

Professioni sanitarie / 54

I lettori che desiderano
informazioni sui volumi
pubblicati dalla casa editrice
possono rivolgersi direttamente a:

Carocci editore
via Sardegna 50,
00187 Roma,
telefono 06 42 81 84 17,
fax 06 42 74 79 31

Visitateci sul nostro sito Internet:
<http://www.carocci.it>

Roberto Vaccani

Riprogettare la sanità

Modelli di analisi e sviluppo

Carocci Faber

1ª edizione, giugno 2012
© copyright 2012 by Carocci editore S.p.A., Roma

Editing e impaginazione
Fregi e Majuscole, Torino

Finito di stampare nel giugno 2012
da EuroLit, Roma

ISBN 978-88-7466-618-8

Riproduzione vietata ai sensi di legge
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,
è vietato riprodurre questo volume
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,
compresa la fotocopia, anche per uso interno
o didattico.

Indice

Prefazione 11

di *Fulvio Moirano*

Parte prima. Leggere l'impianto organizzativo nel suo insieme

1 Un approccio di analisi sistemica per la diagnosi e la riprogettazione organizzativa 13

- 1.1. Premessa 13
- 1.2. Confusione sul concetto di organizzazione 16
- 1.3. Una visione sistemica dell'organizzazione 16
- 1.4. Struttura di base 23
- 1.5. Sistemi operativi 30
 - 1.5.1. Storia e sviluppo dei sistemi operativi
 - 1.5.2. Opportunità e limiti dei sistemi operativi
- 1.6. Processi sociali 38
- 1.7. Legami di reciproca influenza 45
- 1.8. L'analisi sistemica come strumento di diagnosi organizzativa 47
- 1.9. Alternative di progetto di intervento e cambiamento organizzativo (cambiare l'organizzazione oppure organizzare il cambiamento?) 55
 - 1.9.1. Cambiamento per discontinuità
 - 1.9.2. Cambiamento incrementale
 - 1.9.3. L'età della fretta
 - 1.9.4. I tempi del glicine (una favola)
- 1.10. Tipologie organizzative e riferimenti di analisi sistemica 64
 - 1.10.1. Sistema organizzativo chiuso (carceri, esercito in tempo di pace, direzioni generali di multinazionali in regime di oligopolio)
 - 1.10.2. Sistema organizzativo paternalistico (molte imprese padronali)
 - 1.10.3. Sistema burocratico (apparati pubblici in genere, regioni province, grandi comuni, escluse le istituzioni scolastiche e quelle

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- sanitarie) 1.10.4. Sistema tecnocratico/efficientista (organizzazioni aziendali ad alta efficienza) 1.10.5. Sistema organizzativo socioculturale (movimenti d'opinione, partiti nascenti)
- 1.11. Esperienze 71
 - Le esperienze toscane di ospedali per intensità di cura 75 di *Francesco Bellomo*
 - Il caso Cuneo 86 di *Fulvio Moirano*
 - Il caso di unificazione istituzionale e organizzativa di tre ASL 93 di *Fulvio Moirano*

2 Come integrare la complessità 103

- 2.1. Dividere e congiungere 103
- 2.2. Livello di incertezza che il sistema deve amministrare 105
 - 2.2.1. Potenzialità di incertezza/imprevedibilità legata agli input
 - 2.2.2. Potenzialità d'incertezza/imprevedibilità legata allo sviluppo e cambiamento dei processi lavorativi
 - 2.2.3. Potenzialità d'incertezza/imprevedibilità legata agli output
- 2.3. Livello di pluralità e diversificazione dei beni/servizi prodotti 108
- 2.4. Livello di interdipendenza necessario a raggiungere i risultati organizzativi 109
 - 2.4.1. Interdipendenza generica
 - 2.4.2. Interdipendenza sequenziale
 - 2.4.3. Interdipendenza reciproca
 - 2.4.4. Interdipendenza di gruppo
- 2.5. Livello di discrezionalità decisoria decentrata indotto dai beni/servizi prodotti 111
- 2.6. Dimensione organizzativa 113
- 2.7. I processi d'integrazione 114
- 2.8. Strumenti d'integrazione organizzativa 114
 - 2.8.1. La gerarchia
 - 2.8.2. Le procedure
 - 2.8.3. Le funzioni integranti
 - 2.8.4. I ruoli di coordinamento
 - 2.8.5. I momenti collegiali di integrazione
 - 2.8.6. La direzione per obiettivi-piani-programmi
- 2.9. La composizione degli strumenti di integrazione 122
- 2.10. L'integrazione in ambito sanitario: aree critiche 123

3 Come progettare la complessità: piani di lavoro e direzione per obiettivi 127

- 3.1. La metodologia dei piani di lavoro 127
- 3.2. Il piano di lavoro 130
- 3.3. Obiettivi generali 131

- 3.4. Sottobiettivi risultato 133
- 3.5. La definizione delle azioni utili a perseguire i sottobiettivi risultato 135
- 3.6. Condizioni organizzative all'interno delle quali avvengono le azioni 135
- 3.7. Definizione di indicatori concreti di verifica dei risultati 137
- 3.8. Le resistenze 141
- 3.9. Esperienze 143
L'ASL di Desenzano: un caso di riorganizzazione concreta di divisioni ospedaliere 143
di *Rossella Goglioni*

Parte seconda. Formazione permanente di sistema

- 4 La formazione nel sistema sociosanitario: obbligo culturale o ragione organizzativa? 167**
 - 4.1. La funzione formativa nelle organizzazioni: la legittimità conquistata 167
 - 4.2. Bisogni, domande, offerte di formazione: un difficile accordo 168
 - 4.3. Precondizioni organizzative per fare formazione 173
 - 4.4. Le diverse tipologie formative 175
 - 4.5. I fabbisogni formativi in sanità 182
 - 4.6. Limiti oggettivi della formazione, tra bisogni organizzativi e bisogni formativi 186
 - 4.7. Un approccio logico all'analisi dei bisogni 191
 - 4.8. I limiti soggettivi della formazione, le frontiere della personalità 196
 - 4.9. Sviluppo professionale e sviluppo organizzativo 203
 - 4.10. Esperienze 206
L'esperienza toscana per la trasferibilità della formazione nelle attività di prevenzione 207
di *Paola Mageschi e Fabio Capezzuoli*
L'esperienza di Trieste: l'assistenza infermieristica territoriale 231
di *Maila Mislej*
Nascita di un servizio interaziendale per la diagnosi e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori 251
di *Maila Mislej*

5	La centralità di governo e la personalità dei dirigenti	261
5.1.	Il “pluspotere” direzionale	261
5.2.	Distinzione tra competenze e attitudini	265
5.3.	Un modello di classificazione delle attitudini individuali	267
	5.3.1. Quadranti del processo decisionale 5.3.2. Quadranti attitudinali desunti dalle aree funzionali cerebrali	
5.4.	Esperienze	276
	Il caso della selezione attitudinale dei direttori generali – Regione Friuli Venezia Giulia	276
	di <i>Lionello Barbina</i>	
	L’esperienza della valutazione attitudinale dei direttori generali – Regione Puglia	288
	di <i>Roberto Vaccani</i>	
6	Il sistema premiante	301
6.1.	Che cos’è un sistema premiante?	301
6.2.	Tipologie di sistemi premianti e loro azione	302
6.3.	Il sistema premiante aziendale	304
6.4.	Differenziazione etica dei sistemi premianti	306
6.5.	Differenziazione settoriale dei sistemi premianti	313
6.6.	Che cosa premiare, con che cosa premiare	315
6.7.	Logiche e tecnologie premianti alternative	320
6.8.	Riflessioni critiche sul sistema premiante e i comportamenti indotti da esso nelle aziende sanitarie	324
6.9.	Esperienze	334
	Caso-testimonianza: intervista a un direttore generale di aziende sanitarie regionali e nazionali	334
	risponde <i>Fulvio Moirano</i>	
	Note	343
	Bibliografia	347

Prefazione

Quando incontrai Roberto Vaccani al Corso di gestione e organizzazione sanitaria all'Università Bocconi di Milano, eravamo nel 1983 e il modulo che lui teneva era uno dei più seguiti e coinvolgenti. Mi colpì allora soprattutto l'apparente contraddizione tra il suo stile di conduzione d'aula dissacrante e pirotecnico e il rigore metodologico dell'analisi organizzativa che era alla base del suo insegnamento. Alcuni dei concetti che allora mi indussero a riflettere, rapportandoli alla mia esperienza lavorativa di quel tempo in Direzione sanitaria, sono in questo libro ripresi, rivisitati, aggiornati e implementati.

Dopo quell'incontro del 1983 durante le due giornate del corso non vidi più Roberto Vaccani fino al 2007. Lessi però tutta o quasi tutta la sua produzione scientifica nel campo dell'organizzazione sanitaria e sulle dinamiche interne ed esterne all'organizzazione, in particolare le tematiche riguardanti i sistemi premianti e le resistenze al cambiamento. Così mi parve naturale chiamare Roberto Vaccani quando mi trovai, appunto all'inizio del 2007, in qualità di direttore generale di ASL a dovere accorpare tre aziende sanitarie. Ristabilimmo una proficua relazione, come se il tempo non fosse passato, in occasione di una giornata di formazione rivolta "agli abitanti dell'organizzazione" finalizzata a far loro comprendere i rischi ma anche le opportunità del cambiamento che era in corso.

Dopo quel 2007 abbiamo avuto modo di rivederci più volte, alcune delle quali descritte nel libro e in particolare abbiamo avuto una lunga frequentazione per la selezione degli aspiranti direttori generali della Regione Puglia, io come direttore AGENAS e lui come esperto scelto dall'assessorato pugliese. Un tale processo selettivo, quasi unico in Italia, era finalizzato a identificare i candidati valutando le loro competenze ed esperienze e, per mezzo della metodologia proposta da Vaccani, anche stimando le attitudini dei candidati. La metodologia applicata e i modelli adottati sono descritti in modo puntuale in questo libro.

Questa selezione si basava proprio sulla ricerca di individui orientati per attitudine a gestire la complessità delle Aziende sanitarie e, se qualcuno nutrisse ancora dubbi sulla complessità dell'organizzazione sanitaria, la lettura attenta del libro di Roberto Vaccani *Sanità al bivio#Riprogettare la sanità?* lo indurrebbe a ricredersi. È un lavoro, quello che l'autore compie, di notevole pregio e spessore, che non ha molti pari nella manualistica disponibile, almeno per la capacità di coniugare teoria e pratica, per lo sforzo non comune di portare all'evidenza, nella trattazione dei casi concreti, gli approfondimenti nelle diverse tematiche.

Come capire e riprogettare l'organizzazione, con quali premesse approcciarsi a un contesto difficile, diagnosticarne i lati oscuri e riportare alla luce la vitalità nell'articolato rapporto tra istituzione, istituto e istituiti, tenendo in debito conto le reciproche influenze? Una questione spinosa, soprattutto in campo sanitario, dove i cambiamenti organizzativi possono trovare ostacoli quasi insormontabili a causa della rigidità degli impianti.

Il lavoro di Vaccani si dipana attraverso un percorso in sei tappe – con una disamina puntuale dei diversi momenti della vita di un'organizzazione – partendo dalla lettura dell'impianto organizzativo per giungere al sistema premiante, passando attraverso l'integrazione della complessità, la progettazione della complessità, la formazione permanente di sistema, la centralità di governo e la personalità dei dirigenti.

Interessante l'approccio all'analisi sistemica di un'organizzazione nella quale, a mano a mano che aumenta la complessità, cresce l'importanza dei legami tra le parti e la necessità di andare alle “cause remote” per trovare la risposta ai problemi. Si prende atto della crisi del vecchio archetipo aziendale delle organizzazioni, consolidate in sistemi prevalentemente centrati sulla divisione e sulla frantumazione monodisciplinari delle strutture e regolati da norme, procedure, protocolli, che favorivano la gerarchizzazione dei rapporti, e ci si apre a una visione di tipo orizzontale e trasversale. Un nuovo contesto nel quale si fa strada la domanda di flessibilità da parte di sistemi, come quello sanitario, che non possono essere costretti in ambiti soffocanti, caratterizzati da eccessiva proceduralizzazione e standardizzazione e inseguiti dalle richieste di una reportistica che rischia di trasformarsi da strumento in finalità.

Le organizzazioni complesse si prestano poi a lasciare un certo spazio ai cosiddetti “processi sociali di compensazione” che, a un livello fisiologico, possono essere utili e offrire stimoli positivi al contesto, impedendo che si scivoli in burocratismi e formalismi, fenomeni che preparano un terreno favorevole a processi di rifiuto anche diffuso.

Come gestire il cambiamento? Gli approcci sono differenti e dipendono dal livello di “compromissione” dell’organizzazione; lo scritto di Vaccani passa in rassegna sia interventi di netta discontinuità, utili nei casi più gravi di inefficienza organizzativa o nei casi favorevoli di edificazione *ex novo* di strutture sanitarie complesse, sia modelli di cambiamento incrementali, che si prefiggono aggiustamenti o riorientamenti organizzativi, quando occorre invece giocare sulla motivazione e sul rinforzo delle opportunità, quindi sulla partecipazione e sulla massima condivisione da parte delle comunità aziendali.

In quanto tempo deve essere portata a termine una riorganizzazione aziendale? Difficile rispondere. *Natura non facit saltum*, si potrebbe dire ricordando che i cambiamenti hanno i loro tempi, devono poter attecchire, radicare nelle convinzioni delle popolazioni aziendali; la fretta, mai come in questi casi può essere cattiva consigliera e traghettare il sistema verso «gattopardeschi processi sociali di cambiamento», mentre, per dirla ancora con l’autore, c’è bisogno «dei tempi, della cura, della costanza e della passione poste [...] [per produrre] un’ampolla di aceto balsamico», ossia per generare cambiamenti irreversibili e produttivi.

Altamente complessa è l’opera di orchestrazione dei cambiamenti nel contesto sanitario, che rappresenta un ambiente lavorativo fortemente discrezionale, proprio perché gli operatori, in questo caso, svolgono un’attività di frontiera: qui l’orientamento al cambiamento può essere ottenuto solo proponendo stili di governo negoziali e autorevoli, che ottengano l’adesione convinta dei collaboratori cui viene riconosciuta un’adeguata autonomia operativa.

Più è elevata la complessità, maggiore è anche l’articolazione degli strumenti di integrazione cui si deve ricorrere. Allora i sistemi sanitari richiedono un alto grado di motivazione dei dipendenti, in termini di sviluppo di competenze, sistema premiante, motivazione e clima sociale per scongiurare disaffezione e rifiuto. Ruoli di coordinamento, correttamente impostati e momenti collegiali di integrazione come il lavoro di gruppo e le riunioni sono esempi di integrazione, ma una realtà complessa può indurre, a un certo punto, a spostare il baricentro dell’azienda dal controllo degli atti alla valutazione dei risultati. Cioè passare da una logica culturale di governo prescrittivo di atti lavorativi a una logica di direzione per obiettivi cui dovrebbero adattarsi l’intera configurazione organizzativa e l’antropologia culturale dell’azienda. Il funzionamento per obiettivi dovrebbe favorire la nascita di un protagonismo responsabile proattivo.

Un tale processo richiede tempo, insieme a costanza negoziale. Ma anche visione strategica, capacità di prevedere, di giocare d'anticipo definendo strumenti come i piani di lavoro per riuscire a mantenere visibili le azioni in rapporto con gli obiettivi concreti e poi stabilire indicatori concreti per la verifica dei risultati. Una metodologia che si scontra, certamente, con l'estemporaneità di governo delle organizzazioni, dove persiste una cultura che ancora antepone i bisogni degli istituenti a quelli degli utenti, che premia garantismo e deresponsabilizzazione in luogo del protagonismo responsabile.

In un quadro così variegato e in continua evoluzione ha conquistato la sua legittimità – e non poteva essere altrimenti – l'azione formativa, soprattutto nel contesto della sanità che pone l'attenzione sulle persone, veri elementi critici su cui occorre agire. In un sistema complesso come quello sanitario, si intrecciano professionalità multiple, all'interno di una continua evoluzione dei bisogni sociosanitari della popolazione. Il fatto che le organizzazioni sanitarie sono prevalentemente organizzazioni di persone più che di struttura o di tecnologia è evidenziato dalla fitta rete delle relazioni interpersonali e sociali che testimonia l'importanza degli stili di comportamento e di comunicazione e il loro legame con le competenze gestionali e clinico/assistenziali. La formazione specialistica e gestionale potrebbe/dovrebbe essere un formidabile strumento per favorire e accompagnare il processo di cambiamento organizzativo. Dovrebbe essere funzionale e pertinente con i fini dell'organizzazione, scopo che si ottiene con l'attenta analisi dei bisogni, e con la centratura sulla trasferibilità lavorativa; mentre, di fatto, però essa è frequentemente intesa fine a sé stessa, utilizzata come strumento unicamente premiante, proposta in una veste di trattazione compensatoria rispetto a cambiamenti organizzativi inattuati. Tali approcci formativi assorbono notevoli risorse economiche, chiudono l'attività nella sola claustrofobia delle aule di formazione, pagano una visione autoreferenziale dei formatori e spesso ottengono il solo risultato di legittimare i soggetti fornitori.

Il libro si conclude con un approfondito esame del sistema premiante: in realtà più sistemi, in dialettica e competizione tra di loro, cui sono sottoposti gli individui. È un argomento, quello dei sistemi premianti, interessante e utile per integrare e orientare gli individui rispetto alle finalità organizzative. Che cosa si può premiare? Come premiare? Chi premiare? Qui si entra nella logica delle categorie dell'avere e dell'essere, a seconda che si dia più importanza all'aspetto espositivo e quantitativo o a quello autorealizzante e motivante, che trova soddisfazione nell'at-

tenzione alla dignità psicofisica, ai “climi”, alla qualità della prestazione lavorativa. Certo, i sistemi premianti devono essere costruiti in modo tale da mantenere gli individui in linea con ciò che l’organizzazione aziendale chiede loro, mentre talvolta sembrano contraddittori rispetto al fine. Spesso manca una chiara missione organizzativa e ciò lascia spazio ai diversi gruppi di potere che tendono a gestire l’organizzazione per loro scopi particolari. Saranno la determinazione, l’autonomia, quindi l’autorevolezza della direzione generale a consentire all’organizzazione di superare l’*impasse*.

Come si può comprendere, il volume di Roberto Vaccani offre non pochi spunti di riflessione intorno a questioni aperte in una sanità in continua evoluzione: un settore per il quale “trovarsi al bivio” **#ok, anche se il titolo non è Sanità al bivio, come scritto sopra?** è cosa di tutti i giorni, nel senso che si è posti spesso di fronte alla necessità di assumere decisioni che provocano ripercussioni sull’assetto organizzativo e richiedono doti non comuni di lungimiranza, ma anche di equilibrio e di fermezza. Ragionare sugli aspetti teorici dell’organizzazione, confrontarsi con una casistica nata da chi vive in trincea e con la propria opera trova soluzioni ai problemi di un mondo che cambia in continuazione, offre modelli da adottare nei casi concreti, ma anche un supporto psicologico per giocare fino in fondo il proprio ruolo nei mutevoli contesti in cui si opera.

Il lettore che si confronta con questo scritto apprende che, arrivati a un certo punto dell’evoluzione funzionale e organizzativa di una struttura, la sua classe dirigente più perspicace deve saper guardare il passato e vedere il futuro. Deve saper selezionare le esperienze nel loro divenire, individuando quelle da concludere e quelle da avviare o continuare, con l’obiettivo di ricavare dalle azioni (anche sbagliate) e dai risultati (anche non raggiunti) il raccolto più ricco. Vi sono processi organizzativi spontanei che nascono e si sviluppano al di fuori, o parallelamente, rispetto a quelli normati. Questi processi, che potremmo definire istintivi, sono a loro volta portatori impersonali di una dottrina organizzativa che, in maniera più o meno diretta, impatta con quella istituzionale. Subentrerà allora un meccanismo di pesatura valoriale che metterà a confronto i due processi, selezionando quello (tutto intero, parti di esso o parti di entrambi) più rispondente alle esigenze della struttura.

In contesti come questo, chi ha responsabilità gestionali deve avere un approccio globale e scevro da pregiudizi, deve saper stimare il valore aggiunto dei processi organizzativi spontanei alla luce del già codificato,

RIPROGETTARE LA SANITÀ

e selezionare gli innesti. La trattazione dei modelli organizzativi mediante l'utilizzo di termini come "attori organizzativi" o "recita" mira a suscitare nel lettore operatore immagini chiare ed esplicative di come l'agire nell'ambito di organizzazioni umane significa confrontarsi con processi sociali che necessitano di espressioni comportamentali le quali devono essere supportate da un'adeguata coreografia che funga essa stessa (sebbene limitatamente) da induttore pedagogico.

Con un riferimento ultimo chiaro e ineludibile: il cittadino-utente.

FULVIO MOIRANO

Direttore AGENAS (Agenzia nazionale della sanità)



Parte prima

Leggere l'impianto organizzativo nel suo insieme





1

Un approccio di analisi sistemica per la diagnosi e la riprogettazione organizzativa

1.1. Premessa

L'edizione del 1991 della pubblicazione *La sanità incompiuta* (dalla quale prende le mosse e lo spunto per un cospicuo aggiornamento questo nuovo progetto editoriale) esordiva con questa provocazione: «Un'organizzazione idiota tende a “produrre” e premiare individui idioti, i quali, a loro volta, cercheranno di riprodurre l'organizzazione idiota che li ha generati e premiati». Varrebbe anche la provocazione opposta, nel caso in cui si parlasse di “un'organizzazione intelligente generatrice di individui intelligenti ecc.”. Le precedenti affermazioni, discutibili nella loro genericità, forniscono un'immagine provocatoria ed essenziale degli stretti legami esistenti tra gli individui e il costrutto organizzativo lavorativo che li circonda.

Se è vero che l'*istituente* (colui o coloro che hanno il potere discrezionale di edificare o modificare l'impianto organizzativo) è, teoricamente, il protagonista e responsabile primo del funzionamento positivo o negativo dell'organizzazione, è anche vero che l'*istituto* (l'impianto organizzativo e le sue regole) e gli *istituiti* (la popolazione organizzativa indotta ad aderire alle direttive e alle regole dell'organizzazione) nel tempo possono esercitare una discreta influenza sugli istituenti.

In un'organizzazione padronale di piccola dimensione, gestita con un modello familistico, l'istituente (imprenditore) può esercitare il massimo del protagonismo. In un'organizzazione di medie dimensioni, nella quale l'istituente è obbligato ad attribuire ampi spazi di delega di discrezionalità agli istituiti, la cultura e i comportamenti sociali medi degli istituiti hanno discreta incidenza protagonista. In un'organizzazione di notevoli dimensioni, ricca di ruoli, sedi diversificate, normative e procedure, l'impianto organizzativo impersonale (l'istituto) esercita una notevole influenza su istituenti e istituiti.

In un'organizzazione di enorme dimensione e complessità qual è l'organizzazione sanitaria pubblica italiana, convivono una dentro l'altra, come scatole cinesi, tutte le esemplificazioni precedentemente citate. Si aggiunga la peculiarità delle istituzioni sanitarie pubbliche, che vedono l'istituente primo (il legislatore), lontano nel tempo e nello spazio dalle concrete dinamiche organizzative, e gli istituenti regionali (presidenti di Regione, assessori e direttori generali) più transitori nell'incarico degli istituti appartenenti all'apparato. Tali condizioni contribuiscono a rendere difficili e complessi i cambiamenti organizzativi, alle prese con l'inerzia storica degli istituti (impianti) e degli istituiti (popolazioni organizzative) che a essi si sono adattati.

Il contesto organizzativo è costantemente in pervasiva dialettica con gli individui che lo abitano, rappresenta una sorta di *induttore pedagogico* che parla con il linguaggio non verbale del suo impianto, della sua specifica articolazione di ruoli e potere, degli stili di comando, della distribuzione delle risorse, delle procedure di lavoro, delle regole del sistema premiante ecc.

I contesti organizzativi rappresentano una sorta d'interlocutori muti, ma altamente influenzanti le prassi e le culture, attraverso il linguaggio non verbale delle loro architetture e delle regole che li governano. Ogni specifico contesto aziendale rappresenta una pedagogia implicita che entra omeopaticamente con la sua presenza quotidiana nei pori della cultura aziendale. I legami e i rapporti causa/effetto tra i dati oggettivi, le regole di contesto e gli individui sono più importanti dei singoli fattori in gioco.

È tuttavia facile constatare come comunemente viene operata un'eccessiva separazione concettuale, e di conseguenza operativa, tra individui e organizzazione, quasi che il fenomeno organizzativo e il fenomeno sociale fossero territori distinti da esplorare e progettare indipendentemente l'uno dall'altro.

Avviene così che la lettura dei legami di reciprocità, delle interdipendenze e delle connessioni socio-organizzative – di importanza fondamentale per comprendere e riprogettare i sistemi organizzativi – viene trascurata o esclusa, di fatto, a favore di letture settoriali e parziali che tendono a enfatizzare o solo il fenomeno strutturale (istituto) o solo il fenomeno sociale (istituiti) o solo il fenomeno psicologico-comportamentale attribuibile agli stili di leadership degli istituenti.

Dietro il sipario delle affermazioni di principio, mutate da altri contesti aziendali privati e industriali, che sostengono la necessità di una lettura sistemica dell'organizzazione contro una lettura frantumata e a compartimenti stagni, la prassi d'azione di una buona parte degli interventi orga-

nizzativi che hanno per oggetto il sistema sanitario pubblico dimostra la parzialità e la settorialità degli approcci.

Per conferire chiarezza all'analisi di un tale sistema, appare utile proporre un modello di lettura concettuale generale in grado di dare ordine alla complessità senza semplificarla, di contemplare tutte le più significative variabili in gioco e di mettere a fuoco i più rilevanti rapporti causa/effetto tra le variabili stesse. Un modello di diagnosi e riprogettazione sistemica in grado di suggerire interventi di riprogettazione sistemica.

1.2. Confusione sul concetto di organizzazione

Il significato attribuito al termine organizzazione è abbandonato alle più svariate interpretazioni.

La scarsa diffusione culturale di competenze manageriali, e in genere l'eterogeneità d'esperienza di chi dirige le aziende nostrane, contribuiscono non poco al caos interpretativo in tema di organizzazione.

La gente comune intende spesso l'organizzazione in termini di attività, di processo più che di entità, confonde cioè l'organizzazione con l'organizzarsi. Secondo questa rappresentazione concettuale l'organizzazione consisterebbe nell'attività coordinata e intenzionale di chi si prefigge un compito da assolvere, indipendentemente dalla presenza o no di un impianto organizzativo.

Questa concezione organizzativa poco si discosta da quella di alcuni imprenditori/gestori (istituenti) di organizzazioni di piccole dimensioni, che non scindono concettualmente sé stessi e le loro azioni dall'organizzazione che conducono. Per costoro l'organizzazione non è un'entità autonoma, ma rappresenta il loro modo di organizzarsi.

Condividendo questa analisi si può comprendere la ragione delle ferree resistenze di questa tipologia di attori organizzativi, di fronte alla proposta di minimi cambiamenti, in quanto sono vissuti come cambiamenti diretti a loro, in qualità di soggetti, non già all'impianto organizzativo.

Gli "abitanti" (istituiti) di molti sistemi organizzativi percepiscono l'organizzazione come qualche cosa di separato da loro stessi, come un'entità, un costrutto immodificabile o modificabile solo da chi abita i piani più alti dei palazzi direzionali (istituenti). In linea con tale interpretazione non intraprendono alcuna azione generativa di cambiamento organizzativo anche quando sarebbe possibile e concesso.

Molti attori delle istituzioni vivono spesso le loro organizzazioni come qualcosa di estremamente esterno alla loro volontà, oppure di estrema-

mente interno, secondo l'occorrenza. Per costoro è possibile appellarsi alle procedure e alle normative ostentate come dogmi (**fare gli#comportarsi da?#** istituiti), oppure con altrettanta facilità, e in caso di convenienza, derogare completamente a esse diventando istituenti con garanzia della "assoluzione" fornita nei "corridoi" dell'informalità organizzativa.

Per alcuni manager, troppo presi dal ruolo, l'organizzazione è invece molto spesso un affascinante e raffinato congegno architettonico e procedurale che permette loro il controllo di cose e persone, da far funzionare con efficienza e con maggior successo di altri. Per questi ultimi il fatturato, la quantità di produzione, l'estensione del mercato perdono il loro reale significato socioeconomico per diventare traguardi di un gioco competitivo nel quale a maggiori risultati quantitativi raggiunti, corrisponderebbe la più alta classificazione di qualità.

Queste sono alcune delle interpretazioni correnti del concetto di organizzazione.

Preso visione di questa realtà, credo sia opportuno un chiarimento preliminare, se non altro per convenzione, sul concetto di organizzazione.

1.3. Una visione sistemica dell'organizzazione

In primo luogo è bene chiarire che l'*approccio sistemico* non può essere posto in antitesi con il più tradizionale *approccio analitico*. Essi si completano a vicenda. L'approccio analitico, rivolto all'analisi particolare dei singoli fattori componenti l'organizzazione o dei sottosistemi organizzativi, punta alla disaggregazione dettagliata degli elementi per una comprensione più puntuale. L'approccio sistemico è teso alla comprensione generale e complessiva di campi conoscitivi plurifattoriali e delle relazioni tra gli elementi che li compongono, e si avvale di categorie d'analisi generali, in grado di cogliere i fenomeni essenziali nel loro complesso. Un tale approccio, per cogliere il tutto, prende le distanze dai dettagli analitici.

Questi due metodi di indagine sono quindi complementari; come complementari sono le operazioni di analisi e di sintesi, di differenziazione e di integrazione; l'approccio analitico sta alla parte come l'approccio sistemico sta al tutto.

Un esempio clinico di approccio sistemico è rappresentato, ad esempio, dall'approccio della medicina generale, mentre molte specializzazioni cliniche adottano funzionalmente un approccio analitico.

Fra le molte definizioni di sistema che non siano troppo generiche,

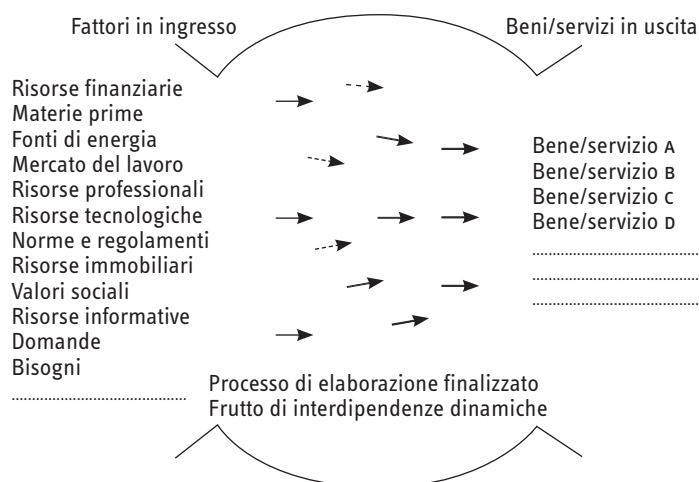
tanto da divenire astratte, né troppo specifiche, così da rendere limitato il campo di utilizzo, la seguente mi sembra la più adeguata: «Si intende un sistema come l'insieme di elementi tra loro legati da un rapporto di interdipendenza dinamica e organizzati per il raggiungimento di uno scopo». Questa definizione si presta all'analisi dei più diversi sistemi, dal sistema individuo a quello familiare, sociale, aziendale, ecologico ecc. I modelli sistemici, in generale?, hanno la caratteristica della relatività: non solo si prestano all'analisi di sistemi tra loro molto diversi, ma si adattano anche all'analisi di sottosistemi interni al sistema dato. Facciamo alcuni esempi: con l'analisi sistemica non solo si può analizzare il sistema "individuo/ambiente", ma anche il sottosistema "endocrino" o il sottosistema "cellula". Ancora, con l'analisi sistemica si può analizzare il sistema "azienda", ma anche il sottosistema "funzione amministrativa" o ancora, il sottosistema "reparto" o "ufficio". Questa caratteristica di relatività fa dell'analisi sistemica uno strumento affascinante e pericoloso insieme. Affascinante perché multigodibile, pericoloso perché spesso troppo rassicurante e intrusivo, a volte restio a passare il testimone all'approccio analitico. Resta il fatto che l'approccio sistemico, applicato a realtà complesse, agevola una visione globale e ordinata dei fenomeni, aiuta a cogliere i nessi esistenti tra gli elementi del sistema e tra il sistema e il proprio contesto.

Veniamo ora al quadro teorico adattando direttamente l'analisi sistemica alle realtà organizzative. Si pensi di racchiudere in un perimetro logico e ideale il sistema organizzativo di riferimento (intera azienda, una fusione aziendale, un ufficio, un reparto, un processo produttivo ecc.) e di aprire in questo perimetro ideale due "porte", una d'accesso (input) e una di uscita (output) (cfr. fig. 1.1).

Da questa raffigurazione ideale discende un primo assunto, secondo il quale ogni sistema organizzativo esprime un grado (più o meno alto) di "apertura" e interazione rispetto al contesto esterno di appartenenza.

Questa caratteristica di apertura del sistema organizzativo si manifesta concretamente attraverso due flussi: un flusso di entrata, caratterizzato da fattori in ingresso al sistema organizzativo (input), uno in uscita, caratterizzato dai beni o/e servizi in uscita (output).

Il grado di apertura di un sistema organizzativo dipende in buona parte dal numero e dalla diversificazione qualitativa dei beni/servizi in uscita e dal grado di concorrenzialità che caratterizza il mercato specifico: un sistema organizzativo che produce pochi beni/servizi qualitativamente omogenei in termini di tecnologia, professionalità e risorse impiegate sarà

Figura 1.1. Processo sistemico

più semplice e chiuso rispetto a sistemi organizzativi che hanno un output caratterizzato da pluralità di beni/servizi eterogenei in termini di tecnologia, professionalità e risorse impegnate.

Non è azzardato affermare che i contesti sanitari complessi costituiscono un insuperabile esempio di sistemi organizzativi aperti a pluralità di beni/servizi altamente differenziati in termini di tecnologia, prassi professionali e tipologie di risorse implicate.

I sistemi organizzativi in regime di monopolio o di oligopolio, godendo di notevole forza dovuta alla mancanza di alternative concorrenziali, possono limitare la loro apertura rispondendo solo in parte alle richieste di mercato. I sistemi organizzativi in regime di concorrenza sono spinti ad aprirsi alla maggior parte delle richieste quali-quantitative di mercato, pena la loro emarginazione. Il sistema sanitario italiano, un tempo in condizioni di relativo monopolio localistico dovuto alla limitata mobilità sociale sul territorio, ora è abbondantemente in condizioni di concorrenza: l'attuale notevole mobilità territoriale mostra fenomeni eclatanti di migrazione interregionale, alla ricerca di aziende sanitarie più aperte alla quali-quantità delle prestazioni richieste.

È evidente che un sistema organizzativo in condizioni di relativa chiusura può influenzare il contesto esterno più che esserne influenzato.

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

Diversamente, più un sistema organizzativo è aperto e più è saggia la criticità derivante dalla dialettica con il suo contesto di riferimento.

La tipologia dei beni/servizi prodotti da un'organizzazione rappresenta la variabile più indipendente, alla quale il resto del sistema si deve adattare: sono i fattori in ingresso che si devono mettere in coerenza (nella loro qualità, quantità e importanza) con la peculiarità dei beni/servizi prodotti da una specifica organizzazione e non viceversa. L'importanza e il peso ponderale dei fattori in ingresso di un'organizzazione sono decretati dalla specifica caratteristica dei suoi prodotti in uscita, e le caratteristiche quali-quantitative dei fattori in ingresso e dei prodotti e/o servizi in uscita dipendono dalla specificità del sistema organizzativo preso in esame.

Ad esempio, in un'industria chimica il fattore in ingresso "materie prime" avrà un livello di importanza notevolmente più rilevante rispetto a quello che potrebbe assumere in un sistema aziendale di servizi socio-assistenziali, nel quale assumono una forte rilevanza i fattori in ingresso della competenza e dei tratti di personalità degli operatori. Così come in un sistema bancario tradizionale costituito da reti di agenzie sul territorio, dove affluisce la clientela, il fattore in ingresso "edifici e immobili" è importante, mentre in un'azienda finanziaria che vede i suoi consulenti visitare i clienti presso il loro domicilio l'importanza degli immobili aziendali è ridotta; semmai i fattori in ingresso significativi saranno rappresentati dalla "flotta" di automezzi aziendali e dalle capacità commerciali degli agenti.

Come si può dedurre dalla figura 1.1, i fattori in ingresso, come del resto i beni o servizi in uscita, possono avere caratteristiche sia materiali (ad esempio materie prime), che immateriali (ad esempio valori sociali e culturali). Un sistema organizzativo che, oltre a produrre beni fisici, eroga consulenza e servizi logistici ai clienti, accanto ai beni materiali fornisce servizi immateriali.

I sistemi organizzativi sono in continua interazione con il contesto che li circonda, sono da esso influenzati e tendono a influenzarlo. Da questa visione di organizzazione come sistema aperto traspare la relatività del modello organizzativo. È ormai sepolta la chimera irrealistica delle teorie classiche dell'organizzazione (taylorismo) tese a formulare modelli con la "m" maiuscola che fungessero da riferimento generale per diversi tipi di organizzazione.

La realtà empirica della storia organizzativa ci dice (e il modello sistemico ci aiuta a esserne consapevoli) che i modelli organizzativi si sono

sviluppati come risultato della dialettica peculiare tra sistema organizzativo specifico e il proprio peculiare contesto di appartenenza.

Non esistono “ricette” organizzative generalizzabili, ma esistono modelli che aiutano a costruire organizzazioni su misura e congruenti alle caratteristiche specifiche dei loro prodotti e del loro contesto.

Tornando al concetto di apertura del sistema organizzativo, è possibile definire l'impianto di una determinata organizzazione come la formula organizzativa che permette di controllare, fronteggiare, influenzare al meglio i fattori in ingresso, amministrandoli e modificandoli adeguatamente all'interno del sistema, al fine di raggiungere gli scopi che lo stesso sistema si prefigge e che si concretizzano nei suoi beni/servizi.

Da questa prima analisi scaturisce anche un ammonimento in termini di diagnosi organizzativa. Può essere rischioso e fuorviante analizzare un modello organizzativo in sé e per sé, come se il costruito organizzativo fosse un fine. I sistemi organizzativi costituiscono un mezzo, delle formule di gioco costituite da strutture, regole e persone che assumono una configurazione particolare, in continua tensione di presidio, concreto e coerente, delle diverse criticità dei fattori in ingresso (complessità di governo) e dei beni/servizi in uscita (complessità di produzione/erogazione).

Queste affermazioni possono apparire ovvie e più legate al buon senso comune che a sofisticati ragionamenti organizzativi, eppure i processi concreti di direzione di grosse aziende sembrano ostili a tali ovvietà e risultano spesso più centrati sull'organizzazione in sé e sulla sua inerzia d'azione che sul presidio dell'evoluzione degli output e degli input corrispondenti. Le direzioni aziendali deputate a garantire la previsione, il controllo e l'influenzamento dei fattori in ingresso, dei beni/servizi in uscita e delle loro criticità hanno più volte dimostrato scarsa efficacia in questa funzione di presidio di frontiera tra contesto e sistema organizzativo.

Si pensi, ad esempio, ai seguenti fattori in ingresso: fonti di energia, tecnologia elettronica, valore sociale attribuito all'autorità. La criticità dovuta all'evoluzione delle fonti energetiche, poco prevista e fronteggiata, ha costretto molte organizzazioni a ridimensionamenti tardivi a volte drammatici. La nascita e la rapida evoluzione del fattore in ingresso “tecnologia elettronica”, poco governato, hanno contemplato “rimbalzi” organizzativi traumatici, che hanno indotto discontinuità e difficili ristrutturazioni organizzative; la sottovalutazione del mutato valore antropologico attribuito al principio di autorità (e alle figure sociali deputate a interpretarlo: genitori, educatori, capi), frutto delle diffuse criticità sociali

dei contesti industriali degli anni sessanta, ha contribuito non poco alla crisi di molti stili di comando prescrittivo, che avevano bisogno di un forte puntello di accettazione culturale per il loro esercizio.

Tornando ai principi dell'analisi sistemica è possibile ripetere che qualsiasi diagnosi o riprogettazione di impianto organizzativo non può prescindere dalla lettura dei legami di congruenza esistenti tra il sistema interno organizzativo e la qualità, quantità e criticità stimata dei beni/servizi in uscita e dei relativi fattori in ingresso. Ma il mantenimento di coerenza "dalla pelle a fuori" dell'organizzazione tra l'input e l'output è esercitato da un particolare modello organizzativo "dalla pelle a dentro", che rappresenta il funzionamento interno dell'organizzazione. Di conseguenza, appare necessario dotarsi di un modello di riferimento per la lettura interna del sistema stesso.

Mentre per la lettura precedentemente citata del rapporto tra sistema e contesto gli esperti e gli studiosi di organizzazione sono generalmente concordi, sul modello di lettura interna del sistema esistono invece diverse ipotesi. Il problema centrale consiste nello scegliere categorie di analisi il più possibile analoghe alle caratteristiche essenziali del sistema in esame. Nella lettura interna all'organizzazione è facile scivolare dall'approccio sistemico a quello analitico e assumere categorie di analisi che inducono metafore organizzative di tipo meccanico o meccanicistico, molto più attente all'esame delle tante singole parti organizzative che ai legami tra grandi categorie di anatomia organizzativa.

A mio parere, gli schemi interpretativi di tipo meccanico o meccanicistico si adattano per analogie ai *sistemi semplici*, nei quali gli effetti anomali o distorti sono prevalentemente riconducibili a cause vicine agli effetti stessi e di natura simile, e le cause delle avarie evidenti sono riconducibili agli elementi avariati più che al rapporto con gli altri elementi di contorno. Un esempio di sistema ancora prevalentemente meccanico (anche se la componente elettronica sta aumentando il grado di complessità) è offerto da un autoveicolo, nel quale spesso gli effetti distorti provengono da cause vicine e di medesima natura dell'elemento che ha patito l'effetto: se si rilevano guai a una gomma, la causa è quasi sempre desumibile dalla gomma stessa e su di essa bisogna intervenire; se le valvole hanno un funzionamento difettoso è molto probabile che la rimozione della causa abbia per oggetto le valvole stesse; se la cinghia di trasmissione slitta si interviene, in genere, sostituendo la cinghia. È infrequente che un fattore di un sistema meccanico trasferisca pesantemente la sua anomalia su altri fattori di natura diversa.

Ma l'organizzazione è un sistema prevalentemente meccanico? A mio parere è più simile a un *sistema complesso* biologico, nel quale frequentemente i legami tra le parti assumono più importanza delle parti stesse, e dove gli effetti distorcenti (i sintomi) possono essere molto lontani dalle cause prime e possono rivelarsi di natura profondamente diversa da quella dell'elemento che ha denunciato il malfunzionamento.

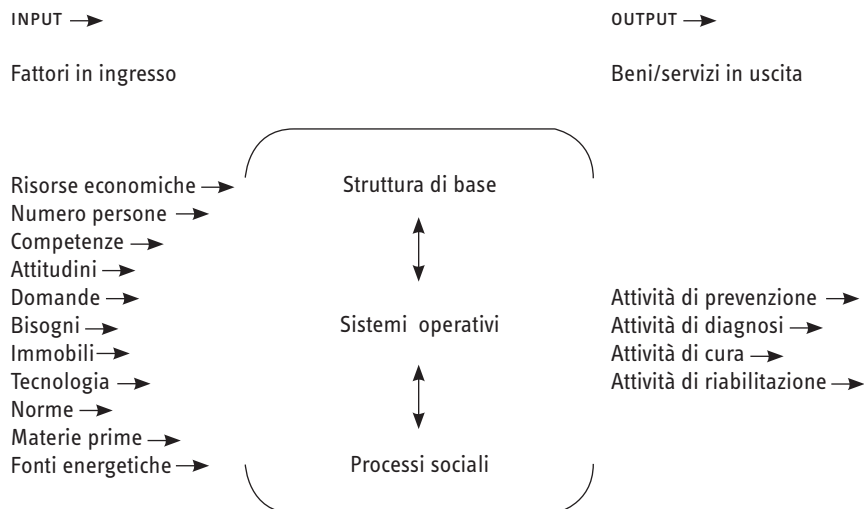
Facciamo un esempio con un classico sistema biologico: il corpo umano. Di fronte a un effetto come l'ulcera gastrica la causa può essere sia remota che di natura diversa da quella fisica. Supponiamo che il signor x, ulceroso, patisca di notevoli stati di ansia e tensione in una situazione lavorativa precaria e molto conflittuale, dovuta a un evento di fusione aziendale e a una conseguente condizione organizzativa di organico eccedente. La condizione di stress negativo originata dall'ambiente lavorativo provoca al signor x frequenti stati di ritentività neuromuscolare sia periferici che viscerali. La reiterazione nel tempo di tali fenomeni psicobiologici sfocia in gastrite e successivamente produce una sindrome ulcerosa.

Come si vede, una causa lontana, oggettiva e organizzativa (fusione aziendale) si è trasferita nella sfera soggettiva individuale, provocando stati di disadattamento psichico-ambientale che, a loro volta, hanno scatenato un effetto patologico di tipo fisico. In questo caso la patologia ulcerosa si presenta come sintomo finale di un complesso processo che non sarà probabilmente eliminabile nelle sue cause prime solo con un intervento sul sintomo, come una visione meccanicistica di certa medicina vorrebbe far credere, sguinzagliando chirurgo, gastroenterologo e farmacologo solo sul tubo digerente del povero signor x, spesso ignorando totalmente le cause ambientali e psicobiologiche che lo hanno patologizzato.

Come si vede, per leggere i fenomeni causa-effetto in un sistema bioanalogoico, è bene dotarsi di categorie di analisi che agevolino la lettura del rapporto e dei trasferimenti causa/effetto tra le parti, per poter meglio risalire alle ragioni dei fenomeni e farsi intrappolare il meno possibile dalla confusione tra sintomi e cause. Alcune categorie utili alla lettura interna del sistema organizzativo di tipo bioanalogoico ci vengono suggerite da Paul R. Lawrence e Jay W. Lorsch, i quali operano una distinzione "anatomica" delle grandi categorie costituenti un'organizzazione in tre classi omogenee d'analisi (cfr. fig. 1.2):

- la struttura di base;
- i sistemi operativi;
- i processi sociali.

Figura 1.2. #Inserire titolo#



1.4. Struttura di base

Per struttura di base si intende l'ossatura centrale, l'impianto portante dell'organizzazione. La struttura di base ha la funzione prioritaria di garantire la *stabilità funzionale* del sistema organizzativo; il livello di stabilità funzionale dipende dalla tipologia dei beni/servizi prodotti dal sistema o sottosistema organizzativo in esame. Se un sistema organizzativo produce un output stabile e ripetibile nel tempo, non esposto a significativi cambiamenti (ad esempio una funzione di amministrazione contabile o un'azienda che produce beni immutabili nel tempo), il livello di stabilità richiesta sarà alto e con esso sarà alta l'importanza e la relativa immodificabilità della struttura di base. Se, al contrario, un sistema o sottosistema organizzativo produce beni/servizi altamente personalizzati e mutabili nel tempo (ad esempio una funzione commerciale o un'azienda che lavora nel settore della moda), il livello di stabilità richiesta sarà basso e, per coerenza, dovrà essere alta la disponibilità a rimodellare la struttura di base in merito ai cambiamenti dell'output.

Rimane il fatto che un'eccessiva stabilità della struttura di base induce rigidità al sistema organizzativo, così come una bassa presenza e una ridotta stabilità della struttura di base inducono fenomeni aziendali di

destrutturazione e disordine. Per presidiare il concetto di stabilità, i fattori costituenti la struttura di base rappresentano elementi poco modificabili nel breve periodo, pena l'instabilità del sistema. Gli elementi più significativi che rientrano nella struttura di base sono:

1. la divisione gerarchica (organigramma);
2. la divisione di funzioni, mansioni, compiti, operazioni (funzionigramma, mansionario);
3. l'attribuzione ragionata degli spazi fisici e ambientali (layout, planimetria, ergonomia);
4. l'allocazione quali-quantitativa dell'organico (pianta organica);
5. l'attribuzione delle risorse impiantistico-tecnologiche;
6. l'attribuzione delle risorse economiche (budget);
7. il dimensionamento dei tempi lavorativi e di attività.

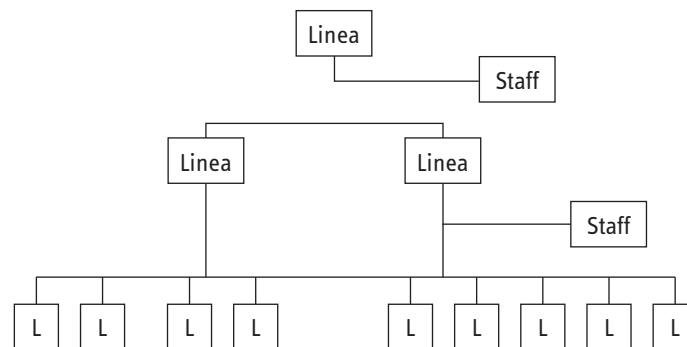
La *divisione gerarchica* stabilisce la linea del comando (chi comanda su chi) e rappresenta l'attribuzione di leadership istituzionale agli attori organizzativi che saranno chiamati a interpretarla: un potere istituzionale indipendente dalla caratura leaderistica personale degli attori. La divisione gerarchica e l'organigramma che ne è la sua espressione grafica ratificano e definiscono sia i diversi livelli deputati a prendere decisioni (la cosiddetta *line*, linea verticale) sia le posizioni di staff che non hanno diretta responsabilità decisionale, bensì responsabilità di elaborazione e/o supporto operativo alla linea gerarchica (cfr. fig. 1.3).

La linea definisce la responsabilità decisoria diretta sull'attività organizzativa. Gli staff hanno la responsabilità di elaborare e istruire dati utili alla linea per prendere decisioni (staff specialistici) o di supportare con attività più operative i ruoli di linea (staff segretariali).

La *divisione di funzioni, mansioni, compiti, operazioni* (funzionigramma, mansionario) qualifica, all'interno della divisione gerarchica, le missioni di enti e ruoli: si parla di *funzioni* riferendosi a mandati con ampia discrezionalità d'intento e d'azione relativi a posizioni alte d'organigramma. In ambiente sanitario, ad esempio, si parla di mandati funzionali quando ci si riferisce alle direzioni generali, alla direzione di presidio, alla direzione sanitaria, amministrativa, alla direzione del personale, dipartimentale, distrettuale e alle funzioni sanitarie e assistenziali a livello di responsabilità di divisione.

Si parla di *mansioni* per definire sottomandati interni ai mandati funzionali, inerenti livelli intermedi di organigramma: i mandati mansionali non hanno una politica d'azione propria, ma prendono ispirazione logica dalla funzione all'interno della quale si inscrivono. L'ufficio conta-

Figura 1.3. Esempio di organigramma



bilità di un ospedale non ha (o non dovrebbe avere) una propria politica, ma si ispira alla politica della funzione amministrativa. Così come il ruolo di caposala rispetto alla funzione primaria o divisionale.

La frontiera tra funzioni e mansioni demarca lo spartiacque tra mandati prevalentemente istituenti e mandati prevalentemente istituiti.

I mandati *compito* sono mandati ad ambito discrezionale ancora più ristretto, all'interno dei mandati mansionali. L'esecutività e i bassi margini di discrezionalità che caratterizzano i compiti spesso spingono a perdere di vista le finalità ultime del processo lavorativo.

I mandati *operazione* rappresentano un'ulteriore parcellizzazione del lavoro e richiedono massima esecutività e nessuna discrezionalità. Vedremo più avanti che i mandati compito e operazione, poiché tendono a centrarsi sugli atti più che sugli obiettivi, sono incongruenti con modelli di gestione della sanità ispirati a un funzionamento per piani, programmi e obiettivi. Essere centrati sugli atti o sugli obiettivi modifica radicalmente il proprio processo di lavoro: conoscere o meno il senso degli atti che si compiono cambia qualitativamente il modo di lavorare. Gli operatori OTA o ausiliari che fanno pulizia (compito) in un ambiente sanitario si comportano in modo diverso da medesimi operatori che attuano consapevolmente un piano di sanificazione (mansione/funzione) nello stesso ambiente sanitario.

La divisione gerarchica e quella delle funzioni rappresentano due dati di struttura di base altamente influenzanti l'andamento dell'organizza-

zione e delle sue prestazioni. Un'organizzazione sanitaria più gerarchizzata (più verticale) o meno gerarchizzata (più orizzontale), più centrata su funzioni e mansioni piuttosto che su compiti o operazioni si muove ed eroga prodotti e servizi in modo notevolmente diverso a parità qualitativa di attori in gioco.

Gli altri dati della struttura di base sono rappresentati dall'allocazione delle cosiddette "leve" gestionali (o macrorisorse) giostrando le quali si può reggere il timone di un'organizzazione. Si tratta dell'attribuzione/allocazione di:

- spazio fisico;
- organico;
- risorse tecnologiche;
- risorse economiche;
- risorsa tempo.

È intuitiva l'importanza dello *spazio fisico* nelle organizzazioni, ma perché l'allestimento di tale risorsa non venga eccessivamente delegato agli esperti disciplinari di turno (architetti), è utile rimarcare l'importanza preminente dei fattori di funzionalità ambientale organizzativa, prioritari rispetto alla seduttività estetica e alla sperimentazione di materiali costruttivi originali (aspetti molto considerati dagli esperti di discipline costruttive).

Gli ambienti fisici di un'organizzazione devono essere in primo luogo funzionali ai beni e servizi che vi si producono. Per tale ragione i primi coprogettisti ambientali sono gli individui che li dirigono (committenti) e che ci lavorano (operatori), i quali conoscono nel dettaglio le necessità architettoniche ed ergonomiche legate all'attività concreta.

Sulla distribuzione planimetrica degli ambienti lavorativi si gioca anche buona parte del sistema di comunicazioni aziendali. L'allestimento dello spazio fisico rappresenta anche la mappa delle relazioni sociali e professionali di un'organizzazione, il canale privilegiato di tutte le comunicazioni sociali non proceduralizzabili con tecnologia (informatica, procedure). A spazi lavorativi vicini corrisponde alta circolarità comunicativa, a spazi lavorativi distanti corrisponde bassa circolarità informativa/comunicativa. L'architettura di un'organizzazione può essere coerente o incoerente con la funzionalità della comunicazione organizzativa. Uffici amministrativi accentrati e distanti dalle unità lavorative in una grossa unità ospedaliera rinforzeranno processi di bassa circolarità informativa e di basso coordinamento tra amministrazione e reparti, agevoleranno

dinamiche di alta circolarità comunicativa interna (coesioni-corporative, localismo professionale).

Si pensi che la planimetria degli ambienti fisici in un'organizzazione stabilizza la parte significativa della rete delle comunicazioni sociali non proceduralizzabili. Si tenga presente che ogni barriera architettonica (sedi, muri, piani) rappresenta una barriera o una difesa rispetto alla circolarità di informazioni sociali. Questo problema può essere secondario in quelle organizzazioni che necessitano di un circuito informativo abbondantemente prevedibile, oggettivabile e quindi proceduralizzabile. In una sede centrale di una banca tradizionale si può lavorare efficientemente trasferendo dati informativi dal ventunesimo al secondo piano, da una sede centrale a un sito periferico localizzato a migliaia di chilometri.

Altri bisogni caratterizzano organizzazioni che vivono di processi diffusi di comunicazione sociale e di corralità e concertazione rispetto a processi lavorativi mai del tutto standardizzabili: in organizzazioni che per tipologia di attività devono processare notevoli informazioni imprevedibili, negoziabili e stimabili faccia a faccia, la funzionale allocazione degli spazi fisici diventa importante. Mi risulta difficile pensare a un consulto diagnostico di alta complessità clinica gestito solo stando alle tastiere di un computer, o a un'evenienza imprevista in Pronto soccorso fronteggiata solo con procedure informative standardizzate.

L'alta circolarità di comunicazioni non proceduralizzabili richiede organizzazioni strutturalmente più orizzontali (costruite su pochi piani) e logisticamente edificate intorno a snodi di alta circolarità informativa, in corrispondenza dei servizi comuni che nell'esempio sanitario potrebbero essere rappresentati dai blocchi operatori, dai servizi di analisi, dai servizi generali.

Un ulteriore obiettivo di funzionalità degli ambienti fisici lavorativi riguarda l'abitabilità. Gli individui che lavorano nelle organizzazioni non solo hanno necessità abitative domestiche, ma anche lavorative. Gli ambienti, a casa come al lavoro, hanno una notevole influenza sul clima e sulla motivazione degli individui. L'ambiente abitativo aziendale rappresenta un importante fattore punente o premiante, con dirette ripercussioni sulla motivazione dei soggetti e sulla quali-quantità del loro lavoro: ad ambienti aziendali inadeguati e fatiscenti corrispondono prevalentemente un pessimo clima e bassa motivazione, ad ambienti aziendali funzionali ed essenziali corrispondono un buon clima e buona motivazione, ad ambienti aziendali sovradimensionati e opulenti corrispondono un clima di casta e una motivazione più rivolta al manteni-

mento dei privilegi di status che al lavoro (si rimanda al capitolo sul sistema premiante).

È ancora più intuibile il rapporto esistente tra la dotazione di struttura di base in termini di *organico, strumenti tecnologici, risorse economiche e risorsa tempo*.

Il criterio di divisione e allocazione quali-quantitativo delle risorse professionali, strumentali, economiche e temporali è in grado di dare o togliere potere di esercizio di ruolo e influenza a funzioni, uffici e ruoli nelle organizzazioni, quasi indipendentemente dalle abilità e capacità degli individui. Un sottodimensionamento di organico, tecnologia, risorse economiche e tempo non permette di conseguire gli obiettivi in termini di beni e servizi, indipendentemente dalle abilità personali degli attori organizzativi. A nulla valgono capacità personali e professionali fuori dal comune in un contesto organizzativo che non attribuisce una sufficiente dote di risorse.

Un adeguato dimensionamento di risorse rappresenta una precondizione indispensabile per il perseguimento ottimale degli obiettivi. Un sovradimensionamento di risorse organizzative, oltre che rappresentare un costo addizionale in termini di efficienza organizzativa, può deviare la tensione sfidante nei confronti degli obiettivi aziendali e dirottare sui privilegi di opulenza. In tali condizioni la dotazione di risorse, anziché essere considerata strumento per il raggiungimento degli obiettivi, può essere concepita come finalità in sé, facilitando la nascita di caste organizzative inefficienti e privilegiate.

La struttura di base in un'organizzazione definisce la distribuzione della dotazione in termini di potere, missione e risorse, della quale si possono avvalere le diverse unità. Più è ampia la dotazione più potere di influenza e importanza è attribuita all'unità; più è ridotta la dotazione meno influenza avrà l'unità organizzativa. La struttura di base rappresenta l'ideologia dell'organizzazione incorporata nel suo impianto oggettivo. L'ideologia delle cose è più veritiera dell'ideologia delle parole: tra questi due argini spesso scorre la demagogia dei politici alla ricerca di proseliti. Si possono, ad esempio, promuovere verbalmente e promettere iniziative positive, trovando immediatamente proseliti sociali, per poi invalidarle, di fatto, privandole di dotazione sufficiente in termini di struttura di base; oppure si possono infiammare gli animi promuovendo verbalmente attività di prevenzione sanitaria e contemporaneamente renderla impraticabile, non dotando tali attività di adeguata collocazione gerarchica, di congruente attribuzione di mandato e di sufficienti risorse. La voce delle

cose è più veritiera ma quella delle suggestioni legate alle parole è purtroppo più ascoltata.

Nella struttura di base di un'organizzazione complessa è radicata la logica di fondo che impronta il suo agire, una sorta di "personalità di sistema" consolidata impersonalmente nel suo impianto.

Spesse volte tale "personalità di sistema" si è depositata nel tempo e testimonia l'accumulo e la sovrapposizione di logiche ispirate a diverse stagioni di istituenti, più che rappresentare la volontà degli attuali istituenti di passaggio. Per cambiare l'ideologia di funzionamento di fondo di un'organizzazione complessa a volte si deve ridisegnare la sua struttura di base, non basta fare appello ai valori delle persone che la gestiscono. I soli comportamenti degli individui sono costretti, alla lunga, ad adattarsi all'ideologia inerzialmente indotta dalla struttura di base ereditata. È illusorio pensare che la sorte di organizzazioni complesse sia legata solo alla qualità delle persone che le abitano.

I progetti di riforma e riprogettazione organizzativa passano di necessità attraverso il ridisegno della struttura di base in congruenza con gli obiettivi che si vogliono perseguire. Tale ridisegno spetta prevalentemente agli alti livelli istituenti. In termini di sistema sanitario italiano, spetta ai legislatori nazionali se si vuole una omogenea sanità nazionale, ai legislatori regionali se si vuole una personalizzazione della sanità regionale. A strutture di base significativamente diverse, conviventi in sistemi organizzativi diffusi territorialmente, corrispondono prestazioni quali-quantitative diverse. Se si indossa questa riflessione al sistema sanitario pubblico italiano si può affermare che a significative diversità territoriali di architettura di strutture di base corrispondono prestazioni sanitarie quali-quantitative diverse. Se si pretendono prestazioni sanitarie simili su tutto il territorio nazionale vanno studiate configurazioni di strutture di base ispirate a uno standard nazionale. L'ancoraggio a uno standard comune (e quindi nazionale) di struttura di base rappresenta la vera fonte generatrice di prestazioni sanitarie comuni per tutti i cittadini.

Il discorso di attualità legato ai costi standard rappresenta un utile suggerimento di monitoraggio delle diverse formule sanitarie che convivono sul territorio nazionale. Ma non è prescrivendo in modo irrealistico e semplificatorio l'aderenza nazionale ai costi standard che si ottiene la standardizzazione della sanità italiana. Questi rappresentano un "sintomo periferico" che segnala la presenza di configurazioni e di strutture di base profondamente diverse che convivono nella "pancia causale" del sistema

sanitario. È un argomento che potremo meglio approfondire nei prossimi capitoli di questo testo.

1.5. Sistemi operativi

La struttura di base definisce un quadro tendenzialmente statico e architettonico dell'organizzazione, statuendo la *dote organizzativa* a fronte delle diverse attività del sistema e dettando la logica di divisione-attribuzione di potere, funzioni, mansioni, compiti, operazioni, spazi fisici, organico, risorse tecnologiche, risorse economiche, risorsa tempo. Alla struttura di base di un'organizzazione si possono chiedere garanzie di stabilità legate al suo "scheletro strutturale" ma non suggerimenti di movimento; essa non suggerisce nessuna regola di dinamica e movimento organizzativo, definisce i "chi", i "dove", i "che cosa", i "quanto" ma non i "come" e i "quando". Alcuni fondamentali "come" e "quando" organizzativi sono dettati dai sistemi operativi che definiscono la *dinamica normata* dei processi di attività aziendali. I sistemi operativi rappresentano le regole ufficiali che l'organizzazione prevede di generalizzare e standardizzare al fine di governare visibilmente alcuni importanti fenomeni di funzionamento. Ecco alcuni esempi di sistemi operativi:

- procedure e protocolli di lavoro o specifiche di produzione;
- procedure di gestione amministrativa;
- sistemi di controllo dell'attività;
- sistemi di controllo qualità;
- procedure di controllo di gestione;
- procedure e metodologie di gestione del sistema premiante;
- procedure e metodi di selezione e regole di sviluppo carriere;

I sistemi operativi rappresentano in larga parte la traduzione in termini di norme organizzative di condotte sperimentate e validate, frutto di *intelligenze individuali e collettive* di lavoro. Dovrebbero rappresentare il depositato, in termini di *intelligenza organizzativa*, frutto di sperimentazioni, competenze applicate e comportamenti professionali ritenuti di successo. I sistemi operativi ratificano in termini di regole di funzionamento lavorativo le prassi discrezionali risultate vincenti. Così come avviene all'abilità ideativa di un eccellente cuoco che, nel momento in cui è trasferita fedelmente in una ricetta, passa dall'essere solo una competenza e un'intelligenza personale a costituire anche un'intelligenza standardizzata e diffusa del ristorante, un sistema operativo.

In modo articolatissimo e altamente complesso la nascita di molti sistemi operativi ha la medesima genesi e segna il trasferirsi di intelligenze individuali all'organizzazione (richiamando la metafora precedente, dal cuoco al ristorante). Questi passaggi di consegna che si generano partendo dal primato della professionalità individuale e giungendo al primato delle regole organizzative non hanno avuto, nel tempo, percorsi facili e lineari. Nella percezione di molti lavoratori i sistemi operativi vengono interpretati come esproprio di professionalità e di discrezionalità lavorativa. Un tornio a controllo manuale richiede alta competenza, professionalità artigianale e discrezionalità d'intervento da parte dell'operatore che si serve della macchina; un tornio a controllo numerico incorpora molte delle competenze (sistemi operativi) un tempo individuali e necessita di un operatore meno professionalizzato e servo-macchina. Nel retropalco della nascita e dello sviluppo dei sistemi operativi si muove questo conflitto tra l'organizzazione che legittimamente richiede (là dove è possibile) trasparenza, standard, ripetibilità e volumi e gli individui che inseguono l'unicità professionale, la discrezionalità e che, per tale ragione, sono restii a comunicare "brevetti" soggettivi di lavoro.

I sistemi operativi si innervano nei comportamenti lavorativi "rubando" spazio al territorio motivante del protagonismo individuale e sostituendolo con la prescrittività generalizzata, di forte utilità aziendale ma di certo meno motivante anche se più rassicurante. È intorno a questo critico confine tra discrezionalità/arbitrio individuale e prescrizione normativa che si gioca la storia di nascita, sviluppo, gestione e abuso dei sistemi operativi organizzativi.

1.5.1. Storia e sviluppo dei sistemi operativi

Negli anni sessanta i sistemi operativi aziendali erano essenziali e sottomensionati. Erano rappresentati dalle *procedure* in contesti amministrativi o di lavoro d'ufficio, dalle *ricette* in ambienti produttivi chimici o sanitari, dalle *specifiche* in campo produttivo siderurgico o metalmeccanico, da *linee guida* e *protocolli* in ambito sanitario, assicurativo e bancario, da *norme contrattuali* o *protocolli d'intesa* in area commerciale. Tali sistemi si avvalevano di documenti cartacei in grado di diffondere e stabilizzare le condotte lavorative risultate storicamente vincenti. Quelli che ancor oggi sono chiamati "processi operativi normati" erano depositati nero su bianco sulle cosiddette "carte".

In quegli anni il visibile ingombro cartaceo spingeva le aziende a essere ipoproceduralizzate, a possedere documentazioni frantumate nelle diver-

se aree organizzative e a usare semantiche e vocaboli specialistici originati dalle diverse competenze funzionali (amministrativa, produttiva, commerciale, tecnologica, legale). In un ambiente industriale era possibile che un medesimo oggetto produttivo cambiasse di nome a seconda che lo descrivesse un tecnologo, un produttivo, un commerciale, un amministrativo. Non disponendo ancora né di corpo tecnologico (hardware) né di supporto fattuale (software), non esisteva il concetto culturalmente diffuso di sistema informativo. Le informazioni circolavano per via cartacea, attraverso relazioni telefoniche o relazioni faccia a faccia, interpersonali e/o di gruppo. Le informazioni non proceduralizzate erano canalizzate nei processi di comunicazione interumana. I numerosi punti di caduta e i vuoti del sistema informativo cartaceo e proceduralizzato erano compensati dalla comunicazione umana, che si prestava spesso a fraintendimenti, filtri percettivi, deformazioni e manipolazioni dei contenuti.

Dalla fine degli anni settanta e per tutti gli anni ottanta, in parallelo alla nascita e allo sviluppo del settore elettronico e di tutte le sue applicazioni, si è assistito alla meccanizzazione e alla traduzione elettronica di tutti gli aspetti organizzativi più ripetitivi e standardizzabili. Seppur con copertura aziendale a macchia di leopardo, non pochi aspetti produttivi e logistici furono conquistati dalla tecnologia elettromeccanica. Numerose procedure amministrative esposte a poche variazioni e imprevedibilità (contabilità, magazzino) vennero via via assorbite da processi di elaborazione elettronica sempre più complessi.

Già in quegli anni di iniziale evoluzione tecnologica e di parziale informatizzazione dei sistemi organizzativi, gli attori implicati in tali processi si resero conto delle difficoltà incontrate nell'introduzione di cambiamenti che, sotto l'apparente buccia tecnologica, andavano a impattare nel profondo le culture e le configurazioni organizzative. Le trasformazioni informatiche di processi organizzativi, apparentemente di semplice progettazione tecnologica, incontrarono non pochi ostacoli applicativi. L'informatizzazione di procedure di gestione della contabilità, di amministrazione del personale, di gestione di acquisti e di magazzini dovette già allora confrontarsi con ipotesi di cambiamenti di struttura, con la nascita e la sparizione di profili professionali, con necessità di ridimensionamento d'organico. In particolare, la diffusa trasparenza organizzativa indotta dai processi di informatizzazione cominciò a togliere respiro alle economie di posizione e agli occultamenti professionali di comodo; per tali ragioni furono sollecitate tangibili resistenze culturali a tutti i livelli gerarchici. Si pensi, ad esempio, alla difficoltà (non certo tecnica) di dare corpo in

sanità a sistemi informativi basati su un modello standardizzato di cartella clinica, preconditione di base per poter edificare un sistema regionale e nazionale di anagrafe sanitario.

Ancora oggi molti soggetti posti in posizioni di discreto potere organizzativo mostrano atteggiamenti guardinghi rispetto alla trasparenza, mescolando difensivamente, in un intreccio psicologico, legittime discrezionalità professionali e manageriali, plausibili intimità gestionali e riprovevoli dinamiche relazionali non confessabili.

Nonostante le resistenze e le difficoltà incontrate per strada, l'informatizzazione dei sistemi organizzativi ha proseguito la sua marcia inarrestabile. Una marcia trainata dalla necessità di razionalizzare gli impianti organizzativi e di rendere gestibili aziende di dimensioni colossali, plurilocalizzate e spalmate nel mondo, invisibili nella loro globalità, se non attraverso la videata permessa da "cruscotti datizzati".

