

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

# 15 Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo

di Federico Lega\*

## 15.1 Delineare (e comprendere) le sfide

You cannot understand an organization until you try to change it.

K. Lewin

Mai come nell'ultimo decennio vi è stata un'accelerazione formidabile di pressioni esterne determinanti nuove necessità di cambiamento da parte del sistema sanitario e dei suoi principali attori, professionisti e manager. Non che la sanità sia nuova a forme di pressione, essendo da sempre soggetta per sua natura e per gli interessi in gioco a forti influenze e aspettative di natura sociale, professionale e politica. Ciò che però contraddistingue l'ultimo decennio è il complesso intrecciarsi di pressioni sociali, professionali (dei professionisti) e politiche – in parte nuove, in parte mutate e accentuate rispetto allo storico – con aspettative e pressioni provenienti dal contesto istituzionale, dalle istituzioni rappresentative e titolate a governare il sistema sanitario<sup>1</sup>. Il riferimento principale sono le regioni e i loro assessorati (sanità, salute e/o sociale), ma vi sono anche comprimari importanti quali le ASR, il Ministero con le sue derivazioni centrali e locali, la Corte dei Conti e non ultimi i tribunali, dove sempre più spesso si risolvono problemi relativi ad attività sanitarie<sup>2</sup>. L'intreccio delle suddette pressioni determina una serie di

---

\* I contenuti di questo contributo, pur rimanendo responsabilità dell'autore, sono anche il frutto di una riflessione che è stata maturata e appartiene al gruppo di colleghi che lavorano al CERGAS Bocconi e a tutti i manager e professionisti con i quali abbiamo lavorato in questi ultimi cinque anni. A loro va il più sentito ringraziamento per la fiducia accordata e per le opportunità di riflessione teorica e di confronto pratico fornite dalle numerose ricerche intervento condotte congiuntamente.

<sup>1</sup> Per una trattazione esaustiva della complessa interazione tra sistemi istituzionali, politici e aziendali propria della Pubblica Amministrazione e dei settori pubblici in generale si rimanda a Borgonovi (1996; 2004).

<sup>2</sup> Per un riferimento alla centralità che sta assumendo il tema del *risk management* e l'aumento delle *malpractice litigations* si veda Cosmi e Del Vecchio (2003).

implicazioni gestionali per il management sanitario, la cui analisi deve partire proprio dalla stessa comprensione delle sfide da fronteggiare.

In questa prospettiva, non è facile e non è obiettivo di questo lavoro ricordare quali e quante sono oggi le sfide che si pongono al management delle aziende sanitarie, ma ai fini della discussione che si vuole proporre ci si limita a ricordare come vi siano alla base di tutte le sfide alcune dinamiche di sistema cosiddette «strutturali». Esse non sono determinate né controvertibili per decisioni politiche o istituzionali, ma al massimo nell'affrontarle possono tradursi in orientamenti politici e istituzionali differenti in termini di linee di indirizzo o vincoli d'azione per il management aziendale. Tali dinamiche sono:

- la cronicizzazione delle patologie e l'invecchiamento della popolazione;
- la crescita delle aspettative della popolazione e una tendenza alla rivendicazione di diritti reali e presunti che si concreta sempre più spesso in azioni giudiziarie;
- lo sviluppo continuo delle tecnologie e del loro costo e la tecnicizzazione della medicina;
- la scarsità relativa di risorse finanziarie a fronte di bisogni crescenti e sconfidenti dalla salute al benessere.

Di fronte a questo contesto è evidente che qualsiasi sistema sanitario nella sua globalità è destinato a produrre insoddisfazione, in quanto deve operare scelte di priorità che inevitabilmente scontenteranno qualche interesse o aspettativa e che espongono il fianco a facili critiche. Di conseguenza, alle aziende sanitarie, e al processo di aziendalizzazione in generale, non si può imputare la colpa dell'insoddisfazione, in quanto non rappresentano le soluzioni del problema, ma gli strumenti per gestire al meglio la ricerca del delicato equilibrio tra condizioni strutturali di sistema e aspettative sociali, professionali, politiche e istituzionali. Alle aziende si può però chiedere di ridurre al minimo possibile l'insoddisfazione sistemica, di attivare processi e strumenti per gestire con trasparenza, e in un quadro complesso di equilibri e convergenze che devono tenere conto anche delle aspettative politiche, professionali e istituzionali, i processi decisionali che coinvolgono la definizione di priorità d'azione impattanti sulle aspettative sociali della collettività.

Questa delicata ricerca di equilibri sostenibili, su cui si ritornerà nelle conclusioni per le implicazioni di natura politica cui è soggetta, se affrontata dalla prospettiva del management sanitario si presenta come un'equazione con tre variabili indipendenti e una parzialmente dipendente: vale a dire che il manager della sanità assume le pressioni politiche, istituzionali e sociali come elementi di contesto solo in minima parte modificabili, e pur non rinunciando quando possibile ad agire su tali elementi (anzi, cercando di sfruttare ogni opportunità che si presenta e lavorando molto sulle percezioni esterne) tende a concentrarsi sulla sua capacità di azione, sui professionisti, sul sistema azienda, per far convergere le traiettorie di cambiamento verso le aspettative ritenute prioritarie.

Proprio osservando alcuni dei casi di significativo cambiamento avviato a livello aziendale negli ultimi anni, quello che appare un tratto comune è stata la capacità dell'alta direzione di delineare per tutto il sistema azienda le sfide irrinunciabili a cui si era posti di fronte e di condividere e coinvolgere in tali sfide i professionisti. Queste sfide prioritarie sono riconducibili ad almeno tre grandi questioni comuni per tutte le aziende sanitarie e presenti nell'agenda di ciascuna direzione aziendale:

- la questione strategica, come identificare l'agenda del cambiamento e coinvolgere maggiormente i professionisti nella presa di decisioni strategiche aziendali, aumentandone i gradi di controllo sociale e di responsabilità;
- la questione organizzativa, come riorganizzare il sistema azienda, revisionando i modelli culturali e operativi tipici del contesto professionale tradizionale;
- la questione tecnica, come riconfigurare internamente ed esternamente il sistema aziendale dei servizi, superando i confini monoprofessionali e costruendo reti interaziendali.

Affrontare con sistematicità e completezza queste sfide è compito del management di ciascuna azienda sanitaria. Nel corso di questo capitolo si affrontano prima i contenuti specifici di ogni «sfida», per chiarirne il portato sia attraverso esempi di come alcune aziende l'hanno affrontata sul campo<sup>3</sup>, sia con una modellizzazione dei riferimenti teorici a cui ci si può in linea generale ispirare. Di seguito si discutono le «tattiche» di cui le aziende si sono avvalse per produrre con successo innovazione e vincere la resilienza fisiologica e patologica al cambiamento: per resilienza si intende quella resistenza flessibile che è ben descritta dalle parole di un famoso Libro bianco sul sistema sanitario britannico ancora oggi citato come punto di riferimento rispetto al tema del cambiamento: «The NHS is like a mobile – appears to shift with every breath of wind but comes back to its original resting place» (Griffiths Report 1983). Resilienza che ben conoscono anche le nostre aziende sanitarie, determinata principalmente dal contesto professionale, ma in parte generata anche da turbolenze istituzionali, politiche e direzionali (l'avvicendamento rapido dei direttori generali<sup>4</sup>) che hanno prodotto un movimento «a gambero» delle aziende.

<sup>3</sup> I casi a cui si farà direttamente o indirettamente riferimento nel testo sono relativi alle esperienze maturate in attività aventi per oggetto interventi di pianificazione strategica e sviluppo e cambiamento organizzativo condotte negli ultimi cinque anni presso le seguenti realtà: ASL di Bologna, Cagliari, Lucca, Piacenza, Foligno, Pisa, Palermo; AO di Milano, Brescia, Firenze; policlinici universitari di Palermo, Messina e Napoli; cliniche ospedaliere private cagliaritanee Lay e Maria Ausiliatrice. Un particolare ringraziamento va al collega Mario Del Vecchio con il quale l'autore ha condiviso una parte significativa del lavoro sul campo e delle riflessioni e di sistematizzazioni concettuali da cui origina questo lavoro. Ovviamente le riflessioni tengono anche conto di altri progetti condotti negli anni precedenti in diverse realtà.

<sup>4</sup> Sul tema si veda i capitoli dei precedenti rapporti OASI dedicati all'argomento.

Infine, si approfondisce il ruolo della direzione aziendale nel determinare come la risposta a tali sfide, prevalentemente collegata alla dimensione professionale, ricerchi attivamente e contribuisca a trovare un migliore equilibrio rispetto alle aspettative politiche, istituzionali e sociali, contribuendo così ad aumentare la sostenibilità e legittimità del sistema sanitario pubblico.

## 15.2 La questione strategica. Coinvolgere e condividere per governare

An adventure is only an inconvenience rightly understood. An inconvenience is only an adventure wrongly understood.

G.K. Chesterton

Punto di partenza per delineare e attivare un cambiamento organizzativo è la condivisione della necessità di cambiare. Se si considera che le aziende sono prima di tutto un insieme (possibilmente) organizzato di persone, ciascuna portatrice di varie aspettative nei confronti dell'azienda stessa e nello specifico dei suoi superiori, subordinati e colleghi, è naturale che il cambiamento si possa generare quando vi è un allineamento generale sulla necessità di cambiare e sulla direzione auspicata del cambiamento<sup>5</sup>.

Ciò implica un grado significativo di coordinamento strategico, attuabile tramite un cosiddetto *meeting of minds* (Schelling 1960)<sup>6</sup> tale per cui il gruppo

<sup>5</sup> In altre parole è importante che i membri di un'organizzazione, e in particolare il suo gruppo dirigente, condivida il medesimo *enacted environment*, cioè quell'ambiente «attivato» che risulta dalle percezioni del singolo, dalla sua capacità di interpretare i fenomeni che accadono attorno a lui e associarvi un significato. Il concetto è mutuato dal lavoro di Weick (1969; 1979), che definisce l'*enacted environment* come il risultato di un processo di attribuzione di significato (*sensemaking*) che la singola persona dà alle informazioni in base a cui decide: «Your beliefs are cause maps that you impose on the world, after which you “see” what you have already imposed. In this perspective, organizational design and development processes are first of all “sensemaking” processes which involve “listening” to different internal viewpoints, facilitating the understanding of what the organization is and which changes are perceived as necessary. People's recognition and understanding of the need for change and of which change are fundamental».

<sup>6</sup> Si fa riferimento a un concetto celebre elaborato da Thomas Schelling nell'ambito dei suoi studi sulla teoria dei giochi. La tesi essenziale è che in presenza di problemi complessi e di attori con orientamenti culturali diversi né il coordinamento tacito, né l'esplicitazione di regole di interazione (per esempio, i meccanismi operativi) sono sufficienti, perché comunque soggetti a un'interpretazione nell'utilizzo diversa da attore ad attore. In questi contesti, il problema di fondo è ottenere un coordinamento strategico da cui può discendere più facilmente e per delega il coordinamento operativo sui processi organizzativi. Tale coordinamento strategico viene indicato come il *meeting of minds* e corrisponde a una convergenza di aspettative e di premesse decisionali. Pertanto, in gruppi nuovi, di fronte a un cambiamento da comprendere e interiorizzare, è necessario un momento iniziale di comunicazione a due vie, di discussione per la reciproca comprensione delle aspettative e delle premesse perché: «Some historical, cultural, linguistic, or even mathematical salience is essential for the creation of convergent expectations in the mind of players».

dirigente condivide il quadro ambientale e concettuale dentro cui matura l'esigenza di cambiare e definisce congiuntamente la direzione migliore verso cui innovare<sup>7</sup>.

