzioni oggetto di analisi (Controllo di gestione, Ingegneria clinica, *Marketing*, Politiche e valutazione del personale, Qualità e Sistemi informativi) sono state sviluppate approfondite analisi e riflessioni sulle specificità dei percorsi di introduzione e consolidamento nelle aziende selezionate, attraverso un'attenta comparazione dei casi e la proposta di modelli interpretativi generali.

A conclusione di questo percorso sarebbe quindi riduttivo e fuorviante cercare di operare una ulteriore sintesi interpretativa, alla ricerca di un unico modello interpretativo generale per le funzioni e i casi aziendali trattati. La

risposta (o piuttosto le risposte) ai quesiti e agli obiettivi della ricerca sono contenuti in ognuno dei capitoli precedenti; ogni funzione richiede infatti un quadro interpretativo a sé delle sue modalità di introduzione, dei profili professionali coinvolti, delle caratteristiche dei modelli organizzativi adottati e delle potenzialità di sviluppo.

In questa sede possiamo limitarci a sottolineare alcune delle principali evidenze emerse dalla ricerca, individuando possibili ulteriori percorsi di riflessione o ambiti d'intervento futuri. Le nostre considerazioni conclusive sono di seguito sintetizzate in tre punti.

2. Una realtà in forte movimento: la progressiva professionalizzazione delle funzioni innovative in sanità

Innanzitutto, è fuor di dubbio che lo scenario emerso dalla ricerca conferma l'immagine ormai ampiamente diffusa di un sistema sanitario nazionale attraversato da un rapido e profondo processo di trasformazione dei modelli organizzativi, della cultu-

ra gestionale, dei ruoli significativi all'interno dell'azienda.

Se l'aziendalizzazione del sistema sanitario ha in una prima fase spinto le direzioni generali delle aziende a dotarsi di strumenti in grado di far fronte ai bisogni decisionali e strutturali immediati (dotarsi di un modello organizzativo unico, elaborare documenti di programmazione aziendale, centralizzare alcune funzioni frammentate, in una parola «far nascere» l'azienda), progressivamente l'esigenza di «far funzionare» questa azienda, di farla evolvere e orientarla in modo più efficace verso gli obiettivi previsti (razionalizzazione risorse, qualità e efficacia dei servizi) ha richiesto un investimento prioritario sulle persone, sulle professionalità, sui sistemi operativi.

Di qui l'accelerazione data nella seconda metà di questo periodo di aziendalizzazione del sistema (a partire cioè grosso modo dal 1998-1999) alle iniziative di sviluppo delle funzioni gestionali oggetto della nostra ricerca.

Nel panorama nazionale, si tratta comunque di un movimento a velocità differenziate; in genere, le unità sanitarie locali che avevano già avviato processi interni di «aziendalizzazione» ancor prima della riforma-*bis*, do-

tandosi di funzioni e strumenti manageriali allora pionieristici (come nel caso dell'introduzione del «Controllo di gestione» presso l'azienda «L» o lo sviluppo dell'«Ingegneria clinica» presso l'azienda «S») appaiono oggi più coinvolte nell'evoluzione e nella maturazione della funzione che non nella sua legittimazione interna, già avvenuta in passato. Ben diverso è il caso di quelle aziende che cercano oggi di introdurre e sviluppare rapidamente nuove funzioni per colmare un vuoto organizzativo, informativo e decisionale non più sostenibile; in questi casi è possibile tuttavia recuperare il ritardo strutturale con forti investimenti e percorsi privilegiati di sviluppo organizzativo, se esiste realmente un impegno prioritario da parte della direzione generale.

In termini generali, possiamo affermare che l'introduzione delle nuove funzioni oggetto di ricerca rappresenta, con tempi e modi differenti, un percorso obbligato per le aziende sanitarie. Quello che oggi possiamo analizzare sono le specifiche modalità e i diversi tempi di questo percorso, che appare ancora, soprattutto per alcune funzioni, in fase di avvio.

L'analisi empirica conferma le analisi già condotte in altre sedi e più volte richiamate nel testo di un percorso di sviluppo organizzativo delle aziende sanitarie ormai «sbloccato», nel senso che la modifica della struttura organizzativa viene ormai utilizzata dalle aziende come leva di cambiamento e di adeguamento alle pressioni e alle esigenze dell'ambiente. Questo è di per sé un elemento d'innovazione diffusa particolarmente rilevante per il sistema sanitario pubblico italiano, perché implica il superamento dell'approccio tradizionale all'organizzazione del lavoro di tipo prettamente giuridico (le modifiche possibili sono unicamente quelle previste o consentite dalla norma) o burocratico (l'orga-

nizzazione come forma chiusa, rigida e autoreferenziale).

Nello specifico, l'utilizzo della leva organizzativa come strumento d'innovazione per le aziende sanitarie, ha comportato, per quanto riguarda le funzioni innovative qui analizzate, il particolare sviluppo di organi di *staff* alle direzioni. Se si esclude il caso dell'Ingegneria clinica, che mantiene prevalentemente una collocazione di *line* all'interno dei servizi tecnici o quanto meno di doppia collocazione (di *staff* alla direzione generale per la funzione di consulente su politiche di acquisto e gestione delle apparecchiature elettromedicali, di *line* per la gestione dell'attività operativa di routine), per le altre funzioni prevale una collocazione in *staff*.

Sono state già sviluppate le considerazioni sul significato e le implicazioni di questa tendenza ormai consolidata. Quel che qui ci preme sottolineare è la forte dinamicità del processo. Mentre la *line* sembra evocare per le aziende, in termini di percezione, un assetto definito, una strutturazione precisa e, in un certo senso, definitiva (sino a ulteriori modifiche macrostrutturali importanti), l'organizzazione degli *staff* sembra improntata al criterio della leggerezza e della flessibilità: uffici e funzioni in *staff* possono nascere e morire, evolvere rapidamente nella dotazione di personale, cambiare responsabile e figure professionali dedicate, agire senza un preciso regolamento o quadro di riferimento operativo, strutturarsi più in funzione delle esigenze contingenti che di un programma di lavoro a medio termine.

Sono assetti organizzativi in movimento, appunto, dove però il confine tra flessibilità e indeterminazione è ancora incerto, quasi come se mancassero riferimenti precisi e sperimentati per definire con esattezza «il modello» che s'intende perseguire. La nozione di *staff*, associata a funzioni in

genere ad alto contenuto innovativo e che richiedono prevalentemente un investimento in capitale intellettuale e immateriale, sembra giustificare anche una naturale immaterialità della struttura, una duttilità dell'assetto organizzativo. Sicuramente non è difficile spiegare questo fenomeno:

— sono funzioni che non possono facilmente confrontarsi con standard e modelli di riferimento precisi, data la loro novità;

— trattandosi di una prima strutturazione, i processi d'assetto organizzativo sono continui (*turn-over* di personale, dotazione di risorse iniziale in genere sottodimensionata rispetto al bisogno e allo sviluppo della funzione);

— data la prevalente collocazione in queste funzioni di personale giovane, competente e motivato, nonché investito da un mandato fiduciario, si considera meno importante il ruolo delle regole formali, in un meccanismo di mutuo aggiustamento con il resto della struttura e d'autorganizzazione dello *staff*;

— poiché per i motivi di cui sopra in genere l'organizzazione degli *staff* pone «meno problemi» rispetto ai problemi organizzativi della *line* (si pensi all'organizzazione dei dipartimenti o dei distretti sanitari, alla localizzazione dei servizi, alla rete d'accesso), la direzione può essere meno sensibile ad eventuali criticità o fabbisogni organizzativi delle funzioni in *staff*.