In poco più di cinquant'anni, l'avvento della tecnologia informatica ha rivoluzionato rapporti sociali, modelli di lavoro e intere configurazioni organizzative. L'inserimento ormai "vascolare" dei sistemi informativi ha messo in crisi il consolidato archetipo aziendale delle organizzazioni, un po' a compartimenti stagni, gerarchizzate e divise per funzioni e aree organizzative, e ha proposto una *visione organizzativa orizzontale e trasversale per processi e obiettivi*, in alternativa a una visione tayloristica, verticale e divisa per compiti parcellizzati.

1.5.2. Opportunità e limiti dei sistemi operativi

Un'organizzazione che intende monitorare e orientare il proprio funzionamento è spinta ad architettare un reticolo integrato di sistemi operativi centrato sul mantenimento della congruenza tra fattori/risorse in ingresso, processo di amministrazione/trasformazione e risultato acquisito.

I sistemi operativi perciò sono tesi a tracciare e orientare/prescrivere l'attività organizzativa nel suo incessante processo dall'assunzione dei fattori in ingresso alla loro amministrazione e trasformazione finalizzata alla produzione di beni/servizi in uscita. Per tale ragione i sistemi operativi possono essere focalizzati più sull'input, sulla trasformazione o sull'output organizzativo.

Ci sono sistemi operativi più centrati sul controllo delle risorse (ad esempio contabilità mensa, procedure di carico-scarico della farmacia, controllo dei costi di viaggi e trasferte ecc.), altri più centrati sul processo di gestione/trasformazione (ad esempio procedure di lavoro, proto-

colli diagnostici, protocolli terapeutici), altri più centrati sul controllo dei risultati in termini di beni/servizi (ad esempio protocolli di risultato, indicatori di successo). Le caratteristiche che contraddistinguono i sistemi operativi sono l'*ufficialità* e l'*impersonalità*. Sono ufficiali in quanto formalmente istituiti e divulgati o creati per usi e costumi organizzativi, ratificati e assunti in veste di regola; sono pubblicamente palesi e visibili. Sono impersonali poiché vivono di vita propria indipendentemente dai membri dell'organizzazione, i quali, qualsiasi sia la loro collocazione gerarchica, sono tenuti ad attenersi. Per tale ragione, le regole del gioco organizzativo che caratterizzano i sistemi operativi, se rispettate, introducono una cultura di orizzontalizzazione sociale, una sorta di stato di diritto che richiede il rispetto delle regole a tutti gli attori organizzativi, indipendentemente dalla loro collocazione gerarchica.

Le regole non ufficializzate che dipendono esclusivamente da metodiche e comportamenti di lavoro attivati da specifici attori organizzativi rappresentano processi sociali (categoria organizzativa che analizzeremo in seguito); sono perciò precarie e personalizzate, per tale ragione non sono definibili come sistemi operativi fino a quando non vengono ratificate e assunte come proprie dall'organizzazione per decisione direzionale. Si ipotizzi, in astratto, che un'organizzazione venga abbandonata da tutti i suoi membri. Tutte le regole e le procedure che con essi se ne vanno non sono sistemi operativi ma processi sociali individuali più o meno di successo. Tutte le regole e le procedure che rimangono nonostante i fuorusciti sono sistemi operativi.

Resta il fatto che i sistemi operativi rappresentano un insostituibile strumento di esplicitazione e orientamento della dinamica organizzativa. Un mezzo indispensabile nelle organizzazioni complesse e di notevole dimensione per coordinare e integrare i comportamenti.

Va detto che la presenza o l'assenza di sistemi operativi che regolano determinati fenomeni organizzativi non esclude il fatto che questi ultimi si realizzino comunque fuori da un percorso normato: in altri termini, con o senza sistemi operativi (o regole ufficiali) ratificati dall'organizzazione, molti fenomeni informativi, decisionali, valutativi, di modalità di lavoro, di selezione delle persone, di logiche premianti si realizzano comunque. È chiaro che meno tali accadimenti saranno governati da regole esplicite più saranno abbandonati a processi sociali discrezionali e/o arbitrari degli abitanti della "tribù" aziendale.

In assenza di sistemi operativi e quindi di regole ufficiali di trasparenza alle quali attenersi, potrebbero aumentare i livelli di confusione organiz-

zativa, di spontaneismo caotico, di genialità non ripetibili e trasferibili, di arbitrarietà gerarchica, di aggregazioni sociali più centrate sui rapporti di forza leaderistica che sulla forza delle competenze. Senza la presenza di sistemi operativi che regolano la dinamica lavorativa e censiscono i risultati, gli attori di un'organizzazione complessa difficilmente saranno centrati sui processi professionali e sulle prestazioni lavorative, e sarà più facile assistere a una centratura sulle dinamiche di rapporto interpersonale (fiducia-sfiducia) e di rapporto con l'autorità (comando-obbedienza-trasgressione).

L'assenza di regole di convivenza in un'organizzazione complessa non è necessariamente presupposto di diffusa libertà d'azione, spesso foriera di comportamenti arbitrari e di personalizzazione gerarchica messi in atto da chi è posto ai livelli più alti previsti della struttura di base (organigramma e funzionigramma).

Chi ricopre i ruoli apicali organizzativi (si pensi ai ruoli primariali nella sanità pubblica) mostrando una centratura sulla efficacia lavorativa apprezza la diffusione ufficiale di linee guida, protocolli, metodiche lavorative, procedure organizzative, regole esplicite di compartecipazione e responsabilizzazione organizzativa.

Chi interpreta i ruoli apicali in modo personalistico e centrato sul potere di controllo delle persone rigetta i sistemi operativi preferendo un sistema di regole ufficiali precario, che amplifica i processi di dipendenza. La mancanza di norme efficaci aumenta la distanza degli istituti dagli istituenti, fa sì che gli istituti dipendano dalle prescrizioni contingenti degli istituenti, così come, in assenza di norme organizzative formali, risulta difficile controllare i controllori (istituenti).

La caratteristica inanimata dei sistemi operativi non deve essere confusa con la loro asetticità ideologica; i valori organizzativi e la deontologia professionale passano anche dalle procedure. Come tali, anche i meccanismi operativi sono veicoli impersonali di ideologia organizzativa. Un sistema operativo (o procedura) che premia economicamente la maggiore quantità dei degenti esprime un'ideologia ben diversa rispetto a un altro che premia la minor permanenza ospedaliera a parità di risultato terapeutico.

I sistemi operativi sono composti da norme e, come tutte le norme, sono intrinsecamente espressione della logica valoriale che li ha ispirati; così, i sistemi operativi di attribuzione di risorse finanziarie cosiddetti "a pioggia" piuttosto che su progetto o, ancora, vincolati a risultati misurabili non rappresentano tre procedure asettiche alternative, ma tre indutto-

ri ideologici organizzativi che premiano l'uno l'assistenzialismo, l'altro la professionalità, l'altro ancora i risultati ottenuti.

In termini di forte valorialità intrinseca dei sistemi operativi si pensi al loro peso culturale e alla loro capacità di influenzare le logiche comportamentali diffuse di un'organizzazione quando statuiscono gli standard organizzativi di premi e sanzioni. I sistemi operativi premianti, insieme agli stili di leadership attivati da chi riveste ruoli di comando, rappresentano i fattori più potenti di cambiamento di intere culture organizzative, fattori che verranno trattati specificamente nei capitoli seguenti di questa trattazione.

La presenza di norme di convivenza organizzativa (sistemi operativi) congruentemente progettate non sempre limita la libertà diffusa di esercizio professionale, anzi la può supportare e orientare verso traiettorie contenutistiche e professionali, tutelandola dai processi sociali degenerativi. La categoria organizzativa dei sistemi operativi non va ristretta alle procedure prescrittive di dettaglio che non lasciano spazio interpretativo agli attori organizzativi che le devono gestire. Fanno parte dei sistemi operativi anche le regole di funzionamento aziendale a "maglie larghe" come i protocolli, le linee guida, gli schemi metodologici, i modelli progettuali, le regole metodologiche che governano i funzionamenti per piani di lavoro. Tali sistemi operativi consentono anche notevoli spazi interpretativi e adattamenti personalizzati. In altri termini, non prosciugano la discrezionalità d'azione degli individui ma la orientano e la contengono entro schemi e modelli aziendali che agevolano la trasparenza dei processi lavorativi, la confrontabilità con attività simili, la loro verificabilità e la loro divulgazione in termini di esperienze esemplari.

La criticità e i limiti dei sistemi operativi appaiono quando essi invadono con reticoli procedurali, dettagliati e rigidi, gli ambiti organizzativi che abbisognano di flessibilità. I sistemi operativi garantiscono standard, non flessibilità, che è una dote umana e sociale, mentre le regole in quanto tali sono inflessibili. Per tali ragioni, in ambienti organizzativi ricchi di cambiamenti e imprevedibilità, di stimoli alla creatività, di richieste di personalizzazione, l'introduzione di sistemi operativi a maglie strette ingessa il fluire organizzativo e si trova frequentemente in conflitto frontale con il buon senso lavorativo.

In egual misura sono dannosi i sistemi operativi obsoleti che permangono inerzialmente come regole organizzative (sostenuti dal classico motto "si è sempre fatto così"), anche quando ha cessato di esistere la ragione che li ha fatti nascere.

È consigliabile anche tenere a freno l'eccessiva, seppur legittima, intenzione di controllare le attività introducendo fitti e incalzanti sistemi operativi di reportistica. La fame di controllo e di datizzazione delle attività, propria di alcuni attori organizzativi investiti di ruoli di comando, pone spesso un eccessivo accento sulla reportistica ossessiva. Così facendo:

- si passa il messaggio di essere più centrati sulla reportistica che sul lavoro effettivo;
- ci si dimentica che il tempo descrittivo dedicato alla reportistica è tempo sottratto al lavoro diretto;
- si sottovaluta il fatto che vengono richiesti dati e informazioni in tempi tassativi, anche quando i dati non sono ancora disponibili, diventando così conniventi con la scarsa veridicità della stessa reportistica;
- gli attori organizzativi cui è richiesto prescrittivamente di fornire dati in tempi stretti, anche quando tutti i dati non sono ancora disponibili, si trovano a volte costretti a trasmettere dati approssimativi o stimati/inventati in buona fede.

Tenendo presente il fatto che la reportistica rappresenta uno strumento e non una finalità, è bene mantenerla in ambito essenziale e, soprattutto, è consigliabile adottare una tempistica di richiesta informativa che permetta la raccolta di dati attendibili.

Da ultimo, è facile constatare che, mediante il fenomeno dell'informatizzazione dei sistemi organizzativi, si è passati dal difetto di ipoproceduralizzazione e iporegolazione delle imprese degli anni settanta ai fenomeni di eccesso e di invasione procedurale del terzo millennio. La tecnologia di elaborazione e diffusione di dati possiede potenzialità enormi, che non sempre combaciano con le necessità funzionali delle aziende che l'adottano, e può creare l'illusione manageriale di poter gestire tutti gli ambiti organizzativi attraverso l'informatizzazione. Un'eccessiva proceduralizzazione e standardizzazione può invadere ambiti di insostituibile flessibilità e discrezionalità individuale. L'abuso dei sistemi operativi può ingessare i comportamenti e l'organizzazione, bloccando condotte di buon senso utili alla soluzione plastica dei problemi, ma non accettate e consentite in quanto non previste dai sistemi stessi.

La confusione logica che s'illude di sostituire impropriamente l'efficacia e la complessità alchemica delle comunicazioni e transazioni interpersonali con l'efficienza lineare dei sistemi informativi ha promosso un uso spesso improprio di posta elettronica; una specie di appesantimento organizzativo, di "cellulite" creata da volumi di email inutili che non risol-

vono e spesso complicano i problemi organizzativi, ma che richiedono comunque un significativo investimento di tempo per essere consultate e processate.

Il flusso inappropriato di volumi di informazioni e comunicazioni di bassa utilità organizzativa tracima oltre le soglie aziendali, rende sfumato con la sua immaterialità penetrante anche il confine tra vita lavorativa e vita privata, invadendo il tempo libero.

Si pensi a quanto tempo lavorativo e tempo vita dedicano gli attori organizzativi all'attività di "spam fisicizzato" per ripulire il lavoro dal "rumore" proveniente dai messaggi inutili, impropri, complicanti.

1.6. Processi sociali

Fino a ora sono stati presi in esame i due aspetti impersonali dell'impianto organizzativo: la struttura di base ("l'architettura") e i meccanismi operativi (le regole organizzative di movimento). Credo appaia evidente quanto questi aspetti predeterminino notevolmente, in qualità di vincoli/opportunità, la logica del funzionamento organizzativo, troppo spesso attribuita superficialmente solo alle persone che si muovono nell'organizzazione.

I processi sociali sono definibili come comportamenti personali, interpersonali e collettivi che gli individui appartenenti a una determinata organizzazione mettono in atto rispetto a essa. I processi sociali, se ben canalizzati, garantiscono la "recita" organizzativa muovendosi opportunamente tra gli aspetti prescritti e normati e le recite a soggetto richieste, garantendo la vitalità e, con essa, la *flessibilità* del sistema organizzativo.

Il concetto di flessibilità è legato alla capacità di presidiare gli imprevisti, di fronteggiare situazioni nuove senza suggerimenti storici, di navigare a vista trasgredendo apparentemente alla rotta per evitare bassi fondali e scogli senza perdere di vista la meta. Si è flessibili quando si sanno personalizzare gli approcci con persone diverse, si sanno risolvere appropriatamente problemi anche con strumenti impropri, quando l'azione vincente è guidata dalla creatività, quando l'innovazione geniale scardina prassi consolidate ma obsolete.

Non si può chiedere flessibilità e creatività ai sistemi operativi. Regole, norme e procedure presidiano la standardizzazione che, in quanto tale, rappresenta la negazione della flessibilità. I processi sociali costituiscono un fondamentale complemento dialettico rispetto alla struttura di base (che garantisce stabilità/rigidità) e rispetto ai sistemi operativi (che presidiano la dinamicità standardizzata del sistema aziendale).

In termini di diagnosi e di riprogettazione è importante stimare i percorsi causa/effetto e il peso ponderale dei comportamenti rispetto alla loro interazione con la struttura di base e i sistemi operativi.

La classe d'analisi organizzativa dei processi sociali assume un'importanza relativa molto diversa, a misura del contributo professionale e personale richiesto dai beni o servizi prodotti dal sistema organizzativo preso in esame, e a misura del livello di discrezionalità diffusa che caratterizza una determinata azienda. In altre parole, più l'attività, la "catena del valore" di una determinata organizzazione è ricca di valore aggiunto professionale e comportamentale, più il tipo di attività lavorativa richiede notevole discrezionalità interpretativa diffusa, maggiore sarà l'importanza dei processi sociali.

Un'azienda che produce beni o servizi standardizzabili e ad alto valore aggiunto tecnologico e/o procedurale poggia prevalentemente sulla struttura di base e soprattutto sulla tecnologia e i sistemi operativi (si pensi, ad esempio, ad aziende metalmeccaniche che producono prodotti a volumi e standardizzati o ad aziende che erogano servizi standardizzati come molte agenzie di call center). In un tale contesto organizzativo la gran parte dei processi sociali (tranne i comportamenti dei ruoli direttivi) sarà ridotta a muoversi intorno all'operatività prescritta da norme o tecnologia e, in ossequio a un approccio cinico rivolto all'efficienza, assumerà un peso d'importanza residuale. Con altrettanto cinismo gestionale, in tali contesti prescrittivi, di fatto poveri di protagonismo e di elementi motivanti, l'attenzione è tesa a vigilare affinché non si superi di troppo la soglia della demotivazione tanto da instaurare processi sociali diffusi di rifiuto e rivendicazione.

Se adottiamo la medesima prospettiva di lettura rispetto alle costellazioni aziendali che compongono il sistema sanitario nazionale, constatiamo l'enorme discrezionalità diffusa che caratterizza i sistemi e i sottosistemi organizzativi, siano essi impegnati in erogazione di servizi sul territorio o in unità ospedaliere. In primo luogo, si può affermare che tutti i professionisti sanitari che contattano i "cittadini clienti" esercitano uno spazio di discrezionalità professionale e personale (clinico, assistenziale, relazionale) in grado di qualificare o squalificare le prestazioni. In sanità, se si escludono (e non del tutto) i professionisti dell'amministrazione, della manutenzione tecnica e dei servizi logistici, tutti gli attori rimanenti sono a contatto con l'utenza. In un sistema sanitario "invaso" dall'utenza questi attori gestiscono una discrezionalità professionale improsciugabile. Va aggiunto il fatto che anche la discrezionalità gestionale è altamente frantumata e diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione.

I ruoli di comando e di coordinamento, capo sala, primari, responsabili di servizio, capi ufficio, direttori di dipartimento, direttori di distretto, direttori sanitari, direttori amministrativi, direttori di presidio, direttori generali di ASL hanno nel loro spettro di responsabilità una notevole discrezionalità di esercizio di ruolo; è forse impossibile trovare un altro contesto aziendale che ne richieda in così alto grado. Un tale livello di discrezionalità professionale, gestionale e comportamentale richiama stili negoziali tesi al coinvolgimento e alla motivazione. Pensare di governare la sanità, dall'alto dell'organigramma, con modelli prescrittivi e autoritari è velleitario (in quanto impossibile), produce semplificazioni ed entropie organizzative, genera climi rivendicativi e ricadute negative sulle prestazioni. La sanità efficiente abbisogna di precondizioni strutturali, di essenziali sistemi operativi, ma soprattutto di autorevoli capacità direzionali concertative, poiché l'erogazione concreta delle prestazioni e il loro tasso d'efficacia sono indissolubilmente legati alle condotte diffuse dei singoli operatori. Il prodotto sanitario si orienta dal centro ma si qualifica in periferia.

In coerenza con le riflessioni precedenti, l'attenzione posta sugli stili di leadership, sui climi sociali, sulla motivazione rappresenta un fattore fondamentale che, insieme alle competenze, garantisce la qualità delle prestazioni.

Una prima constatazione diagnostica di buon senso ci dice che il peso ponderale d'influenzamento rispetto ai processi sociali nei contesti organizzativi aumenta o diminuisce con l'aumentare o il diminuire del livello gerarchico ricoperto.

Imprenditori, amministratori delegati, direttori generali, direttori di divisione, direttori di funzione si avvalgono, per ruolo, di un notevole potenziale d'influenzamento nei confronti dell'organizzazione e della cultura della comunità aziendale. Un tale potere istituyente concede a chi ricopre tali ruoli la possibilità di personalizzarne, per molti aspetti, il sistema organizzativo a propria immagine e somiglianza, tanto da trasferire le proprie virtù e i propri vizi al costruito e all'andamento aziendale come se l'organizzazione fosse una propria creatura.

Gli individui che ricoprono funzioni e livelli intermedi nelle organizzazioni (direttori di unità operativa, capi ufficio, capi reparto, capi area), esercitano un protagonismo influenzante limitato agli ambiti di governo dei loro sottosistemi organizzativi e, nel contempo, ricevono influenzamento dal resto del contesto organizzativo e dai settori e livelli organizzativi che non sono di loro pertinenza.

Gli attori organizzativi che ricoprono livelli bassi in organigramma e sono impegnati in compiti più operativi hanno spazi di recita ristretti e prescritti dalla commedia organizzativa.

Si può così affermare che i comportamenti degli attori organizzativi di vertice sono altamente inducenti le sorti aziendali (in termini di vizi e virtù), mentre quelli degli attori di basso livello, per una sorta d'inversione di rapporto causa/effetto, sono prevalentemente indotti dagli stili di governo di vertice e dal contesto organizzativo nel suo insieme. Tale constatazione pone l'accento sulla criticità di scelta dei leader aziendali e, contemporaneamente, sposta la lettura sulle caratteristiche dei contesti organizzativi per capire le cause prime dei processi sociali più diffusi. In altri termini, più si focalizza l'attenzione sugli stili comportamentali di chi ricopre alti ruoli apicali più ci si sposta nell'ambito delle cause induttrici dei processi sociali diffusi; più si centra l'attenzione sui climi sociali diffusi, più si è nell'ambito dei sintomi indotti dagli stili leaderistici e dall'impianto organizzativo nel suo insieme.

I processi sociali possono essere codificati, in termini di diagnosi, con diverse centrature di campo.

Si possono differenziare per stratificazione i processi sociali di vertice organizzativo dai processi sociali di fascia intermedia e da quelli della fascia bassa e operativa dell'organizzazione; si può analizzare il campo psicosociale degli stili di comando e dei relativi processi sociali indotti nei collaboratori.

Un'ulteriore categorizzazione diagnostica utile a una stima intuitiva o strutturata in linee guida di ricerca dei processi sociali può essere rappresentata dalla seguente tripartizione:

- processi sociali o comportamenti di accettazione;
- processi sociali o comportamenti di rifiuto;
- processi sociali o comportamenti di compensazione.

Per processi sociali di *accettazione* si intendono tutti quei comportamenti collettivi e individuali che dimostrano nei fatti il consenso degli appartenenti a un'organizzazione rispetto a tutte o alcune prescrizioni della struttura di base, a tutte o alcune prescrizioni dei sistemi operativi esistenti e a tutti o alcuni dei processi sociali e culturali attesi dall'azienda. Oltre a riferirsi all'impianto interno, i processi di accettazione possono essere riferiti all'identificazione positiva rispetto a tutte o alcune missioni aziendali (beni/servizi in uscita). Diffusi comportamenti di accettazione segnalano positivamente che gli attori organizzativi si identificano con gli elementi e le dinamiche che costituiscono l'organizzazione.

Per processi sociali di *rifiuto* si intendono tutti quei comportamenti sociali e individuali che dimostrano il dissenso degli appartenenti a un'organizzazione rispetto a tutte o alcune prescrizioni della struttura di base, e a tutte o alcune prescrizioni dei sistemi operativi messi in atto nell'organizzazione. Come per i processi di accettazione, i processi di rifiuto si possono rivolgere anche a tutti o alcuni beni/servizi in uscita.

Per processi di *compensazione* si intendono tutti quei comportamenti discrezionali/arbitrari che, in assenza di indicazioni da parte della struttura di base, dei sistemi operativi, dei capi, o in presenza di indicazioni contraddittorie, costituiscono una sorta di supplenza organizzativa tesa a raggiungere intuitivamente gli scopi presunti dell'organizzazione. I processi comportamentali di compensazione appartengono come categoria psicologica ai processi di accettazione organizzativa. È comunque utile tenerli distinti poiché la quali-quantità dei processi di compensazione segnala la carenza di progetto organizzativo o la sua incongruenza.

Un'organizzazione che ospita notevoli processi di compensazione non possiede piena consapevolezza del suo incedere e affida buona parte del proprio andamento al "buono o pessimo senso" degli abitanti aziendali che possono recitare a soggetto nella commedia organizzativa.

Il fatto che i processi di compensazione siano il sintomo di carenze di progetto organizzativo risulta evidente in occasione di momenti di rivendicazione organizzativa che approdano all'uso dello sciopero bianco. Lo sciopero bianco rappresenta uno strumento di paradossale consenso formale a fronte di un dissenso sostanziale verso l'organizzazione, mediante il quale gli abitanti di un'organizzazione decidono di attivare processi di rifiuto, accettando, per provocazione formale, solo le attribuzioni (struttura di base) e le norme (sistemi operativi) ufficialmente previsti. Il fine è quello di mettere drammaticamente in luce il fatto che, senza processi sociali di compensazione, l'organizzazione non è in grado di procedere.

I processi di compensazione sono spesso caratterizzati da atteggiamenti individuali contraddittori. Da una parte sono fonte di disagio, poiché costituiscono prestazioni professionali utili all'organizzazione, ma in quanto non previste, non sono riconosciute, né premiate (a volte, e all'occorrenza, addirittura punite). D'altra parte, quando sono prestazioni ricche di discrezionalità non controllata, rappresentano per i singoli un intrinseco premio legato al protagonismo individuale.

Può succedere così che gli stessi individui costretti a compensare un impianto organizzativo carente, preferiscano essere conniventi con le carenze piuttosto che risolverle, per timore che la razionalizzazio-

ne dell'impianto organizzativo prosciughi, insieme all'eliminazione dei processi di compensazione, il loro spazio protagonista.

La presenza di discreti processi sociali di compensazione è, entro certi limiti, fisiologica e utile nelle organizzazioni complesse. È impensabile che la struttura di base e i meccanismi operativi di una tale organizzazione non lascino spazio all'imprevedibile e quindi alla compensazione fisiologica. L'imprevedibilità fisiologica varia da un'organizzazione all'altra ed è legata, come vedremo nei prossimi capitoli, al livello di complessità organizzativa indotta dalla specificità dei diversi beni/servizi prodotti.

Resta comunque il fatto che, mentre i processi sociali di compensazione fisiologici sono un complemento spesso innovativo e creativo dell'impianto organizzativo, i processi sociali compensatori patologici dilagano negli spazi non tutelati e non previsti dell'impianto organizzativo, producendo confusione, volontarismi scomposti, arbitrarismi, suborganizzazioni parassitarie.

È sintomo di buona salute organizzativa la presenza di prevalenti processi sociali di accettazione accanto a processi contenuti di rifiuto propositivo e a processi di compensazione fisiologica.

Un'organizzazione a forte prevalenza di processi di accettazione rischia di cadere preda di comportamenti di acritica omologazione supina, di burocratismo e di ritualità ripetitiva. I comportamenti innovativi e l'evoluzione organizzativa ricevono stimoli da un discreto tenore di processi di rifiuto (soprattutto se propositivo) e dai processi di compensazione.

Quando i processi di rifiuto prendono il sopravvento nelle culture organizzative perdono il loro apporto propositivo ed entrano nel campo della rivendicazione pregiudiziale, caricandosi di aggressività fino a giungere a episodi di minacce anonime e di sabotaggio organizzativo. I processi sociali di rifiuto diffuso, messi in atto da individui collocati a bassi livelli organizzativi, per essere influenzanti devono prendere una dimensione collettiva, sindacale o non; si può infatti affermare che il sindacato nasce dalla necessità di canalizzare in modo istituzionale e generativo i processi collettivi di disagio e di rifiuto organizzativo.

I processi sociali consolidatisi e ritualizzatisi nel tempo vanno a formare la cultura diffusa di un'organizzazione. Le culture organizzative, i loro paradigmi valoriali, le loro credenze, i loro copioni e riti comportamentali sono difficilmente modificabili nel breve periodo. I processi sociali consolidati di un'organizzazione sono di grande ostacolo ai mutamenti repentini: riorganizzazioni e riforme organizzative si trovano spesso a negoziare gradualità di cambiamento, perché la modifica repentina di

struttura di base e meccanismi operativi può essere snaturata dai processi sociali consolidati (soprattutto quelli degli istituenti storici), che tendono a riempire di cultura vecchia le nuove forme d'impianto organizzativo, attivando comportamenti datati e consolidati ma rivestiti da denominazioni organizzative nuove.

Il problema del monitoraggio, del controllo, della regolazione e del mutamento dei processi sociali (soprattutto in organizzazioni ad alto valore aggiunto professionale e sociale, come nei contesti sanitari) rappresenta un punto cruciale della progettazione organizzativa. Per cercare di mantenere i processi sociali (comportamenti corali) in congruenza con gli obiettivi, le organizzazioni complesse attribuiscono alta importanza, in termini di struttura di base, alle funzioni di direzione del personale, collocandole ad alto livello di organigramma, in staff alla direzione generale. A tali strutture vengono attribuite risorse adeguate a gestire sia mandati di sviluppo (selezione del personale, sviluppo carriera, gestione delle logiche del sistema premiante, formazione del personale, sviluppo organizzativo) che mandati di controllo (amministrazione economica, relazioni sindacali, vigilanza).

Punti nevralgici per l'orientamento e la gestione efficace dei processi sociali sono rappresentati da:

- presenza di competenze selettive e sistemi operativi di selezione di capacità e attitudini;
- presenza di sistemi operativi premianti;
- esistenza di sistemi di formazione permanente sia specialistica che gestionale;
- monitoraggio degli stili di comando attivati dai ruoli apicali;
- presenza di competenze in merito ai fenomeni di sviluppo organizzativo.

Con la presenza di capacità selettive internalizzate e di sistemi operativi utili alla selezione in ingresso e alla selezione rivolta alle fasi interne di sviluppo di carriera, si tende a mantenere il maggior avvicinamento tra i profili individuali e i profili di ruolo attesi. I criteri di valutazione si rivolgono sia a caratteristiche di competenza professionale per gli aspetti specialistici e di contenuto, richiesti dall'esercizio di ruolo, sia a caratteristiche attitudinali e di comportamento, prevalentemente significative per i profili richiesti di notevoli attività gestionali e relazionali.

Con le regole del sistema premiante, si possono rinforzare, premiandoli, i processi sociali attesi, e minimizzare, sanzionandoli, i processi non voluti.

Con la formazione si può agire fornendo modelli cognitivi deontologici e professionali in grado di orientare, aggiornare e motivare processi professionali e sociali attesi.

Monitorando e orientando i processi personali e gli stili comportamentali e di comando di chi ricopre significative posizioni di potere, si possono ottenere notevoli effetti sul clima sociale degli individui e quindi sulla loro plasticità e adattività comportamentale.

Con la presenza di competenze in merito ai fenomeni di sviluppo organizzativo si possono supportare e orchestrare, con consapevolezza di percorso, i momenti di transito da un modello organizzativo a un altro.

1.7. Legami di reciproca influenza

Gli elementi legati ai beni/servizi in uscita, alle risorse in ingresso, alla struttura di base, ai sistemi operativi e ai processi sociali si influenzano vicendevolmente; va spesso riservata più attenzione ai legami tra queste cinque dimensioni, alla ricerca dei rapporti causa/effetto, piuttosto che a ogni dimensione presa separatamente. Ecco alcuni esempi di interazione tra i diversi fattori dei sistemi organizzativi.

- Una dotazione strutturale inadeguata di risorse produce processi sociali conflittuali, a detrimento delle prestazioni lavorative. Un buon dimensionamento di risorse strutturali induce motivazione diffusa nei processi sociali.
- La presenza di procedure troppo standardizzate facilita le attività ripetitive ma potrebbe togliere flessibilità, creatività e innovazione nei comportamenti e processi sociali.
- La nascita di una nuova procedura richiede un chiarimento strutturale (funzionigramma, organigramma) per definire chi raccoglie i dati, chi li amministra, chi li aggiorna, chi li archivia, chi li controlla ecc.
- Il processo comportamentale di un responsabile apicale organizzativo può favorire l'innovazione organizzativa, dimensionando in modo adeguato le risorse della struttura di base e favorendo la nascita di procedure che razionalizzano e danno trasparenza organizzativa.
- Il processo comportamentale di un responsabile organizzativo potrebbe indurre opacità nei rapporti e nei processi di lavoro, in conflitto con le procedure aziendali, e potrebbe instaurare un ambiente aziendale destrutturato.
- Un sistema operativo costituito da ottime linee guida e da chiari indicatori di raggiungimento di risultati induce processi sociali orientati agli obiettivi lavorativi e climi sociali di emulazione meritocratica.

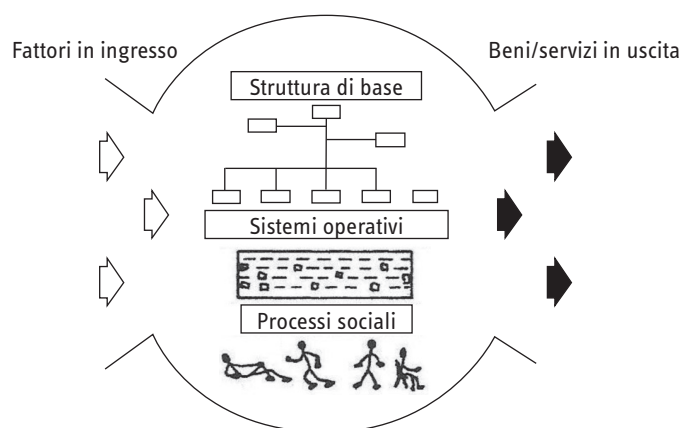
RIPROGETTARE LA SANITÀ

- Un'evanescente definizione in organigramma di dipendenza gerarchica e una non chiara definizione di mansioni e compiti in funzionigramma può produrre processi sociali di compensazione arbitraria accanto a processi sociali di rifiuto.
- La nascita di un nuovo bene/servizio (output) in un sistema organizzativo richiede una riconsiderazione della composizione e dell'importanza relativa delle risorse in ingresso (input), induce la definizione di ruoli di presidio e di dotazione di risorse (struttura di base), sollecita la nascita di regole e procedure di lavoro (sistemi operativi), produce comportamenti organizzativi nuovi (processi sociali).

Il modello di analisi sistemica si sta dimostrando un approccio di ricerca organizzativa generalizzabile a diversi sistemi e sottosistemi organizzativi (cfr. fig. 1.4). La sua applicazione in termini di ricerca, diagnosi e riprogettazione richiede un'adeguata preparazione manageriale e un approccio multidisciplinare, condizioni non sempre presenti nelle culture organizzative nostrane.

Nell'applicazione dell'analisi sistemica è possibile vedere riaffiorare, se pur sotto spoglie diverse, elementi del passato conflitto tra visione classica e meccanicistica dell'organizzazione e visione sociale. La lettura sistemica è affrontata da alcuni in termini ingegneristici, in analogia con i sistemi meccanicistici, da altri in termini socio-organizzativi, in analogia con i sistemi biosociali.

Figura 1.4. Metafora del modello sistemico



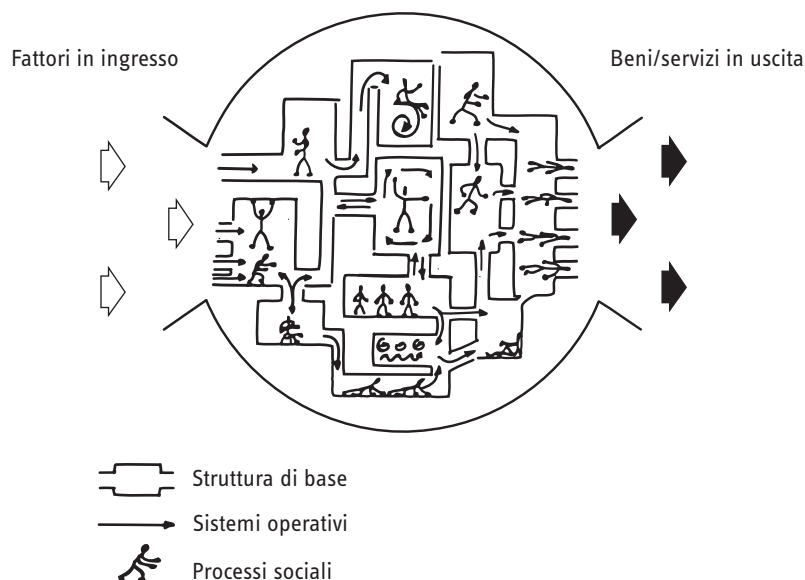
I primi rimangono rigidamente legati a una progettazione meccanicistica (più attenta a struttura di base e sistemi operativi) che mantiene stretta coerenza tra l'interdipendenza dei fattori di un'organizzazione e i suoi fini (di qualsiasi fine si tratti). I secondi, più implicitamente che esplicitamente, introducono tra le finalità delle organizzazioni anche quelle di sviluppo sociale, individuale e di qualità di convivenza delle comunità che le abitano, facendosi così portatori di una visione umanistica o, più semplicemente, umana delle organizzazioni (più baricentrata sui processi sociali). La logica di approccio meccanicistica può risultare più efficiente nelle organizzazioni caratterizzate da basso tasso di complessità, mentre la logica di approccio biosociale risulta più efficace nei sistemi organizzativi altamente complessi (sistemi sanitari).

Bisogna tenere presente che, come suggerisce l'analisi sistemica, uno dei fattori rilevanti di ingresso nei sistemi organizzativi è rappresentato dalla cultura (valori, atteggiamenti, comportamenti) del contesto che li circonda. La cultura del contesto è in grado di modificare notevolmente le prospettive di progettazione organizzativa (si pensi all'insediamento di un'azienda in un contesto caratterizzato da una cultura industriale diffusa, oppure in un contesto di prevalenza antropologica preindustriale).

1.8. L'analisi sistemica come strumento di diagnosi organizzativa

Il modello di analisi sistemica può rappresentare un utile strumento diagnostico al fine di rintracciare le carenze e le incongruenze di un'organizzazione, orientando così gli interventi di riprogettazione. Il modello sistemico può essere usato sia nei confronti dell'intera organizzazione sia rispetto a parti di essa. Posso inscrivere nel modello sistemico un'unità sanitaria, un servizio territoriale, una divisione ospedaliera, un reparto, un ufficio. La logica di diagnosi non cambia. Cambieranno le caratteristiche specifiche dei beni/servizi in uscita e dei fattori in ingresso, ma fino a quando è percepibile un'entità organizzativa con omogeneità di mandato, la logica sistemica è utilmente assumibile (cfr. fig. 1.5).

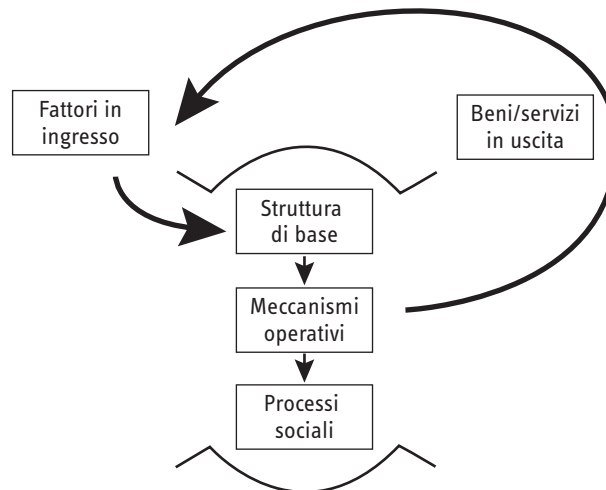
Il modello di analisi sistemica può diventare un utile strumento di "diagnosi ragionata" di un contesto organizzato; in tal senso è suggeribile un percorso di indagine delle congruenze che, prendendo avvio dallo stato dei beni/servizi in uscita, "interroghi" l'impianto organizzativo mantenendo in sequenza di analisi i fattori in ingresso, poi la struttura di base, quindi i meccanismi operativi, infine i processi sociali, secondo il percorso rappresentato dalla figura 1.6.

Figura 1.5. Interazioni nel modello sistemico

Si immagini di voler sottoporre a indagine un servizio sanitario: in primo luogo si dovrà cercare di disaggregare, distinguendoli per categorie omogenee, i beni/servizi in uscita. L'attenzione andrà particolarmente centrata su quei beni/servizi che assommano ad alta importanza alta criticità: per importanza si intende la priorità politicamente scelta o suggerita dai bisogni dell'utenza, per criticità s'intende la difficoltà oggettivamente verificabile di erogazione del bene/servizio.

È intuitivo che la priorità d'attenzione vada riservata a quelle prestazioni in uscita che risultano importanti e che evidenziano notevoli difficoltà (criticità) di erogazione. Si immagini allora di aver circoscritto uno o più beni/servizi critici e importanti; ora si dovranno passare in rassegna i fattori in ingresso che maggiormente concorrono a questi beni/servizi sotto analisi, si dovrà verificare se nel sistema organizzativo in esame esiste congruenza tra la quali-quantità dei fattori in ingresso e i beni/servizi posti sotto esame.

Non c'è da stupirsi nel constatare che, a volte, a fronte di beni/servizi prescritti o richiesti in uscita, mancano del tutto o in parte o sono sottostimati i fattori in ingresso fondamentali (ad esempio tecnologia, professionalità, ambienti fisici, tempo, risorse economiche ecc.). A questo punto,

Figura 1.6. Percorso di diagnosi di congruenza organizzativa

una corretta gestione organizzativa richiede di reperire i fattori mancanti o carenti, oppure di dimensionare i beni/servizi ai fattori in ingresso, se questi ultimi sono ritenuti imm modificabili.

Si potrebbe invece constatare che i fattori in ingresso sono intuitivamente presenti e dimensionati ai beni/servizi sotto analisi sistemica. Se i fattori in ingresso esistono ed entrano nel sistema si tratta allora di analizzare quanto e come la struttura di base dell'impianto organizzativo prevede di allocare mandati e risorse in grado di riceverli e presidiarli. È consigliabile indagare nel dettaglio se sono stati definiti mandati specifici (funzionigramma), imputazioni di potere (organigramma), allocazioni di spazio, dotazioni di organico, risorse economiche, risorse tecnologiche, risorse temporali. Va verificata l'esistenza delle condizioni di struttura di base che permettono di presidiare e amministrare l'assunzione e la congruenza tra beni/servizi in uscita e fattori in ingresso.

Se i dati di struttura di base risultano inadeguati o addirittura mancanti vanno ridefiniti. In carenza di chiarezza della struttura di base i beni/servizi e le risorse non vengono organizzativamente amministrati e presidiati (stanziamento non utilizzato di risorse), o vengono affrontati con comportamenti compensatori poco trasparenti, che, per loro natura, sono poco governabili e abbandonati al buon senso, al protagonismo, all'arbitrarietà e al "missionariato" lavorativo. Se invece la struttura di base

risulta adeguatamente disegnata al fine di erogare i beni/servizi e presidiare i fattori in ingresso sotto analisi, l'attenzione può spostarsi al livello dei sistemi operativi.

Nelle organizzazioni complesse le dotazioni di fattori in ingresso e di struttura di base rappresentano condizioni indispensabili ma non sufficienti per rendere praticabile un mandato. Il dimensionamento della struttura di base è condizione indispensabile ma non sufficiente per operare efficacemente.

I sistemi operativi definiscono le regole del gioco che governano e orientano ufficialmente l'interazione e l'azione dei diversi settori e mandati. Le regole che governano l'uso delle risorse (economiche, strumentali e umane), le modalità di lavoro (protocolli di attività) e il raggiungimento degli obiettivi (procedure di controllo e verifica dei risultati) rinforzano e legittimano l'azione organizzativa: la rinforzano perché la orientano entro regole ufficiali di visibilità, la legittimano poiché permettono una sua valutazione professionale distinta dal giudizio personale rivolto a chi la esercita.

In carenza di dotazione di sistemi operativi, uffici e settori, pur contemplati in struttura di base, patiscono di "incistamento" organizzativo; in altri termini, viene legittimata la loro presenza (struttura di base), ma non viene altrettanto legittimata la loro azione. Ne deriva l'impotenza d'azione, pur nella presenza organizzativamente garantita, o la nascita di processi sociali compensatori di interazione e azione lavorativa, per loro natura occulti e discrezionali/arbitrari.

Tali processi compensatori, anche nei casi in cui risultino congruenti con gli obiettivi organizzativi, si dimostrano fragili e transitori, legati cioè alle capacità e ai rapporti di forza momentanei di chi li mette in essere. In questi casi, tali processi sociali compensatori e utili dovrebbero, di norma, essere ratificati organizzativamente, tanto da divenire veri e propri sistemi operativi. In mancanza di un tale intervento le prassi lavorative vincenti seguono le sorti personali di chi le esercita e l'organizzazione ne perde la memoria. È così che avventure organizzative esemplari ma non sorrette da sistemi operativi finiscono, da un giorno all'altro, nel buco nero della storia organizzativa, irrecuperabilmente imprigionate nei neuroni dei loro promotori.

Va aggiunto che un'eccessiva carenza di meccanismi operativi, rendendo difficile la visibilità dei processi lavorativi, sposta l'ottica di valutazione dell'attività dalla prestazione professionale (capacità, competenza) alle caratteristiche personali degli individui (simpatia/antipatia, obbedienza).

Riprendendo il percorso di diagnosi organizzativa, nel caso in cui,

partendo dai beni/servizi più critici e importanti, si constati l'adeguatezza dei fattori in ingresso a essi inerenti, la congruente definizione di struttura di base e la dotazione sufficiente di sistemi operativi, sarà allora intuibile la presenza di processi sociali incongruenti. In presenza di impianto organizzativo adeguato, gli individui possono esprimere processi incongruenti sia in termini professionali che comportamentali. Gli strumenti che le organizzazioni possono usare per portare a congruenza i processi sociali sono rappresentati dalla formazione e dal sistema premio-sanzione. Le diseconomie del sistema organizzativo ascrivibili ai comportamenti degli individui possono dipendere dalla non adeguatezza delle competenze, dai disallineamenti attitudinali, da comportamenti intenzionali e riprovevoli: le carenze di competenza sono sanabili con la formazione professionale, i disallineamenti di attitudine si possono affrontare con la negoziazione di una posizione più attitudinale, i comportamenti riprovevoli sono arginabili con diversi livelli di provvedimenti sanzionatori. Alla tematica della formazione e del sistema premio/sanzioni saranno dedicati capitoli specifici nel seguito di questa trattazione.

Il percorso di indagine precedentemente descritto suggerisce di analizzare la presenza di precondizioni adeguate nell'impianto organizzativo prima di colpevolizzare o premiare i comportamenti personali e professionali degli individui. Raramente le fortune/sfortune di un'organizzazione complessa sono imputabili esclusivamente agli individui, molto dipende anche dalle carenze dell'impersonale architettura organizzativa e dai processi sociali dei pochi individui (istituenti) che hanno il potere istituzionale di modificarla; troppo spesso si assiste a diagnosi e interventi superficiali e grossolani che confondono sintomi di disagio con cause.

Solitamente i sintomi di disagio di un'organizzazione prendono voce dal mercato dell'utenza, tramite lagnanze o contestazioni, e dagli stessi membri dell'organizzazione, mediante rivendicazioni e aumento di tassi di conflittualità interna. A fronte di una tale sintomatologia organizzativa, appare troppo semplicistico trovare sempre la causa nei sintomi stessi, asserendo che l'utenza non capisce o che i membri dell'organizzazione sono preda di processi sociali criticabili e da reprimere. L'utenza e i membri delle organizzazioni, oltre a essere possibili cause di criticità organizzativa, sono spesso sintomo e segnale di una necessaria revisione dell'impianto organizzativo il quale, per il fatto di non possedere voce, di essere muto e impersonale, non segnala le incongruenze e le entropie che lo caratterizzano. Sta agli istituenti e agli specialisti di sviluppo organizzativo saper ascoltare le cause silenti della struttura e dei sistemi operativi, scoprirle e porvi rimedio.

Figura 1.7. Categorie di analisi sistemica



1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

Si ritiene uno stimolo utile riportare qui di seguito alcuni strumenti di supporto all'analisi organizzativa, solitamente suggeriti in sede di consulenza e riprogettazione. Gli schemi riportati nella figura 1.7 e nelle schede 1.1-1.4 possono guidare definizioni e analisi organizzative operate dagli stessi attori che vivono la quotidianità organizzativa. La figura 1.7 suggerisce alcune macrocategorie stimolo all'analisi sistemica di sistemi sanitari, la scheda 1.1 suggerisce la definizione e la stima di beni/servizi in uscita, la scheda 1.2 suggerisce la definizione e la stima dei fattori in ingresso, le schede 1.3 e 1.4 orientano all'analisi di strutture di base, di sistemi operativi e di processi sociali presenti in un'organizzazione o funzione di essa.

Scheda 1.1. Analisi del contesto in uscita

Vi chiediamo di stimare la criticità e l'importanza dei seguenti beni/servizi in uscita della Vostra organizzazione, dando un punteggio da 1 a 5. Per 1 si intende il minimo livello di criticità e importanza stimato, per 5 il massimo.

Beni/servizi in uscita	Stima	
	Importanza	Criticità
.....
.....
.....
.....

Scheda 1.2. Analisi del contesto in entrata

Vi chiediamo di stimare la criticità dei seguenti fattori in ingresso della Vostra organizzazione, dando un punteggio da 1 a 5. Per 1 si intende il minimo livello di criticità stimato, per 5 il massimo.

Fattori in ingresso	Stima della criticità
.....
.....
.....
.....
.....

Scheda 1.3. Diagnosi del sistema organizzativo

Vi preghiamo di stimare sia il livello di definizione che il livello di adeguatezza (rispetto agli obiettivi) della struttura di base e dei meccanismi operativi della unità organizzativa in esame.

	<i>Livello di definizione</i>	<i>Livello di adeguatezza</i>
	(usare i termini: molto, abbastanza, poco, per nulla)	
<i>Struttura di base</i>		
• Divisione gerarchica
• Divisione delle funzioni
• Divisione di mansioni/compiti
• Dimensionamento degli spazi
• Dimensionamento dell'organico
• Dimensionamento delle risorse economiche
• Dimensionamento delle risorse tecnologiche
• Dimensionamento della dotazione di tempo
<i>Sistemi operativi</i>		
• Sistema informativo
• Sistema decisorio
• Proc. valutaz. personale
• Proc. valutaz. compiti
• Procedure di lavoro
• Proc. gestion. risor. economiche
• Proc. gestion. risor. tecnologiche

Scheda 1.4. Processi sociali

Attribuire un punteggio da 1 a 5 al peso di incidenza dei processi sociali seguenti, distinti per categorie sociali organizzative (ruoli direttivi, ruoli intermedi, ruoli di base).

	Ruoli direttivi	Ruoli intermedi	Ruoli di base
Processi di accettazione
Processi di rifiuto
Processi di compensazione

1.9. Alternative di progetto di intervento e cambiamento organizzativo (cambiare l'organizzazione oppure organizzare il cambiamento?)

I modelli di intervento organizzativo generalizzabili sono pochi, poiché le specifiche pressioni ambientali e situazionali che inducono il cambiamento e le peculiarità di ogni singola organizzazione vietano la formulazione di modelli dettagliati di azione. Si possono enunciare due logiche di base che solitamente ispirano i processi di cambiamento organizzativo e che si possono così definire:

- cambiamento per discontinuità;
- cambiamento incrementale.

1.9.1. Cambiamento per discontinuità

La logica di cambiamento per discontinuità viene adottata quando, per obsolescenza organizzativa, per necessità di mercato o per scelta imprenditoriale o direzionale, si intende sottoporre l'organizzazione a una sterzata evidente (in questi casi si usa il termine "ristrutturazione") o, ancor più, si intende operare una revisione di base (in tali frangenti si parla di "rifondazione").

Tale logica risulta inevitabile nei seguenti casi:

- quando l'azienda, per troppa inerzialità o per pessima gestione manageriale, si trova abbondantemente fuori mercato (da commissariare);
- quando risulta disastata finanziariamente (da libri contabili in tribunale);
- quando le condizioni di esistenza organizzativa lasciano poco tempo d'azione;
- in occasione di processi di acquisizione o fusione operati da altri sistemi organizzativi, prevalenti in termini di rapporto di forza;
- in occasione di scelte direzionali di dismissioni, di decentramento o esternalizzazione di attività verso contesti o attori di mercato ritenuti più remunerativi.

Questo modello d'intervento parte da una ridefinizione, anche radicale, degli output aziendali (beni/servizi in uscita) con un conseguenziale ridisegno della struttura di base (organigramma, funzionigramma, allocazione delle risorse). Coerentemente con la riformulazione della strategia industriale e della struttura vengono riformulati (per buona parte *ex novo*)

i sistemi operativi: ne consegue una vistosa destabilizzazione dei processi sociali, frutto di riallocazione e ricomposizione quali-quantitativa di organico, di messa in mobilità di molti attori organizzativi appartenenti a diversi livelli gerarchici, di innesto di personale nuovo per anzianità aziendale, per competenze e culture di provenienza.

Durante tali processi di ristrutturazione, l'attenzione rivolta al controllo dei costi, al taglio, spesso indiscriminato, di quelli che sono ritenuti i "rami secchi" aziendali (amputando spesso con essi anche i germogli in crescita), porta l'implicita missione aziendale a essere centrata sulle funzioni di controllo fiscale (controllo gerarchico di gestione) e, contemporaneamente, a dimenticarsi o a mettere sullo sfondo le funzioni di sviluppo (progettazione, sviluppo nuovi prodotti e mercati). Questa logica di cambiamento organizzativo paga un prezzo (a volte inevitabile) di disagi sociali, di processi difensivi diffusi, palesi o impliciti, di dinamiche conflittuali e rivendicative (sia sindacali che prodotte da legami relazionali precedenti); si instaura un clima persecutorio e di paura di perdita di garanzie lavorative con correlate dinamiche di concorrenza accanita, e si instaurano condizioni favorevoli ai fenomeni di mobbing. La criticità dei processi sociali può produrre demotivazioni, "fughe di cervelli", flessione qualitativa delle prestazioni dell'intero sistema. Per tali ragioni, i processi di cambiamento per discontinuità devono essere gestiti con tempistiche veloci.

Permanere per troppo tempo in una condizione di allarme sociale da ristrutturazione può rinforzare processi stabili di depressione sociale di sistema, una sorta di sindrome di stato agonizzante, difficilmente recuperabile. Le ristrutturazioni per discontinuità che hanno una eccessiva durata potrebbero portare a definitiva morte un sistema organizzativo per una sorta di "accanimento terapeutico"; per tali ragioni, dopo un rapido intervento di ristrutturazione per discontinuità, è indispensabile inviare concreti messaggi di rilancio del sistema organizzativo.

La strategia dei due tempi, prima ristrutturazione e poi rilancio, non è obbligata, ma è spesso legata alle caratteristiche del management che guida tali processi. Sono pochi i manager che, per caratteristiche di personalità, riescono a gestire in contemporanea le azioni di controllo e rilancio di sistema, a governare l'ossimoro di convivenza dialettica degli opposti, perciò capita spesso che le figure che sanno reggere l'impopolarità legata ai processi di ristrutturazione per discontinuità risultino poco efficaci nel gestire il rilancio e, viceversa, i manager di sviluppo si dimostrino poco inclini a guidare impopolari cambiamenti per discontinuità.

Nel sistema sanitario italiano gli esempi di cambiamento per discontinuità sono osservabili in tutte quelle regioni che hanno un'improcrastinabile necessità di rientro dovuto a dissesti finanziari. In questi casi, presidenti di Regione, direttori generali, commissari straordinari sperimentano come un processo di legittima razionalizzazione del sistema scateni impopolarità diffusa, fomentata dai numerosi attori pubblici e soprattutto privati che hanno maturato interessi politici ed economici, poco confessabili, all'ombra del dissesto e nelle pieghe delle inefficienze del sistema sanitario.

Accanto a questi episodi di cambiamenti discontinui, votati a una fase iniziale di inevitabile impopolarità, ci sono occasioni di *discontinuità generativa* che, a mio giudizio, vanno sfruttate a pieno e che si riferiscono ai numerosi esempi di edificazioni di nuove strutture ospedaliere. In questi casi si può partire, come accade alle interessanti sperimentazioni di ospedali per intensità di cura, dai principi costruttivi, architettonici, ergonomici di nuovi ospedali per edificare un nuovo concetto di sanità. Una sanità che poggia sulla minimizzazione dell'ospedalizzazione e sul recupero di tutte le strutture e attività rivolte a valorizzare a pieno le potenzialità del territorio in termini di salute, a cominciare dall'importanza delle attività di prevenzione. Nei capitoli successivi saranno proposte riflessioni su alcune esperienze di ospedali per intensità di cura.

1.9.2. Cambiamento incrementale

La logica di cambiamento incrementale viene applicata quando le condizioni di disallineamento e di incoerenza organizzativa rispetto agli obiettivi non risultano gravi, quando l'organizzazione risulta "febbricitante" ma non gravemente compromessa.

In questi casi, più che una brusca ristrutturazione salvifica, serve un riorientamento organizzativo. Le azioni di riorientamento si possono distendere su tempi medi, e, più che agire in primo luogo sull'eliminazione delle diseconomie e dei vincoli organizzativi, si può operare prevalentemente sullo sviluppo e il rinforzo delle opportunità. Questo modello d'intervento prende spunto dalla constatazione che alcuni prodotti/servizi delle specifiche organizzazioni in cambiamento potrebbero essere notevolmente migliorati.

Sulle aree di miglioramento degli output aziendali individuate vengono lanciati dei progetti di sviluppo che permettono la composizione di team di progetto, composti da attori organizzativi appartenenti alle diver-

se funzioni aziendali e scelti per competenze e affidabilità motivazionali. Il cambiamento prende l'avvio in ambito ristretto con la logica dell'*intervento esemplare* in un perimetro d'azione limitato alle task force coinvolte. L'avvio di un intervento mediante processi sociali circoscritti tranquillizza il resto del sistema aziendale e non sollecita resistenze diffuse, in grado di vanificare i progetti di cambiamento.

Durante l'attuazione dei progetti di cambiamento è inevitabile che i team di lavoro entrino, in modo morbido e funzionale, in maggior rapporto con la restante parte dell'organizzazione. Questo fatto solleciterà curiosità e sentimenti di emulazione, nella misura in cui i gruppi di progetto approderanno a risultati positivi e dimostreranno di essere supportati da una committenza forte, espressione della direzione aziendale. Questa morbida irradiazione culturale, produttrice di attenzioni positive, originata dalle attività esemplari, farà percepire i cambiamenti in atto sotto una veste di opportunità e non di vincolo; una tale interpretazione positiva dei cambiamenti potrà produrre la caduta di alcune resistenze e favorirà la nascita di aspettative emulative, accanto alla voglia di coinvolgimento diffusa. Contemporaneamente, i gruppi coinvolti direttamente nei progetti di cambiamento, percependosi protagonisti apprezzati, aumenteranno il loro grado di motivazione e, con esso, i processi generativi di risultati.

A conclusione della fase sperimentale dei progetti di innovazione, nella logica del cambiamento incrementale, le pratiche e le condotte risultate vincenti possono essere, per buona parte, ratificate e normate in termini di sistemi operativi. In tale modo le best practice personali e processuali verrebbero per buona parte stabilizzate in veste di sistemi operativi, diventando best practice organizzative.

Quando il consolidamento delle prassi e dei risultati dei gruppi di progetto risultano stabilmente vincenti, le aree di cambiamento possono essere ulteriormente consolidate in termini di struttura di base, attribuendo posizioni stabili in organigramma, funzionigramma e fornendo loro una dotazione stabile di risorse (budget, organico, tempo, spazio fisico, tecnologia).

Come si vede, questa logica di cambiamento incrementale parte dal coinvolgimento delle persone, in un secondo momento consolida i processi in termini di sistemi operativi e solo in ultima fase rinforza il cambiamento avvenuto in termini di struttura di base.

Tale logica incrementale si muove su un percorso diametralmente opposto a quello che caratterizza la logica di cambiamento per discontinuità, che parte dall'ipotesi di modifiche strutturali, su di essa edifica i

sistemi operativi e, di conseguenza, richiede agli individui un prescritto adattamento processuale.

I cambiamenti incrementali organizzano il cambiamento facendo leva sulla partecipazione e condivisione massima delle comunità aziendali. I mutamenti per discontinuità cambiano l'organizzazione intesa come macchina tecnocratica e puntano sull'adattamento prescritto e non negoziato degli attori organizzativi.

I cambiamenti incrementali, puntando sul coinvolgimento e l'adattamento di percorso agli imprevisti originati dai processi sociali, richiedono alle direzioni aziendali notevole sensibilità di ascolto sociale, capacità di mediazione, pazienza e fermezza di obiettivi; questa strategia di intervento garantisce più continuità alla vita organizzativa, propone più stabilità sociale, tutela le caratteristiche di originalità organizzativa non disperdendo la memoria storica dell'organizzazione. La caratteristica di unicità e originalità delle formule imprenditoriali e aziendali, in genere, risiede nella capacità di innovare nella continuità. Si regge sull'abilità direzionale nell'attualizzare i cambiamenti, senza cancellare la storia sociale delle organizzazioni, che le propone come uniche e originali.

Il punto debole dei cambiamenti incrementali risiede nei tempi medi di realizzazione che li caratterizzano, e che li rendono applicabili solo in organizzazioni non in affanno di modificazione.

Per quanto riguarda il nostro sistema sanitario, i cambiamenti incrementali si sono realizzati e si realizzano continuamente a livello di sottosistemi primariali vicini alle evoluzioni della scienza e delle tecnologie. Le prassi clinico/tecnologiche innovative spingono i continui adattamenti dei processi specialistici e dei sistemi operativi di frontiera vicini alle prestazioni sanitarie. La macrostruttura di base dei sistemi sanitari ospedalieri e territoriali, se si eccettuano i tentativi disordinati di accorpamento o di frantumazione di ASL, rimane inerzialmente legata a modelli storicamente datati. Si può affermare che i sistemi sanitari nazionali si adattano in periferia ma lasciano intatta e obsoleta la configurazione di base. I segnali di cambiamento radicale del "cuore dell'impero" vengono soprattutto dalle non poche sperimentazioni in termini di ospedali per intensità di cura, citati precedentemente come esempi di cambiamento per discontinuità generativa.

1.9.3. L'età della fretta

L'antropologia industriale è baciata dalla fretta. I cambiamenti rapidi di mercato, la tipologia di manager impazienti e d'assalto, gli azionisti che

spesso richiedono risultati positivi con la tempistica ossessiva dei bilanci trimestrali costituiscono fattori conniventi con l'adozione di una logica di cambiamento per discontinuità, anche quando sarebbe possibile e strategicamente saggio adottare con più appropriatezza un cambiamento incrementale.

La frenesia dei mercati globali e il tramonto dei progetti industriali strategici e di lungo periodo a favore dei blitz finanziari e della speculazione industriale di breve periodo hanno introdotto una convenzione concettuale di urgenza temporale che vieta, di fatto, il respiro strategico al mondo industriale. Appare difficile fare piani a lungo termine in una partita industriale dove sembra prevalere l'idea di vincere a qualsiasi costo a breve per poi ripuntare la posta, sempre a breve, su altri affari remunerativi; si preferisce spremere le aziende con accelerazioni efficientiste che le conducono allo sfiancamento, piuttosto che svilupparle efficacemente senza destabilizzarle. Ci si dimentica che la stabilità aziendale rappresenta un valore sia per l'organizzazione che per il contesto sociale che la abita e la circonda.

Sotto tali pressioni si confonde il grosso con il grande, la quantità con la qualità, le stock option con il successo professionale. In questo brodo industriale vengono bruciate risorse preziose solo perché non ci si è dati il tempo di scoprirle, vengono stravolti o distrutti interi sistemi organizzativi, sviluppabili in modo vincente, ma coinvolti in ristrutturazioni selvagge che pretendono prestazioni immediate contro il principio di realtà. Questa cultura della fretta, che premia l'agire repentino e sottovaluta l'abilità di capire, produce figure manageriali che in tre anni di mandato promettono di ristrutturare intere multinazionali, conseguendo contemporaneamente risultati economici. Manager pronti a vendersi dopo tre anni, a prezzo maggiorato, ad altri azionisti offerenti un'organizzazione da spremere facendola collassare.

Le grandi imprese hanno bisogno di atti corali e tempi umani per essere edificate, non certo della tempestività individuale stimolo-risposta richiesta da molti giochi proposti dalla Playstation. Sono relativamente poche le figure manageriali capaci di condurre in porto un progetto industriale, consapevoli che, per modificare l'andamento di un'azienda complessa, è necessario un mandato di una decina d'anni. Tempo occorrente per poter ottenere risposte efficienti sul piano quantitativo della produttività e della redditività d'impresa, ma soprattutto per poter investire in efficacia organizzativa, in stabilità, qualità di risposte, e per ottenere l'adesione culturale della comunità d'impresa.

Si pensi ai cambiamenti repentini per discontinuità macrostrutturali

ai quali negli ultimi decenni sono esposte intere organizzazioni sanitarie regionali, le quali rimbalzano in pochi anni da un assetto forse troppo disaggregato e numeroso di ASL ad assetti forse troppo aggregati, il tutto senza il tempo necessario all'attecchimento dei cambiamenti. Questi fenomeni concorrono ad attribuire poca credibilità ai cambiamenti stessi, al punto tale che le tribù aziendali, a fronte di modifiche macrostrutturali senza respiro temporale per attecchire, sono costrette ad arrangiarsi attivando gattopardeschi processi sociali di compensazione, recitando, cioè, i copioni lavorativi storicamente consolidati rivestendoli formalmente con denominazioni nuove. Oltre alla velleità o alla scarsa competenza organizzativa degli istituenti, i quali spesso sottostimano l'investimento di tempo necessario per generare cambiamenti organizzativi epocali, permane una incoerenza: i cinque anni di tempo di mandato istituzionale (dai ministri, ai presidenti di Regione) non rappresentano un respiro temporale sufficiente per varare e portare a consolidamento dei processi di cambiamento macrostrutturale di grande portata (dieci anni circa). Se si pensa che, in termini politici, quando va bene i cinque anni di gestione si riducono a tre (uno per capire, tre per agire, uno pre-elettorale per vendere), si comprende come il dimensionamento dei tempi del sovrasisistema istituzionale non faciliti i grandi cambiamenti organizzativi.

I cambiamenti dei sistemi aziendali complessi hanno bisogno dei tempi, della cura, della costanza e della passione che occorrono per ottenere in undici anni un'ampolla di aceto balsamico. Per ottenere aceto comune basta lasciare stappata per qualche mese una bottiglia di vino mediocre.

1.9.4. I tempi del glicine (una favola)

L'Imperatore Syn amava molto la sua gente e aveva grandi idee per rendere il suo impero più democratico e florido. Intuiva, però, che le nuove leggi che aveva in progetto di emanare richiedevano tempo per essere intimamente accettate dal suo popolo. Sapeva, per esperienza personale, che il tragitto tra la ragione e il cuore è lento. Intuiva che i cambiamenti sociali, se pur di buon senso, hanno per nemici l'abitudine di tanti e gli interessi di coloro che godono del presente.

Syn sapeva che leggi giuste ma non diffusamente accettate hanno cammino corto e che tentare di imporle era stolto. Il non legiferare era vile. Il dilemma di Syn era quindi il seguente: quanto tempo impiega un'idea accettabile a divenire anche amata e quindi applicata? Con questo interrogativo Syn si recò dal maestro zen Tao.

La casa di Tao era abbracciata da un triangolo verde poggiato in una nicchia di collina, accarezzata da un lato da un ruscello trasparente come l'aria e ombreggiata dall'altro lato da un bosco di tigli e castagni. Cascate di lavanda gareggiavano con i tuffi d'acqua tra i sassi del ruscello.

Syn viaggiò 3 giorni e 3 notti per giungere fino alla dimora di Tao. Vi giunse all'alba di un mattino di giugno; lasciò il cavallo all'ombra e calcò il tracciato di pietre che, tra l'erba, invitavano alla casa di Tao. Una carezza d'aria tiepida di sole portava a Syn l'aroma dolce e forte dei tigli in fiore, misto all'intrigante profumo di lavanda.

Tao era intento a sagomare una tavola di legno all'ombra del portico. Quando scorse Syn, si ripulì dei trucioli la veste e si dispose ad accogliere l'ospite.

Di fronte a una tazza di tè e seduti sulle tavole di castagno del patio, Syn espose il suo problema a Tao, il maestro ascoltò le sue parole e lesse la passione nel suo sguardo e nella sua voce. Dopo una lunga pausa Tao disse: «Vuoi conoscere il tempo in cui un'idea matura in convinzione? Ricordati che l'uomo è frutto di natura e alle sue leggi si declina. Il tempo occorrente per gli atti della vita si apprende solo vivendolo».

Syn rimase confuso dalle parole di Tao, che parevano celare un segreto che lui non riusciva a cogliere. Tao, vedendolo stupito e desideroso di capire oltre, gli disse: «Acquista una piantina di glicine, posala in piena terra e ascolta. Ora vai, è tempo di cogliere il tempo».

Syn non chiese altro, sapendo che i maestri zen sono testimoni d'essenza e conoscono la frontiera tra il dir poco e il dir troppo.

Comprò una piantina di glicine e la piantò in piena terra, in un angolo dei giardini imperiali esposto al sole. Al giungere della primavera si pose in ascolto e in attesa delle verdi cascate di foglie e dei profumati fiori. Con spiacevole sorpresa Syn dovette accontentarsi di ben poca gioia per occhi e narici: i rami grigi e compatti del glicine si rivestirono di misere foglie e, per tutta l'estate, non conobbe fiori.

Syn imputò l'evento alla sfortuna di aver scelto una pianta malata. Sradicò il glicine "menzognero", lo sostituì con un glicine novello e attese la nuova primavera.

Mai maggio fu più deludente per Syn: il nuovo glicine si rivestì di ben poche foglie e nessun fiore l'adornò. Syn dalla rabbia pensò di sradicarlo, ma gli sovvenne il suggerimento di Tao. Si costrinse all'ascolto: ascoltò per tutta l'estate il suo glicine, vivo ma spoglio e sterile di fiori.

Passò l'inverno, eterno per chi è abituato ad ascoltare solo i frutti primaverili.

La primavera fu promettente per Syn, il glicine si era riempito di gemme, che si dischiusero al sole. In poco tempo il rampicante fu verdeggianti, ma dei profumati fiori nemmeno l'ombra.

Temette ancora nella sfortuna: possibile che un altro glicine senza fiore fosse toccato proprio a lui?

Il terzo inverno d'ascolto fu estenuante. Syn, in cuor suo, aveva deciso di dare al glicine ancora un'occasione primaverile. Non poteva perdere tempo ad ascoltare glicini sterili.

Il maggio fu uno scoppio di foglie, zampilli di verde soffocarono i rami. Syn si stupì di tanta vitalità, ma i fiori? Ascoltò attentamente la pianta. Fu così che si accorse del germoglio di pochi e soffici bottoni verdi che, di giorno in giorno, si ovalizzarono e si allungarono fino a prendere la forma di grappolo. Alcuni di questi grappoli appassirono e seccarono al sole.

Solo due portarono a compimento la fioritura. Ben poca cosa ma sufficiente per far dire a Syn che quel glicine conosceva i fiori.

Il quarto inverno fu eterno ma più speranzoso dei precedenti, già in aprile il sole e la pioggia avevano richiamato la natura al risveglio. Il glicine di Syn si era riempito prima di bottoni verdi e poi di grappoli fioriti. L'imperatore capì che il glicine adulto premia i proprietari prima con la vitalità dei fiori e solo in un secondo tempo si rinfoltisce di foglie. Il profumo dolce e penetrante e le cascate azzurro-lilla ripagavano Syn di tanta attesa. Poi furono le foglie ad abbracciare i fiori.

L'imperatore un mattino di maggio guardò da lontano il suo glicine divenuto bosco fiorito: una commozione dirompente, pari solo a quelle che partoriscono convinzioni forti, invase il suo cuore.

Ripensò alle parole di Tao e gli sembrò di aver compreso i tempi naturali di trasformazione di un'idea in convinzione profonda, di una legge capita in una legge amata. Capì che l'attesa paziente di chi guida cambiamenti sociali non è assenza, ma ascolto attivo del cammino sotterraneo che porta dalle radici ai fiori; capì come la fretta può allungare i tempi e rendere incapaci di ascoltare l'invisibile processo di radicamento che precede i frutti più visibili.