Vi sono alcuni strumenti aziendali che, se opportunamente usati, possono supportare tale condivisione collegiale dei presupposti del cambiamento e della direzione da seguire: per esempio, la stesura di un piano strategico, oltre a vari altri finalismi<sup>8</sup>, rappresenta un'ottima «scusa per interagire», un'occasione per portare professionisti in ruoli dirigenziali e alta direzione a ragionare congiuntamente su quale sia il contesto che l'azienda e le sue singole articolazioni organizzative si trovano a dover fronteggiare. Chiarire e condividere il quadro di contesto è di per sé l'azione più forte possibile di coordinamento organizzativo, nella misura in cui fornisce a tutti gli attori aziendali una medesima «lente» attraverso cui filtrare i propri processi decisionali, attribuire le priorità di azione, comprendere le dinamiche organizzative.

Allo stesso modo, impegnare il gruppo dirigente nell'elaborazione di un bilancio di mandato, o di un simile strumento di controllo strategico, assolve assieme ad altri finalismi all'obiettivo di verificare se i presupposti su cui si è fondata l'azione strategica permangono o si sono modificati, richiedendo un mutamento contestuale nei corsi di azione, e se le «tattiche» usate hanno prodotto i benefici (risultati) sperati e perché (o perché no). In tale prospettiva si ottiene inoltre il duplice effetto di favorire l'apprendimento organizzativo dal passato (lasciando una memoria storica a uso anche dei futuri dirigenti) e di rafforzare una classe dirigente che si identifichi non solo con gli interessi particolari della propria famiglia professionale, unità organizzativa o gruppo di appartenenza, ma anche con i finalismi aziendali (obiettivo difficile da raggiungere in contesti professionalizzati e normativamente codificati quali quelli delle aziende sanitarie<sup>9</sup>).

Attraverso il *meeting of minds* e la decisione collegiale con i professionisti l'azienda riesce a elevare i propri gradi interni di trasparenza e quindi di controllo sociale sulle decisioni strategiche, da cui consegue un'altrettanto più forte respon-

<sup>7</sup> Si fa riferimento alla costruzione di una visione condivisa, come sottolinea Senge (1990) quando afferma che: «If any one idea about leadership has inspired organizations for thousands of years, it's the capacity to hold a shared picture of the future we seek to create».

<sup>8</sup> I piani strategici, oltre ai finalismi tradizionalmente loro associati dalla letteratura di management, possono considerarsi pretesti per altre utilissime attività, nessuna delle quali tuttavia include fare previsioni o elaborare percorsi di azione. In questo senso i piani strategici sono:

- simboli che segnalano l'intenzione di fare (effetto annuncio);
- strumenti di propaganda, nel senso che sono usati per attrarre consenso attorno a decisioni spesso già prese;
- «giochi», in quanto usati per testare fino a che punto le persone sono disposte a impegnarsi sui programmi/obiettivi che promuovono;
- scuse per interagire, nel senso che stimolano il dialogo nell'organizzazione.

Sul tema si veda Cohen e March (1974).

<sup>9</sup> Sul tema si veda Del Vecchio e De Pietro (2002).

sabilizzazione. Portare le decisioni importanti – per esempio, la chiusura o ridimensionamento di un reparto, l'acquisto di una tecnologia, l'investimento in nuovi saperi specialistici ecc. – a un tavolo tipo *peer review* dei professionisti chiedendo loro di esprimersi in base a criteri decisionali di natura professionale (da cui il «governo clinico» come governo con i professionisti) dovrebbe permettere di conseguire alcuni «vantaggi» fondamentali ai fini del cambiamento organizzativo, quali:

- limitare la provenienza di richieste interne ufficiose di risorse e lo sviluppo strategico o il cambiamento determinato secondo logiche di incrementalismo disgiunto (Lindblom 1959);
- aumentare la trasparenza decisionale, e quindi esporre i singoli dirigenti al giudizio altrui rispetto alla ragionevolezza o meno delle proprie richieste e visioni aziendali così limitando la pressione dal basso nei confronti dell'alta direzione per richieste «particolari» e non motivabili tecnicamente e/o rispetto ai finalismi aziendali;
- responsabilizzare il gruppo dirigente nel prendere decisioni collegiali fondate su criteri quanto più oggettivi possibile (evidenze scientifiche, dati e fatti invece di opinioni ecc.);
- rafforzare la proposta tecnica aziendale nei confronti dell'ambiente esterno, soprattutto quando il cambiamento desiderato implica una difficile convergenza con le aspettative istituzionali, sociali e politiche (per esempio, scelte in merito al posizionamento dell'offerta di servizi specialistici, scelte di chiusura o apertura di nuovi servizi ecc.). Porre il sistema istituzionale, politico e sociale di fronte a una scelta fondata su criteri professionali (quali i valori soglia per un'erogazione di qualità e in condizioni di sicurezza di un certo servizio, il bisogno di avere un certo standard minimo di risorse ecc.) ne riduce i gradi di libertà nell'opporvi e nel proporre alternative non altrettanto valide o sostenibili sul piano tecnico. Tuttavia, come vedremo nelle conclusioni, è condizione necessaria, ma spesso non sufficiente per ottenere il consenso al cambiamento auspicato, e non di rado implica valutazioni a priori sulla reale convenienza a «ingabbiare» il processo decisionale verso l'esterno (nel senso di ancorarlo a elementi «oggettivi» vincolanti la decisione) e azioni a posteriori per la predisposizione di «vie di uscita» accettabili (compromessi sostenibili) politicamente, istituzionalmente e socialmente;
- contribuire a costruire l'identità del gruppo dirigente, chiarendone diritti e doveri, aumentandone la rettitudine nei confronti dei finalismi aziendali, favorendone il riallineamento con quelli istituzionali quando l'interpretazione dell'alta direzione denota una divergenza peggiorativa (cioè, quando tende a concentrare l'attenzione esclusivamente su obiettivi parziali – per esempio, quelli economici – e disallineati rispetto ai finalismi istituzionali). In altri termini, la collegialità decisionale, pur avendo un costo organizzativo in termini di allungamento e di impegno di tempo e risorse dei processi decisionali, garantisce un

pluralismo di visioni e prospettive che, a seguito di un efficace *meeting of minds*, può positivamente contribuire a mantenere vigile l'attenzione dell'azienda sui molteplici obiettivi di cui dovrebbe farsi carico, evitando derive pericolose – per esempio, quella dell'attenzione unica alla dimensione economica – che inevitabilmente e fisiologicamente vengono imposte dall'alta direzione in funzione della sua soggettiva percezione delle priorità poste dall'ambiente (e che regolarmente nel medio periodo vengono rigettate dal sistema aziendale che nel frattempo ha prodotto gli anticorpi)<sup>10</sup>;

- limitare la trappola del *garbage can* (cestino della spazzatura, Cohen, March e Olsen 1972), cioè di quelle situazioni in cui le decisioni vengono prese per il fortuito incontro tra un problema e una soluzione, senza una razionalità forte, ma spesso con una razionalità implicita, legata a una convenienza particolare (l'esigenza di togliersi il problema di torno in fretta, il bisogno di tamponare una falla organizzativa inaspettata ecc.). Situazioni in cui prosperano nell'organizzazione i «cacciatori di occasioni» – vale la regola che bisogna trovarsi al posto giusto al momento giusto – e che nel medio termine si rivoltano inevitabilmente contro l'organizzazione stessa minandone il senso di equilibrio tra ricompense organizzative e contributi dati dagli individui che è alla base del vivere organizzato in azienda (per esempio, la distribuzione di incarichi organizzativi non per premiare le capacità e i contributi, ma per comprarsi il «consenso» di attori organizzativi che detengono rendite di posizione delicate). Tuttavia, una dose di *garbage can* rimarrà fisiologicamente presente e, come si discuterà ulteriormente nelle conclusioni, una parte di quello che sembra appartenere a processi decisionali da cestino di spazzatura in realtà è frutto di valutazioni molto razionali ancorché non esplicitabili, ma comprensibili solo alla luce del disegno di azione più complessivo<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Sul tema della soggettività nell'interpretare l'ambiente organizzativo si confronti la precedente nota 6.

<sup>11</sup> Si fa riferimento alla teoria dell'incrementalismo logico, teorizzata da Quinn (1980) per descrivere il processo con cui spesso la strategia viene sviluppata e attuata nelle organizzazioni.

Già in precedenza Lindblom (1959) aveva osservato che il processo decisionale nelle organizzazioni pubbliche complesse, tra cui in particolare quelle sanitarie, si svolgeva secondo logiche di incrementalismo disgiunto: si tratta dell'ormai nota *science of muddling through*, secondo cui il funzionamento organizzativo è legato a una sequenza di successive negoziazioni, di piccoli passi che non si allontanano troppo dallo *status quo* e che si sviluppano senza un disegno intenzionale, ma attraverso un processo di graduale contemperamento degli interessi dei gruppi coinvolti nell'arena decisionale. Partendo da questa prospettiva, Quinn ha teorizzato un incrementalismo logico in cui ogni area decisionale dell'organizzazione, sottoposta alla discrezionalità e al controllo di un dirigente, tende ad assumere decisioni innovative che se prese singolarmente costituiscono piccoli cambiamenti in una direzione, ma che con il tempo sedimentandosi portano a un riorientamento complessivo dell'organizzazione. Anche in presenza di una strategia definita o di un programma di cambiamento chiaro, i dirigenti chiave dell'organizzazione non assumono decisioni radicali che portino rapidamente al raggiungimento diretto dei risultati sperati, ma al contrario cercano di minimizzare le resistenze focalizzando la propria attenzione sui piccoli cambiamenti e sugli eventi fortuiti che possono far procedere l'azienda nella direzione desiderata. Il management dell'azienda

Una prima conferma del precedente ragionamento si trova spostando l'attenzione dalla teoria alla pratica, laddove l'osservazione delle pratiche manageriali delle aziende sanitarie italiane negli ultimi cinque anni, e in particolare negli ultimi due-tre anni, denota una crescente consapevolezza:

- dell'importanza di avviare i grandi processi di cambiamento attraverso la condivisione dei perché e delle aspettative di cambiamento con il gruppo dirigente, quello degli agenti del cambiamento<sup>12</sup>;
- della necessità di portare avanti il cambiamento attraverso scelte collegiali fatte con i professionisti e su criteri condivisi con essi.

Alcuni esempi pratici di questa consapevolezza sono rintracciabili nelle seguenti esperienze:

- un numero crescente di aziende ha introdotto nelle proprie routine manageriali nel corso dell'anno una o più riunioni in modalità *outdoor*, durante le quali l'alta direzione e il gruppo dirigente dei professionisti (i direttori di dipartimento, distretto o altra macrostruttura aziendale – di solito tutti i ruoli compresi nel collegio di direzione – più i responsabili di staff) sviluppa il *meeting of minds* su cosa è stato fatto, cosa si dovrebbe fare e cosa si potrà fare; inoltre, strettamente connessa a questo processo è la riattribuzione degli obiettivi in capo alla direzione generale – fissati dalla regione – al resto del gruppo dirigente. Tale attribuzione favorisce un ulteriore allineamento sulla visione del contesto esterno, sulle conseguenti priorità di azione e quindi sulle aspettative comportamentali reciproche (tra direzione e dirigente);
- la stessa pratica, anche se svolta in modalità interna all'azienda e spesso supportata da facilitatori esterni, viene oggi proposta in fase di avvio o consolidamento di dipartimenti e distretti. In pratica, il gruppo dirigente del dipartimento o distretto (rappresentativo di tutte le professioni) si riunisce per una o più giornate al fine di tracciare l'agenda del cambiamento, che parte con la condivisione di quali sono i motivi, la ragion d'essere della propria unità organizzativa, gli obiettivi a cui tendere nel medio termine (obiettivi strategici, di sviluppo, di budget annuale e pluriennale) e i «progetti speciali», vale a dire le azioni di cambiamento che esulano dalla «normale amministrazione» e dalla routinaria programmazione di budget (per esempio, la condivisione di spazi, la riorganizzazione delle liste di attesa, lo sviluppo di servizi nuovi, dimissioni protette ecc.). In linea di massima, sono proprio i progetti speciali che definiscono il

---

svolge quindi la funzione di «arbitro» delle spinte dispersive che si sviluppano nei sottosistemi organizzativi, individuando e supportando in modo proattivo e incrementale le azioni che meglio possono servire alla «causa» aziendale.