Oltre al movimento più o meno rapido di modifica dei modelli organizzativi aziendali, la ricerca ci consente di rilevare anche un secondo processo di trasformazione connesso all'introduzione di nuove funzioni gestionali, quello relativo alla definizione da parte delle aziende sanitarie dei fabbisogni di profili professionali e competenze. Mai la Pubblica amministrazione era stata interessata da un fenomeno così diffuso e massiccio d'ingresso

di nuove professionalità o di riconversione delle professionalità esistenti in ottica manageriale e gestionale com'è avvenuto nelle aziende sanitarie negli ultimi anni.

Come ben evidenziato nel rapporto, nelle funzioni analizzate l'introduzione di nuove figure professionali è stata accompagnata o da un ricorso prevalente al mercato o da un tentativo di riqualificazione interna del personale; in entrambi i casi, si tratta di dare per scontato che le nuove funzioni gestionali richieste dalle aziende — i fabbisogni emergenti, per l'appunto — necessitano di una profonda messa in discussione del modello tradizionale d'amministrazione, e quindi anche dei ruoli tradizionali, come il ragioniere capo, l'economista-provveditore, il capo del personale, il responsabile tecnico di lavori e/o manutenzioni, il responsabile Ced (1), ecc. I nuovi ruoli di *controller*, addetto al *marketing*, ingegnere clinico, responsabile della qualità, ecc. scardinano profondamente i percorsi tradizionali di ingresso e di carriera all'interno del sistema sanitario pubblico, sicuramente per tutta l'area tecnico-amministrativa, maggiormente coinvolta dal cambiamento, ma spesso e a volte in modo preponderante anche per l'area sanitaria.

Medici, informatici, fisici sanitari, biologi o veterinari che improvvisamente si trovano a gestire uffici di programmazione e controllo, ausiliari che lavorano al controllo di gestione o in uffici di *marketing*; personale amministrativo o sanitario di supporto alla direzione per la gestione delle relazioni sindacali che deve adattarsi a progettare strumenti di valutazione del personale e di supporto alle politiche aziendali per le risorse umane.

Insomma, oltre l'introduzione nel modello organizzativo delle aziende sanitarie di nuovi servizi e uffici di *staff*, tali processi implicano una ride-

finizione del sistema interno dei ruoli e dei percorsi di carriera.

Ad esempio, un dirigente neoassunto con funzione di responsabile di controllo di gestione, oltre ad essere in genere molto giovane e a percepire salari mediamente più elevati rispetto ai neolaureati tradizionalmente assunti con concorso in qualifiche sanitarie o amministrative, si trova collocato in una posizione organizzativa molto vicina ai «luoghi del potere», sia perché gode spesso di un rapporto fiduciario con la direzione che lo ha assunto, sia e soprattutto perché gestisce informazioni molto rilevanti e pertinenti per la direzione stessa per portare a compimento nel modo migliore il proprio mandato. Nascono così figure professionali che beneficiano di percorsi agevolati e più rapidi di inserimento nei «posti alti» dell'organigramma aziendale, scardinando quelli che tradizionalmente sono stati i percorsi interni di selezione e di carriera (per anzianità, appartenenza, gestione delle relazioni politico-istituzionali).

La competenza e il curriculum formativo e professionale esterno diventano fattori competitivi nuovi nel contesto del pubblico impiego coerentemente, d'altronde, con il processo di contrattualizzazione dello stesso rapporto di lavoro e di evoluzione dei sistemi retributivi e di incentivazione. Allo stesso modo diventa particolarmente strategico per il personale già dipendente sapersi riprofessionalizzare sfruttando opportunità di carriera interna prima impensabili. Da questo punto di vista la ricerca ha ripetutamente sottolineato i casi di dipendenti dei vari ruoli (amministrativi, sanitari, tecnici o professionali) chiamati o proposti a ricoprire incarichi nelle nuove funzioni grazie alla loro autoformazione o disponibilità.

Con riguardo al circuito delle professionalità coinvolte nelle funzioni analizzate, è sorprendente come i per-

corsi di ingresso e di *turn-over* sia per il personale proveniente dall'esterno sia e soprattutto per il personale interno, siano ancora così fortemente eterogenei, estemporanei, affidati alle circostanze e alle conoscenze disponibili in quel momento. Dalla ricerca sono emersi numerosi casi di «cooptazione» da società di consulenza, di assunzioni sotto forma di iniziative personali della direzione (per cogliere l'opportunità del momento) o di autocandidature interne ed esterne. Siamo ancora in un mercato delle nuove professioni dove l'offerta in qualche modo spesso aiuta ad esplicitare la domanda, un fabbisogno aziendale non chiaramente definito.

Le caratteristiche professionali più definite sembrano attualmente quelle attinenti all'Ingegneria clinica, dove prevalgono ingegneri clinici o di altra provenienza (elettronica o telecomunicazioni) ma con formazione successiva in ingegneria clinica, e quelle attinenti alla funzione «Qualità», dove prevalgono in modo rilevante professionalità di provenienza sanitaria medica.

Se queste due professionalità tendono a standardizzarsi, ben diverso è il caso del «Controllo di gestione», dove si assiste ad una doppia provenienza professionale, sia sanitaria che economica. In genere la prima accompagna i percorsi di riposizionamento di personale interno mentre la seconda è quella più comune nei processi di acquisizione dall'esterno di responsabili della funzione. Questa doppia provenienza sembra abbastanza diffusa, anche per quanto riguarda il personale operante all'interno della funzione, e non soggetta a particolari evoluzioni.

Situazioni in cui la figura professionale è attraversata da maggiori tendenze evolutive è invece quella dei responsabili di «Marketing» e dei «Sistemi informativi». Nel primo caso la doppia genesi della funzione (come

evoluzione dell'«Area a pagamento» o come evoluzione dell'Urp) fa sì che si coniughino attualmente figure professionali con competenze prevalentemente giuridiche (gli aspetti contrattuali dell'attività a pagamento) con professionalità più centrate sui temi della comunicazione (lauree umanistiche). Stante la difficoltà di coniugare le due «anime» della funzione (sull'aspetto torneremo più avanti), dal punto di vista professionale, soprattutto laddove emerge una maggiore focalizzazione della funzione sulla gestione dell'Area a pagamento e dei rapporti con gli erogatori privati, le aziende manifestano un crescente fabbisogno di competenze economiche. L'aspetto giuridico-contrattuale della funzione sembra infatti sempre meno rilevante

rispetto a quello della valutazione di costi e della previsione economico-finanziaria delle differenti scelte strategico-organizzative.