Da allora Syn non commise più l'errore di uccidere una pianta, spoglia alla vista, ma impegnata in un rigoglioso processo di radicazione. Così come aveva appreso ad attendere con paziente costanza i cambiamenti individuali e sociali, cogliendo gli indizi del loro radicamento nelle viscere degli individui.

Aveva appreso ad ascoltare l'Intangibile vitale.

1.10. Tipologie organizzative e riferimenti di analisi sistemica

Può essere utile tracciare una specie di profilo sistemico rispetto ad alcune tipologie organizzative riportate qui di seguito in modo didascalico.

1.10.1. Sistema organizzativo chiuso (carceri, esercito in tempo di pace, direzioni generali di multinazionali in regime di oligopolio)

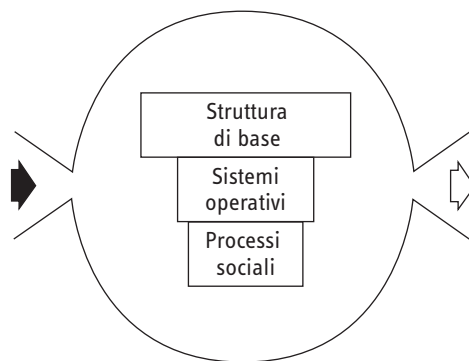
Il sistema organizzativo chiuso tende a limitare al massimo le interazioni con il contesto; così facendo, è in grado di organizzarsi con modalità indipendenti da quelle prevalenti nell'ambiente in cui si trova.

La struttura di base rigida e definita rappresenta l'aspetto di impianto organizzativo più determinante di un sistema chiuso: nella figura 1.8 si ha la raffigurazione grafica del rapporto sistema/contesto e la stima metaforica grafica del livello di determinanza relativa tra struttura di base, sistemi operativi e processi sociali. Le aree dei parallelepipedi rappresentano la metafora della predominanza di un aspetto organizzativo sugli altri.

Anche i meccanismi operativi esprimono massimo grado di rigidità e ritualità: le procedure di controllo, comunicazione e valutazione sono gestite esclusivamente per via gerarchica; le decisioni sono notevolmente accentrate. I processi sono codificati in termini adattivi per tutta la scala gerarchica, tuttavia i controlli sostanziali della devianza vengono applicati generalmente più ai bassi livelli della stessa.

Poiché le decisioni sul controllo della devianza competono solo agli

Figura 1.8. Sistema chiuso



alti livelli gerarchici (istituenti), ne risulta più problematica la gestione riflessiva (stato di diritto); i vertici possono decidere di sfuggire al controllo. La sostanziale assenza di controllo sugli alti livelli gerarchici favorisce processi di vertice arbitrari rispetto ai compiti istituzionali del sistema chiuso. In genere le anomalie interne al sistema organizzativo chiuso vengono occultate all'esterno o poste in risalto solo da incursioni esterne non volute dal sistema (inchieste) o provocate da "elementi devianti" (atti pubblici dimostrativi).

1.10.2. Sistema organizzativo paternalistico (molte imprese padronali)

Le interazioni con il contesto di un sistema paternalistico, seppur notevoli, sono regolate, più che dal sistema stesso e dalle sue esigenze, dalle esigenze e intenzionalità delle persone che di fatto gestiscono la maggior parte del potere sull'organizzazione (istituenti). Tali esigenze possono tuttavia anche essere in sintonia con le esigenze del sistema, dipende dagli istituenti e dalle loro abilità intuitive.

La struttura di base è solitamente presente in termini sfumati, ma a essa sono tenuti a rispondere tutti i membri dell'organizzazione, a eccezione degli individui dotati di alta influenza sul sistema.

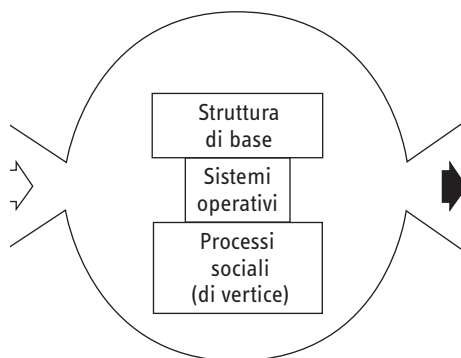
I meccanismi operativi sono genericamente definiti. Le procedure di controllo, di valutazione, di comunicazione si snodano per via gerarchica con notevoli punte di accentrimento e discrezionalità nelle mani degli istituenti. I massimi gestori di potere in un sistema di tipo paternalistico possono comunque derogare rispetto alle norme della struttura di base e dei meccanismi operativi in tutte le occasioni ritenute da essi opportune.

Il sistema organizzativo di tipo paternalistico tende a controllare in termini adattivi tutti i processi.

Di fatto si possono realizzare dei processi non previsti di tipo creativo o critico/propositivo.

La gestione prettamente personalizzata di questi tipi di sistemi organizzativi produce una speculare percezione personalizzata del sistema. In altri termini, gli individui che appartengono a questi sistemi organizzativi hanno una percezione dell'organizzazione distorta, in quanto la confondono (a buon diritto) con il modo di organizzarsi degli istituenti o padri organizzativi.

Nella figura 1.9 abbiamo la raffigurazione grafica del rapporto sistema/contesto e la stima grafica del peso ponderale relativo tra struttura di base, sistemi operativi e processi sociali.

Figura 1.9. Sistema paternalistico

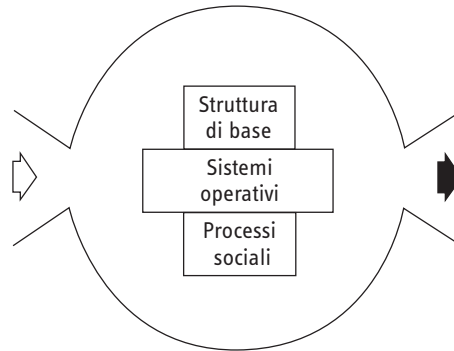
1.10.3. Sistema burocratico (apparati pubblici in genere, regioni, province, grandi comuni, escluse le istituzioni scolastiche e quelle sanitarie)

Il sistema burocratico ha numerose interazioni con il contesto, ma tende a organizzarsi più nel rispetto delle norme di ingresso di mantenimento e di autoriproduzione (leggi e regolamenti) che nel rispetto di un'adeguata interazione con le influenze del contesto (bisogni sociali).

La struttura di base è meno rigida e definita di quella dei sistemi chiusi.

I meccanismi operativi sono tendenzialmente rigidi e burocratici; le procedure di controllo, comunicazione e valutazione tendono a essere ritualizzate e legate a normative di controllo più che a esigenze concrete di funzionamento, le decisioni sono solo in parte centralizzate e in parte decentrate.

Il sistema organizzativo burocratico tende a proceduralizzare in termini adattivi tutti i processi. In realtà, negli spazi di funzionamento del sistema non normato dalle procedure si attivano processi sociali compensatori non previsti, funzionali o arbitrari che siano. Questa modalità di funzionamento, accettata ma non riconosciuta formalmente, induce una scissione netta fra processi codificati palesi e processi occulti. Le procedure vengono spesso usate ossessivamente come alibi deresponsabilizzante o come ortodossia autoritaria. Altrettanto spesso, le procedure vengono (all'occorrenza) abbandonate per lasciar spazio a operazioni arbitrarie (clientelari) riscontrabili a tutti i livelli gerarchici del sistema, che non

Figura 1.10. Sistema burocratico

di rado rappresentano l'unico modo per raggiungere i risultati voluti o richiesti dal sistema stesso.

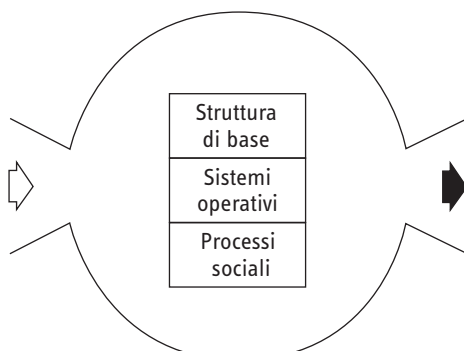
Nella figura 1.10 abbiamo la raffigurazione grafica metaforica del sistema burocratico.

1.10.4. Sistema tecnocratico/efficientista (organizzazioni aziendali ad alta efficienza)

Il sistema organizzativo di tipo tecnocratico/efficientista tende a sfruttare nel modo più efficiente le interazioni con il contesto al fine di rispondere a necessità presenti, sollecitare bisogni, cercare bisogni, creare domande indotte, sviluppare beni/servizi e governare il più possibile i fattori di ingresso.

La struttura di base è più elastica rispetto alle tipologie organizzative precedentemente citate e definisce in linea di massima le missioni, i mandati, le responsabilità, con particolare attenzione alle funzioni e agli obiettivi.

I meccanismi operativi sono numerosi, complessi, "elasticizzabili" e tendono a formare un reticolo di funzionamento adattabile alle diverse situazioni, senza peraltro perdere il controllo dell'organizzazione né restringere troppo i gradi di discrezionalità degli addetti. È previsto un sistema di comunicazioni, di controlli e di valutazioni multidirezionali, codificato e centrato sui risultati più che sui compiti. Il sistema premiante è caratterizzato da notevoli incentivi di tipo economico e non, diretti alla professionalizzazione rispetto ai compiti richiesti.

Figura 1.11. Sistema tecnocratico/efficientista

I processi indotti sono di tipo adattivo rispetto all'organizzazione in generale (identificazione con l'organizzazione, con il brand o con il prodotto) e di tipo critico/propositivo. I processi sociali sono comunque ritenuti di notevole importanza per il sistema in quanto possibile fattore di elasticità, di stimolo allo sviluppo e di monitoraggio plastico e retroattivo; anche gli spazi di dissenso tendono a essere sollecitati e formalizzati. I processi possono essere improntati da notevole convenzionalità culturale: gergo comune, abbigliamento comune, comune spirito di casta aziendale.

Le procedure di funzionamento inducono a volte un utilizzo spinto delle risorse creative individuali, spesso in emulazione con gli altri individui; questo fatto può stressare notevolmente le persone e contemporaneamente disincentivare le istanze di funzionamento collettivo. In questo tipo di sistema organizzativo i processi di reazione all'organizzazione tendono a essere sospinti nell'ambito delle nevrosi individuali, sgravando il sistema organizzativo di notevoli attriti contestativi e sociali.

Nella figura 1.11 abbiamo la raffigurazione grafica del sistema tecnocratico/efficientista.

1.10.5. Sistema organizzativo socioculturale (movimenti d'opinione, partiti nascenti)

Sotto la denominazione di "sistema organizzativo socioculturale" ho inteso radunare, in termini tipologici, tutte quelle organizzazioni che

raccolgono con scopi omogeneizzanti e propositivi alcuni bisogni sociali emergenti dall'ambiente, che non sono adeguatamente rappresentati e tutelati dalle istituzioni o organizzazioni già presenti. Si potrebbero citare i movimenti femminili, i movimenti ecologisti, le associazioni a difesa dei consumatori ecc.

Il sistema organizzativo di tipo socioculturale ha rapporti di strettissima interazione e di massima apertura con il contesto in cui nasce. È il contesto stesso che lo fa nascere. Tende all'efficacia nel raggiungimento del compito più che all'efficienza, alla qualità più che alla quantità.

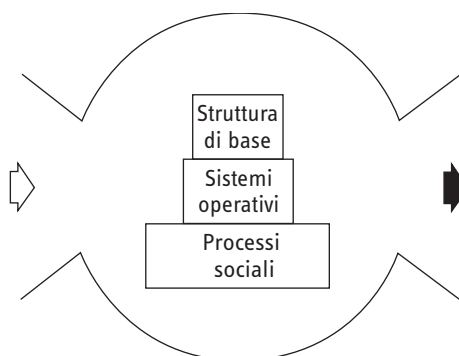
La struttura di base tende a essere minimamente codificata. La divisione dei compiti, delle responsabilità e delle funzioni è minimamente formalizzata e rispetta necessità di carattere contingente e operativo, più che bisogni di formalizzazione esplicita. Non è la struttura di base che unifica l'organizzazione, ma sono i valori promossi e soprattutto testimoniati dal sistema attraverso i processi sociali.

I meccanismi operativi sono anch'essi poco codificati e rispondono a necessità contingenti e pratiche più che a vere logiche organizzative programmate. Il circuito informativo, ad esempio, si limita a predisporre dei mezzi e dei punti di passaggio di informazione ma non si spinge a codificare il come, il quando si informa, su quali temi e con quali risultati in termini di azione (ad esempio uso di Internet, volantinaggio, convocazione di assemblee ecc.).

Con una struttura di base limitata e dei meccanismi operativi approssimati, i processi che si sviluppano in un sistema organizzativo socioculturale godono di massima elasticità, massima libertà, ma anche massima possibilità di arbitrio e di caos sociale. Essendo i valori di base professati il fattore aggregante dell'organizzazione nel suo complesso, è prescritta la loro assunzione, pena il rigetto sociale. I processi di tipo critico/propositivo e reattivo sono ammessi solo rispetto alle modalità di attuazione pratica dei valori di base, non è ammessa critica dei valori.

In realtà, i processi di attuazione pratica e coordinata dei valori di base (momento sostanziale di verifica degli stessi) sono resi spesso difficili dalla carenza di formalizzazione organizzativa che non agevola le prese di decisione direzionali (da distinguere da quelle individuali o di piccolo gruppo).

I processi di un sistema organizzativo socioculturale possono avere una grossa forza d'incidenza nei momenti "vincenti" dei valori professati e praticati, ma possono degradarsi nei momenti in cui i valori guida non possono essere testimoniati e non fungono più da legante del sistema.

Figura 1.12. Sistema socioculturale

In carenza di elementi di struttura di base (fattore di stabilità) e di meccanismi operativi (fattore di movimento programmato), il sistema socioculturale è sottoposto a notevoli fluttuazioni legate alle sorti della praticabilità dei valori.

La realtà storica delle organizzazioni ci dice che il sistema socioculturale risolve la propria precarietà accettando di farsi riassorbire, in particolari contingenze storiche, dal tessuto sociale che lo ha creato, o dandosi una struttura più solida e dei meccanismi organizzativi più articolati. In questo secondo caso il sistema socioculturale deve accettare una maggior strutturazione gerarchica e una minor apertura al contesto esterno, deve accettare di diventare più organizzazione e meno movimento.

Nella figura 1.12 abbiamo la raffigurazione grafica del sistema socioculturale.

Le tipologie precedentemente citate in modo sintetico e generico godono e soffrono di tutti i pregi e i difetti delle tipologie in genere; se accolte con riserva e spirito di ricerca esse possono servire a fornire delle coordinate di massima del fenomeno indagato, se assunte come tipologie assolute ed esaurienti si prestano a feroci critiche di parzialità e di approssimazione.

Esse sono quindi consegnate alla flessibilità percettiva e alla misura critica del lettore.

1.11. Esperienze

Esperienze di cambiamenti macrostrutturali

In questa sessione della pubblicazione vengono riportate alcune esperienze di cambiamento macrostrutturale del sistema sanitario, con l'obiettivo di proporre storie che richiamino metaforicamente alcuni aspetti trattati teoricamente nei capitoli precedenti. La disciplina organizzativa è un campo empirico che ha sempre bisogno di verificare le proprie convinzioni e generalizzazioni deduttive nei fatti, attraverso un percorso induttivo che parte dalle esperienze concrete. La letteratura organizzativa si edifica su innumerevoli esperienze razionalizzate *ex post*, dalle quali estrae i tratti di ripetibilità, alla ricerca di paradigmi di diagnosi e d'intervento, un po' come si muove lo sviluppo delle discipline mediche. Pertanto lo scopo delle parti esperienziali proposte tra i capitoli teorici di questa pubblicazione non è solo quello di raccontare esperienze concrete nella loro unicità situazionale, ma quello di sottolinearne gli aspetti generalizzabili e farne stimolo e suggerimento di trasferibilità in altri contesti.

In particolare, l'esperienza che segue, centrata sull'ospedale per intensità di cura, risulta di fondamentale stimolo per tutti coloro che promuovono un cambiamento per discontinuità evolutiva della configurazione complessiva della sanità italiana.

L'ospedale e la logica sottesa al suo funzionamento rappresentano il nodo centrale della sanità nel suo complesso. Le strutture ospedaliere con la loro oggettività di macchine organizzative, strutturate e rigide, rappresentano i fattori meno modificabili e più indipendenti delle organizzazioni sanitarie, in grado di ispirare e irradiare, con le loro logiche di funzionamento, l'intero sistema della salute. Per questa ragione, l'opportunità di edificare *ex novo* le strutture ospedaliere permette di resettare radicalmente logiche e funzionamenti sanitari.

In modo didascalico cercherò di elencare gli spunti di riassetto offerti dal pretesto fondante degli ospedali per intensità di cura.

Aspetti di struttura di base

- L'orizzontalità dei processi clinici si sposa con un organigramma piatto, integrato e portato a unicità di governo da pochi e fondamentali ruoli gestionali, caratterizzati dall'attività indiretta di orchestrazione e da un percorso di carriera verticale (direzioni generali, direzioni sanitarie, direzioni del personale, direzioni amministrative, direzioni di area/dipartimento/distretto). Nel contempo dovrebbero essere legittimate e prendere ampio respiro le carriere orizzontali degli innumerevoli ruoli di *professional*, carat-

terizzati da alta specializzazione e competenza clinica. Risulta interessante anche la nascita di nuove funzioni orizzontali e multidisciplinari di “infermiere di riferimento” e “medico tutor” dedicate a mantenere informati pazienti e famiglie sullo stato del processo sanitario.

- La gestione discrezionale delle macrorisorse (spazio fisico, budget, organico, tecnologia, tempo) dovrebbe essere affidata alla discrezionalità dei pochi ruoli gestionali. I professionisti clinici dovrebbero disporre discrezionalmente solo delle risorse irrinunciabili per la loro attività specialistica. Verrebbe così messo in profonda discussione il ruolo di potere (contemporaneamente gestionale e specialistico) attribuito alle figure primarie, in grado di frantumare i processi clinici, spesso rinchiusi idealmente in sottosistemi autoreferenti per competenze e potere.
- L’allocazione degli spazi fisici (architettura, ergonomia) dovrebbe rispettare l’aspetto processuale, multidisciplinare e orizzontale dell’attività sanitaria. L’orizzontalità dei processi clinici appare più coerente con edifici caratterizzati da pochi piani.
- Le aree spaziali dovrebbero essere aggregate nel rispetto delle tipologie cliniche e della minor mobilità possibile dei pazienti.
- La riduzione all’essenziale dei processi di ospedalizzazione e dei costi addizionali connessi attribuisce primaria importanza alle strutture e agli attori della sanità territoriale. Il territorio rappresenta il luogo eletto a perseguire obiettivi e azioni di prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione.
- Un tale progetto di riedificazione d’impianto e di cultura aziendale richiama l’importanza della nascita di una forte funzione di sviluppo del personale e di sviluppo organizzativo. All’interno di tale funzione l’attività di formazione permanente, non solo specialistica ma anche manageriale e comportamentale, assume un’indispensabile funzione di accompagnamento e rinforzo delle azioni di sviluppo.

Aspetti inerenti i sistemi operativi

- L’enfasi posta dal modello di ospedale per intensità di cura sui processi orizzontali di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione promuove tutti i sistemi operativi di integrazione pluriprofessionale delle attività. Assumono, perciò, particolare importanza i sistemi di direzione e i sistemi procedurali quali il piano di lavoro di area, la programmazione di presidio/territorio, la pianificazione di ASL.
- I sistemi di monitoraggio della qualità di processo vengono rivisti nel loro aspetto strategico, in qualità di rilevatori di best practice e di utili incroci con le procedure del sistema premiante.

- I sistemi di controllo di gestione perdono il loro spirito prescrittivo di controllo fiscale, per acquisire lo spirito più generativo di sistema di monitoraggio e aiuto rispetto all'allineamento, in itinere, delle prestazioni con il dimensionamento delle risorse impegnate.
- Il sistema premiante appare una precondizione indispensabile a instaurare una cultura meritocratica ancorata a due aspetti: quello della valutazione delle competenze e delle prestazioni specialistiche, rivolto ai soggetti che erogano attività cliniche e assistenziali dirette, e quello della diagnosi dei tratti di personalità (attitudini), per quei soggetti che dimostrano capacità di copertura dei ruoli di attività indiretta gestionale e manageriale (pochi ma altamente influenzanti).
- Il sistema premiante dovrebbe perdere la sua attuale incoerenza che tende a premiare i migliori specialisti (orizzontali) con un ruolo gerarchico (verticale), confondendo l'eccellenza specialistica con quella gestionale. Questa incoerenza premiante, che si annida nell'attuale definizione di profilo primario, crea nevrosi di interpretazione di ruolo nei professionisti migliori e, nel contempo, istiga stili comportamentali improntati alla megalomania e al potere di status nei professionisti più dubbi. Va ribadita la legittimazione strutturale supportata da un sistema meritocratico in grado di premiare sia le competenze espresse dalle numerose carriere orizzontali dei *professional* (oggi poco o per nulla contemplate), sia le capacità delle più ridotte ma influenzanti carriere verticali dei gestionali e manager. Una tale pulizia meritocratica metterebbe fuori gioco i personaggi di dubbia competenza e abilità gestionale ma caratterizzati da alta motivazione rispetto al potere gerarchico, fonti di diseconomie e diffusamente presenti nei contesti sanitari nostrani.
- Un concetto di sistema sanitario plastico, capace di adattarsi *in itinere*, attivando cambiamenti incrementali rispetto ai bisogni di salute della popolazione, abbisogna di un accompagnamento facilitante in termini di formazione e di consulenza di sviluppo organizzativo. La formazione e la consulenza organizzativa dovrebbero elaborare sistemi di rilevazione sistematica di fabbisogni formativi e conseguenti sistemi di formazione permanente rispetto alle competenze, alle capacità e ai processi di comunicazione.

Aspetti inerenti i processi sociali

- La configurazione e la logica del sistema centrato sui processi inerenti la salute più che sugli atti o gli interventi specialisti "claustrofobici" potrebbero rappresentare un'implicita pedagogia sociale, in grado di

RIPROGETTARE LA SANITÀ

rinforzare le percezioni e i comportamenti che traggono senso dai risultati e non dagli atti frantumati.

- I processi di appartenenza potrebbero ampliare il loro spettro identificandosi con le ampie aree funzionali (area, dipartimento, distretto) e con le condotte vincenti, anziché chiudersi psicologicamente in dinamiche di reparto indotte dagli stili di leadership primariali.
- Il sistema meritocratico dovrebbe aumentare i processi sociali caratterizzati dalle competenze distintive e dai comportamenti virtuosi.
- Gli stili di governo dei ruoli apicali, se i soggetti che li rivestono sono adeguatamente selezionati in termini di tratti di personalità, dovrebbero irradiare trasparenza, autorevolezza negoziale orizzontale e piglio convincente, tanto da indurre climi e processi sociali emulativi, limitando al massimo gli stili autoritari e verticali che spesso inducono, invece, climi e processi sociali conflittuali e competitivi.

L'esperienza di edificazione di nuovi ospedali per intensità di cura richiede una costante tensione diffusa e una capacità di concertazione di tutti i fattori strutturali, procedurali e sociali che concorrono alla generazione di un nuovo modello di gestione della salute. Le resistenze e gli attriti delle configurazioni sanitarie storiche e consolidate (seppur obsolete) e di tutti i soggetti che in tali sistemi godono di economie di posizione giocheranno tutte le carte in loro possesso per riempire, con fare camaleontico, i nuovi contenitori organizzativi e le nuove funzioni con le condotte del passato. Se ciò avvenisse, si sarebbe persa l'occasione di riformulare una sanità più efficace e meno costosa per numerosi lustri.

Le esperienze toscane di ospedali per intensità di cura

di *Francesco Bellomo*

Premessa

L'ospedale per intensità di cura è un ospedale nel quale l'organizzazione del lavoro, per rispondere ai bisogni dei pazienti in modo appropriato, valorizza i processi di cura e i percorsi clinico-assistenziali in forma integrata multiprofessionale e multidisciplinare. Parimenti, l'ospedale per intensità di cura non è concepibile senza la contestuale riprogettazione dell'altro elemento del sistema sanitario, il territorio, con il quale è necessario attivare sistemi operativi d'integrazione di processo, per assicurare la continuità di percorso.

In qualità di coordinatore del progetto sanitario di realizzazione dei 4 nuovi

ospedali della Regione Toscana (Massa, Lucca, Pistoia e Prato), intendo dare una testimonianza del processo di cambiamento organizzativo in corso e contribuire al dibattito sui nuovi modelli di assistenza.

Le linee guida progettuali dei quattro nuovi ospedali

Il documento di presentazione del nuovo modello di ospedale (Piano-Veronesi, Roma, 21 marzo 2001) esplicita chiaramente in che modo il sistema delle cure dovrebbe realizzare il complesso delle relazioni funzionali tra servizi di assistenza e propone un modello di ospedale **per acuti #lasciare qui?#** aperto, dove le attività di diagnosi sono realizzate prevalentemente sul territorio e le relazioni tra i reparti ospedalieri di cura si sviluppano secondo logiche di condivisione delle risorse (aree funzionali) e per processi e percorsi assistenziali.

Le *Linee guida* di progettazione dei quattro nuovi ospedali riprendono gli indirizzi del modello Piano-Veronesi definendo la tipologia architettonica e i parametri dimensionali (delibera del Consiglio regionale della Toscana, 12 febbraio 2003, n. 31, sezione I, *Progetto Nuovi Ospedali*):

- organizzazione volumetrica a sviluppo orizzontale compatto;
- organizzazione planimetrica a corpo quintuplo;
- numero massimo di piani fuori terra pari a quattro;
- determinazione della superficie totale relativa a ogni singolo intervento edilizio.

La distribuzione delle funzioni è per aree omogenee (area materno-infantile al piano 1°, chirurgica al piano 2°, medica al piano 3°) disposte sul piano orizzontale, dove le aree di degenza si integrano con i servizi (degenze materno-infantili con le sale parto, degenze chirurgiche con le sale operatorie e la rianimazione), mentre i collegamenti verticali assicurano la continuità dei processi di cura tra i diversi livelli di complessità assistenziale: in verticale sopra il Pronto soccorso vi sono al piano 1° le sale parto e al piano 2° le terapie intensive e il blocco operatorio con l'interventistica vascolare. Al piano terra, il Pronto soccorso, al quale si accede tramite un ingresso dedicato, è integrato con la diagnostica per immagini; agli ambulatori e alla dialisi e ai servizi di accoglienza si accede invece dall'ingresso principale, opposto rispetto al Pronto soccorso. L'edificio che si è progettato appare come una struttura compatta con percorsi estremamente ridotti che prevedono la separazione tra personale e visitatori. Queste caratteristiche della struttura sono state ricondotte nelle *Linee guida* a una "matrice dei percorsi" che individua le priorità e le criticità dei collegamenti tra le funzioni intraospedaliere (cfr. tab. 1).

Tabella 1. Le linee guida. Matrice dei percorsi

<i>Verso</i>	<i>DEA</i>	<i>Blocco operatorio</i>	<i>Reperti degenza</i>	<i>Reperti alta intensità di cura</i>	<i>Struttura riabilitazione intensiva</i>	<i>Blocco parto</i>	<i>Endoscopia</i>	<i>Centrale sterilizzazione</i>	<i>Diagnostica per immagini</i>	<i>Diagnostica di laboratorio</i>	<i>Centro trasfusionale</i>	<i>Area ambulatoriale</i>
<i>Da</i>												
<i>DEA</i>		Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'
<i>Blocco operatorio</i>	Alta criticità <10'		Non critico	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
<i>Reperti degenza</i>	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'
<i>Reperti alta intensità di cura</i>	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia		Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
<i>Struttura riabilitazione intensiva</i>	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'
<i>Blocco parto</i>	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Non critico		Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
<i>Endoscopia</i>	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Non critico		Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico
<i>Centrale sterilizzazione</i>	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'		Alta criticità <5'	Non critico	Non critico	Criticità intermedia
<i>Diagnostica per immagini</i>	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <10'		Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Criticità intermedia
<i>Diagnostica di laboratorio</i>	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico		Alta criticità <10'	Non critico
<i>Centro trasfusionale</i>	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'	Non critico	Alta criticità <5'	Alta criticità <5'		Non critico
<i>Area ambulatoriale</i>	Alta criticità <5'	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Alta criticità <10'	Alta criticità <10'	Alta criticità <5'	

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

Inoltre, è stata fatta richiesta di centralizzare alcune funzioni in modo da favorire il lavoro multidisciplinare, lo studio e lo sviluppo degli strumenti professionali e di governo clinico (audit, PDSA): ad esempio, gli studi medici sono tutti al terzo piano e non sono, come adesso, all'interno delle aree di degenza. Gli ambulatori sono centralizzati al piano terra e facilmente accessibili dall'esterno. Le funzioni afferenti all'area critica anestesia-rianimazione e le attività chirurgiche sono anch'esse centralizzate e le degenze chirurgiche sono collocate allo stesso piano in prossimità del blocco operatorio. Inoltre, le terapie intensive e subintensive sono centralizzate in prossimità del blocco operatorio e funzionalmente collegate al Pronto soccorso. Il layout ospedaliero non prevede l'esistenza di reparti distinti ma di aree di attività assistenziali, di studio e analisi dei casi clinici, in modo da facilitare la realizzazione di attività coordinate di rilevazione dei parametri clinico-assistenziali e di programmazione e confronto interdisciplinare tra i professionisti degli interventi di cura.

Nello stesso anno 2003 a Perugia vennero poi presentate le linee guida dell'Agenas sulla progettazione dei nuovi ospedali (*Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza*, supplemento di "Monitor. Elementi di Analisi e osservazione del Sistema Salute", 11, 6, settembre-ottobre 2003): il documento dell'agenzia riprende i noti temi della transizione epidemiologica in atto (invecchiamento della popolazione e cronicità), dello sviluppo tecnologico, dell'appropriatezza (e livelli essenziali di assistenza) e della necessità di umanizzare l'assistenza mettendo al centro la soddisfazione dei bisogni del cittadino e della sua famiglia, in continuità con la rete territoriale. Nel documento la mission del nuovo ospedale è quella di «assicurare, in qualsiasi circostanza, la cura più appropriata a ogni paziente, senza discriminazioni di sesso, razza, nazionalità e condizione sociale, attraverso la pratica clinica integrata, la ricerca e la formazione»; l'ospedale si connota come «nodo primario della rete sanitaria dei servizi territoriali di assistenza e cura che, interagendo, devono assicurare un'adeguata e completa funzione di filtro e di garanzia dell'intero processo diagnostico-terapeutico. L'efficacia della cura, l'umanizzazione dell'assistenza, l'arricchimento intellettuale e professionale del medico e del personale infermieristico e l'efficienza della gestione sono i fattori che devono garantire l'alta qualità delle prestazioni ospedaliere». L'ospedale dovrà essere facilmente accessibile, flessibile e adattabile alle mutate esigenze organizzative che si andranno a presentare. «La struttura di base del nuovo ospedale supera il concetto del reparto tradizionale: le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline specialistiche bensì sono realizzabili in settori di facility il più possibile comuni. I percorsi del singolo paziente sono predefiniti, integrati e organizzati

RIPROGETTARE LA SANITÀ

il più possibile orizzontalmente. Pertanto, le degenze, le sale operatorie, i laboratori, gli ambulatori, i servizi ecc. saranno centralizzati e utilizzati da molteplici professionisti.»

Dunque il modello del nuovo ospedale si caratterizza per :

- alta capacità e complessità di prestazioni a fronte di una capienza contenuta dell'area di degenza (corpo quintuplo);
- alta qualità e graduazione di intensità di assistenza delle degenze;
- contenimento del tempo medio di ricovero;
- sviluppo delle prestazioni ambulatoriali e diurne;
- alta utilizzazione delle attrezzature specialistiche;
- alta flessibilità strutturale e di utilizzo;
- dimensione contenuta e compattezza della struttura con ottimizzazione dei percorsi;
- organizzazione per processi di cura;
- sicurezza e contenimento del rischio.

I successivi passaggi progettuali (preliminare, definitivo ed esecutivo) hanno portato alla definizione di quattro strutture ospedaliere con lo stessa tipologia di sviluppo strutturale delle diverse aree e a uno schema distributivo che facilita l'applicazione del modello dell'assistenza centrata sul paziente, basato su setting di assistenza differenziati per complessità (tecnologica e delle competenze). Strutture compatte dove l'organizzazione del lavoro necessariamente deve avvenire per processi e integrarsi con le funzioni outline.

Il nuovo ospedale come opportunità di cambiamento

Il dato di fatto è che il nuovo ospedale suscita nei diversi attori sentimenti e aspettative diverse e a volte contrapposte. Per i *medici* il superamento della tradizionale organizzazione dell'ospedale per reparti può rappresentare perdita di identità, svalutazione professionale e riduzione del prestigio personale; il *personale infermieristico*, invece, percepisce il cambiamento come un'opportunità di sviluppo del ruolo professionale. Ai *cittadini* interessano una migliore accessibilità e funzionalità dei servizi. I *malati* pretendono sicurezza, presa in carico in tempi certi ed efficacia del trattamento. I *manager* ricercano sostenibilità economica e flessibilità di esercizio.

Nel 2005 viene pubblicata sul BURT della Regione Toscana la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40, *Disciplina del servizio sanitario regionale*, che detta i principi organizzativi del sistema sanitario regionale. Dal punto di vista organizzativo, gli aspetti innovativi consistono nell'aver previsto nelle aziende due tipo-

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

logie di articolazioni organizzative, una *professionale*, soP (Struttura operativa professionale, art. 60) e l'altra *funzionale*, soF (Struttura operativa funzionale, art. 63). Nelle soP, le Unità operative sono i contenitori monodisciplinari del sapere (cardiologia, medicina, chirurgia generale ecc.) e la mission è quella di mantenere il sapere e le conoscenze dei clinici sviluppando la ricerca e l'innovazione in coerenza con la produzione e la mission aziendale. Le soF sono multidisciplinari, multiprofessionali, sono le vere linee di produzione alle quali compete la gestione del budget e dei fattori produttivi. In ospedale le soF sono rappresentate dalle Aree funzionali (art. 68, c. 2, lett. b).

Nell'art. 68, "Il presidio ospedaliero di zona", si descrivono le funzioni del direttore di Presidio e si sottolinea al comma 2 come «entro 3 anni dall'entrata in vigore della presente legge [...] le ASL procedono alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi», qui declinati con la classificazione mutuata dall'analisi sistemica.

Aspetti strutturali

- Mantenimento a livello aziendale dell'organizzazione funzionale secondo settori specialistici omogenei, garantendo alla direzione aziendale i necessari livelli di coordinamento dipartimentale e di assistenza (aree funzionali omogenee);
- strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero (degenze ad alta assistenza intensiva e subintensiva, degenze ordinarie, week surgery, day surgery, chirurgia ambulatoriale ecc.), superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;
- individuazione per ciascuna area ospedaliera di distinte responsabilità gestionali (organigramma, funzionigramma) sul versante clinico-assistenziale e infermieristico e di supporto ospedaliero (capo area, posizione organizzativa, responsabile di percorso).

Sistemi operativi

- Predisposizione di protocolli assistenziali e di cura;
- introduzione di sistemi premianti centrati sulla meritocrazia e sui risultati vincenti in termini di processo clinico;
- adozione di sistemi di gestione budgetari e di funzionamento per obiettivi di miglioramento organizzativo.

Processi sociali

- Generazione di comportamenti diffusi dettati dai bisogni assistenziali del paziente;
- assunzione di culture di appartenenza all'area funzionale e multidisciplinare più che alle singole discipline;
- adozione di stili di leadership negoziali/convinti e partecipati, motivanti rispetto al personale clinico e al personale dedicato all'assistenza;
- abbandono di stili leaderistici pesantemente gerarchico/prescrittivi.

Lo sviluppo del modello per processi e la continuità assistenziale

Ma quali leve organizzative possono essere attivate per realizzare questo cambiamento prefigurato nella norma regionale? Nella mia esperienza le azioni che hanno portato a qualche risultato misurabile sono state:

- l'adozione di un modello di comportamento istituyente (legittimato strutturalmente) e teso al governo clinico come metodo di progettazione delle attività del direttore sanitario nel medio lungo periodo, per il miglioramento sistemico delle organizzazioni;
- la costituzione di uno staff multidisciplinare e multiprofessionale per la programmazione, l'implementazione e il monitoraggio/valutazione delle azioni di governo clinico realizzate;
- l'adozione di sistemi operativi basati su piani di lavoro e obiettivi budgetari;
- l'inserimento negli obiettivi di budget delle azioni di miglioramento organizzativo e di sviluppo delle attività per il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni dei malati, al fine di definire le aree prioritarie di interesse da investigare anche al fine di responsabilizzare i cittadini all'uso appropriato delle risorse;
- la generazione di un sistema premiante meritocratico centrato sui risultati dei processi clinici e assistenziali;
- l'attivazione di processi sociali di coinvolgimento dei clinici e del personale di assistenza nella progettazione e realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali POTA, finalizzati a migliorare l'efficacia del percorso di presa in carico e dimissione (tempi di attesa al Pronto soccorso, tempo di esecuzione degli esami, tempi di degenza, continuità assistenziale);
- le politiche del personale orientate al rinforzo dei ruoli critici della struttura, finalizzate alla riduzione della distanza tra linee di produzione e livello di programmazione (direzione strategica), sviluppando un sistema di relazioni orizzontali, con chiara attribuzione delle responsabilità e valorizzazione del ruolo professionale.

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

La difficoltà a realizzare queste azioni è principalmente dovuta all'inadeguatezza degli strumenti normativi relativamente alla possibilità di valorizzare la competenza professionale e la capacità di gestione clinica dei percorsi dei pazienti. Si tratta di disegnare profili di progressione di carriera professionale complementari (sviluppi di carriere specialistiche orizzontali) a quello del primario, tradizionalmente legato alla responsabilità dell'unità operativa, andando a definire *ex ante* i bisogni dell'organizzazione e incentivando i clinici che meglio rispondono alle aspettative di appropriatezza clinica e gestionale. Di fatto si deve prevedere un'organizzazione flessibile dove le posizioni non sono fisse ma variano in base al livello delle competenze e ai risultati conseguiti.

Questa configurazione delle responsabilità supera la sovrapposizione tra organigramma e funzionigramma prevedendo sistemi che realizzino una distribuzione orizzontalmente diffusa delle responsabilità di tutela dei processi clinico-assistenziali, attribuendo a un numero limitato di dirigenti (sviluppi di carriere gestionali verticali) la responsabilità diretta dei fattori produttivi.

Dal 2006 la direzione aziendale di Prato ha sviluppato un percorso per la realizzazione del modello organizzativo prefigurato con la legge di organizzazione della Regione Toscana, adottando il governo clinico (*clinical governance*) come modello concettuale di riferimento, inteso come processo di miglioramento organizzativo, per la governance complessiva del sistema delle cure e dell'assistenza. Il direttore sanitario ha previsto di riservarsi il ruolo di "direttore d'orchestra" (*project manager*) rispetto alla realizzazione dei processi previsti dal progetto di governo clinico aziendale, stabilendo *ex ante*, insieme al proprio staff e ai clinici coinvolti, le modalità di monitoraggio dei processi attivati e il livello di raggiungimento dei risultati attesi.

Le diverse azioni del governo clinico che sono state sviluppate con particolare attenzione sono:

- progettazione e realizzazione del sistema di gestione del rischio e del contenzioso;
- progettazione e gestione della ricerca clinica e dell'innovazione tecnologica;
- progettazione, implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali;
- progettazione e realizzazione di un sistema di partecipazione interna ed esterna (associazione dei malati: progetto salute partecipata) per la revisione dei processi assistenziali e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget;
- introduzione dell'analisi dei processi secondo il "metodo lean" per la revisione organizzativa e il miglioramento dell'efficienza;

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- sviluppo di un sistema premiante rispetto al modello organizzativo funzionale previsto dalla norma regionale.

Gli strumenti attivati, che sono stati utilizzati per ottenere la condivisione necessaria dei percorsi tra i clinici e il personale di assistenza e l'opportuna partecipazione dei cittadini, sono stati seguiti nelle diverse fasi di implementazione del progetto direttamente dalla direzione sanitaria aziendale tramite lo staff del DSA e inseriti all'interno degli obiettivi di budget.

Dal 2006 al luglio 2010 l'ospedale di Prato ha in questo modo realizzato l'organizzazione funzionale per aree omogenee e, in particolare nell'area materno-infantile e in quella chirurgica, è stato possibile realizzare una piattaforma assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare, definendo i percorsi dei pazienti nelle degenze di alta complessità, di week surgery e per la chirurgia ambulatoriale, in modo da attribuire le relative responsabilità sulla gestione dei percorsi ai dirigenti medici, anche prevedendo i necessari rapporti funzionali con il settore dell'emergenza/urgenza. Le azioni sono state monitorate tramite indicatori inseriti nel sistema di budget, negoziati con gli operatori coinvolti e, in qualche caso, con i rappresentanti delle associazioni dei pazienti.

Di fatto a oggi siamo ancora lontani dall'aver acquisito comportamenti organizzativi totalmente coerenti alla visione del governo clinico. Il modello prevede un forte e costante impegno delle direzioni aziendali a valorizzare i comportamenti orientati al miglioramento organizzativo e all'innovazione, non autoreferenziali, e a esplicitare in maniera trasparente i criteri delle scelte, in modo da portare l'organizzazione a definire in modo condiviso le priorità.

Inoltre, le resistenze della "struttura" professionale, sanitaria o amministrativa che sia, attraverso gli strumenti della burocrazia delle gerarchie verticali, rendono difficilmente realizzabile un modello organizzativo orizzontale fondato sulla responsabilizzazione diffusa e la condivisione delle scelte. È dunque necessaria una revisione strutturale dei ruoli degli attori organizzativi regolamentare, che introduca sistemi operativi coerenti alla nuova configurazione di attività e una revisione dei processi sociali, a partire dai comportamenti esemplari di chi riveste posizioni apicali.

Il progetto dei quattro nuovi ospedali toscani

I nuovi ospedali sono organizzati per aree funzionali omogenee con un capo area medico e infermieristico. L'area si articola in settori multidisciplinari, o moduli, di 14 letti funzionali ciascuno.

I letti sono funzionali ai bisogni assistenziali del paziente (non dedicati alla

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

singola disciplina, come adesso) e sono suddivisi per *area omogenea* (terapia intensiva DEG 1 – chirurgia, medicina, materno-infantile, DEG 2 – riabilitazione, cure intermedie, DEG 3 – da prevedere fuori dal presidio ospedaliero, diagnostica per immagini, laboratorio, blocco operatorio, emergenza/urgenza, servizi) e per tipo *ordinario, breve e tecnico* (letti di dialisi, osservazione breve intensiva), e quindi organizzati in livelli (1, 2 e 3) di “intensità” assistenziale, che richiedono risorse quali-quantitative decrescenti dal livello 1 al livello 3. Si viene a creare una matrice che associa al paziente il livello organizzativo rispondente al bisogno assistenziale e all’area omogenea di competenza diagnostico-terapeutica (intensiva, medica o chirurgica). All’interno di ogni singola area di degenza dovranno essere definiti i moduli di 12-14 pazienti, ai quali viene assicurata la presa in carico da parte di un team multidisciplinare e multiprofessionale, con un infermiere di riferimento e un medico tutor in grado di riferire al paziente e alla famiglia (il medico tutor e l’infermiere di riferimento possono essere tali anche per più di un modulo).

Dovranno essere definiti dai clinici e dal personale di assistenza i criteri, e con essi i sistemi operativi in grado di regolamentare i processi, di ammissione/dimissione e di presa in carico del paziente. È fondamentale stabilire i criteri di valutazione dei bisogni clinico-assistenziali del paziente nel momento della presa in carico, che di norma avviene al Pronto soccorso, ma che potrebbe avvenire anche prima, durante la visita a domicilio del medico di medicina generale o nell’ambulatorio dello specialista. La rivalutazione clinico-assistenziale del paziente è necessaria anche nella fase di reinserimento del paziente nella rete assistenziale territoriale o invio al proprio domicilio. Il piano diagnostico terapeutico assistenziale di ogni singolo paziente deve essere verificato secondo modalità e tempi stabiliti.

I flussi in ingresso all’ospedale si possono così distinguere in “flusso dell’emergenza” e “flusso dell’elezione” e, considerata la mission dei nostri ospedali provinciali, il drive del funzionamento del macrolivello ospedaliero è rappresentato dal flusso dell’emergenza. In pratica, l’ospedale va guidato dal Pronto soccorso (è il flusso del ps il principale drive della programmazione dell’utilizzo dei letti funzionali dell’ospedale). È quindi necessario porre particolare attenzione alla progettazione del sottosistema dell’emergenza/urgenza e nella scelta dei sistemi operativi da attivare.

Dunque il **#progetto dei quattro nuovi ospedali toscani#** (Massa Carrara**#trovo: Apuane#**, Lucca, Pistoia, Prato) non è solo un progetto edilizio, ma si tratta di una reingegnerizzazione del sistema di gestione dell’assistenza con la finalità di realizzare i principi normativi, organizzativi e culturali dell’assistenza centrata sul paziente (per intensità di cura), attraverso un processo di razionalizzazio-

RIPROGETTARE LA SANITÀ

ne della rete dei servizi sanitari nel suo complesso, anche al fine di integrare le componenti ospedaliere e territoriali e le relative competenze nella presa in carico dei bisogni di assistenza del cittadino. Il progetto interessa quattro ASL diverse, sia dal punto di vista del profilo epidemiologico sia del grado di sviluppo della rete territoriale locale, e impatta sulla popolazione di quattro province. Altra unicità del progetto è rappresentata dal profilo gestionale che lo sostiene: si tratta di un progetto di finanza che impegna nell'investimento, insieme alle aziende pubbliche, un soggetto privato, promotore-concessionario, al quale viene concessa, a fronte dell'investimento iniziale di costruzione dei quattro ospedali, la gestione di servizi sanitari *no core* (ad esempio pulizie, sterilizzazione, rifiuti ecc.) per 19 anni. I servizi sono forniti ai presidi ospedalieri e gestiti dal concessionario in maniera unitaria secondo modalità negoziate tra il concedente (le quattro ASL) e il concessionario nelle diverse fasi di realizzazione del progetto. La realizzazione delle opere e la gestione dei servizi affidati al concessionario sono compresi in un unico Piano economico finanziario (PEF) con oneri ripartiti secondo un "profilo di costi" che tiene conto della produttività di ogni singolo presidio. In estrema sintesi, l'investimento per la costruzione e la gestione dell'opera e dei servizi forniti generano un canone annuale unico che è ripartito secondo criteri che considerano la produzione e i costi di produzione: quindi, in ultima analisi, i livelli di efficienza dei processi produttivi realizzati nei singoli presidi. Questo profilo gestionale presuppone che il modello organizzativo e i processi di cura nei quattro stabilimenti ospedalieri siano presidiati almeno dal punto di vista dei risultati attesi, previsti per ogni nosocomio.

Le caratteristiche salienti del Project Financing dei quattro nuovi ospedali toscani sono:

- costruzione dei quattro nosocomi secondo un progetto edilizio unico coerente con le linee guida predisposte e deliberate dalla Regione Toscana;
- struttura che, coerentemente con quanto richiesto nelle linee guida, sviluppa un modello concettuale di ospedale per acuti che facilita la realizzazione dell'organizzazione dell'assistenza centrata sul paziente per processi di cura;
- compattezza della struttura, caratterizzata da una limitata connettività rispetto alle aree di degenza e diagnostiche, che prevede l'adozione di soluzioni organizzative efficienti per la fornitura dei servizi (assicurati dal concessionario ma anche dai rispettivi ESTAV).

Questi aspetti dovranno essere accompagnati dallo sviluppo delle infrastrutture e dal potenziamento dei sistemi informativi integrati (unico sistema di gestione

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

clinico-amministrativa). Inoltre, dovranno essere definiti i percorsi assistenziali con il territorio e prevedere adeguati livelli di presa in carico extraospedaliera (cure intermedie ecc.).

Al fine di realizzare il progetto, la committenza regionale ha previsto che le quattro aziende costituiscano un consorzio denominato Sistema integrato ospedali regionali (SIOR), con un presidente nominato tra i quattro direttori generali con la funzione di coordinamento generale del progetto.

A oggi la costruzione delle strutture si trova a un livello avanzato di realizzazione, in linea con il cronoprogramma, e gli ospedali dovranno essere operativi nel primo semestre 2013. Un progetto complesso e di queste dimensioni necessita di una spinta coordinata da parte delle quattro direzioni aziendali che all'unisono devono orientare le attuali organizzazioni ospedaliere al nuovo assetto organizzativo gestionale previsto dal progetto. L'assetto definitivo prevede che il concessionario si doti di un unico sistema di *pilotage* per il monitoraggio e controllo delle attività da gestire e dei relativi costi da sostenere, mentre le aziende, incardinate nella programmazione della corrispondente Area vasta (Massa e Lucca – Area vasta Nord-Ovest; Pistoia e Prato – Area vasta Centro), pur mantenendo autonomia di gestione del bilancio, per la parte relativa ai quattro nuovi ospedali avranno a disposizione quale strumento da contrapporre al partner privato il consorzio SIOR, che attualmente non ha funzioni sovraordinate di governance. Le decisioni del SIOR devono poi essere attuate a livello delle singole aziende.

Il SIOR appare troppo debole come strumento di governance rispetto alle dimensioni della sfida da sostenere. Un cambiamento organizzativo di tale discontinuità rispetto al passato, che si propone modificazioni di struttura, di regole del gioco e di processi sociali, sollecita resistenze diffuse, soprattutto da parte della categoria medica. Un tale processo necessiterebbe di una guida e di un accentramento di governo forte e costante, caratterizzato dall'impegno diretto dell'istituzione regionale che lo ha normativamente proposto.

Il caso Cuneo

di *Fulvio Moirano*

Non ero alla prima esperienza da direttore generale di azienda sanitaria quella mattina del 26 marzo 1996, quando per il mio insediamento incontrai il direttore sanitario e il direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera Santa Croce e Carle a Cuneo, i quali avevano retto le sorti dell'azienda negli ultimi mesi, dopo che nell'agosto del 1995 il TAR Piemonte aveva annullato per vizi di forma e, in

RIPROGETTARE LA SANITÀ

alcuni casi, anche di sostanza le nomine di tutti i direttori generali del Piemonte. Avevo infatti ricoperto dal gennaio all'agosto del 1995 il ruolo di direttore generale dell'ASL di Biella, prima di essere anch'io coinvolto nell'annullamento delle nomine dei direttori, perché la giunta regionale non aveva adeguatamente tenuto conto della valutazione degli aspiranti direttori effettuata da società esperte di selezione del personale, alle quali la stessa giunta regionale aveva commissionato la valutazione. Per mia fortuna il giudizio che i valutatori avevano espresso su di me era positivo e in quell'ipotetica graduatoria mi collocavo nelle prime posizioni e ciò mi ha consentito di essere successivamente nominato dalla giunta regionale (che dovette seguire in modo stringente le indicazioni del TAR Piemonte) prima commissario e poi direttore generale dell'Azienda ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo.

Quell'esperienza a Biella, pur breve, mi aveva consentito di affrontare la complessità del lavoro indiretto che deriva dall'essere l'"istituente" di un'azienda sanitaria dove il direttore generale è al tempo stesso il responsabile della produzione di prestazioni e della tutela della salute dei cittadini; dove ha responsabilità dirette nella capacità di rendere efficiente la filiera produttiva interna, ma deve avere capacità negoziali molto forti con i portatori di interesse esterno, ad esempio con le conferenze e le rappresentanze dei sindaci, i quali esprimono, per legge, parere sulla riconferma del direttore generale, sui suoi premi incentivanti, sugli atti aziendali ecc. e che hanno interessi diretti sulla gestione dei servizi sociali che ricadono direttamente sui bilanci comunali, al contrario di quelli sanitari di finanziamento regionale. Sempre pensando ai poteri negoziali esterni, non possono essere sottovalutate le ricadute che un'efficace attività preventiva dei servizi di igiene pubblica, di medicina del lavoro e dei servizi veterinari ha sugli imprenditori operanti all'interno di un'ASL.

Cambiamenti strutturali

Ritornando a quella mattina del 26 marzo 1996, certamente mi sentivo emozionato nell'assumere l'incarico di direttore generale nell'azienda ospedaliera di rilievo nazionale della provincia dove risiedevo e dove avevo lavorato dal 1982 come vicedirettore e direttore sanitario di ospedale, nonché coordinatore sanitario di ASL, ma anche rafforzato proprio da quelle precedenti esperienze.

Arrivavo in questa azienda dopo un direttore dotato di uno stile gerarchico, verticale, di notevole forza leaderistica e notevolmente etico, che aveva plasmato in quattro anni l'azienda al suo stile, rendendola molto efficiente e sana dal punto di vista economico-finanziario, ma non abbastanza proiettata

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

su una dimensione regionale e nazionale e soprattutto con un clima interno conflittuale.

Per mia attitudine invece ero e sono più orientato a una gestione maggiormente condivisa, per cui già quella mattina pensavo che sarebbe stato necessario impostare interventi radicali sulla struttura, sui meccanismi operativi e sui processi sociali. Quindi, dopo alcuni giorni nei quali cercai di capire le caratteristiche dei miei collaboratori più diretti, cominciai a prendere qualche decisione a partire dai direttori sanitario e amministrativo: confermai quest'ultimo e non confermai quello sanitario. Infatti, il direttore amministrativo rappresentava la continuità aziendale, uomo solido e competente, garante delle regole, che mi compensava con la sua centratura sul "pensiero vincolo" rispetto a una mia prevalente centratura sul "pensiero sviluppo". Successivamente procedetti alla nomina di un nuovo direttore sanitario di mia fiducia e, grazie ad alcune posizioni funzionali che si erano liberate, feci una prima piccola rivoluzione nominando nuovi dirigenti in direzione sanitaria di presidio e trasferendone altri. Inoltre, in quell'anno le aziende dovevano predisporre i nuovi atti aziendali, e questa fu una vera fortuna, in quanto misi mano all'organigramma e al funzionigramma e mi fu possibile cambiare strutture organizzative e persone, in particolare attivando gli staff della direzione generale precedentemente non presenti, quali il controllo di gestione, l'organizzazione e sviluppo risorse umane, il servizio informativo direzionale, l'ufficio relazioni con il pubblico, l'ufficio qualità.

Tutte queste strutture, essendo nuove, avevano bisogno di un forte sostegno della direzione generale rispetto a quelle consolidate come il servizio tecnico, il personale, la contabilità, gli acquisti, la direzione sanitaria di presidio. Con l'approvazione dell'atto aziendale si intervenne sulla ristrutturazione dei dipartimenti e anche sulla riconversione delle strutture complesse; in particolare identificammo dieci dipartimenti strutturali, aggregando le strutture complesse aziendali (poco più di quaranta) prevalentemente per affinità di processo o per target.

Inoltre, essendo presenti anche due o tre strutture complesse per la medesima disciplina (Medicina generale, Chirurgia generale, Ortopedia, Pneumologia) si iniziò un processo di razionalizzazione con differenziazione delle competenze: in particolare le Medicine generali, che erano tre, furono trasformate una in Medicina interna, una in Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e l'altra soppressa; una delle due chirurgie generali fu dapprima trasformata in Chirurgia day surgery e poi ridotta a struttura semplice aggregata all'altra Chirurgia. Le tre pneumologie furono ridotte a una e le due ortopedie furono unificate. Grazie a tali processi di ristrutturazione si poterono utilizzare in nuovi settori le

RIPROGETTARE LA SANITÀ

risorse umane in organico precedentemente impegnate in attività non necessarie e in strutture sovrapposte, che erano state duplicate nei decenni precedenti probabilmente per soddisfare le aspettative di alcuni aspiranti primari, magari sostenuti da qualche componente del comitato di gestione dell'epoca. Infatti, negli anni settanta e ottanta i vincoli economici e le spinte all'efficienza erano sicuramente cedevoli rispetto alla necessità politica di aumentare il consenso dei dipendenti.

Proprio le risorse umane e strutturali derivanti dalla dismissione delle divisioni doppie hanno consentito di adempiere alle previsioni dei Piani sociosanitari regionali (PSSR) della Regione Piemonte, che assegnavano già dagli anni ottanta all'ospedale di Cuneo funzioni sovrazionali (quali ad esempio Chirurgia toracica, Reumatologia, Terapia intensiva neonatale, Cardiocirurgia), funzioni che non furono mai attivate con concorsi primariali, forse anche perché, non essendovi aspiranti locali sufficientemente attrezzati, il comitato di gestione non aveva la spinta e l'interesse politico a nominarli. Parallelamente alcune divisioni relative a discipline a più rara diffusione, come Chirurgia vascolare e Oncologia, pur presenti da tempo, erano rette da un aiuto facente funzione, e quindi non svolgevano appieno la funzione di centro di riferimento per l'intera provincia.

In sintesi, l'azienda ospedaliera era ancora un ospedale a vocazione locale e non dimostrava appieno la volontà di essere anche un ospedale di secondo livello. Occorre ricordare che il direttore generale che mi aveva preceduto, del quale ho precedentemente descritto le caratteristiche, aveva iniziato ad attivare qualche settore specialistico di secondo livello (come l'Emodinamica e l'Ematologia), ma non aveva potuto proseguire il percorso per tutte le discipline, anche perché nel frattempo la Regione Piemonte aveva bloccato le assunzioni dei primari per problemi di bilancio.

Invece, in quel 1996, avendo potuto predisporre l'atto di riorganizzazione poi approvato dalla Regione assieme ai carichi di lavoro del personale, riuscimmo ad attivare tutti i concorsi primariali e a dare una svolta all'ospedale stesso. Infatti, anche grazie alla nuova normativa relativa alla selezione dei responsabili di struttura complessa, che consentiva una scelta autonoma e discrezionale al direttore generale, furono nominati, in totale autonomia, una dozzina di nuovi primari provenienti da tutta Italia che diedero discontinuità culturale e nuovi stimoli alla gestione e alle prassi aziendali. Negli anni successivi, quasi tutti i "vecchi" primari, anche per questioni anagrafiche, cessarono l'attività e praticamente cambiammo tutta la struttura apicale con quasi quaranta primari di nuova nomina. Fu peraltro necessario inventarsi qualche soluzione per fronteggiare la crescente richiesta di prestazioni da parte della popolazione, che si

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

rivolgeva sempre di più al nostro ospedale, e per questo ideammo una sperimentazione gestionale denominata AMOS.

Parallelamente si creò un gruppo di lavoro che si riuniva di regola mensilmente, finalizzato a organizzare gli spazi fisici delle strutture ospedaliere. Lo definimmo Gruppo di lavoro per il Piano direttorio, ed era composto dalla direzione generale, dal direttore sanitario dei presidi ospedalieri, dal responsabile infermieristico, dal responsabile del sistema informativo direzionale e naturalmente dal responsabile del servizio tecnico. Questo gruppo decideva, tra notevoli discussioni, tutte le assegnazioni degli spazi ai singoli dipartimenti e si procedeva alla successiva negoziazione con i direttori dei dipartimenti solo dopo aver condiviso, tra i componenti del gruppo sopradescritto, una posizione unitaria. Tale metodo di lavoro ci consentì di ridurre le sedi ospedaliere da tre a due, di unificare le attività amministrative in un'unica sede e di affrontare la crescita di domanda ampliando le due sedi ospedaliere, utilizzando tra l'altro le risorse derivanti dalla vendita del terzo ospedale dismesso. Ovviamente si cercò di rendere più coerenti anche gli spazi interni, spostando e avvicinando le strutture complesse del medesimo dipartimento per evidenziare l'effettiva dimensione strutturale del dipartimento stesso e consentire una più agevole gestione organizzativa al direttore dipartimentale.

In tale compito fummo facilitati, oltre che dalla qualità delle persone che, come ho già detto, in gran parte erano di nuova nomina (provenienti dall'esterno) o di nuovo incarico (provenienti dall'interno ma spesso ricollocate in nuova posizione dirigenziale più adatta), anche dalle risorse economiche di cui poteva disporre l'ospedale. Infatti l'azienda produceva prestazioni di ricovero, day hospital e ambulatoriali il cui tariffato consentiva l'equilibrio di bilancio, pur finanziando gli ammortamenti che ammontavano a circa 10 miliardi di lire all'anno, per arrivare negli ultimi anni della mia gestione (2006 e 2007) a più di 7 milioni di euro annui; a tali importi si aggiungevano circa due miliardi di lire annui, divenuti quasi due milioni di euro nel 2006, provenienti dalla potente fondazione bancaria della Cassa di risparmio di Cuneo, nel cui consiglio di amministrazione l'azienda ospedaliera aveva diritto di nominare un componente.

Inoltre avevamo predisposto, e in parte ereditato dal direttore generale di cui ho parlato all'inizio, un piano di valorizzazione dei beni immobiliari dell'ospedale la cui alienazione ci consentì di incassare, grazie alla stretta collaborazione con l'amministrazione comunale, quasi 35 miliardi di lire. Infine, i finanziamenti nazionali e regionali (ex art. 20 legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67 e legge 5 giugno 1990, n. 135, per il contrasto dell'AIDS) aggiungevano una disponibilità di altri 30 miliardi di lire.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

È evidente che fu possibile un investimento rilevante sugli spazi fisici che il Gruppo di lavoro per il Piano direttorio dell'ospedale cercò di ottimizzare condividendone gli indirizzi con i direttori dei dipartimenti. Contemporaneamente si investì nel dimensionamento di risorse tecnologiche grazie ai fondi disponibili e a qualche operazione di leasing che il conto economico consentiva; in particolare, gli investimenti si concentrarono sulle macchine pesanti del dipartimento radiologico, su hardware e software, naturalmente non dimenticando le apparecchiature dei dipartimenti tecnologici quali ad esempio il dipartimento cardiovascolare, il dipartimento chirurgico, quello di emergenza/urgenza ecc.

Attraverso l'ammortamento si poteva altresì procedere alla sostituzione delle apparecchiature obsolescenti mantenendo così un parco attrezzature di avanguardia. Di particolare rilievo fu l'investimento fortemente innovativo dell'installazione a Cuneo del primo ciclotrone di Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta e della relativa TAC-PET e radiochimica; infatti in quegli anni, a fine anni novanta, il ciclotrone nel pubblico era presente solo in Lombardia, in Emilia, in Veneto e in Toscana e non superava le cinque o sei installazioni in Italia.

Proprio nel Dipartimento radiologico, con le nuove e importanti attrezzature si rese necessario ottimizzare la risorsa tempo di utilizzo delle tecnologie e si procedette a una analisi ABC per realizzare una contabilità industriale delle prestazioni radiologiche che ci dette molte informazioni per migliorare i tempi morti e abbattere le attese per i pazienti ambulatoriali ma anche per quelli degenti. Si lavorò molto anche per diminuire le attese dei pazienti attraverso prenotazioni a fasce orarie, garantendo l'accesso alla prestazione ambulatoriale entro tempi certi.

Per evitare che i pazienti che dovevano essere operati potessero essere rinviati, si inserì nel sistema operativo di incentivazione un meccanismo che impedisse il rinvio e nel contempo garantisse gli operatori a supporto dell'attività chirurgica (anestesisti, infermieri di sala, operatori sociosanitari) e che non consentisse ai chirurghi di prevedere sedute già a priori sovradimensionate. Anche nel Dipartimento dei laboratori si ridefinirono i tempi di lavoro, aumentando quelli a disposizione dei medici e dei tecnici per l'Anatomia patologica e riorganizzando il laboratorio analisi, eliminando la prenotazione, accettando tutti i pazienti che si presentavano ogni mattina, e prevedendo l'invio gratuito a domicilio dei referti.

Per quanto riguarda i tempi del personale amministrativo, cercammo di definire tempi certi anche per l'effettuazione delle procedure di loro competenza, come ad esempio le procedure concorsuali, quelle per gli acquisti di beni e servizi e per la realizzazione dei lavori.

Generazione di sistemi operativi

Sui sistemi operativi che rappresentano le regole del gioco, la trasparenza organizzativa che regola il movimento normato, si cominciò a operare da subito prevedendo nuovi accordi sindacali attraverso piattaforme predisposte dall'azienda per definire un nuovo sistema premiante che consentisse la differenziazione in rapporto al merito e all'impegno senza per questo rompere i rapporti di cooperazione tra i colleghi, che rappresentano l'eccellenza organizzativa in particolare per le aziende di servizi. Per poter realizzare un compiuto sistema premiante era necessario potenziare un reporting con una reale presenza del sistema di controllo di gestione, che avesse capacità di fornire e ricevere dati tempestivi per consentire politiche di budget su cui il sistema premiante potesse camminare; si riuscì in breve tempo a passare da una reportistica semestrale a una mensile, che suscitò reazioni interessate e positive. A tal fine si attivò anche il Comitato budget, struttura ancorché temporanea di rinforzo e sostegno dei sistemi operativi; tale comitato era composto, oltre che dalla triade della direzione generale, dal direttore sanitario dei presidi e dal coordinatore infermieristico, dal responsabile della qualità, del controllo di gestione, dello sviluppo delle risorse umane, del servizio tecnico, del sistema informativo direzionale.

Il funzionamento del comitato prevedeva una relazione programmatica triennale predisposta dal direttore generale e che, una volta condivisa dal Comitato budget, veniva trasmessa ai direttori dei dipartimenti (e ai direttori delle strutture complesse) affinché potessero predisporre la proposta di budget annuale all'interno di un quadro il più possibile coerente con le linee programmatiche nazionali, regionali e aziendali. Una volta ricevute le proposte di budget da parte dei direttori dei dipartimenti, il Comitato budget le valutava e predisponneva uno schema di accordo da negoziare in apposita riunione tra il Comitato budget e il dipartimento, alla quale partecipavano, oltre al direttore del dipartimento, i direttori delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali oltre che i coordinatori infermieristici (o tecnici) delle strutture complesse afferenti al dipartimento.

Tale riunione di budget di regola impegnava da sei a otto ore per ogni dipartimento e si concludeva con un forte avvicinamento delle posizioni, propedeutico a un accordo che si sarebbe formalizzato successivamente.

Infatti, dopo aver completato il ciclo di incontri con tutti i dipartimenti, veniva organizzata una seconda riunione del Comitato budget alla presenza solo del direttore di dipartimento e del coordinatore infermieristico del dipartimento, di regola con durata di circa due o tre ore, finalizzata alla firma dell'accordo

RIPROGETTARE LA SANITÀ

di budget in cui erano puntualmente descritti il programma da realizzare con obiettivi e relativi indicatori, le risorse assegnate e gli importi incentivanti per i dirigenti medici e per i ruoli SPTA (sanitari, professionali, tecnici, amministrativi), nonché per il comparto; veniva negoziato anche un orario aggiuntivo strumentale agli obiettivi da raggiungere, da assegnare al dipartimento. Era compito del direttore del dipartimento, coadiuvato dai direttori delle strutture complesse e dai coordinatori infermieristici, assegnare successivamente ai singoli dipendenti obiettivi, importi incentivanti e orario negoziato.

Uno dei problemi più difficili da risolvere era quello di contenere tutto questo processo in tempi brevi; non sempre ci siamo riusciti. Occorre peraltro segnalare che il tempo “perso” per le negoziazioni è risultato “tempo investito” e ha portato notevoli vantaggi sul piano della condivisione delle strategie aziendali e sulla capacità dell’azienda di far penetrare l’informazione a tutti i livelli e contemporaneamente ricevere feedback dagli abitanti dell’organizzazione

Cambiamento e processi sociali

Non appare infatti irrilevante che i processi sociali fossero influenzati positivamente attraverso le caratteristiche attitudinali della direzione generale e di molti direttori di struttura. Avevamo allo scopo rivolta anche molta attenzione alla selezione degli apicali, ricercando nei candidati, oltre alle necessarie competenze e conoscenze specialistiche, anche le attitudini negoziali per ruoli gestionali-specialistici. Siamo riusciti così a creare un clima aziendale positivo, rilevato anche da un’analisi di clima che vide coinvolti nelle risposte quasi tutti i dipendenti (circa 1.700 su 2.000). Tale indagine era stata effettuata anche per valutare come erano state recepite le innovazioni organizzative e di stile di direzione della nostra gestione aziendale.

A fronte di un’evidente percezione dei cambiamenti non mancarono certamente critiche su alcuni temi, in particolare sulla gestione del personale, che aveva portato a premiare le varie figure professionali in modo anche fortemente divaricato fra loro e al loro interno, non prevedendo per tutti e a pioggia progressioni di carriera orizzontale o verticale, come molto spesso avveniva e avviene. Quindi la forte attenzione alle persone, collocate il più possibile a interpretare il ruolo a loro più congeniale, ha consentito loro di svolgere la funzione di climatizzatori positivi sul restante personale, diminuendo ogni forma di conflitto.

L’avventura all’azienda ospedaliera di Cuneo è durata undici anni, da quella mattina del 26 marzo 1996 alla sera del 28 febbraio 2007; certamente mi ha insegnato molto.

Analizzando con il senno di poi l’orchestrazione, più intuitiva che razionaliz-

zata, che mi ha portato ad agire contemporaneamente a più livelli di sistema (impianto organizzativo, regole del gioco e comportamenti), mi è parso un percorso per molti aspetti generalizzabile. Un'avventura educativa che mi ha consentito di affrontare nuove sfide, con la consapevolezza che in sanità i migliori risultati si ottengono condividendo il percorso con i vari livelli decisionali, negoziando con loro con forza e rispetto.

Il caso di unificazione istituzionale e organizzativa di tre ASL

di *Fulvio Moirano*

Dopo una lunga esperienza di direttore generale per undici anni all'azienda ospedaliera di Cuneo, sono stato nominato nel marzo 2007 commissario di tre ASL che sarebbero state ridotte a una con l'approvazione, da parte del Consiglio regionale del Piemonte (avvenuta nell'ottobre 2008), della legge di riassetto delle aziende sanitarie, nell'ambito di una riduzione complessiva da ventidue aziende a tredici nella Regione Piemonte.

Inizialmente permanevano quindi le tre aziende (complessivamente circa 4.500 dipendenti e oltre 400 mila abitanti su un territorio molto ampio) con relative sedi e strutture organizzative, regole di funzionamento e accordi sindacali difformi.

Mi trovai quindi subito ad affrontare i problemi tipici degli accorpamenti delle aziende, in particolare di quelle pubbliche, e cioè la necessità dell'omogeneizzazione di strutture e sistemi operativi in presenza delle resistenze al cambiamento dei dipendenti, delle organizzazioni sindacali e dei sindaci che condizionano i processi sociali.