<sup>12</sup> Sul tema del cambiamento organizzativo e in particolare sulla distinzione di ruolo tra agenti e percipienti del cambiamento si veda Jick (1993).

livello di successo di un dipartimento o distretto, essendo per loro natura obiettivi non raggiungibili individualmente dalle singole UO e quindi strettamente correlati ai motivi stessi per cui si è deciso di costituire il dipartimento o distretto come livello di rilevante responsabilità organizzativa. Inoltre, per il responsabile di dipartimento e distretto è l'occasione per facilitare un allineamento di aspettative comportamentali da parte del suo gruppo dirigente (declinando anche le aspettative particolari connesse ai ruoli di supporto che rimangono spesso indefinite o troppo generiche nei regolamenti aziendali; ci si riferisce ai responsabili infermieristici, tecnici, referenti amministrativi ecc.) e per delineare nei contenuti specifici il proprio mandato, la base del «patto» che il direttore dell'articolazione organizzativa propone alla direzione aziendale alla luce dell'eventuale precedente *meeting of minds* e su cui dovrà convergere una parte consistente (assieme ai risultati di budget) della misurazione del successo del suo operato;

- un ulteriore esempio interessante è rappresentato dalle Aree Vaste (AV) toscane. Il SSR della Regione Toscana attualmente si articola in tre AV raggruppanti ai fini di un migliore coordinamento organizzativo tutte le strutture ospedaliere pubbliche operanti sul territorio dell'AV. Obiettivo primario è quello di favorire una riconfigurazione della rete di offerta ospedaliera a livello di AV attraverso la concertazione tra le ASL e l'AO universitaria delle scelte di posizionamento e dimensionamento delle specialità cliniche<sup>13</sup>. In questa prospettiva all'AV è demandato il compito di studiare e attuare soluzioni di rete che consentano una migliore e più equa distribuzione e accessibilità dell'offerta e che distinguano gli ospedali e le unità specialistiche in essi operanti in funzione della complessità delle casistiche trattate. Per fare questo, ciascuna AV si è organizzata attorno a tre livelli decisionali:
  - i gruppi di coordinamento tecnico-professionali, composti da almeno un professionista per ciascuna ASL-AO dell'AV, da rappresentanti dei MMG e PLS e coordinati da uno dei direttori sanitari delle aziende di AV. Come previsto dal PSR, sono già stati costituiti o verranno attivati gruppi di coordinamento tecnico-professionali su ciascuna delle seguenti aree<sup>14</sup>: cardiologia e cardio-

<sup>13</sup> Gli obiettivi generali perseguiti con l'istituzione delle AV sono articolati in:

1. obiettivi di governo clinico, definizione, condivisione e implementazione di linee guida e percorsi assistenziali, in particolare per i settori indicati dal PSR 2002-2004;
2. obiettivi di assistenza ospedaliera, relativi a:
  - degenza, grado di utilizzo dei presidi ospedalieri da parte della popolazione residente, CUP di AV per i ricoveri ospedalieri, sperimentazione di modelli assistenziali basati sull'intensità di cure, governo delle liste di attesa;
  - attività ambulatoriale, miglioramento della copertura dei CUP aziendali, CUP integrato di AV, governo delle liste di attesa;
3. obiettivi di programmazione e controllo, sviluppo di strumenti, sia sul versante dell'attività che dei costi, attraverso cui poter studiare i fenomeni sanitari «in tempo reale», mediante lo scambio tra le aziende di flussi di dati che vanno a costituire una base informativa comune di AV.

<sup>14</sup> Evolveranno in dipartimenti interaziendali di coordinamento tecnico, come previsto dalle

- chirurgia; neurologia e scienze neurologiche; oncologia; emergenza-urgenza; nefrologia; riabilitazione; gastroenterologia ed endoscopia digestiva; materno-infantile e pediatria; radiologia e diagnostica per immagini;
- un gruppo tecnico di progettazione, composto dai direttori sanitari di tutte le aziende supportati dai relativi staff di epidemiologia, controllo di gestione e sistema informativo;
  - il comitato dei direttori generali di AV. Il comitato dei direttori generali è l'organo preposto a prendere le decisioni, sulla base delle proposte avanzate dal gruppo tecnico di progettazione, il quale si avvale dei gruppi di coordinamento tecnico-professionali per la stesura delle proposte stesse. Ovviamente le decisioni prese dal comitato dei direttori generali tengono conto delle proposte tecniche, ma al tempo stesso ricercano l'equilibrio sostenibile rispetto alle aspettative sociali, politiche e istituzionali. Tuttavia, il fatto di avere come motore del processo decisionale una proposta che nasce da un tavolo tecnico di professionisti, chiamati a esprimersi sul proprio campo di attività e rispetto ai propri colleghi (per esempio, ai cardiologi spetta proporre le scelte in merito a dove posizionare i servizi di emodinamica e stabilire quali siano le soglie minime per garantirne l'operatività<sup>15</sup>) rappresenta un indubbio punto di forza nei confronti delle pressioni interne ed esterne: avere una proposta tecnica condivisa da tutti i professionisti (almeno dalla maggioranza dei leader) a livello di AV che prevede la chiusura, ridimensionamento, riposizionamento, apertura di un servizio/unità operativa rappresenta un elemento di straordinaria forza nell'ancorare i processi decisionali del comitato dei direttori generali e i successivi processi negoziali a livello politico, sociale e istituzionale<sup>16</sup>;
  - un altro esempio significativo di come le aziende stanno maturando al loro interno una maggiore capacità di governare le resistenze al cambiamento è rappresentato da quelle realtà in cui il collegio di direzione viene usato dalla direzione generale quasi alla stregua di un consiglio di amministrazione, sottoponendo alla sua attenzione tutte le decisioni che hanno implicazioni strategiche verso l'interno o l'esterno dell'azienda. Richiamando i punti discussi in precedenza, l'uso siffatto del collegio di direzione diventa occasione per limitare le

delibere G.R.T. 15 settembre 2003, n. 919, e 20 ottobre 2003, n. 1049 «Costituzione dipartimenti interaziendali di coordinamento tecnico: approvazione schema tipo di regolamento».

<sup>15</sup> Una condizione da non sottovalutare per impostare un processo programmatico e decisionale quale quello descritto è il fatto che l'AV consente per la propria dimensione (circa 1,5 milioni di abitanti) di ragionare rispetto a soglie di attività significative dal punto di vista epidemiologico su tutto lo spettro delle specialità ospedaliere.

<sup>16</sup> In questo senso, la legittima preoccupazione che le lobby professionali condizionino i processi decisionali asservendoli a loro finalismi trova risposta nel fatto che le proposte portate avanti dai professionisti devono necessariamente ancorarsi a fatti e/o evidenze (che sono forniti per lo più dal lavoro di *intelligence* delle direzioni sanitarie delle aziende dell'AV e dai loro uffici qualità, epidemiologia, controllo di gestione ecc.).

pressioni interne trasversali, limitare le scelte del tipo *garbage can*, aumentare i gradi di controllo sociale e responsabilità (rettitudine) nel gruppo dirigente e consolidare identità e ruolo di quest'ultimo.

Infine, l'accresciuta consapevolezza da parte delle aziende sanitarie e del loro management di cosa sia necessario per affrontare meglio la resilienza al cambiamento si nota anche dalla modalità di ricorso a consulenza e formazione. Rispetto alla prima, accanto a una ricerca ancora consistente di consulenza del tipo *outsourcing*, in cui l'azienda cerca un servizio «chiavi in mano» (gestione contabilità analitica, controllo di gestione, sistemi informativi ecc.), si osserva la ricerca crescente di interventi più mirati di supporto al cambiamento, di accompagnamento del gruppo dirigente nell'impostazione (piani strategici, di riorganizzazione, di sviluppo organizzativo) e gestione del processo a tutti i livelli aziendali. Rispetto alla seconda, esaurita una fase di «acculturamento» generale del sistema e delle singole aziende, sviluppata spesso attraverso formazione d'aula tradizionale, si osserva la ricerca crescente di interventi di *tutorship*, di facilitazione dell'apprendimento organizzativo e di attivazione degli attori organizzativi verso il cambiamento.

Da notare come in molte delle esperienze di cambiamento che hanno prodotto risultati apprezzabili, un obiettivo di massima importanza per le direzioni generali perseguito da consulenza e formazione (spesso combinate insieme) è rappresentato dal contributo dato alla trasformazione del gruppo dirigente in «squadra». Vale a dire che attraverso i processi consulenziali, di supporto alle attività di sviluppo strategico o di riorganizzazione, e quelli formativi, a supporto per esempio di *meeting of minds*, si cerca di avvicinare il gruppo dirigente all'idea di squadra intesa come gruppo in cui può essere richiesto per un risultato comune una situazione temporaneamente sbilanciata di contributi e ricompense, nel senso di «sacrifici» di uni a vantaggio di altri. Presupposto di fondo è l'identificazione del gruppo dirigente con gli obiettivi aziendali e la percezione di fiducia reciproca che i sacrifici saranno riconosciuti e compensati, se non nel breve almeno nel medio termine (ovviamente l'equazione contributi-ricompense organizzative deve stare in equilibrio nel medio termine per garantire un contesto/clima organizzativo «costruttivo»<sup>17</sup>).

<sup>17</sup> Si ricorda come l'equilibrio nel rapporto tra contributi e ricompense sia funzione del tipo di sistema valoriale dominante nella cultura organizzativa. In particolare si possono distinguere tre archetipi di sistema:

- il sistema cosiddetto «naturale», fondato sulla fiducia tra il lavoratore e l'organizzazione (rappresentata dal suo superiore). La maggior parte dei contesti professionali – quali le aziende sanitarie – appartengono a questo tipo di sistemi, in cui il rapporto tra contributi e ricompense può essere anche per lungo tempo sbilanciato (contributi maggiori di ricompense) in quanto vi è fiducia da parte del professionista che nel medio-lungo termine riceverà una ricompensa ambita in grado di riequilibrare il rapporto. È questo, per esempio, il caso del medico specializzando, del ricercatore universitario, del consulente junior. Il sistema naturale può essere molto merito-

### 15.3 La questione organizzativa. Come rianimare il sistema professionale senza provocare l'eutanasia di quello aziendale

I risultati si ottengono sfruttando le opportunità, non risolvendo i problemi.