Anche per i Sistemi informativi, come già sottolineato nel capitolo relativo, stante l'attuale eterogeneità dei profili professionali rilevati, è in corso una progressiva ridefinizione del fabbisogno verso figure di alta specializzazione, sia di provenienza medica, laddove prevale l'attenzione all'utilizzo delle informazioni per scelte di programmazione sanitaria, sia di provenienza ingegneristica o informatica (esperti di rete, *database administrator*, sistemisti e *web administrator*), laddove prevale l'attenzione alla programmazione e gestione del sistema.

In generale, dunque, la definizione dei fabbisogni e delle modalità di ingresso delle professionalità specifiche per le diverse funzioni è ancora estremamente dinamica e eterogenea. Le aziende sanitarie analizzate costituiscono da questo punto di vista un campione statisticamente non significativo sul panorama italiano, in quanto sono state selezionate proprio in virtù della loro attivazione della specifica funzione oggetto di ricerca. I percorsi di evoluzione evidenziati potrebbero quindi rappresentare un processo ancora in fase di avvio o di prima strutturazione in molte aziende del territorio italiano.

Lo sviluppo delle nuove funzioni produce dunque un doppio movimento: da un lato il ridisegno dell'assetto

Tabella 1 - Percorsi di ingresso e caratteristiche professionali prevalenti dei responsabili di funzione

	Controllo di gestione	Ingegneria Clinica	Marketing	Politiche e valutazione del personale	Qualità	Sistemi Informativi
Percorso di ingresso prevalente	Interno o esterno	Esterno	Interno	Interno o esterno	Interno	Interno e esterno
Provenienza professionale prevalente	Sanitario medico o non medico Ec. aziendale	Ingegnere clinico o di altro tipo	Giurisprudenza o scienze politiche	Sanitario medico sociologo Ec. aziendale	Sanitario medico e non medico	Sanitario medico e non medico Informatico amm.tivo
Tipologia contratto	Tempo indeterminato opp. Art. 15 septies	Tempo indeterminato	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Tempo indeterminato e determinato
Grado di omogeneità delle caratteristiche professionali	Basso	Alto	Medio/alto	Basso	Medio/alto	Basso
Collocazione organizzativa prevalente	Staff Dg	Line tecnica Line amm.tiva Staff Dg Outsourcing	Staff Dg	Staff Dg Line (personale) Nucleo di valutazione Consulente	Staff Dg o Dir. sanitaria	Staff Dg o Line amm.tiva
Grado di omogeneità collocazione organizzativa	Alto	Basso	Alto	Basso	Medio/alto	Medio/alto

organizzativo e delle relazioni interne tra unità organizzative, andando a potenziare o introdurre funzioni di supporto alla direzione prima inesistenti o del tutto sottoutilizzate, attraverso l'istituzione di un nuovo servizio, l'attivazione di contratti di consulenza, l'investimento in tecnologie o in formazione del personale; dall'altro la trasformazione delle caratteristiche del rapporto di lavoro di alcuni ruoli all'interno dell'azienda, nella direzione della professionalizzazione del ruolo e della flessibilità del suo sviluppo.

Questo secondo movimento, che riguarda direttamente i percorsi individuali e il quadro delle relazioni interne è sicuramente più silenzioso rispetto al primo, che produce fenomeni più appariscenti e esteriori ma non necessariamente meno rilevante dal punto di vista dell'impatto organizzativo e culturale che produce all'interno delle aziende.

Non solo. L'attivazione da parte delle aziende sanitarie di un nuovo mercato in ambito pubblico di professioni ad alto contenuto specialistico (in parte già presenti nel mercato privato, in parte del tutto specifiche al contesto sanitario pubblico) si interseca con l'evoluzione e le capacità di risposta che sapranno sviluppare molteplici altri sistemi in trasformazione: innanzitutto il sistema formativo, sia in ambito scolastico che universitario, chiamato a definire l'offerta didattica in modo più coerente alla domanda, poi il mercato del lavoro e le istituzioni che in esso operano, anch'esse chiamate a rispondere in modo nuovo e adeguato all'incontro tra domanda e offerta a livello locale, e da ultimo il mercato stesso della consulenza aziendale, che in questi ultimi anni ha spesso supplito alle carenze del primo e del secondo svolgendo talvolta nei confronti delle aziende sanitarie al tempo stesso un doppio ruolo di forn-

tore dell'offerta e di stimolatore della domanda di nuove competenze.

È in questa direzione a nostro avviso che in futuro dovrà essere ulteriormente sviluppata la ricerca e lo studio delle aziende sanitarie, man mano che i modelli organizzativi si saranno consolidati e la prima fase di aziendalizzazione «strutturale» sarà stata portata a compimento.

3. Dall'introduzione al consolidamento delle funzioni innovative: il difficile processo di istituzionalizzazione

Una delle dimensioni analizzate nel corso della ricerca è stato il grado di consolidamento e di maturità della funzione all'interno dell'azienda. È stata costruita a tal fine una tipologia di situazioni che prevede, lungo un percorso lineare di sviluppo organizzativo della funzione, quattro stadi diversi:

- una fase di avvio della funzione;
- una fase di strutturazione;
- una fase di consolidamento;
- una fase di istituzionalizzazione.

Da quanto emerso per ciascuna delle funzioni analizzate, possiamo costruire un quadro sinottico dell'istituzionalizzazione delle nuove funzioni nelle aziende sanitarie.

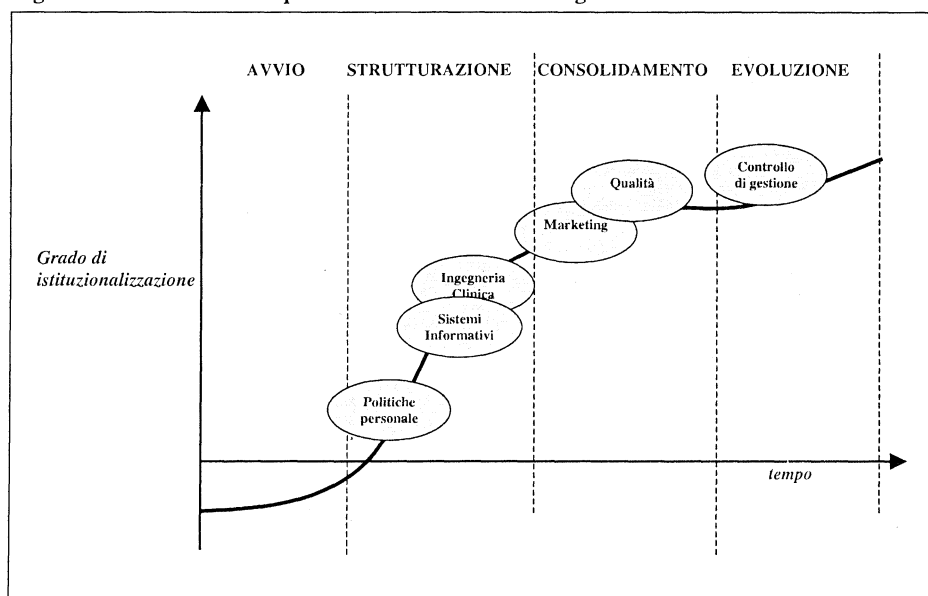
Come già emerso nei diversi capitoli del rapporto, ci sono degli aspetti intrinseci al contenuto della funzione, alla sua natura e al ruolo che essa svolge all'interno di un'azienda sanitaria, che possono in buona parte spiegare la differente evoluzione delle funzioni analizzate.