Tali resistenze erano anche più forti in quanto la legge regionale che avrebbe dovuto sancire l'unificazione delle tre ASL era in itinere, quindi si dovevano impostare la riorganizzazione e l'integrazione mentre le tre aziende erano ancora in vita, con le tre sedi, i tre diversi spazi fisici e i relativi organigrammi e funzionigrammi, le tre diverse dotazioni organiche e con meccanismi operativi e processi sociali in molti casi profondamente divaricati.

Cercai subito di agire dando per scontato che il Consiglio regionale avrebbe approvato in breve tempo la legge di riordino (approvazione che in effetti si realizzò nell'ottobre dello stesso anno), in modo tale da convincere tutti i portatori di interesse interni ed esterni sulla ineluttabilità dell'unificazione aziendale; organizzai nei primi giorni dell'incarico una assemblea di tutti i direttori di dipartimento e di strutture complesse, sia sanitarie che amministrative, per informarli che avrei da subito predisposto un atto aziendale con la previsione di

RIPROGETTARE LA SANITÀ

una riduzione da tre a una di tutte le strutture complesse centrali, come si può rilevare dalla tabella allegata. La tabella descrive sinteticamente come si giunse a una riduzione da 145 strutture complesse a 105, con un saldo negativo pari a 40 strutture complesse in meno, pur in presenza di attivazione di altre strutture necessarie per il nuovo organigramma dell'azienda unificata. I numeri finali sopracitati, in verità, arrivarono alla fine di un lungo processo di negoziazione, che durò dal marzo 2007 al dicembre dello stesso anno, quando finalmente iniziò a operare anche formalmente la nuova azienda.

Evidentemente la realizzazione di tale revisione organizzativa necessitava ancora di passaggi sindacali, ma l'appoggio normativo che derivava dalla legge in discussione in Consiglio regionale rafforzava la posizione aziendale e molti direttori che avevano acquisito i requisiti minimi per il pensionamento decisero di utilizzare tali requisiti e furono collocati a riposo, consentendo all'azienda di riassorbire parte degli esuberi.

Iniziammo comunque a identificare un coordinatore a livello aziendale per ogni funzione che era presente in ciascuna ASL, in modo tale che per i servizi Personale, Contabilità, Acquisti, Tecnico, Economico, Controllo interno, Sviluppo risorse umane, Sistema informativo ecc. vi fosse, pur in presenza di tre direttori, un solo interlocutore per la direzione generale.

Relativamente agli spazi fisici si impostò il lavoro ipotizzando l'identificazione, certamente non ancora formalizzata, di una sede legale e operativa unica nella città capoluogo (Cuneo) con l'alienazione e vendita delle altre sedi con le modalità che vedremo meglio successivamente. Si utilizzò quindi il tempo intercorrente tra la nomina del direttore generale e quella dei due direttori, sanitario e amministrativo, delle tre aziende e l'approvazione della legge di unificazione, per mettere mano soprattutto all'omogeneizzazione dei sistemi operativi, non essendo possibile andare oltre sull'unificazione della struttura, in quanto giuridicamente esistevano ancora tre ASL.

Un primo problema era l'esistenza di tre RSU, ossia tre rappresentanze sindacali che avevano, oltre alle differenti appartenenze alle sigle sindacali, anche diverse appartenenze geografiche; quest'ultime apparivano prevalenti, in alcuni casi, e ciò rendeva necessario quasi un doppio livello di negoziazione. Si dovevano convocare riunioni con tutte e tre le RSU e, tenuto conto della rilevanza della nostra azienda e dell'accorpamento in itinere, partecipavano alle riunioni anche i responsabili sindacali provinciali e in alcuni casi quelli regionali, determinando un numero molto elevato di partecipanti alle riunioni, che spesso si tramutavano in assemblee.

Le relazioni sindacali, nonostante i problemi oggettivi, erano buone, in particolare con le RSU e i dirigenti provinciali, tenuto anche conto delle esperienze

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

maturate nell'azienda ospedaliera di Cuneo, e ci stimolarono a lavorare proficuamente a un maxiaccordo per la nuova costituenda azienda. Tale accordo ci consentì di superare differenze retributive e normative che esistevano tra le tre diverse aziende, utilizzando per gli stipendi variabili (posizione, progressioni, risultato, produttività) parte delle economie derivanti dal processo di unificazione.

Infatti l'azienda dichiarò esubero di personale amministrativo, alla luce di previsioni contrattuali nazionali che anche nel pubblico già esistevano, obbligando al pensionamento tutti i dipendenti amministrativi che avevano maturato i requisiti minimi; in alternativa, alcuni dipendenti amministrativi si trasferirono in altre pubbliche amministrazioni o in altre aziende sanitarie.

Il maxi-accordo sindacale regolò in modo puntuale anche tutta la mobilità intraziendale che con l'unificazione divenne uno dei punti più sensibili, considerando che le tre ex sedi legali distavano tra loro circa 30 chilometri e che era nostra intenzione abbandonare due sedi e concentrare i servizi amministrativi nella sede centrale; occorre segnalare a tal fine che la nuova azienda contava una dotazione organica di quasi 4.500 dipendenti, che gli amministrativi erano circa 500 e che una rilevante percentuale di questi veniva coinvolta nei processi di mobilità.

Anche per la dirigenza medica e sanitaria si resero necessari accordi analoghi a quelli sopradescritti, soprattutto per le direzioni presenti nei tre dipartimenti di Prevenzione, in particolare delle direzioni veterinarie che, pur in presenza nell'ASL di un rilevantissimo patrimonio zootecnico, erano di gran lunga sovradimensionate. Anche per i direttori di strutture complesse ospedaliere operammo interventi di razionalizzazione, ma furono meno rilevanti perché comunque l'erogazione dei servizi rimaneva nelle strutture ospedaliere, pur con alcuni ridimensionamenti e razionalizzazioni, soprattutto nell'area chirurgica e materno-infantile.

Nell'area della dirigenza medica e sanitaria furono più complessi gli accordi sindacali per la parte variabile degli stipendi (stipendio di posizione, di risultato, straordinario, reperibilità, libera professione intramuraria), soprattutto in considerazione delle notevoli differenze tra gli accordi delle tre ASL e della dimensione degli interessi in gioco. Inoltre, nessuno degli accordi precedenti aveva regole forti per garantire che vi fosse veramente uno sforzo aggiuntivo, da parte dei dirigenti, a favore dell'azienda, in cambio dei notevoli importi erogati per le parti variabili dello stipendio. Riuscimmo comunque a chiudere un ottimo accordo per ambedue le parti, utilizzando anche qui una quota delle risorse derivanti dalla razionalizzazione organizzativa per ridurre le variabilità delle tre ASL, ma soprattutto l'azienda riuscì a introdurre una parte

RIPROGETTARE LA SANITÀ

normativa che prevedesse reali sforzi aggiuntivi dei dirigenti, a favore dei servizi erogati ai cittadini a fronte delle somme percepite per le parti variabili dello stipendio.

Gli accordi sindacali unitari per dirigenza medica, sanitaria/professionale/tecnica/amministrativa (SPTA), e comparto, ci consentirono di procedere all'unificazione del sistema premiante, all'impostazione di politiche del budget unitarie e di reportistica dei controlli di gestione omogenea, nonché sulla condivisione delle procedure da seguire per l'identificazione formale dei nuovi direttori dei servizi centrali, una volta approvata la legge regionale.

Parallelamente si poté iniziare ad agire sulla struttura organizzativa con l'unificazione di procedure e regole dell'amministrazione del personale, sulla predisposizione di un bilancio di previsione per il 2008 per la nuova ASL, anche se fino alla fine del 2007 permanevano i tre bilanci, sull'omogeneizzazione delle procedure di acquisizioni dei beni e dei servizi, pur in presenza ancora di tre strutture amministrative.

Finalmente nell'ottobre del 2007 il Consiglio regionale approvò la legge di riforma che sanciva, dal 1° gennaio 2008, la creazione dell'ASL Cuneo 1, che assorbiva le tre precedenti ASL. Fui quindi nominato dal primo gennaio 2008 direttore generale di quell'ASL e, dopo la conferma dei due direttori, sanitario e amministrativo, iniziammo l'unificazione, forti del lavoro già effettuato nei dieci mesi precedenti.

Uno dei primi provvedimenti da assumere era quello relativo alla definizione della sede legale della nuova azienda, questione apparentemente non rilevante ma che segnalava la capacità o meno della direzione di muoversi coerentemente nel terreno del cambiamento. Infatti tale decisione abbisognava del parere, non vincolante ma obbligatorio, dei sindaci dei comuni rappresentati nell'assemblea dei sindaci. Si riuscì già in data 29 gennaio 2008 ad approvare, con il parere favorevole all'unanimità dei circa 180 sindaci dell'assemblea, l'identificazione della sede legale a Cuneo della nuova ASL. Questo non appariva scontato perché soprattutto Savigliano, che aveva la sede legale dell'ex ASL più importante e che rappresentava più della metà della nuova ASL, in particolare in termini di personale, rivendicava per sé la sede legale e operativa. Nei mesi precedenti però si era impostato un lavoro continuo di confronto con i sindaci sulla definizione delle macrostrutture, sulle sedi fisiche e sull'organigramma e funzionigramma della nuova ASL e si era negoziato con i vari portatori di interesse che la sede legale e operativa non potesse che essere unica, con tutti i servizi centrali (direzione generale e i servizi personale, tecnico, acquisti, economale, contabilità, sviluppo risorse umane, informativo, qualità ecc.). Nel contempo si sarebbe creata una macrostruttura ospedaliera presso l'ex sede di

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

Savigliano con contabilità separata che avrebbe avuto la responsabilità gestionale, con un direttore medico e un direttore amministrativo, di tutti e sei gli ospedali dell'ASL; inoltre, si sarebbe unificato in una località baricentrica il dipartimento di Prevenzione, mentre i distretti, ridotti da sette a sei, sarebbero ovviamente rimasti nelle sedi già definite. Da parte della direzione aziendale era molto importante definire le macrostrutture sia nella dimensione fisica che nella responsabilità gestionale, in particolare per le risorse economiche e di personale assegnate a ogni macroarticolazione aziendale. A tal fine occorre segnalare che i sei ospedali unificati spendevano circa 250 milioni di euro annui, che il dipartimento di Prevenzione costava poco meno di 50 milioni di euro annui e che i distretti assorbivano (compresa la mobilità passiva verso gli altri ospedali esterni alla ASL) la restante parte del bilancio aziendale, pari a circa 400 milioni rispetto ai circa 700 milioni di euro del bilancio complessivo. Tutto il processo di unificazione prevedeva interventi, oltre che sugli spazi fisici, anche sulle tecnologie, in particolare sulla tecnologia informatica, che andava sostanzialmente rivisitata per accompagnare il percorso di cambiamento della gestione del bilancio, del personale, del budget, della comunicazione interna ed esterna.

Definite così le sedi fisiche (sede legale e dei servizi centrali, sede della direzione ospedaliera, sede del dipartimento di prevenzione, sedi distrettuali), emergeva quindi con forza la necessità di regolare i rapporti tra le sedi e i relativi organigrammi e funzionigrammi, con regole e sistemi operativi che non lasciassero troppi spazi di ambiguità. Vennero allo scopo definiti e negoziati dalla direzione generale documenti regolatori dei rapporti tra la direzione centrale e le articolazioni delle macrostrutture periferiche: ospedale, dipartimento di Prevenzione, distretti. Questo fu un punto molto delicato perché si intervenne contemporaneamente sul funzionigramma, sul dimensionamento degli organici e sui sistemi operativi, e i vari attori rivendicavano le più ampie autonomie spesso in conflitto tra loro.

La dialettica, che ha necessitato di un ruolo molto attivo da parte della direzione, era tra la spinta all'accentramento nei servizi centrali e quella all'autonomia delle macrostrutture periferiche. Furono organizzati incontri tra la direzione generale, ogni singolo responsabile dei servizi centrali (personale, tecnico, acquisti, economale ecc.) con i direttori delle macrostrutture periferiche (ospedale, dipartimento di prevenzione, distretti); tali incontri consentirono di predisporre un documento organizzativo e operativo che regolava i movimenti, le competenze, le funzioni dei vari attori e che venne sottoscritto per ogni singola funzione centrale dal direttore generale, dal direttore della struttura complessa centrale, dal direttore della macroarticolazione.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

Un impegno rilevante era stato inoltre necessario per arrivare all'identificazione del responsabile unico per ogni servizio: si definì un'apposita procedura, dopo negoziazione con le organizzazioni sindacali sui criteri generali, che lasciava ampio margine al potere decisionale della direzione. Si giunse in tal modo alla riduzione da tre a uno di tutti i servizi, così come descritto nella tabella sopracitata, già nei primi mesi del 2008. Da tale unificazione sono derivati gli esuberi di personale, in particolare amministrativo, descritti precedentemente, che consentirono una drastica riduzione della dotazione organica e che giovarono non poco al bilancio aziendale.

Nel frattempo (giugno 2008) veniva emanato dal governo centrale un decreto (cosiddetto "decreto Brunetta") che prevedeva la possibilità per l'azienda di collocare a riposo i dipendenti che avessero già maturato 40 anni di contributi, anche contro la loro volontà; decidemmo di applicarlo, indistintamente, a tutti i dipendenti che si trovassero in tale condizione, ivi compresi i primari e i dirigenti; questo ci consentì di riequilibrare l'azienda sia sul rispetto dei vincoli di bilancio che sui parametri del personale.

Il pensionamento dei primari, per così dire coatto, che incise non poco sul clima aziendale, consentì però di agire più in profondità anche sulla ristrutturazione della rete ospedaliera dell'ASL, con una puntuale definizione della missione di ogni singolo ospedale, resa più coerente e meno in competizione con gli altri presidi operanti sul territorio, anche esterni alla nostra azienda.

Per quanto concerne i processi sociali è evidente che la profonda ristrutturazione attuata determinò ricadute sui climi aziendali; parlo di climi per far riferimento ai diversi climi delle tre preesistenti aziende e per sottolineare il tentativo di creare un nuovo clima nella istituenda ASL.

Molti dei vecchi dirigenti preferirono accedere al pensionamento piuttosto di confrontarsi con il cambiamento, altri furono costretti dall'azienda che, come già riferito prima, utilizzò il "decreto Brunetta" per collocarli a riposo e tutto questo consentì di arrivare a nuovi soggetti in quasi tutte le posizioni di vertice. In questo senso, consapevoli dell'importanza delle relazioni tra le persone e tra i gruppi di persone provenienti da diverse esperienze, cercammo per i ruoli di vertice della nuova azienda i dirigenti più adatti al ruolo di climatizzatori positivi e non ancorati in maniera nostalgica alle vecchie aziende. Privilegiammo, al di là delle esperienze e competenze, le persone dotate di un'attitudine migliore per il governo della nuova complessità.

Come considerazione finale di tutto il processo necessario per addivenire all'unificazione delle aziende, mi preme sottolineare come sia stato molto importante avere già dall'inizio una forte idea sull'organizzazione (struttura, sistemi operativi) da dare alla nuova azienda, per rispondere in modo efficiente

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

ai bisogni di salute della popolazione di riferimento e per arrivare agli appuntamenti istituzionali con i portatori di interesse, in modo tale da sapere fino a che punto si poteva cedere senza danneggiare l'efficienza organizzativa. Altrettanto importante fu però l'attenzione alla negoziazione con gli stessi stakeholder, che noi della direzione avemmo in particolare con i sindaci e le organizzazioni sindacali e anche a livello più diffuso con gli abitanti dell'organizzazione. Solo così riuscimmo a superare le resistenze dovute al senso di appartenenza alle vecchie aziende e le rendite di posizione che si sono dimostrate più forti delle appartenenze professionali, sindacali o politiche.

Tabella 2. #inserire titolo e rimando nel testo#

<i>Struttura complessa</i>	<i>ASL 15</i>	<i>ASL 16</i>	<i>ASL 17</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuova ASL</i>	<i>Differenza</i>
D. Prevenzione	1	1	1	3	0	-3
SISP	1	1	1	3	1	-2
SIAN	1	1	1	3	1	-2
SPRESAL	1	1	1	3	1	-2
Epidemiologia	1	0	0	1	0	-1
Veterinaria A	1	1	2	4	2	-2
Veterinaria B	1	1	2	4	2	-2
Veterinaria c	1	1	2	4	2	-2
Profilassi e Polizia veterinaria	1	0	0	1	1	0
uvos	0	0	0	0	1	1
Direzione amm.va	0	0	1	1	1	0
Direzione integrata prev.	0	0	0	0	1	1
Distretti	3	2	2	7	6	-1
Dip. strutt. territoriali	0	0	1	1	0	-1
AST	1	1	1	3	0	-3
118	0	0	1	1	1	0
Maxiemergenza	0	0	0	0	1	1
Direzione amm.va distr.	0	0	2	2	1	-1
Medicina legale	1	1	1	3	1	-2
Farmaceutica T	1	0	1	2	1	-1

Tabella 2. (segue)

<i>Struttura complessa</i>	<i>ASL 15</i>	<i>ASL 16</i>	<i>ASL 17</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuova ASL</i>	<i>Differenza</i>
SERT	1	1	1	3	1	-2
Psicologia	1	1	0	2	1	-1
Psichiatria	1	2	2	5	3	-2
Cure palliative	1	0	0	1	1	0
Direzione amm.va presidio unif.	0	0	0	0	1	1
Direzione medica pre- sidio	1	1	1	3	3	0
Sorv. e controllo infe- zioni comunitarie	0	0	0	0	1	1
Anestesia e Rianima- zione	0	2	3	5	4	-1
Medicina Interna	0	2	3	5	5	0
Neurologia	0	1	1	2	2	0
Cardiologia	0	1	1	2	2	0
Oncologia	0	0	1	1	1	0
Nefrologia e dialisi	0	1	0	1	1	0
Medicina fisica e ria- bilitativa	1	1	2	4	4	0
Neuroriabilitazione	0	0	0	0	1	1
Chirurgia generale	0	2	4	6	4	-2
Ortopedia e Trauma- tologia	0	1	2	3	3	0
ORL	0	1	1	2	2	0
Oculistica	1	0	1	2	2	0
Urologia	0	0	1	1	1	0
Radiodiagnostica	0	1	3	4	3	-1
Medicina e Chirurgia d'urgenza	0	0	1	1	2	1
Ostetricia e Gineco- logia	0	1	1	2	2	0
Pediatria	0	1	1	2	2	0
NPI	1	1	1	3	2	-1
Anatomia patologica	0	1	1	2	2	0

1. UN APPROCCIO DI ANALISI SISTEMICA

Tabella 2. (segue)

<i>Struttura complessa</i>	<i>ASL 15</i>	<i>ASL 16</i>	<i>ASL 17</i>	<i>Totale</i>	<i>Nuova ASL</i>	<i>Differenza</i>
SIT	0	1	1	2	2	0
Laboratorio analisi	0	1	3	4	2	-2
Diabetologia	0	0	0	0	1	1
Farmaceutica osp.	0	1	1	2	1	-1
Tecnico	1	1	1	3	1	-2
Provveditorato	1	1	1	3	1	-2
Economato	0	0	0	0	1	1
Patrimonio	1	0	1	2	1	-1
CED	1	1	1	3	1	-2
Affari generali (segreteria, organizz. gest. attività d.g.)	0	1	1	2	1	-1
Personale	1	1	1	3	1	-2
OSRU e formazione	1	0	1	2	1	-1
Bilancio contabilità	1	1	1	3	1	-2
Legale	1	1	0	2	1	-1
Ufficio qualità	0	0	0	0	0	0
Controllo gestione	1	1	1	3	1	-2
SIA	0	1	0	1	0	-1
Comunicazione URP	0	0	0	0	1	1
Formazione	0	0	0	0	0	0
Medicina lavoro/competente	0	0	1	1	1	0
SPP	1	0	1	2	1	-1
Programmazione e politiche budgetarie	0	0	0	0	1	1
SITRP (str. semplice per il triennio)	0	0	0	0	1	1
Vigilanza strutture accreditate	0	0	0	0	1	1
Totale	33	45	68	146	103	-43



2

Come integrare la complessità: la dialettica differenziazione/ integrazione nelle organizzazioni sanitarie

2.1. Dividere e congiungere

Prima di affrontare la peculiarità delle organizzazioni sanitarie rispetto alle problematiche legate alla dinamica di sviluppo, occorre definire il concetto e la tematica dell'integrazione organizzativa e analizzare come, nella storia organizzativa, si è tentato di dare risposta a tale problematica.

Qualsiasi organizzazione, anche di piccole dimensioni, si confronta con il problema della differenziazione, cioè della divisione e distribuzione del lavoro. Riprendendo i concetti espressi nell'analisi organizzativa, differenziare significa dividere quello che è il compito complessivo di un'organizzazione (la produzione di beni o servizi) in sottoinsiemi e ruoli più o meno omogenei per competenza e attività. Una tale attribuzione di funzioni e ruoli dovrebbe concorrere, nel suo insieme, alla missione dell'organizzazione.

La macrodivisione immediatamente osservabile è a livello della struttura di base. Nelle organizzazioni di una certa complessità tale divisione viene formalizzata con gli strumenti di visibilità organizzativa denominati organigramma e funzionigramma. Tali strumenti statuiscono la divisione delle funzioni, divisione che si dettaglia ulteriormente per ogni sottosistema e ogni reparto o ufficio in termini di mansioni e compiti.

In un contesto ospedaliero si parla di differenziazioni di funzioni (aree clinica, epidemiologica, contabile, gestione del personale) e di ruoli (direttori generali, direttori sanitari, direttori dipartimentali, primari, aiuti, assistenti, caposala, infermieri, ausiliari). Questa divisione di aree e di ruoli dovrebbe consentire alla corralità degli attori organizzativi il raggiungimento degli obiettivi generali dell'organizzazione. Senza un'efficace divisione di funzioni e di ruoli un'organizzazione minimamente complessa sarebbe in preda al caos.

Ma più il lavoro viene diviso e parcellizzato e più aumenta il rischio di frantumazione, di funzionamento a compartimenti stagni, di dinamiche eccentriche e scoordinate, di arroccamenti corporativi. Un significativo livello di differenziazione del lavoro richiama inevitabilmente la problematica complementare dell'integrazione, di come fare funzionare l'orchestra organizzativa senza che i pur bravi orchestrali si esprimano in solitudine, scoordinati, o, peggio, gli uni in competizione o contro gli altri.

È possibile constatare come la storia alle spalle delle organizzazioni (un tempo meno complesse di ora) sembra aver dedicato più attenzione alla divisione del lavoro (a volte in modo eccessivo) che alla sua integrazione. Nella concezione un po' datata degli impianti organizzativi il *divide et impera* sembra prevalere, nel passato, sull'"integra e gestisci". In numerose realtà organizzative che oggi necessitano di alta integrazione (come la realtà sanitaria) vanno progettate le condivisioni dei mandati accanto alla loro divisione. La divisione meccanica del lavoro risulta coerente con le organizzazioni semplici, esposte a processi di cambiamento poco significativi, portate a ripetere volumi di attività standardizzate, non soggette a mutamenti e a imprevisti di contesto. Una divisione spinta di funzioni e ruoli rende l'organizzazione rigida, incapace di flessibilità operativa, inabile a reagire con sollecitudine alle pressioni di cambiamento e produttrice di una cultura disgregante in quanto ogni sottosistema, e al limite ogni ruolo, tende a perseguire degli obiettivi particolaristici, indipendentemente se non addirittura contro gli obiettivi globali dell'organizzazione.

Anche nell'ambito di analisi, diagnosi e riprogettazione degli strumenti di integrazione non si può uscire da un'ottica sistemica; al contrario, bisogna rimanere ancorati a essa. Ciò significa che è impossibile fare una diagnosi e una riprogettazione degli strumenti di integrazione dando risposte univoche, rigide, adatte per tutte le situazioni. Al contrario, è necessario affrontare il problema con criteri logici che consentano una diversificazione di applicazione nei diversi contesti. Quindi non si tratta di formulare una "ricetta integrativa", ma si richiede l'uso di strumenti di diagnosi tesi a proporre un'integrazione personalizzata, a misura dei livelli di complessità organizzativa. Questa riflessione risulta tanto più importante quanto più gli strumenti di integrazione attuabili possono, o meglio devono, essere diversi anche nei singoli sottosistemi organizzativi, i quali possono possedere delle caratteristiche di estrema diversità l'uno dall'altro. Va aggiunto il fatto che la problematica dell'integrazione non è risol-

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

vibile con un unico strumento, bensì con una composizione variabile di addendi integrativi, ogni contesto organizzativo necessita di un “cocktail” integrativo tagliato a misura.

Gli strumenti di integrazione seguono di pari passo la complessità dell’organizzazione: più l’organizzazione è complessa, più è differenziata e bisognosa di integrazione.

Può essere utile considerare alcuni fra i più significativi criteri che ci consentono di diagnosticare la complessità e quindi il fabbisogno di integrazione di una specifica organizzazione e/o dei suoi diversi sottosistemi. Tra i molteplici indicatori di complessità organizzativa vale la pena di ricordarne alcuni:

- il livello di incertezza che il sistema deve amministrare;
- il livello di pluralità e diversificazione di beni/servizi prodotti;
- il livello di interdipendenza necessario a raggiungere i risultati organizzativi;
- il livello di discrezionalità decisoria decentrata indotto dai beni/servizi prodotti;
- la dimensione organizzativa.

Analizziamoli nel dettaglio.

2.2. Livello di incertezza che il sistema deve amministrare

Il livello di incertezza con cui l’unità organizzativa deve fare i conti può essere situato in diversi punti dell’organizzazione, punti legati logicamente tra loro ma che è meglio separare per cogliere dove è più opportuno collocare le modalità di intervento e di presidio organizzativo.

2.2.1. Potenzialità di incertezza/imprevedibilità legata agli input

In questo ambito vi sono situazioni in cui gli input, già considerati nel primo capitolo in fase di approccio all’analisi sistemica di un’organizzazione, possono essere stabili e facilmente reperibili/controllabili, contro situazioni in cui vi è una forte turbolenza dei fattori in ingresso, che si traduce in una necessità crescente di “allarme” interno all’organizzazione tesa a fronteggiare le eventuali variazioni. Questa riflessione può essere esemplificata analizzando la diversa complessità di un reparto di Medicina specialistica nel quale, conoscendo i trend storici, si possono più o meno prevedere le richieste monoprofessionali quali-quantitative di

prestazioni, comparandolo con l'area di Pronto soccorso che si trova, necessariamente, a fronteggiare funzionalmente situazioni imprevedibili, multidisciplinari, molto instabili quali-quantitativamente rispetto alle domande in ingresso.

La stima dell'imprevedibilità può essere però estesa a tutti gli input possibili. Ad esempio, il fattore in ingresso "tecnologia" sarà sottoposto a variazioni e imprevedibilità più frequenti in reparti intensivi e nei laboratori di analisi che non in reparti ad alto contributo di competenze cliniche e di basso valore aggiunto tecnologico; ancora, certi farmaci sono sempre reperibili sul mercato, mentre altri che subiscono logiche di governo monopolistico possono diventare difficilmente reperibili. Come ulteriore esempio si consideri quanto la turbolenza e l'imprevedibilità di leggi e regolamenti possano produrre incertezza su tutto il sistema o su parti di esso.

2.2.2. Potenzialità d'incertezza/imprevedibilità legata allo sviluppo e cambiamento dei processi lavorativi

In alcune organizzazioni i processi e le condotte di lavoro sono relativamente stabili nel tempo, tanto da poter definire procedure e protocolli di azione consolidati e ripetitivi. In queste organizzazioni le prassi innovative sono rare e non attese, poiché potrebbero collidere con la richiesta di standard di processo produttivo. Solitamente tali aziende non sono esposte a significative innovazioni tecnologiche, né a ricerca e sviluppo di nuove metodologie di lavoro. La stabilità e la ripetitività di processo di tali organizzazioni poggiano soprattutto sull'immutabilità della struttura di base, sui sistemi operativi di standardizzazione e, solo in subordine, sulla ripetitività lavorativa dei processi sociali.

Diverso è il livello d'incertezza di quelle aziende che sono in continua ricerca e sviluppo di logiche, di tecnologie e di metodologie di processo lavorativo. I processi lavorativi in ambito sanitario, ad esempio, hanno pochi eguali in termini di ricerca e sviluppo scientifico, di evoluzione tecnologica, di innovazione di condotte diagnostiche e d'intervento. Le aziende sanitarie sono centrate sull'erogazione di prestazioni, ma parallelamente producono ricerca e sviluppo e interiorizzano la ricerca e lo sviluppo del mondo scientifico in continua evoluzione. Tale fenomeno introduce nei processi di lavoro continue destabilizzazioni evolutive in grado di rendere velocemente obsoleti modelli d'azione e prassi lavorative. Un tale livello d'incertezza introduce notevole complessità organizza-

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

tiva e richiede una dote di flessibilità e di adattamento al cambiamento, che non deriva dalla struttura di base aziendale e nemmeno dai sistemi operativi, ma che fa appello ai processi sociali, agli individui e alla loro motivazione generativa, tesa a sviluppare competenze di processo sempre più efficaci.

2.2.3. Potenzialità d'incertezza/imprevedibilità legata agli output

Gli output sono rappresentati dai beni/servizi che un'organizzazione eroga rispetto al proprio contesto d'azione. Più le prestazioni in output sono prevedibili e standardizzabili meno creano complessità al sistema organizzativo. Più i beni e i servizi erogati sono imprevedibili e richiedono notevoli personalizzazioni più inducono complessità al sistema.

Si pensi al livello diffuso di personalizzazione e di adattamento continuo richiesto dalle prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza, monitoraggio, sanificazione, bonifica. I sistemi sanitari dovrebbero "invadere" idealmente i territori e le popolazioni di loro pertinenza con condotte personalizzate di prevenzione e assistenza miranti alla salute e, contemporaneamente, si trovano ad accogliere nelle loro strutture una quotidiana "invasione" di cittadini in attesa di prestazioni personalizzate di diagnosi, cura e riabilitazione. Questa invasione non standardizzabile pluriprodotto e pluriservizio rende penetrabile e perciò poco definibile la frontiera domanda/offerta, in modo tale che ogni operatore sanitario può ed è richiesto di portare il proprio contributo discrezionale alla quali-quantità delle prestazioni. In sanità il livello d'incertezza/imprevedibilità delle prestazioni in output induce livelli di complessità difficilmente riscontrabili in altri sistemi organizzativi.

Nell'esperienza quotidiana di contatto con gli operatori della sanità appare chiara una risposta di merito rispetto a quanto è elevato questo livello complessivo di incertezza/variabilità in ingresso e in uscita. Un dato generale di turbolenza fisiologica è dovuto alla rapidità delle innovazioni frutto di ricerca scientifica, agli innumerevoli sviluppi di approcci clinici, all'evoluzione della tecnologia in campo sanitario, alle innovazioni farmacologiche. Tutto ciò spinge i sistemi sanitari verso processi sociali di formazione permanente al fine di prevenire le obsolescenze professionali sempre in agguato. Inoltre sta cambiando con relativa rapidità la cultura in ingresso degli utenti: la crescita economica e soprattutto lo sviluppo culturale dei cittadini elevano il livello di aspettative degli utenti rispetto

alle prestazioni, aumentano il loro rapporto di forza rispetto agli operatori sanitari, spostano l'attenzione sulla prevenzione e non solo sulla cura, non solo sulla prestazione sanitaria ma anche sugli stili di relazione assistenziale, le prestazioni alberghiere e la gradevolezza ambientale. Si può dunque ragionevolmente diagnosticare un tasso molto alto di complessità legato all'incertezza e imprevedibilità da processare nelle organizzazioni sanitarie. Esso può certamente avere delle variazioni tra sottosistema e sottosistema, ma sono variazioni comunque sempre intorno a un livello complessivo alto.

2.3. Livello di pluralità e diversificazione dei beni/servizi prodotti

Per un'azienda che produce beni/servizi omogenei (per processo produttivo, per competenze e professionalità applicate, per materie prime, strumenti e tecnologia di produzione, per fabbisogno di mercato) risulta relativamente basso il livello di complessità da presidiare. Si parla in questi casi di aziende monoprodotto/servizio bassamente diversificate.

Un altro scenario di complessità da presidiare si presenta in quelle organizzazioni che producono beni/servizi diversificati per processo produttivo, per competenze e professionalità applicate, per contributo di materie prime, per applicazione di strumenti e tecnologie di produzione e per fabbisogno di mercato soddisfatto. La presenza di pluralità materiali, professionali, tecnologiche, ambientali, strumentali, metodologiche nel medesimo contesto organizzativo da ricchezza aziendale si può facilmente tramutare in conflitto caotico di visioni, prospettive diverse e attività poco conciliabili fra loro.

Si pensi all'enorme differenziazione di servizi presenti in un contesto sanitario, che si muovono tra servizi territoriali, attività ambulatoriali, attività di presidi ospedalieri. Si pensi alle diversificate aree di prevenzione alla salute, alle pluralità di traiettorie diagnostiche, agli innumerevoli processi di cura e intervento, alle varieghe attività riabilitative.

Nella mia quarantennale pratica d'intervento in contesti organizzativi non rintraccio paragoni aziendali nemmeno lontanamente simili al caleidoscopio delle differenziazioni di attività e servizi presenti in ambito sanitario pubblico. Una tale moltitudine di competenze, di abilità operative, di sensibilità relazionali inscindibilmente contenute nel contenitore logico del presidio della salute degli individui e degli ecosistemi territoriali è inevitabilmente foriera di altissima complessità di sistema.

2.4. Livello di interdipendenza necessario a raggiungere i risultati organizzativi

Il livello di interdipendenza può essere definito come la necessità di interscambio e di legame che hanno le parti di un'organizzazione al fine di raggiungere risultati efficaci. Il livello di interdipendenza è quindi desumibile dal numero e dalla qualità degli interscambi organizzativi interni richiesti dai beni/servizi prodotti.

Il livello di interdipendenza dipende anche dalla rigidità/variabilità del processo produttivo (inteso come processo organizzativo di base per raggiungere i risultati primari). Esistono ambienti lavorativi molto legati alla tecnologia applicata, ambienti nei quali il processo di svolgimento dell'attività lavorativa è stabile e ripetitivo, rispetto a processi lavorativi caratterizzati da notevoli variazioni e cointeressenze tali da richiedere corresponsabilità di fattori e attori coinvolti. Nel primo caso l'attività sarà divisa e standardizzabile più o meno rigidamente, nel secondo le consegne date agli operatori dovranno essere inevitabilmente più flessibili e basate su sistemi operativi a maglie larghe, quali i protocolli o le linee guida di attività. L'alto livello di interdipendenza potrebbe richiedere maggiori aree di discrezionalità ai soggetti organizzativi, prevedendo numerose sovrapposizioni professionali e processi sociali di collaborazione indivisa.

Nelle realtà organizzative che vedono la prevalenza di prestazioni professionali divise è stimabile una bassa interdipendenza; in quelle dove le prestazioni professionali sono frutto di dialettica tra ruoli e necessitano di condivisione è diagnosticabile un'alta interdipendenza. Per facilitare l'identificazione del livello di interdipendenza possiamo riportare diversi tipi di interdipendenze riscontrabili nelle organizzazioni.

2.4.1. Interdipendenza generica

È un livello quasi inesistente di interdipendenza in cui ogni parte fornisce un contributo separabile. Gli aspetti di unione sono riscontrabili solo nel macrosistema in cui le parti sono inserite. Ad esempio, due unità organizzative che producono beni o servizi diversi tra loro, appartenenti a un sistema organizzativo solo per il reperimento di risorse finanziarie, oppure due reparti di assemblaggio di oggettistica diversa che dipendono dalla casa madre solo per l'acquisto dei componenti dei prodotti. L'indizio del basso livello di interdipendenza sta nel fatto che le unità organizzative possono operare adeguatamente in siti organizzativi diversi e logicamente distanti tra loro.

2.4.2. Interdipendenza sequenziale

Si parla di interdipendenza sequenziale quando un output di una parte costituisce input per un'altra. Ciò avviene in tutti i casi in cui si hanno processi produttivi divisibili in fasi lineari. In questi casi, al fine del raggiungimento del risultato, è necessario che esista un sufficiente presidio dei passaggi di consegna tra una fase e l'altra, e che esista un polmone produttivo tra le unità in grado di compensare gli eventuali momenti di assenza dell'output dell'unità che precede un'altra.

2.4.3. Interdipendenza reciproca

Nei casi di interdipendenza reciproca entrambe le unità possono essere a momenti fornitori di input e in altri realizzatori di output. Si tratta, in pratica, di aree o soggetti organizzativi la cui attività rappresenta a volte vincolo, a volte risorsa per le altre aree o soggetti. L'interdipendenza reciproca presuppone una dialettica d'interscambio e negoziazione tra aree e soggetti, diversamente dall'interdipendenza sequenziale che prevede una relazione a una via. Si possono portare ad esempio i rapporti tra la funzione produttiva e la funzione manutenzione, tra uno staff di ricerca e la sua committenza, tra un ideatore di prodotto e chi progetta il prototipo. In ambiente sanitario si può portare ad esempio il rapporto esistente tra aree di degenza o di medicina generale e le consulenze specialistiche.

2.4.4. Interdipendenza di gruppo

Questa tipologia d'interdipendenza si differenzia da quella precedente per il numero di soggetti coinvolti. Sono generalmente delle situazioni organizzative caratterizzate da prodotti o servizi complessi ai quali concorrono più competenze professionali e più aree funzionali. Ad esempio, la progettazione di una grande opera edile complessa (ponti, dighe, gallerie) o di prodotti di ingegneria multipla (meccanica, elettronica, idraulica, biologica) richiederanno sistematici momenti di presa di decisione e di riallineamento del lavoro in team composti dai diversi specialisti. In ambito sociosanitario un caso complesso di patologia senile necessiterà per essere affrontato di più risorse professionali che, a loro volta, attivano diversi strumenti. I frequenti consulti e il lavoro d'équipe rappresentano indizi di tale interdipendenza.

Il livello di interdipendenza è visibilmente indotto dalla complessità

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

dei beni/servizi erogati dall'organizzazione. Ad esempio, in un'azienda commerciale di distribuzione prevarranno le interdipendenze generiche e sequenziali; in un'azienda che produce beni meccanici prevarranno interdipendenze sequenziali e reciproche; in un'azienda di ingegnerizzazione prevarranno le interdipendenze di gruppo. In un'azienda che lavora su sistemi ecologici e biologici altamente e simbioticamente interconnessi (come la sanità) l'interdipendenza richiesta sarà elevatissima, di gruppo e reciproca. Gli alti livelli di interdipendenza richiesti in modo diffuso in un'organizzazione caratterizzano l'attività produttiva più per processi orizzontali che per aree o funzioni separate e verticali. Queste tipologie organizzative si sposano coerentemente con strutture di base più orizzontali che verticali e con meccanismi operativi che monitorano i processi e che premiano più le prestazioni corali di quelle individuali. In questo senso la sanità pubblica italiana non appare un gioiello di congruenza tra necessità integrative orizzontali e struttura verticalizzata supportata da sistemi premianti più centrati sull'individualità clinica e specialistica che sui processi clinici e di assistenza collettivi.

2.5. Livello di discrezionalità decisoria decentrata indotto dai beni/servizi prodotti

Per discrezionalità si intende lo spazio di protagonismo richiesto/concesso agli attori organizzativi nell'esercizio del ruolo. Tale perimetro di protagonismo avrà tanta rilevanza rispetto al raggiungimento degli obiettivi organizzativi quanto più la persona in questione riveste un ruolo di alta responsabilità organizzativa.

Nell'accezione più comune, parlare di discrezionalità elevata equivale a parlare di gerarchia, e infatti spesso i due fenomeni coincidono. Nel concreto, tanto più una persona viene riconosciuta a un livello gerarchicamente elevato di carriera (istituente) tanto più le sue scelte divengono fondamentali e hanno una potenziale ricaduta notevole sul resto dell'organizzazione.

Con discrezionalità decentrata si intende invece la discrezionalità diffusa nei diversi livelli della scala gerarchica e in diverse aree organizzative e che, di fatto, produce una ricaduta effettiva sulla quali-quantità dei beni/servizi erogati dal sistema organizzativo. In questo senso si può affermare che non si tratta di discrezionalità delegata per opzioni direzionali quanto di una discrezionalità intrinseca nel tipo di beni/servizi erogati e/o nel tipo di processo produttivo.

Ricorrendo a un esempio non sanitario, potremmo individuare

nell'insegnante di qualsiasi ordine e grado un operatore che esercita una grande discrezionalità non prosciugabile e relativa alla propria mansione. Certamente a livello gerarchico e centrale di una scuola o di un'accademia esistono delle norme, dei programmi che limitano l'esercizio di tale discrezionalità. Di frequente a livello di singola scuola o accademia, i presidi o i rettori attivano metodi di coordinamento o d'integrazione disciplinare dei docenti, ma, alla fine della catena del processo educativo, chi governa con discrezionalità i fenomeni d'aula è il singolo insegnante. Insegnanti ed educatori possono riempire la loro discrezionalità di ruolo virtuosamente, educando e appassionando i discenti rispetto all'apprendimento, come possono comportarsi in modo da indurre gli alunni a odiare la loro disciplina. La medesima riflessione è trasferibile nell'ambito sanitario in cui primari, capi sala, medici, infermieri, assistenti sociali, praticando attività che richiedono personalizzazione diffusa, possono esercitare una notevole discrezionalità nell'esercizio del loro mandato. In altre parole, la loro abilità o incompetenza, la loro attenzione o negligenza possono influenzare profondamente l'efficacia del servizio erogato all'utenza.

Quasi tutti gli operatori sanitari fanno un'attività di "frontiera", cioè in relazione diretta con l'utenza, e si trovano di fatto a gestire una significativa discrezionalità in questo rapporto. Ciò sta a significare che il livello di discrezionalità decentrata nella sanità è capillare e fisiologicamente elevatissimo. Un tale protagonismo diffuso di mestiere non può essere gestito con inutili controlli fiscali sugli atti, semmai con programmi e verifiche sui risultati, come vedremo in seguito. In altre parole, coloro che gestiscono la sanità non possono pensare, se non correndo il rischio di cadere in pericolosi deliri di onnipotenza formale, di ridurre tale discrezionalità con imposizioni gerarchiche ossessive e prescrizioni di dettaglio. Per sua natura un ambiente lavorativo discrezionale può solo essere orientato proponendo stili di governo negoziali e autorevoli, usando argomenti convincenti, ottenendo l'adesione dei collaboratori, garantendo delega operativa e controllo autorevole dei risultati.

Appare chiaro che un'organizzazione costretta dalla personalizzazione e dall'adattamento dei beni/servizi prodotti a diffondere alta discrezionalità a tutti i suoi membri è molto più complessa da gestire rispetto a un'organizzazione che può prosciugare la discrezionalità diffusa accentrando gerarchicamente le decisioni, proceduralizzando e standardizzando i processi produttivi.

In un'impresa metalmeccanica che produce beni standardizzati e

ad alti volumi sono tre o quattro i ruoli (direttore generale, direttore commerciale/marketing, direttore tecnico/ingegnerizzazione) che hanno spazio discrezionale in merito alla decisione quali-quantitativa dei prodotti; tutto il resto della popolazione organizzativa esegue. Una tale azienda, dal punto di vista del livello di discrezionalità decentrata, è enormemente più semplice di un'impresa sanitaria.

2.6. Dimensione organizzativa

L'indicatore di complessità relativo alla dimensione organizzativa è facilmente intuibile. Maggiore è la dimensione di un'organizzazione, maggiore è la complessità relativa all'elevato numero di siti organizzativi, soggetti, ruoli, sottosistemi organizzativi da tenere legati a sistema. Questo indicatore, però, preso isolatamente non è un attendibile misuratore di alta complessità, in quanto può risultare molto più complessa un'organizzazione di dimensioni contenute, ma con una elevata turbolenza esterna, con alta interdipendenza e alta discrezionalità decentrata, rispetto a un'entità organizzativa di grandi dimensioni, ma facilmente accentrabile in termini di governo, perché priva di grandi variazioni di processo/prodotto e quindi stabile, ripetitiva e prevedibile. La dimensione organizzativa, perciò, più che essere un indicatore di complessità in sé, separato dagli altri, rappresenta un'aggravante in presenza di altri fattori di complessità.

I processi di divisionalizzazione e di scomposizione in sottosistemi aziendali abbondantemente autonomi, messi in atto da aziende di grosse dimensioni (soprattutto private), stanno a dimostrare lo sforzo teso a riconquistare la gestibilità della complessità proponendo dimensioni organizzative più piccole, in termini di riferimento territoriale, e più omogenee, in termini di beni/servizi prodotti. Un sistema di grandi dimensioni può mostrare criticità legate alla rigidità, alle entropie e alla faticosa dialettica dovuta alla distanza esistente tra centro dell'impero e unità periferiche.

Il mondo delle aziende private ha recuperato la gestione della complessità scomponendosi in sottosistemi di medie dimensioni, mantenuti legati a rete da un "centro" rappresentato dalla finanziaria di sistema. Ormai le aziende gestite con la logica delle grandi dimensioni sono solo quelle pubbliche o parapubbliche (grandi comuni, grandi province, ASL ecc.). Un'ASL è più gestibile se pensata come una sola azienda o assumendo una logica di gestione e concertazione di un gruppo di aziende (presidi, servizi, poliambulatori, dipartimenti), tenute legate al centro da una strategia politica di prodotto sanitario e da vincoli finanziari?

2.7. I processi d'integrazione

Il primo passo per affrontare il problema dell'integrazione consiste nel diagnosticare il livello di complessità, avvalendosi degli indicatori precedentemente proposti, calati su una determinata organizzazione presa in esame. La diagnosi richiama gli strumenti d'intervento che, nella fattispecie, sono rappresentati da diversi strumenti d'integrazione. Più risulta elevata, secondo gli indicatori citati, la complessità organizzativa e più è necessario ricorrere a strumenti d'integrazione quantitativamente e qualitativamente articolati. All'aumento della complessità aziendale cambia la ricetta d'intervento e con essa il "cocktail" degli strumenti integrativi suggeribili.

2.8. Strumenti d'integrazione organizzativa

Di seguito vengono elencati gli strumenti di integrazione in ordine cronologico di apparizione e di utilità all'aumentare della complessità organizzativa. In altri termini, i primi strumenti di integrazione (gerarchia-procedure) sono quelli prevalenti in organizzazioni poco complesse; a essi si aggiungono via via gli strumenti di integrazione specifici di organizzazioni molto complesse:

- strumenti di gestione accentrata (basso livello di complessità):
 - gerarchia;
 - procedure;
- strumenti di gestione delegata (medio livello di complessità):
 - funzioni integranti;
 - ruoli di coordinamento;
- strumenti di gestione diffusa (alto livello di complessità):
 - sistemi collegiali di coordinamento;
 - direzione per obiettivi-piani-programmi.

Vediamo ora di definirli uno alla volta cercando di sottolineare quali sono i vincoli e le opportunità di ciascuno per poi, in conclusione, riflettere sulla loro combinazione di utilizzo nelle organizzazioni sanitarie.

2.8.1. La gerarchia

È forse il più antico e il più utilizzato di questi strumenti. Esso parte dal presupposto che per uniformare i comportamenti, le attività e quindi i risultati di un'organizzazione è necessario che esistano ruoli in grado di

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

governare l'andamento dell'intero funzionamento del sistema organizzativo e che, quindi, siano in grado di dare direttive, di esercitare verifiche, di definire mandati e dimensionare risorse in modo coordinato e congruente con le finalità dell'organizzazione.

Come è facilmente intuibile, la gerarchia ha ottime possibilità di funzionare come strumento integrativo nel momento in cui il lavoro è diviso in maniera classica con una forte accentuazione di separazione tra chi dirige e chi esegue. In un'organizzazione semplice, tendenzialmente monoprodotto, esposta a poche incertezze, richiedente poca interdipendenza e minima discrezionalità decentrata, la gerarchia appare come l'integratore più economico ed efficiente. Un tale modello è diffuso in moltissime aziende imprenditoriali di piccole dimensioni, le quali rappresentano gran parte della composizione industriale italiana.

In sanità tali condizioni si verificano raramente in sottosistemi organizzativi molto proceduralizzabili come gli uffici contabilità. La sola presenza dell'integrazione gerarchica in un sottosistema sanitario pur limitato, costituito da un'unità primaria, risulta insufficiente: un primario può anche ritenere di tenere gerarchicamente in pugno tutte le redini dell'integrazione di un reparto, prescrivendo disposizioni e comportamenti. Rimane comunque legittimo il dubbio che, in sua assenza e data l'elevata discrezionalità decentrata di cui godono i suoi collaboratori, le sue dettagliate prescrizioni vengano poste in essere.

2.8.2. Le procedure

Le disposizioni procedurali indicano con precisione quali sono gli atti che devono essere compiuti per svolgere un determinato compito. Esse rimangono nell'ambito di una gestione definita "accentrata", in quanto non riconoscono discrezionalità, ma la limitano, definendo che cosa va fatto e con quali modalità. In questo modo permettono la visibilità e il controllo accentrato di alcuni aspetti del processo lavorativo. Spesso le procedure rappresentano una vera "protesi impersonale" di integrazione gerarchica; in questo modo, pur in assenza degli attori gerarchici, i diversi componenti l'organizzazione sanno cosa fare e come farlo.

Nell'ambito dei vantaggi possiamo affermare che le procedure garantiscono una uniformità d'azione fondamentale in molti momenti di vita dell'organizzazione. Nell'ambito degli svantaggi si può ravvisare una certa rigidità dello strumento, che funziona utilmente in ambiti lavorativi standardizzabili, caratterizzati da pochissime variazioni ed eccezioni. In contesti

lavorativi ricchi di imprevisti e di richieste di personalizzazione, le troppe procedure ingessano l'attività, vietando flessibilità interpretativa agli individui (ai processi sociali). Se con lo strumento procedurale si inseguono le eccezioni, creando molte procedure in deroga a quelle standard, la procedura rischia di paralizzare l'attività, creando pluralità interpretative nelle quali si rischia poi di annegare o di ottenere confusione e arbitrio comportamentale. Un tale uso perverso delle procedure ottiene spesso l'opposto dello standard che esse dovrebbero garantire.

2.8.3. Le funzioni integranti

Questo strumento viene di solito introdotto dalle organizzazioni che, crescendo di dimensione, non riescono più a integrarsi in maniera efficace solo con gerarchia e procedure. Le funzioni integranti si caratterizzano per la loro missione "orizzontale" di legante organizzativo, diversa dalle missioni "verticali" legate alla produzione di beni/servizi quali: gli acquisti, il magazzino, la progettazione, la produzione, l'erogazione (o vendita). Le funzioni integranti non hanno un mandato specifico rispetto ai beni/servizi dell'organizzazione, ma si rivolgono all'organizzazione stessa e al coordinamento complessivo di alcuni suoi aspetti; viene loro delegato un ambito di gestione di alcuni fattori organizzativi, e forniscono servizi a tutto il resto dell'organizzazione.

Le funzioni integranti elencate nel loro ordine cronologico di apparizione nelle organizzazioni sono:

- l'amministrazione contabile, che si articolerà nel tempo in controllo di gestione e in pianificazione finanziaria;
- la direzione del personale, che si articolerà nelle funzioni di controllo (contabilità del personale, vigilanza, rapporti sindacali) e in quelle di sviluppo (selezione, sviluppo carriere, sistema premiante, formazione);
- il sistema informativo;
- lo sviluppo organizzativo;
- la qualità di processo;
- la logistica integrata.

Di solito a essere istituite in prima istanza sono la *funzione amministrativo-finanziaria* e la *funzione del personale*. A esse fanno capo due politiche, l'una di integrazione oggettuale delle risorse economico-finanziarie, l'altra di integrazione sociale attraverso il presidio in termini di controllo e di sviluppo delle risorse umane.

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

Le funzioni integranti hanno il compito di fornire una coerenza interna ad alcune politiche, quali appunto quelle finanziarie, del personale, del sistema informativo, dell'impianto organizzativo, della qualità, della logistica di processo. L'assenza di tali funzioni in un'organizzazione di medio-grandi dimensioni e di media complessità produce frantumazione organizzativa, poiché ogni attore che rivesta ruoli di alta gerarchia in carenza di politiche aziendali orizzontali e integrative mette in atto comportamenti compensatori non coordinati e discrezionali.

La scelta organizzativa di costituire queste funzioni è spesso una scelta dolorosa per chi, piccolo imprenditore o dirigente "storico", ha gestito in prima persona (gerarchicamente) tutti gli aspetti di integrazione del proprio sistema o sottosistema. Si tratta, per costoro, di delegare per la prima volta ad altri soggetti e ruoli organizzativi degli ambiti un tempo gestiti discrezionalmente, e ora percepibili come perdita o sottrazione di potere.

L'integrazione attraverso la funzione di *gestione del personale*, in particolare, è cruciale per quelle organizzazioni in cui i servizi da erogare non sono standardizzabili e sono frutto di alto valore aggiunto di competenze e discrezionalità individuali. I sistemi sanitari spiccano in questo ambito di aziende che, per loro natura, richiedono un'elevata motivazione dei dipendenti e buoni processi di convivenza sociale in grado di ripercuotersi direttamente sulla quantità, ma soprattutto sulla qualità delle prestazioni erogate. Dove non viene curata opportunamente la manutenzione in termini di sviluppo di competenze, di sistema premiante, di motivazione e clima sociale si riscontrano processi di disaffezione, di rifiuto e di "prosciugamento" di comportamenti di compensazione virtuosi. Il degrado del clima in organizzazioni che producono beni e servizi caratterizzati da alto valore aggiunto professionale e motivazionale degli individui può portare a comportamenti burocratici, a "scioperi bianchi" occulti, ad atti di incuria o, addirittura, a veri e propri sabotaggi.

In questo senso, una funzione del personale forte, in stretto accordo con la direzione generale (in staff alla direzione generale), potrebbe seguire con coerenza le diverse fasi di selezione, inserimento, formazione, percorsi di carriera e logiche di premi/sanzione. Con questi strumenti di trasparenza e d'integrazione culturale unitaria si potrebbe tentare di sviluppare una cultura di appartenenza al sistema organizzativo più centrata sulla prestazione e guidata da un sistema premiante meritocratico integrato, in grado di motivare e orientare gli individui rinforzando la deontologia professionale voluta.

In particolare, tra questi strumenti le leve del *sistema premiante* e della *formazione* assumono una valenza strategica. La selezione attitudinale e la

formazione manageriale rivolta ai ruoli apicali assumono un'importanza particolare al fine di generare comportamenti omogenei, adottare logiche, metodologie e riferimenti organizzativi comuni, in grado di minimizzare le eccentricità di gestione direzionale.

2.8.4. I ruoli di coordinamento

Nonostante le funzioni integranti, le quali si rivolgono al sistema organizzativo nel suo insieme, la complessità aziendale può evidenziare aree specifiche poco integrate. Possono presentarsi funzioni o ambiti organizzativi che per loro complessità interna richiedono un coordinamento circoscritto e specifico. Le direzioni aziendali, a fronte di tali bisogni, spesso in ritardo rispetto alle necessità evolutive dell'organizzazione, fanno nascere "spontaneamente" ruoli di coordinamento. Con i ruoli di coordinamento si attribuiscono a singoli soggetti le responsabilità di garantire l'integrazione di colleghi, di processi lavorativi collettivi, di progetti. Vi sono ruoli di coordinamento usati in maniera organizzativamente appropriata, ad esempio il coordinamento di un'équipe territoriale, il coordinamento di un progetto di qualità di settore o di un progetto specifico. Il mandato di coordinamento non va confuso con il mandato d'integrazione gerarchica: un gruppo o un settore organizzativo può essere coordinato da soggetti diversi dai capi gerarchici (responsabili di qualità, responsabili della formazione, responsabili di sviluppo organizzativo, colleghi). In queste circostanze l'organizzazione riconosce che, per tipologia di prodotto e di attività, occorre definire un mandato trasversale di valorizzazione dei contributi individuali e corali, attraverso l'adozione di un modello di leadership giocato più sulla facilitazione negoziale, orizzontale e integrativa, piuttosto che sulla prescrizione, verticale e gerarchica.

I mandati di coordinamento possono essere affidati in modo "opaco" o improprio, fino a diventare "impossibili" da gestire quando sono affidati a individui posti in organigramma in posizione di potere inferiore rispetto ai soggetti che dovrebbero coordinare. Di regola, i ruoli di coordinamento, per essere praticabili, dovrebbero rivestire in organigramma una posizione almeno di pari livello rispetto ai coordinati. Altre volte si induce una commistione di coordinamento/gerarchia attribuendo a individui, magari pari grado dei soggetti che si desidera coordinare, compiti di servizio (convocare riunioni, raccogliere e far circolare informazioni, facilitare una rete di relazioni lavorative, stimolare la motivazione) accanto a compiti gerarchici di controllo di presenze, di prescrizione e di controllo fiscale

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

di compiti. Una tale commistione fa sì che il mandato prescrittivo, che presuppone una relazione di sudditanza gerarchica, renda poco credibile il contemporaneo mandato di servizio e facilitazione, che richiede una relazione paritaria.

2.8.5. I momenti collegiali di integrazione

Con l'aumento della complessità organizzativa aumentano le necessità di monitorare attività specifiche, di verificare sistematicamente gli allineamenti di più soggetti partecipanti ai progetti, di programmare costanti momenti di coordinamento pluriprofessionale, plurifunzionale o pluriteritoriale; nascono così frequenti occasioni di lavoro collegiale o di riunioni.

Fanno parte di questi strumenti tutte le modalità di lavoro di gruppo e/o di riunioni che hanno lo scopo di coordinare ambiti di lavoro. È possibile che questi momenti collegiali siano inizialmente convocati senza sistematicità, ma solo a fronte di alcuni problemi immediati. Per questa ragione il lavoro collegiale può essere inizialmente inteso come uno strumento episodico di “pompieraggio” di alcuni problemi. In altri casi, o successivamente, queste occasioni di riunione diventano sistematiche e assumono una cadenza precisa e una funzione riconosciuta di strumento d'integrazione sociale. Raggiunta questa fase di attecchimento organizzativo, diventano a tutti gli effetti dei meccanismi operativi stabili dell'organizzazione. Quelle che erano inizialmente riunioni estemporanee diventano comitati, coordinamenti stabili e programmati.

A differenza dei ruoli di coordinamento, ai quali viene affidata una responsabilità individuale delegata, ai collegi d'integrazione (comitati, coordinamenti, commissioni di progetto) vengono attribuiti un compito e una responsabilità collettiva di interazione sociale diffusa.

La presenza e la stabilizzazione di numerosi e diffusi momenti collegiali di integrazione è solitamente un indizio di complessità organizzativa molto alta e rappresenta il preludio a un cambiamento di paradigma gestionale, che tende a creare una discontinuità tra un modello direzionale semplice di direzione per compiti a uno molto più complesso di direzione per obiettivi e programmi.

2.8.6. La direzione per obiettivi-piani-programmi

Quando gli indicatori di complessità organizzativa raggiungono livelli di alta “febbre”, le aziende sono inevitabilmente spinte a ricercare

l'integrazione, non solo ricorrendo agli strumenti integrativi precedentemente citati, ma assumendo una vera e propria cultura integrativa diffusa mediante l'adozione di una politica gestionale di direzione per obiettivi. Una configurazione organizzativa altamente complessa porta in primo piano l'integrazione (i legami tra processi lavorativi e finalità) rispetto alla differenziazione (la divisione del lavoro).

La direzione per obiettivi è un metodo di gestione che, deciso e soprattutto testimoniato dall'alta direzione, influisce su tutti gli altri strumenti di integrazione. In altre parole, la scelta di attuare la direzione per obiettivi è una scelta sistemica che modifica in modo permanente l'assetto organizzativo e la sua ideologia gestionale.

In termini di impianto organizzativo, si tratta di spostare il baricentro dell'azienda dal controllo degli atti (dal che cosa fare, declinato in compiti e atti) al controllo dei risultati (al perché fare rispetto al raggiungimento degli obiettivi) nei limiti delle risorse date. In sostanza, la direzione per obiettivi ha i suoi punti di forza nella programmazione e anticipazione progettuale esplicita e documentata degli obiettivi. Essa pone l'accento sul dimensionamento delle risorse organizzative e sui risultati di fine processo e, nel contempo, tende a recuperare plasticità e flessibilità organizzativa attraverso una relativa libertà di scelta di percorsi utili al raggiungimento degli obiettivi stessi.

I punti cardine della direzione per obiettivi sono perciò rappresentati da:

- capacità programmatiche diffuse nell'organizzazione (prevedere per prevenire o per muoversi in circostanze programmate);
- recupero di elasticità tramite un maggior appello al protagonismo degli individui, all'originalità e al "buon senso" professionale, il tutto finalizzato ai risultati;
- controllo del dimensionamento delle risorse strutturali e della generazione di sistemi operativi essenziali di supporto agli obiettivi stabiliti;
- strumentazioni di monitoraggio e sistematici momenti di analisi degli allineamenti delle attività rispetto agli obiettivi raggiungibili.

Spostare l'ottica organizzativa dal controllo, spesso ossessivo, degli atti a favore della tensione verso il raggiungimento degli obiettivi costituisce una vera e propria rivoluzione culturale. Tale processo deve fare i conti con l'inerzialità di comodo e le resistenze, storicamente consolidate a ogni livello, poiché richiede agli integratori gerarchici di avvalersi sempre meno del comando e sempre più del convincimento documentato, passando da un copione comportamentale gerarchico a uno più nego-

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

ziale e orientativo. La direzione per obiettivi prevede momenti negoziali preventivi, dedicati alla definizione degli obiettivi stessi e al dimensionamento delle risorse, mentre, a consuntivo, prevede momenti negoziali dedicati alla valutazione dei risultati. Un tale modello gestionale libera energie personali e protagonismi individuali e di gruppo che vanno canalizzati e gestiti. Non si tratta di rivedere solo gli stili di direzione, ma l'intera configurazione organizzativa e l'antropologia culturale dell'azienda, che dovrebbero adattarsi in coerenza con la direzione per obiettivi. Il funzionamento per processi e obiettivi prevede, in termini di struttura di base, organigrammi meno verticali, accanto al potenziamento delle funzioni che rendono visibili, oltre allo stato di avanzamento delle attività, gli allineamenti e i disallineamenti di risorse impegnate (controllo di gestione, sistema informativo, controllo di qualità). Così come è impensabile pretendere processi sociali dinamici e protagonisti senza istituire, accanto alla storica direzione amministrativa, una direzione del personale strategica capace di gestire politiche di sviluppo degli individui (selezione, percorsi di carriera, formazione) e che non si limiti a emettere prescrizioni e amministrare procedure.

L'introduzione della direzione per obiettivi modifica poi anche lo spirito di tutti gli altri sistemi di integrazione: i sistemi operativi di visibilità dei fenomeni di gestione diventano cruciali strumenti di monitoraggio e di datizzazione trasparente, che permettono di riorientare per tempo le attività rispetto agli obiettivi. Le procedure amministrative dovrebbero essere rivolte al servizio dei piani per poter essere utili nell'effettiva analisi dei rapporti risorse/risultati, passando dalle tradizionali logiche di bilancio accentrato a logiche budgetarie e al funzionamento per centri di costo. Il sistema operativo articolato sulla premialità dei risultati rappresenta una spinta pedagogica fondamentale, in grado di orientare la motivazione dell'intera cultura aziendale. Sarebbe anacronistico pretendere tensione diffusa verso gli obiettivi e i risultati e continuare a premiare gli atti burocratici.

La cultura e i processi sociali diffusi dovrebbero passare da copioni di obbedienza deresponsabilizzante e passiva nei confronti degli atti prescritti a copioni di protagonismo responsabile proattivo. Una tale trasformazione d'impianto e d'antropologia non è certo ottenibile solo per atti normativi né è ottenibile nel breve periodo. Il passaggio di un'organizzazione da una gestione centrata sui compiti a una centratura sugli obiettivi rappresenta un processo da affrontare con fermezza e costanza negoziale, concertando e accordando tutti i fattori componenti il sistema organizza-

tivo, sapendo che le ricadute d'impegno saranno a lungo termine. Poiché tutti gli indicatori di complessità organizzativa precedentemente citati segnalano copresenza e alta criticità nei contesti sanitari, le riflessioni qui riportate sulla direzione per obiettivi e programmi appaiono come un modello gestionale, più che opzionale, imprescindibile.

2.9. La composizione degli strumenti di integrazione

Come si è già evidenziato a proposito della direzione per obiettivi, il problema dell'integrazione all'interno di un'organizzazione non si può risolvere con uno solo degli strumenti indicati. Forse limitandoci a un'organizzazione semplicissima e di piccole dimensioni potremmo pensare di utilizzare solo la gerarchia, ma in tutti i casi si tratta di trovare la giusta composizione, la misura che consenta di integrare efficacemente l'organizzazione e in modo non troppo costoso.

Per quanto si è già osservato nell'analisi sistemica, i dati organizzativi, il contesto, gli obiettivi, gli aspetti interni sono soggetti a una continua modifica nel tempo, modifica che potrà essere più o meno rapida a seconda proprio della complessità dell'organizzazione stessa, così come l'abbiamo definita. Questo significa che la composizione degli strumenti può e deve variare nel tempo, che il problema integrativo, così come molti problemi organizzativi, non si può considerare risolto una volta per tutte, ma ha bisogno di un continuo monitoraggio per essere adeguato alle esigenze.

Un altro aspetto problematico è costituito dal fatto che un'organizzazione è composta da diversi sottosistemi, che possono essere molto diversi tra loro. Pensando alla sanità abbiamo variazioni indubbie sul territorio tra servizi assistenziali, servizi veterinari, servizi di prevenzione, servizi ispettivi, poliambulatori ecc. In ambito ospedaliero convivono sottosistemi diversi, servizi tecnici, servizi assistenziali, servizi alberghieri, reparti clinici, e così via. Il dato che emerge è allora che ogni sottosistema può avere delle caratteristiche di complessità quali-quantitativamente diverse dagli altri. Quindi la composizione dei meccanismi di integrazione può essere in parte diversa da un luogo all'altro, pur nella medesima organizzazione.

Nella descrizione degli strumenti d'integrazione precedentemente proposta si va dal più arcaico e verticale degli strumenti di integrazione, la gerarchia, fino ai più recenti e orizzontali, come la direzione per obiettivi, che, più che un sistema di integrazione, si propone come una cultura d'integrazione. Ciò significa che, giocoforza, un'organizzazione che cresce in

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

complessità non può ragionevolmente pensare di lavorare solo con strumenti accentrati. La somma di un tipo di strumenti integrativi ad altri, da quelli più accentrati a quelli più diffusi, non può essere vista solo come una pura opzione ideologica della direzione aziendale, opzione che pur rientra nella discrezionalità degli stili direzionali, i quali entro certi limiti possono privilegiare l'accentramento autoritario o la negoziazione partecipativa.

Il numero e l'articolazione dei meccanismi d'integrazione che possono segnare il passaggio da una gestione accentrata a una gestione diffusa, che più che un'opzione direzionale risulta una soluzione imposta dal livello di complessità raggiunto dal sistema organizzativo, per molti aspetti sfuggono alla discrezionalità di chi la dirige, ma dipendono dall'evoluzione imposta dal mercato della domanda e dell'offerta e dalla dinamicità e tipologia dei beni e servizi prodotti. È constatabile il fatto che i tentativi di integrare organizzazioni complesse esclusivamente attraverso strumenti accentrati è destinato al fallimento: l'accentramento gerarchico semplifica la complessità organizzativa, ma un'organizzazione complessa semplificata soffoca nella sua ricchezza, dinamicità, pluralità di voci, e viene sospinta verso il fallimento. Le organizzazioni complesse hanno un'esigenza di flessibilità, di adattamento rapido e plurale a un ambiente turbolento e qualsiasi imbrigliamento eccessivo di tipo gerarchico e procedural-prescrittivo può ostacolarne l'esistenza.

D'altro canto, anche approcci che tentano, solo per un'opzione ideologica, di inserire strumenti coerenti a una gestione diffusa in sistemi organizzativi semplici e rigidi dal punto di vista del processo di produzione rischiano di disorientare azienda e persone con processi e modelli di delega ridondante e di partecipazionismo inconcludente. La mancanza di centralità di comando in organizzazioni semplici e accentrabili crea sconcerto, insicurezza sociale ed entropie senza senso.

2.10. L'integrazione in ambito sanitario: aree critiche

Assodata l'alta complessità dei sistemi sanitari, si può constatare che a livello di attività dirette (cliniche, assistenziali, di prevenzione, di vigilanza, eccetera) i modelli organizzativi sono indotti dagli sviluppi scientifici, metodologici, tecnologici, e dall'inevitabile confronto internazionale che costringe a evolversi verso modelli operativi sempre più alla ricerca dell'eccellenza, a volte con il solo difetto di restringere eccessivamente la discrezionalità degli operatori.

Mentre si assiste a una buona (se non eccellente) organizzazione all'interno delle singole unità operative, si comincia a notare una integrazione carente tra le unità, anche là dove i processi inerenti la salute dei cittadini richiedono sinergie di processo tra unità. Appena si alza la prospettiva di lettura, dalle prestazioni dirette di settore, alla ricerca dell'integrazione fra unità, si notano scollamenti, funzionamenti a compartimenti stagni, a cominciare dalla più macroscopica, l'integrazione tra unità di territorio e unità ospedaliera, per finire con l'integrazione specialistico-gestionale per la quale si è creato in struttura di base il ruolo di direzione di dipartimenti. In ambito ospedaliero, è frequentemente rilevabile quanto lo storico potere di frantumazione di attività primaria gode di un rapporto di forza maggiore rispetto ai ruoli di integrazione dipartimentale, anche se questi ultimi sono posti a livello di organigramma superiore rispetto ai ruoli primari. La plausibile nascita di un ruolo di integrazione a livello gerarchico superiore rispetto ai ruoli primari risulta ancor oggi un atto organizzativo tentato ma incompiuto. Per indebolire un ruolo così importante come quello della direzione dipartimentale i mezzi sono plurimi: si può posizionare a copertura di tali ruoli soggetti vicinissimi al pensionamento, o scegliere individui dotati di scarsa autorevolezza leaderistica, o ancora non attribuire a tali ruoli leve di governo come quella del sistema premi/sanzioni, non dotarli di sistemi operativi di integrazione (controllo qualità, verifica dei processi), non decentrare e dedicare loro personale di supporto attingendolo dalla funzione amministrativa, accentrata più a difesa del potere storico che per ragioni funzionali. In molte situazioni i responsabili di dipartimento sono collocati in un limbo organizzativo dove godono solo di una formale posizione superiore e di un'esigua superiorità di retribuzione rispetto ai ruoli primari in organigramma.