P. Drucker

Avere la visione comune su cosa occorra fare per cambiare e per innovare non è tuttavia sufficiente. Come ha detto Stephen Case, in occasione della fusione tra i colossi AOL e Time Warner (di cui era amministratore delegato): «Alla fine, una visione senza la capacità di attuarla è probabilmente un'allucinazione». E i medici vi confermeranno che le allucinazioni le hanno solo i pazzi, nella cui categoria tendono in generale ad annoverare, in virtù della proprietà transitiva, anche – e ovviamente – i manager. Il problema è che le direzioni aziendali, nell'attivare le energie per il cambiamento, rischiano di incontrare un ostacolo importante proprio nei clinici, non tanto (ma anche) per questioni culturali o preconcezioni ideologiche (affrontabili attraverso il *meeting of minds* sopra richiamato e altre pratiche simili di *team building* ecc.), ma soprattutto in virtù di una crisi emergente del tradizionale modello professionale medico-centrico. Crisi generata principalmente da tre fenomeni:

- le crescenti aspettative di riconoscimento organizzativo di uno status indipendente da parte delle altre professioni<sup>18</sup>, con il collegato disconoscimento della superiorità gerarchica del medico;

---

cratico, quando distribuisce le ricompense in funzione dei meriti riconosciuti e condivisi dal gruppo, oppure molto tirannico, quando il leader impone la sua volontà indipendentemente dalla volontà di premiare del gruppo. Ovviamente questo sistema regge fino a quando persiste la fiducia nella ricompensa di medio/lungo periodo e se i comportamenti tirannici non sono la norma. Altrimenti il sistema naturale tende a crollare verso logiche burocratiche o politiche;

- il sistema «burocratico» (o tecnico), basato su accordi formali tra l'organizzazione e il lavoratore (tipicamente il contratto di lavoro). In questo caso di regola il lavoro è visto non come un fine in se stesso (come invece spesso accade nel sistema naturale), ma come un mezzo per soddisfare altri bisogni. In questi sistemi di norma il lavoratore ricerca l'equilibrio di breve termine tra contributi e ricompense (per esempio, gli straordinari devono essere riconosciuti e pagati) e le regole di carriera devono essere quanto più possibile chiare e oggettive;
- il sistema di tipo «politico», in cui l'equilibrio tra contributi e ricompense dipende da negoziazioni tra il membro e l'organizzazione basate sui rapporti di forza reciproci. L'incertezza nelle aspettative reciproche (tra organizzazione e membro) è la regola, in quanto permette di sviluppare con maggiore efficacia le strategie per aumentare la propria forza contrattuale. Partiti politici, sindacati, associazioni di *lobbying*, università sono esempi di sistemi politici.

Nella realtà delle organizzazioni questi tre archetipi di sistema spesso convivono: uno può essere quello dominante a livello complessivo, ma singole unità organizzative possono operare secondo altre tipologie di sistema; in questo senso, per esempio, un policlinico universitario opera spesso nel complesso come un sistema politico, ma molte delle sue unità cliniche si ispirano a sistemi naturali e le sue unità amministrative a sistemi burocratici.

A questo tema si collega anche il lavoro di Scott (1981; 2002).

<sup>18</sup> Dopo quello legislativo recente, con la codifica normativa delle varie professioni sanitarie.

- la crisi del «primariato baronale» e del modello tipico di crescita professionale, molto forte soprattutto nei grandi ospedali di insegnamento dove, usando l'efficace descrizione di Cagli (2003), «nelle cliniche universitarie alla pretesa fine dei “baroni” ha fatto seguito il perdurare degli stessi strumenti di potere gestiti da uomini mediamente di minore statura rispetto al passato. Gli istituti clinici, divenuti policattedra, strutturati cioè non più come un “villino padronale”, ma come un più democratico “condominio”, hanno prodotto la tipica litigiosità di ogni riunione condominiale. Inoltre la divisione della “torta” ha dato a ciascuno soltanto una sottile fetta (meno spazi, meno mezzi, meno malati da seguire<sup>19</sup>) e, non di rado, una fetta così sottile da impedire ogni possibilità reale di studio ed esperienza e certo tale da conferire a certe “posizioni apicali” il contrassegno del ridicolo [...] fino ai primi anni Sessanta del secolo appena trascorso, assistenti e aiuti, selezionati da un pubblico concorso per titoli ed esami, duravano in carica rispettivamente per quattro e otto anni; soltanto i primari, anch'essi nominati a seguito di pubblico concorso, avevano la “stabilità”. Dalla seconda metà degli anni Sessanta questa stessa stabilità fu estesa anche ad assistenti e aiuti, con la conseguenza di vedere non pochi assistenti cinquantenni, il che non soltanto appariva una sorta di contraddizione in termini, ma produceva anche una situazione irrazionale dati i compiti fisicamente gravosi riservati agli assistenti» (e si può aggiungere causava non pochi problemi di gestione e motivazione al primario, oggi dirigente di struttura complessa o semplice);
- la crisi del modello «fiduciario» tipico della famiglia professionale dei medici<sup>20</sup>, fondato su quattro elementi che stanno venendo meno:
  - l'aspettativa da parte del giovane e meno giovane medico che il «suo» primario prima o poi lo avrebbe garantito (o comunque aiutato) nel salto di carriera verso il gradino successivo (da assistente ad aiuto, da aiuto a primario). Tale sviluppo di carriera, oltre a rappresentare un riconoscimento delle qualità professionali, era indispensabile nel sistema bloccato del contratto collettivo nazionale di impiego pubblico per aumentare significativamente la propria retribuzione. Proprio questa «promessa implicita» del sistema professionale muoveva i giovani professionisti a dare nell'immediato contributi «eccezionali» all'organizzazione (disponibilità a lunghi turni, orari di lavoro flessibili ecc.) a fronte di una ricompensa attesa che sarebbe arrivata solo (ma sicuramente) nel medio termine. Oggi, la riduzione progressiva degli ospedali e dei primariati (delle strutture complesse), collegata anche allo sviluppo di tecniche di cura che non richiedono più degenze significative e a modelli organizzativi che «smantellano» il

<sup>19</sup> È questo il caso di diversi policlinici universitari dove le strutture complesse e semplici sono commisurate al numero dei professori ordinari e associati, dando luogo a situazioni paradossali (ma comprensibili alla luce di altre razionalità) in cui talvolta vi è perfino l'equivalenza tra una persona e una struttura.

<sup>20</sup> Cfr. nota 19.

reparto clinico specialistico inteso come «appartamento di proprietà» nel condominio<sup>21</sup> rendono molto difficile se non improbabile la promessa della ricompensa. Ciò genera ovvi problemi motivazionali, aggravati dal crescere dell'età e dalla percezione di avere la carriera bloccata;

- un disorientamento di fondo sui percorsi di carriera, un tempo chiaramente strutturati (assistente, aiuto, primario) e «strutturali»<sup>22</sup>, oggi legati a sistemi di attribuzione di incarichi organizzativi e professionali sviluppati dalla singola azienda (insieme a quelli di valutazione) che pur avendo delle potenzialità gestionali molto interessanti di frequente sono applicati parzialmente e senza dare risposte concrete alla «domanda di carriera» dei professionisti<sup>23</sup>;
- una pressione aziendale forte alla produttività, insieme a vincoli economici che obbligano a produrre di più a risorse stabili se non decrescenti, da cui scaturisce l'impossibilità a sviluppare percorsi di crescita professionale adeguati per i giovani. Parte del rapporto «fiduciario» si basava anche sull'assunto implicito per cui il sistema sanitario e le aziende demandavano interamente al primario il compito di garantire la qualità dei suoi collaboratori, impostandone i percorsi di crescita<sup>24</sup>. Ovviamente innovare e far crescere le risorse umane richiede la possibilità di avere *slack resources* (risorse in eccesso, sfrisi di produzione) o la disponibilità a sostenere il costo organizzativo di tale sviluppo (per esempio, l'assenza di un professionista per motivi di studio, tempi più lunghi di intervento – e rischi di errore maggiore – perché fatto da un «novellino» ecc.). In un contesto in cui né la prima né la seconda opzione sono ritenute sostenibili, gli attuali responsabili di struttura sono incentivati a distribuire compiti e ad agire in funzione della massima efficienza, situazione per cui può diventare «comodo» applicare una qualche forma di «taylorismo» specializzando i collaboratori in funzioni specifiche che ne impediscono una crescita professionale completa (per esempio, dedicando un collaboratore – si pensi a un giovane chirurgo – solo all'ambulatorio, alla gestione reparto ecc.) e che inevitabilmente ne tarpano le aspettative di carriera. Una situazione resa ancora più intricata dallo scadimento qualitativo di chi dovrebbe guidare i processi di formazione professionale (come

<sup>21</sup> Questa percezione di «proprietà» era chiaramente visibile nell'uso frequente dell'aggettivo possessivo da parte dei primari («i miei letti, i miei infermieri, le mie stanze ecc.») a cui seguivano scelte organizzative peculiari e diverse da divisione a divisione o tra servizi simili (non a caso è stato utilizzato il termine «federazione» per metaforicamente rappresentare l'ospedale come un insieme di «stati indipendenti»).

<sup>22</sup> Sul tema cfr. Del Vecchio (2000) e Adinolfi (2001).

<sup>23</sup> Si veda il lavoro di De Pietro e Del Vecchio (2002) pubblicato nel Rapporto OASI 2001, dove emerge, differentemente da quanto invece sostenuto nei precedenti articoli a cui si fa riferimento nella nota 24, che lo «sblocco» della variabile organizzativa (intesa come il venire meno della strumentalità cui è asservita l'organizzazione sanitaria per i fini di carriera dei medici) si è verificato solo parzialmente rispetto alle potenzialità.

<sup>24</sup> Cfr. anche la precedente nota 18.

- richiamato nel precedente punto) e dalla pressione ulteriore posta dall'emergere delle *malpractice litigations* (da cui un'attenzione maggiore ai rischi connessi al far intervenire il giovane come sarebbe naturale per il suo processo di apprendimento<sup>25</sup>);
- infine, a ulteriore complicazione del quadro sopra descritto, si pone il problema della tendenza naturale del professionista alla difesa della sua rendita di posizione, frutto di un percorso in effetti spesso lungo e duro<sup>26</sup>. Tale difesa diventa nel campo della medicina moderna sempre più difficile: si stima che lo sviluppo tumultuoso delle tecnologie e delle tecniche e la pubblicazione ogni anno di almeno 5.000 articoli di ricerca generi un'obsolescenza del sapere specialistici (soprattutto quelli di frontiera) nel giro di un lustro. In questo quadro gli attuali responsabili si trovano a fronteggiare un sistema in cui i loro «allievi» o collaboratori possono professionalmente superarli in tempi rapidi, rendendoli «spendibili» dall'organizzazione. Diventa quindi necessario trovare un sistema organizzativo che premi quei responsabili che consapevolmente permettono ai collaboratori di crescere e affermarsi (producendo benefici per tutto il sistema), evitando di bloccare il ricambio generazionale perché vittime della «sindrome da accerchiamento».

In questo delicato quadro di crisi dei modelli e valori storicamente affermatasi nel sistema medico, alle aziende sanitarie si pone il problema di come coniugare i processi di cambiamento che fanno leva sul coinvolgimento dei professionisti medici in posizioni apicali con un sistema che non ne riconosce fino in fondo l'autorità e che li spinge in parte a porsi come primi oppositori del cambiamento stesso. Situazione la cui complessità è acuita dal fatto che le principali «posizioni apicali» sono rappresentate da livelli organizzativi non includenti famiglie professionali coese, ma raffigurabili come condomini litigiosi (dipartimenti e distretti) governati da amministratori talvolta con non sufficienti competenze manageriali, doti di leadership e motivazione al ruolo.

Pertanto, se il *meeting of minds* è il presupposto, la riorganizzazione interna per

<sup>25</sup> Sul tema delle comunità di pratiche si può far riferimento al lavoro di Lave e Wenger (1991) che le identificano come luoghi dove: «Legitimate peripheral participation and situated learning can develop. In this sense, learning involves participation in a community of practice. And that participation refers not just to local events of engagement in certain activities with certain people, but to a more encompassing process of being active participants in the practices of social communities and constructing identities in relation to these communities».

<sup>26</sup> Le tre problematiche principali nella gestione delle organizzazioni professionali sono riconducibili alla discrezionalità rivendicata dal professionista nell'esercizio della sua attività, alla resistenza al coordinamento interdisciplinare e multiprofessionale, alla scarsa propensione all'innovazione (Mintzberg 1983). Proprio quest'ultimo fenomeno è legato alla – ragionevole – aspettativa del professionista di «capitalizzare» le competenze maturate attraverso percorsi formativi spesso lunghi e impegnativi. Tuttavia questa aspettativa si traduce non di rado nella ricerca di «rendite di posizione» legate alla replicazione di saperi consolidati, talvolta «obsoleti», a scapito di aggiornamento professionale e ricerca dell'innovazione.

dare nuove gambe al sistema professionale è condizione indispensabile per portare avanti con sistematicità un cambiamento.