Vale la pena richiamare brevemente in questa sede le principali evidenze emerse dalla ricerca.

3.1. Controllo di Gestione

Il «Controllo di gestione» rappresenta la funzione innovativa che ha raggiunto il più elevato grado di maturità nell'ambito delle aziende indagate. Nel sentiero di evoluzione della funzione si individuano due percorsi potenziali: un processo di specializzazione, per cui il ruolo del *controller* diventa quello di «esperto aziendale», o «consulente interno» nell'ambito

Figura 1 - Posizionamento prevalente delle funzioni lungo il ciclo di vita



della programmazione e controllo; un secondo possibile percorso, orientato verso una funzione prevalente di integrazione organizzativa, in cui il «Controllo di gestione» assume il ruolo di mediatore delle necessità della *line* nei confronti della direzione strategica.

3.2. Ingegneria clinica

In genere i servizi di «Ingegneria clinica» sono stati istituiti di recente, a seguito soprattutto della spinta tecnologizzazione dei servizi ospedalieri e dell'evoluzione del quadro normativo di riferimento, ma hanno saputo crescere piuttosto in fretta, attestandosi in media in un momento che precede immediatamente la fase di consolidamento. Le aziende si trovano ora in una fase critica di passaggio dall'amministrazione tradizionale di acquisti e del proprio patrimonio, alla gestione unitaria e strategica della risorsa tecnologica, in un'ottica di risparmio, sicurezza e, soprattutto, appropriatezza. Le modalità organizzative con cui le aziende hanno approntato i servizi di Ingegneria clinica costituiscono la variabile chiave per considerare il loro percorso evolutivo. Le strade possibili sono: l'esternalizzazione completa, lo sviluppo unicamente del servizio interno, oppure una soluzione mista, con un ruolo di controllo interno su un contratto di *global service* per le manutenzioni e un coinvolgimento dei produttori per le verifiche di sicurezza e l'alta tecnologia.

3.3. Marketing

Le unità di «Marketing» si sono sviluppate all'interno delle aziende sanitarie con due diverse «anime»: come strumento per rispondere all'evoluzione dell'«Area a pagamento» e delle prestazioni libero-professionali dei medici in regime di *intramoenia*, ma anche come strumento di comunica-

zione e di relazioni con il pubblico (Urp). Nel sentiero di sviluppo tenderebbe quindi a prevalere un processo di specializzazione, che frammenta le diverse aree di responsabilità e le attribuisce a diverse unità organizzative. Il grado di maturità della funzione deve essere valutato non in base all'esistenza di un unico «ufficio» quanto all'istituzionalizzazione delle attività svolte anche se da unità organizzative separate.

3.4. Politiche e valutazione del personale

Lo sviluppo di una funzione «Politiche e valutazione del personale» non si configura in senso stretto come l'attivazione di una nuova funzione, ma come il profondo rinnovamento della funzione tradizionale di «Amministrazione del personale», dotandola di nuove competenze e attività. Questa caratteristica è principalmente alla base di un ritardo diffuso da parte delle aziende nell'implementazione della funzione, che la collocano in una fase di prima strutturazione nel ciclo di istituzionalizzazione. Al tempo stesso le aziende sanitarie ne riconoscono la natura strategica e esprimono la volontà di mantenerne un presidio diretto, senza possibilità di esternalizzazioni. L'evoluzione osservata e, ancor più, prevista per tale funzione, va dunque verso una strutturazione dell'eventuale apporto consulenziale che poi confluisca in una scelta decisa a favore di uno sviluppo interno.

3.5. Qualità

Il tema della qualità nelle aziende sanitarie italiane, nella maggior parte dei casi, è a tutt'oggi ancora un sinonimo di processi di accreditamento delle strutture. A questo tema si aggiungono altri ambiti di attività che appaiono, al contrario, fortemente frammentati e

differenziati, costituiti dalle attività relative alla Carta dei servizi, alla redazione di manuali di qualità secondo certificazione ISO 9000 o attività di VRQ, ai progetti specifici di miglioramento della qualità delle prestazioni (accoglienza e umanizzazione dell'attività; rilevazione della *customer satisfaction*; formazione, linee guida EBN, qualità alberghiera). Il passaggio da un'attuale fase di primo consolidamento a una vera e propria istituzionalizzazione della funzione sembra dunque legato alla capacità del «Servizio qualità» di uscire dallo schema del «Circolo della qualità» per farsi veramente una funzione trasversale e strategica, riconosciuta e stabilmente a disposizione di tutta l'azienda e non solo della componente sanitaria assistenziale.

3.6. Sistemi informativi

Come già nel caso della funzione «Politiche e valutazione del personale», anche per i «Sistemi informativi» non si può parlare di funzione nuova, in quanto alcune attività svolte da questi ultimi sono tipiche e fortemente consolidate nel funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche. Tuttavia, a differenza delle attività inerenti il personale, i «Sistemi informativi» appaiono in una fase di rapida evoluzione e di profonda ristrutturazione, con un salto non solo quantitativo delle attività svolte, ma anche e soprattutto qualitativo, per la capacità di offrire informazioni utili al governo delle aziende. Lo sviluppo della funzione già abbastanza delineato sembra essere quello di esternalizzare le attività di routine non ritenute strategiche, e possedere una gestione diretta e il controllo di quelle a supporto dei processi decisionali e di valutazione economica (processo di *budgeting*, contabilità analitica, valorizzazione della produzione, ecc.).

L'importanza che nel corso della ricerca abbiamo accordato alla lettura del grado di istituzionalizzazione delle funzioni serve a sottolineare due aspetti fondamentali.

Il primo è che nel contesto organizzativo delle aziende sanitarie le nuove funzioni devono essere necessariamente analizzate nella loro dimensione diacronica, di sviluppo organizzativo, e non nella semplice dimensione statica, di istituzione o meno della funzione.

Non è infatti tanto interessante sapere quali aziende, quando e sotto quale forma abbiano istituito la nuova funzione, quanto scoprire le condizioni e le risorse che hanno consentito la nascita di quella funzione e vincolato/favorito il suo sviluppo. In altri termini, la ricostruzione della storia e del processo di sviluppo che ogni singola unità organizzativa di controllo di gestione, *marketing* o qualità vive e sperimenta in una specifica azienda sanitaria è l'unica chiave di accesso per comprendere il ruolo e la funzione «reale» che tale unità svolge.