Più ci si alza in organigramma verso ruoli di alta integrazione del sistema (direttori sanitari, direttori amministrativi, direttori di presidio, direttori generali) più si assiste a comportamenti e risultati più ispirati alla soggettività degli attori che li rivestono che a un bagaglio di competenze gestionali di comune dotazione, o alla presenza di sistemi operativi di gestione messi a loro disposizione per emanazione nazionale o regionale. La soggettività interpretativa di tali posizioni dipende anche dal fatto che alla loro statuizione istituzionale di alta importanza gestionale non è seguita una descrizione chiara dell'area di esercizio del ruolo. In assenza di un chiaro profilo di ruolo istituito che definisca le missioni specifiche, le responsabilità, i limiti, gli indicatori di verifica,

2. COME INTEGRARE LA COMPLESSITÀ

le leve strutturali di supporto e i sistemi operativi di sostegno all'azione, chi riveste tali mandati è condannato alla solitudine della soggettività interpretativa.

Si può affermare che, a fronte dell'esistenza di ruoli fondamentali di integrazione manageriale nei sistemi sanitari, non corrisponde una dotazione diffusa di competenze comuni manageriali, né di leve organizzative d'azione che ne potenzino l'attività e la misurabilità in termini di prestazione direzionale.

In termini di struttura di base, appare grave la sostanziale assenza di una direzione del personale matura di sistema, a livello di azienda sanitaria, in grado di avere organico e risorse dedicati ad attività di sviluppo delle persone (selezione, percorsi di carriera, sistema premiante, formazione) e delle configurazioni organizzative (sviluppo organizzativo).

Visto che i sistemi sanitari sono caratterizzati da alto valore aggiunto di prestazioni personali e professionali, le risorse umane, il loro sviluppo e l'attenzione d'ascolto rispetto ai processi sociali (climi organizzativi) costituiscono processi di importanza strategica non adeguatamente presidiati centralmente, per assenza di una funzione dedicata che se ne faccia carico. L'internalizzazione nei sistemi sanitari di forti funzioni del personale rappresenta un prerequisito indispensabile per guidare con costanza e riproducibilità metodologica fenomeni di sviluppo dei sistemi organizzativi.

Nonostante le forti carenze precedentemente citate, non mancano esempi di sviluppo e cambiamento organizzativo caratterizzati da eccellenza, ma tali esperienze sono riconducibili a "incidenti virtuosi" guidati da forti individualità. Queste esperienze distintive hanno però il difetto di essere difficilmente generalizzabili se non si riproducono le condizioni ambientali che le hanno caratterizzate e se non sono guidate dai medesimi soggetti che le hanno riempite di protagonismo virtuoso, senza i quali la "commedia" organizzativa risulta svuotata di competenze e strumenti riproducibili. I cambiamenti legati alla sola eccezionalità e intraprendenza individuale (ai soli processi sociali leaderistici) denunciano, implicitamente, l'esistenza di un sistema organizzativo che non ha interiorizzato strutture e sistemi operativi deputati alla sua evoluzione e sviluppo.

Può essere utile riportare la scheda 2.1, frequentemente usata per operare diagnosi di settore o di servizio. La compilazione individuale della scheda e il dibattito collettivo che ne può seguire è frequentemente un fruttuoso metodo di diagnosi e di riprogettazione di congruenza tra indicatori di complessità e meccanismi di integrazione utilizzati.

Scheda 2.1. Scheda di diagnosi organizzativa. Livello di complessità. Meccanismi di integrazione

Siete pregati di valutare il livello di complessità della vostra realtà organizzativa e i meccanismi di integrazione più usati.

Vi chiediamo perciò di stimare con un punteggio da 1 a 5 (dove: 1 = poco presente o utilizzato e 5 = molto presente o utilizzato) i seguenti indicatori di complessità e i seguenti meccanismi di integrazione organizzativa:

Stime 1-5

Indicatori di complessità

- Il livello di incertezza che il sistema sotto esame deve amministrare
- Il livello di pluralità e diversità di beni/servizi prodotti
- Il livello di interdipendenza richiesto dal processo produttivo
- Il decentramento di discrezionalità decisoria richiesto dai beni/servizi personalizzati
- La dimensione

Meccanismi di integrazione

- Gerarchia
- Procedure
- Funzioni integranti (amministrazione, controllo, personale)
- Ruoli di coordinamento o di interfaccia
- Coordinamenti, gruppi di lavoro, gruppi di progetto, comitati
- Funzionamento per obiettivi, piani di lavoro, direzione per obiettivi

3

Come progettare la complessità: piani di lavoro e direzione per obiettivi

3.1. La metodologia dei piani di lavoro

Una delle caratteristiche più significative e distintive di una direzione per obiettivi è rappresentata dal fatto di processare e gestire la risorsa tempo a disposizione del sistema organizzativo in termini previsivi e diffusi. Nelle organizzazioni che adottano con efficienza uno stile di direzione per compiti, è solo chi ricopre posizioni di vertice che governa il tempo in termini previsivi e programmatori; in tali contesti, i restanti attori organizzativi sono focalizzati sugli atti che concorrono ai risultati complessivi. Un tale modello può reggere in contesti organizzativi caratterizzati da stabilità, ripetitività operativa, standardizzazione, bassa evoluzione di competenze, di tecnologie e di mercato (organizzazioni semplici).

Al contrario, tutte le organizzazioni complesse, in continua evoluzione, ricche di competenze e discrezionalità diffuse, tese a produrre una pluralità di beni/servizi non standardizzabili, si trovano costrette ad affrontare l'attività per piani e progetti in modo diffuso. La complessità organizzativa affrontata in tempo reale si presenta caotica e disordinata. La medesima complessità può apparire governabile, se si prevedono e si allineano i diversi tempi dei fattori di produzione, se si anticipano i fenomeni, se si coordinano per tempo i professionisti. Anticipando previsivamente i fenomeni il tempo si dilata e si attribuisce respiro, ordine, flessibilità a contesti organizzativi che, affrontati con urgenza non programmata, parrebbero ingestibili.

Uno degli assiomi della programmazione risiede nella capacità di funzionare a due livelli, il livello dell'attività quotidiana (già programmata) e delle sue urgenze non programmabili e il livello dell'anticipazione dell'attività futura, mediante il quale è possibile distinguere per tempo gli aspetti importanti da quelli urgenti, anticipando il presidio dei probabili imprevisti, minimizzando i veri imprevisti. Senza programmazione, nei

sistemi complessi, si confondono emotivamente le urgenze con le importanze e tutto il non previsto prevedibile appare imprevedibile, il fattore tempo, da percorso orizzontale progettabile, appare nella sua verticalità di tempo reale contro il quale la complessità si schianta disordinatamente.

Non occorrono raffinate indagini sui livelli di complessità, basta l'intuito quotidiano per constatare come in innumerevoli servizi sociosanitari solo un atteggiamento programmatico permette di porre argine alle incontenibili richieste, tutte dichiaratamente urgenti.

Solo adeguati schemi programmatici permettono di definire e sostenere priorità politiche e temporali delle attività, selezionare e filtrare le domande; senza programmazione le organizzazioni complesse si condannano al "tutto e subito" e quindi a un'attività più confusa e quantitativamente più voluminosa e "a fiato corto" rispetto al possibile. Per evitare tutto ciò non basta l'adozione di una modalità previsiva da parte della sola direzione, né l'adattività del vertice organizzativo, se la rimanente parte dell'organizzazione rimane anelastica: perché l'elasticità organica dell'organizzazione sia diffusa, quasi fosse un "polmone" adattivo, ma anche adattante l'ambiente esterno, occorre che la capacità di declinarsi nel tempo in modo previsivo non sia un'abilità solo direzionale.

La capacità di prevedere i fenomeni permette di non essere schiavi dell'ambiente esterno all'organizzazione; un'organizzazione "ambiente dipendente" non è organizzata ma è in balia dell'ambiente esterno che ne decreta vita, crescita e morte. Un'organizzazione che prevede i mutamenti sa anche essere influenzante, sa agire d'anticipo e non semplicemente subire difensivamente. La capacità di prevedere in modo diffuso non cresce né spontaneamente, né come frutto di esortazioni direzionali. Come tutti gli atteggiamenti lavorativi delle organizzazioni complesse, essa va stimolata attraverso regole del gioco ufficiali, attraverso sistemi operativi opportuni e spesso con il supporto di attività formative.

La metodologia che aiuta ad anticipare la realtà, seppur in tempi medio-brevi, è rappresentata dal funzionamento per *piani di lavoro*. Il piano di lavoro va ad accostarsi ad altri meccanismi operativi da tempi medio-lunghi, come la *programmazione*, e da tempi lunghi come la *pianificazione strategica*. Tali metodiche progettuali richiedono sistemi operativi che, se ben interpretati, favoriscono trasparenza e visibilità e con esse la possibilità di operare riallineamenti in itinere rispetto agli obiettivi. I piani di lavoro (di équipe), la programmazione (di funzione) e la pianificazione strategica (d'azienda) rappresentano metodiche progettuali che, pur diverse in termini di respiro temporale e di spazio organizzativo

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

implicato, rispondono alla medesima logica, quella di lavorare concedendo discrezionalità di percorso lavorativo senza perdere un ancoraggio forte rispetto agli obiettivi. Nelle organizzazioni altamente complesse esiste uno stretto legame tra le metodologie progettuali e i sistemi operativi precedentemente citati, appare cioè difficile appropriarsi di una dimensione futura organizzativamente diffusa a tempi lunghi se non si è recuperata una dimensione futura a tempi brevi.

In altri termini, se non si incomincia a funzionare per piani di lavoro si incontreranno difficoltà a programmare adeguatamente e, se non si programma adeguatamente, sarà poco proponibile pianificare in modo realistico e attendibile. Ci si dovrà limitare a una programmazione o pianificazione delle risorse più che programmare le attività (si riuscirà a presidiare a malapena i fattori in ingresso nell'organizzazione e non i beni/servizi in uscita).

Per fare un esempio sanitario, solo la presenza dei piani di lavoro (a breve) dei servizi territoriali o delle unità ospedaliere fornisce dati utili e praticabili per formulare una programmazione (a medio) realizzabile di ASL, così come solo una programmazione realizzabile (a tempi medi) di più ASL permette di negoziare a livello regionale l'allocazione delle risorse finalizzandole ai beni/servizi sanitari, favorendo così una pianificazione sanitaria a tempi lunghi. In assenza di piani di lavoro e di programmazione è possibile pianificare solo l'allocazione a pioggia o la restrizione lineare non finalizzate delle risorse. Così facendo si finisce, di fatto, per adattare i beni/servizi storici alle risorse date, anziché adattare le risorse date agli obiettivi in divenire (beni/servizi aggiornati).

Chi promuove i meccanismi operativi di controllo della spesa sanitaria sa bene la differenza sostanziale tra una procedura di centri di costo, finalizzata puramente a controllare le risorse, e una procedura di centri di costo, finalizzata a monitorare il rapporto costi-risultato. Con un controllo delle risorse non finalizzato un responsabile di servizio che raggiunge ottimi risultati risparmiando risorse rischia per "punizione" di vedersene decurtare negli esercizi seguenti. Di contro, un responsabile organizzativo che spreca risorse potrebbe vedersi "premiato" e rifinanziato su base storica.

Va quindi ribadito che solo con strumenti e abilità programmatiche diffuse è possibile avere una gestione delle aziende sanitarie più centrata sugli obiettivi, espressi in termini di beni/servizi prodotti. Appare così cruciale l'acquisizione di abilità diffuse di progettazione e gestione di piani di lavoro di servizio o di unità lavorativa.

3.2. Il piano di lavoro

Il piano di lavoro è uno strumento organizzativo teso a esplicitare, rispetto a una determinata unità organizzativa (servizio, ufficio, reparto, settore ecc.) gli *obiettivi generali e particolari*, le *azioni* tese al raggiungimento di tali obiettivi, le *condizioni organizzative* nelle quali tali azioni possono realizzarsi e gli *indicatori concreti di verifica* dei risultati.

In altri termini, il piano di lavoro permette a una determinata unità organizzativa l'esplicitazione dettagliata di ciò che intende fare, costringendola a mantenere visibili tutte le azioni e prestazioni organizzative in rapporto diretto con gli obiettivi concreti. Il piano di lavoro costituisce perciò un antidoto al funzionamento per atti autogiustificanti, scollegati dagli obiettivi, pericolo, questo, sempre presente in un'organizzazione che funzioni prevalentemente per compiti.

Appare implicito che i sistemi operativi che reggono i piani di lavoro sono ben accolti in tutte quelle organizzazioni che ritengono utile e popolare esplicitare e chiarire gli obiettivi concretamente perseguibili dalle varie unità. La logica dei piani di lavoro, rendendo più visibili e misurabili le prestazioni, è bene accetta nei sistemi organizzativi a cultura meritocratica, che intendono premiare quali-quantitativamente le capacità professionali degli individui.

I piani di lavoro sono invece osteggiati in quelle organizzazioni o settori organizzativi che, all'ombra della poca visibilità dei processi lavorativi impliciti, permettono agli individui spazi di manovra e processi compensatori (perciò occulti) non congruenti con le finalità organizzative. I piani possono essere vissuti come un vincolo eccessivo anche dai livelli direttivi, poiché l'approvazione di un piano costringe anche i livelli gerarchici superiori a stare alle regole del gioco contenute nel piano stesso e limita comportamenti direzionali di comodo, spontaneistici, estemporanei e incostanti. I piani di lavoro costringono gli individui a dedicare maggiore attenzione alle prestazioni professionali esplicite e valutate più che ai rapporti informali; spingono inoltre i ruoli direttivi a diventare orchestratori organizzativi (manager) più che capi di individui.

Le caratteristiche formali di dettaglio di un piano di lavoro non sono definibili una volta per tutte e in modo identico in ogni organizzazione. Ogni attività lavorativa ha caratteristiche peculiari che sfuggono alle ricette. In termini generali si può suggerire, se non una modellistica dettagliata, un'impostazione logica e metodologica di base.

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

I piani di lavoro di una determinata organizzazione dovrebbero rispettare i seguenti requisiti:

- rispondere a una cornice logica comune, in modo da fornire una leggibilità omogenea seppur costruiti da unità organizzative diverse. In altri termini, dovrebbero rispondere a uno standard logico di composizione, in modo da permetterne la confrontabilità;
- l'omogeneità e la standardizzazione logica dei piani di lavoro non dovrebbero rappresentare un vincolo a maglie strette, calato sulle diverse realtà organizzative che dovranno costruire i piani. Pur all'interno di una omogeneità di modello di riferimento, le unità organizzative devono essere libere di proporre la propria specificità e originalità di azione. Un modello troppo strutturato finirebbe col diventare troppo prescrittivo e tradire la logica della direzione per obiettivi;
- un format aziendale di composizione di piani di lavoro non dovrebbe essere troppo vago e generico tanto da minarne le caratteristiche di trasparenza, verificabilità e confrontabilità.

Gli ingredienti generalizzabili di un piano di lavoro, in sequenza logico-cronologica, potrebbero essere i seguenti:

- definizione degli obiettivi generali;
- definizione dei sottobiettivi risultato;
- definizione delle azioni utili a perseguire i sottobiettivi risultato;
- condizioni organizzative all'interno delle quali avvengono le azioni;
- definizione degli indicatori concreti di verifica dei risultati.

3.3. Obiettivi generali

Gli obiettivi generali di un'unità organizzativa rappresentano un traguardo orientativo che qualifica un bene/servizio in uscita. Gli obiettivi generali permettono di dare confine e definire il campo di un risultato organizzativo atteso. Un obiettivo generale è in genere scomponibile in sottobiettivi risultato.

La definizione e la ratifica degli obiettivi generali di una unità organizzativa spettano ai responsabili direzionali (nella sanità ai responsabili di servizio, responsabili di dipartimento, responsabili di distretto, direttori sanitari ecc.). La caratteristica degli obiettivi generali, per essere organizzativamente orientativa, non deve essere né vaga e generica né troppo dettagliata.

Obiettivi come la salute, la prevenzione, l'educazione sanitaria rappresentano obiettivi generici o valoriali, non obiettivi generali. Sarebbe

meglio definirle come categorie generiche all'interno delle quali vanno a loro volta specificati degli obiettivi generali. Ma anche obiettivi troppo dettagliati e quantificati risultano prescrittivi e tolgono spazio progettuale agli operatori che dovranno farsi carico della costruzione articolata del piano. Si ricorda che le organizzazioni ad alta e fisiologica discrezionalità diffusa non sono controllabili fiscalizzando l'attività, ma orientandola entro obiettivi generali, sostituendo al controllo gerarchico (arma spuntata) il controllo professionale e sociale, possibile solo attribuendo visibilità e misurabilità ai risultati, attraverso la metodologia dei piani di lavoro.

Gli obiettivi generali sono "contenitori" di sottobiettivi specifici. Un funzionale obiettivo generale dovrebbe chiarire l'oggetto, il campo professionale d'azione, il tempo d'azione e la tendenza dell'azione. Per esemplificazione ecco due adeguate definizioni di obiettivi generali:

1. *oggetto*: infezioni crociate;
spazio: divisione medicina generale;
tempo: entro 2 anni;
tendenza: diminuzione significativa (più del 5%);
2. *oggetto*: patologie dentarie sotto i 12 anni;
spazio: area distretto;
tempo: entro 3 anni;
tendenza: diminuzione significativa degli interventi chirurgici (più del 3%).

Com'è intuibile, la necessità di definire gli obiettivi generali spinge i responsabili delle direzioni organizzative a definire con maggiore chiarezza e stabilità le finalità (beni/servizi in uscita). Condizione, questa, indispensabile per orientare verso gli scopi voluti le leve d'azione organizzativa.

È altrettanto intuibile il fatto che la definizione puntuale e stabile degli obiettivi generali (atto dovuto per chi dirige) non è amata da tutti quei responsabili organizzativi che, per incompetenza o per consapevole strategia, si difendono con la vaghezza e l'instabilità di definizione degli obiettivi, al fine di opacizzare o ampliare i loro spazi di manovra e mantenere uno stile di governo effimero e utilitaristico. Un tale modello di direzione crea disagio e disorientamento all'interno dei collaboratori.

3.4. Sottobiettivi risultato

I sottobiettivi risultato rappresentano una ragionevole segmentazione degli obiettivi generali, il vero centro di riferimento concreto di un piano

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

di lavoro; su di essi si misurano sia le azioni da intraprendere sia gli indicatori di verifica.

L'operazione di definizione dei sottobiettivi risultato rappresenta un compito richiesto agli operatori delle unità lavorative specifiche. Solo essi, in quanto erogatori di attività diretta sul campo, hanno le informazioni e le competenze professionali concrete, in grado di disaggregare gli obiettivi generali in sottobiettivi risultato. Solo essi hanno il polso della situazione specifica dell'unità lavorativa e dei bisogni dell'utenza, utile a stimare la fattibilità e l'adattabilità dei traguardi. I sottobiettivi risultato devono essere interni e concorrenti all'obiettivo generale e devono essere espressi in termini di risultati sostanziali che si vogliono raggiungere concretamente, stimabili o misurabili.

Nell'operazione di smontaggio dell'obiettivo generale si devono evitare due possibili errori contrapposti. In primo luogo, bisogna evitare di "smontare troppo poco", definendo dei sottobiettivi troppo complessivi, formati da più sottobiettivi interni a loro volta (troppo simili a un obiettivo generale); in questo caso ci si troverà in difficoltà nell'operazione di definizione delle azioni da intraprendere che risulteranno troppe e complesse da ordinare. In secondo luogo, bisogna resistere alla tentazione di "smontare troppo", definendo sottobiettivi che, per eccesso di concretezza e di smontaggio, risultano troppi e parcellizzati rispetto all'obiettivo generale e che sono più simili ad azioni che a sottobiettivi veri e propri.

Partiamo dagli esempi di obiettivi generali di sanificazione e di prevenzione odontoiatrica citati precedentemente. I sottobiettivi risultato dell'obiettivo generale "diminuzione significativa (più del 5%) delle infezioni crociate in medicina generale nell'arco di due anni sono rappresentati dalla disaggregazione delle diverse tipologie di infezioni crociate, affiancate dai diversi e specifici traguardi percentuali quantificati. Con la medesima logica d'approccio, i sottobiettivi risultato dell'obiettivo generale "diminuzione significativa degli interventi chirurgici (più del 3%) causati da patologie dentarie riscontrate nel distretto x su bambini al di sotto dei 12 anni nel periodo di riferimento di 3 anni sono rappresentati dall'esplicitazione delle diverse patologie dell'apparato dentario esposte a intervento chirurgico affiancate dalle percentuali in decrescita, dichiarate come risultato perseguibile. Come appare dagli esempi, ogni sottobiettivo risultato, per essere concretamente verificabile, deve *riportare degli indicatori concreti di misurazione o stima del traguardo raggiunto*.

La disabitudine culturale a lavorare per obiettivi e risultati misurabili può indurre a confondere le azioni con gli obiettivi; ad esempio, "fare le

tessere” nel sindacato, come in un partito e come in qualsiasi associazione, rappresenta un atto magari indispensabile, non un obiettivo (a meno che un obiettivo associativo sia quello di fare quattrini con le iscrizioni degli associati); allo stesso modo, “produrre dei certificati” non è un obiettivo ma un atto che deve rispondere al sottobiettivo risultato per cui è nata la certificazione; se cade o cessa la ragione di perseguimento del sottobiettivo risultato, deve cadere con essa la certificazione (e se questo non succede significa che l’organizzazione ha perso il nesso con gli obiettivi e funziona per atti inutili).

Una visione processuale e per obiettivi dell’attività sanitaria e socioassistenziale permette di distinguere maggiormente la sequenza di atti dagli obiettivi finali. Ad esempio, il numero delle diagnosi precoci in un sistema sociosanitario rappresenta una sequenza di atti imprescindibili che, se non sono legati ad azioni precoci di prevenzione o d’intervento, rimangono atti costosi mancanti di traguardo. L’obiettivo risultato delle diagnosi precoci sono la prevenzione e/o l’intervento risolutivo precoce, la diminuzione concreta, cioè, dei danni creati dalla causa patogena alla quale si riferiscono. Così come i processi di mappatura ambientale, seppur indispensabili, rappresentano sempre atti rispetto agli obiettivi di misurabile bonifica territoriale.

In termini di obiettivi, a che vale un alto volume di diagnosi precoci se l’intervento è ritardato tanto da invalidare la precocità della diagnosi? Così, a cosa vale gloriarsi di aver mappato un’intera regione se le bonifiche non decollano? Nella realtà organizzativa alcuni servizi hanno come obiettivi in uscita degli atti indispensabili ad altri servizi per perseguire obiettivi sanitari. È il caso, ad esempio, degli uffici amministrativi, che hanno come *obiettivi in uscita* dal loro sistema dei servizi (informativi, contabili, finanziari) che per altre entità organizzative rappresentano *atti in ingresso* indispensabili per perseguire obiettivi di prestazione sociosanitaria. Gli indicatori di priorità, di tempestività e chiarezza degli atti amministrativi dovrebbero di norma dipendere dagli obiettivi di prestazione sociosanitaria e non viceversa. I piani di lavoro permetterebbero di affrontare anche questa eterna tenzone che coinvolge servizi amministrativi e produzione sanitaria.

Resta il fatto che la composizione dei piani di lavoro obbliga alla chiarezza logica e alla distinzione tra azioni e obiettivi. Distinzione culturalmente basilare per favorire processi pedagogici di passaggio da una centratura preminente sugli atti autogiustificanti a una centratura prevalente sui risultati giustificanti gli atti.

3.5. La definizione delle azioni utili a perseguire i sottobiettivi risultato

Superato lo “scoglio” della definizione dei sottobiettivi risultato, devono essere descritte succintamente le azioni che si intendono intraprendere per raggiungere il risultato prefissato in ogni sottobiettivo. Giunti a questo punto non dovrebbe essere difficile definire e verificare la congruenza tra azioni e sottobiettivi.

La descrizione delle azioni deve essere succinta ed essenziale, ciò che interessa è la logica di azioni anche complesse e non i singoli atti e la loro metodologia, problematiche, queste, che fanno parte della discrezionalità prevista dalle prestazioni professionali e che, semmai, saranno oggetto di confronto professionale e spunto per elaborare meccanismi operativi quali i protocolli diagnostici, i protocolli terapeutici, i protocolli di processo lavorativo. La definizione, anche succinta, delle azioni concorrenti ai sottobiettivi risultato permette di meglio distribuire il lavoro e le relative responsabilità mirate tra i vari individui e ruoli presenti nelle unità lavorative.

Per raggiungere un sottobiettivo risultato possono essere necessarie azioni di altri servizi o dello stesso servizio che attua il piano di lavoro. Le azioni possono essere preparatorie ad altre, ad esempio l'allestimento di banche dati su fenomeni che si vogliono monitorare. A tale proposito, si tenga presente che i piani di lavoro sono una ricca fonte di analisi dei bisogni informativi di un'organizzazione.

Le azioni possono essere indirette e mediate rispetto al raggiungimento dell'obiettivo, ad esempio le azioni di consulenza, sensibilizzazione e formazione sanitaria. Infine, le azioni possono essere in rapporto diretto con il raggiungimento dell'obiettivo, ad esempio atti diretti terapeutici o atti diretti di bonifica.

3.6. Condizioni organizzative all'interno delle quali avvengono le azioni

Le azioni pertinenti al perseguimento dei sottobiettivi risultato devono avere già nel progetto di piano una verifica di fattibilità organizzativa. Il piano deve essere realistico per essere concretamente realizzato. Si può ipotizzare che i vincoli e le opportunità, in termini di risorse e condizioni organizzative, possano avere margini di elasticità e di negoziazione possibile nei confronti delle direzioni aziendali, ma sempre nel perimetro del realistico e del possibile.

Le affermazioni “si potrebbe se ci fosse...”, “sarebbe bello fare questo

RIPROGETTARE LA SANITÀ

o quello se però avessimo...” non hanno posto nei piani di lavoro che rappresentano dei progetti di attività e non delle speranze non appagabili. Le condizioni organizzative sono in diretta dialettica con le azioni che si è deciso di intraprendere; sono infatti le azioni che hanno bisogno, per realizzarsi, di risorse e di condizioni organizzative. Le azioni da intraprendere vanno perciò incrociate con le condizioni organizzative.

Alcune condizioni organizzative sono generalizzabili a più piani di lavoro, ma altre sono specifiche e vanno aggiunte liberamente. Alcune categorie di condizione organizzativa generalizzabili sono le seguenti:

- risorse economiche;
- risorse temporali;
- risorse strumentali;
- numero di addetti impiegati;
- professionalità addetti;
- risorse in termini di ambienti fisici.

Per ogni azione si dovranno quindi descrivere le condizioni organizzative realisticamente occorrenti secondo il prospetto logico della scheda 3.1.

Scheda 3.1. Azioni/condizioni organizzative di piano

Azioni	Condizioni organizzative relative a risorse					
	economiche	di tempo	di strumenti	di personale	di professionalità	altre
Azione (a)						
Azione (b)						
Azione (c)						
Riepilogo condizioni organizzative del piano						

Le condizioni organizzative necessarie a rendere concrete le azioni stabilite vanno poi riassunte in termini di condizioni organizzative di piano, che costituiscono una verifica interna della fattibilità del piano poiché è possibile che, “catturati” dalla frantumazione della fattibilità organizzativa azione per azione, si perda la visione complessiva delle condizioni organizzative di fattibilità complessiva. L’esplicitazione oggettiva delle congruenze/incongruenze esistenti tra azioni e risorse è un importante strumento, utile a rinegoziare risorse o obiettivi.

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Il test di realtà che dovesse oggettivamente dimostrare che, a fronte di azioni importanti per perseguire gli obiettivi, mancano o sono notevolmente carenti alcune risorse organizzative, costringerebbe, a buon senso, i responsabili gestionali a ridimensionare gli obiettivi di partenza o a dotare di risorse i servizi che operano per piani di lavoro.

La visibilità oggettiva azioni-risorse sposta il piano della negoziazione operatori-dirigenti dal terreno della fattibilità intuitiva e soggettiva a quello della fattibilità documentabile oggettivamente, dalla negoziazione levantina basata sui giochi di relazione a quella aziendale fondata sui dati e sulla sostenibilità oggettiva. Solitamente le negoziazioni basate sulle impressioni soggettive sono molto più influenzabili dalle soggezioni gerarchiche rispetto alle negoziazioni basate sui dati di fatto. Il principio di realtà, documentato dal capitolo del piano di lavoro dedicato all'incrocio a matrice tra azioni e risorse organizzative, orizzontalizza i rapporti, le stime soggettive non documentate oggettivamente li verticalizzano. È forse anche per questo che gli istituiti, per influenzare di più, devono scrivere molto (documentare, verbalizzare, protocollare), mentre gli istituenti che mirano a influenzare sempre di più tendono a scrivere il meno possibile (anche la sola firma potrebbe rappresentare un vincolo "eccessivo").

3.7. Definizione di indicatori concreti di verifica dei risultati

Le organizzazioni attente ai prodotti e ai servizi in uscita hanno ruoli, strutture, sistemi operativi deputati al controllo e alla verifica dei risultati finali, intermedi e di processo. Di solito queste organizzazioni non sono così attente spontaneamente ma sono costrette all'attenzione da due deterrenti che stimolano la loro efficacia ed efficienza: la concorrenza agguerrita e/o l'alto livello di verificabilità sociale dei loro beni/servizi da parte dei fruitori (clienti).

Le organizzazioni che non sentono l'influenza di questi deterrenti si possono permettere di trascurare in parte il controllo di efficacia ed efficienza dei propri beni/servizi. Quando le organizzazioni non prevedono condizioni e sistemi operativi atti a mantenere una tensione diffusa verso la visibilità e la verifica dei risultati, è inevitabile che la cultura organizzativa si ripieghi su sé stessa e riservi più attenzione ai processi di convivenza non finalizzata (processi di garantismo, consolidamenti di caste organizzative, ritualità gerarchiche, recite familistiche ecc.).

La presenza di sistemi operativi di verifica dei risultati denota un'at-

tenzione particolare riservata al controllo dei beni/servizi in uscita in un sistema organizzativo.

Rispetto ai piani di lavoro gli indicatori di verifica dei risultati rappresentano la sostanziale testimonianza del funzionamento per obiettivi: un piano di lavoro mancante degli indicatori concreti di verifica dei risultati rappresenta un costruito senza senso e finalizzazione, in termini di metafora calcistica sarebbe simile al gesto di tirare un rigore trascurando di verificare se la palla è finita in rete. Gli indicatori concreti di verifica qualificano e danno sostanziale utilità a un piano di lavoro, permettono di correggere il tiro tra un piano di lavoro e l'altro o addirittura di modificare notevolmente le azioni intraprese, permettono di instaurare un processo ciclico evolutivo del tipo azioni-verifica-nuova azione-nuova verifica.

Senza verifica le azioni organizzative finirebbero con il ritualizzarsi autogiustificandosi indipendentemente dagli obiettivi, producendo così una specie di autismo di funzionamento organizzativo, il che trascinerebbe in ugual sorte comportamentale gli individui coinvolti.

Quanto più ci si è sforzati di definire correttamente i sottobiettivi risultato, tanto più si sarà facilitati nel rintracciare degli indicatori concreti di verifica. Gli indicatori di verifica sono volti a certificare dei sottobiettivi risultato e non delle azioni. Ne deriva che nella ricerca degli indicatori di verifica si dovrà tener conto dei risultati e non degli atti che si sono posti in essere per raggiungerli: gli atti possono essere molto onerosi ma i risultati possono essere scarsi o addirittura negativi. In una campagna di educazione sanitaria si possono compiere innumerevoli e onerosi atti promozionali ma non si andrà a verificare il risultato sommando gli spazi ottenuti su affissioni, su giornali e riviste, tramite mezzi audiovisivi, bensì si cercherà di misurare e stimare lo spostamento sostanziale delle domande/bisogni indotto dall'azione promozionale.

Non si verifica il buon funzionamento di un reparto sul volume di atti giornalieri, non si misura l'efficacia di un consultorio sul numero degli utenti, non si misura il funzionamento della vigilanza in un comune sul numero delle multe fatte, non si verifica un apparato sindacale sul numero di vertenze praticate, ma semmai sulle effettive risposte ai bisogni, sulla pertinenza e sulla risposta ai bisogni delle prestazioni, sulla fluidità e razionalità della viabilità, sull'utilità di chiusure vincenti delle trattative.

Gli indicatori di verifica dovrebbero essere il più possibile quantificabili e il meno possibile ricondotti a stime individuali e soggettive: in

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

questa operazione si può essere facilitati dalla caratteristica quantizzabile di alcuni obiettivi, ad esempio la diminuzione di infezioni crociate è facilmente quantizzabile, come la diminuzione degli errori di dieta durante il processo che si snoda tra dietologia, cucina e letto del paziente ospedalizzato.

Ma ci sono obiettivi che, per loro natura, rendono difficile la definizione di un indicatore concreto di verifica; gli influenzamenti culturali, diffusi e ottenibili con attività di educazione sanitaria, ad esempio, sono più difficilmente misurabili con indicatori di successo quantificabili; la difficoltà della definizione di indicatori di successo riguardanti determinati obiettivi non può essere assunta ad alibi per non sforzarsi di rintracciarli, indiretti e imperfetti che essi siano.

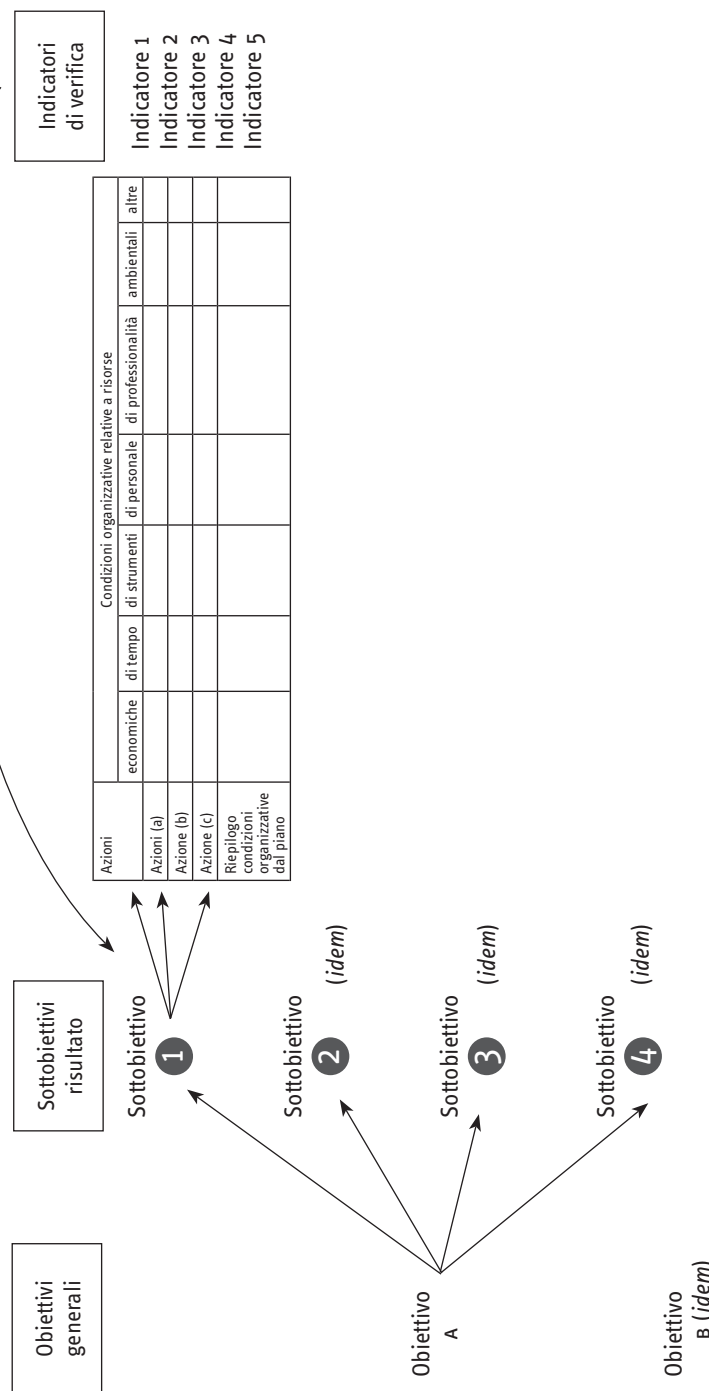
Un obiettivo di influenzamento culturale come il già citato “raggiungimento di un aumentato livello di educazione dentaria” può trovare, anche se imperfetti e indiretti, degli indicatori di successo come il consumo intenzionale di prodotti di prevenzione e di pulizia dentaria, l'aumento delle visite di controllo preventivo, ma soprattutto la diminuzione degli interventi di estirpazione e protesi ecc.

Gli indicatori di successo e di verifica dei sottobiettivi risultato costituiscono complessivamente una raccolta ordinata di informazioni di monitoraggio del risultato complessivo di una unità organizzativa. La raccolta e l'organizzazione di tali dati rappresenta una indispensabile storicizzazione delle attività, un osservatorio sistematico delle prestazioni, rispetto al quale l'informatizzazione dell'attività rappresenta un utile supporto.

La raccolta storicizzata e diffusa delle informazioni desunte dall'uso degli indicatori di verifica potrebbe rappresentare contemporaneamente un formidabile processo di ricerca epidemiologica, un basamento conoscitivo storico che evita la sistematica partenza dall'anno zero e uno degli strumenti di verifica d'efficacia. La storicizzazione degli indicatori di verifica potrebbe favorire il passaggio da una logica di finanziamenti sanitari a pioggia a una logica di finanziamenti finalizzati ai piani e in rapporto ai risultati dei sistemi organizzativi.

I piani di lavoro completati dai servizi formano oggetto di negoziazione tra i servizi stessi e le direzioni organizzative. I piani risistemati, a valle delle negoziazioni tra servizi e direzioni, dovrebbero essere ratificati formalmente dagli stessi responsabili organizzativi che hanno definito gli obiettivi generali. A questo punto, i piani di lavoro assumono la veste di patto organizzativo teso a rendere minime le iniziative estemporanee

Figura 3.1. Schema logico complessivo dei piani di lavoro



dei professionisti, non contemplate nei piani o non dettate da fenomeni oggettivamente importanti previsti dai piani stessi (cfr. fig. 3.1).

3.8. Le resistenze

Come appare evidente, l'adozione del funzionamento per piani di lavoro, ancorché suggerita dalla complessità del contesto sociosanitario, non si caratterizza per la semplice adozione di una metodologia organizzativa. Esso rappresenta il sintomo metodologico dell'acquisizione di una cultura e di un'ideologia di funzionamento diffusa che premia: aderenza ai bisogni degli utenti, visibilità dei fenomeni, competenze professionali, protagonismo nei processi e responsabilità collettive e individuali sui risultati, mentalità lavorative dinamiche e capaci di declinarsi nel tempo (ieri, oggi, domani). I piani di lavoro rappresentano un sistema operativo che tendenzialmente prosciuga i processi di compensazione, legittimandoli e trasformandoli in discrezionalità lavorativa stimabile e misurabile; il loro principio di realtà è acerrimo nemico del principio di creatività estemporanea di governo delle organizzazioni.

È comprensibile la difficoltà culturale, più che tecnica, di introduzione dei piani di lavoro in istituti organizzativi che ancora premiano maggiormente i bisogni degli istituenti anziché quelli degli utenti, l'opacità dei processi sociali impliciti e compensatori piuttosto che la visibilità esplicita dei processi di lavoro, i rapporti giocati sulle valenze emotive anziché su quelle professionali, il garantismo e la deresponsabilizzazione più che il protagonismo responsabile, le prestazioni rituali e astoriche piuttosto che la dinamicità storicizzata. Non c'è quindi da stupirsi se il passaggio da una logica di funzionamento per compiti a una per obiettivi, con l'adozione dei piani di lavoro che la sostanziano, genera diffuse resistenze. Nascono resistenze in tutti quegli individui abituati a un esercizio arbitrario e occulto di ruolo, i quali temono che una maggior trasparenza organizzativa metta in crisi le loro rendite di posizione (siano esse le piccole rendite lavorative degli operatori a basso livello o quelle molto più corpose dei ruoli gestionali). Sono invece alleati dei piani di lavoro e dell'ideologia organizzativa che li sostiene tutti coloro (dirigenti, operatori) che sono sensibili al principio di realtà dei bisogni dell'utenza e attribuiscono alto valore alle capacità professionali eticamente espresse.

Di fatto, tutti gli individui appartenenti al sistema sociosanitario, costretti per attività a essere quotidianamente in contatto con il principio

di realtà dei bisogni della popolazione, sono in genere motivati a un'attività centrata su piani e obiettivi. Gli individui che, invece, non godono di frequente e diretto rapporto con i bisogni della popolazione ma sono più esposti ai bisogni autoreferenziali del sistema istituzionale interno, sono più frequentemente ancorati a un modello anacronistico di gestione. Questo spiega perché le motivazioni al cambiamento sono solitamente più vivaci fra gli istituiti anziché fra gli istituenti.

Questi fenomeni di processi sociali di resistenza inducono una particolare cautela nell'introdurre un funzionamento per piani di lavoro. Quando è in gioco un cambiamento culturale diffuso, però, la prescrittività non paga, soprattutto in un sistema come quello sociosanitario dove la discrezionalità fisiologicamente diffusa permette di accettare formalmente e di rifiutare sostanzialmente. Appare, per tali ragioni, più efficace una logica di gestione del transitorio, una gradualità sperimentale d'introduzione dei meccanismi programmatori. È suggeribile partire da aree sperimentali caratterizzate da fattori favorevoli che possono essere costituiti da responsabili direzionali convinti e motivati, da favorevoli climi sociali e disponibili al cambiamento, da condizioni organizzative che richiedono evoluzioni. La sperimentazione circoscritta in aree favorevoli crea meno resistenze diffuse, e approderà più facilmente al successo, ponendosi come precedente in grado di contaminare positivamente e per allargamento emulativo altri settori aziendali.

In genere, nelle organizzazioni stimulate da mercati di alta concorrenza normata, e in presenza di direzioni aziendali fermamente convinte di varare una direzione per obiettivi, occorrono almeno tre anni per mettere in fase il processo, che ha risvolti più culturali che metodologici e tecnologici. È realistico pensare che, in un'istituzione complessa e spesso ricca di contraddizioni come quella della sanità pubblica, occorrono almeno cinque anni di messa in fase di un processo programmatico diffuso, presupponendo un'effettiva volontà politica di perseguirlo.

La fase transitoria di passaggio da una logica per compiti a una per obiettivi dovrebbe essere gestita con spirito sperimentale di apprendimento. Nel momento sperimentale è possibile aggiustare il tiro, tornare sui propri passi, usare gli errori come utili suggeritori di rotta e non già per penalizzare chi ha sbagliato.

Solo quando il processo di programmazione e di funzionamento per piani sarà interiorizzato dai diversi attori organizzativi si potrà legarlo strettamente al sistema di premi e sanzioni.

3.9. Esperienze

L'azienda ospedaliera di Desenzano: un caso di riorganizzazione concertata di divisioni ospedaliere

di *Rossella Goglion*

Nel 2004 la Regione Lombardia decide di utilizzare per la valutazione delle Aziende Sanitarie regionali gli standard elaborati dalla Joint Commission¹ (JC): dei 360 standard internazionali, 36 sono stati considerati parametro di qualità per le strutture sanitarie lombarde.

Il top management dell'azienda ospedaliera di Desenzano, in funzione del miglioramento dei propri servizi e in vista della valutazione regionale, riunisce i direttori di dipartimento e dà loro mandato di verificare che all'interno delle loro strutture vi sia congruità tra modalità operative e standard Joint Commission: laddove il modo di operare si discosta dagli standard, diviene obiettivo principe riportare le procedure operative in linea con le prescrizioni Joint Commission.

Da parte di alcuni dirigenti afferenti alla direzione strategica, convinti che la condivisione sia fondamentale per un'organizzazione con così alto potere discrezionale degli operatori, nasce l'idea di rendere fattivamente protagonisti del cambiamento gli istituti.

La committenza

Nel 2005 viene istituito un gruppo di lavoro, composto dai direttori di presidio, dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal personale del servizio Formazione², con il compito di elaborare un progetto che preveda il coinvolgimento di coloro che quotidianamente si trovano a operare "in trincea", al fine di arrivare a una diagnosi organizzativa e all'elaborazione di proposte di miglioramento. La finalità era condividere cambiamenti importanti evitando di "calar dall'alto" modelli organizzativi da applicare senza condivisione.

Il pensiero che regge il percorso sta nella constatazione che in un'azienda ospedaliera il livello di discrezionalità dell'operatore è molto elevato e quindi è impossibile, per raggiungere alti livelli di qualità assistenziale, utilizzare modelli organizzativi altamente gerarchizzati. I processi di riorganizzazione non devono essere imposti dall'alto o suggeriti dal miglior consulente, bensì devono avere come attori coloro che lavorano all'interno dell'organizzazione e che conoscono nel dettaglio i singoli meccanismi. Beni e servizi prodotti in sanità

RIPROGETTARE LA SANITÀ

vanno modellati sul cliente. La sanità, come le società di servizi o di consulenza, è un'organizzazione più centrata sul processo di negoziazione/personalizzazione dei beni/servizi più che sui beni/servizi stessi.

Modificare il proprio modo di operare significa modificare un dato culturale assunto nel tempo e soprattutto condividere "il nuovo". Il cambiamento è possibile solo coinvolgendone gli attori.

La responsabile del servizio Formazione e aggiornamento Rossella Goglioni contatta il prof. Roberto Vaccani per la messa a punto del progetto. Dopo un primo colloquio interlocutorio con la committenza appare subito evidente che il modo di interpretare il concetto di organizzazione da parte dei direttori è diverso, e di conseguenza lo sono motivazioni e obiettivi. Laddove la committenza è plurima e i poteri sono diffusi, avviare un intervento diviene difficile, soprattutto in sanità, dove la discrezionalità nel modo di operare raggiunge alti livelli. È a questo punto che il prof. Vaccani, di fronte a una serie di richieste di interventi, propone al top management un percorso formativo con la finalità di creare dei modelli di lettura e di intervento organizzativo comuni. Il progetto subisce quindi una battuta d'arresto e solo dopo alcuni mesi inizia un percorso formativo dedicato alla dirigenza. Il corso ha permesso ai direttori di omogeneizzare il linguaggio e trovare terreno comune malgrado idee diverse.

In sanità spesso ci troviamo di fronte a una committenza plurima che ha idee differenti ma obiettivi simili. Nel caso specifico, l'accordo della committenza è stato creato fornendo al top management modelli che hanno reso possibile la convergenza di obiettivi. Il possedere modelli di lettura e di intervento organizzativo comuni permette di confrontarsi in modo chiaro e scevro da personali interpretazioni.

La condivisione totale degli obiettivi ha reso chiaro il mandato e legittimato il percorso. A questo punto il gruppo di lavoro definisce le strutture sanitarie idonee alla sperimentazione. I criteri che portano alla definizione di alcune strutture e all'esclusione di altre sono basati sulla stabilità dell'assetto organizzativo del reparto/servizio e sull'autocandidatura da parte dei direttori di struttura. Nel 2005 venne avviata una prima fase del progetto che coinvolgeva cinque reparti, ma la scarsa convinzione di alcuni direttori e il verificarsi di variabili di disturbo quali alcune modifiche all'organizzazione imposte dalla direzione hanno fatto sì che solo l'Otorinolaringoiatria (ORL) e la Medicina portassero a termine il lavoro. L'intervento in realtà è stato effettuato in due momenti diversi, in quanto la riorganizzazione della Medicina è avvenuta solo in seguito ai risultati raggiunti con la riorganizzazione ambulatoriale dell'Otorinolaringoiatria.

La formazione

La formazione diventa strumento indispensabile in tutte quelle organizzazioni che vedono la professionalità socialmente presente come uno dei fattori vincenti rispetto ai beni/servizi richiesti. Nelle organizzazioni che, per ragioni di prodotto, funzionano di fatto con alta discrezionalità decentrata fino ai bassi livelli di scala gerarchica, la formazione assume valenza importante in termini di scambio, al fine di evitare che la discrezionalità decentrata divenga arbitrarietà professionale decentrata. La formazione in sanità rappresenta una leva strategica, e la dimostrazione pratica di questo concetto è stato il corso di formazione dedicato al top management, che ha fornito ai vertici dell'azienda modelli comuni creando convergenza di obiettivi.

Il percorso formativo dedicato alla dirigenza è durato cinque giornate, all'interno delle quali sono stati trattati modelli di comprensione delle attitudini professionali e di comportamento al lavoro, modelli di lettura sistemica dell'organizzazione, metodologia di funzionamento per piani di lavoro e modelli di lavoro in team. Per i due reparti soggetti alla sperimentazione sono stati individuati due gruppi di operatori, in specifico:

- per l'Otorinolaringoiatria la capo sala, il direttore di unità operativa, un'infermiera professionale, una componente dell'ufficio infermieristico di presidio, un'amministrativa e un medico;
- per la Medicina la capo sala, il primario, due medici e otto infermieri.

I contenuti delle giornate formative erogate ai due gruppi comprendevano i modelli forniti alla dirigenza con l'aggiunta del modello assistenziale di riferimento e l'applicazione pratica all'unità di degenza.

Il gruppo di operatori, pur essendo estremamente disomogeneo in termini di ruolo, ma con alto grado di interdipendenza, si è reso disponibile al confronto già in aula. Questo, a mio avviso, è stato reso possibile dal fatto che gli operatori per la prima volta si sono sentiti protagonisti del progetto e quindi responsabili dei risultati. Il confronto è sempre stato funzionale all'obiettivo e le discussioni si mantenevano costantemente su un piano professionale e quasi mai scivolavano sul piano personale, terreno fertile per possibili conflitti.

Altro aspetto fondamentale è stata la legittimazione data al progetto da parte della direzione generale, sancita dalla presenza di almeno un componente del top management nei passaggi cruciali. La direzione si è resa disponibile a rivedere alcune condizioni poste all'inizio, tra le quali che la ristrutturazione fosse a isorisorse.

La formazione degli operatori ha reso possibile l'internalizzazione di competenze in tema di diagnosi e di progettazione di interventi migliorativi e, di

RIPROGETTARE LA SANITÀ

conseguenza, questo ha evitato di dipendere in modo assiduo e costante, come purtroppo spesso accade, da consulenti esterni.

Nella sperimentazione in oggetto il consulente esterno ha avuto il ruolo di conduttore e verificatore in alcuni passaggi salienti del progetto; il coordinamento dell'intero lavoro è stato curato dal gruppo iniziale, i sottogruppi di reparto si sono occupati dell'applicazione pratica all'interno dei reparti.

Aver costituito un gruppo di operatori "esperti" nei modelli di diagnosi è poi servito nel tempo ad affrontare le criticità che si sono ripresentate nel sistema con metodologia e soprattutto con un vocabolario comune tra operatori.

La metodologia

Le strutture sanitarie che hanno sperimentato il progetto sono l'Otorinolaringoiatria di Manerbio, diretta dal dott. Livio Zanetti e coordinata dalla sig.ra Carla Agazzi, e la Medicina dell'ospedale di Manerbio, diretta dal dott. Gianpaolo Balestrieri e coordinata dalla sig.ra Rosa Cadorini.

I due interventi sono stati effettuati in periodi diversi: per l'Otorinolaringoiatria nel 2005, per la Medicina nel 2007. In Medicina vi è stato un cambio di responsabile: al precedente direttore di unità operativa è subentrato il dott. Balestrieri, che, in accordo con la coordinatrice infermieristica, a fronte di segnali di disagio degli operatori e della percezione di una bassa qualità assistenziale, ha deciso di chiedere il supporto del servizio Formazione, per un intervento di ristrutturazione organizzativa. Dopo il nulla osta della direzione generale, ottenuto grazie ai risultati positivi della sperimentazione dell'Otorinolaringoiatria, il progetto prende avvio.

Le due sperimentazioni partono considerando i due punti cardine dell'organizzazione: la struttura organizzativa con le sue regole e gli individui che vi lavorano. I progetti hanno fasi comuni di sviluppo con specifiche diverse proprie della peculiarità di ogni settore (per una sintesi delle fasi del processo, cfr. tab. 1).

Dopo la fase formativa si è passati all'applicazione pratica del modello di analisi sistemica. Questo modello, come descritto nel capitolo primo, permette di mettere in luce i legami di reciproca influenza degli elementi che compongono un'organizzazione. Il modello sistemico ha reso inoltre possibile l'analisi di sottosistemi dei due settori in oggetto:

- otorinolaringoiatria: si è analizzato prima il sistema reparto e poi il sottosistema ambulatoriale, in quanto quest'ultimo risultava il processo meno controllato e più caotico. A ogni singola fase del processo ambulatoriale (prescrizione della prestazione, prenotazione della prestazione, programmazione dell'attività, accettazione amministrativa e documentazione, accoglienza, svolgimento della prestazione, conclusione) è stato nuovamente applicato il modello sistemico, giungendo così a una analisi estremamente dettagliata (cfr. esempio A);

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Tabella 1. Fasi del processo

<i>Fasi</i>	<i>Azioni</i>
Costituzione gruppo di progetto	Individuazione degli operatori rappresentativi della popolazione dei professionisti dei due settori.
Valutazione clima <ul style="list-style-type: none"> • per l'ORL customer satisfaction • per la Medicina people satisfaction¹ 	Elaborazione di un questionario rivolto: <ul style="list-style-type: none"> • agli utenti ambulatoriali, con l'obiettivo di indagare la qualità percepita; • a tutto il personale, con l'obiettivo di indagare la realtà assistenziale percepita dai professionisti e indagare il clima organizzativo interno al reparto.
Presentazione progetto	Incontro con tutto il personale del reparto per la presentazione del progetto e consegna dei questionari: <ul style="list-style-type: none"> • per l'ORL i questionari venivano consegnati dal medico dell'ambulatorio agli utenti; • per la Medicina i questionari sono stati consegnati al personale dalla coordinatrice infermieristica e dal direttore di Unità operativa.
Formazione gruppo di lavoro interno	Formazione (con esperto) finalizzata all'acquisizione di competenze per la lettura della realtà organizzativa e presentazione di modelli assistenziali che garantiscano continuità assistenziale.
Analisi dati qualità percepita	Raccolta dati relativi alla qualità percepita (customer satisfaction e people satisfaction).
Analisi della realtà organizzativa e individuazione delle criticità presenti	Il gruppo di lavoro analizza il processo ambulatoriale e quello assistenziale attraverso l'applicazione del modello di analisi sistemica, con l'obiettivo di individuare le criticità presenti.
Revisione metodologica del lavoro con esperto	Incontro con l'esperto per verificare la correttezza metodologica del procedere.
Elaborazione di progetti di miglioramento	Individuazione da parte del gruppo di progetto di sottogruppi. I sottogruppi erano costituiti da un componente del gruppo di lavoro interno (che fungeva da coordinatore) e da operatori facenti parte dei servizi/reparti, collegati agli ambulatori o alla Medicina, coinvolti nei progetti di ristrutturazione. In tal modo, ogni struttura coinvolta nella ristrutturazione era comunque rappresentata da un suo operatore già in fase di elaborazione dei progetti.
Elaborazione di indicatori di ricaduta organizzativa	Individuazione di elementi misurabili quantitativamente e qualitativamente a prova del cambiamento.
Attuazione progetti	Definizione delle disposizioni per rendere operativi i progetti.
Misurazione e analisi degli indicatori di ricaduta organizzativa	Valutazione del nuovo modello organizzativo (tramite individuazione di indicatori specifici, ad esempio continuità assistenziale, medico e personale infermieristico di riferimento, corretta gestione, documentazione clinica, dati customer telefonica).

¹ Questo al fine di evitare quello che accade spesso nelle organizzazioni, ovvero la separazione concettuale e operativa tra individui e organizzazione, quasi che il fenomeno organizzativo e quello sociale fossero ambiti distinti da esplorare indipendentemente l'uno dall'altro.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- medicina: in questo caso è stato analizzato il sistema reparto per passare poi al sottosistema degenza. Anche in questo caso, del “sistema” degenza è stata presa in esame tramite analisi sistemica ogni singola fase: ricovero, accettazione, degenza, dimissione. Le fasi di ricovero e dimissione sono state ulteriormente scomposte andando ad analizzare le diverse modalità di ricovero (ricovero da Pronto soccorso in urgenza, da ambulatorio tramite medico specialista o da domicilio tramite medico di medicina generale) e di dimissione (dimissione e rientro a casa o dimissione e inserimento del paziente in casa di riposo o altra struttura sanitaria) (cfr. esempio B).

Esempio A³: analisi del processo ambulatoriale

Output

1. Attività ambulatoriale
 - 1.1. Prime visite
 - 1.2. Visite di controllo e medicazioni
 - 1.3. Visite specialistiche (endoscopie, otoemissioni, piccoli interventi)
 - 1.4. Attività di logopedia
 - 1.5. Attività audiologica
2. Attività di degenza
3. Attività di consulenza agli altri reparti

Input (riferiti al sottosistema “attività ambulatoriale”)

4. Aspettative del paziente/famiglia
5. Medici di medicina generale
6. Medici specialisti
7. Infermieri/personale di supporto
8. Amministrativi di reparto
9. Centro unico di prenotazione (CUP)
10. Ambiente fisico
11. Attrezzature/strumentario
12. Norme e regolamenti

Fasi del processo

13. Prescrizione della prestazione
14. Prenotazione della prestazione

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

15. Programmazione dell'attività
16. Accettazione amministrativa e documentazione
17. Accoglienza
18. Svolgimento della prestazione
19. Conclusione

Analisi delle singole fasi del processo e criticità riscontrate

Si riporta ad esempio l'applicazione del modello sistemico alla prima fase del processo ambulatoriale.

Nella tabella 2 compare il processo analizzato: nella colonna *Input* vengono descritti i fattori in ingresso relativi alla fase presa in esame, che nell'esempio sotto riportato è "prescrizione della prestazione". Nella colonna *Grado* viene dichiarato il grado di importanza del fattore di ingresso rispetto al servizio erogato (elencato nell'output). Nella colonna *Descrizione* compare una breve descrizione del fattore d'ingresso e nella colonna *Output* sono elencati i servizi erogati sui quali impatta il fattore d'ingresso (i numeri fanno riferimento alla prima macroanalisi ed esprimono gli output dell'attività ambulatoriale, ovvero i servizi offerti al cittadino attraverso l'attività ambulatoriale 1.1 Prime visite, 1.2 Visite di controllo e medicazioni, 1.3 Visite specialistiche, 1.4 Attività di logopedia, 1.5 Attività audiologica).

Tabella 2. #inserire titolo#

<i>Input</i>	<i>Grado</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Output</i>
4 Aspettative del paziente/famiglia	Alto	Chiede una precisa identificazione del soggetto prescrittore e un'informazione adeguata e univoca.	1.1 - 1.2 - 1.3 - 1.4 - 1.5
5 Medico di medicina generale	Alto	Valuta la necessità e compila la prescrizione.	1.1 - 1.4 - 1.5
6 Medico specialista	Alto	Valuta la necessità e compila la prescrizione.	1.2 - 1.3 - 1.4 - 1.5
12 Norme e regolamenti	Medio	La normativa vigente distingue il ruolo del medico di medicina generale (MMG) da quello del medico specialista e assegna a ognuno un ruolo prescrittivo preciso, a seconda della tipologia di prestazione.	1.1 - 1.2 - 1.3 - 1.4 - 1.5

Tabella 3. #inserire titolo#

<i>Fase</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>	<i>Descrizione criticità</i>	<i>Standard Joint</i>
13 Prescr.	4	1.1 - 1.2 - 1.3 - 1.4 - 1.5	Al paziente risulta poco chiara la competenza prescrittiva. In alcuni casi il paziente si reca dal medico di medicina generale, anche quando la prescrizione potrebbe essere fatta dal medico specialista.	ACC 3.1 ¹
13 Prescr.	5	1.1 - 1.2 - 1.3 - 1.4 - 1.5	Le prescrizioni del medico di medicina generale sono talora incongrue e non riportano il quesito diagnostico.	ACC 3.1
13 Prescr.	6	1.2 - 1.3 - 1.4 - 1.5	Il paziente si reca in modo improprio dal proprio medico di medicina generale per la prescrizione di indagini supplementari utili a definire il quesito diagnostico. Per la prima medicazione dopo dimissione del paziente rinologico, oltre che per le successive medicazioni/controlli, l'impegnativa non viene rilasciata dallo specialista. In tal modo l'utente deve nuovamente recarsi dal medico di medicina generale.	ACC 3.1

¹ Acc 3.1: L'ospedale collabora con i professionisti sanitari e gli enti esterni per assicurare che i pazienti vengano loro indirizzati in modo appropriato e tempestivo.

Dall'analisi del processo sono state individuate le criticità descritte nella tabella 3, che indica a sinistra la fase del processo coinvolta nell'analisi, il fattore di ingresso al quale si fa riferimento e i servizi erogati (output) su cui ricade la criticità. A destra è stato inserito lo standard Joint Commission di riferimento.

Esempio B : analisi del processo di assistenza e cura

Nel progetto titolato "Ascolta il disagio, ripensa il lavoro..." si vede come vi sia complementarità tra approccio analitico e approccio sistemico. Un altro aspetto ben visibile nell'esempio è come l'analisi sistemica può essere calata nei diversi sottosistemi fino ad arrivare a microanalisi organizzative.

Nel caso specifico, l'analisi sistemica è stata applicata al sistema assistenza e cura. Il processo assistenza e cura è stato poi suddiviso nelle fasi di ricovero, accettazione, degenza, dimissione e il modello calato in ogni singola fase. Sono stati raggiunti sofisticati livelli di dettaglio nelle fasi "ricovero"

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

e “dimissione”, dove sono state analizzate le diverse modalità attraverso le quali un paziente può essere ricoverato nel reparto di Medicina (dal Pronto soccorso, dall’ambulatorio dello specialista, dall’ambulatorio del medico di medicina generale ecc.) o dimesso dal reparto stesso (dimissione e rientro a casa o dimissione e inserimento del paziente in casa di riposo o altra struttura sanitaria).

Output

1. Assistenza e cura

Input

2. Aspettative pazienti/famigliari
3. Medici di medicina generale
4. Medici specialisti
5. Infermieri/personale di supporto
6. Risorse economiche
7. Risorse tecnologiche
8. Spazi fisici
9. Tempo
10. Norme e regolamenti
11. Fattori sociali e culturali

Fasi del processo

12. Ricovero
13. Accettazione
14. Degenza
15. Dimissione

Elementi di complessità e criticità organizzativa

16. Elevato numero di fattori in ingresso con contenuta variabilità
17. Elevata complessità delle procedure diagnostico-terapeutico-assistenziali che richiedono:
 - notevole specializzazione;
 - elevata interdipendenza tra le diverse professionalità;
 - elevata interdipendenza con le altre unità ospedaliere.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

Analisi delle fasi del processo e criticità riscontrate

Per questioni di spazio viene di seguito riportato un esempio di applicazione di analisi sistemica alla sola fase “degenza”. Sempre per questioni di spazio, di questa si riporta solo l’analisi della prima parte della giornata.

Analisi della fase “degenza”

Output

Erogazione assistenza e cura al paziente

Presenza in reparto

- Mattina: 2 medici, 3 infermieri, 2 oss per settore
- Pomeriggio: 1 medico, 2 infermieri e 1 oss per settore
- Notte: 2 infermieri nel settore maschile e 2 nel settore femminile.

Descrizione del processo: giornata tipo dalle 6.50 alle 10.00.

6.50 Inizio turno mattutino con consegna.

7.20 Giro letti: 2 coppie (1 infermiere + 1 oss) fanno il giro letti, che termina in media alle 10.00, mentre 1 infermiere si occupa di fare i prelievi, di rispondere alle chiamate (campanelli e telefono), di accogliere nuovi ingressi.

8.15 Una coppia sospende il giro letti, l’oss va a prendere e distribuisce le colazioni, l’infermiere inizia la terapia orale, l’altra coppia prosegue il giro letti.

8.30 L’infermiere che ha effettuato i prelievi inizia la terapia endovenosa e la glucometria; arriva il medico in reparto e controlla i risultati della glucometria, visita i pazienti ricoverati la notte, scrive le lettere di dimissione.

Nella tabella 4 vengono descritti la criticità rispetto all’output considerato, lo standard Joint Commission di riferimento, i fattori di ingresso coinvolti nella criticità (input) e la categoria organizzativa a cui la criticità è riconducibile (struttura, sistemi operativi, processi sociali).

Gli esempi A e B mettono in evidenza la lettura dei legami di congruenza esistenti tra il sistema interno organizzativo e la quantità, qualità e criticità stimata dei servizi in uscita e dei relativi fattori in ingresso, come descritto nel capitolo 1.

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Tabella 4. #inserire titolo#

<i>Criticità</i>	<i>Standard J. C.</i>	<i>Input</i>	<i>Struttura</i>	<i>Sistemi operativi</i>	<i>Processi sociali</i>
Continuità della cura	ACC 2 ¹	Infermiere		Assenza protocollo	Comportamenti arbitrari
Le informazioni sul paziente sono condivise da tutti gli operatori	ACC 2.2 ²	Personale di supporto		oss	
Non sempre l'operatore sociosanitario (oss) viene coinvolto nelle consegne					
Continuità della cura	ACC 2	Medico specialista	Condivisione di personale con il servizio di Pronto soccorso (turnazione notturna dei medici in ps)		
Coordinamento tra servizi	ACC 2	Medico di reparto Infermiere Paziente Tempo			
Dalle 7 alle 8 il medico di riferimento è in ps e non sempre può salire per valutare il paziente					
Continuità della cura	ACC 2	Medico di reparto Infermiere			Comportamenti arbitrari
Coordinamento tra professionisti sanitari	ACC 2	Paziente			
Non sempre il medico è presente in reparto alle 8					
Valutazione del paziente	AOP 1 ³	Medico di reparto Infermiere Paziente		Assenza di protocollo per la definizione dei criteri di segnalazione	Comportamenti arbitrari
Priorità dei bisogni	AOP 7.1 ⁴				
All'arrivo dei medici non sempre vengono segnalati i pazienti con priorità di cura					
Cura del paziente	COP 11.4.4 ⁵	Infermiere Paziente Tempo	Carenza di organico Assenza di un mansionario		
Distribuzione farmaci					
Mancato rispetto dei tempi di somministrazione della terapia					

Tabella 4. (segue)

<i>Criticità</i>	<i>Standard J. C.</i>	<i>Input</i>	<i>Struttura</i>	<i>Sistemi operativi</i>	<i>Processi sociali</i>
Cura del paziente Distribuzione farmaci I farmaci a disposizione cambiano spesso la loro denominazione commerciale	COP 11.4.4	Farmacia Medico di reparto Infermiere Norme e regolamenti		Assenza di una procedura condivisa con il servizio di Farmacia	
Cura del paziente Distribuzione farmaci Non sempre la terapia viene assunta dal paziente	COP 11.4.4	Infermiere Paziente			Comportamenti arbitrari
Cura del paziente I farmaci sono registrati nella cartella clinica In caso il medico si dimentichi di segnare la continuazione della terapia, non sempre l'infermiere che la somministra ne verifica l'effettiva sospensione	COP 11.6.1 ⁶	Medico di reparto Infermiere Paziente Norme e regolamenti		Assenza di procedura condivisa per rendere più evidente la sospensione	Comportamenti arbitrari Comportamenti di compensazione
Educazione del paziente e dei familiari Partecipazione attiva al processo di cura Il parente chiede spesso informazioni mentre l'infermiere è impegnato nella somministrazione della terapia (disturbo dell'attenzione)	PFE 1 ⁷	Infermiere Paziente/Famiglia		Assenza di un protocollo per l'educazione dei familiari	

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Tabella 4. (segue)

<i>Criticità</i>	<i>Standard J. C.</i>	<i>Input</i>	<i>Struttura</i>	<i>Sistemi operativi</i>	<i>Processi sociali</i>
Cura del paziente Assistenza coordinata Il bisogno di cure igieniche del paziente ricoverato in Medicina è imponente e ritarda l'effettuazione delle altre attività che vengono a sovrapporsi	COP 2 ⁸	Infermiere Personale di supporto paziente	Carenza di organico Assenza di un mansionario		
Cura del paziente Distribuzione farmaci Il giro letti ritarda la distribuzione delle colazioni e quindi della terapia (problematica la somministrazione degli ipoglicemizzanti)	COP 11.4.4	Infermiere Personale di supporto paziente	Carenza di organico Assenza di un mansionario		

¹ ACC 2: L'ospedale progetta e attua processi in grado di garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente e il coordinamento tra i professionisti sanitari.

² ACC 2.2: Le informazioni sul trattamento e sulla risposta del paziente a tale trattamento sono condivise tra gli operatori medici, infermieristici e sanitari in genere durante ciascun turno di lavoro, tra i vari turni e all'atto del trasferimento da un'unità all'altra.

³ AOP 1: I bisogni sanitari di ciascun paziente in cura presso l'ospedale sono identificati per mezzo di un processo di valutazione prestabilito.

⁴ AOP 7.1: Sono identificati i bisogni più urgenti e importanti di assistenza sanitaria.

⁵ COP 11.4.4: È utilizzato un sistema di preparazione e distribuzione dei farmaci nella giusta dose, al paziente giusto e al momento giusto.

⁶ COP 11.6.1: I farmaci prescritti e somministrati sono registrati nella cartella clinica.

⁷ PFE 1: L'educazione sanitaria sostiene la partecipazione attiva del paziente e dei famigliari nelle decisioni terapeutiche e nei processi di cura.

⁸ COP 2: Esiste un processo specifico allo scopo di integrare e coordinare l'assistenza fornita a ciascun paziente.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

Intervento

Piano di miglioramento e indicatori di ricaduta

Dall'analisi delle criticità organizzative e dall'attenta valutazione dei risultati del questionario si è giunti alla costituzione di sottogruppi di lavoro, con l'obiettivo di impostare progetti di miglioramento; i criteri per la loro composizione prevedevano la presenza di:

- un componente del gruppo di lavoro iniziale, relativo all'analisi di tutto il progetto, che fungesse da coordinatore del gruppo;
- uno o più componenti facenti parte del settore o settori coinvolti nella riorganizzazione.

Ogni gruppo elaborava i dati raccolti e proponeva un progetto di miglioramento definendo obiettivi, azioni, tempi e indicatori di risultato. Gli indicatori di risultato sono stati distinti in due aree:

- organizzativa, relativa perciò a risultati attesi in termini di cambiamento organizzativo concreto e visibile;
- qualitativa, relativa cioè alla qualità percepita da indagare a un anno dai cambiamenti organizzativi attuati.