Questa riorganizzazione interna richiede tre grandi interventi da parte delle direzioni aziendali:

- sviluppare e/o consolidare i meccanismi operativi, quali il sistema di programmazione e controllo aziendale e i sistemi connessi alla gestione strategica delle risorse umane (incarichi, valutazione, percorsi di carriera, strumenti per incentivare la crescita del «capitale intellettuale»; cfr. Lega 2003). Tali meccanismi assolvono a varie funzioni di fondamentale importanza per l'azienda:
  - sono strumenti di rinforzo dei ruoli apicali organizzativi nell'esercizio delle loro funzioni di governo, che forniscono «la scusa» e facilitano il coinvolgimento del gruppo dirigente. In questo senso sono «cerimonie» organizzative officiate dal gruppo dirigente che segnalano e veicolano una parte significativa delle aspettative di ruolo (per esempio, il «budget della committenza» di distretto segnala un'aspettativa di ruolo – quella del direttore di distretto – e rinforza la capacità della persona designata di appropriarsi di tale ruolo)<sup>27</sup>;
  - sono vettori di cambiamento culturale, in quanto offrono la possibilità di impegnare le persone su ragionamenti valoriali diversi da quelli tradizionali e forniscono nuove prassi e consuetudini che sostituiscono quelle precedenti (per esempio, inserire nei processi di valutazioni dei dirigenti di struttura l'elemento «capacità di favorire la collegialità decisionale» rinforza un valore nuovo, un'aspettativa di comportamento e quindi una cultura organizzativa orientata alla partecipazione);
  - sono la colonna portante del processo di aziendalizzazione, in quanto strumenti aziendali attraverso cui si esercitano in maniera più trasparente e coordinata rispetto al passato i processi decisionali, svincolandoli almeno parzialmente dalle logiche di potere organizzativo fondato non sulle gerarchie aziendali, ma su altri rapporti di forza<sup>28</sup> (per esempio, nella stesura dei piani di investimento si può far riferimento a criteri di priorità oggettivi, grado di obsolescenza delle tecnologie da sostituire, collegamento a situazioni di «rischio-vita» per l'acquisto di nuove tecnologie ecc.);
  - laddove il potere organizzativo permane fortemente ancorato a sistemi paralleli alle gerarchie aziendali<sup>29</sup>, forniscono a chi esercita tale potere un vincolo di azione, ma al tempo stesso una modalità per affermare «scientificamente»

<sup>27</sup> Sul tema si vedano i lavori di Meyer e Rowan (1977).

<sup>28</sup> Non si vuole fare riferimento alle altre due fonti tipiche di potere organizzativo (il possesso di conoscenze distintive o uniche, il carisma del leader), che fisiologicamente convivono con il potere gerarchico, ma ai casi in cui le decisioni dipendono da incastri nei rapporti di forza su più sistemi che agiscono in parallelo e ripetutamente. Un caso classico è rappresentato dal rapporto che esiste tra università (universitari) e azienda (direzione generale) nei policlinici.

<sup>29</sup> Cfr. la nota precedente e il par. 15.5.

il proprio esercizio, nel senso che sono strumenti «strumentalizzabili» per affermare un certa logica decisionale prevalente rispetto ad altre<sup>30</sup>. Nel tempo comunque, se opportunamente collegati a quadri ambientali vincolanti, tendono a diminuire l'influenza dei sistemi di potere paralleli alla gerarchia organizzativa;

- utilizzare gli stessi meccanismi per «commissariare» quei dirigenti che non esercitano il proprio ruolo manageriale secondo le aspettative e le necessità aziendali. Se, da un lato, i meccanismi dovrebbero fornire ai ruoli apicali degli strumenti con cui affermare e praticare il proprio ruolo, e conseguentemente attivare il cambiamento attraverso il coinvolgimento e il *meeting of minds* favorito dalla pratica delle «cerimonie» aziendali, dall'altro lato, quando ciò non avviene la direzione può fare leva sull'accentramento di tali meccanismi per accompagnare i dirigenti nei loro percorsi decisionali. Ciò si rivela una pratica comune in situazioni di crisi, in cui la necessità di attivare importanti cambiamenti porta all'accentramento delle decisioni e dei meccanismi a loro supporto, tollerato dall'organizzazione nella misura in cui è chiaro il quadro di riferimento che l'azienda deve fronteggiare e si è sviluppato e condiviso il senso dell'urgenza a cambiare<sup>31</sup>. Nello specifico è tuttavia anche una pratica che può e viene esercitata in modo selettivo dalle direzioni che decidono di affiancare determinati dirigenti perché non pronti (o non determinati) ad assumere la veste manageriale attesa;
- fare leva sulle nuove professioni per affiancare e supportare i responsabili apicali medici con figure di altra provenienza professionale motivate e pronte a giocare ruoli organizzativi e manageriali. È il caso, per esempio, del numero crescente di aziende che decidono di affiancare ai responsabili di dipartimento o distretto dei responsabili/referenti per le funzioni tecnico-assistenziali, per quelle amministrative e per la gestione operativa<sup>32</sup>. In questo modo si cerca di affrontare due questioni di fondo. La prima è di consentire l'individuazione come responsabili di macroarticolazioni organizzative di clinici con elevata professionalità, e conseguente autorevolezza decisionale, che possono continuare a dedicare una parte rilevante del proprio tempo all'attività professionale, in quanto supportati da altri attori per una serie di problematiche manageriali (il gruppo, o meglio la «squadra» di direzione, che poi coinvolge tutti gli apicali delle strutture complesse e semplici – almeno quelle con valenza dipartimentale o distrettuale). La seconda è quella di fornire uno «sfogo» alle pressioni delle altre professioni per un riconoscimento più paritetico rispetto alla categoria dei

<sup>30</sup> Si pensi a come il sistema di valutazione dei dirigenti o quello di misurazione delle performance possono essere asserviti alla formalizzazione di decisioni già prese.

<sup>31</sup> Si fa riferimento al fenomeno per cui si osserva che nelle situazioni di crisi anche la più complessa delle organizzazioni tende a ritornare verso una forma semplice delegando al leader la maggioranza delle decisioni sia strategiche sia operative (Mintzberg 1979).

<sup>32</sup> Si confronti il capitolo del rapporto Cicchetti (2005).

medici e per l'assunzione di ruoli organizzativi e manageriali più chiari<sup>33</sup>. Peraltro, da parte di professionisti che dovrebbero essere per formazione ed esperienza più portati rispetto ai medici a preoccuparsi di questioni organizzative.

La «questione organizzativa» si confronta quindi con il problema-opportunità di rifondare le regole di funzionamento del sistema professionale, fornendo all'azienda quegli strumenti e quei supporti necessari per rigenerare al suo interno la dimensione «fiduciaria» su cui si basa una parte consistente del rapporto motivazionale sussistente tra responsabile e collaboratore. Un rapporto fiduciario che tuttavia fa leva su «regole del gioco» (i meccanismi operativi) più oggettive, chiare e concretamente rispettate (ancorché talvolta strumentalizzate), in un certo senso operando una «burocratizzazione» parziale (e positiva) del sistema professionale che dovrebbe sviluppare forme di progressione di carriera, di riconoscimento dei meriti e contributi, di tutela e valorizzazione del capitale intellettuale nuove rispetto a quelle tradizionali fondate sulla sola progressione «verticale» verso il primariato. Un sistema professionale medico anche più paritetico nei confronti delle altre professioni e capace di coglierne i contributi distintivi alla gestione aziendale.

Solo a partire da queste condizioni motivanti sarà possibile per i responsabili apicali giocare fino in fondo il proprio ruolo, senza dover ricorrere esclusivamente alle proprie doti di leadership, che senza risultati e se esercitata in un sistema percepito come squilibrato e iniquo esaurisce rapidamente la sua forza propulsiva.

Appoggiandosi ai meccanismi operativi diventa più facile attivare il gruppo dirigente come soggetto promotore e cinghia di trasmissione del cambiamento. In sintesi, la resilienza al cambiamento, generata in parte dalla mancanza di alternative, in parte dalla paura di perdere le posizioni acquisite, per essere superata ha bisogno di regole organizzative chiare, di orizzonti professionali motivanti, di «meritocrazia» ed equità organizzativa con il riconoscimento del talento, della passione, del know-how. Almeno questa sembra essere la riflessione che nasce dalle esperienze sul campo di quelle aziende che hanno provato ad affrontare per prime e con sistematicità la «questione organizzativa».

#### **15.4 La questione tecnica: abbondanza di progetti e scarsità di capi cantiere**

Hospitals are constantly reorganizing, which means shuffling boxes around on pieces of paper. Somehow, it is believed that by rearranging authority relationships, problems

<sup>33</sup> Questo tema tocca anche i medici di direzione sanitaria, per i quali la riduzione del numero di ospedali sta generando la necessità di riposizionarsi professionalmente su altri campi di attività, tra i quali assume particolare rilevanza quello di dedicarsi con maggiore pervasività alla gestione delle *operations* aziendali, dipartimentali e distrettuali.

will be solved. But all this may reflect no more than the frustration of managers in trying to effect real change in the clinical operations. Architecture might offer a much more effective solution: if even a fraction of the efforts that are put into moving positions around on charts went into moving people around on floors, there might be an awful lot more collaborative activities in hospitals.

H. Mintzberg

La terza questione di fondo che le aziende impegnate nell'innovazione fronteggiano è quella che si è definita come «tecnica». Il termine richiama il contenuto delle scelte, che riguardano principalmente l'individuazione dei modelli progettuali a cui tendere e su cui impegnare la squadra dei dirigenti a livello di coordinamento strategico. Vale a dire che la direzione aziendale deve farsi promotrice di una visione di cambiamento da condividere che contempli le direzioni di intervento, attorno a cui coagulare le attenzioni e aspettative organizzative. Una visione, e quindi «futuri a cui tendere», sufficientemente innovativa, per dare il senso del cambio di direzione reale, ma al tempo stesso «vicina» al sentito dei professionisti, per non apparire fin da subito come un'allucinazione.

Nella questione tecnica rientrano quindi molti temi, essendo numerosi i cambiamenti auspicati nel sistema.

In questa sede ci limiteremo a trattarne tre: due relativi a scelte che si collegano sia alla questione organizzativa sia a quella strategica – la riorganizzazione degli ospedali secondo logiche di intensità di cura/assistenza e la creazione di reti multiospedaliere – e uno che si collega principalmente alla questione strategica, l'identificazione di agenti del cambiamento. I motivi per cui si è deciso di restringere il campo di analisi a questi tre temi sono da un lato il collegamento stretto con le altre «questioni», dall'altro il fatto che si riferiscono a obiettivi da diversi anni nell'agenda di tutti i SSR e di molte aziende sanitarie italiane, per lungo tempo rimasti lettera morta perché oggetto di forte resilienza, ma per i quali vi sono oggi alcune esperienze pilota di successo che dimostrano che cambiare in tali direzioni è possibile e porta dei benefici.

*1. L'ospedale per intensità di cura* – Nel ripensare l'ospedale sta emergendo l'idea di spazi di degenza e di attività il più possibile «indistinti» per vocazione e caratterizzati per diversa intensità assistenziale.

In linea generale, gli spazi di degenza saranno occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta di assistenza proveniente dal pronto soccorso e dall'ordinaria accettazione programmata. La riduzione delle procedure chirurgiche assistite da degenza ordinaria e il trasferimento della casistica verso forme diurne e ambulatoriali richiedono una minore disponibilità di spazi degenziali utilizzati però con maggiore flessibilità.