Una «funzione», infatti, non può essere quella dichiarata autonomamente da chi la svolge o contenuta nel nome dell'unità cui compete, ma quella riconosciuta e utilizzata come tale dal sistema organizzativo.

Di qui l'importanza di un approccio empirico e parzialmente induttivo adottato per la ricerca, in cui ci si è posti l'obiettivo di evidenziare i contenuti e gli assetti organizzativi che le singole aziende hanno inteso conferire ai nuovi uffici, senza dare per scontato che alla stessa denominazione corrispondesse la stessa funzione, lo stesso *corpus* di competenze e professionalità, lo stesso ruolo all'interno dell'azienda.

Il processo di istituzionalizzazione di una funzione può essere particolarmente tortuoso. Entrano in gioco le condizioni per il suo sviluppo conte-

nute nello specifico contesto organizzativo in cui la funzione è inserita.

E qui veniamo al terzo e ultimo gruppo di considerazioni finali, quelle che attengono al rapporto tra lo sviluppo delle funzioni innovative nelle aziende sanitarie e le modalità più generali di gestione del cambiamento organizzativo in esse praticate

4. Sviluppo delle funzioni innovative e gestione del cambiamento organizzativo

La tesi che si vuole qui sostenere è che la modalità più efficace di introduzione delle funzioni innovative all'interno delle aziende sanitarie è quella in cui il processo di creazione della nuova funzione è integrato in una strategia aziendale coerente con il suo sviluppo e gestito come un intervento sull'intero sistema organizzativo.

Introdurre una nuova funzione nell'organigramma aziendale è compito relativamente semplice. Occorre però chiedersi perché e come è nato il fabbisogno di istituire la nuova funzione. Volendo modellizzare in una tipologia le diverse risposte possiamo identificare quattro comportamenti:

— il primo comportamento, che potremmo definire *burocratico*, è quello in cui l'attivazione della nuova funzione è unicamente rispondente a un vincolo normativo o a un'esigenza di legittimazione esterna: la funzione è istituita ma ad essa non vengono assegnate risorse, non vengono definiti obiettivi e compiti, non esiste un rapporto chiaro con le altre componenti dell'azienda, non c'è nessun investimento da parte dell'azienda nel definire i fabbisogni professionali e eventualmente cercare all'interno dell'azienda o sul mercato il personale in grado di rispondere a tali requisiti;

— il secondo comportamento, che potremmo definire *adattivo*, è quello in cui l'azienda adotta un atteggiamento

mimetico rispetto al contesto e ad altre aziende sanitarie; l'istituzione della nuova funzione è data per scontata in quanto coerente con la natura dell'azienda e gli obiettivi strategici dichiarati, ma l'azienda non è in grado di assegnare alla funzione un ruolo preciso o di gestire tutte le fasi di avvio e strutturazione della funzione; in genere, in questi casi c'è una sottovalutazione dell'investimento richiesto, in termini di risorse materiali e immateriali; vengono prodotti documenti, progetti, selezionate risorse interne ed esterne, ma la funzione è costretta ad «arrangiarsi», perché non trova il necessario supporto organizzativo e decisionale o le informazioni necessarie per svolgere la propria attività. Ad esempio un esperto di contabilità analitica che non potesse avere accesso ai dati del bilancio e del personale per assenza di adeguato supporto informativo, un esperto di *marketing* che non avesse dalla direzione aziendale un chiaro mandato o un ufficio qualità che non fosse chiaramente legittimato a coinvolgere risorse dei servizi sanitari per progetti di miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, si troverebbero fortemente limitati nel proprio operare;

— il terzo comportamento è quello *tecnocratico*, in cui l'azienda riconduce il problema dell'istituzione di nuove funzioni a un problema di competenze e di tecnologie specialistiche; la centralità del processo è attribuita al reperimento dell'«esperto», lo specialista in grado di risolvere i problemi in un regime di piena autonomia tecnico-professionale. Siamo in un modello che rispetto ai due precedenti ha maggiore consapevolezza dell'importanza della funzione e destina quindi ad essa maggiori risorse. Tali risorse però sono principalmente materiali (il contratto con il professionista o con la società esterna cui è affidato l'incarico, la dotazione logistico-tecnologica di

supporto, la formazione per il personale interno), mentre si sottovaluta la dimensione organizzativa dell'innovazione. L'esperto, pur avendo tutte le competenze e le risorse materiali per operare, e un chiaro mandato da parte della direzione aziendale, potrebbe non godere della sufficiente legittimazione all'interno della struttura e essere percepito come un «corpo estraneo». Ad esempio, un responsabile di «Controllo di gestione» fortemente legittimato dalla direzione aziendale potrebbe «pretendere» dati e informazioni dai servizi che questi ultimi però forniscono in modo parziale e reticente, se percepiscono la richiesta come una forma di controllo o valutazione. Un responsabile dei «Sistemi informativi» può assumere un ruolo organizzativo molto diverso a seconda che si ponga in una logica di servizio alle altre unità organizzative dell'azienda o viceversa come l'esperto che progetta sistemi e reti occupandosi prevalentemente dell'assetto strutturale e tecnologico. Laddove la componente professionale di tipo tecnico-specialistico è molto presente, è più facile che si generino situazioni di isolamento o di potenziale conflittualità della funzione all'interno dell'organizzazione, se non è ben chiarito il ruolo e il margine di azione (quindi di potere) che essa possiede;

— il quarto comportamento, quello che possiamo definire *strategico-organizzativo*, individua invece nella creazione di nuove funzioni unicamente una modalità di risposta ad un problema organizzativo interno; una funzione non è innovativa di per sé ma soltanto nella misura in cui consente all'organizzazione di trovare nuove soluzioni a problemi aziendali; l'efficacia è il metro di valutazione e di orientamento delle scelte organizzative. In questo tipo di approccio c'è sempre una grande attenzione a individuare le competenze giuste, le pro-

fessionalità adeguate, creare le condizioni per lo sviluppo della funzione, ma quest'ultima è finalizzata alla produzione di risultati già chiari e definiti. In altri termini, si tratta di entrare a far parte di un sistema organizzativo in cui è chiara non solo la posizione da assumere in campo, ma anche il ruolo da giocare interagendo con le altre parti. L'investimento muove da una visione complessiva e dinamica dell'azienda, con l'obiettivo di favorire un processo integrato di crescita. Una buona strategia consente da un lato di dare obiettivi e senso allo sviluppo della funzione, dall'altro a delimitare l'ambito di autonomia del professionista.

Porre il sistema organizzativo e una capacità di gestione del cambiamento organizzativo alla base dell'introduzione delle funzioni innovative significa non sottovalutare l'impatto che quest'ultima produce e le difficoltà che incontra per legittimare il proprio ruolo.

Da questo punto di vista è difficile ipotizzare un percorso lineare o ottimale; il risultato finale è unicamente riconducibile alla contingenza

e alla specificità delle soluzioni adottate.