Intervento negli ambulatori di Otorinolaringoiatria

Sono stati elaborati sei progetti:

1. Informazione e comfort
2. Snellimento percorso prescrizione/prenotazione
3. Progetto corrette prescrizioni
4. Progetto riorganizzazione attività logopedia
5. Progetto razionalizzazione ritmi di svolgimento prestazioni
6. Progetto informatizzazione

Di seguito si riporta l'esempio specifico del progetto "Snellimento percorso prescrizione/prenotazione"; lo schema logico utilizzato vale anche per tutti gli altri interventi. Per ogni progetto sono stati definiti l'obiettivo e le azioni per raggiungerlo, la tempistica e gli indicatori di risultato, seguendo come riferimento metodologico il modello di funzionamento per obiettivi e piani di lavoro descritto nel capitolo 2.

Progetto: Snellimento percorso prescrizione/prenotazione

Obiettivo: semplificare il percorso dei pazienti oncologici o endoscopici

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Azioni: revisione delle modalità di

- prescrizione: per i pazienti che devono effettuare controlli frequenti la prescrizione verrà effettuata direttamente dal medico specialista alla dimissione del paziente o al momento della visita di controllo;
- prenotazione: avverrà direttamente, tramite amministrativa di reparto.

Tempistica: aprile 2008

Indicatori di risultato di area organizzativa

- riduzione numero utenti endoscopici/oncologici che usufruiscono di CUP/ cassa per prenotazione/esenzione entro 8 mesi dall'avvio del progetto;
- a 8 mesi dall'implementazione del progetto, prescrizioni del medico specialista pari all'80%;
- riduzione del disagio dato dalla distanza tra cassa e ambulatori.

Indicatori di risultato di area qualitativa: gli indicatori di area qualitativa avrebbero dovuto essere rilevati tramite la somministrazione dello stesso questionario dato all'utenza prima dell'avvio del progetto. In realtà, considerati i risultati oggettivi in termini di miglioramento organizzativo e valutati costi/ benefici, si è ritenuto opportuno non risomministrare il questionario agli utenti. Di seguito vengono riportati quegli item significativi per indagare i risultati del progetto "Snellimento percorso prescrizioni/prenotazioni".

Per l'impegnativa mi sono rivolto a:

- medico di medicina generale;
- medico specialista.

Quanto tempo di attesa ha trascorso alle casse per il pagamento ticket o per il timbro dell'esenzione?

- Breve
- Accettabile
- Eccessivo

Dopo la visita:

- devo tornare dal medico di base a farmi compilare un'impegnativa per la visita successiva e devo telefonare al CUP per prenotare;
- non devo tornare dal medico di base perché il medico otorino mi ha già prescritto l'impegnativa per la prossima visita.

##

#qui termina lo schema relativo al progetto "Snellimento percorso prescrizione/prenotazione"? Inizia un nuovo schema? Se sì, relativo a che progetto? Lo schema dovrebbe essere di tipo analogo a quello utilizzato per il progetto precedente? Non è molto chiaro l'ordine di trattazione degli argomenti da qui in avanti. #

Intervento negli ambulatori di Medicina

Per tentare una risoluzione delle criticità emerse dall'analisi organizzativa del reparto di Medicina il lavoro degli operatori (medici, infermieri e operatori sociosanitari) viene rivisitato guardando gli obiettivi da raggiungere, a partire da quello generale. Oltre un certo grado di complessità il lavoro non è più orientato all'esecuzione di compiti ma al raggiungimento di obiettivi, dei quali lo strumento principe è il piano di lavoro. Sulla base degli obiettivi da raggiungere per ogni sottobiettivo è stato formulato un piano di lavoro. Se ne riportano due ad esempio:

Obiettivo generale: garantire il soddisfacimento dei bisogni di assistenza e cura del paziente ricoverato in medicina. L'obiettivo generale si declina nei seguenti sottobiettivi o output:

- soddisfacimento del bisogno di accoglienza;
- soddisfacimento del bisogno di una corretta valutazione clinica;
- soddisfacimento del bisogno di indagini diagnostiche;
- soddisfacimento del bisogno di trasporto per indagini diagnostiche;
- soddisfacimento del bisogno di una corretta assunzione della terapia;
- soddisfacimento del bisogno di un corretto passaggio di informazioni (tra operatori e tra operatori e paziente/famiglia);
- soddisfacimento del bisogno di alimentazione;
- soddisfacimento del bisogno di igiene;
- soddisfacimento del bisogno di comfort alberghiero.

Dopo aver definito l'obiettivo generale e i sottobiettivi nei quali esso può essere scomposto, sono stati definiti:

- azioni da compiere per raggiungerli;
- tempo necessario per il loro svolgimento;
- professionalità coinvolte;
- strumenti da utilizzare.

Metodo: l'analisi è stata condotta prendendo in esame i bisogni del paziente durante i tre turni del mattino, pomeriggio e notte. Si veda a questo proposito la tabella 5.

Tempi, operatori e strumenti sono stati considerati in rapporto a un modulo di 12 posti letto. Per questioni di spazio, viene riportato (cfr. tab. 6) come esempio solo il primo turno, dalle ore 7.00 alle ore 14.00.

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Tabella 5. #inserire titolo#

SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO DI ACCOGLIENZA

<i>Azioni</i>	<i>Tempi</i>	<i>Operatori</i>	<i>Strumenti</i>	<i>Note</i>
Presentazione e accoglienza condivisa medico/infermiere	5 min × 2 op.	med./inf.		
Raccolta anamnesi e colloquio iniziale medico/paziente	30 min × 1 op.	med.		
Raccolta dati infermieri e informazioni al paziente	30 min × 1 op.	inf.		
Somministrazione terapia				
Rilevazione parametri	5 min × 1 op.	oss		

SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO DI UNA CORRETTA VALUTAZIONE CLINICA

<i>Azioni</i>	<i>Tempi</i>	<i>Operatori</i>	<i>Strumenti</i>	<i>Note</i>
Briefing pre visita	15 min × 2 op.	med./inf.		
Giro visita: compilazione diario clinico, aggiornamento terapia, richieste esami Compilazione diario infermieristico	1 h × 2 op.	med./inf.	1 carrello visita	Per modulo
Esami prescritti durante il giro visite, esecuzione e assistenza manovre invasive	20 min × 2 op.	med./inf.	1 carrello indagini	Per sezione
Briefing post visita	15 min × 2 op.	med./inf.		

I piani di attività sono stati poi declinati secondo una sequenza cronologica, a partire dalla consegna che viene effettuata all'inizio del turno mattutino e specificamente per tutto il personale presente in ogni turno.

Tabella 6. #inserire titolo#

Ora	Medico (nel modulo)	Medico (di guardia nella sezione)	Infermiere	oss	oss
6.50			Consegna	Consegna	Consegna
7.05			Valutazione casi critici	Giro letti con igiene Medicazioni semplici Mobilizzazione in poltrona e in bagno Rifacimento letti	Collabora con l'altro oss
7.10			Risposta chiamate degenti Prelievi Glucotest Raccolta campioni biologici		
7.50			Risposta chiamate degenti Rilevazione parametri Somministrazione terapia (orale, in vena, sottocute, in muscolo, aerosol) Accettazione ricoveri		
8.10	Consegna dell'attività notturna Presenza visione glucotest e disposizioni terapia	Valutazione nuovi ingressi Presenza in carico OBI (osservazione breve intensiva) Consulenze ps e altri reparti (urgenti e non)		Ritiro carrello colazioni Consegna esami urgenti della sezione Distribuzione colazioni	Collabora con l'infermiere (risposta chiamate degenti, rilevazione parametri, aerosol, trasporto degenti per indagini)
8.30	Dimissioni per Casa di riposo Trasferimenti			Consegna carrello al modulo B Assistenza colazioni Raccolta vassoi e riordino unità di degenza	

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

Tabella 6. (segue)

<i>Ora</i>	<i>Medico (nel modulo)</i>	<i>Medico (di guardia nella sezione)</i>	<i>Infermiere</i>	<i>oss</i>	<i>oss</i>
9.00			Igiene casi critici Medicazioni complesse	Risposta chiamate degenti Trasporto degenti per indagini Accettazione ricoveri Distribuzione acqua e posate	Collabora con l'infermiere (igiene dei casi critici e medicazioni complesse)
9.30	Briefing prevista con infermiere e nucleo di assistenza Giro visita Briefing post-visita		Briefing prevista Giro visita (compilazione diario clinico e infermieristico, aggiornamento terapia, richiesta ed esecuzione esami) Briefing post-visita	Risposta chiamate degenti Completamento giro letti con igiene e medicazioni semplici Igiene cavi orali Trasporto degenti per indagini Accettazione ricoveri	Collabora con l'altro oss Raccolta e disinfezione materiale Riordino carrelli Pulizia locali
11.00	Procedure post-visita Colloqui con parenti, specialisti, informatori	Supporto al giro visita e alle attività di reparto (se necessario)	Procedure post-visita (esami urgenti, ECG dimessi, assistenza manovre invasive)	Cambio incontinenti Mobilizzazione per il pranzo	Collabora con l'altro oss
11.30			Somministrazione terapia e insulina Rifornimento e preparazione carrelli per terapia pomeriggio	Glucotest Attività in sospeso	Risposta chiamate degenti Accettazione ricoveri
12.00	Compilazione lettere di dimissione			Ritiro carrello pranzo Consegna carrello bevande	
12.10				Distribuzione pranzo Consegna carrello al modulo B	Assistenza pranzo

Tabella 6. (segue)

Ora	Medico (nel modulo)	Medico (di guardia nella sezione)	Infermiere	oss	oss
12.20			Pausa pranzo		
12.30	Pausa pranzo	Pausa pranzo		Pausa pranzo	
12.40			Risposta chiamate degenti Aggiornamento cartella infermieristica Diario alimentare Pianificazione assistenza Accettazione ricoveri		Ritiro vassoi e riordino unità di degenza Aggiornamento diario alimentare (con infermiere)
12.50				Distribuzione caffè Prenotazione vitto con palmare	
13.00					Pausa pranzo
13.20			Consegna lettere di dimissione (con medico)	Breve giro letti Cambi posturali Igiene cavi orali	Collabora con l'altro oss Risposta a chiamate degenti e altre uo
13.50			Consegna	Consegna (oss pomeriggio)	
14.00	Ambulatorio				

Risultati

I progetti sono stati illustrati alla direzione generale la quale, visti i dati oggettivi, ha deciso di garantire risorse in aggiunta per la loro implementazione nei settori, malgrado nel mandato iniziale ci fosse la condizione di ristrutturare a isorisorse. Per l'Otorinolaringoiatria tutti e sei i progetti presentati sono stati avviati e, in termini di risorse aggiuntive, sono state inserite due figure: un medico part time e un operatore amministrativo.

Per il reparto di Medicina, in funzione del progetto di ristrutturazione delle

3. COME PROGETTARE LA COMPLESSITÀ

modalità assistenziali e di cura, la direzione ha dato il nullaosta per l'inserimento di cinque figure di supporto in più a scapito di due infermieri.

Nell'implementazione dei progetti non ci sono state grosse resistenze da parte del personale, questo perché il personale dei due settori è sempre stato coinvolto nel percorso fin dall'inizio. Presso gli ambulatori di Otorinolaringoiatria e nel reparto di Medicina sono stati effettuati incontri periodici per l'aggiornamento dello stato di avanzamento dei progetti. Inoltre, come è stato descritto in precedenza, la gran parte degli operatori era inserita nei gruppi di lavoro. A distanza di due anni dall'implementazione dei progetti i risultati possono essere considerati soddisfacenti su più fronti, in particolare a livello di struttura di base, sistemi operativi e processi sociali. Vediamoli nel dettaglio.

Struttura di base

- **Attribuzione risorse impiantistico-tecnologiche:** è stato installato un nuovo sistema informatizzato di refertazione (creato appositamente dalla ditta Omnicom) che permette all'utente di avere tracciabilità della sua storia clinica;
- **allocazione quali/quantitativa dell'organico:** al reparto di Otorinolaringoiatria sono state assegnate risorse aggiuntive, un medico part time e un operatore amministrativo. Per il reparto di Medicina, considerata la riorganizzazione in termini di riattribuzione di mansioni e compiti, sono stati assegnati cinque operatori socioassistenziali a scapito di due infermieri professionali;
- **dimensionamento dei tempi lavorativi e di attività:** nell'unità operativa di Medicina l'assegnazione di risorse aggiuntive ha portato a una revisione completa delle attività con conseguente riassegnazione di mansioni e compiti. Da un'organizzazione per compiti si è passati a un'organizzazione per obiettivi. In Otorinolaringoiatria sono stati dimensionati i tempi di visita ambulatoriale in modo tale da rendere possibile per il medico specialista la compilazione di impegnative per le successive visite del paziente, evitando così che il paziente debba nuovamente recarsi dal medico di medicina generale.

Sistemi operativi

Procedure di lavoro/procedure di gestione amministrativa: i percorsi per gli utenti sono stati resi più semplici sia in termini di prescrizione e prenotazione per le visite ambulatoriali sia per ciò che riguarda le modalità di ricovero in reparto. Questo si ripercuote sia sull'aspetto economico dell'organizzazione (il paziente è sempre dotato di impegnativa e quindi ogni prestazione viene registrata per i rimborsi ASL) sia sulla qualità del servizio offerto all'utenza, in quanto il paziente, all'uscita dall'ospedale, ha le visite di controllo già prenotate con le relative impegnative. Visite e pratiche burocratiche sono state concentrate in un'unica sede.

#dato che il numero di pagine del volume non può crescere ulteriormente, per chiudere il capitolo in questa pagina è necessario tagliare il testo di 3 righe proprio in questa pagina (ora è stato ristretto)#

Processi sociali #?#

La categoria dei processi sociali assume per un'azienda sanitaria una notevole importanza se pensiamo al livello di discrezionalità esercitata dal personale sanitario in un reparto o in un ambulatorio. Uno dei risultati più importanti all'interno dei due settori è stato il cambiamento di clima organizzativo. L'intero progetto si è realizzato grazie alla capacità dei conduttori di mantenere all'interno dei gruppi di lavoro un clima negoziale, di confronto costruttivo; questo ha dimostrato, soprattutto a chi all'interno del gruppo aveva uno stile più verticale, che il cambiamento reale è possibile se passa attraverso la condivisione.

Aver posto l'attenzione, durante il percorso, sugli stili di leadership, sui climi sociali e sulla motivazione e aver acquisito il modello attitudinale, secondo il parere degli operatori, è servito per comprendere meglio le dinamiche interpersonali e saperle meglio gestire. Secondo il parere dei direttori di unità operativa e dei capi sala, il percorso formativo ha fornito loro strumenti per gestire meglio il personale. Il cambiamento di clima è effetto anche di altri risultati ottenuti quali:

- riconoscimento professionale degli infermieri: nel settore maschile di Medicina, il medico e l'infermiere stabiliscono gli obiettivi assistenziali per ogni paziente, poi l'infermiere pianifica il percorso assistenziale volto al raggiungimento degli obiettivi. Questo garantisce all'infermiere la presa in carico totale del paziente/utente e maggior autonomia professionale;
- innalzamento della qualità percepita dagli utenti o pazienti: sia gli utenti ambulatoriali che i degenti del settore maschile di Medicina hanno figure stabili di riferimento; questo garantisce loro, oltre che una stabilità dal punto di vista emotivo, anche continuità dal punto di vista assistenziale;
- creazione di un gruppo di operatori competenti in termini di diagnosi organizzativa: il gruppo che ha partecipato attivamente all'intero progetto possiede ora competenze in termini di diagnosi organizzativa. Possedere nel proprio patrimonio cognitivo un metodo che rende "leggibile" la realtà organizzativa senza trascurare legami di reciprocità e di interdipendenza permette di elaborare interventi di riprogettazione mirati e contestualizzati. Inoltre riuscire a oggettivare la realtà con metodo porta ad aver maggiore forza negoziale;
- diffusione interna di cultura e di capacità di lettura e sviluppo organizzativo.

Altro aspetto da considerare è che all'interno dell'azienda si è diffusa la convinzione che, al di là dei singoli dati, è importante valutare i legami di reciprocità e interdipendenza di un sistema, a maggior ragione se il sistema è un'azienda sanitaria, dove gli individui assumono importanza fondamentale in termini di "immagine aziendale" e laddove le variabili in gioco sono veramente complesse e intrecciate tra loro.

Il progetto è stato premiato come progetto d'eccellenza nel 2008 all'interno del concorso Premio Basile. Il concorso è indetto annualmente dall'Associazione italiana formatori e premia i migliori progetti nell'ambito delle amministrazioni pubbliche.

Parte seconda

Formazione permanente di sistema



4

La formazione nel sistema socio-sanitario: obbligo culturale o ragione organizzativa?

4.1. La funzione formativa nelle organizzazioni: la legittimità conquistata

Si può affermare che la formazione aziendale in Italia, dopo circa un cinquantennio di storia trascorso tra empirismi e ingegnerizzazioni intellettuali, abbia conquistato il suo posto al sole. Oggi più che mai, immerse nell'epoca della velocità dei cambiamenti, le organizzazioni percepiscono chiaramente quanto sia indispensabile l'utilizzo dello strumento formativo.

Negli anni sessanta le formule imprenditoriali e aziendali di successo potevano resistere, in modo stabile e vincente, per decenni. Oggi la formula manageriale va rivista annualmente, pena la marginalizzazione di mercato. Cinquant'anni fa le dirigenze aziendali governavano a vita, oggi le aziende patiscono la precarietà del management, la sua difficoltà di permanere a sufficienza per condurre a compimento cambiamenti organizzativi significativi.

I mutamenti continui dei paradigmi politici e di mercato, di quelli finanziari, tecnologici e organizzativi hanno imposto progressivamente livelli di flessibilità organizzativa ottenibili solo da individui chiaramente finalizzati, dotati di attitudini coerenti e di competenze aggiornate. I mutamenti, anche radicali, dei contesti aziendali, con i riorientamenti professionali e culturali che li accompagnano, hanno reso imprescindibile l'uso fattivo della formazione.

La pratica continua di processi formativi ha permesso a formatori aziendali, scuole professionalizzanti e consulenti un arricchimento di esperienze confrontabili e codificabili con metodo, e in termini di metafore riproducibili di mestiere. Sono andati a consolidarsi paradigmi professionali, convenzioni logiche, vocabolari professionali propri di una professione che ha definito il suo, seppur intangibile, corpo di mestiere.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

È ormai generalizzato il modo di leggere i processi formativi in termini di circolarità cronologica, che vede legate in sequenza temporale le quattro fasi di:

- analisi dei bisogni organizzativi e formativi;
- progettazione di percorso di apprendimento e di sessioni didattiche, scandite in termini di contenuti e di metodologie di apprendimento;
- attuazione concreta dell'attività formativa;
- verifica dei risultati (di gradimento, di apprendimento, di trasferibilità, di efficacia del processo formativo).

Altrettanto canonizzate sono le classi concettuali che distinguono l'addestramento operativo dalla formazione specialistica e dalla formazione gestionale (o manageriale).

Anche gli elementi costituenti e fondanti di ogni set formativo sono diffusamente riconosciuti in termini di:

- contenuti di apprendimento;
- metodologie didattiche;
- stili di gestione e conduzione d'aula.

L'ottenuta legittimità della formazione aziendale è testimoniata dall'abbondante letteratura prodotta e dalla costituzione di scuole di mestiere consolidate nel tempo. Tale legittimità non produce però, per automatismo, la soluzione delle molte problematiche legate all'utilizzo diffuso e appropriato della formazione nei contesti aziendali pubblici e privati.

Superati i conflitti sull'essenza logica e metodologica di base di mestiere che hanno caratterizzato la dialettica tra formatori degli adulti negli anni settanta e ottanta, oggi si palesano come prevalenti i conflitti che caratterizzano il rapporto con il mercato della formazione. Rimangono ancora molte ambiguità sul fronte della domanda aziendale di formazione e delle offerte dei formatori interni ed esterni all'azienda.

4.2. Bisogni, domande, offerte di formazione: un difficile accordo

Nei confronti dell'ovvia e spesso imprescindibile necessità di accompagnare cambiamenti organizzativi ed evoluzioni professionali con azioni formative, gli attori sociali direttamente implicati appaiono spesso impacciati. Osservando le organizzazioni che agiscono sullo scenario italiano, si può constatare l'esistenza di una eccessiva delega di gestione dei processi formativi, concessa ad agenzie formative e consulenziali esterne alle

aziende; a fronte di evidenti necessità, crescenti in volumi e qualità, di allestire programmi di formazione diffusa, le aziende sembrano generalmente inadeguate. Gli indizi di inadeguatezza si rilevano dall'incertezza di posizionamento in organigramma della funzione formazione, dal sotto-dimensionamento di risorse e di organico stanziati a supporto dell'attività formativa, dall'insufficiente attenzione dedicata alle competenze dei soggetti che la governano.

Uno stonato indizio di status secondario della funzione formazione si deduce anche dal sistema premiante aziendale, che spesso non considera le posizioni dei responsabili della formazione aziendale come aree professionali in grado di permettere uno sviluppo pieno di carriera, ma come posizioni intermedie o di passaggio su traiettorie mirate ad altri lidi di mestiere. Quasi che l'attività di formazione non contenga al suo interno contenuti e spessore professionali tali da giustificare un mestiere di alta dignità, considerabile come un coronamento di carriera e perciò meritevole di un corrispondente riconoscimento premiante.

Non si capisce perché le aziende riconoscano ai partner delle agenzie formative esterne un alto livello professionale, compensato con alta considerazione e remunerazione, e parimenti non prevedano figure professionali di pari spessore al loro interno, dotate di altrettante competenze e capacità, in grado di governare l'attività formativa in tutti i suoi aspetti e momenti. Solitamente si internalizzano le intelligenze ritenute strategiche e si esternalizzano le intelligenze ritenute non strategiche; la formazione permanente nei sistemi organizzativi è ritenuta strategica solo dai pulpiti delle convention?

Nell'ambito di grandi istituzioni pubbliche territoriali (regioni, province, comuni, aziende sanitarie) o di grandi aziende in uscita dal mercato semiprotetto (istituti bancari, industrie in situazioni di monopolio territoriale), lo sviluppo della funzione del Personale e della sottofunzione Formazione non ha saputo tenere il passo dei cambiamenti culturali e professionali che richiedono la programmazione di massicce azioni formative; in molte organizzazioni la veloce evoluzione dimensionale e di complessità ha palesato la necessità di varare processi di formazione permanente, ma le strutture e le logiche di gestione del personale che dovrebbero farsene carico sono rimaste inerzialmente datate.

In molti contesti aziendali, il modello di direzione del personale è ancora pesantemente improntato alla cosiddetta "gestione del personale", alla preminenza delle funzioni di controllo (amministrazione contabile del personale, rapporti sindacali, vigilanza). Una logica di governo che

privilegia gli aspetti prescrittivi, normativi, burocratici, amministrativi degli individui, e che mette in primo piano i comportamenti ritenuti organizzativamente trasgressivi e da sanzionare.

Questo *modello meccanico di direzione del personale*, con accento sul controllo, è risultato vincente finché i sistemi aziendali hanno potuto mantenere relativa staticità di azione, bassa innovazione, standardizzazione dei beni/servizi prodotti, centratura sulla struttura e sui processi produttivi, il tutto concesso da mercati stabili e sufficientemente protetti dagli effetti della concorrenza.

Oggi nei mercati mondiali, ad alta competitività, gli aspetti critici non sono più rappresentati dalle strutture e dalle procedure, ma dalle persone; possedere una struttura e dei sistemi operativi coerentemente dimensionati agli obiettivi aziendali oggi rappresenta una preconditione irrinunciabile per qualsiasi organizzazione che gravita sul mercato aperto.

L'odierno fattore vincente aziendale si gioca sulla flessibilità e adattabilità, aspetti questi garantiti solo dagli individui, coerentemente posizionati per competenza e attitudine e supportati da aggiornamenti formativi; per tali ragioni, oggi si richiede un *modello organico di direzione del personale*, puntato più sulle funzioni di sviluppo (selezione, inserimento, sviluppo carriere, valutazione delle prestazioni, valutazione del potenziale, sistema premiante meritocratico, formazione permanente, sviluppo organizzativo).

Fatta salva l'utilità delle sottofunzioni di controllo del personale, le organizzazioni complesse e in continua tensione evolutiva mettono in primo piano le opportunità di sviluppo degli attori organizzativi. Opportunità percepibili solo attraverso un approccio attento alle persone, alle loro potenzialità in termini di competenze e attitudini individuali, ai percorsi di carriera, personalizzati. Un tale approccio, che mette a fuoco le qualità peculiari dei singoli soggetti (analisi del potenziale individuale), più che le quantità (dimensionamento numerico), appare ben diverso dall'approccio ereditato dal passato, di taglio più sociologico, amministrativo e normativo. La funzione del personale sta faticosamente cambiando pelle.

Oggi molti contesti aziendali necessitano di responsabili del personale dotati di alta sensibilità e competenze sociali, capaci di percepire gli spazi di sviluppo degli individui e dell'organizzazione. Questo cambiamento richiede quasi sempre un mutamento di tipologia di competenze e di tratti di personalità che caratterizzano i responsabili del personale: un tale mutamento mal si concilia con la storia curriculare tradizionale e soprattutto con le personalità e le competenze che hanno reso vincenti molti degli storici responsabili del personale di controllo. Il concetto avanzato

di direzione del personale induce l'assunzione di nuovi criteri di selezione degli individui che dovrebbero ricoprire tale funzione.

La direzione del personale rappresenta una delle funzioni aziendali storiche che più richiedono una discontinuità di approccio e un diverso profilo di personalità rispetto a molti soggetti che hanno ricoperto nel passato tale ruolo. In assenza di una funzione del personale evoluta molte organizzazioni hanno maturato, rispetto al governo dei processi formativi, prevalentemente competenze organizzative e segretariali in grado di gestire progetti e programmi formativi, senza possedere sufficienti competenze per entrare nel merito di contenuti, metodi, stili di conduzione proposti dalle agenzie esterne. Solo in rari casi le organizzazioni cominciano a dotarsi di persone in grado di certificare qualitativamente e con competenza tutte le fasi dei processi formativi, dall'analisi dei bisogni organizzativi alla progettazione, all'attuazione, alla verifica dell'apprendimento, fino alla verifica di trasferibilità lavorativa.

Quando tali competenze e attitudini di mestiere sono possedute da attori aziendali, l'incontro tra i bisogni e l'offerta formativa è solitamente ben presidiato, così che la committenza aziendale difficilmente perde il governo di una coerente progettazione e attuazione dei corsi, siano esse gestite da risorse interne o da risorse professionali esterne.

La generale carenza di professionisti interni della formazione (di competenti certificatori di processi formativi) non ha permesso, in numerosi contesti aziendali, l'accumulo di memoria storica e di intelligenze formative aziendali.

Già in fase di analisi dei bisogni formativi emergono alcune debolezze organizzative. Tale fase, importante in quanto in grado di ispirare interi processi formativi, presuppone l'attivazione combinata di modelli di approccio organizzativi e psicopedagogici: se l'analisi dei bisogni è superficiale e mal strumentata porta alla definizione di risposte formative spaziate o improprie. Come in tutte le istruzioni di diagnosi complesse, non sempre le domande formative espresse intuitivamente e superficialmente dai diversi attori organizzativi corrispondono a veri e propri bisogni formativi, frutto di un'attenta analisi.

Anche rispetto al mercato della formazione esistono risposte a domande improprie, le domande indotte, le domande di moda, non corrispondenti ai bisogni. A compensazione di tale debolezza aziendale, sono nate numerose agenzie di consulenza e formazione, che si propongono come fornitrici esterne alle imprese; la fioritura di tali agenzie risponde alla crescente domanda di formazione e, come accade in tutti i mercati a

domanda crescente, si presenta con movenze spesso convulse ed è, a volte, caratterizzata da competenze approssimative. Accade così che, a fronte di bisogni formativi emergenti di organizzazioni dotate di discutibili competenze formative interne, si muovano numerose agenzie con proposte differenziate che, se non vengono adeguatamente filtrate da competenti responsabili organizzativi interni alle aziende, corrono il rischio di ispirarsi più alle esigenze di mercato delle agenzie proponenti che ai bisogni formativi delle aziende richiedenti. Ma, per poter verificare l'affidabilità delle proposte formative esterne, necessitano competenze specialistiche interne alle organizzazioni in grado di formulare domande formative frutto di corrette analisi dei bisogni; in carenza di tali competenze, le aziende sono esposte a incauti acquisti formativi.

Comprendibilmente, non tutte le organizzazioni hanno dimensioni e bisogni formativi che giustificano l'investimento in strutture formative e formatori interni. Basterebbe fare un semplice calcolo costi/benefici e verificare se le risorse economiche permanentemente impegnate ad acquistare formazione da fornitori esterni potrebbero giustificare un investimento rivolto alla produzione di formazione con risorse formative interne. Per le organizzazioni di piccole e medie dimensioni che non si possono permettere la dotazione di costose strutture interne, sarebbe ipotizzabile la presenza di competenze specifiche di formazione a livello di associazione territoriale di categoria.

I formatori interni, qualora i volumi di attività lo permettessero, garantirebbero una maggior aderenza e personalizzazione dei progetti formativi. La loro appartenenza al sistema sociale aziendale li renderebbe più sensibili lettori di opportunità, di vincoli di adattamento e di trasferibilità dell'apprendimento nella realtà quotidiana dell'organizzazione. La loro presenza sistematica in azienda permetterebbe un monitoraggio continuo dell'aderenza tra bisogni aziendali, progetti formativi e di sviluppo, cambiamento aziendale.

L'internalizzazione delle capacità formative non escluderebbe l'utilizzo delle agenzie formative esterne, ma lo qualificerebbe e lo restringerebbe agli ambiti della formazione di formatori interni, dell'erogazione di prodotti formativi innovativi e di eccellenza, della trattazione di tematiche impopolari o ritenute critiche se trattate da formatori interni.

Oggi, più che nel passato, le organizzazioni di notevoli dimensioni dovrebbero considerare la nascita, o la rinascita, di centri di formazione interna; la richiesta in sensibile aumento di attività di formazione di formatori aziendali rappresenta un indizio confortante in tale direzione.

4.3. Precondizioni organizzative per fare formazione

Nell'ambito degli enti pubblici e della sanità nello specifico, si può ribadire quanto già affermato precedentemente sul fatto che la funzione del personale, in qualità di elemento strategico di struttura di base, dotata di sistemi operativi e competenze forti, a differenza della funzione amministrativa, non è ancora stata istituita.

In sanità, i ritardi di consapevolezza sulla necessità di assumere una logica di aziendalizzazione hanno trascinato ritardi ulteriori all'interno del già inerziale panorama di sviluppo organizzativo delle aziende italiane.

In mancanza di una funzione del personale forte, anche le sottofunzioni del personale risultano deboli o assenti. Le sottofunzioni di controllo (amministrazione, gestione, rapporti sindacali) sono ancora sotto lo spettro della funzione amministrativa. Le sottofunzioni di sviluppo (selezione, sviluppo carriere, valutazione del potenziale) dotate di competenze interne al sistema sono mancanti. La sottofunzione sistema premiante, essendo ancora sotto l'ala della funzione amministrativa, è gestita con logiche più ragionieristiche e contabili che come leva motivazionale e di sviluppo del personale. La sottofunzione formazione, mancando della sovrafunzione del personale, ha collocazioni varie in organigramma: a volte è allocata in un ufficio che risponde ai responsabili amministrativi, altre volte è in staff alle direzioni generali come segnale di atto strategico tentato, altre ancora è incistata nell'impianto organizzativo senza una chiara relazione di dipendenza in organigramma. Quasi sempre la funzione formazione è frutto attualizzato di storiche funzioni di formazione infermieristica o di scuole infermieristiche.

Gli unici esempi di funzione del personale in via di istituzione forte si hanno all'interno di strutture ospedaliere private, di grande dimensione: tali fenomeni sono dovuti al fatto che le aziende sanitarie private hanno la discrezionalità di svilupparsi trascurando usanze e convenzioni statiche dell'istituzione pubblica.

Assodata l'importanza di una funzione formativa interna alle ASL, sarebbe consequenziale dotarsi di professionalità capaci di gestire e certificare per intero i processi formativi. Restringendo il campo di analisi ai ruoli e alle professionalità richieste a chi si occupa di formazione nelle organizzazioni complesse, è possibile scomporre in quattro mansioni omogenee l'area di professionalità e delle conseguenti prestazioni richieste alla formazione e ai formatori. Le aree di intervento coperte dalla funzione sono così definibili:

- analisi dei bisogni formativi;

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- progettazione delle attività;
- esecuzione delle attività;
- verifica dei risultati e della trasferibilità.

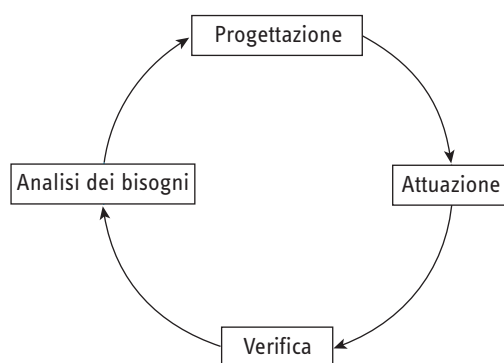
Graficamente, l'intreccio logico-cronologico delle mansioni interne alla attività formativa può essere sintetizzato dalla figura 4.1.

Le quattro mansioni citate necessitano di professionalità specifiche, mansione per mansione, seppure legate congruentemente con la funzione formativa di riferimento. In altri termini, la mansione di analisi dei bisogni formativi necessita preminentemente di strumenti e di professionalità di ricerca sociale e soprattutto organizzativa; la mansione di progettazione delle attività necessita di professionalità pedagogica, didattica e organizzativa (strumenti formativi e metodologie); la mansione di esecuzione di attività necessita di professionalità gestionale, animativa e di competenze contenutistiche; la mansione di verifica delle attività presuppone capacità di ricerca e di lettura integrata (tramite test, prove d'esame, affiancamento lavorativo) degli scarti esistenti tra obiettivi formativi ipotizzati e risultati formativi raggiunti.

Perché la funzione formativa abbia adeguati livelli di integrazione di processo e coerenza tra le diverse mansioni che la compongono, è sconsigliabile la frantumazione fra soggetti diversi delle mansioni, tra loro e al loro interno. Questa frantumazione può essere cagione di discontinuità e deviazione dagli obiettivi dei processi formativi, se vengono affidate stabilmente mansioni o compiti diversi a persone diverse.

Può succedere che i soggetti che operano l'analisi dei bisogni formativi

Figura 4.1. Fasi/mansioni del processo formativo



non conoscano né praticino progettazioni e attuazioni formative. Questo accade quando le analisi dei bisogni formativi vengono affidate a esperti della ricerca sociale non formatori; in questi casi le ricerche rischiano di raccogliere dati poco finalizzati e più frutto di ortodossia metodologica di ricerca (e di curiosità discrezionale dei ricercatori) che di intenzionalità formative. Se vogliamo fare un'analogia sanitaria di questo fenomeno, immaginate il risultato di una diagnosi sanitaria condotta da soggetti che non conoscono né praticano attività clinica. Ma può succedere anche che venga affidato un mandato progettuale formativo a chi, non avendo mai praticato attività formative, ritiene che l'attività di progetto consista semplicemente nel mettere in sequenza (spesso casuale, non logica) contenuti e relatori. In questo modo nascono programmi "sformativi", che costringono i partecipanti a massacranti maratone docenziali che, senza un attimo di respiro, rovesciano valanghe di contenuti fra loro slegati sui malcapitati formandi. È sostanzialmente impossibile inventarsi progettisti di formazione senza conoscere adeguatamente logiche progettuali, strumentazioni didattiche (lezioni, casi didattici, simulazioni comportamentali, simulazioni operative, ricerca d'aula ecc.), principi didattici e pedagogici di apprendimento, stili di animazione, dinamiche di gruppo.

Altri esempi di parcellizzazione di mestiere sono rappresentati dalle distinzioni operate tra docenti (esperti in contenuti didattici) e metodologi o pedagogisti (esperti in metodologie di animazione e apprendimento). Questa distinzione, se troppo spinta, per paradosso può portare ad affermare che per fare apprendere dei contenuti non sia indispensabile conoscere le regole dell'apprendimento, ma sia sufficiente conoscere i contenuti o, di contro, che per fare apprendere non sia necessario conoscere i contenuti, ma che bastino capacità di conduzione e di animazione pedagogica. Nella realtà, il "che cosa insegnare" (contenuti) e il "come insegnare" (metodi, stili docenziali) sono problemi inscindibili per chi fa formazione. Il primo attiene all'oggetto dell'apprendimento, il secondo al trasferimento dell'oggetto dal docente al discente. Il ruolo dei formatori richiede competenze e capacità di istruire tutte le fasi dei processi formativi.

4.4. Le diverse tipologie formative

Le attività di formazione aziendale possono essere classificate genericamente in termini di:

- addestramento operativo;
- formazione linguistica;

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- formazione specialistica;
- formazione gestionale;
- formazione manageriale;
- formazione integrativa.

L'*addestramento operativo* è teso alla dotazione di abilità tecnico/pratiche richieste dalla specificità dei processi produttivi o dalla informatizzazione dei processi amministrativi e, in genere, dei lavori segretariali. Ove le competenze operative non siano trasferite in sede di formazione scolare o professionale istituzionale le organizzazioni si avvalgono, in genere, di addestratori interni, attuando metodologie di affiancamento operativo sul lavoro. La facile definizione e l'oggettivazione dei bisogni di addestramento operativo non creano grossi problemi organizzativi nel dimensionare con risorse interne processi di apprendimento.

La *formazione linguistica* è finalizzata a diffondere la capacità di comunicare con altre lingue che si affiancano alla madrelingua: i processi di internazionalizzazione dei mercati spingono infatti le aziende a dotarsi di capacità linguistiche coerenti con le relazioni organizzative instaurate con specifici paesi esteri. Anche in questo caso l'analisi dei bisogni è facilmente oggettivabile ed è tesa a individuare persone e ruoli organizzativi che, per tipologia di mandato professionale, gestiscano stabilmente rapporti internazionali. Solitamente queste attività di formazione sono affidate ad agenzie esterne che, nel tempo, hanno affinato metodi di apprendimento adattando programmi e contenuti alle esigenze specifiche dei diversi contesti di mercato.

La *formazione specialistica* ha la finalità di dotare di logiche, metodi e tecniche i professionisti che esercitano attività diretta nelle diverse funzioni aziendali (ricerca e sviluppo, progettazione, tecnologia, produzione, amministrazione e controllo, marketing, logistica, gestione del personale ecc.). Le competenze di base proprie delle professionalità specialistiche sono fornite da scuole professionali e da accademie universitarie; le competenze di base utili a diverse funzioni e settori lavorativi, consolidate nel tempo, in massima parte rappresentano proposte scolari assolve in sede di formazione prelaborativa.

La formazione di base non riesce, comunque, a coprire le personalizzazioni specialistiche, caratteristiche di alcuni settori, né può rincorrere gli aggiornamenti specialistici richiesti dalle frenetiche evoluzioni delle scienze e tecniche che innovano, e talvolta rivoluzionano, prassi e modelli lavorativi.

La formazione che si rivolge alle personalizzazioni specialistiche, all'aggiornamento professionale e all'innovazione professionale rimane affare di responsabilità di ogni singola organizzazione. La formazione specialistica personalizzante è prevalentemente fronteggiata con risorse interne, è gestita da specialisti aziendali, dotati di notevole esperienza e motivati all'insegnamento.

La formazione legata all'innovazione è legata inscindibilmente ai processi lavorativi di quelle organizzazioni che occupano posizioni di leadership nello sviluppo ed evoluzione di prassi lavorative; in questi casi sono le accademie formative che, a volte, propongono processi di partnership alle aziende, al fine di seguire progetti innovativi d'avanguardia e maturare nuove metodologie e competenze, in dialettica di reciproco scambio con il mondo del lavoro.

Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale, le organizzazioni si avvalgono prevalentemente di agenzie o scuole di formazione, in grado di erogare formazione specialistica a individui dotati di significativa esperienza lavorativa. Le attività lavorative specialistiche sono caratterizzate da un rapporto diretto e verificabile che lega i professionisti alla loro prestazione. Per tale ragione, l'analisi dei bisogni di formazione specialistica è praticabile con relativa facilità e in autonomia dalle organizzazioni, poiché l'eventuale iato che testimonia la differenza tra prestazioni professionali erogate e i risultati attesi è oggettivabile.

La *formazione gestionale* ha l'intento di trasferire logiche e metodologie utili alla gestione di sottosistemi organizzativi di diversa dimensione e complessità (ufficio, reparto, gruppo di progetto, gruppi commerciali ecc.). Si rivolge a ruoli organizzativi che eccezionalmente esercitano anche attività dirette, ma a cui è richiesto soprattutto di praticare attività indirette e, per molti aspetti, poco tangibili come:

- progettare, pianificare e gestire le risorse e le condizioni lavorative dei propri collaboratori;
- mantenere relazioni negoziali e integranti con i settori organizzativi in stretta relazione con il sottosistema di governo;
- gestire e coordinare i collaboratori e le attività che li vede implicati;
- risolvere gli eventuali imprevisti organizzativi che influenzano il sottosistema di riferimento.

Genericamente, la formazione gestionale si rivolge ai quadri direttivi di basso e medio livello che gestiscono sistemi sociotecnici di dimensioni ridotte; in questi casi si tratta di formare o sviluppare abilità rivolte alla

formulazione di piani di lavoro, alla diagnosi organizzativa, alla definizione di budget economici, alla gestione di negoziazioni aziendali, alla gestione del personale.

Questa tipologia formativa, oltre a rivolgersi a contenuti organizzativi e procedurali (modelli di programmazione e direzione per obiettivi, logiche di dimensionamento di risorse, procedure di budget ecc.), contempla la trattazione di tematiche comportamentali (processi di presa di decisione, comunicazione capo/dipendente, modelli negoziali, conduzione delle riunioni ecc.).

La formazione gestionale ha assunto, in Italia, dimensioni sempre più importanti dalla fine degli anni ottanta in poi. Le dimensioni crescenti di tale formazione hanno affiancato la crescente proliferazione di ruoli gestionali, i quali, a loro volta, hanno rappresentato il forte indizio del notevole aumento di complessità dei sistemi organizzativi; più i sistemi organizzativi hanno dovuto differenziarsi e articolarsi in funzioni, divisioni, task force, uffici, reparti, unità e sottounità organizzative, per poter presidiare convenientemente la complessità crescente, più sono aumentati i bisogni di figure organizzative dotate di delega gestionale.

La formazione gestionale, essendo caratterizzata da attività indiretta di orchestrazione organizzativa, si presenta poco tangibile e, perciò, appare di complessa definizione. Questa tipologia formativa richiederebbe, da parte aziendale, un'oculata capacità nel personalizzare l'analisi dei bisogni organizzativi e formativi, una coerente abilità di progettazione su misura, la competenza d'istruzione di attività formative e un'attenta capacità di supporto alla trasferibilità lavorativa. Inoltre, richiede una forte aderenza agli obiettivi aziendali: per tali ragioni, appare aziendalimente discutibile affidarsi con eccessiva delega fiduciaria solo ad agenzie di formazione esterne. È plausibile che tali agenzie perseguano obiettivi propri, che non sono necessariamente collimanti con gli obiettivi dei clienti aziendali.

Di fatto, la formazione gestionale viene generalmente affidata a scuole o agenzie esterne. Va ribadito che tali enti esterni all'azienda sono certificabili, in termini di affidabilità, solo dalle organizzazioni che possiedono competenze di formazione gestionale interne.

La *formazione manageriale* può essere intesa come un'espansione spazio/temporale della formazione gestionale. Mentre la formazione gestionale si rivolge a sottosistemi organizzativi spazialmente limitati, programmabili con un arco temporale di breve periodo, la formazione manageriale implica sistemi organizzativi di notevole dimensione e complessità, proiettabili in un'ottica strategica di lungo respiro tempora-

le. Essa si rivolge a ruoli responsabili di interi sistemi complessi (imprenditori, presidenti, direttori generali, direttori di funzione, direttori di divisione, direttori di dipartimento, direttori di distretto).

L'attività manageriale contempla il coordinamento sistemico di macroaree organizzative. Il mandato manageriale non presuppone azioni dirette sulle attività concrete di produzione, amministrazione e vendita. Il manager ha il compito altamente influenzante di prendere decisioni discrezionali sull'uso e il dimensionamento di significative risorse organizzative; tale attività, difficilmente oggettivabile e standardizzabile, è rivolta all'orchestrazione di sistemi organizzativi complessi e rappresenta un'attività indiretta che si rivolge a ruoli gestionali i quali, a loro volta, sono impegnati in attività indiretta di coordinamento di sottosistemi organizzativi e degli specialisti che esercitano attività diretta. È una sorta di attività indiretta alla seconda o terza potenza.

Per usare una metafora teatrale, il manager è simile a un direttore artistico che si rivolge a direttori d'orchestra o coreografi (gestionali) i quali indirizzano e coordinano il lavoro diretto degli specialisti, musicisti e danzatori.

Molti contenuti della formazione manageriale sono convenientemente proponibili anche ai responsabili di funzioni orizzontali interfunzionali (sistemi informativi, qualità totale, logistica, sicurezza lavorativa), figure organizzative sempre più presenti in sistemi aziendali di notevole dimensione e differenziazione, che necessitano di integrazione rispetto a tematiche trasversali. Tali funzioni hanno il complesso compito di mantenere forti ed espliciti legami di coordinamento tra le diverse funzioni aziendali, in coerenza rispetto alle problematiche trasversali che le caratterizzano.

Oltre ai contenuti classici della formazione gestionale, la formazione manageriale si occupa di modelli di lettura e di progettazione di sistemi organizzativi complessi, e tende a trasferire ai manager logiche e modelli di analisi e progettazione di:

- strutture organizzative (organigrammi e funzionigrammi);
- dimensionamento delle risorse economiche, dell'organico, dello spazio fisico, della tecnologia, del tempo;
- sistemi operativi (procedure lavorative, procedure di controllo, procedure premianti, modelli informativi ecc.);
- sistemi sociali di relazione (climi e culture organizzative);
- strategie di comunicazione e di lavoro sociale (parlare in pubblico, negoziare, tenere riunioni, guidare gruppi);
- sistemi professionali di lavoro (definizione e copertura di profili di competenze e di attitudini).

La formazione manageriale propone modelli di lettura olistica del sistema organizzativo e della sua interazione con i diversi mercati di riferimento. Dal punto di vista dei contenuti questa tipologia formativa introduce modelli comportamentali rivolti a diversi stili di leadership e alle culture organizzative da essi indotte; oltre a trattare copioni comportamentali classici dei manager (come il parlare in pubblico, e le attività di immagine e rappresentanza), prevede una riconsiderazione di tutti i copioni comportamentali gestionali, caratterizzandoli maggiormente dal punto di vista dell'alto stress personale richiesto, proporzionato alla responsabilità sociale ed economica che caratterizza il mandato manageriale.

Questa formazione richiede un'oculata analisi dei bisogni, istruita con i possibili partecipanti che, spesso, ricoprono anche la veste dei committenti. Per ragioni di processi di relazione delicati, dovuti alla collocazione gerarchica dei partecipanti, i corsi manageriali andrebbero convenientemente progettati in accordo con i professionisti, responsabili interni della formazione aziendale, ma è consigliabile affidarne la docenza e la conduzione d'aula a formatori esterni.

La formazione manageriale in Italia, a partire dal primo esempio di master manageriale tenutosi nella Scuola di Direzione aziendale della Bocconi nel 1974, ha assunto dimensioni e articolazioni sempre più vaste e focalizzate, con un'accelerazione evidente a partire dagli anni novanta.

Questa tipologia di formazione rappresenta il fiore all'occhiello di scuole e agenzie formative, le quali tendono, vista l'influenza dei ruoli organizzativi implicati, a dare il meglio delle loro competenze distintive.

La formazione manageriale (come i ruoli manageriali) mette in risonanza i contenuti di apprendimento con le caratteristiche di personalità dei potenziali utenti. I ruoli organizzativi che richiedono prestazioni non comuni presuppongono persone non comuni: sia per la selezione che per la formazione dei manager vale la constatazione che i tratti di personalità richiesti da certi ruoli critici o sono discretamente presenti negli individui o non si possono produrre solo per via formativa. Questo fenomeno sarà trattato più approfonditamente nel paragrafo dedicato ai limiti soggettivi della formazione.

La formazione manageriale assume un'importanza particolare nell'ambito dei cambiamenti organizzativi, tanto da poter affermare che essa è contemporaneamente attività di cambiamento organizzativo; i manager detengono, per ruolo, il potere sulle leve essenziali del cambiamento organizzativo, e, per tale ragione, se un manager apprende in modo convinto modelli e strumenti in ambito formativo, sarà spinto a trasferirne l'uti-

lizzo in ambito lavorativo, inducendo così cambiamenti aziendali. La formazione manageriale, se raggiunge le finalità di apprendimento, innescando cambiamenti organizzativi: accrescere positivamente le competenze di un imprenditore, di un direttore generale o di un direttore di funzione, significa contemporaneamente, modificare per via indiretta la loro organizzazione.

La *formazione integrativa* ha lo scopo di omogeneizzare le competenze dei partecipanti in relazione ad alcuni aspetti o tematiche organizzative ritenute di valenza generale.

La cultura di appartenenza che caratterizza i sistemi organizzativi non si gioca solo sul vissuto e sui processi quotidiani lavorativi e di relazione. Lo spettro di frequentazione ambientale e di routine quotidiana di chi lavora è parziale, e ogni attore organizzativo costruisce il proprio concetto aziendale a misura degli interlocutori, dei contenuti, delle prassi lavorative e delle condizioni spazio/temporali in cui è implicato. Se l'organizzazione è di piccole dimensioni, il concetto complessivo dell'azienda è facilmente percepibile da tutti gli attori; se l'azienda è di medie o grandi dimensioni, è differenziata in termini di funzioni e prodotti, e si avvale di servizi diffusi, di sedi produttive e commerciali territorialmente decentrate, risulta difficile, anche per chi la dirige, possedere la visione complessiva del sistema organizzativo di appartenenza.

Per questa ragione, in tali contesti aziendali, vengono programmati numerosi momenti di coordinamento e attivate procedure e sistemi informativi utili all'integrazione organizzativa. L'integrazione si gioca anche sul possesso di comuni vocabolari di lettura aziendale, di comuni linee guida, ispirate dalla politica direzionale. In questo caso lo strumento formativo può rappresentare un prezioso mezzo di divulgazione di comunanza sociale: un esempio di attività formativa integrativa è rappresentato dai corsi rivolti ai neoassunti, finalizzati ad accelerare la conoscenza dell'organizzazione nel suo complesso, della sua storia e delle finalità che la ispirano; un altro esempio è costituito dai corsi che hanno per oggetto tematiche trasversali come la qualità totale, la direzione per obiettivi, le prassi aziendali di gestione del personale, la sicurezza lavorativa.

Si possono proporre attività formative integrative anche in occasione di fusioni e acquisizioni. In tali frangenti si tratta di portare il più velocemente possibile a comunanza d'intenti e di appartenenza attori sociali provenienti da storie e rappresentazioni aziendali diverse.

La formazione integrativa, perseguendo un'azione incisiva sulla cultura generale dell'organizzazione, presuppone una chiarezza di mandato e

di linee guida da parte della direzione aziendale, funzione deputata alla definizione della politica culturale dell'intero sistema organizzativo, e anche una progettazione attuata dai responsabili della formazione interna all'organizzazione e una gestione attuata in collaborazione tra formatori interni, testimoni aziendali e formatori esterni, canalizzati da un mandato organizzativo ben focalizzato.

4.5. I fabbisogni formativi in sanità

I sistemi sanitari, insieme ad altri contesti organizzativi complessi, se non più di altri, rappresentano un esempio di strabiliante ricchezza di professionalità multiple, di interconnessioni tra diverse competenze specialistiche, cliniche e assistenziali, di intreccio tra queste competenze e capacità gestionali e manageriali. Molti profili professionali sono in continua evoluzione, in parallelo con le evoluzioni delle competenze e della tecnologia; le evoluzioni interne alle professioni cliniche e assistenziali richiedono imprescindibilmente formazione specialistica permanente.

Anche il contesto sociale esterno mantiene in continua tensione di cambiamento quali-quantitativo le professionalità dei sistemi sanitari. I bisogni sociosanitari della popolazione sono in continua evoluzione, in ragione dell'imprevedibilità delle cause patologiche e dei fattori che possono influenzare la salute. La composizione sociologica (culture e antropologie) e anagrafica (tasso di longevità dell'utenza) è in continua mutazione. I processi di migrazione assistenziale tra ASL e tra regioni, attivati dai cittadini alla ricerca di prestazioni d'eccellenza, chiedono adattamenti organizzativi e diffusione di eccellenze professionali.

Si consideri inoltre l'infinito brulicare di relazioni interpersonali e sociali legato ai quotidiani processi d'invasione dei cittadini nelle strutture sanitarie, e alla contemporanea invasione degli operatori della salute sul territorio. Questo fermento di relazioni, che irradia in modo capillare i processi sanitari e assistenziali, testimonia l'importanza degli stili comportamentali, di comunicazione e del loro intrinseco legame con le competenze clinico-assistenziali. La qualità dei processi di comunicazione in sanità è strettamente legata alla qualità delle prestazioni, non solo nei campi professionali più intuitivamente relazionali come i servizi di educazione alla salute, di assistenza sociosanitaria, di assistenza alberghiera o nei campi dei servizi specialistici di salute mentale. In ogni ambito dei servizi erogati dal sistema sanitario la prestazione dovuta alle competenze si sposa intimamente con i comportamenti degli operatori.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

In generale si può affermare che il campo della salute richiede sistemi aziendali ad alto valore aggiunto, professionale e comportamentale. Il comportamento degli operatori rappresenta un'area delicata che costituisce l'oggetto della formazione gestionale più che di quella specialistica.

Le aziende sanitarie hanno bisogno di una struttura di base ben dimensionata, di sistemi operativi essenziali ed efficienti, ma soprattutto richiedono individui e processi sociali caratterizzati da diffuse competenze e sensibilità relazionali. Le strutture di base e i sistemi operativi rappresentano le precondizioni irrinunciabili delle configurazioni sanitarie, ma i processi sociali attivati dagli operatori ne rappresentano il vero fattore vincente (o perdente).

Assodata la strategicità del fattore umano e professionale in continua evoluzione, la formazione permanente ne rappresenta la fondamentale leva strategica di manutenzione e sviluppo.

Un rinforzo normativo importante nei confronti della formazione permanente in sanità è rappresentato dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, che introduce, a partire dal 2001, l'Educazione Continua in Medicina (ECM). L'ECM prevede un sistema di formazione continua obbligatoria, rivolto a tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva; a oggi è escluso l'obbligo al personale amministrativo e agli assistenti sociali (come se appartenessero a un altro sistema organizzativo!). La logica ECM mutua un approccio logico internazionale (americano ed europeo) rispetto alla formazione permanente, che prevede l'acquisizione di 50 crediti all'anno (150 nel triennio). L'idea ispiratrice è quella che vede i professionisti sanitari dedicare una settimana lavorativa (40 ore) all'anno al loro aggiornamento professionale attraverso metodologie diverse (formazione residenziale, formazione sul campo, formazione a distanza).

Il sostegno normativo ECM rappresenta un'utile spinta a definire referenti organizzativi e a dedicare risorse in struttura di base oltre che a generare sistemi operativi di analisi dei bisogni formativi, di certificazione dei processi formativi e dell'attribuzione dei crediti. Dal 2001 a oggi è in atto un lento passaggio dall'assunzione della logica ECM alla costruzione dei fattori organizzativi che dovranno tradurla in pratica consolidata; nel 2007, dopo le prime sperimentazioni di organizzazione della formazione da parte delle regioni iniziate nel 2002, viene attribuita una forte responsabilità regionale di progettazione delle attività. Sempre nel 2007 viene costituita la Commissione nazionale ECM che ha come riferimento l'AGENAS (Agenzia nazionale della sanità) in staff al ministero della Salute.

A fronte di un tale impianto istituzionale e procedurale, la progettazione sostanziale della formazione, che prende le mosse dall'analisi dei bisogni interni alle ASL, stenta a decollare. La programmazione periferica delle attività formative che tenga presenti le tipologie formative precedentemente descritte (formazione addestrativa, linguistica, specialistica, gestionale, manageriale, integrativa) rischia di non riempire di attività utili e trasferibili il contenitore normativo ECM.

Una rapida ricognizione generale della formazione praticata dal sistema sanitario a fronte dei bisogni formativi ci dice che la tipologia formativa inevitabilmente più praticata è quella specialistica. Le competenze specialistiche di base oggi sono fornite dalle accademie universitarie, che erogano una formazione che, in termini metodologici, pecca a volte di eccesso di teorizzazione (deduttività) rispetto alla pratica e sperimentazione (induttività). Questo predominio del “sapere” sul “saper fare”, peculiare delle accademie italiane, è visibile nel campo della parziale involuzione della formazione delle professioni infermieristiche: tali professioni, per un verso, hanno acquisito un meritato status legato al percorso accademico, per altri aspetti hanno perso la qualità professionalizzante di apprendimento, un tempo erogata da alcune ottime scuole infermieristiche, le quali formavano alla professione con una sistematica alternanza tra aula (apprendimento deduttivo) e affiancamento lavorativo (formazione sul campo induttiva). Questa continua dialettica tra il sapere teorico e quello applicato, oltre che accelerare il processo di acquisizione di autonomia professionale, permetteva anche di attivare un processo di monitoraggio, orientamento e selezione attitudinale dei discenti. In molte scuole infermieristiche ben funzionanti, i discenti che dimostravano basse attitudini alla relazione assistenziale venivano precocemente dissuasi dal proseguire una professionalizzazione non coerente con i loro tratti di personalità, con reciproca utilità, organizzativa e personale. Oggi dai percorsi infermieristici universitari escono spesso soggetti premiati per le loro conoscenze mnemoniche ma non ancora sufficientemente sperimentati sul campo; questo fatto ritarda nel tempo la consapevolezza di essere o meno in possesso di attitudini adeguate alla pratica professionale.

L'aggiornamento e lo sviluppo specialistico post laurea sono gestiti in modo raramente programmato dal sovrasistema ASL, e più frequentemente sono portati avanti in modo frantumato dai singoli sottosistemi clinici e infermieristici. La formazione specialistica è prevalentemente internalizzata dal sistema ed è generata dalle accademie universitarie, dalle ex scuole infermieristiche trasformatesi in centri di formazione permanente, da

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

associazioni di categorie specialistico-cliniche, da iniziative sponsorizzate da aziende farmaceutiche o fornitrici di prodotti sanitari. Una formazione specialistica estremamente utile, che spesso sfugge alla visibilità formale del sistema ECM, è frutto del diffuso volontarismo di clinici d'esperienza, che fanno scuola attraverso l'affiancamento lavorativo (il *training on the job*).

Si può affermare che la formazione specialistica rappresenti un'attività costretta dalle evoluzioni disciplinari e che, anche se poco programmata in termini di macrosistema aziendale e diffusa a macchia di leopardo, risponda sufficientemente ai fabbisogni formativi di quegli operatori che si attivano alla ricerca di occasioni di formazione permanente. Anche gli aspetti di addestramento operativo sono sufficientemente coperti con risorse interne o avvalendosi di agenzie alle quali esternalizzare alcuni servizi ad alta valenza operativa (servizi generali).

La formazione linguistica (che non è oggetto di crediti ECM) soffre dell'arretratezza generale presente un po' in tutte le istituzioni pubbliche nostrane che lasciano, tranne eccezioni, le competenze linguistiche allo spontaneismo individuale o confidano con eccessivo ottimismo nelle nuove generazioni e nel loro plurilinguismo germogliante.

La formazione gestionale come supporto a tutti quegli operatori che nel processo di evoluzione di carriera vanno a ricoprire attività di gestione anche indiretta di sottosistemi organizzativi (primari, capo sala, responsabili d'ufficio) risulta poco programmata dalle singole ASL. Le esperienze di formazione gestionale sono comunque affidate a formatori esterni al sistema sanitario o frutto di convenzioni con università o agenzie formative.

Anche la formazione manageriale non è programmata dall'interno delle aree specifiche delle singole ASL ma è affidata a università e ad agenzie formative esterne con la modalità dell'offerta al pubblico; la formazione su tematiche integrative (processi di comunicazione, direzione per progetti, qualità di processo ecc.), che dovrebbe essere il prodotto di fabbisogni formativi personalizzati sulle esigenze peculiari delle ASL, non sembra essere presa in considerazione.

Una ragione che richiama ancor più la necessità di internalizzare capacità formative a tutto campo (analisi dei bisogni, progettazione, attuazione, verifica dei risultati) sta nel fatto che molti aspetti di prevenzione sono strettamente legati alla formazione. Gli innumerevoli contenuti dell'educazione sanitaria, ambientale, alla sicurezza sui posti di lavoro, alimentare stanno nel campo della prevenzione alla salute. In questi casi i progetti di formazione non sono rivolti allo sviluppo professionale degli operatori, ma rappresentano un servizio in uscita dal sistema rivolto alla popolazione; in questi casi l'attività di formazione rappresenta attività di prevenzione.

ne. Se si ritiene, non solo a parole, che la prevenzione in sanità rappresenti un obiettivo primario, non si può trascurare la coerente dotazione di un organico interno capace di divulgare, educare e formare la popolazione perché si faccia parte attiva nei processi organizzativi mirati alla salute.

In conclusione, si può affermare che, soprattutto sulla spinta della normativa ECM, la formazione permanente nel sistema sanitario è un'attività diffusamente praticata e le risorse economiche impegnate sono considerevoli. Sull'efficacia dell'attività nel complesso si possono nutrire forti dubbi: se si eccettua la formazione specialistica e addestrativa che trova i fruitori consapevoli del tasso di utile trasferibilità delle azioni formative nella loro attività quotidiana, le altre tipologie di formazione sembrano abbandonate alle offerte di agenzie in gran parte periferiche rispetto ai bisogni specifici interni delle ASL. Se il risultato della formazione, in termini di funzionamento per obiettivi, non si misura certificando la quantità di atti formativi ma il grado di trasferibilità dell'apprendimento nella quotidianità lavorativa, appaiono evidenti le debolezze. L'utilità delle azioni formative si misura alla loro conclusione in base alla trasferibilità lavorativa, ma matura all'inizio del processo con l'analisi dei bisogni formativi. L'analisi dei bisogni formativi dovrebbe essere internalizzata dalle organizzazioni in termini sia di competenze sia di presa in carico della rilevazione delle esigenze. Solo le specifiche ASL possono analizzare i disallineamenti di competenze e abilità interne, stimare i momenti più proficui per l'azione formativa e definire i soggetti da coinvolgere. Solo una personalizzazione dell'analisi dei bisogni che nasce dalle ASL in veste di clienti permette di dare il via a processi formativi che non siano casuali o abbandonati agli interessi dei diversi fornitori esterni.

Soprattutto la formazione gestionale, quella manageriale e quella integrativa non possono essere abbandonate alle offerte esterne al sistema. Per istruire un tale processo di dettaglio di analisi dei bisogni e di controllo di coerenza tra bisogni stimati, progettazione formativa, attuazione e verifica di trasferibilità lavorativa, occorre possedere in periferia competenze specifiche nel campo della conduzione di processi di formazione.

4.6. Limiti oggettivi della formazione, tra bisogni organizzativi e bisogni formativi

Ciò che caratterizza maggiormente la formazione aziendale, a differenza di altre tipologie formative, è il bisogno che essa sottende di garantire la sua più rapida spendibilità nella quotidianità lavorativa. In aula l'atten-

zione è focalizzata sulla trasferibilità dell'apprendimento dai docenti ai discenti, ma il processo di formazione aziendale non si chiude qui, ha un naturale sbocco in termini di trasferibilità lavorativa.

La formazione istituzionale di base si può limitare alla verifica dell'apprendimento dei discenti e assolve il suo obiettivo primario rispondendo all'esigenza dei clienti individuali; pur sensibile alla spendibilità dell'apprendimento proposto, lascia sullo sfondo l'ipotetica utilizzabilità dell'apprendimento, consegnandola alle avventure lavorative e alla volontà dei soggetti.

La formazione aziendale poggia il suo baricentro sull'utilità tradotta in termini di trasferimento organizzativo dell'apprendimento.

La formazione intesa come strumento di cambiamento organizzativo pone l'accento sullo stretto legame tra formatori e committenti organizzativi, che dovrebbe caratterizzare la fondamentale fase di analisi dei bisogni e di definizione degli obiettivi di apprendimento, intesi contemporaneamente come obiettivi di trasferibilità organizzativa.

Uno dei problemi più sentiti da parte di formatori e partecipanti ad attività formative è la sconnessione, spesso evidente, tra momento formativo e momento lavorativo: accade frequentemente che contenuti e programmi formativi, anche ben calibrati ed efficaci in termini di apprendimento d'aula, risultino incoerenti rispetto alle prassi organizzative e trovino l'ambiente organizzativo impreparato a utilizzarne il risultato. In questi casi le organizzazioni, intese nel loro impersonale comportamento, lanciano ai loro abitanti un messaggio palesemente ambiguo, proponendo modelli di apprendimento professionale in aula che non trovano poi le condizioni di trasferibilità nel momento lavorativo; questo fenomeno può essere originato da diverse ragioni:

- uso dell'attività formativa come strumento premiante e non come strumento di cambiamento organizzativo;
- disattenzione dei committenti rispetto all'utilizzo appropriato della formazione aziendale;
- uso improprio della formazione, in veste di area compensatoria e consolatoria di trattazione di cambiamenti a livello culturale, in assenza di coerenti cambiamenti in termini di struttura e di sistemi operativi;
- visione troppo autoreferenziale dei formatori e delle agenzie formative che tendono a proporre processi formativi avulsi dalla rilevazione dei bisogni, senza negoziarne la praticabilità organizzativa con i committenti interni, al solo fine di legittimare i soggetti fornitori (formatori e agenzie formative);
- atteggiamento implicitamente rivendicativo di alcuni formato-

ri, tendente a forzare obiettivi di apprendimento, in disaccordo con le convinzioni di cambiamento e di trasferibilità palesate dai committenti organizzativi;

- presenza di finanziamenti economici a capitolo chiuso da utilizzare comunque, anche in assenza di obiettivi concreti.

L'utilizzo non appropriato della formazione in qualità di benefit organizzativo lancia un implicito messaggio eccentrico e stonato di incapacità organizzativa di legare la formazione professionale alla quotidianità lavorativa. Un simile utilizzo della formazione crea attese di cambiamento e di promozione professionale che andranno deluse dal linguaggio fragorosamente silente dell'immutabile routine quotidiana; in tal modo si toglie significato all'azione formativa che viene vissuta come sterile esercizio d'aula senza ricaduta organizzativa.

Se la formazione viene intesa come addendo del sistema premiante individuale, e non come contributo alle professionalità individuali e all'organizzazione lavorativa, non ci si deve stupire se alcuni soggetti organizzativi negoziano (e spesso ottengono) progetti formativi personalizzati e finalizzati all'acquisizione di competenze non coerenti all'attività professionale esercitata. In tal modo gli abitanti organizzativi si sentono, di fatto, legittimati nel farsi finanziare dall'azienda percorsi di crescita di competenze individuali, che potrebbero favorire l'abbandono dell'azienda in direzione di altre alternative lavorative, coerenti con la nuova acquisizione professionale. In questi casi gli individui si costruiscono autonomamente uno sviluppo carriera a spese di un'organizzazione che, nei fatti, premia e finanzia la fuga professionale dei propri abitanti.

La disattenzione dei committenti rispetto all'utilizzo appropriato della formazione può dipendere dalla superficialità o incompetenza manageriale di alcuni dirigenti, abituati a gestire l'esistente e impreparati ai cambiamenti organizzativi, e con essi agli inevitabili cambiamenti di prestazione professionale di competenze e capacità. In questi casi è compito dei formatori interni al sistema scolarizzare i committenti, rendendoli consapevolmente responsabili del rapporto di coerenza che lega la formazione ai processi di cambiamento organizzativo: un'attenta e rigorosa fase di analisi dei bisogni organizzativi e professionali rappresenta un'ottima occasione per consapevolizzare i committenti in merito allo strumento formativo e al suo implicito potenziale in termini di supporto culturale e professionale ai cambiamenti aziendali.

Non sempre il cambiamento ottenuto in aula attraverso la dotazione

di competenze nuove diviene automaticamente cambiamento organizzativo. Ciò può accadere solo quando la formazione si rivolge a figure manageriali che godono della possibilità di cambiare discrezionalmente anche le condizioni organizzative del loro lavoro, oppure quando si richiede un cambiamento di prestazione professionale esclusivamente individuale, trasferibile senza mutare le condizioni strutturali e procedurali del lavoro precedente. Quando invece, a fronte di un'azione formativa, si richiedono coerenti cambiamenti di condizioni lavorative che non dipendono dalla discrezionalità decisionale di chi ha ricevuto l'azione formativa, è impensabile aspettarsi risultati di trasferibilità a condizioni lavorative precedenti immutate. Ecco alcuni esempi:

- porre in essere una formazione centrata sull'importanza dell'assunzione di modelli innovativi di sistema premiante e motivante, in assenza di concreti segnali aziendali tendenti alla nascita di nuovi sistemi premianti, significa invalidare una possibile ricaduta lavorativa della formazione;
- produrre corsi sulla logica della delega e sulle metodologie di direzione per obiettivi, lasciando che le procedure, le prassi e gli stili di direzione proseguano con una conduzione organizzativa improntata al controllo gerarchico e alla direzione per compiti, assume il significato di una formazione paradossale e istigatrice di nevrosi organizzativa verso i partecipanti; in questi casi l'aula formativa può diventare una inappropriata sede rivendicativa, o il luogo di omertoso rigetto di apprendimento;
- promuovere corsi formativi sulla sicurezza lavorativa o sulla qualità totale, in assenza di decisioni organizzative miranti la nascita di corrispettive condizioni strutturali di ruolo, di risorse dedicate, di procedure premianti e sanzionatorie, riguardanti la sicurezza o la qualità, significa produrre sterili esortazioni formative, vuote di coerente impegno aziendale.

La formazione rappresenta un forte strumento di cambiamento in termini di competenze professionali, a volte in termini di capacità, ma non può essere sovraccaricata di responsabilità di cambiamento: non costituisce l'unica leva di sviluppo organizzativo, non rappresenta lo strumento esclusivo neppure in caso di cambiamenti comportamentali. Si consideri, ad esempio, la potenza che può esercitare, rispetto ai cambiamenti comportamentali corali e diffusi di un intero contesto organizzativo, una modifica evidente delle procedure del sistema premiante.