Oltre alle degenze unificate, saranno unificate tutte le attività di *day hospital* e *day surgery*, con programmazione dell'accesso che consenta il massimo utilizzo delle strutture, nonché tutte le attività ambulatoriali, organizzate in macrosettori

che garantiscano un uso razionale e flessibile delle risorse. Le aree e gli spazi di degenza dovranno e/o potranno essere modulati per intensità e tipologia assistenziale, differenziandosi, per esempio:

- per intensità tra la terapia intensiva e semintensiva, il ricovero settimanale (*week hospital* con degenza inferiore ai cinque giorni), il ricovero acuto ordinario, il ricovero postacuzia, il ricovero giornaliero (DH, DS), i posti tecnici (dialisi e osservazione a breve di pronto soccorso);
- per tipologia di paziente, tra letti della stessa area di intensità dedicati alla cura di malati con problemi motori, psicologici/neurologici, nutrizionali ecc.

L'ospedale sarà quindi organizzato in strutture di servizio «verticali» (blocchi degenza, terapia intensiva, urgenza, polo degli ambulatori ecc.) modulate sull'intensità di cura, all'interno delle quali si svolgeranno i percorsi di cura presi in carico da gruppi di studio/lavoro multidisciplinari e multiprofessionali che vengono creati a partire dalle unità operative specialistiche.

Vi sono al momento in Italia alcune esperienze di riorganizzazione interna di ospedali e reparti secondo le logiche sopra menzionate, quali – per esempio, – quelle degli ospedali pubblici di Forlì, Foligno, Pontedera e dell'ospedale privato Humanitas di Milano<sup>34</sup>.

Il collegamento di questo tipo di riorganizzazioni con la questione strategica si lega evidentemente alla necessità di condividere nell'azienda la necessità/utilità a cambiare in tale direzione, mentre il collegamento con la questione organizzativa si concretizza in tre fenomeni:

- la «smaterializzazione» dei reparti monospecialisti funge da propulsore al ripensamento del modello classico di carriera ospedaliera del medico, aprendo la strada e obbligando a una riflessione seria su come reimpostare i sistemi di gestione delle risorse umane;
- la gestione dei reparti per diversa intensità di cura e polispecialistici rimane per lo più in capo ai responsabili tecnico-assistenziali, offrendo loro opportunità di riconoscimento di ruoli manageriali diversi rispetto al passato e «affrancati» dal rapporto univoco e gerarchico con un responsabile medico;
- l'applicazione del suddetto modello organizzativo a livello di singolo dipartimento offre l'opportunità di rafforzarne la dimensione gestionale, coagulando le attenzioni e i contributi attorno a un cambiamento radicale (nella gestione del personale e delle risorse fisiche, nella convergenza di comportamenti professionali) che diventa possibile e assume significatività professionale, gestionale ed economica solo in un'ottica dipartimentale, con un consenso e un contributo multiprofessionale e multispecialistico all'attuazione

<sup>34</sup> Alcuni dei casi menzionati sono indagati in dettaglio nel capitolo di Barbieri, Lega e Villa presente in questo Rapporto OASI.

di progetti «speciali» – dai contenuti «straordinari» – pilotati dalla squadra di direzione del dipartimento, che così si legittima e rafforza ulteriormente la propria posizione.

2. *L'emergere di reti multiospedaliere (Cfr. Lega 2003)* – La moderna assistenza ospedaliera non può prescindere da logiche di rete. Per rendersene conto basta ricordare due aspetti. Innanzitutto il progresso scientifico e la progressiva specializzazione nel trattamento di casi complessi e rari, che richiedono una maggiore concentrazione della casistica per raggiungere la *critical mass* minima per garantire la qualità professionale e l'ammortamento economico dell'investimento. Da ciò consegue la necessità di coordinare le scelte di investimento su bacini ampi di potenziali pazienti e di attivare reti tra ospedali che si appoggiano al medesimo polo specialistico. In secondo luogo, l'innovazione tecnologica procede a ritmi sempre più serrati, rendendo obsoleta già dopo poco tempo la strumentazione e caratterizzandosi per costi sempre crescenti. Ciò rende impossibile dotare ogni singolo ospedale di una tecnologia adeguata su tutte le branche mediche e richiede invece scelte selettive, investimenti concentrati e quindi concertati a livello di rete ospedaliera.

Costruire le reti risponde al bisogno di perseguire, al contempo, condizioni di migliore presa in carico dell'utente, di efficacia clinica, di sicurezza per i pazienti, di efficienza economica complessiva.

Nello specifico, con riferimento ai benefici attesi, i possibili impatti dell'organizzazione a rete per le strutture ospedaliere possono essere sintetizzati nelle seguenti tre affermazioni.

Primo, l'organizzazione a rete di più strutture ospedaliere offre a ciascuna rilevanti benefici in termini di razionalizzazione nell'utilizzo delle proprie risorse. L'assunto sottostante è che al crescere della dimensione della rete le economie di scala e know-how, più la messa in comune di alcune risorse unita alla focalizzazione sulla gestione delle restanti, dovrebbero garantire crescenti livelli di efficienza ed efficacia. Una precisazione è necessaria e si collega alla prospettiva di Williamson (1991), secondo la quale l'organizzazione a rete costituisce la risposta ai problemi cosiddetti di *first order economizing*, cioè di scelta della forma organizzativa di governo delle attività produttive più razionale ed efficiente. I successivi interventi di progettazione e *reengineering* dei meccanismi di funzionamento inter e intraorganizzativi, cioè dei contenuti della rete e della singola struttura in essa inserita, affrontano invece i problemi di *second order economizing*, vale a dire i problemi relativi al migliore utilizzo della forma organizzativa adottata. Da qui l'importanza di investire sui meccanismi operativi necessari per un corretto funzionamento dello specifico modello organizzativo di rete. Investimento che genera inizialmente un costo aggiuntivo, ma che nel medio periodo (tre-cinque anni), come dimostrano alcuni studi (HCAB 1995), determinano benefici economici in termini di risparmi conseguibili, talvolta stimati fino al 20 per cento dei costi complessivi di una struttura ospedaliera.

Secondo, l'organizzazione a rete di più strutture ospedaliere favorisce l'identificazione di una propria vocazione (o il recupero della vocazione originaria) e determina benefici da specializzazione istituzionale (Del Vecchio 2003).

Il concetto sottostante questa seconda affermazione è riconducibile a più assunti:

- da un lato, come già accennato nel punto precedente, la focalizzazione su specifici ambiti di intervento dovrebbe consentire agli ospedali di acquisire/sviluppare una specifica competenza distintiva collegabile alle economie di know-how e di scala e che produce maggiore efficienza ed efficacia operativa. In questo caso, il posizionamento delle strutture rispetto alla frontiera della tecnologia e delle competenze più critiche viene svolto con l'identificazione, per esempio, di punti di concentrazione (ospedali/dipartimenti/unità operative/équipe) di tecnologie e competenze specialistiche che favoriscano, attivando un circolo virtuoso continuo nel tempo, il raggiungimento delle soglie critiche (*critical mass*), ulteriori economie di conoscenza e lo sfruttamento ottimale di economie di scala e scopo;
- dall'altro lato, quando la rete è costituita da strutture ospedaliere altrimenti in competizione tra loro in quanto geograficamente contigue (per esempio, su un territorio urbano/metropolitano/provinciale), un secondo vantaggio è ascrivibile al conseguente contenimento del livello della pressione concorrenziale e dei costi organizzativi e di sistema che questa comporta<sup>35</sup>;
- inoltre, la rete può diventare anche lo strumento con cui aumentare la capacità attrattiva di ciascuna struttura, sia attraverso la condivisione del «marchio di eccellenza» o della reputazione che una delle strutture coinvolte può fornire a tutta la rete (si pensi al caso dell'ospedale polo universitario o comunque di alta specializzazione), sia con la «costruzione» di un marchio di rete tra ospedali senza una storia precedente di eccellenza (strategie simili a quelle dei «marchi commerciali»), sia attraverso anche l'ampliamento dei punti di contatto con il potenziale utente, che può accedere ai servizi di una specifica struttura attraverso uno qualsiasi dei diversi partecipanti alla rete (logiche queste che sottostanno spesso alle politiche di rete portate avanti dal settore privato).

Terzo, l'organizzazione a rete è potenzialmente in grado di favorire una maggiore qualità e continuità dell'assistenza. Anche questa affermazione richiede l'esplici-

<sup>35</sup> Ovviamente i benefici sono osservati dalla prospettiva delle aziende incluse nella rete. Al contrario il contesto istituzionale e sociale potrebbe favorire alti livelli di concorrenza per stimolare le strutture ad aumentare i propri gradi di efficienza ed efficacia. In ogni caso occorre osservare che anche nel caso di una rete locale «monopolista» la competizione non viene meno del tutto, dato che quella extralocale rimane viva (ed è rilevante in sanità al crescere della severità e specializzazione richiesta dal problema del paziente).

tazione di un assunto di fondo, che aiuta a comprendere il concetto di qualità qui inteso secondo due accezioni:

- qualità come efficacia clinica, cioè capacità di dare risposta al bisogno di salute in maniera appropriata, integrata e razionale;
- qualità come soddisfazione dell'assistito, che percepisce una maggiore tutela della sua salute.

Tale assunto è il seguente: la costituzione di reti, sia verticali<sup>36</sup> sia orizzontali<sup>37</sup>, consente la riprogettazione e integrazione coordinata dei processi produttivi sanitari, attraverso la definizione all'interno della stessa rete sia di profili diagnostico-terapeutici condivisi e dall'efficacia provata, sia di possibili percorsi organizzativi utilizzabili dal paziente/assistito nel fruire dei servizi richiesti. Il paziente/assistito diventa così il perno centrale nella riorganizzazione produttiva, attuata nella rete secondo il principio dell'univocità del progetto assistenziale, del percorso di fruizione e della presa in carico a parità di problemi di salute. La rete, soprattutto nell'accezione verticale comprensiva di strutture sia ospedaliere sia territoriali, consente quindi di coniugare l'obiettivo di tutela olistica della «salute» del cittadino con le scelte di focalizzazione delle diverse strutture sulle aree di produzione in cui sono in grado di eccellere.

Per conseguire alcuni dei benefici sopra richiamati le aziende possono fare riferimento ad alcuni modelli organizzativi di rete sintetizzabili come segue.

*a. Organizzazione in rete*, assimilabile a un rete di influenze, che si caratterizza per una ricerca dell'integrazione organizzativa tra gli stabilimenti ospedalieri o tra le singole specialità/professionisti basata sul coordinamento di tipo tecnico-scientifico. Tale coordinamento, tuttavia, non determina modifiche strutturali sulle vocazioni produttive e sullo schema organizzativo di ciascun ospedale; in altre parole, la gestione in rete si realizza con il coordinamento dei protocolli o percorsi

<sup>36</sup> L'integrazione verticale riguarda le relazioni tra i diversi livelli di assistenza in cui si articola la risposta al bisogno di salute: un primo livello, quello dell'assistenza di base (anche a domicilio), un secondo livello, cioè della specialistica extraospedaliera e degli ospedali con specialità di base, un terzo livello, quello degli ospedali con specialità intermedie, un quarto livello, degli ospedali di alta specializzazione con cliniche universitarie e centri di ricerca, a cui si aggiungono i livelli finali della riabilitazione e dell'assistenza a lungo termine in strutture residenziali.

<sup>37</sup> L'integrazione orizzontale rappresenta la messa in rete di attori e strutture appartenenti al medesimo livello assistenziale – medici, ambulatori, ospedali ecc. – allo scopo di ridurre i costi di erogazione dei servizi. Da un punto di vista istituzionale, le reti orizzontali, in generale, si dovrebbero formare secondo due criteri (Guzzanti 1997):

- quello «territoriale», mirato a posizionare le reti per rispondere alle esigenze della popolazione in termini di sua concentrazione o dispersione geografica, fluttuazione nel tempo e nelle stagioni, accessibilità ai servizi espressa in termini di distanza e di tempi di percorrenza;
- quello «medico-specialistico» finalizzato a garantire la corrispondenza tra domanda di prestazioni espressa dalla popolazione e tipologia, quantità e caratteristiche dell'offerta.

diagnostico-terapeutici, senza interventi di riconfigurazione dell'offerta (mix e volumi di produzione di ciascun ospedale in rete rimangono invariati).