Al riguardo possiamo però enunciare un principio di fondo: ciò che una funzione aziendale è e diventa nel tempo dipende dall'esito dell'incontro tra le seguenti variabili:

- le aspettative dell'organizzazione in cui è collocata;
- le risorse a disposizione di coloro che svolgono la funzione;
- le regole che definiscono il modo con cui essi utilizzano tali risorse nelle relazioni con le altre parti del sistema organizzativo.

Volendo ora analizzare in termini schematici e di «modello» le caratteristiche e i contenuti delle tre variabili nei differenti approcci sopra descritti, nel caso che abbiamo definito di tipo burocratico, ci troviamo in una situazione in cui le aspettative dell'organizzazione sono molto basse, ma anche le risorse a disposizione di coloro che svolgono la funzione sono basse. L'esito del processo sarà il sostanziale mantenimento dello *status quo*, con una modifica unicamente formale dell'organizzazione e una sostanziale inefficacia della funzione.

Tabella 2 - Tipologia di approcci delle aziende allo sviluppo delle funzioni innovative

Approccio	Tipo di sviluppo della funzione
BUROCRATICO	<ul style="list-style-type: none"> - rispondente a un vincolo normativo o a un'esigenza di legittimazione esterna - non vengono assegnate risorse - non vengono definiti obiettivi e compiti - non esiste un rapporto chiaro con le altre componenti dell'azienda
ADATTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - atteggiamento mimetico rispetto al contesto e ad altre aziende sanitarie - strutturazione data per scontata - sottovalutazione dell'investimento richiesto - funzione costretta ad 'arrangiarsi'
TECNOCRATICO	<ul style="list-style-type: none"> - centralità al problema dell'acquisizione di competenze e tecnologie specialistiche - logica di reperimento dell'«esperto» - sviluppo di forte autonomia tecnico-professionale
STRATEGICO-ORGANIZZATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - funzione come modalità di risposta ad un problema organizzativo interno - l'efficacia come metro di valutazione e di orientamento delle scelte organizzative - assegnazione di risorse senza perdere di vista l'obiettivo per il quale la funzione è attivata

Nel caso di un comportamento adattivo, le aspettative dell'organizzazione possono essere più elevate, cercando ad esempio di rispondere al fabbisogno interno con soluzioni «prese a prestito» da altre aziende. Tuttavia le risorse risultano insufficienti a favorire uno sviluppo della funzione. L'interazione della nuova funzione con le altre parti dell'organizzazione non può che limitarsi alla semplice convivenza, con un ruolo assegnato ma che non si riesce a svolgere pienamente per assenza di condizioni interne. Nel caso di operatori fortemente motivati e investiti del ruolo di agenti di cambiamento, questa situazione di blocco dell'innovazione e di difficoltà di relazione con le altre parti dell'organizzazione può creare sensazioni di frustrazione e una forte demotivazione. Il rischio che una nuova funzione si trasformi in una «cattedrale nel deserto» è sempre molto alto, quando l'investimento che la direzione compie per at-

tivarlo è di gran lunga superiore all'investimento sul resto dell'organizzazione per legittimarne il compito creando le condizioni per un suo reale utilizzo.

Nel caso di un comportamento tecnocratico, abbiamo delle aspettative che sono invece molto alte. L'azienda investe anche molte risorse per lo sviluppo della funzione e le affida alle

Figura 2 - Elementi determinanti il processo di sviluppo organizzativo

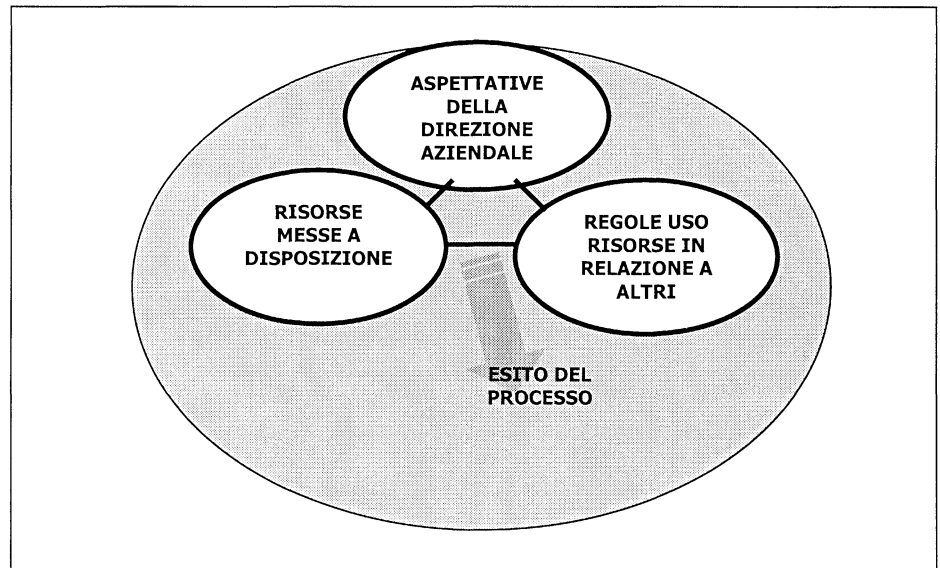


Tabella 3 - Effetti del processo di introduzione delle funzioni innovative

	APPROCCIO			
	Burocratico	Adattivo	Tecnocratico	Strategico-organizzativo
<i>Aspettative della Direzione aziendale</i>	Basse	Medie	Alte	Alte
<i>Risorse messe a disposizione della funzione dall'azienda</i>	Basse	Basse	Alte	Alte
<i>Regole e condizioni di utilizzo delle risorse nell'organizzazione</i>	–	Basse	Basse	Alte
<i>Focus organizzativo</i>	Adeguamento normativo	Istituzione e visibilità della funzione	Autonomia tecnica e ruolo dell'esperto	Sviluppo integrato della funzione aziendale
<i>Possibili rischi o «effetti perversi»</i>	Nessun cambiamento reale	Progressiva frustrazione degli operatori	Creazione di un ulteriore «centro di potere»	«Dipendenza» della funzione dalla Direzione aziendale

persone responsabili del suo sviluppo. L'esito del processo dipenderà dal modo in cui queste ultime intenderanno giocare il proprio ruolo, privilegiando la propria conquista di spazi di autonomia interna, o cercando di sensibilizzare la direzione e l'organizzazione a una collocazione integrata della funzione nell'azienda. Lo squilibrio tra risorse a disposizione della funzione e regole che ne definiscono il ruolo possono comunque generare una situazione di squilibrio.