Le evoluzioni organizzative presuppongono, oltre a cambiamenti comportamentali, dei cambiamenti strutturali (organigramma, funzionigramma, dotazione di risorse economiche, d'organico, di spazio fisico, di

tecnologia, di tempo) e/o di sistemi operativi (modelli informativi, prassi, procedure, metodiche, linee guida).

Nei casi di cambiamenti complessi, la formazione rappresenta un ottimo strumento di supporto e di canalizzazione, se affiancato a coerenti interventi sulla struttura e sui sistemi operativi; se viene intesa impropriamente come unico strumento di cambiamento può addirittura produrre fenomeni di resistenza e rigetto.

La formazione aziendale è generalmente riconosciuta indispensabile nelle culture industriali evolute. Per tale ragione, numerose istituzioni internazionali e nazionali mettono a disposizione significative risorse economiche per supportare processi di formazione aziendale.

Per arretratezza o per malvezzo culturale, accade che alcune organizzazioni, eccitate dall'opportunità di procacciarsi risorse economiche, più che interessate al loro utilizzo a fronte di reali bisogni formativi, si attivino efficientemente sul fronte dell'ottenimento del finanziamento, ma non dimostrino altrettanta attenzione quando si tratta di utilizzarlo per allestire attività formative efficaci. In modo più o meno latente vengono varati programmi formativi perché ci sono risorse economiche da impiegare e non bisogni formativi da soddisfare: in altri termini, nascono attività formative giustificate dai fondi ottenuti ma poco sostenute dalla diagnosi di reali bisogni professionali e aziendali. Se si aggiunge il fatto che l'ottenimento dei fondi dipende, in larga parte, dalla dimestichezza professionale con procedure e aspetti istituzionali e burocratici, più affini alla cultura amministrativa che a quella umanistico-formativa, può accadere che un contesto aziendale ottenga finanziamenti in ragione delle abilità dei propri amministrativi e contabili, a fronte di marginali necessità formative. In modo specularmente opposto può accadere che un'organizzazione concretamente bisognosa di interventi di formazione professionale, resi evidenti e supportati in modo convincente da abili formatori, non riesca a ottenere finanziamenti perché gli stessi formatori si mostrano disattenti e incompetenti in termini di gestione amministrativa e procedurale dei finanziamenti.

Resta il fatto che, quando il finanziamento economico assume la veste di finalità e non di indispensabile risorsa per la formazione, il problema della trasferibilità dell'apprendimento da prioritario diviene residuale.

In sintesi, è possibile affermare che sono molte le condizioni organizzative che distraggono l'attenzione dal nucleo che certifica l'utilità della formazione aziendale, la trasferibilità. I formatori sono responsabili in prima persona del trasferimento di apprendimento sul set formativo, ma la responsabilità della trasferibilità organizzativa è da ascrivere ai

committenti. Pur non essendo direttamente responsabili del processo di trasferimento organizzativo, i formatori dovrebbero sentirsi deontologicamente coinvolti nell'opera di sollecitazione nei confronti dei committenti, e professionalmente corresponsabili della loro scolarizzazione in sede di analisi dei bisogni e di definizione degli obiettivi didattici trasferibili, nonché nella fase di supporto alla trasferibilità.

In sanità i limiti oggettivi della formazione partono dalla mancanza strutturale, già ricordata, di una funzione del personale legittimata e forte; nell'ambito delle strutture interne alle ASL che si occupano di formazione, risultano poche o mancanti le competenze di mestiere in grado di gestire e coordinare interi processi formativi. Se si considera che la formazione rappresenta uno strumento strategico di sviluppo delle persone e dell'organizzazione, non si spiega la carenza di internalizzazione di professionisti in grado di essere referenti di analisi dei bisogni, del coordinamento dei processi formativi e della verifica e della certificazione dei risultati.

4.7. Un approccio logico all'analisi dei bisogni

Le uniche attività formative sostanzialmente utili in un'organizzazione sono quelle che si dirigono verso i bisogni di pratiche professionali coerenti con i fini dell'organizzazione stessa. Non sempre i bisogni professionali stimati dagli individui (siano essi committenti o utenti delle attività formative) sono coincidenti con i bisogni reali: i possibili utenti di un'attività formativa possono manifestare bisogni coincidenti con quelli dell'organizzazione, ma spesso tali bisogni sono confusi con bisogni generici di promozione culturale, con bisogni rivendicativi di ruolo (che necessitano di ridefinizione prima organizzativa e poi formativa), con bisogni rilevati scorrettamente per mancanza di competenza formativa. Anche i responsabili organizzativi (i committenti) che commissionano attività formative all'interno dell'organizzazione possono stimare bisogni professionali coincidenti con le finalità dell'organizzazione oppure coincidenti con interessi di comodo, gerarchici, personali o, ancora, frutto di una scorretta analisi dei bisogni formativi.

Per tutelarsi da analisi dei bisogni di parte e soggettive è bene costringersi a verificare la coerenza delle attività formative che si vogliono proporre, vagliando approfonditamente le necessità sostanziali di sviluppo professionale occorrenti all'impianto organizzativo e alle sue finalità. I possibili partecipanti ad attività formative e i committenti vanno coinvolti convintamente nel momento di istruzione dei bisogni formativi,

ma servono anche strumentazioni logiche e professionali che permettano di individuare con maggior oggettività gli spazi professionali che vanno supportati dalla formazione.

A questo proposito vorrei proporre qui un modello di analisi delle tipologie professionali che può aiutare a rintracciare, in fase di analisi dei bisogni, anche tipologie di bisogno formativo. Tale modello è trattato in modo dettagliato in una pubblicazione del sottoscritto (Vaccani, 2001). La professionalità può essere definita come prestazione lavorativa richiesta da un'organizzazione, frutto di uno degli innumerevoli modi di combinare tra loro tre "ingredienti" così sintetizzabili:

- operatività: aspetto lavorativo caratterizzato dal numero di operazioni-compiti tecnico-pratici che hanno la caratteristica di non richiedere lavoro mentale innovativo;
- specializzazione: aspetto della prestazione lavorativa che presuppone livelli significativi di competenza di mestiere;
- gestionalità: attività lavorativa caratterizzata dal livello di decisioni sull'uso, sul dimensionamento e sul coordinamento delle risorse organizzative.

Per *operatività* si intende la quantità di operazioni lavorative tra loro differenziate che fanno prevalentemente riferimento a capacità di manipolazione tecnico-pratiche, ad automatismi mentali e fisici, che non implicano un lavoro mentale innovativo e creativo. La professionalità operativa presuppone attenzione individuale ma bassissimi, se non nulli, livelli di creazione e di discrezionalità.

Per *specializzazione* si intende il livello di conoscenza applicata richiesta dall'attività lavorativa, il sapere professionalmente applicato; si avvale di modelli di analisi e intervento aggregatisi intorno alle arti e mestieri. La professionalità specializzata presuppone un medio lavoro mentale innovativo, quello contemplato all'interno degli schemi logici e metodologici di mestiere appresi. Il lavoro mentale innovativo si muove in condizione di "libertà vigilata" all'interno di modelli di mestiere prescrittivi.

Per *gestionalità* si intende quell'attività lavorativa indiretta che si estrinseca nella presa di decisioni discrezionali di scelta, dimensionamento e coordinamento delle risorse; gestire e coordinare persone, risorse economiche, tecnologia, ambienti, tempistiche significa esercitare professionalità gestionale. Il lavoro mentale ad alta innovazione e alta discrezionalità decisoria caratterizza la professionalità gestionale e manageriale.

Poiché nell'ambito della gestionalità assumono un significato importante le relazioni sociali di ruolo, si può definire l'area dell'uso appropriato del comportamento individuale. Nelle organizzazioni le professionalità gestionali decidono e coordinano le condizioni all'interno delle quali specialisti e operativi offrono prestazioni dirette; in altri termini, le professionalità gestionali sono responsabili di strutturare i contenitori organizzativi all'interno dei quali specialisti e operativi hanno la responsabilità di produrre contenuti di mestiere. Saper organizzare il "fare" degli altri minimizzando il proprio vuol dire saper orchestrare gli orchestrali senza invadere il loro campo.

Le tre precedenti dimensioni di professionalità, disaggregate nettamente per ragioni di analisi, appaiono sempre e (seppur in misura diversa) compresenti e legate da rapporti dialettici di influenza. Non esiste, infatti, una professionalità composta esclusivamente da operazioni-compiti, come non esiste una professionalità specialistica pura o una professionalità solo gestionale; esistono però delle preminenze professionali caratteristiche dei diversi mandati che un'organizzazione attribuisce ai suoi membri.

I ruoli più operativi di un'organizzazione hanno come caratteristica predominante di professionalità richiesta l'area delle operazioni-compiti pratici. La figura 4.2 visualizza con un parallelepipedo metaforico tale professionalità.

I ruoli specialistici hanno come caratteristica professionale specifica un notevole livello di conoscenza applicata (cfr. fig. 4.3).

I ruoli di direzione e di linea gestionale hanno una spiccata richiesta di prestazioni professionali decisorie discrezionali (cfr. fig. 4.4).

Se è vero che l'allestimento e l'attuazione di programmi formativi, mirati sia nei contenuti che nelle metodologie, dipende da un'attenta lettura dell'area professionale che si vuole sorreggere e sviluppare con la formazione, il modello di analisi della professionalità precedentemente proposto ci può aiutare a orientare convenientemente i piani formativi. Così, se avremo da risolvere con lo strumento formativo la dotazione di capacità operative e pratiche, l'attività di formazione che meglio si adatterà dovrà essere prevalentemente costituita da azioni di addestramento pratico, affiancamento operativo, tirocinio, simulazioni operative, e i docenti dovranno essere prevalentemente degli addestratori, abili più nel fare che nel dire. Se, invece, la professionalità da alimentare sarà di tipo specialistico, la formazione più opportuna sarà finalizzata alla trasmissione di modelli cognitivi e strumentazioni metodologiche di ricerca e diagnosi, alla sperimentazione di utilizzo di strumentazioni tecnologiche

Figura 4.2. Professionalità operativa

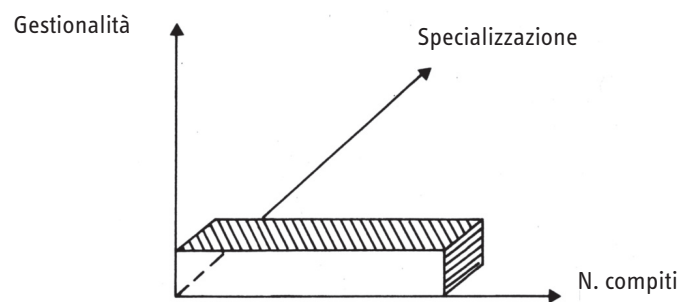


Figura 4.3. Professionalità specialistica

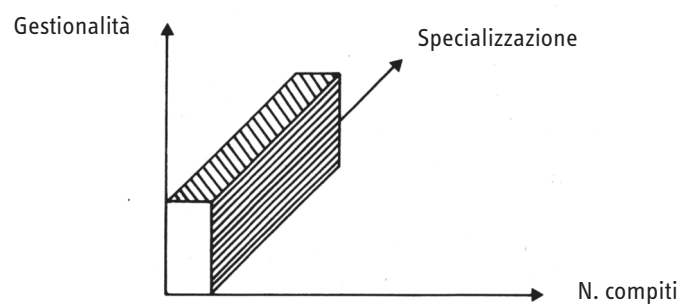
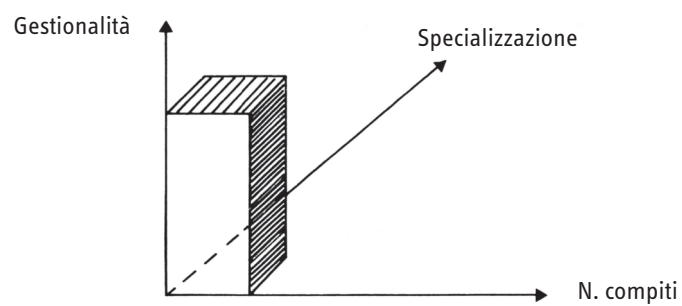


Figura 4.4. Professionalità gestionale



specialistiche, alla simulazione di progetti. I docenti dovrebbero essere preferibilmente esperti disciplinari, meglio se appartenenti all'organizzazione stessa che esprime le necessità formative.

Se la professionalità da proporre sarà di tipo gestionale la formazione più congruente sarà rivolta all'acquisizione di consapevolezza di diagnosi e gestione degli impianti organizzativi e all'addestramento di abilità relazionali e decisorie. Si tratterà di dotare gli individui di contenuti gestionali progettuali (analisi sistemica), ma soprattutto di far loro sperimentare tematiche comportamentali quali la presa di decisione, la comunicazione interpersonale, la conduzione di riunioni, la negoziazione, la delega, il controllo dei risultati, l'esercizio di attività d'immagine ecc. I docenti di quest'area professionale dovrebbero essere esperti di comportamento e sviluppo organizzativo.

Se si ritiene valido il modello di analisi delle professionalità precedentemente illustrato, si può constatare che le professionalità richieste di alto contenuto gestionale contengono, come dato interno, i tratti di personalità e lo stile comportamentale di chi le interpreta.

Un buon tecnico, un buon ricercatore, un buon progettista possono avere comportamenti più o meno gradevoli ma ciò che importa organizzativamente è la validità e l'efficacia dei risultati tecnici o progettuali che producono, per molti versi indipendenti dalle loro caratteristiche comportamentali. Si può affermare che il profilo di ruolo degli specialisti è caratterizzato da alto valore aggiunto di competenze e medio di tratti di personalità. Viceversa, le caratteristiche comportamentali degli individui richiesti di notevoli prestazioni gestionali sono interne alla professionalità organizzativamente richiesta: non è possibile essere professionalmente abili in decisioni, relazioni, negoziazioni, attribuzioni di deleghe, controllo dei risultati e delle prestazioni, stili di comando senza legare strettamente i propri dati di personalità al mestiere organizzativo. I gestionali sono caratterizzati da un profilo di mestiere ad alto valore aggiunto di tratti di personalità e medio di competenze.

Se si declinassero i profili di professionalità presenti in sanità con i tre vettori (operatività, specializzazione, gestionalità) troveremmo una popolazione moderatamente limitata vicina all'operatività, la massa di popolazione nell'intorno del vettore della specializzazione (tecnici di sicurezza, tecnici di laboratorio, personale clinico, personale infermieristico), una popolazione limitata e influenzante tra il vettore specialistico e quello gestionale (primari, capi sala, responsabili d'ufficio ecc.), pochi soggetti ma altamente influenzanti il sistema sul vettore della gestionalità (responsabili di diparti-

mento, responsabili di distretto, direttori sanitari, direttori amministrativi, direttori del personale, direttori di presidio, direttori generali).

4.8. I limiti soggettivi della formazione, le frontiere della personalità

Se, da un lato, possono presentarsi limiti organizzativi oggettivi relativamente all'utilità della formazione aziendale, è opportuno riflettere anche sulla possibile presenza di limiti sul versante individuale, considerando in tal modo i confini soggettivi dell'apprendimento.

La formazione aziendale si rivolge a individui adulti, pertanto la domanda di fondo che si può porre è la seguente: «È possibile formare un adulto, ottenendo risultati efficaci, in ogni dimensione d'apprendimento?». Da circa cinquant'anni, riflessioni e ricerche sul campo hanno contribuito a dare corpo a una teoria dell'apprendimento degli adulti, che va sotto la definizione di "andragogia". Il corpo concettuale dell'andragogia è di recente formulazione, ma la problematica della formazione degli adulti possiede radici profonde nell'avventura degli umani. Si può affermare che tale problematica riemerge, nella storia recente, dopo un lungo oblio; nell'antichità, grandi maestri si erano già confrontati con la formazione degli adulti, esercitandola e teorizzandola: Confucio e Lao Tse in Cina, Socrate, Platone e Aristotele nell'antica Grecia, Cicerone e Quintiliano nell'antica Roma, Gesù e i profeti ebrei della Bibbia hanno attuato e teorizzato l'apprendimento nel contesto adulto. Questi maestri avevano maturato un concetto dei processi di apprendimento notevolmente diverso da quello che ispira la didattica e la pedagogia istituzionale moderna. Essi vedevano l'apprendimento come un processo di ricerca attiva e non di ricezione passiva di contenuti trasmessi dall'esterno.

Le scuole rivolte ai bambini apparvero in Europa nel VII secolo, ispirate a un modello ritenuto utile alla preparazione dei giovani al sacerdozio. Il compito prevalente dei docenti di queste scuole era quello di trasferire i dogmi della fede, la dottrina e i rituali della Chiesa; questi insegnanti elaborarono ipotesi di apprendimento e strategie d'insegnamento che presero il nome di "pedagogia", dal greco *país*, che significa "bambino" e *ago*, che vuol dire "condurre", così che la dizione "pedagogia" si può tradurre in arte di condurre i bambini.

Questo modello è andato consolidandosi nei secoli e ispira tutto il nostro sistema scolastico attuale, nonostante teorie di pedagogia giovanile più recenti (Piaget, Illich). La forza di tale approccio ha superato i limiti della formazione dei bambini, ha conquistato territorio nella formazione

adolescenziale, fino a pervadere la formazione istituzionale degli adulti, estendendosi così dalle scuole elementari alle accademie universitarie. La trama che lo sostiene è essenzialmente ispirata alla logica dell'indottrinamento e, in coerenza a tale obiettivo, pone l'accento sull'autorità e la discrezionalità di guida dei docenti (possessori della dottrina) e sulla conseguente dipendenza dei discenti (da indottrinare).

Il modello andragogico si mette, invece, nella prospettiva di facilitare e arricchire il processo di maturità e di autonomia individuale. Per tale ragione mette al centro i discenti e i loro bisogni, sostituendo al profilo di autorità del docente il profilo più autorevole e di servizio del *formatore* e *facilitatore di apprendimento*. L'andragogia si rivolge agli adulti concepiti come individui autonomi e responsabili delle loro sorti: se l'apprendimento si gioca nella dialettica autonomia-dipendenza, si può affermare che l'andragogia pone l'accento sull'autonomia, mentre la didattica tradizionale pone l'accento sulla dipendenza.

La pedagogia tradizionale mette in ombra il legame esistente tra i contenuti e la realtà concreta dei discenti, mentre l'andragogia sottolinea, in modo motivante, i legami che accomunano la realtà sperimentata e vissuta dai discenti con gli obiettivi di apprendimento, in vista della trasferibilità delle acquisizioni assunte.

L'approccio pedagogico tradizionale enfatizza la visione deduttiva teorico-contenutistica e la trattazione attraverso assiomi generali e astratti. La prospettiva andragogica introduce la logica induttiva di apprendimento e l'approccio per problemi concreti. Ne consegue che il tradizionale primato metodologico della lezione (strumento deduttivo per eccellenza), che caratterizza la pedagogia tradizionale, viene arricchito, nel modello andragogico, dall'uso associato di metodologie deduttive e induttive (casi, simulazioni, ricerca d'aula, affiancamento lavorativo).

L'andragogia prende atto del fatto che, col passare del tempo, l'individuo adulto vuole essere responsabile delle proprie scelte e tende a rifiutare l'imposizione esterna di scelte di apprendimento. Semplificando, si può asserire che la pedagogia tradizionale persegue l'adattamento dell'individuo all'ambiente educativo e alla sua cultura dominante, mentre l'andragogia tende a rendere l'individuo protagonista, in grado, per certi aspetti, di adattare protagonisticamente l'ambiente a sé, dando vita a culture innovative.

I bambini hanno funzionalmente più bisogno di adattarsi ad ambienti culturali dati, mentre gli adulti percepiscono un maggior bisogno di autonomia: questi due processi, di adattamento all'ambiente e di adattamento dell'ambiente a sé convivono, con pesi ponderali diversi, nelle

diverse tappe di vita individuale. Nel bambino alberga anche un adulto in divenire e nell'adulto si cela uno spirito adolescenziale di adattamento all'ambiente in mutamento; per tali ragioni appare una semplificazione convenzionale la comune convinzione che vede i passaggi discontinui delle età, da quella infantile a quella adolescenziale a quella adulta.

Le definizioni di individuo adulto sono diverse, tanto quanto sono diverse le prospettive di lettura e i riferimenti assunti per tale designazione:

- dal punto di vista biologico, si è ritenuti adulti al raggiungimento dell'età della riproduzione;
- dal punto di vista normativo, si è ritenuti adulti al raggiungimento dell'età che la legge dello stato di appartenenza ritiene sufficiente per attribuire all'individuo la caratteristica di soggetto giuridico autonomo e responsabile, in grado di sposarsi, ereditare, prendere la patente, firmare contratti ecc.;
- dal punto di vista sociologico, si è ritenuti adulti quando si raggiunge un'evidente autonomia economica dalla famiglia, si pratica stabilmente un lavoro, si costituisce un nuovo nucleo familiare;
- dal punto di vista psicopedagogico, si diviene adulti quando si matura la consapevolezza della propria autonomia e si esercita la responsabilità delle proprie azioni.

Il concetto psicopedagogico, più utile per ragionare sull'apprendimento, ci dice che l'"adulthood", se pur in ambiti circoscritti, è presente anche nei primi anni di vita, e si dilata con il passare del tempo e con l'arricchimento dell'esperienza. Per queste ragioni non si tratta di passare con discontinuità da un modello di apprendimento all'altro, ma di dosarne la compresenza, in ragione della dinamica di crescita e sviluppo degli individui, dando peso ponderale sempre maggiore alla strategia andragogica in rapporto al divenire adulti degli individui.

Gli adulti, in età matura, possiedono rispetto ai giovani una maggiore esperienza sia dal punto di vista qualitativo sia da quello quantitativo. Le recenti scoperte nel campo delle neuroscienze hanno ratificato, per via sperimentale, alcune intuizioni, da tempo messe in luce, mediante approcci di psicologia classica e di psicologia dell'apprendimento; può essere utile richiamare sinteticamente alcuni assunti di base tratti dalla letteratura inerente i processi di apprendimento.

- Il comportamento specifico di un individuo adulto, inteso nelle caratteristiche di originalità soggettiva, dipende più dalla sua educazione ambientale (ontogenesi) che dalla sua dotazione genetica (filogenesi).

Steven Rose, nel suo libro *Il cervello e la coscienza*, si pone la domanda: «Come possiamo migliorare l'ambiente di tutti i bambini in modo che il loro cervello si possa sviluppare al massimo?». Con questa domanda Rose sposta l'attenzione sulla funzione fondante della personalità esercitata dall'educazione ambientale adolescenziale. Ulric Neisser, nel suo libro *Conoscenza e realtà*, afferma: «Ciascuno di noi viene creato dagli atti cognitivi in cui si trova impegnato».

- Con il superamento dell'adolescenza, nella sfera soggettiva degli individui va a consolidarsi quella implicita regia comportamentale che si chiama personalità. Donald O. Hebb, nel suo libro *Mente e pensiero*, afferma che «l'influenza ambientale sui paradigmi dell'intelligenza è sostanzialmente limitata al periodo della crescita fisica, e termina più o meno tra i 16 e i 18 anni», e ancora «il primo ambiente ha una funzione organizzativa vitale per l'attività mentale che attiveremo anche in maturità».
- L'intelligenza emotiva, custodita sotto la nostra corteccia cerebrale, assume una parte determinante nell'edificazione della personalità individuale. Essa ha il compito di memorizzare tutte le esperienze di vita categorizzandole in termini di piacevolezza/spiacevolezza. La memoria emotiva (o intelligenza emotiva) tende a far ripetere ai soggetti tutte le esperienze sperimentate come piacevoli e, contemporaneamente, li pone in guardia dalla ripetizione di esperienze vissute penalizzanti. La memoria emotiva spinge gli individui a massimizzare gli stati di benessere e minimizzare quelli di malessere. Jean Le Boulch, nel suo scritto *Verso una scienza del movimento umano*, afferma: «Distingueremo due grandi gruppi di motivazioni – le motivazioni appetitive, orientate verso l'appropriazione di oggetti/situazioni piacevoli – le motivazioni difensive, o avversive, inducenti reazioni di fuga e di difesa. L'intelligenza emotiva ha il compito di “emotivizzare” l'esperienza, con particolare efficacia nell'epoca di imprinting dei tratti di personalità».
- L'identità individuale che si è forgiata nei primi 16/18 anni di vita, frutto delle esperienze soggettive ad alto significato emotivo (positivo o negativo), tende a stabilizzarsi nei suoi tratti di personalità di base, tanto da influenzare la restante esperienza di vita più che esserne influenzata. La personalità si caratterizza, in prima istanza, come modalità soggettiva di percepire la realtà: un individuo può percepire positivamente ciò che un altro individuo percepisce negativamente e le percezioni giocano un ruolo significativo nelle nostre scelte e nel processo chiamato “profezia autorealizzante”. Per tale processo psicologico, gli individui stabiliscono più facilmente relazioni piacevoli ed evolutive con situazioni e oggetti percepiti

come positivi, mentre tendono a stabilire relazioni difensive e involutive con situazioni e oggetti percepiti come negativi. Mariano Bizzarri, autore del libro *La mente e il cancro*, afferma che «gli uomini sono disturbati non dalle cose, ma da come essi le vedono». Le attitudini individuali di fondo, raggiunta l'età adulta, sono le ispiratrici dei nostri stati di motivazione e piacevolezza, al pari di quanto le non attitudini sono produttrici di stati di resistenza e difesa.

All'interno dei principi dell'andragogia, che promuovono il protagonismo nelle scelte dell'individuo e il suo apprendimento responsabile, i processi di formazione professionale, in quanto rivolti ad adulti, dovrebbero confrontarsi con gli assunti precedentemente illustrati. Tali assunti pongono l'accento sull'originalità e irripetibilità individuale e sui profili di personalità individuale intesi come opportunità, come formule essenziali da sviluppare, ma anche come vincolo soggettivo implicito rispetto a pretese di apprendimento antiattitudinali.

Alla luce di tali riflessioni, appare più agevole rispondere alla domanda: «È possibile formare adulti ottenendo risultati efficaci su ogni tipologia d'apprendimento?». La risposta essenziale potrebbe essere sì se si tratta di formare prevalentemente competenze professionali, sì/un po'/no se si tratta di formare prevalentemente attitudini professionali.

Le ricerche neuroscientifiche sulla plasticità di apprendimento degli individui distinguono le tipologie di apprendimento in due grandi categorie:

- le *competenze professionali*, intese come conoscenze validate (il “saper fare”) di mestiere. Il “sapere” di mestiere si apprende in situazione di set formativo istituzionale o aziendale. Il “fare” si apprende quando si è messi in condizione di risolvere concreti problemi professionali, che richiedono l'uso appropriato delle conoscenze acquisite. Perciò le competenze professionali sono costituite dalle cognizioni apprese collaudate dalla prassi di utilizzo;
- le *attitudini professionali*, intese come la combinazione di tratti di personalità individuale, che rappresentano l'identità personale (il “saper essere”). Le attitudini si acquisiscono nell'avventura di vita, spazialmente intesa nella sua globalità di interazione educativa individuo/ambiente e temporalmente significativa fino alla fine degli anni adolescenziali. Le attitudini, a differenza delle competenze specifiche di mestiere, sono rappresentative dei paradigmi percettivi originali degli individui e dei loro conseguenti copioni comportamentali soggettivi di fondo.

Sempre le ricerche neuroscientifiche convengono sul fatto che le competenze professionali impattano prevalentemente le intelligenze cognitive razionalizzabili e, pertanto, possono essere scolarizzabili con buoni o discreti risultati in tutte le età della vita lavorativa. Le medesime ricerche affermano che le attitudini professionali sollecitano prevalentemente le intelligenze emotive, motorie ed energetiche, le quali risultano difficilmente modificabili in età adulta; in altri termini, se le attitudini sono presenti, saranno sviluppabili con formazione di successo, se appaiono poco evidenti saranno solo rinforzabili per via formativa, ma se sono bassissime o assenti, non è prevedibile la loro nascita per atto formativo. La formazione, in questi casi, può solo favorire la consapevolezza della debolezza attitudinale e, a volte, sollecitare difensività e rigetto formativo.

Se è vero che i tratti di personalità si edificano sulle ridondanze emotive (positive e negative) della nostra avventura giovanile di vita, è opera vana cercare di modificarli significativamente in età adulta. In termini operativi, le lacune di competenza professionale trovano nella formazione uno strumento forte d'intervento, ma, a fronte di evidenti lacune attitudinali, lo strumento della formazione appare spuntato. In questi casi le azioni organizzative risolutive sono rappresentate dall'orientamento professionale, dalla negoziazione dei sentieri di carriera attitudinali e dall'analisi del potenziale e conseguente posizionamento in ruoli coerenti con i tratti di personalità.

Le tipologie di formazione che si rivolgono prevalentemente alle intelligenze cognitive, acquisibili con impegno e relativa facilità, sono rappresentate dall'addestramento operativo, dall'apprendimento specialistico, dall'alfabetizzazione linguistica, dalla formazione gestionale e integrativa che si rivolge a contenuti tecnico/procedurali.

La formazione gestionale, quella integrativa e soprattutto quella manageriale, che si rivolge ad abilità comportamentali, trovano il loro limite nelle eventuali carenze attitudinali degli individui.

Si spingono in questo territorio critico le attività di apprendimento degli adulti che si pongono obiettivi formativi quali ad esempio:

- sviluppare la forza leaderistica degli individui;
- favorire la creatività soggettiva;
- accrescere la capacità di ascolto sociale;
- saper parlare efficacemente in pubblico;
- governare situazioni stressanti;
- sviluppare capacità di relazioni seduttive;
- gestire situazioni impopolari con autorevolezza;

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- saper prendere decisioni in situazioni di incertezza;
- gestire negoziazioni complesse con autorevolezza.

Le prestazioni professionali ad alto valore aggiunto comportamentale non possono che partire dalle doti di personalità consolidate nella storia degli individui. La formazione può solo sviluppare al meglio le potenzialità soggettive già presenti, senza pretendere di crearle in laboratorio formativo. Un tale fenomeno è particolarmente evidente nella formazione manageriale: i ruoli manageriali sono caratterizzati da mandati di alta responsabilità, che mettono alla prova le intelligenze emotive motorie ed energetiche degli individui, più delle competenze cognitive; più è alta la tensione emotiva di ruolo, più si sgretolano le eventuali sovrastrutture posticce apprese per via formativa e appaiono nella loro evidenza virtuosa o negativa le strutture profonde della personalità del manager. Si diventa imprenditori o manager soprattutto per via d'esperienza di vita e non solo attraverso la formazione degli adulti.

Le riflessioni precedenti permettono di cogliere la delicatezza e le comprensibili resistenze che la formazione dei gestionali di alto livello (manager) sollecita in ambienti sanitari. La formazione manageriale (direttori generali, direttori di presidio, direttori sanitari, direttori del personale, direttori di dipartimento, direttori di distretto, direttori d'area) ha degli aspetti di acquisizione di competenze (lettura sistemica d'impianti organizzativi, modelli manageriali di programmazione e controllo di gestione, sistemi informativi, politiche di gestione del personale, sistemi premianti) che hanno poche interferenze con i tratti di personalità degli individui. A questi livelli di gestionalità le competenze rappresentano un aspetto irrinunciabile del mestiere, ma il fattore vincente per la copertura di tali ruoli è rappresentato dai tratti di personalità richiesti da ruoli di conduzione di organizzazioni complesse e caratterizzate da alta responsabilità discrezionale diffusa.

La resistenza di alcuni attori direzionali a esporsi ad attività di formazione manageriale è in parte legata a una percezione negativa della formazione, che non ravvisa nella partecipazione ad attività formative un'opportunità di crescita, ma una implicita constatazione di impreparazione. Questo atteggiamento di alcuni soggetti direzionali, per fortuna non più diffuso come un tempo, è frutto del fondato timore psicologico di essere inadeguati. In termini di tratti di personalità, questo atteggiamento può essere un indizio di criticità di copertura di ruoli di leadership.

Data per scontata l'importanza della formazione manageriale nei

contesti sanitari, purtroppo poco praticata e autoprogettata a misura dei fabbisogni specifici delle ASL, le resistenze di alcuni attori apicali rispetto ai processi formativi, che pensano di agire in termini modificativi sulle attitudini, sono legittime. Se un dirigente sanitario è soggettivamente allineato con le attitudini (tratti di personalità) richieste dal ruolo e si espone ad attività di formazione comportamentale, potrà svilupparle ulteriormente e acquisire più consapevolezza sul loro governo; se invece è parzialmente allineato attitudinalmente alle richieste di ruolo e partecipa a un'attività formativa basata sul comportamento ne uscirà più consapevole dei propri punti forti e di quelli deboli e sarà maggiormente in grado di smussare le debolezze contornandosi di collaboratori in grado di compensarle. Se un dirigente è visibilmente disallineato rispetto ai tratti di personalità richiesti e si espone ad attività di formazione comportamentale in grado di mettere palesemente in luce la non attitudinalità, ne uscirà depresso, incattivito con la formazione e i formatori e continuerà a produrre importanti danni all'organizzazione.

La formazione comportamentale si scontra con il limite di non poter stravolgere i tratti di personalità individuali. Nei casi di pesante disallineamento attitudinale la formazione può solo mettere in evidenza un errore di selezione e posizionamento originale del soggetto; il rimedio, quando è politicamente gestibile, consiste nel riposizionare la persona su un profilo più attitudinalmente consono. Nel capitolo 5 sarà trattato più dettagliatamente il problema della selezione attitudinale per chi ricopre ruoli direzionali.

4.9. Sviluppo professionale e sviluppo organizzativo

Come appare evidente dalle trattazioni precedenti, non è possibile gestire la formazione nelle organizzazioni senza contemporaneamente parlare di sviluppo dell'impianto organizzativo; lo sviluppo della professionalità per opera della formazione richiede mutamenti organizzativi (di piccola o grande entità) coerenti alle nuove prestazioni richieste. Se cambia l'aspetto interpretativo degli attori organizzativi, qualche cosa dovrà mutare anche nella commedia lavorativa e viceversa. Sono molti i casi in cui le azioni formative vanno concentrate in parallelo o come conseguenza: di modificazioni organizzative di ruoli e funzioni, di situazioni logistiche, di dotazioni di risorse, di mutazioni di meccanismi operativi e metodologie di lavoro, di mutazioni di regole di controllo e di sistemi premianti. Tutto ciò per non correre il rischio di preparare con azioni formative opportu-

ne nuove professionalità che poi risultano impossibilitate a esprimersi a causa di un impianto organizzativo anacronistico e immodificato.

I processi di ristrutturazione organizzativa e di formazione sono sempre dialetticamente legati. Chi si occupa di cambiamento organizzativo in modo concreto e non astratto sa di dover agire contemporaneamente su questi due fronti e sa anche che la vera professionalità di chi gestisce i processi di cambiamento organizzativo sta nel saper gestire in modo funzionale, graduale e sperimentale gli atti transitori di passaggio da una situazione organizzativa concreta ritenuta non più funzionale a una situazione-traguardo ipoteticamente ideale.

Non occorre una eccelsa professionalità per diagnosticare le disfunzionalità più o meno evidenti di un impianto organizzativo; similmente non occorre particolare genialità per prefigurare un ridisegno organizzativo funzionale e aggiornato. La vera difficoltà sta nell'istruire e sperimentare atti transitori di passaggio da una realtà storica discutibile, ma operante, a un'ipotesi futura appropriata, ma inesistente e vissuta come destabilizzante.

Questo passaggio deve fare i conti con i tempi sociali di cambiamento, che non sono certo brevi. Le organizzazioni, per rispecchiamento quotidiano, vengono interiorizzate dalle persone con le loro incoerenze e disfunzionalità, e molti ruoli sono destinati al presidio delle incoerenze e disfunzionalità. La razionalizzazione degli impianti organizzativi, accanto alla proposta di spazi generativi di nuove opportunità lavorative, cancella aspetti organizzativi incoerenti e destabilizza le posizioni di chi li presidiava. Si può comprendere così quante resistenze soggettive e culturali a qualsiasi livello si incontrino negli individui rispetto ai processi di cambiamento organizzativo.

La vera abilità professionale richiesta dai cambiamenti organizzativi sta nella gestione progettata e continuamente riaggiornata *in itinere* del transitorio, che va gestito con atteggiamento sperimentale, cioè senza censurare gli inevitabili errori di percorso ma facendone occasione di apprendimento e di riorientamento progettuale. Va da sé che il transitorio va gestito in tempi prevedibilmente ampi, ma non illimitati, non va cioè preso a pretesto per rimandare gattopardescamente all'infinito le asperità del cambiamento.

I cambiamenti organizzativi macrostrutturali dovrebbero avere un riferimento forte a livello centrale. Dati per scontati gli inevitabili adattamenti e personalizzazioni richiesti dalle peculiarità dei diversi territori, per avere un presidio della salute che risponda a standard nazionali è

fondamentale che la regia dei processi di sviluppo macrostrutturali abbia un riferimento centrale. Nei momenti di riforma e riallineamento epocale dell'istituzione sanitaria nazionale è comprensibile concedere alle diverse regioni percorsi di sperimentazione diversi, a patto di ricondurre, a tempo debito, il sistema intero a omogeneizzazione di configurazione, tesaurizzando gli aspetti di successo delle sperimentazioni regionali e potando i rami secchi delle esperienze perdenti.

Per troppi anni la latitanza centrale di governo rispetto alla definizione degli impianti aziendali e della struttura generale della sanità italiana ha favorito un processo regionalistico centrifugo discrezionale/arbitrario, che da occasione evolutiva di sperimentazioni regionali monitorate dal centro si è tramutato in sperimentalismo eccentrico.

A strutture di base e a meccanismi operativi diversi corrispondono prestazioni, beni e servizi diversi. Quante sanità abbiamo in Italia? Quanto è difficile in questo arcipelago sociosanitario differenziato attuare oggi una politica più omogenea e integrata della sanità? Il problema irrimandabile del rientro da situazioni di dissesto finanziario di numerose regioni rappresenta una occasione costretta di recupero di omogeneità e di standardizzazione di alcuni aspetti fondamentali dell'organizzazione della salute nazionale.

Le attese miracolistiche (mal riposte), rivolte all'ipotesi di prescrizione dei costi standard, rappresentano un disperato indizio di tale bisogno, che non combacia necessariamente con la volontà di perseguirlo concretamente. Non è certo partendo da un indicatore periferico dell'organizzazione sanitaria e dei suoi processi che si può pensare di portare a omogeneità il sistema generale. Bisogna mirare al cuore dei problemi macrostrutturali, ad esempio considerando incoerente con il fluire dei processi sanitari lo sdoppiamento tra ASL territoriali e ASL ospedaliere, definendo uno standard (per approssimazione) tra popolazione di riferimento e dimensione ottimale delle ASL, stabilendo una soglia limite di dimensione sotto la quale i presidi ospedalieri vadano chiusi o riconvertiti, rintracciando soglie tendenziali geografiche e di popolazione che giustificano la presenza sul territorio di costose tecnologie diagnostiche, che suggeriscano il dimensionamento di aree cliniche o il dimensionamento dei servizi di un'area distrettuale. L'AGENAS sta raccogliendo preziose e concrete indicazioni in questa direzione, traendole dalle esperienze consolidate di successo.

Le reazioni, spesso non favorevoli, rispetto a questo proficuo sforzo di omogeneizzazione e razionalizzazione, non provengono solo da alcune regioni in squilibrio finanziario, ma soprattutto da cosiddette "regioni

virtuose”. Tali risposte testimoniano fino a che punto si sia spinta la differenziazione regionale di impianti sanitari e con essa i diversi radicamenti degli interessi politici e imprenditoriali.

Fino a che punto le regioni sono disposte a giocare la carta della irreversibilità del loro modello di sanità negando il confronto omogeneizzante e realmente concorrenziale tra regioni?

4.10. Esperienze

Esempi di visioni non semplificate del territorio

La storica invadenza delle strutture ospedaliere nel campo della salute mette in mostra un ossimoro logico. Se si vuole portare il baricentro valoriale delle attività sanitarie nel campo della salute, il tempo privilegiato dell'azione risiede nella prevenzione e lo spazio privilegiato della salute è il territorio, luogo dove persone e ambienti possono essere affrontati prima dello scatenarsi degli eventi patogeni; sarebbe perciò coerente con la missione della salute assistere all'invadenza del territorio e della prevenzione, più che delle strutture ospedaliere, deputate a intervenire e non di rado a indurre la “malattia”.

La ridondante presenza dell'espressione “salute” usata per definire ruoli e apparati istituzionali, abusata nei convegni e nelle comunicazioni pubbliche, segnala un anelito non goduto, una insistente ostentazione valoriale che allude al suo contrario: professare la sanità e praticare la malattia, oltre che un'ipocrisia palese, rappresenta una diseconomia non più sopportabile in periodi di risorse scarse.

Nelle fasi economiche opulente, o percepite come tali, i parassiti sociali vengono tollerati, in quelle di crisi vengono condannati, come l'evasore fiscale che viene ammesso (se non invidiato) nelle fasi di vacche grasse e giustamente perseguito nei momenti di carestia; in momenti storici di crisi sistemica, economica e culturale globale come quelli in cui viviamo, le ipocrisie organizzative che generano diseconomie non sono più occultabili, appaiono nella loro sfolgorante e violenta contraddizione.

Per le regioni costrette al rientro è ineludibile prendere consapevolezza e dare visibilità ai fattori diseconomici e parassitari interni ed esterni; tali regioni saggiano quanto è difficoltosa l'azione di rimozione e sradicamento degli aspetti involutivi dell'organizzazione e quanto è accanita la resistenza dei soggetti che hanno permeato i processi parassitari con le loro economie di posizione.

Resta la constatazione dell'eccessiva ospedalizzazione della sanità, cresciuta nel tempo in ragione delle latitanze gestionali e perché gli ospedali rappresentano potenti catalizzatori di interessi economici e di potere. È necessario redistribuire geograficamente l'azione sanitaria, qualificando i servizi sociosanitari territoriali e la prevenzione e territorializzando al massimo le attività diagnostiche, di cura e riabilitative; parallelamente, urge minimizzare le attività ospedaliere mutuando la logica degli ospedali di intensità di cura, già trattata nel primo capitolo di questo scritto. Un tale processo di sviluppo organizzativo produrrebbe più efficacia d'intervento sulla salute e recupererebbe efficienza diminuendo i costi.

Solo un occhio scientemente superficiale può banalizzare il territorio, riducendo all'osso i servizi di assistenza, quelli di prevenzione e vigilanza, abbandonando la medicina di base ad atti burocratici di certificazione e alla prescrizione, spesso impropria e costosa, di farmaci e di diagnosi.

Se si assume una diversa prospettiva e si intende il territorio nella sua sostanziale complessità, si scopre l'enorme potenzialità di azione preventiva e di decongestionamento della sanità ospedaliera.

Le esperienze che seguono sono un esempio di gestione generativa della complessità territoriale, concretamente realizzato e realizzabile.

L'esperienza toscana per la trasferibilità della formazione nelle attività di prevenzione

di Paola Magneschi e Fabio Capezzuoli

Il contesto normativo e sociale

La legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833, con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale unico e decentrato decretò la fine della miriade di enti e istituti assicurativi, fortemente burocratizzati, che caratterizzavano il sistema sanitario precedente. La legge di riforma, che affonda le proprie radici negli artt. 2, 3 e 32 della Costituzione italiana, individuò nella globalità e unicità delle prestazioni, nell'universalità dei destinatari, nell'uguaglianza di trattamento per tutti i cittadini, i principi guida del Servizio sanitario nazionale (ssn).

Le attività di prevenzione, cura e riabilitazione già delineate nel precedente quadro normativo trovarono nella legge 833/1978 piena attuazione. L'istituzione dei servizi territoriali di prevenzione, cui venne attribuito il compito di assicurare continuità tra l'azione preventiva e l'azione di cura erogata nell'ambito dei presidi ospedalieri, doveva consentire la piena attuazione dei principi guida

RIPROGETTARE LA SANITÀ

e ricondurre a unicità gli interventi di prevenzione riferiti all'igiene pubblica, alla sicurezza del lavoro e alla sicurezza veterinaria, nel quadro di una tutela integrata della salute della popolazione che prende avvio da specifiche azioni di prevenzione dei fenomeni.

Al momento dell'approvazione della legge di riforma sanitaria, le attività formative erano mirate all'aggiornamento e allo sviluppo delle professionalità specifiche di mestiere e si mantenevano perlopiù nell'ambito della "formazione professionale" specialistica integrativa del sistema ospedaliero.

La legge 833/1978 attribuì al Servizio sanitario nazionale due importanti nuove funzioni: «l'educazione sanitaria del singolo e della comunità» e la «formazione permanente degli operatori», attribuendo così al sistema delle unità sanitarie locali il ruolo di grande agenzia educativa. L'educazione del singolo e della comunità venne perseguita attraverso quella che è stata chiamata "l'educazione alla salute" orientata alla sensibilizzazione dei cittadini verso i temi che hanno stretto collegamento con la promozione e il mantenimento della salute e, di conseguenza, con gli ambienti di vita e di lavoro, gli stili di vita, le abitudini alimentari, il benessere animale, la sicurezza degli alimenti e dell'ambiente. Contemporaneamente si dovevano assicurare il mantenimento delle competenze e la crescita professionale della comunità del personale interno.

Nell'ambito della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, la legge 833/1978 affermò in modo esplicito che la prevenzione deve avvenire con la partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, ma il diritto alla partecipazione non può trovare attuazione senza il diritto alla conoscenza. Non basta affermare che i datori di lavoro hanno l'obbligo di fornire le informazioni ai lavoratori e ai loro rappresentanti se prima questi non sono messi nella condizione di partecipare davvero al processo di tutela della salute attraverso una adeguata azione formativa.

L'evoluzione delle discipline mediche e ambientali, la maggiore sensibilità che si andava sviluppando riferita alle attività di prevenzione e il nuovo ruolo che gli operatori pubblici erano chiamati a interpretare in funzione di "educatori" misero in evidenza la necessità di poter disporre di figure professionalmente preparate in grado di svolgere a loro volta il ruolo di formatori. L'esigenza di supportare con specifiche azioni formative il personale richiese il potenziamento delle conoscenze delle logiche e delle metodologie in ambito formativo, con precise scelte organizzative in grado di assicurare struttura e continuità all'azione formativa.

Alcune associazioni, scuole di specializzazione come quella in Igiene di Torino e le Regioni Emilia-Romagna e Toscana svilupparono esperienze in grado di rappresentare un punto di riferimento per gli addetti del settore: l'esperien-

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

za realizzata dalla Regione Toscana iniziò alla fine degli anni ottanta con una riflessione sulla funzione della formazione come leva di sviluppo organizzativo e strumento per sostenere la crescita delle competenze del personale. La nascita dei Servizi di prevenzione richiese di supportare con specifiche azioni formative il personale assegnatario delle funzioni ereditate dagli enti accentrati a livello statale, che era in buona parte giovane di età e alla prima esperienza lavorativa. Per svolgere efficacemente le funzioni attribuite e dare risposta ai bisogni formativi emergenti, si rese necessario organizzare percorsi progettati e strutturati nel tempo che non costituissero eventi sporadici, bensì un percorso organico con un inizio e uno sviluppo delineato. Per garantire un'azione strutturata e darle continuità, fu avviato un processo teso a internalizzare la formazione, preparando figure capaci di gestire l'intero processo formativo, dall'analisi dei bisogni alla progettazione, gestione e valutazione dei percorsi formativi, in grado di assicurare le personalizzazioni e gli adattamenti necessari alle esigenze delle realtà aziendali, riducendo al minimo il ricorso a consulenti e soggetti esterni. Il supporto in questa fase strategica di strutturazione del percorso venne assicurato da personaggi di sicuro spessore: Beccastrini, Roccato, Ruffini, Tonelli, Vaccani.

Si avvertì l'esigenza di assicurare risposte adeguate al problema emergente, che riguardava la formazione degli insegnanti o dei formatori in senso più generale; in una società dove molte figure professionali venivano formate sia dal punto di vista teorico che operativo, emerse in tutta la sua evidenza la mancanza di scuole per formatori.

Il livello regionale venne ritenuto il più appropriato per affrontare dialetticamente le esigenze dei diversi territori, garantendo un punto di raccordo centralizzato, allo scopo di agevolare l'omogeneizzazione degli interventi. L'azione di coordinamento prese il via con la costituzione di un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti dei Servizi territoriali di prevenzione, coordinato a livello regionale, che si avvale della collaborazione del personale formato con specifici percorsi di formazione per formatori, permettendo così l'avvio dell'investimento nello sviluppo della formazione, intesa anche come meccanismo integrativo dell'organizzazione dei Servizi territoriali di prevenzione. L'obiettivo fu quello di favorire la crescita di tutto il personale dei servizi attraverso l'azione dei componenti il gruppo di lavoro visti come "fattore moltiplicatore" in grado di garantire omogeneità di metodi e continuità di contenuti.

Nell'ambito delle attività del gruppo regionale si sviluppò una riflessione sull'esigenza di procedere al rinnovamento dei metodi di insegnamento i quali, basati sul ruolo preminente dell'insegnante, sul nozionismo e sulla lezione cattedratica, apparivano ormai inadeguati e non più coerenti con i cambiamenti

RIPROGETTARE LA SANITÀ

in corso nella società. Si ritenne necessario privilegiare l'utilizzo di metodologie appropriate all'apprendimento di soggetti adulti portatori di esperienze personali e con stimoli e motivazioni diverse nei confronti dell'apprendimento stesso, adeguandole alle tendenze più avanzate della pedagogia contemporanea, definite più compiutamente nell'approccio andragogico.

Nel corso degli anni novanta diversi e importanti furono i fattori che contribuirono ai mutamenti avvenuti, anche sul versante istituzionale, nello scenario della prevenzione. Si pensi al diverso ruolo della magistratura definito con l'introduzione del nuovo Codice di procedura penale, alla nuova struttura delle unità sanitarie locali delineata dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, alla sottrazione delle competenze ambientali precedentemente attribuite alle unità sanitarie locali sancita dai referendum abrogativi del 1993, all'emanazione delle direttive comunitarie in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

In questo clima di cambiamento i Servizi di prevenzione delle usl mantennero le loro attribuzioni originarie basate su compiti di assistenza e controllo e così anche la Regione che, attraverso i propri strumenti di governo, stimolava le usl al potenziamento di entrambe le azioni. È da sottolineare tuttavia che, in occasione dell'accadimento di eventi infortunistici particolarmente gravi e frequenti, venne dato impulso alle usl di pianificare l'attuazione di campagne mirate di vigilanza e controllo.

Il recepimento delle direttive europee attinenti alla sicurezza e alla salute sul lavoro avvenuto nel corso del decennio 1990-2000 contribuì alla ridefinizione dei ruoli e delle funzioni dei soggetti aziendali individuati dal quadro normativo delineatosi negli anni cinquanta (datori di lavoro, dirigenti, preposti, tecnici) e dei servizi pubblici di controllo, fornendo un'occasione di grande rilievo per la modernizzazione, in chiave europea, del tessuto produttivo del nostro paese. Il D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626, pur nei ritardi, indugi e incertezze incontrati nella sua applicazione, costituì un'occasione importantissima per indurre una svolta nella qualità dei processi produttivi e nelle relazioni intered extra-aziendali tra i vari soggetti impegnati nello sviluppo sostenibile delle imprese e del territorio e nel rapporto tra il lavoro e il benessere dell'uomo e della società.

L'informazione e la formazione assunsero nel D.Lgs. 626/1994 un ruolo determinante, perché ritenute in grado di contribuire alla creazione di una nuova cultura della sicurezza, valorizzando l'esperienza professionale di cui l'adulto è portatore. Ciascun lavoratore, che è chiamato a prendersi cura della propria e altrui sicurezza, è depositario di un concetto di prevenzione soggettivo che fa riferimento ai propri modelli interpretativi. L'azione formativa, condotta in

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

modo efficace e costante, ma soprattutto coerente con l'impianto organizzativo aziendale, potrà contribuire a sostituire i vecchi concetti di prevenzione con modelli culturali più moderni, efficaci e condivisi che perseguono il connubio tra lavoro, salute e sicurezza.

I nuovi scenari proposti dal D.Lgs. 626/1994, per produrre i loro effetti, necessitano però di inserirsi in un modello partecipativo sorretto da una rete di informazioni e conoscenze, dove la formazione e la comunicazione rivestono un ruolo strategico che non può essere delegato a soggetti o consulenti esterni, ma che richiede di essere gestito consapevolmente dai datori di lavoro in stretto collegamento con le loro associazioni e con il supporto delle istituzioni nell'ambito della funzione di assistenza prevista dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833. Da qui la necessità sempre più marcata di disporre di strutture ed esperti in ambito formativo, capaci di rispondere in modo professionale, organizzato e non episodico alle esigenze del tessuto produttivo.

Successivamente all'approvazione della legge delega 3 agosto 2007, n. 123, il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, *Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*, pose nuovamente al centro del processo di prevenzione il datore di lavoro quale artefice del sistema produttivo, sottolineando e rimarcando ulteriormente il ruolo partecipativo dei lavoratori e delle forze sociali nel processo di prevenzione.

La formazione prevista dal decreto per i soggetti aziendali con compiti di prevenzione può essere osservata da due punti di vista: quello dell'obbligo formativo, indispensabile, nelle intenzioni del legislatore, per garantire che la formazione contribuisca ad accrescere le conoscenze dei soggetti aziendali in materia di sicurezza e quello del diritto alla formazione, come diritto al sapere e al "sapere essere". Conoscere le procedure da adottare, comprenderne il valore e l'utilità, permette di interiorizzare i concetti e di produrre modifiche significative nei comportamenti, stimolando quel salto culturale che è determinante per far diventare i luoghi di lavoro più sicuri. Se invece il fine dell'azione formativa viene identificato solo nell'adempimento dell'obbligo di legge, si assiste alla proliferazione di un mercato che produce corsi per "vendere" attestati tramite iniziative formative fotocopia, riprodotte con gli stessi contenuti indipendentemente dal livello di conoscenza dei destinatari, avulse da qualsiasi istruzione di analisi dei bisogni, prive di obiettivi formativi che indichino le mete di apprendimento, disinteressate alla verifica della trasferibilità di quanto acquisito nei contesti lavorativi. Un tale approccio genera eventi formativi che i partecipanti cercheranno di evitare o frequentare passivamente quando obbligati.

Negli ultimi anni, nel contesto sociale italiano, si è assistito a un graduale

peggioramento delle condizioni dei lavoratori; la crisi finanziaria ha avuto importanti ripercussioni sul tessuto produttivo costituito perlopiù da piccole e piccolissime imprese, determinando la perdita di posti di lavoro e l'aumento della precarizzazione. I ritardi nel completamento del quadro normativo, i mutamenti avvenuti nei rapporti sociali, l'esigenza delle imprese di contenere i costi della formazione, uniti al proliferare di soggetti che erogano formazione privi spesso di qualificazione professionale, ha prodotto sul territorio un'offerta formativa sui temi della sicurezza di scarsa qualità, basata su corsi teorici con argomenti standardizzati, non rispettosa delle esigenze formative dei destinatari. Anche i percorsi di aggiornamento, che dovrebbero assicurare ai soggetti aziendali e ai professionisti di adeguare le loro conoscenze in funzione degli sviluppi tecnologici e scientifici secondo un percorso di *lifelong learning*, si concretizzano talvolta in ulteriori corsi di formazione con gli stessi contenuti dei corsi base, ripetitivi peraltro di argomenti già eccessivamente teorici.

Tutto questo dimostra come la formazione non sia ancora diffusamente ritenuta un'opportunità di crescita e sostegno al cambiamento organizzativo, ma perlopiù come business per i soggetti formatori e come spesa e "perdita di tempo" per i datori di lavoro e per i professionisti, sprecando in molti casi l'occasione di trasformare l'investimento sulla "conoscenza" in opportunità per rendere i luoghi di lavoro più sicuri.

Il verificarsi negli ultimi anni di infortuni mortali multipli mette prepotentemente in evidenza come, a quasi vent'anni dall'entrata in vigore del D.Lgs. 626/1994, la carenza o, in molti casi, addirittura la totale mancanza di conoscenza dei rischi presenti negli ambienti di lavoro siano all'origine dell'accadimento della maggior parte degli infortuni. Ne rappresentano un triste esempio gli infortuni mortali avvenuti negli ambienti confinati (38 morti in 5 anni in silos e cisterne), ambienti altamente pericolosi nei quali i lavoratori, e in alcuni casi gli stessi datori di lavoro, si sono introdotti senza aver preventivamente identificato i rischi cui si esponevano e senza quindi attuare le misure di protezione collettiva e individuale che avrebbero permesso loro di lavorare senza mettere a rischio la propria vita. La carenza assoluta di conoscenze circa la pericolosità delle lavorazioni affrontate è dimostrata dalle "catene di morti"; in alcuni casi, infatti, solo dopo il verificarsi della perdita di conoscenza e successiva caduta di 2, 3, 4, 5 o addirittura 6 lavoratori esposti a sostanze letali, è stato compreso il rischio di prestare assistenza ai lavoratori caduti senza l'utilizzo di idonei dispositivi di protezione, riuscendo, solo in questo modo, a interrompere la catena di vittime. Emerge quindi come la mancanza di sicurezza sia originata, oltre che da condotte speculative da parte di datori di lavoro poco attenti alla sicurezza, anche dalla carente conoscenza dei rischi presenti negli ambienti di lavoro, e

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

come conduca spesso a sottovalutazioni e a conseguenti comportamenti inconsapevoli e drammaticamente pericolosi.

La stessa prospettiva della formazione aziendale può essere osservata anche dal punto di vista del diritto/opportunità offerto dalle conoscenze, che sono indispensabili per comprendere le problematiche connesse al luogo di lavoro e per sviluppare la consapevolezza che ogni soggetto, indipendentemente dal ruolo che riveste, deve essere adeguatamente informato e formato per lavorare in modo sicuro all'interno dell'azienda. Lo sviluppo delle conoscenze ottenuto con la formazione e con un'adeguata rete di informazioni, coerenti con l'organizzazione del lavoro, con la valutazione del rischio e con le procedure definite a livello aziendale, consentirà di ottenere risultati importanti nella riduzione degli infortuni e delle malattie professionali.

La logica ispiratrice e l'esperienza realizzata

L'esperienza dell'internalizzazione della formazione prese avvio in Regione Toscana alla fine degli anni ottanta con una riflessione sul ruolo della formazione quale leva di sviluppo organizzativo e proseguì nel 1997 con la costituzione del gruppo di lavoro regionale per il coordinamento dell'attività formativa dei dipartimenti di prevenzione delle usl toscane. Tra i compiti assegnati al gruppo figuravano la rilevazione e l'analisi dei bisogni formativi del personale ritenute indispensabili per la progettazione di percorsi formativi a carattere regionale, il coordinamento delle iniziative formative promosse dalle ASL e la divulgazione a livello regionale e nazionale delle esperienze realizzate.

L'avvento del D.Lgs. 626/1994, che prevedeva vari obblighi formativi per molte delle figure aziendali con compiti di prevenzione, richiese di potenziare negli stessi dipartimenti di Prevenzione delle usl il numero dei professionisti capaci di progettare e realizzare eventi formativi basati sulle effettive esigenze dei committenti, e quindi in grado di assicurare un supporto qualificato alle aziende che costituivano il tessuto produttivo regionale. Per questo motivo vennero organizzati due distinti percorsi formativi regionali, uno per l'aggiornamento degli operatori che negli anni ottanta e primi anni novanta avevano partecipato ai precedenti atelier di formazione formatori, l'altro rivolto ai "nuovi" formatori. I corsi furono progettati attorno alla figura del "Formatore alla sicurezza ai sensi del D.Lgs. 626/1994" ed evidenziarono l'importanza che nella scelta delle persone da formare venisse garantita coerenza tra il ruolo lavorativo e le caratteristiche attitudinali.

L'esperienza compiuta a livello regionale fu mutuata dal percorso "Fare formazione - competenze e tecniche per la formazione del personale", realizzato

RIPROGETTARE LA SANITÀ

dalla SDA Bocconi di Milano e condotto dal prof. Roberto Vaccani, che mirava a fornire i fondamenti della professione del formatore a coloro che all'interno delle organizzazioni aziendali si occupavano di formazione; il corso nasceva in risposta alla crescente domanda di formatori da parte delle aziende, con l'obiettivo di sviluppare risorse con professionalità in grado di gestire internamente i processi di formazione, garantendo così progetti formativi mirati e adattati alle specifiche necessità aziendali. La logica di fondo della proposta formativa si ispirava a un modello di formatore consapevole del valore aggiunto del processo formativo nel suo insieme, che prefigurava un ruolo di operatore sociale, culturale e organizzativo in grado di gestire processi di formazione, sia semplici che complessi, in modo collegato e coerente nei momenti fondamentali riferiti a:

- diagnosi organizzativa;
- analisi delle esigenze formative;
- progettazione degli interventi;
- attuazione coordinamento-docenza;
- verifica.

La diagnosi organizzativa risultava indispensabile per individuare le aree carenti delle organizzazioni complesse e per definire in modo appropriato gli obiettivi formativi di ogni intervento, mantenendo uno stretto legame tra formazione e sviluppo organizzativo. Il processo di apprendimento era ispirato a una logica basata sul sapere applicato secondo la metodologia di apprendimento attivo, con momenti di razionalizzazione teorica validata da simulazioni, analisi dei casi, ricerca d'aula e autovalutazione dell'apprendimento, garantendo l'interconnessione tra i modelli cognitivi appartenenti sia all'area pedagogica che a quella dell'organizzazione aziendale.

La realizzazione del percorso regionale mise in evidenza l'impossibilità di impostare una preparazione adeguata con percorsi di durata inferiore a venti giorni e le difficoltà che potevano verificarsi se nell'individuazione dei partecipanti non fosse stata adeguatamente presidiata la coerenza tra il ruolo del formatore all'interno dell'organizzazione e le attitudini personali. Le ricadute sul territorio produssero risultati positivi anche se diversificati: nelle realtà aziendali in cui l'investimento non trovò adeguata convinzione tra i vertici dell'organizzazione i collegamenti con la realtà produttiva vennero mantenuti essenzialmente a livello dei singoli operatori, mentre nelle realtà dove i vertici aziendali si dimostrarono interessati furono costituiti gruppi di lavoro con un numero ampio di persone in grado di operare in base a logiche condivise, assicurando alle esigenze emergenti dal territorio risposte qualificate e

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

tempestive, che permisero la valorizzazione a livello locale dell'investimento regionale.

Queste prime esperienze di trasferibilità di azioni formative sul territorio rafforzarono la convinzione riguardo l'importanza del coinvolgimento sostanziale delle direzioni aziendali (committenti) rispetto ai successi delle azioni formative nei confronti dei lavoratori (utenti).

L'azione regionale nel corso del 2001 proseguì e si sviluppò con la modifica della composizione del gruppo regionale, che vide l'ingresso dei rappresentanti di tutte le strutture afferenti al dipartimento di Prevenzione istituito dalla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22. Gli obiettivi assegnati al gruppo di lavoro prevedevano di contribuire alla definizione dei progetti di formazione rivolti al personale dei dipartimenti di Prevenzione, attraverso la stesura e l'attuazione di un piano regionale annuale di formazione, da realizzare nel rispetto di criteri di qualità dei processi formativi. L'integrazione nel gruppo di lavoro regionale con figure professionali appartenenti alle componenti dipartimentali evidenziò la necessità che tutti i componenti condividessero le logiche, le metodologie e le tecniche che costituiscono la base delle conoscenze indispensabili per il formatore. Per tale motivo gli operatori assegnati ai servizi di Igiene pubblica e Veterinaria parteciparono al corso regionale di formazione dei formatori che si tenne a San Giuliano (PI), che intendeva proporre una figura di operatore in grado di seguire in modo completo e non parcellizzato i singoli momenti di attività, assicurando valore aggiunto al processo formativo nel suo insieme.

Il corso mise in evidenza le criticità costituite dal difficile connubio tra la figura del formatore intesa come facilitatore dell'apprendimento, che richiedeva caratteristiche di orizzontalità e disponibilità all'ascolto, e il ruolo istituzionale dei partecipanti, fortemente caratterizzato dalla funzione ispettiva/repressiva svolta nei servizi, che connotava in modo preponderante la tipologia dei soggetti in formazione. La convivenza di funzioni di sviluppo (formazione, consulenza) con funzioni di controllo e repressione richiede necessariamente scelte di priorità d'approccio a chi dirige i servizi stessi.

Nel 2008, a causa delle difficoltà riscontrate nella gestione del gruppo regionale, che non riuscì a evolvere verso una modalità di lavoro comune e rispettosa degli obiettivi concordati (dovuta anche alle diversità di vedute dei dirigenti dei settori regionali), si concluse l'esperienza del gruppo di lavoro organizzato a livello dipartimentale. Tale accadimento riportò il gruppo regionale a elemento di raccordo e pianificazione limitato alle sole attività del settore Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'esperienza del gruppo regionale proseguì rivolgendo particolare attenzio-

ne all'attuazione dell'art. 10 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, in coerenza con il ruolo importante attribuito alle regioni, alle istituzioni e alle forze sociali nella promozione delle attività di assistenza, consulenza, formazione e promozione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, con particolare impegno nei confronti delle imprese artigiane, delle imprese agricole, delle piccole e medie imprese e delle rispettive associazioni dei datori di lavoro. A tale proposito, appare molto esplicativo delle tipologie degli interventi realizzati dal gruppo regionale il progetto sviluppato con il Comitato paritetico regionale per l'artigianato (CPRA), che ha previsto la formazione di soggetti aziendali con compiti di prevenzione, e che è stato realizzato grazie al finanziamento regionale e alla collaborazione delle strutture territoriali degli organismi paritetici dell'artigianato. Anche in questo caso si è ritenuto che, per garantire la formazione di un numero notevole di datori di lavoro, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, preposti, addetti al primo soccorso aziendale, fosse necessario dotarsi di formatori in grado di presidiare tutte le fasi del processo formativo. La partecipazione di personale scelto dalle organizzazioni di categoria al corso di formazione formatori ha permesso di costituire un collegamento fondamentale di condivisione delle conoscenze e l'identificazione di un linguaggio comune tra i formatori delle USL e i formatori CPRA che operavano a livello territoriale. Il corso è stato realizzato secondo le logiche della formazione degli adulti, con attenzione all'apprendimento delle metodologie formative di tipo attivo, che hanno garantito un buon equilibrio tra teoria e pratica, e ha incontrato il pieno gradimento dei partecipanti nonostante le criticità riscontrate nella loro individuazione, che non sempre ha tenuto conto della coerenza attitudinale sulla quale deve necessariamente basarsi l'investimento formativo se si vuole puntare sulla "trasferibilità". Se la selezione dei formatori, infatti, non è ispirata da logiche di scelta di spiccati tratti di personalità come la capacità di ascolto, l'atteggiamento negoziale e non prescrittivo, la sensibilità nelle relazioni, si rischia di investire su figure che mancano delle caratteristiche personali adeguate per svolgere la professione di formatore. In tal modo si inceppa all'origine il naturale processo di apprendimento per inadeguatezza comportamentale dei formatori.

Punti di forza e debolezza dell'esperienza in termini di lettura organizzativa secondo il modello di analisi sistemica

Osserviamo e analizziamo l'esperienza toscana per l'internalizzazione delle attività formative in ambito preventivo, secondo gli assunti proposti dall'analisi sistemica: struttura di base, sistemi operativi, processi sociali.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Il gruppo di lavoro regionale che costituiva il nucleo dal quale l'esperienza ha preso avvio e si è sviluppata era caratterizzato da una struttura di base leggera, con lo spazio fisico identificabile negli uffici regionali e un organico, anch'esso contenuto nel numero, composto da personale regionale e dai rappresentanti dei Servizi territoriali di prevenzione. Il gruppo di lavoro era privo di un formale riferimento gerarchico e funzionale (organigramma e funzionigramma), si basava essenzialmente su un rapporto formalizzato di collaborazione tra la Regione e le USL per tramite dei componenti stessi. Le risorse tecnologiche erano limitate a quelle regionali, al pari di quelle finanziarie che provenivano dal bilancio regionale, ed erano destinate a garantire il sostegno ai piani di formazione regionali finalizzati allo sviluppo e alla crescita professionale del personale dei Servizi territoriali di prevenzione.

La struttura di base, collocata a livello regionale, si avvaleva di sistemi operativi che vedevano l'attribuzione delle risorse finanziarie legate a progetti mirati e vincolate al raggiungimento di risultati concreti e misurabili. L'attività trovava rinforzo nel forte aggancio ideologico (la spinta partecipativa alla costruzione del nuovo sistema sanitario che collocava in un ruolo strategico le attività di prevenzione) a livello locale. In assenza di stabili sistemi operativi, i comportamenti corali dei soggetti coinvolti erano contraddistinti dalla professionalità e dall'azione rivolta all'ottenimento dei risultati. La centratura di queste collaborazioni si connotava intorno a rapporti di fiducia tra i componenti del gruppo di lavoro e su un ruolo regionale basato più sull'autorevolezza che sull'autorità.

I processi sociali attivati fra i componenti del gruppo di lavoro erano identificabili come processi di accettazione dei progetti e di compensazione nei confronti delle carenze strutturali e dei sistemi operativi; i partecipanti dimostravano il proprio senso di appartenenza all'impianto organizzativo che riusciva a offrire nuove opportunità di crescita e di sviluppo in ambiti nei quali i soggetti si riconoscevano. Il contesto sanitario all'interno del quale si sviluppava l'esperienza era un contesto fortemente centrato su processi sociali organizzativi, che prevedevano un managerialità diffusa e la creazione di una coerente cultura interna. La debolezza insita nella struttura di base e nei sistemi operativi non ha permesso di assicurare, nel tempo, la continuità dell'esperienza. La struttura di base costituita da personale dipendente della Regione e delle USL non era identificabile in un organigramma di tipo tradizionale, ma soltanto nella costituzione di un gruppo di lavoro interistituzionale, anche se con un mandato forte, dove la volontà politica si concretizzava in reali obiettivi da perseguire, che rappresentavano il collante della struttura stessa. I gruppi aziendali di formazione, costituiti a seguito dell'impulso regionale, venivano gestiti a livello dipartimentale con sistemi operativi che erano decisi dalle aziende di appartenen-

RIPROGETTARE LA SANITÀ

za e incidevano sul lavoro del gruppo regionale determinando una partecipazione disomogenea e diversificata. Alcuni componenti, grazie anche alla loro coerenza attitudinale rispetto alle attività di formazione e alla motivazione che ne scaturiva, riuscivano ad attivare processi sociali fortemente positivi, assicurando un importante contributo a livello regionale, con ricadute positive anche sulle proprie realtà aziendali; in altri casi, invece, ove questi processi sociali di accettazione non riuscivano a instaurarsi, veniva a mancare la funzione di collegamento e rinforzo e il contributo all'attività del gruppo regionale restava residuale rispetto ai carichi di lavoro attribuiti dalla propria azienda. È evidente che l'impostazione del progetto regionale di internalizzazione della formazione basato su due livelli, regionale e aziendale, privo di un'adeguata definizione all'interno della struttura di base dei due soggetti istituzionali, costituiva delle forti criticità, in quanto, come sostiene Vaccani, «la struttura di base di un'organizzazione complessa garantisce stabilità all'attività e costituisce l'ideologia consolidata impersonalmente nel suo impianto».