Si tratta quindi di una rete tra professionisti, basata sullo scambio e riposizionamento reciproco delle competenze.

Le conoscenze, le capacità e le esperienze dei gruppi e dei singoli costituiscono un elemento fondamentale del patrimonio delle singole strutture, ma è proprio la rete che può meglio valorizzarle. Esse infatti possono trovare nelle varie strutture di cui la rete si compone la casistica per affinare le proprie competenze, le collaborazioni professionali più idonee a particolari condizioni cliniche ecc.

Focalizzandosi esclusivamente sul coordinamento tecnico-scientifico, questa forma di rete assume significato e si può concretizzare principalmente intervenendo:

- tramite la costituzione di appositi organismi (tavoli tecnici, team di lavoro ecc.) che fungano da collanti della rete in quanto ambiti in cui si sviluppa il coordinamento tecnico-scientifico tra diverse specialità/professionalità<sup>38</sup>;
- attraverso il movimento dei professionisti, che vedono di volta in volta valorizzate le proprie competenze nelle diverse strutture di cui la rete si compone.

In tale senso, sono da sviluppare esperienze e prassi che prevedano, per esempio, il lavoro di una determinata équipe su due o tre ospedali nell'arco della settimana (modello del «pendolo»), oppure la creazione di reti professionali che di fatto costituiscono «équipe virtuali», diffuse tra le diverse strutture della rete ma che, condividendo esperienze e conoscenze comuni, possono utilmente riaggregarsi qualora ve ne fosse la necessità. Al contempo, questa condivisione a livello di rete delle competenze professionali può essere occasione e strumento per mettere in comune le competenze individuali, renderle patrimonio dell'intero sistema, attraverso un confronto più organico sui protocolli e sui percorsi adottati nelle diverse strutture, anche al fine di analizzare ed eventualmente ridurre le variazioni che spesso connotano l'assistenza sanitaria.

*b. Organizzazione a rete*, che può assumere la duplice veste di organizzazione verticale per perno/raggi (cosiddetto *hub vs. spokes* o a raggiera), assimilabile al modello di rete a centro di gravità unico, o orizzontale per poli/antenne (*hubs & spokes*), assimilabile a una rete paritetica. In entrambi i casi, oltre al coordinamento tecnico-scientifico, gli ospedali organizzati a rete sono soggetti a una riconfigurazione della propria offerta.

Nello specifico, nel primo modello, quello detto *hub vs. spokes* (perno vs. raggi) viene individuata una struttura di riferimento specializzata o centro di eccellenza, come perno centrale della rete. Le altre strutture, cioè i raggi, svolgono invece una funzione di presidio sul territorio e di assistenza e cura per le

<sup>38</sup> Sul tema si veda il precedente par. 15.2 in cui si è discusso approfonditamente dell'esperienza delle AV toscane.

situazioni che non presentano complessità o criticità particolarmente elevate. Esiste quindi una gerarchizzazione delle strutture in base alle loro competenze e vocazioni specialistiche. Una logica di riconfigurazione dell'offerta che risponde alla strategia di separazione delle procedure complesse da quelle semplici e routinarie: o si confermano e formalizzano le situazioni preesistenti di differenziazione di vocazione già marcata tra le strutture della rete (per esempio, tra un ospedale sede delle chirurgie e medicine specialistiche e altri ospedali più di comunità), o una delle strutture assume un vocazione «generalista» di medio-alta specialità sviluppando di conseguenza i regimi assistenziali coerenti (ambulatorio di secondo livello, DH/DS, ricovero, emergenza ecc.), centralizzando le grandi tecnologie, e demandando alle restanti strutture il compito di antenne ambulatoriali di primo livello, di primo intervento (pronto soccorso) e di ricovero della casistica più semplice<sup>39</sup>. Questo peraltro sembrerebbe il modello assunto a riferimento dal ministero della Salute italiano laddove propone nell'ambito del PSN 2002-2004 il progetto «Ridisegnare la rete ospedaliera e i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali» che vede i piccoli e medi ospedali generali trasformati in centri distrettuali di salute con collegamenti rapidi con gli ospedali di riferimento provinciale e regionale che svolgono attività da centro di eccellenza. Tale «gerarchizzazione» può ovviamente funzionare anche su più livelli.

Il secondo modello, «poli e antenne», a differenza del precedente non perviene a identificare un ospedale che sia perno di alta complessità per la rete rispetto a tutte le discipline o patologie, ma per ciascuna di esse individua un'unità operativa che svolge la funzione di polo. In altre parole, l'ospedale «A» potrà essere polo per una (o per più di una) certa disciplina o patologia, l'ospedale «B» per una seconda disciplina o patologia, e così via. Questo modello permette, tra le altre cose, di valorizzare la presenza, su uno stesso territorio, di strutture che hanno vocazioni specialistiche originarie diverse (ci sono casi interessanti di queste logiche nei Centre Hospitalier Régional Universitaire – CHRU – francesi).

Tra gli aspetti critici comuni ai precedenti schemi organizzativi si può osservare come il loro funzionamento a regime presupponga un minimo di mobilità del personale medico, soprattutto dei neoassunti, che dovranno svolgere, anche se per breve tempo, periodi di formazione in diverse UO e stabilimenti, al fine di acquisire le competenze per crescere professionalmente e per aspirare a percorsi di carriera che contemplino il passaggio verso strutture a maggiore complessità (evitando la cristallizzazione di un sistema tra UO, «di serie B e di serie A»). Un'attenta politica di rotazione del personale tra polo e centro periferico si rende in questo caso necessaria per stimolare la produttività ed evitare pericolo-

<sup>39</sup> Proprio ispirandosi a queste logiche l'Emilia Romagna sembrerebbe aver definito le proprie reti del tipo *hub & spokes*, così come similmente si stanno orientando le AV toscane e già operano alcuni gruppi ospedalieri privati (tra cui per esempio, il gruppo Humanitas).

se sensazioni di declassamento legate a una lunga permanenza del personale nel centro periferico. Più in generale il punto critico di questi modelli consiste nell'accettazione dei due livelli di offerta che si vengono a creare, quello del perno/polo e quello del raggio/antenna, i quali possono essere percepiti dai medici e dal resto del personale (infermieri, tecnici ecc.) come una prima classe o seconda classe di appartenenza, dando luogo a conseguenti dinamiche motivanti o demotivanti. Pertanto, l'implementazione di questa soluzione potrebbe riuscire più facile laddove già esiste un principio di differenziazione della casistica trattata in virtù della natura degli stabilimenti/presidi (di piccola, media o grande dimensione, attrezzati o meno, con pronto soccorso o senza ecc.). Le precedenti problematiche mettono bene in luce il collegamento che vi è tra il tema delle reti e le questioni organizzativa e strategica.

Infine, riprendendo quanto già detto in apertura di questo contributo in merito all'esperienza delle AV della Regione Toscana, un'auspicabile importante dimensione di intervento riguarda l'istituzione di una «cabina di regia» della rete e cioè di un tavolo o comitato che divenga il luogo in cui sono prese le decisioni collegiali in termini di volumi e allocazione dei posti letto per specialità, programmazione del *case mix*, investimenti in tecnologie, eventuali contratti con il privato. Tale cabina di regia può essere rafforzata dallo sviluppo di appositi sistemi informativi direzionali di rete a supporto delle attività di programmazione e valutazione.

Collegata a questa «cabina di regia», sempre a livello di rete, è possibile ipotizzare l'istituzione di consorzi, associazioni o altre figure giuridiche a cui sono affidate la responsabilità relative agli acquisti, alla logistica, alla formazione ecc. I possibili vantaggi di tali strutture riguardano le economie di scala che potrebbero conseguire, il maggiore potere contrattuale nei confronti dei fornitori, la delega a enti specializzati di funzioni che gli ospedali della rete sentono come accessorie e non centrali nelle proprie attività di assistenza. Si tratta di logiche simili a quelle sviluppate, secondo forme diverse e comunque sempre tra aziende sanitarie pubbliche, in diverse regioni italiane, tra le quali l'Emilia Romagna, il Piemonte, la Toscana ecc. (cfr. Del Vecchio 2003).

*3. Gli agenti del cambiamento* – Come si evince dalle brevi riflessioni di cui sopra, di possibili «cantieri» o «laboratori sperimentali» da aprire ve ne sono molti per le aziende sanitarie. Tuttavia, all'abbondanza di progetti corrisponde:

- una debole predisposizione culturale nelle aziende a lavorare secondo logiche di *project management*;
- una relativa scarsità di «capi cantiere», di *project manager* capaci di coordinare e guidare il cambiamento, assumendosi proattivamente la responsabilità di conseguire i risultati attesi.

La prima riflessione si collega, da un lato, all'ormai storico problema della cul-

tura della forma opposta a quella del risultato, dall'altro, all'evidenza che le aziende e le direzioni aziendali che sono riuscite a impostare un *modus operandi* basato sull'individuazione di responsabilità di progetto, collegate a logiche di controllo adeguate (predisposizione di piani di lavoro temporizzati, momenti di coordinamento e verifica per fasi di avanzamento ecc.), sono riuscite a conseguire una velocità di cambiamento maggiore. Scardinare la cultura della responsabilità funzionale e di forma, limitata al proprio ambito di appartenenza organizzativa, è un presupposto chiave per produrre cambiamento. Ciò richiede di attribuire responsabilità su procedure, processi o progetti complessi, evidenziando la differenza tra risultato e adempimento e costruendo anche una «struttura parallela» fatta di gruppi di progetto responsabilizzati sull'affrontare problemi trasversali<sup>40</sup>. Una struttura parallela che deve essere ufficializzata e sostenuta dalla direzione aziendale, attraverso un'agenda di monitoraggio sistematico (riunioni periodiche con la direzione, *report* stati di avanzamento ecc.) e un'esposizione al controllo sociale (momenti di socializzazione organizzativa ed esterna del lavoro dei gruppi, dei risultati raggiunti) che induca e motivi i gruppi di lavoro ad attivarsi e lavorare con continuità. Gruppi che prevedano il coinvolgimento della squadra dirigente di ogni livello organizzativo (direzioni, dipartimento o distretto ecc.) a seconda dei problemi affrontati e dei «progetti speciali» attivati.

La seconda riflessione si collega invece all'assenza diffusa di professionalità e di ruoli adeguati per gestire i «cantieri» aziendali, di operatori che sappiano supportare operativamente la dirigenza di *line* nei gruppi di lavoro. Si fa riferimento all'idea di una direzione operativa e di manager delle *operations* aziendali, che svolgano una funzione di «mastini» del cambiamento in quanto responsabilizzati sulla gestione operativa dei progetti, sulla loro conduzione sul campo in affianco ai dirigenti della *line*. Per esempio, questa è la scelta operata oggi da alcune aziende sanitarie che affiancano ai direttori di dipartimento un responsabile dei servizi sanitari con il compito di portare avanti i «progetti speciali» del dipartimento. Una funzione, un ruolo e una professionalità che supportino le direzioni delle articolazioni organizzative nelle questioni più complesse relative all'identificazione degli sviluppi strategici (stesura di piani di sviluppo organizzativo, *business plan* per nuovi investimenti ecc.), alla reingegnerizzazione dei processi organizzativi e clinici (gestione liste di attesa, rapporti tra dipartimenti, progetti di governo clinico, riassetto logistici ecc.) e in quelle più semplici di gestione dei piccoli problemi quotidiani (presidio delle manutenzioni, relazioni con i servizi centrali per l'approvvigionamento ecc.). Una funzione solo in parte riconducibile alle competenze storicamente attribuite alle direzioni mediche e direzioni sanitarie, che richiede *skills* gestionali che non sempre sono parte del curriculum formativo dei medici di organizzazione

<sup>40</sup> Per affrontare problemi complessi le organizzazioni tendono a dotarsi di gruppi di lavoro *ad hoc* (gruppi di progetto) che vanno a costituire una sorta di struttura parallela.

sanitaria e soprattutto un approccio culturale di ruolo al «servizio» dei clinici opposto a quello tradizionale di supervisione. In ogni caso, di fronte alla crisi emergente di ruolo delle direzioni mediche e dei medici di organizzazione sanitaria, si tratta di un'opportunità molto interessante per ridefinirne i contenuti e una posizione strategica per la gestione del cambiamento organizzativo<sup>41</sup>. Senza i «mastini» viene a mancare la cinghia di trasmissione tra le politiche e strategie concordate a livello di vertice o nei vari *meeting of minds* decentrati e l'operazionalizzazione sul campo di tali scelte attraverso progetti e gruppi di lavoro focalizzati: il cambiamento avviene quindi più lentamente e con uno sforzo organizzativo generalmente centrato (appoggiato) sull'attribuzione agli staff aziendali delle responsabilità di conduzione dei progetti e gruppi di lavoro che finisce per snaturarne i compiti, per rallentarne lo sviluppo delle funzioni di pertinenza e per provocare talvolta un sovraccarico strategico<sup>42</sup> (Rebora e Meneguzzo 1990) che porta al collasso e all'inerzia organizzativa.