In queste situazioni di eccessivo investimento sull'aspetto tecnico-professionale della funzione, l'effetto perverso potrebbe essere dato da un servizio/ufficio che si rende troppo autonomo rispetto alla direzione aziendale e si rende difficilmente controllabile. È il caso ad esempio dell'ingegnere clinico o dell'esperto di *marketing* che detiene tutte le informazioni pertinenti per il suo lavoro e lo svolge autonomamente, occupando spazi decisionali strategici che competono alla direzione aziendale ma che quest'ultima non è più in grado di occupare, dipendendo sostanzialmente dalle informazioni e dal sapere detenuto dall'esperto. È una dinamica abbastanza classica all'interno delle organizzazioni professionali come le aziende sanitarie, in cui tradizionalmente si sono create fonti di potere o nell'autonomia clinica del medico o nella competenza amministrativa del

funzionario/dirigente amministrativo. Buona parte delle difficoltà di cambiamento nelle aziende sanitarie risiede ancora oggi nella difficoltà di contrastare e occupare gli spazi di incertezza e di potere collegati a queste due forme di autonomia. Un atteggiamento troppo tecnocratico nei confronti delle funzioni gestionali innovative, in cui si attribuisce un eccessivo potere al singolo ufficio/esperto, potrebbe semplicemente «spostare» il controllo delle incertezze pertinenti da una parte all'altra dell'organizzazione, senza garantire alla direzione una capacità di governo del sistema.

Nell'ultimo caso abbiamo invece una situazione di maggiore equilibrio tra risorse detenute dalla funzione, aspettative dell'azienda e regole di utilizzo della funzione. Lo svolgimento del compito affidato al responsabile di funzione diventa particolarmente impegnativo in quanto la direzione è maggiormente consapevole degli obiettivi che chiede, esiste inoltre un maggior controllo organizzativo e strategico sull'operato della funzione, nel senso che restano ben definiti i ruoli della direzione strategica (decisionali) e quelli della funzione (elaborazione informazioni a supporto delle decisioni). Questa situazione di «investimento regolato» sullo sviluppo della funzione è quella che rende meno problematico il percorso di istituzionalizzazione e soprattutto genera me-

no rischi di isolamento o, al contrario, eccesso di potere della funzione. L'unica incognita, ovviamente, risiede nell'evoluzione della funzione nel momento in cui si verificano cambiamenti della direzione aziendale. Le funzioni analizzate, infatti, laddove altamente investite di un ruolo strategico e consulenziale, possono avere un'autonomia e una libertà d'azione che dipende innanzitutto dal rapporto instaurato con la direzione aziendale; il cambiamento di quest'ultima può rimettere in discussione ruolo, legittimazione e sostenibilità della funzione stessa. Ma in fondo si tratta di un «rischio» calcolato, vale a dire fisiologicamente connesso al regime di autonomia delle aziende e alla natura di queste funzioni.

In ogni caso, per garantire uno sviluppo equilibrato e integrato nell'organizzazione delle funzioni analizzate occorre sempre un diretto coinvolgimento della direzione aziendale nell'elaborazione e nell'attuazione di una visione a medio termine di sviluppo della funzione, vale a dire una vera e propria strategia di cambiamento organizzativo.

(1) Abbreviazioni:

Ced: Centro elaborazione dati;

Urp: Ufficio relazioni con il pubblico;

VRQ: Valutazione e Revisione della Qualità.

BIBLIOGRAFIA

Una bibliografia di partenza

Il presente fascicolo di Mecosan raccoglie i principali risultati della ricerca che il CeRGAS Bocconi ha svolto su «Le funzioni innovative nelle aziende del Ssn». La ricerca, come risulta evidente dalla lettura dei singoli scritti, ha cercato di valorizzare fin dalla sua impostazione un approccio fortemente fattuale, volto a rilevare in primo luogo lo stato delle esperienze per come sono state concretamente sviluppate all'interno delle aziende sanitarie indagate. L'approccio empirico induttivo adottato (cfr. lo scritto introduttivo), ha poi avuto necessità di una struttura analitica che permettesse una lettura sistematica e trasversale dei casi di studio.

Conseguenza naturale di tale disegno metodologico, è il limitato utilizzo di riferimenti bibliografici puntuali all'interno delle sezioni dedicate alle singole funzioni aziendali oggetto d'indagine. Per rendere maggiormente fruibile la ricerca, e per facilitare eventuali ulteriori indagini da parte dei lettori, qui di seguito si propone una lista di letture che possono risultare utili a chi volesse approfondire singoli aspetti presi in considerazione. La bibliografia che segue riporta quindi i riferimenti bibliografici già citati nell'analisi delle singole funzioni aziendali indagate, integrandoli di ulteriori letture che si reputano potenzialmente utili.

Una prima classe di letture inserite in bibliografia è di carattere generale e riguarda l'evoluzione delle logiche di azione e dei sistemi operativi adottati dalle aziende del Ssn. Una seconda classe di letture si sofferma invece sulle singole funzioni indagate: in tal caso abbiamo cercato di privilegiare — lì dove possibile — contributi che, oltre alla mera descrizione delle soluzioni adottate o proposte, prendono in considerazione anche gli impatti organizzativi di tali soluzioni e, più in generale, considerano gli aspetti più specifici della gestione del cambiamento, nonché le scelte in termini di struttura e collocazione organizzativa adottate per le varie attività coinvolte.

ANESSI PESSINA E. (2001), «Il modello di analisi, l'impostazione del rapporto e i principali risultati», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (A CURA DI) (2001), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.

AUSTIN C.J. ET AL. (1995), «Information systems and strategic management», *Health Care Management Review*, vol. 20, 3, pp. 26-33.

BALDINO L. (1997), «La matrice prodotti-mercati: quali strategie per l'attività istituzionale e per l'Area a pagamento», in Longo F. (a cura di), *L'area a pagamento nelle Aziende sanitarie pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a paga-*