### 15.5 L'ineffabile complessità del mestiere del manager dell'azienda sanitaria pubblica

L'essenza della strategia sta nel scegliere che cosa non fare.

M. Porter

I have long suspected that running even the most complicated corporation must be a child's play compared to managing almost any hospital (health organization).

H. Mintzberg

Più volte nel corso del capitolo si è citato come le aziende sanitarie siano chiamate a trovare un equilibrio complesso tra varie aspettative: politiche, professionali, sociali e istituzionali.

Un equilibrio che si è definito come «sostenibile» in quanto non vi è una dimensione dominante rispetto alle altre, quanto al massimo una prevalente a cui il manager dell'azienda sanitaria deve dedicare più attenzione rispetto alle altre pur senza dare l'impressione di trascurarle eccessivamente.

<sup>41</sup> In questa prospettiva il convegno AMDO dell'anno scorso e una sessione organizzata dai medici di direzione sanitaria presso Expo-sanità (Bologna) di quest'anno avevano proprio come oggetto il tema del futuro e del ruolo delle direzioni mediche di presidio ospedaliero.

<sup>42</sup> Si genera un sovraccarico strategico quando avviene l'attivazione contemporanea di un numero eccessivo di progetti di cambiamento che la direzione o il gruppo dirigente non sono in grado di controllare e di portare avanti con la sistematicità che l'organizzazione si attende. In questa situazione si tendono a perdere di vista le priorità di intervento e si delegittima l'azione di cambiamento in quanto non sufficientemente sostenuta. Ciò genera disimpegno da parte delle persone nei confronti di un cambiamento non più credibile o sminuito nell'importanza percepita (e comunicata).

In questa prospettiva il management aziendale si trova nella difficile situazione di dover valutare quanto e quale cambiamento è tollerabile nel e dal sistema e quali compensazioni o bilanciamenti sono possibili rispetto alle varie aspettative e pressioni. O, in altre parole, quanta parte delle aspettative si può ignorare a fronte dell'esigenza di mantenere il sistema in una condizione di equilibrio soddisfacente per tutte (o per la maggioranza) delle parti. Ciò implica, per esempio, che spetta al singolo manager comprendere e decidere se sia il caso o meno di perseguire fino in fondo le politiche e gli obiettivi posti dal sistema istituzionale piuttosto che da quello politico, a scapito di quello sociale e professionale, oppure se sia meglio (e se sia accettabile dalla regione) raggiungere solo una quota parte degli obiettivi dichiarati per mantenere nel complesso il sistema aziendale e sociale in relativa «pace» (soddisfacendo così implicitamente anche gli interessi politici e di riflesso istituzionali). In un certo senso, come detto da Michael Porter, «l'essenza della strategia sta nello scegliere che cosa non fare».

Questa situazione, che differenzia profondamente il manager pubblico, e in particolare il manager di un'azienda sanitaria, da qualsiasi altro manager, implica le seguenti condizioni di operatività:

- l'importanza di attivare internamente processi di allineamento delle premesse decisionali, durante i quali la direzione condivide con il suo gruppo-squadra dirigente le sue percezioni-intenzioni rispetto ai contenuti dell'equilibrio sostenibile da perseguire, di modo da chiarire le priorità di intervento e le relative ragioni (punto questo discusso nel precedente par. 15.2);
- la capacità da parte della direzione aziendale, e in particolare del direttore generale, di agire secondo logiche di management intuitivo (Agor 1984; 1989; Andersen 1989) laddove si trova a fronteggiare spesso problemi complicati in tempi che non permettono una decisione assistita da dati o fatti (e che comunque, secondo la tesi del management intuitivo, porterebbero a decisioni forse più razionali, ma meno sostenibili...)<sup>43</sup>. Una buona prassi per un direttore generale è quella di richiedere sul problema il parere dei collaboratori più competenti, riservandosi comunque il compito di prendere l'ultima decisione, soprattutto quando ha ripercussioni verso l'esterno dell'azienda. Il management intuitivo diventa quindi fondamentale, per percepire i gradi di tolleranza del sistema interno ed esterno di fronte a un cambiamento importante e per prevenire o gestire le inevitabili «triangolazioni» che si producono

<sup>43</sup> Condizioni tipiche che richiedono l'esercizio dell'intuito nei processi decisionali sono:

- problemi senza precedenti cui fare riferimento e con molte possibili soluzioni;
- situazioni con pochi dati;
- *problem solving* o *brainstorming sessions*;
- pianificazioni strategiche;
- problemi di gestione del personale (assunzioni, promozioni, riposizionamenti ecc.).

e l'esercizio «democratico» del dissenso dall'interno. Due condizioni peculiari del contesto sanitario pubblico, dove i clinici:

- fanno spesso parte di reti politiche e professionali che permettono loro di retroagire sulle direzioni aziendali dall'esterno contro o per influenzare decisioni prese da queste;
- sono anche implicitamente autorizzati dal sistema esterno (e godono di interessi convergenti nei media) a criticare pubblicamente l'operato della direzione, quasi fosse una funzione dovuta a «garanzia» del sistema stesso (che tuttavia si presta spesso a strumentalizzazioni) e una prova della democraticità di aziende che si confrontano internamente alla ricerca del bene dei cittadini (spesso invece «vittime» inconsapevoli di *turf-wars*, guerre di territorio, professionali);
- la necessità di attivare un *meeting of minds* anche tra la direzione aziendale e i riferimenti istituzionali e politici, in modo da stringere un «patto di sistema» che chiarisca a grandi linee il grado di negoziabilità che hanno le politiche e gli obiettivi posti in capo all'azienda. In altre parole, fino a che punto e quali elementi tra quelli esplicitati nel mandato possono essere disattesi (o devono essere prioritariamente perseguiti) nella ricerca di un equilibrio generale del sistema. Ovviamente il livello di esplicitazione dello spazio di negoziabilità non sarà mai completo, rimarranno angoli in ombra su cui la direzione aziendale dovrà applicare le proprie capacità di intuizione. Tuttavia questo punto richiama un paradosso che sta lentamente emergendo nel sistema: da un lato la direzione delle aziende sanitarie si trova a operare in un contesto in cui è aumentata la pressione a misurare e a rendere conto – anche in tempi molto brevi, su base annua – di quanto fatto, dall'altro è implicito che la valutazione dell'operato del manager dovrà basarsi non solo sulla misurazione del suo tasso di attuazione delle politiche e degli obiettivi esplicitati, quanto sulla sua capacità di raggiungere equilibri ritenuti soddisfacenti<sup>44</sup>. Questa «fallacia» dei sistemi esterni di misurazione delle performance, che ricondurrebbe a una razionalità improbabile l'operato di una direzione aziendale, deve essere esplicitata e condivisa internamente con il gruppo-squadra dirigente, di modo che vi sia una chiave interpretativa comune con cui leggere possibili disallineamenti dal dettato normativo-istituzionale prodotti dalla ricerca di condizioni di equilibrio facilitanti il cambiamento. E questo punto riporta ancora una volta l'attenzione sull'importanza di generare un *meeting of minds* iniziale, ma anche un suo aggiornamento continuo, in quanto il controllo strategico comincia proprio con una verifica della validità dei presupposti su cui si sono fondati e si fondano ancora i processi decisionali aziendali. Mutamenti nel contesto esterno e interno potrebbero produrre mutamenti nelle premesse decisionali e quindi un bisogno di riallineare la comprensione di cosa occorre fare e con quali priorità.

<sup>44</sup> Si veda sul tema Del Vecchio (2001).

Per concludere, la solitudine e complessità decisionale del manager dell'azienda sanitaria è una condizione strutturale e un portato della complessità dell'ambiente in cui opera l'azienda, che richiede di fronte al cambiamento l'assunzione intuitiva di decisioni. Tuttavia, tali intuizioni possono essere alimentate e testate in processi collegiali di condivisione, dove si allargano gli orizzonti e le prospettive con cui leggere i fenomeni e si costruisce l'allineamento delle premesse strategiche su cui definire e fondare il cambiamento atteso. Tali processi sono anche il presupposto operativo per traghettare il gruppo dirigenziale verso l'idea di squadra e per porre le basi per una gestione per progetti che supporti e dia continuità al cambiamento.

### Bibliografia

- Adinolfi P. (2001), «L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, n. 37.
- Agor W.H. (1984), *Intuitive Management: Integrating Left and Right Brain Management Skills*, Prentice Hall.
- Agor W.H. (1989), *Intuition in Organization: Leading and Managing Productively*, Prentice Hall.
- Andersen R. (1989), «Intuitive Management», *Leadership Abstracts*, novembre, vol. 2, n. 18.
- Borgonovi E. (1996; 2004), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Cagli V. (2003), *La medicina: una «malata» difficile*, Catanzaro, Rubettino.
- Cohen M., March J. (1974), *Leadership and Ambiguity*, New York, McGraw-Hill.
- Cohen M., March J., Olsen J. (1972), «A Garbage Can Model of Organizational Choice», *Administrative Science Quarterly*, n. 17, pp. 1-25.
- Cosmi L., Del Vecchio M. (a cura di) (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, n. 46, pp. 9-24.
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, n. 33.
- Guzzanti E. (1997), «L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia: considerazioni e proposte», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, vol. 1, n. 1.
- HCAB (1995), *Network Advantage*, Washington, Advisory Board.
- Jick T.D. (1993), *Managing Change: Cases and Concepts*, Boston, Irwin.

- Lave J., Wenger E. (1991), *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, University of Cambridge Press.
- Lega F. (2003), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione*, Milano, Egea.
- Lega F. (2003), «Orientare all'innovazione l'ospedale: aspetti strategici, organizzativi e gestionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Lewin K. (1951), *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*, New York, Harper.
- Lindblom C.E. (1959), «The Science of Muddling Through», *Public Administration Review*, n. 2.
- Meyer J.W., Rowan B. (1977), «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», *American Journal of Sociology*, n. 83, pp. 340-363.
- Mintzberg H. (1979), *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice Hall; trad. it. *Le strutture organizzative*, Bologna, Il Mulino, 1985.
- Mintzberg, H. (1983), *Structuring in Fives: Designing Effective Organization*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Rebora R., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, Utet.
- Schelling T. (1960), *The Strategy of Conflict*, Harvard University Press.
- Scott R.W. (1981; 2002), *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Prentice Hall.
- Senge P.M. (1990), *The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization*, Londra, Random House.
- Weick K. (1969; 1979), *The Social Psychology of Organizing*, II ed., Reading, Addison-Wesley.
- Williamson O. (1991), «Strategizing, Economizing and Economic Organization», *Strategic Management Journal*, vol. 12, pp. 75-94.