- mento e della libera professione, Il Sole-24 Ore Libri, Milano.
- BANDINI F. (2002), «I ruoli e gli organi coinvolti nel processo di valutazione del personale nelle aziende sanitarie: l'approccio teorico e l'evidenza empirica attraverso l'analisi delle aziende lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- BECCASTRINI S. ET AL. (2001), *Piccolo dizionario della qualità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Bergamaschi M. (1995), «Guidare il processo di innovazione delle aziende sanitarie: l'esperienza dell'azienda ospedale "Luigi Sacco" di Milano», *Mecosan*, IV, 13, pp. 108-118.
- BERGERON B. (1999), «Medical information technology: a vehicle for change», *International Journal of Healthcare Technology and Management*, vol. 1.
- BIANCHI C., BUCCOLIERO L. (2002), «Indagine campionaria sulle attuali dotazioni informatiche e sulle strategie ICT delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- BOLDIZZONI D. (2001), «La funzione direzione del personale: evoluzione o involuzione», in Boldizzoni D., Manzolini L. (a cura di), *Creare valore con le risorse umane*, Guerini e Associati, Milano.
- BONIFACIO M. ET AL. (2002), «Knowledge e management: sono compatibili?», *Economia & Management*, 3, pp. 69-80.
- BORDOGNA L. (2002), «La contrattazione integrativa e la gestione del personale nelle pubbliche amministrazioni. Un'indagine sull'esperienza 1998-2001», *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, vol. 5, 1, pp. 5-57.
- BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., DEL VECCHIO M. (2000), «I servizi di pubblica utilità alla persona: il welfare mix e la selezione della domanda», in Vittadini G. (a cura di), *I servizi di pubblica utilità alla persona*, Franco Angeli, Milano.
- BORGONOV E., LEGA F. (2000), «Analisi sinottica dei modelli organizzativi adottati dalle aziende sanitarie lombarde», *Organizzazione sanitaria*, vol. 24, 2/3, pp. 60-79.
- BRANCA F.P. (1993), «Esperienze di un ingegnere clinico ed economia di gestione della strumentazione biomedica», in Falcitelli G. (a cura di), *Forum Valutazione - Documenti*, supplemento a Forum Valutazione n. 5, Franco Angeli, Milano.
- BRAVAR D. (2001), dati presentati al Convegno «Gestione e manutenzione in sicurezza delle apparecchiature biomediche» (a cura di IRI - Istituto di ricerca internazionale), Milano, 25-27 giugno 2001.
- BRUSONI M., FROSINI F. (2002), «I sistemi di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- BUCCOLIERO L. (2000), «Il sistema informativo: primi spunti di ricerca», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- BUTLER R., CARNEY G. (1985), «I mercati gestiti e le decisioni aziendali di make or buy», in Nacamulli R., Rugiadini A. (a cura di), *Organizzazione e mercato*, Il Mulino, Bologna.
- CACCIA C. (2000), «Management e information technology: un possibile percorso di qualificazione delle aziende sanitarie e del mercato tecnologico in sanità», *Mecosan*, IV, 36, pp. 161-169.
- CAMUFFO A. (1996), «Competenze. La gestione delle risorse umane tra conoscenza individuale e conoscenza organizzativa», *Economia & Management*, 2, pp. 67-81.
- CAMUSSONE P.F. (1999), *Il sistema informativo aziendale*, Etas Libri, Milano.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CASATI G., FROSINI F. (2002), «La gestione del budget nelle aziende sanitarie: aspetti critici», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- CASATI G., MASTROBUONO I. (1997), «Indagine conoscitiva riguardante lo stato di sviluppo dei sistemi di programmazione del budget per l'anno 1997 in tutte le aziende sanitarie del paese», *Ricerca sui servizi sanitari*, vol. I, 4 (numero monografico).
- CHERUBINI S. (2000), *Esperienze di marketing sanitario*, Franco Angeli, Milano.
- CISP (COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI) (1993), «Cosa è l'Ingegneria clinica e quali sono oggi le opportunità di formazione in Italia in questa area», *Forum-Valutazione. Ingegneria clinica, tecnologie sanitarie e sistemi sanitari locali nei programmi della cooperazione italiana*, Franco Angeli, Milano.
- CORREANI ET AL. (2000), «Una matrice per la pianificazione strategica delle strutture di offerta. Il caso della A.C.O. San Filippo Neri di Roma», *Mecosan*, vol. IX, 34, pp. 129-142.
- COSTA G. (1997), *Economia e direzione delle risorse umane*, 2ª edizione, UTET, Torino.
- DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzati-

- vo: il caso di un'azienda sanitaria territoriale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Contabilità e controllo di gestione delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere», *Mecosan*, IX, 36, pp. 91-5.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, XIII, 2/3, pp. 159-68.
- DEL VECCHIO M., COSMI L. (2002), «Non conventional determinants of diffusion growth path for innovative medical technology. Barriers and opportunities in the Italian context», in corso di pubblicazione nell'ambito di «The Ferrara Health Industry Project», Università degli Studi di Ferrara.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DUDECK J. (a cura di) (1997), *New technologies in hospital information systems*, IOS Press, Washington DC.
- ELEFANTI M. ET AL. (2001), *La qualità nella sanità. Total quality management, accreditamento, certificazione*, Egea, Milano.
- ELEFANTI M. (1999), «La qualità nelle aziende sanitarie pubbliche», in Zangrandi A. (a cura di), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazione economica*, Giuffrè Editore, Milano.
- FIorentini G. ET AL. (1988), «La pubblica amministrazione da sistema burocratico a network di servizi», in FioCCA R. (a cura di), *Imprese senza confini*, Etas Libri, Milano.
- GEISLER E., HELLER O. (1998), *Management of medical technology. Theory, practice and cases*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- GLOBERMAN S., VINING A.R. (1996), «A framework for evaluating the government contracting-out decision with an application to information technology», *Public Administration Review*, vol. 56, 6, pp. 577-586.
- GOLDSTEIN D.E. (1999), *E-health, harness the power of Internet e-commerce & e-care*, Aspen Publishers Inc., New York.
- LEATT P. ET AL. (1994), «Organization design», in Shortell M.S., Kaluzny D.A. (a cura di), *Health care management, organizational design and behavior*, Delmar, Albany NY.
- LO GIUDICE M. (1998), *La gestione del cambiamento in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- LODOLO V., LONGO F. (1999), «Analisi empirica sullo stadio di sviluppo degli uffici marketing nelle aziende sanitarie lombarde», relazione presentata al MOSAN.
- LONGO F. (1997), «Area a pagamento o libera professione?», in *idem* (a cura di), *L'area a pagamento nelle Aziende sanitarie pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a pagamento e della libera professione*, Il Sole-24 Ore Libri, Milano.
- LONGO F. (2000), «Ambiente concorrenziale e marketing sanitario come risultanti delle riforme del SSN. Le attività, i contenuti e le opportunità di marketing per ASL e AO», relazione presentata al MOSAN.
- LONGO F. (2000), «Organizzazione e gestione del personale», in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- LONGO F., MASELLA C. (2000), «Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione», *Mecosan*, IX, 35, pp. 25-35.
- MENEGUZZO M., DEL VECCHIO M. (1993), «Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica», *Quaderni studi e ricerche CERISDI*.
- MENEGUZZO M., TANESE A. (2002), «Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle aziende sanitarie: una periferia in movimento», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- OTA (1978), *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*, Washington DC.
- POWELL W., DI MAGGIO P. (1983), «The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields», *American Sociological Review*, n. 48, pp. 147-160.
- REBORA G. (1991), «La qualità dei servizi pubblici», *Azienda pubblica*, 1, pp. 1-9.
- SCRIVENS E. (1997), «Assessing the value of accreditation systems», *European Journal of Public Health*, vol. 7, 1, pp. 4-8.
- TANESE A. (1999), «Sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, vol. 8, 29, pp. 45-61.

- TANESE A. (2000), «L'efficacia del cambiamento organizzativo», in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- TOUSIN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.
- YIN R.K. (1994), *Case study research. Design and methods*, 2nd edition, SAGE Publications, London.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazione economica*, Giuffrè Editore, Milano.

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

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

SI ABBONI SUBITO AVRÀ DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 31 DICEMBRE 2002

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

Programma abbonamento 2002

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

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

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

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

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

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

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

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

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

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

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

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

Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

UNA COLLANA CHE RENDERÀ PREZIOSA LA SUA LIBRERIA

Gentile lettore,

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

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

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

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

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

€ 1200,00 anziché € 1940,00 **

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

GLI SPLENDIDI 40 DI MECOSAN: € 1200,00

Programma abbonamento 2002

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

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

Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

- Pertanto:

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

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

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

* Fino ad esaurimento delle scorte.

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

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