Per dare stabilità e continuità agli interventi organizzativi non è sufficiente basarsi solo su impostazioni ideologiche o sulle capacità e motivazioni del personale che opera in quel contesto, ma è necessario prevedere l'attribuzione di un mandato specifico con sufficienti risorse dedicate, strutturando in modo adeguato i sistemi operativi. In caso contrario si rischia di promuovere iniziative che troveranno scarse possibilità e disomogeneità di realizzazione, che saranno esposte a instabilità e rischieranno di scomparire con l'avvicendamento dei soggetti che le hanno generate.

I pesi ponderali degli aspetti organizzativi che hanno caratterizzato l'esperienza possono essere rappresentati con la seguente metafora grafica.



L'analisi sistemica dell'esperienza svolta in Toscana dimostra come la carenza di una solida struttura di base e di sistemi operativi ben definiti, pur in presenza di forti processi sociali di accettazione, abbia prodotto un'esperienza fortemente ancorata agli aspetti motivazionali, che hanno sostenuto e supplito a carenze strutturali ma che, nel tempo, ha dimostrato tutta la sua debolezza. Si può affermare che il volontarismo soggettivo ha mascherato l'assenza dell'impianto

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

organizzativo di sostegno. I fattori che, di fatto, hanno sancito nel corso del 2010 la conclusione dell'esperienza regionale si sostanziano nell'avvicendamento a livello organizzativo avvenuto a seguito di significativi cambiamenti sopraggiunti nella struttura di base regionale, fatto che ha comportato il ricambio di soggetti dirigenziali, convinti sostenitori del progetto di internalizzazione della formazione regionale, con dirigenti che non ne hanno condiviso la portata strategica. A ciò si aggiunga la carenza di indirizzi politici in grado di assicurare un impianto organizzativo solido per dare continuità all'esperienza e l'avvicendamento di figure che garantivano il coordinamento del gruppo regionale.

Quanto avvenuto dimostra come i processi sociali creatori di innovazione, per produrre nel tempo e con continuità i loro frutti, hanno necessità di ancorarsi a una solida struttura di base, con sistemi operativi coerenti e stabili, in grado di produrre processi sociali di accettazione e funzionare anche indipendentemente dalle persone che li hanno messi in atto; in caso contrario, sarà sufficiente una diversa collocazione delle figure chiave del progetto per decretare la conclusione dell'esperienza.

La trasferibilità in termini di operatività: l'esperienza realizzata presso l'USL 9 di Grosseto

Negli ambiti degli orientamenti della Regione Toscana, l'USL di Grosseto ha sempre cercato di favorire la partecipazione attiva dei propri rappresentanti, succedutisi nel tempo, all'interno dei progetti regionali e nelle attività dei gruppi di lavoro tematici (formazione, agricoltura, edilizia). Molte sono state le occasioni che hanno visto il personale dell'USL di Grosseto fornire il proprio contributo nel campo di iniziative informative/formative/comunicative rivolte sia al personale delle USL che a soggetti esterni.

Verso la fine degli anni novanta e l'inizio dei duemila si assiste infatti a una serie di interessi/bisogni convergenti che vedono protagonisti la classe politica, il mondo del lavoro (rappresentato dalle associazioni datoriali e dei lavoratori), i Servizi territoriali di prevenzione delle USL, confluiti dopo la riforma del 1992 nei dipartimenti di Prevenzione.

Da una parte, il grave fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali fece sì che l'organo di governo regionale spronasse le USL a riprogettare le proprie strategie preventive, sia attraverso le tradizionali azioni di sorveglianza e controllo mirate alla verifica degli standard minimi di sicurezza negli ambienti di lavoro, sia con azioni di assistenza, sostegno e supporto alle aziende, allo scopo di favorire il salto di qualità della cultura del lavoro e di conseguenza anche della cultura della sicurezza.

Allo stesso tempo, l'evoluzione normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, determinata dal recepimento delle direttive comunitarie, indirizzava le imprese verso una gestione aziendale di tipo valutativo e partecipativo, obbligando i datori di lavoro a ripensare l'organizzazione aziendale in funzione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. Emerse così in maniera dirompente il bisogno di informazione, formazione e addestramento, fino a questo momento inespresso o trascurato, delle varie figure aziendali in coerenza con i modelli organizzativi adottati.

L'esigenza di disporre sul mercato di professionisti esperti in sicurezza sul lavoro, non ancora pienamente colta dalle scuole tradizionali, determinò il coinvolgimento del personale tecnico delle USL, che per mandato istituzionale già si occupava di queste tematiche e che venne identificato come il tenutario del sapere e quindi l'interlocutore ideale cui rivolgersi per acquisire quelle conoscenze necessarie per stare al passo con l'evoluzione richiesta. L'USL di Grosseto colse tempestivamente l'esigenza del mondo del lavoro favorendo la collaborazione e l'integrazione con quest'ultimo, mediante sistemi di convenzioni con enti e/o associazioni, al fine di garantire la partecipazione dei propri professionisti a iniziative formative che scaturivano dai bisogni dei soggetti interessati. Tali azioni si esplicavano per lo più attraverso il coinvolgimento dei professionisti dell'USL in percorsi formativi progettati da altri, affidando loro la trattazione di argomenti a contenuto tecnico attraverso lo strumento tradizionale della lezione frontale. Gran parte dei professionisti si improvvisavano formatori andando in aula e facendo leva essenzialmente sulle competenze contenutistiche e sulle attitudini personali più che sulla padronanza di tecniche e metodologie didattiche adeguate. Si rischiava a volte di ribaltare l'obiettivo dell'evento formativo, rendendolo più una dimostrazione di sapere senza una reale consapevolezza di cosa, come e quanto trasferire.

In questo contesto, sulla spinta delle esperienze regionali e al fine di garantire un livello di prestazioni coerente con le molteplici richieste di collaborazione, si iniziarono a progettare corsi di formazione per formatori che coinvolsero quasi esclusivamente il personale (di varie professionalità) operante nel settore Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL). Si trattò essenzialmente di iniziative isolate, che selezionarono i partecipanti non tanto per le loro attitudini personali, quanto per le competenze tecniche possedute e per la tipologia dei comparti di intervento (in particolare agricoltura ed edilizia). Queste iniziative sensibilizzarono il personale verso azioni di educazione, assistenza e supporto al mondo del lavoro connotandosi più come un arricchimento del bagaglio tecnico individuale che come uno sviluppo vero e proprio di competenze approfondite nel campo della formazione degli adulti.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Allo stesso tempo, accreditarono l'USL come interlocutore privilegiato, capace di offrire quelle conoscenze tecniche e quel sostegno metodologico necessario ai soggetti interessati, nel pieno rispetto dei principi fondanti la legge di riforma del SSN e bilanciando quel sentire comune dei Servizi territoriali di prevenzione verso l'interpretazione più autentica della funzione di assistenza, associata alla funzione di controllo che è stata in determinati periodi storici la componente preponderante delle attività.

È in questo periodo che nascono importanti tavoli di confronto cui siedono in forma sostanzialmente paritaria i rappresentanti del dipartimento della Prevenzione, gli altri organi di controllo, i rappresentanti del mondo del lavoro quali la Consulta degli ordini e collegi professionali, la Consulta per l'agricoltura, la Consulta per l'edilizia e, successivamente, la Consulta per l'artigianato.

Le attività formative assumono così la connotazione di attività "nobili e gratificanti" per gran parte del personale, che si sente valorizzato dall'essere coinvolto in azioni educative, senza peraltro che ci sia un vero sistema di valutazione delle performance del docente e soprattutto di una reale verifica del trasferimento di contenuti. Inoltre, attraverso il sistema delle convenzioni e del ricorso all'istituto delle "attività aggiuntive" (attività lavorative espletate oltre il normale orario di lavoro e remunerate tramite specifico accordo aziendale), si creano per il personale una serie di opportunità per compensi straordinari che producono in alcuni casi polemiche e frizioni per i criteri di assegnazione degli incarichi. Oltre infatti a essere considerata un'azione gratificante, l'attività formativa viene impropriamente percepita come una sorta di sistema premiante occulto, per cui i soggetti meno coinvolti si sentono considerati meno validi professionalmente nonché penalizzati economicamente.

Naturalmente, tutte le azioni di collaborazione nell'ambito del sistema delle convenzioni avvengono nel rispetto di un regolamento che demarca nette linee comportamentali per il personale, così da evitare pericolosi conflitti tra il personale che svolge contemporaneamente azioni di vigilanza e di assistenza. Siamo tuttavia in presenza di un regolamento che garantisce l'USL sulla legittimità delle azioni svolte, ma non garantisce il committente sulla qualità delle prestazioni ricevute.

Siamo in un periodo in cui le attività formative si basano molto sull'improvvisazione e sull'intuito dei singoli docenti. Spesso, nella preparazione dei percorsi formativi, ci si limita alle fasi della progettazione e dell'attuazione, ignorando quasi completamente le fasi dell'analisi dei bisogni formativi e della valutazione dei risultati, che sono invece strettamente legate. La mancanza di conoscenza dei bisogni formativi o la sottovalutazione degli stessi si ripercuotono sulla definizione degli obiettivi didattici, che, se espressi in maniera evasiva e gene-

rica, vengono assorbiti all'interno di una cronologia di contenuti e impediscono così un'effettiva valutazione dell'apprendimento avuto. La presenza di un buon piano di valutazione dei risultati è realizzabile solo se a priori è stato definito cosa devono sapere/saper fare i partecipanti, per valutare oggettivamente se c'è stato apprendimento e sono stati raggiunti gli obiettivi formativi prefissati e se i partecipanti hanno gradito il corso e apprezzato le performance dei docenti. I feedback ottenuti metteranno i committenti, i progettisti e i formatori nella condizione di valutare se l'azione formativa è stata progettata con attenzione al presidio delle fasi sequenziali del processo formativo e coerentemente attuata allo scopo di rispondere efficacemente alle esigenze dei destinatari.

Un primo cambio di strategia si concretizza nel 2008 quando, contemporaneamente al rinnovo del gruppo regionale formazione e al percorso formativo per i nuovi componenti dello stesso, l'USL di Grosseto pone le basi di un progetto formativo che si propone l'obiettivo di fornire competenze di base a tutto il personale del settore PISLL, a vario titolo impegnato in attività di assistenza verso il mondo del lavoro. Tale necessità deriva da molteplici input: la modifica avvenuta nella costituzione del nuovo gruppo regionale formazione, che torna a coinvolgere solo personale appartenente ai Servizi PISLL, l'esigenza prodotta dal D.Lgs. 81/2008, che all'art. 10 individua, tra gli altri, i servizi delle USL come organo istituzionale deputato a fornire «informazione e assistenza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro» e quindi, di fatto, sprona le USL a dotarsi delle competenze necessarie per assolvere in maniera efficace tale mandato. Si inseriscono in questo contesto anche le indicazioni regionali che promuovono le azioni di assistenza e informazione nei confronti del mondo del lavoro, unite alle sempre più numerose richieste di collaborazione di enti e associazioni convenzionati.

Il corso di formazione della durata di cinque giorni si svolge con gli stessi obiettivi e programma di quello che si svolgerà qualche mese dopo a livello regionale, assumendo di fatto, anche nelle intenzioni regionali, una sorta di sperimentazione del percorso formativo futuro. Vengono formati venti operatori del Servizio PISLL di varie professionalità (tecnici della prevenzione, ingegneri, medici del lavoro, infermieri) che vanno ad aggiungersi a coloro che negli anni precedenti avevano partecipato a percorsi di formazione formatori e di tecniche didattiche, realizzati a livello regionale e locale. Si tratta di soggetti che vanno in aula e che erogano formazione sia nell'ambito di corsi progettati dall'azienda che in quelli progettati da soggetti esterni.

Il corso si propone l'obiettivo di fornire ai discenti specifiche competenze sulle logiche del mestiere del formatore, sulla metodologia della lezione e del parlare in pubblico, ponendo al centro del momento formativo il discente. L'intento prioritario è far capire al formatore che non deve dimostrare quanto sa, ma

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

definire correttamente l'obiettivo didattico da raggiungere in relazione ai dati cognitivi da trasferire, attraverso una lezione strutturata secondo un percorso logico-cronologico arricchito da associazioni metaforiche ed esempi appropriati. Su questa struttura logica si andrà a inserire coerentemente lo stile del formatore, che dovrà/potrà rappresentare il valore aggiunto dell'intero momento formativo. Il corso si avvale di momenti di simulazione dove, in ambiente protetto, si riproducono gli stessi stimoli e criticità presenti negli eventi reali.

L'ulteriore cambio di strategia avviene nel 2009 quando, contrariamente agli indirizzi regionali che avevano visto la ricostituzione di un gruppo formazione di esclusivo settore PISLL, l'azienda decide di organizzare un ulteriore corso base con cui preparare altri venti operatori provenienti dai tre macrosettori del dipartimento di Prevenzione. Il gruppo complessivo dei formatori, composto da circa cinquanta operatori, pur nelle peculiarità connesse agli aspetti professionali che coprono tutta l'area della prevenzione collettiva, condivide un percorso formativo e un linguaggio comuni, logiche di mestiere e metodologie formative. Il percorso prosegue nell'anno 2010 con un ulteriore approfondimento al quale partecipano circa venti operatori dei tre macrosettori del dipartimento, che avevano già frequentato i corsi precedenti, che si concentra sull'utilizzo di metodologie attive quali la ricerca d'aula, l'analisi dei casi, la metodologia delle simulazioni. Si forniscono quindi ai partecipanti ulteriori competenze per adottare le metodologie formative più appropriate al raggiungimento degli obiettivi didattici prefissati, superando il "vincolo" della sola lezione frontale. Sempre in questo corso, si rafforzano gli strumenti per la definizione degli obiettivi didattici e per la progettazione di un processo formativo partendo dall'istruzione dell'analisi dei bisogni, passando alla conseguente progettazione del momento formativo, alla sua attuazione e alla verifica in termini di apprendimento. Siamo ancora nell'ambito della gestione di un singolo momento formativo legato al raggiungimento di uno o più obiettivi didattici concatenati, ma inseriti in eventi formativi più ampi. Attraverso le competenze acquisite il formatore è in grado di adottare metodologie più appropriate (induttive/deduttive) e quindi stimolare processi di apprendimento, coerentemente con la struttura formativa progettata, gestendo anche simulazioni e sperimentazioni sul campo.

È evidente quindi l'orientamento dell'USL di fornire formazione di qualità, attraverso un pool di professionisti, garantita dalle competenze metodologiche, su cui si inseriscono le competenze di tipo tecnico-professionale. Si tenta di valorizzare il momento formativo, uscendo dai contesti commerciali standardizzati e ripetitivi, offrendo ai committenti il necessario supporto per la progettazione e realizzazione di eventi calibrati sulle reali esigenze degli stessi.

Il percorso formativo del personale dell'USL si completa nell'anno 2011, quan-

do con due corsi formativi distinti si affrontano temi relativi alla progettazione di interi moduli formativi e temi contenenti elementi di analisi organizzativa finalizzata alla valutazione dei bisogni formativi. Il primo corso è mirato a far acquisire competenze al personale nella gestione di un gruppo in formazione: si sperimentano la progettazione cronologica di interi moduli relativi a obiettivi didattici non necessariamente correlati, i sistemi di valutazione dello stato di crescita del gruppo in formazione e quindi la possibilità di avvalersi di metodologie e tecniche diverse orientando e variando, anche a lavori in corso, le metodologie adottate, mantenendo comunque saldi gli obiettivi didattici prefissati e i modelli cognitivi da trasferire. Il secondo corso fornisce invece ai partecipanti elementi di analisi organizzativa finalizzata a capire se le esigenze del committente possono essere soddisfatte con azioni formative o se necessitano prima di interventi o modifiche sul modello organizzativo aziendale.

Con queste due ultime tappe rivolte a un gruppo che ha seguito l'intero il processo formativo si è completato il percorso che ha toccato tutti gli aspetti più significativi del mestiere del formatore. Il percorso logico è così riassumibile:

- logiche di base della formazione degli adulti; metodi e stili di conduzione di gruppi e aule in apprendimento; come si progetta e si gestisce una lezione (5 giornate piene di formazione);
- definizione degli obiettivi didattici; la metodologia della ricerca d'aula, il progetto e la gestione di casi didattici; il progetto e la gestione di simulazioni didattiche (7 giornate piene di formazione);
- modelli di analisi dei bisogni organizzativi; modelli di analisi dei fabbisogni professionali (2 giornate piene di lavoro);
- logiche e metodi di progettazione di percorsi formativi e metodi di verifica e trasferibilità dei risultati (3 giornate piene di formazione).

Con la fine del percorso formativo emergono nettamente le strategie aziendali che mettono in evidenza due aspetti salienti: garantire eventi formativi di qualità, attraverso la disponibilità di un pool di professionisti qualificati in grado di adottare metodologie e stili appropriati e soprattutto di comprendere i reali bisogni dell'utenza e quindi di calibrare le azioni per soddisfarne le esigenze concrete; intercettare la domanda di formazione prima che la stessa si concretizzi attraverso la partecipazione a un evento. Per evitare infatti di far cadere i committenti nella rete dei "corsifici", adatti più all'assolvimento formale di un obbligo di legge, che non a un'azione di miglioramento di condotte, comportamenti, operatività, è necessario che ogni committente abbia ben chiaro il bisogno formativo da soddisfare. In quest'ottica, il pool di professionisti formato dall'USL è in grado di supportare il committente nell'istruzione dell'analisi dei bisogni,

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

quindi progettare metodologicamente l'evento formativo e attuarlo in tutto o in parte, secondo le professionalità specifiche ritenute necessarie. L'obiettivo primario diventa quindi quello di anticipare la collaborazione con i committenti già nella fase di analisi e progettazione, supportarli nella definizione degli obiettivi didattici e di agevolare la fase attuativa. Questa azione vuol promuovere lo sforzo dei committenti verso un investimento formativo efficace che garantisca il miglioramento delle condizioni di lavoro attraverso la trasferibilità di contenuti, e uscendo dalla logica (vincolo) dell'assolvimento formale di un obbligo.

Per dare forza a questa scelta strategica l'USL ha istituito una posizione organizzativa (riconducibile a ruolo e responsabilità previste nel CCNL Sanità) denominata "Offerta formativa esterna" che, collocata in staff alla direzione del dipartimento della Prevenzione, assolve compiti sia di tipo gestionale che di tipo professionale, avvalendosi della diretta collaborazione dei direttori delle Unità operative professionali e del personale formato descritto in precedenza. Con tale scelta l'USL si pone nella condizione di valutare *in primis* se una richiesta di collaborazione è coerente con il proprio mandato istituzionale, o se presenta preclusioni o conflitti di interessi e, in caso di valutazione positiva, di offrire sostegno ai committenti in tutte le fasi della progettazione, attuazione e verifica. In ultima analisi, al fine di evitare le frizioni verificatesi precedentemente, gestire le risorse umane coinvolte nelle attività garantendo la professionalità di coloro che vengono incaricati di svolgere prestazioni formative e, al tempo stesso, assicurare pari opportunità di accesso del personale alle prestazioni richieste. Altra ulteriore scelta strategica, determinata dalla sempre minore disponibilità di risorse, è quella di effettuare le prestazioni formative prevalentemente con il ricorso all'attività aggiuntiva. Tale scelta, che ha la finalità di assicurare nel normale orario le prestazioni definite nei Livelli essenziali di assistenza, incide positivamente sul bilancio aziendale, in quanto i costi delle attività formative vanno a gravare per intero sui committenti, producendo ricavi che in parte vanno a costituire economia di bilancio, oppure si realizzano con fondi e stanziamenti dedicati.

Risultati raggiunti

Analizzando il percorso compiuto dall'USL di Grosseto con il modello di analisi sistemica, si possono compiere una serie di valutazioni che denotano la netta evoluzione del modello organizzativo applicato dall'azienda anche in confronto con quanto accaduto a livello regionale.

L'attività in passato è stata gestita direttamente dal direttore del dipartimento che si avvaleva di coordinatori di formazione (non riconducibili alla figura

del coordinatore come evidenziata nel ccnl Sanità), individuati quasi esclusivamente in base alle loro competenze di tipo professionale (il più esperto di un determinato settore o direttamente il responsabile della struttura professionale/gestionale di riferimento interna al dipartimento). Non erano richieste loro particolari competenze di tipo metodologico, ma al contrario assumevano il ruolo perlopiù di interlocutori della direzione del dipartimento con compiti prevalentemente di tipo amministrativo. La struttura di base risultava pertanto “nascosta” nella stessa struttura di base del dipartimento di Prevenzione. I ruoli, ma soprattutto i compiti dei coordinatori di formazione, non erano chiaramente codificati e si estrinsecavano sostanzialmente nell’istruttoria dei procedimenti richiesti che venivano valutati, in termini di legittimità/fattibilità, direttamente dal direttore del dipartimento. Si verificava che l’istruttoria di richieste non perfettamente definite venisse affidata a coordinatori non competenti per la materia.

I sistemi operativi si basavano su un unico regolamento che aveva lo scopo di assicurare la legittimità degli atti e l’equilibrio costi/ricavi, senza porre minimamente attenzione alla qualità della prestazione fornita.

L’individuazione dei professionisti chiamati a erogare le prestazioni richieste si basava su un’adesione di tipo volontaristico e/o su valutazioni di competenza professionale in virtù dell’esperienza lavorativa. Ciò ha determinato sperequazioni nell’attribuzione degli incarichi con conseguenti contrasti tra personale di pari profilo professionale. Così facendo si rischiava di affidare mandati formativi a soggetti sicuramente competenti sulle tematiche specialistiche e contenutistiche, ma non sempre con attitudini coerenti con gli stili di relazione richiesti a chi deve produrre climi sociali utili all’apprendimento e talvolta con scarse conoscenze metodologiche. Non esisteva alcuna azione di coordinamento tra le prestazioni formative compiute, per cui solo sporadicamente era data evidenza dell’attività svolta, che invece veniva perlopiù ricompresa come attività di assistenza specifica dei comparti dove si attuava parallelamente anche l’azione di controllo. Non veniva effettuata la reportistica di attività né in termini di impegno del personale né in termini di risorse economiche e neppure di qualità delle prestazioni fornite. In questo contesto si instauravano processi sociali di tipo compensativo, con i coordinatori referenti che si trovavano a interloquire, per le vie brevi, con i rappresentanti degli enti e associazioni convenzionate e, dopo aver concordato le azioni da fare, a formalizzarle attraverso atti ufficiali. Accadeva quindi che una particolare attività richiesta fosse conosciuta solo ai soggetti che avevano interloquito con i committenti e questo non garantiva pari opportunità di accesso a tutto il personale.

L’azione di riorganizzazione ha posto un freno a queste criticità che in passato hanno creato malumori e malintesi all’interno dell’organizzazione. In termini di *struttura di base*, è stata creata in organigramma una posizione organizzativa

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

nello staff della direzione del dipartimento trasversale ai macrosettori con il compito di garantire, dal punto di vista metodologico e regolamentare, uniformità di comportamenti nei rapporti con l'esterno. In termini di *sistemi operativi*, è stato adottato un regolamento che affida tutte le attività istruttorie, sia di tipo gestionale che organizzativo, al titolare della posizione organizzativa che si rapporta direttamente con il direttore del dipartimento e che si avvale per le tematiche tecnico-professionali dei direttori delle Unità operative professionali coinvolte dalle attività richieste.

È stato creato un sistema di reportistica informatizzato con il quale viene data evidenza dell'attività svolta, indipendentemente dai comparti produttivi che coinvolgono i partecipanti in formazione, e che garantisce pari opportunità di accesso del personale alle richieste di prestazioni secondo criteri, dapprima professionali e poi economici, definiti nello specifico regolamento. È stato istituito un sistema di valutazione delle performance dei formatori al fine di valutare i punti di forza e i punti di debolezza delle prestazioni fornite.

La nuova organizzazione, contando su una struttura di base più solida e su sistemi operativi certi e presidiati, limita i processi sociali compensativi per certi versi consolidati nel passato, provocando in questo contesto sporadiche azioni di rifiuto dovute alle limitate possibilità di protagonismo individuale.

Il percorso compiuto dall'USL di Grosseto dimostra come la creazione di una struttura di base solida e l'attuazione di sistemi operativi certi diano stabilità all'organizzazione e costituiscano un investimento verso la crescita e lo sviluppo dell'attività. Si evidenzia infatti, come avvenuto per il livello regionale, che un'attività basata prevalentemente su processi sociali, oltre a generare sacche di protagonismi individuali e disomogeneità di azioni, non gode di fondamenta solide su cui poggiare l'organizzazione, che rischia di crollare solo per la mancata attivazione di processi compensativi generata dai motivi più disparati. La struttura di base solida e i sistemi operativi certi e condivisi generano, al contrario, processi di identificazione spontanea e allineamento con gli obiettivi prefissati, e conseguenti processi sociali coerenti. Determinano inoltre il ripetersi di processi sociali analoghi posti in essere, anche per rispecchiamento, da soggetti diversi e quindi garantiscono nel tempo la stabilità della funzione all'interno di confini in cui è sempre comunque spendibile il valore aggiunto in possesso del singolo individuo. L'attività formativa così strutturata e formalizzata ha inoltre dato origine a un processo sociale di selezione naturale tra i formatori, restringendo l'esercizio dell'attività preferibilmente a quei soggetti che assommano alle competenze contenutistiche anche quelle metodologiche e, soprattutto, a quegli attori che posseggono attitudini di autorevolezza e stili di relazione negoziali e persuasivi e non autoritari e prescrittivi.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

I pesi ponderali degli aspetti organizzativi che hanno caratterizzato l'esperienza possono essere rappresentati con la seguente metafora grafica. #?#

#OK frase introduttiva e schema uguale a quello di p. 224? modificherei minimamente la frase che lo precede#

Struttura di base

Sistemi operativi

Processi sociali

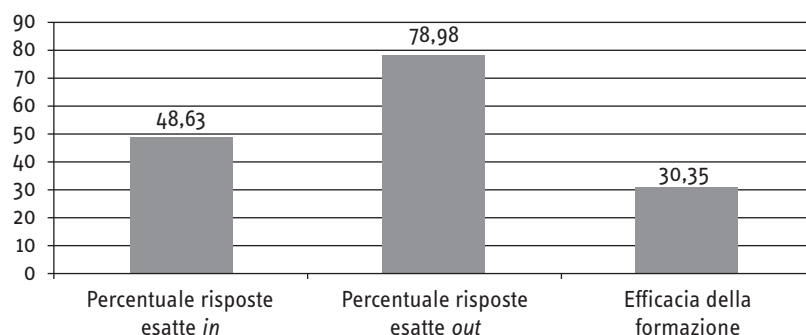
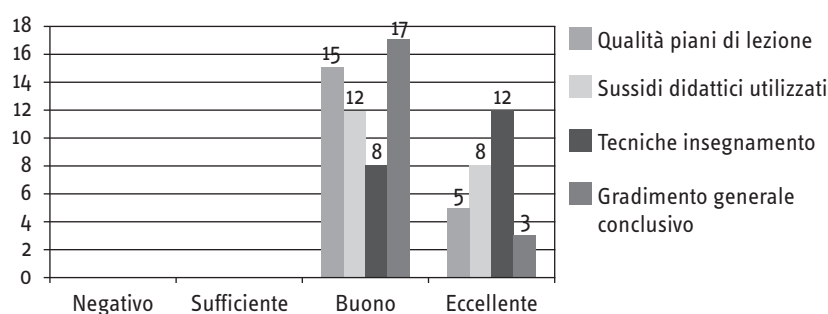
Illustrazione di una esperienza realizzata

L'esperienza trae origine dal rapporto di collaborazione tra l'USL e un'associazione di datori di lavoro nell'ambito di una convenzione per l'organizzazione di un corso per "addetti al montaggio, trasformazione e smontaggio di ponteggi metallici", ex D.Lgs. 235/2003. Si tratta di un corso della durata di 28 ore che abilita il lavoratore a montaggio, smontaggio e trasformazione di ponteggi metallici, i cui contenuti e obiettivi sono definiti per legge ed è costituito da due sezioni, una teorica e una tecnico-pratica.

La richiesta fa nascere nel personale dell'USL due perplessità: la prima di tipo organizzativo, in quanto la struttura non dispone delle risorse per realizzare il modulo tecnico-pratico; la seconda derivante dalla conoscenza dei processi produttivi dell'azienda che non esegue direttamente, con proprio personale, il montaggio di opere provvisorie metalliche, facendo sorgere nei tecnici dell'USL perplessità circa l'utilità per il committente di formare il proprio personale a tali compiti.

I contatti preliminari fanno emergere in maniera netta questa incongruenza ed evidenziano come l'errata valutazione del bisogno formativo ha orientato il committente verso l'organizzazione di un evento formativo che non fornirà le competenze mancanti all'organizzazione, né soddisferà i bisogni del personale inviato in formazione, generando quelle criticità e insoddisfazioni ampiamente descritte nei capitoli precedenti.

L'azione di collaborazione del personale USL si estrinseca quindi nel supportare il committente nella valutazione dei veri bisogni formativi, definendo gli obiettivi didattici del corso coerentemente con il modello organizzativo aziendale. Successivamente si è progettato e realizzato un corso specifico e mirato che ha prodotto due importanti risultati: una formazione finalizzata ed efficace, un notevole risparmio di risorse per l'associazione richiedente. L'incremento delle conoscenze iniziali è dimostrato dai risultati di un test a risposte multiple somministrato in entrata e in uscita ai partecipanti (cfr. fig. 1). Il risparmio di

Figura 1. Media delle risposte esatte *in/out***Figura 2.** Valutazione complessiva di gradimento dell'iniziativa

risorse è dimostrato dal fatto che l'incremento delle conoscenze si è ottenuto con un corso della durata di 8 ore, diverso nei contenuti da quello previsto dal D.Lgs. 235/2003, che ha permesso di non distrarre il personale per un tempo eccessivo rispetto alle reali necessità e contemporaneamente incontrando il gradimento dell'iniziativa anche da parte dei discenti (cfr. fig. 2).

L'esperienza appare significativa non solo per l'azione formativa specifica messa in campo, ma soprattutto perché fa emergere quella sinergia tra soggetti pubblici e privati che è vincente e auspicata anche dalla nuova normativa a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e nei fatti perseguita con varie azioni e indirizzi dall'organo di governo regionale.

L'aver investito sull'internalizzazione della formazione significa aver investito sulla trasferibilità, attraverso il personale che è stato messo nella condizione

RIPROGETTARE LA SANITÀ

di orientare la richiesta proveniente dal territorio verso la soddisfazione di un bisogno concreto che altrimenti sarebbe rimasto inespresso e inevaso.

Si ritiene comunque opportuno riflettere su come, nonostante gli sforzi compiuti nella fase di analisi dei bisogni formativi e di elaborazione progettuale, emergano carenze nella predisposizione del piano di valutazione dei risultati. Riflettendo infatti a posteriori, in termini di “trasferibilità”, sull’attività svolta, si evidenzia come si sia persa l’occasione per prevedere, nel piano di valutazione dei risultati, delle verifiche di impatto, inserendo degli indicatori che, a tempo differito, ci avrebbero fornito dati oggettivi su quanto il sapere trasferito in aula si era trasformato in “saper essere” agito in azienda.

Si può oggi affermare che l’esperienza regionale in tema di formazione è stata raccolta e ampliata dall’USL di Grosseto, che ha ritenuto fondamentale puntare sulle attività di assistenza e in particolare sulla qualità dell’assistenza erogata. Per perseguire l’obiettivo si è operato agendo sulla struttura aziendale attraverso l’investimento sul personale del dipartimento, con l’intento di internalizzare tutte le fasi del processo formativo, sviluppando in modo particolare le fasi dell’analisi dei bisogni e della valutazione dei risultati, che risultano essere le più difficili da realizzare, ma che costituiscono il punto di partenza e di arrivo di ogni azione formativa di qualità. Con tale percorso l’azienda ha recepito le indicazioni regionali creando al proprio interno le figure chiave per la gestione del processo formativo, indispensabili per rafforzare sul territorio la funzione di assistenza rivolta alle associazioni e alle imprese, consentendo che si realizzasse in loco e con i necessari adattamenti quella “scuola di mestiere” di cui Roberto Vaccani è stato ispiratore, favorendo il progetto di internalizzazione istituzionale della conoscenza delle logiche della formazione degli adulti, già a partire dalla realizzazione dei primi percorsi regionali.

L’esperienza di Trieste: l’assistenza infermieristica territoriale

di Maila Mislej (direttore della struttura complessa Servizio infermieristico aziendale dell’Ass n. 1 triestina)

La democrazia è [...] dedizione alla cosa pubblica e disponibilità a destinarvi le proprie energie e a mettere in comune una parte delle proprie risorse.

Zagrebelsky (2005, p. 9)

Premessa

Dalla dichiarazione di Alma-Ata in poi l’Organizzazione mondiale della sanità (oms) promuove una sanità *d’iniziativa* finalizzata a *produrre* salute. La racco-

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

mandazione è di abbandonare la cultura dell'attesa, figlia dell'oligarchia dei saperi orientati alla cura, che determina una oligarchia di bisogni e risorse riferite prevalentemente alla patologia. Nonostante ci sia una consistente documentazione scientifica ad avallare la raccomandazione dell'oms, ancora oggi si assiste a una grave mancanza di risorse sul fronte della promozione della salute e dell'assistenza. Per queste ragioni ancora oggi, scrive Enrico Materia, «l'offerta assistenziale è incentrata sugli ospedali e sulle cure specialistiche [...] quando la promozione della salute e la prevenzione primaria potrebbero prevenire fino al 70% del carico di malattia».

La *sanità d'attesa* non è etica, determina prestazioni e ricoveri inutili, aumento del consumo dei farmaci e correlate malattie iatrogene. Impongono di passare all'iniziativa le malattie professionali, quelle dovute all'inquinamento, il numero inaudito di infortuni e morti sul lavoro, l'invecchiamento delle popolazioni, le cronicità e disabilità. E non basta promuovere la salute, si deve anche guarire dalla *sindrome radar*, per cui il malato appare, è curato, dimesso e poi scompare. Con elevata frequenza il malato è intercettato da più radar senza che noi, dietro lo schermo, lo si sappia. Rafael Bengoa, esperto oms, con questa metafora enfatizza la necessità di mettere in rete i radar e assicurare così la continuità assistenziale e i follow-up riferiti alla compliance della terapia e alla gamma delle funzioni della persona.

È necessario però aggiungere che la questione della salute del pianeta non è più eludibile. Afferma Giovanni Sartori:

Chi inquina l'acqua o avvelena l'aria con gas serra produce danni che il danneggiante non paga e che il mercato non registra. Eppure si tratta di danni colossali con costi di ripristino e di riparazione [...] altrettanto colossali. Il succo del discorso è che gli economisti si sono chiusi nel recinto del mercato, e che non avvertono che la crescita e la prosperità economica sono ormai crescite in deficit, pagate, in proporzioni sempre crescenti, da un collasso ecologico su scala planetaria.

Non c'è salute delle genti senza salute della terra e, per assicurare ciò, è necessario mettere in rete altri radar: i paesi e, al loro interno, le istituzioni, nel caso dell'Italia i ministeri e gli assessorati locali, perché le loro funzioni sono determinanti per aggredire l'inquinamento su vasta scala. Ci sono forti interessi economici che ostacolano lo sviluppo di una sanità d'iniziativa. Coloro che si arricchiscono con la malattia e l'inquinamento (si pensi anche solo alla barbarie delle ecomafie) promuovono la salute come un prodotto che si vende, si acquista e se si rompe si aggiusta. Per questo motivo gli investimenti sono ingenti sul versante della cura e modesti sull'eliminazione dei fattori di rischio e sulla promozione della salute in genere. Oggi è cogente l'invito a uscire dalla

nostra visione specialistica dei problemi, per stendere lo sguardo sui nessi che intercorrono tra problemi, saperi e interessi economici che incidono sulla salute.

C'è tanto da fare per assicurare interdisciplinarietà e integrazione tra servizi e istituzioni, per agire sui determinanti di salute avvalendosi di un'etica delle responsabilità e non dell'obbedienza; in altre parole, per promuovere democrazia inverando gli ideali della Costituzione. Sin dal suo primo vagito, l'oms ha infatti promosso gli ideali della democrazia – la solidarietà, la partecipazione, l'uguaglianza e la giustizia –, perché la loro realizzazione determina la salute delle genti. E la nostra Costituzione, nel rappresentare le *prestazioni virtuose della democrazia*, non fa altro che declinare i determinanti di salute meglio di come facciano gli epidemiologi. Gli artt. 2 e 3 esplicitano i requisiti cardine delle prestazioni: l'art. 2 parla di «doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale» e l'art. 3 afferma che è «compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti all'organizzazione politica, economica e sociale». I due articoli rappresentano l'aspetto solidaristico della *polis*, dello stare insieme, ma anche l'aspetto utilitaristico. Infatti, è interesse del *ben-essere* comune, della pacifica convivenza, il fatto che ogni cittadino possa pienamente svilupparsi. Siamo dentro a un'idea di solidarietà laica che attraversa tutti i credo e ogni condizione di genere e di età del cittadino.

Fare salute è inverare diritti, perseguire le utopie della democrazia, tra queste le principali sono ridurre il gap tra ricchi e poveri e assicurare un lavoro o un reddito di cittadinanza (ammortizzatore sociale, che dir si voglia). Dice Giovanni Sartori che l'utopia spesso è una verità prematura e che l'ideale non è altro che un contro-reale, una grande emozione che ci spinge all'azione per migliorare le nostre condizioni di lavoro e di vita. Per converso, essere cittadini implica l'impegno a rendere veri i diritti e assicurare così una buona manutenzione del tessuto sociale che è il vero capitale della democrazia: ed è questo, in verità, il modo per fare salute. Il documentario *Sicko* di Michael Moore – da vedere – ben rappresenta questa premessa sui diritti e sul welfare.

Ma perché questa premessa sui diritti? Per tre ragioni che sillogisticamente si inseguono:

1. «Sino a che i due grandi blocchi di potere [...], l'impresa e l'apparato amministrativo, non vengono intaccati dal processo di democratizzazione [...] il processo non può dirsi compiuto»; così scriveva Norberto Bobbio. Ed è vero. Finché il personale della Pubblica amministrazione (PA) non sarà contaminato dagli ideali della Costituzione, la democrazia non si può considerare compiuta.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

2. Franco Basaglia è un esempio da emulare di ciò che significa essere contaminato dagli ideali della Costituzione. Non è stato il “Che Guevara dei matti”, bensì un ottimo funzionario della PA, anticonformista sulle pratiche e conformista rispetto alla Costituzione, che ha realizzato una sanità d’iniziativa – nel campo della salute mentale – inverando diritti costituzionali, e ciò «richiede un’elevata misura di responsabilità nei confronti della dimensione collettiva dell’esistenza».

3. Il personale dell’azienda in cui lavoro respira tutt’oggi cultura basagliana, ama parlare di diritti di salute piuttosto che di bisogni. Se trattiamo il bisogno come un diritto cambia il nostro atteggiamento nei confronti del cittadino (sano o malato), abbassiamo il livello del nostro potere di tecnici per favorire l’ascolto, l’empatia e la risposta che diamo a quel diritto. La parola diritto rende anche espliciti e forti i nessi che intercorrono tra fiscalità, stipendio del dipendente e servizio pubblico erogato.

L’esperienza basagliana è dunque un esempio di verità prematura, un esempio di sanità d’iniziativa, la realizzazione dell’utopia di emancipazione del malato mentale che confluisce in quella generale delle genti. Lo slogan era “La libertà è terapeutica”, e mai uno slogan fu più azzeccato rispetto alla storia della democrazia, dalle *poleis* alla nostra Costituzione. Negli anni settanta i gioielli dello Stato erano tenuti in gran conto e in quel contesto culturale – ricco di valori e di ideali – Basaglia non ha esternalizzato servizi (come si fa, ahimè, oggi), ma ha internalizzato gli ideali della Costituzione dentro il manicomio. Ha così chiuso una istituzione dispotica e aperto servizi territoriali, mettendo al bando le cattive pratiche (shock insulinico, elettroshock e contenzione meccanica) per praticare democrazia, partecipazione, proattività, presa in carico e riabilitazione del malato. In tale processo culturale – prima che assistenziale – un diritto di fondo è onorare gli artt. 1 e 4 della Costituzione e trovare lavoro al malato (quando la malattia glielo fa perdere) tramite le cooperative sociali. Ha realizzato questa grande utopia senza certificazioni di qualità, senza avvalersi di teorie manageriali e accreditamenti, cosicché l’Atene basagliana ha contagiato la sanità dentro e fuori i confini nazionali.

La realizzazione di ogni bella utopia rappresenta anche un insieme di contro-reali che mettono in crisi privilegi e interessi economici; si pensi anche solo al volume d’affari dei farmaci e dell’attività privata in psichiatria e psicoterapia. Come le grandi democrazie, anche le riforme/utopie possono regredire, pertanto è importante che siano sempre alimentate ed esportate, tanto più ciò è indispensabile oggi in un momento storico in cui si continuano a svendere (esternalizzare) i gioielli di famiglia dello Stato sull’onda dello slogan neolibe-

rista “Più mercato e meno Stato”. E ciò accade nonostante la crisi economica internazionale – causata dal neoliberismo – ci abbia resi tutti più poveri.

Il modello basagliano, l’etica delle responsabilità e i servizi domiciliari

Ci sono nessi tra la sanità d’attesa e il nostro comportarci troppo spesso come sudditi obbedienti anziché da cittadini responsabili, portatori di diritti e doveri verso la collettività e l’ambiente? Credo di sì; per questo qui propongo il richiamo forte di Zagrebelsky: imparare la democrazia per non essere sudditi, ma cittadini, per impegnarci «in ogni luogo della società, per scuotere l’apatia, promuovere ideali, programmi e, perché no, utopie collettive. Tutto ciò non è affatto un pericolo ma, al contrario, è la linfa, la condizione necessaria della vita democratica». Come le regole dello stato democratico anche i contratti di lavoro e le regole aziendali dovrebbero sempre avere la funzione di disciplinare l’egoismo e garantire una collettività solidale e simile alla *polis*. Pertanto, in ogni contesto, ispirarsi alla Costituzione implica un’elevata responsabilità nei confronti della dimensione collettiva dell’esistenza; infatti, la virtù repubblicana per Montesquieu è amore per la cosa pubblica, è mettere in gioco il meglio di sé per il bene comune. L’*etica delle responsabilità* è necessaria a promuovere una sanità d’iniziativa. Tale etica non si realizza però per legge e accreditamenti, bensì richiede che la difesa della salute sia un ideale condiviso in cima alla scala di valori della comunità di un’azienda, di una città, di una regione e di un paese.

L’azienda in cui lavoro, dagli anni settanta in poi, attraverso l’esperienza concreta della chiusura del manicomio e l’avvio dei servizi territoriali aperti 24 ore su 24, è impregnata di cultura basagliana/rotellina che si avvale dell’etica delle responsabilità. Franco Rotelli ha proseguito l’opera di Basaglia dopo la sua morte ed è stato per lungo tempo anche direttore generale della nostra azienda. Quella basagliana² è una cultura d’iniziativa istituzionale (anziché aziendale): è ricca di ideali democratici e ha il vezzo, inconsueto nella Pubblica amministrazione, di predicare diritti, partecipazione, orizzontalità e proattività. Cosicché parla al cuore del personale (*pathos* ed *ethos*) e non solo alla testa (*logos*). È emozionante, mobilita motivazioni, è pervasiva degli animi e li rende orgogliosi di appartenere all’azienda. Predicando storicamente orizzontalità “obbliga” il dirigente o il direttore di turno a tentare di praticarla; anche il leader refrattario all’orizzontalità deve recitare il copione storico che emozionalmente gli viene tramandato. La maggioranza della comunità aziendale intuisce anche che la democrazia è una grande generosità messa a rischio dall’egoismo (G. Sartori) e, per tal motivo, apprezza già l’anelito a realizzarla e il fatto

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

che sia con frequenza promossa e incentivata la partecipazione. Sono passati più di trentacinque anni dall'avvio della riforma psichiatrica, e oggi nessuno mette più in discussione il diritto alla cura delle persone che soffrono di un disturbo mentale. Sappiamo che avere una casa, un lavoro e relazioni significative, affiancate e unite a un sostegno psicoterapeutico e farmacologico, aiuta a stare meglio e anche a guarire; è radicata la certezza che nulla può essere possibile se il progetto di cura non è il frutto di una scelta consapevole, mai delegabile, delle persone che affrontano la strada della risalita. Il professionista è chiamato a svolgere un ruolo presente e attivo che lo chiama a offrire un'intenzionale e continua responsabilizzazione nella presa in carico. È evidente per noi in azienda che il modo di interpretare il ruolo e le scelte del professionista della sanità sono variabili determinanti salute o malattia, cura o abbandono, guarigione o complicazione. Questa cultura – che è nata e s'è sviluppata dentro al dipartimento di salute mentale dell'azienda territoriale triestina – dalla metà degli anni novanta a oggi ha contaminato la cultura dei nascenti distretti sanitari, dei neonati servizi, in particolare quello domiciliare infermieristico, di cui si parlerà in seguito.

Perché assicurare la continuità assistenziale e promuovere i servizi domiciliari?

L'invecchiamento della popolazione ha modificato la nosologia dei paesi europei e obbliga i sistemi sanitari a confrontarsi con un numero crescente di anziani fragili con patologie croniche. L'Italia conta il 20% di ultrasessantacinquenni, Trieste il 27%. L'allarme sul fenomeno e sulla necessità che il primato andasse a favore dei servizi integrati territoriali fu lanciato già ad Alma-Ata da esperti come Gavran e Barton. Ben coglieva tale allarme, nello stesso anno, la prima riforma sanitaria, la legge 833/1978. Nella mia regione – il Friuli Venezia Giulia – l'avvio dei distretti avvenne con un finanziamento starter dato dalla Giunta regionale alle unità sanitarie locali nel periodo 1995-96, quando già si doveva dar corso alla seconda riforma (quella del 1992-93, nota come "l'aziendalizzazione" della sanità). Altre regioni non si mossero più celermente o non si mossero affatto. Altri paesi europei, dopo Alma-Ata, hanno allestito servizi domiciliari diffusi sul territorio nazionale tanto da raggiungere anche il 20% degli ultrasessantacinquenni; nel nostro raggiungono solo il 2,9% degli anziani. Nel Friuli Venezia Giulia il Servizio infermieristico domiciliare è assicurato al 10% degli ultrasessantacinquenni, ma quello sociale è carente, cosicché si è ridotto drasticamente il tasso d'ospedalizzazione (in un decennio a Trieste è passato dal 240 a 160 per mille) ma non il fenomeno dell'istituzionalizzazione in case di riposo.

A Trieste l'assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa raggiunge circa

RIPROGETTARE LA SANITÀ

12.000 anziani ogni anno, ma il servizio sociale dei comuni della provincia fatica a raggiungere le duemila persone; tale carenza genera perdita di autonomia, istituzionalizzazione dei soggetti fragili e costi che potrebbero essere evitati.

Cittadinanza attiva (<http://www.cittadinanzattiva.it>) e il Tribunale per i diritti del malato hanno recentemente presentato il secondo rapporto sull'assistenza domiciliare. Il servizio nel paese peggiora in quantità e qualità, con le solite differenze tra le varie regioni. I tagli dei budget e i piani di rientro determinano riduzione delle ore, discontinuità o sospensione del servizio. Il risultato è un aumento di costi e del carico di lavoro delle famiglie, in particolare delle donne. I maggiori disagi sono percepiti da adulti con grave disabilità (30,4%), malati cronici (29,1%), soggetti anziani appena dimessi dall'ospedale (21,5%), bambini con problemi di disabilità (2,5%). Rispetto agli anni scorsi aumentano le segnalazioni di poca qualità del servizio: l'incremento delle lamentele è del 7%. L'indagine è stata condotta (in collaborazione con la Federazione nazionale IPASVI) in 10 regioni e 28 aziende sanitarie. I punti di maggior debolezza del servizio sono:

- scarso uso della terapia del dolore;
- scarsissimo supporto psicologico tipico di una cultura prestazionale e di un servizio che obbliga il personale a correre. L'84% degli assistiti a domicilio non ne usufruisce e nel 64% dei casi è assente anche in caso di lutto;
- lunghi tempi d'attesa per materassi e pannoloni con costi a carico delle famiglie (ma c'è da chiedersi se il bisogno di pannoloni non sia indotto invece da cattiva assistenza);
- poca integrazione tra Servizio domiciliare sanitario e quello sociale.

La carenza di servizi domiciliari porta a un utilizzo sproporzionato dell'ospedale. Inoltre, la presenza di pluripatologie tra gli anziani e la correlata assunzione di più farmaci richiederebbe un follow-up costante della compliance che tutt'oggi non è sufficientemente garantita dai servizi territoriali. A causa di queste carenze i costi della sanità lievitano e la qualità di vita dei nostri anziani peggiora; drammatico è il fenomeno dell'istituzionalizzazione dell'anziano nel nostro paese, e molte regioni finanziano le case di riposo (pubbliche o private) anziché i servizi domiciliari. Economicamente e cinicamente parlando, alle famiglie conviene istituzionalizzare il loro familiare. Di fatto, le nostre tasse servono a finanziare la negazione dei diritti dell'anziano; nel paese sono circa 600 mila gli anziani istituzionalizzati, nella mia Regione circa 11.000, a Trieste circa 3.000 in 87 case di riposo. Nelle case di riposo il personale d'assistenza non è qualificato, standardizza gli interventi, spersonalizza l'approccio, spesso è in nero e con elevatissima frequenza pratica la contenzione meccanica e farmacologica. L'anziano va così incontro a una perdita rapida dell'autonomia,

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

che si aggrava in un circolo vizioso attraverso il fenomeno dei ricoveri ripetuti e delle correlate infezioni nosocomiali. Diffuso, ahimè, è negli ospedali l'uso di mezzi di contenzione nonché quello improprio di cateteri o presidi di assorbenza che lo disabilitano.

Per capire come altri paesi abbiano affrontato meglio del nostro il grande tema dell'invecchiamento rimando a Mislej (2008). In ogni caso, evidenzio che a Trieste nelle case di riposo la contenzione oggi non si pratica grazie al grintoso lavoro degli infermieri di comunità e degli assistenti sanitari della mia azienda³, ma questo notevole risultato va monitorato nel tempo e non basta se queste strutture rimangono chiuse al mondo (e fintantoché non si potranno chiudere).

La continuità assistenziale, il Servizio infermieristico domiciliare e ambulatoriale dei distretti triestini⁴

«Spendiamo circa il 1,7% del PIL nazionale, 25 miliardi di euro, per le persone non autosufficienti. La metà di questa cifra va in trasferimenti monetari agli individui, che non necessariamente vengono spesi in modo efficace. E se trasformassimo quei trasferimenti in servizi?»⁵ Con questa provocatoria domanda il sociologo Vecchiato denuncia l'atrofia dei servizi territoriali in Italia e l'inefficacia dei trasferimenti monetari.

A Trieste, i quattro distretti dell'Ass 1 triestina mantengono attivi:

- dal 1996 il Servizio infermieristico domiciliare e quello ambulatoriale;
- dal 2002 il servizio di continuità assistenziale tra ospedale⁶ e territorio.

Il Servizio infermieristico domiciliare e ambulatoriale è assicurato ai cittadini dalla struttura semplice Cure ambulatoriali e domiciliari e continuità terapeutica, che afferisce alla struttura complessa Tutela della salute degli adulti e degli anziani, che è in linea al direttore di distretto e che si avvale di un Servizio infermieristico di distretto⁷. Fanno parte di detta struttura altre due strutture semplici: Anziani e residenze e il Centro diabetologico. La struttura di base del distretto è declinata in modo ortodosso, ma pensata e vissuta (almeno sinora) in modo eterodosso; intendo dire che le risorse di personale e di attrezzatura non sono considerate come appartenenti alla singola struttura semplice o complessa. È tradizione la messa in comune delle risorse, e in tal senso l'atteggiamento generale è di disponibilità (più o meno massima in relazione al carattere del responsabile di servizio). L'integrazione e l'interdisciplinarietà sono intese dunque anche come capacità di mettere in comune le risorse e non solo le idee, la progettualità e i sistemi operativi.

In ogni caso i tre servizi utilizzano, per la presa in carico e le attività clinico/

RIPROGETTARE LA SANITÀ

assistenziali, sistemi operativi, linee guida di EBN (*Evidence Based Nursing*), EBM (*Evidence Based Medicine*), EBP (*Evidence Based Practice*) e protocolli condivisi che assicurano la continuità terapeutica e assistenziale intra- ed extra-distrettuale con i servizi ospedalieri e sociali.

In termini di processi sociali, molta enfasi si pone da sempre sullo sviluppo di un clima aziendale sereno e di un'etica delle responsabilità e dell'autonomia. Un *leitmotiv* aziendale vuole che non si faccia mai in nessun caso rimbalzare il cittadino da un servizio all'altro, neppure quando bussa alla porta sbagliata. Chi intercetta la domanda/diritto/bisogno del cittadino se ne fa carico in quel momento.

La formazione riveste dunque una funzione strategica, le metodologie maggiormente utilizzate sono quelle dell'audit e dell'addestramento sul campo. Gli argomenti scientifici e tecnici si intrecciano e si amalgamano con quelli umanistici al fine assicurare sempre il giusto mix di empatia e buone pratiche abilitanti, necessario alla cultura della presa in carico, dell'"I care" di don Milani.

La sinergia tra questi tre servizi ha contribuito a ridurre notevolmente il tasso di ospedalizzazione della popolazione triestina, che dal 1998 al 2010 è passato da 236 a 164 su mille abitanti. Nello stesso periodo il tasso di ospedalizzazione degli ultrasessantacinquenni è passato da 595 a 404 su mille⁸. L'efficacia del modello è stata documentata da tre ricerche svolte nel 2007 e nel 2008. Nonostante a Trieste i servizi territoriali siano ormai rilevanti ed efficaci nel riorientare la domanda, nell'immaginario collettivo la malattia si associa ancora prevalentemente al ricovero ospedaliero: i processi culturali richiedono infatti tempi biblici. In tale contesto sociale e culturale, l'infermiere di territorio che sceglie la strada della proattività e della presa in carico, della promozione, sempre e comunque, dell'autonomia e della dignità del soggetto realizza un nursing ad alto valore aggiunto in termini sociali. Il nursing proattivo è finalizzato a prevenire le riacutizzazioni assicurando il follow-up delle malattie e dei bisogni sociali e psicologici delle persone in carico; a tal fine, mette in rete i radar istituzionali ed eterodossi per assicurare la continuità delle cure e dell'assistenza e migliorare la qualità di vita attraverso il sostegno e lo sviluppo dell'autonomia. Si tratta di restituire e garantire le redini dell'autogoverno, rinforzare il protagonismo e perseguire la pedagogia dell'autonomia nella consapevolezza che ciò è fare salute. Per radar eterodossi intendo la capacità di noi operatori di formare e utilizzare intelligentemente i caregiver ed i carer, ossia la nostra abilità a entrare in sintonia con la comunità locale rendendola attiva nell'aiutarci a metterci in rete. Un esempio concreto per capirci: assicurare il follow-up e/o l'assistenza a domicilio alla signora Maria di ottant'anni significa anche entrare in rapporto non solo con i suoi familiari (augurandoci che ci siano), ma anche

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

con i suoi vicini di casa, con i negozianti attorno alla sua abitazione, con il giornalista ecc. Tutto ciò comporta l'allestimento di una *rete sociale* costituita anche da *radar eterodossi attivi* (che ci allertano in caso di necessità), che aiuta noi a fare in modo che Maria rimanga al suo domicilio. In pratica, operare usando anche le risorse eterodosse significa rammendare il tessuto sociale attorno ai cittadini e ai nostri assistiti per promuovere l'autonomia e la qualità di vita evitando/contrastando l'istituzionalizzazione.

Il Protocollo di intesa sul sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica

Una particolare attenzione deve essere riservata alla *deospedalizzazione protetta*, intesa come una dimissione resa problematica dal fatto che essa, per poter essere attuata nel rispetto di una corretta continuità terapeutica e assistenziale, implica un consumo di risorse economiche, umane e organizzative che va oltre le reali possibilità dell'assistito e dei suoi familiari e che quindi rende necessario un coinvolgimento particolare dei medici di famiglia, dei servizi infermieristici e sociali, delle residenze sanitarie assistenziali, case protette e/o case di riposo. Oggi l'ospedale per acuti si trova sempre più a contatto con lo scottante problema della dimissione precoce a fronte di un'epidemiologia sociosanitaria caratterizzata da:

- criticità clinica (pazienti molto anziani, polipatologie, demenza, instabilità psicofisica, elevato rischio di complicanze, invalidità, guarigione tardiva e spesso incompleta dopo un evento acuto, elevato rischio iatrogeno, eventualità di cadute, fratture e lesioni da decubito, perdita dell'autonomia, allettamento, dipendenza da nutrizione artificiale e apparecchiature salvavita);
- criticità sociale (solitudine, abbandono, scarsa compliance familiare, problemi economici, disgregazione del tessuto sociale, ripetitività dei ricoveri ospedalieri, insufficienza dell'assistenza domiciliare e scarsità di presidi territoriali).

Ciò premesso, su mandato dei direttori generali dell'Ass 1 triestina e dell'azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" (AOUTS), ho avviato la sperimentazione nel 2002 del *Sistema interaziendale di continuità assistenziale infermieristica per gli anziani over75enni ricoverati nei reparti di area medica*, in collaborazione con la direzione infermieristica ospedaliera. Il 30 ottobre 2003 il servizio è stato esteso anche agli anziani ricoverati nei reparti chirurgici e nel 2006 anche agli assistiti del Pronto soccorso e dei neo costituiti reparti di Post-acuzie area medica e Post-acuzie chirurgica, della clinica ortopedica, del reparto di Ortopedia, del reparto di Riabilitazione e della *stroke-unit* (agli assistiti che non rientrano nei protocolli interaziendali di riabilitazione).

RIPROGETTARE LA SANITÀ

La sperimentazione ha modificato la struttura di base dei distretti, e la neonata struttura semplice ha preso il nome di “Cure ambulatoriali e domiciliari e continuità terapeutica”. Da nove anni ormai, dal lunedì al venerdì, otto infermieri⁹ ogni giorno si recano nei reparti ospedalieri a concordare le dimissioni protette degli assistiti con necessità complesse. Gli otto infermieri non rappresentano in teoria risorse aggiuntive al servizio: di fatto si utilizza in anticipo (nursing proattivo) il tempo tradizionalmente usato per lavorare sull’acuzie. Va però detto che l’attività dei distretti è in continua espansione dal 1995 in poi e dunque con essa per anni lo è stata anche la dotazione di personale.

In analogia al servizio di continuità assistenziale appena descritto, nel 2009 abbiamo sperimentato¹⁰ la presenza dell’infermiere di distretto al Pronto soccorso dell’ospedale di Cattinara, al mattino dal lunedì al venerdì. Tale sperimentazione ha consentito di evitare più di 400 ricoveri nel 2009, nel 2010 e nel 2011. In data 1 aprile 2010 il servizio denominato “Sistema interaziendale di continuità assistenziale infermieristica” è stato esteso in via definitiva a tutti i ricoverati con bisogni clinici, assistenziali e sociali complessi, prescindendo dall’età e dalla patologia. Il sistema, realizzato dagli infermieri, raccorda oggi ben 31 reparti, il Pronto soccorso, con i servizi di quattro distretti, i servizi sociali dei comuni, le residenze per anziani, le 4 residenze sanitarie assistenziali di riabilitazione a degenza breve (si occupano di riabilitazione intensiva con degenza media che non supera i trenta giorni), le risorse eterodosse del territorio (parrocchie, associazioni di volontariato ecc.).

Il Protocollo di intesa sul sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica prevede l’uso, da parte degli infermieri ospedalieri, delle *schede di continuità assistenziale* per l’area medica e per l’area chirurgica. Con esse si allerta il servizio distrettuale della continuità, documentando anticipatamente dati e problematiche del ricoverato che necessita di deospedalizzazione protetta. I dati poi sono informatizzati nel sistema informativo regionale che ha dedicato una linea lavoro *ad hoc* per l’Ass 1. L’azienda ospedaliera garantisce agli infermieri della continuità assistenziale libero accesso alla documentazione sanitaria di ricovero o di pronto soccorso per la raccolta dei dati necessari alla compilazione delle schede della continuità, favorisce l’interazione degli infermieri di comunità con il personale ospedaliero, agevola la comunicazione con l’assistito al fine di orientare la migliore scelta possibile di assistenza territoriale. Il raccordarsi *face to face* nei reparti con i colleghi, assieme al ricoverato e ai suoi caregiver, alimenta processi sociali virtuosi e aggiornamenti continui reciproci che fluidificano i processi dei servizi e della presa in carico.

L’Ass 1 garantisce la formazione specifica degli operatori che accedono in ospedale per svolgervi la funzione di continuità assistenziale. Le direzioni infer-

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

mieristiche effettuano valutazioni sul servizio erogato e collaborano al fine di risolvere eventuali criticità che dovessero emergere, adottando una raccolta sistematica delle non conformità rilevate e analizzandole congiuntamente. Una particolare attenzione è riservata dal servizio agli assistiti che si trovano in una fase di dimissibilità clinica, la cui dimissione non può però essere tempestivamente realizzata per ostacoli di natura non clinica. Questi possono essere:

- la mancanza di familiari idonei ad accudire una persona non autosufficiente;
- le resistenze dei familiari a riprendere in casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro;
- la necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali;
- la necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori ecc.);
- la necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio (bagno assistito, montacarichi, ascensore) o la necessità di trovare un nuovo domicilio caratterizzato da accessibilità e vivibilità adeguate a una persona non più autonoma;
- la necessità di reperire un'idonea sistemazione extrafamiliare, temporanea o definitiva, quando è ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio (residenza sanitaria assistenziale, casa protetta, casa di riposo);
- altre situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, extracomunitari sprovvisti di permesso di soggiorno).

Dopo un'approfondita analisi del caso, l'infermiere di comunità stabilisce se la difficoltà della dimissione è legata a problematiche esclusivamente sociali, a problematiche esclusivamente medico-infermieristiche oppure a un intreccio tra le due.

La raccolta dei dati avviene attraverso l'utilizzazione delle sopracitate schede che contengono, oltre ai dati anagrafici, le informazioni cliniche relative all'assistito che rendono evidente la difficoltà della dimissione dal punto di vista strettamente sanitario, utili a una prima analisi delle esigenze di continuità terapeutica. In particolare, esse permettono di raccogliere una serie di informazioni sulla situazione dell'assistito, della famiglia e del tessuto sociale, pregresse e attuali, utili a una prima analisi delle esigenze socioassistenziali che si prospettavano per quel caso. Le schede prevedono una valutazione preliminare sulla possibilità o meno del rientro a domicilio e indicano se la dimissione implica un'organizzazione non integrata (meno complessa) o integrata (più complessa). Per realizzare questo servizio ogni giorno gli infermieri di comunità (di distretto) accedono all'ospedale a seguito delle segnalazioni effettuate dai responsabili infermieristici dei reparti.

Il percorso specifico delle deospedalizzazioni protette prevede che:

Figura 3. Continuità assistenziale infermieristica (deospedalizzazioni protette)

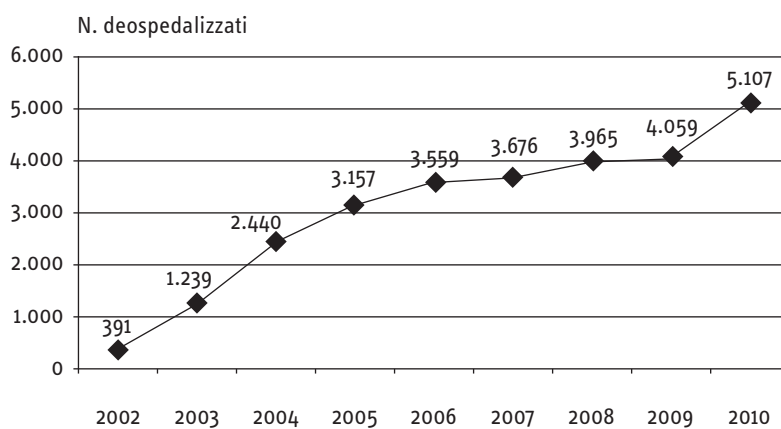
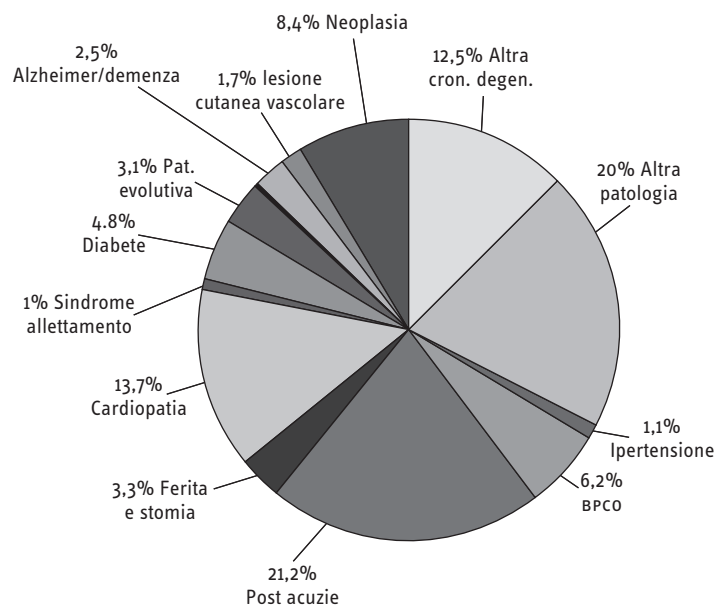


Figura 4. Deospedalizzati in continuità assistenziale anno 2010 (n. 5.107)



4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

- entro 72 ore dal ricovero il responsabile infermieristico di reparto o un suo sostituto attivi la segnalazione di deospedalizzazione protetta attraverso l'invio della scheda al distretto di appartenenza. L'invio, quando necessario, è preceduto da un contatto telefonico con i servizi territoriali per una più diretta presentazione delle problematiche;
- entro 72 ore dalla segnalazione l'infermiere del distretto valuti il caso in reparto, si raccordi con i caregiver dell'assistito e con il medico di famiglia e rediga un piano assistenziale individuale personalizzato (PAI), compili la scheda nella parte di propria competenza e stabilisca l'esito finale della valutazione, attivando i servizi e le risorse necessarie (servizio domiciliare, residenza sanitaria assistenziale, hospice, struttura protetta, polifunzionale, servizi sociali ecc.).

I dati del processo sono inseriti nel sistema informatico sanitario regionale (sistema operativo SISR). Il monitoraggio del sistema si realizza attraverso riunioni periodiche tra responsabili infermieristici delle due aziende, è affidato alla direzione del Servizio infermieristico dell'Ass 1 e interessa in particolare il numero delle deospedalizzazioni protette annuali, l'aderenza agli standard concordati, gli esiti delle segnalazioni ovvero i servizi attivati dai distretti.

Ciò premesso, nel 2010 si sono realizzate in questo modo ben 5.107 deospedalizzazioni protette: l'andamento del sistema negli anni è descritto nella figura 3. La classificazione relativa alle problematiche per le quali gli assistiti hanno avuto una deospedalizzazione protetta fa riferimento alla tassonomia del sistema informativo regionale (INSIEL, SIASI, LLUV, DEOSP); tale distribuzione, riferita all'intera popolazione, viene illustrata nella figura 4.

Il Servizio infermieristico domiciliare e quello ambulatoriale¹¹

Il Servizio infermieristico domiciliare (SID) e quello ambulatoriale (AMB) dell'Ass 1 utilizzano strumenti di valutazione e protocolli riconosciuti dalla comunità scientifica come validi ed efficaci e sono in rete con i servizi sanitari intra- ed extra-aziendali, con i servizi sociali e le risorse eterodosse del territorio e assicurano la continuità terapeutica e assistenziale in raccordo con i medici di medicina generale e in coerenza con i diritti-bisogni della persona. Le attività assistenziali domiciliari e ambulatoriali si distinguono in:

- *presa in carico* di persone in condizioni critiche e/o complesse per le quali gli infermieri di comunità realizzano il Progetto assistenziale individuale (PAI), articolato in obiettivi clinico-assistenziali e interventi in rete con il medico di famiglia, i familiari (quando presenti), il personale di altri servizi specialistici o sociali, conoscenti, vicini di casa, volontari e giovani del servizio civile;

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- *assistenza occasionale* di persone che necessitano di prestazioni senza presa in carico. Si tratta per lo più di prelievi biologici soggetti a partecipazione della spesa da parte dell'assistito, ripetitivi nel tempo, per garantire il monitoraggio clinico e farmacologico in raccordo con il medico di famiglia, viceversa gli stessi sono effettuati in *outsourcing* quando sono gratuiti e a tantum.

Gli obiettivi generali dei due servizi sono:

- prevenire la perdita di autonomia delle persone promuovendo buone pratiche assistenziali e contrastare l'istituzionalizzazione;
- assicurare la presa in carico con l'attivazione della rete formale e informale per contrastare l'istituzionalizzazione delle persone;
- garantire la continuità assistenziale e in particolare la deospedalizzazione protetta agli anziani e ai soggetti fragili, raccordandosi con i reparti ospedalieri;
- evitare le riacutizzazioni delle malattie e i ricoveri ospedalieri impropri con un'assistenza personalizzata e *specializzata* sulle patologie croniche e il *monitoraggio clinico* delle condizioni dell'assistito, raccordandosi con i medici di medicina generale e i medici specialisti;
- prevenire la sindrome da immobilizzazione, l'incontinenza, le lesioni da decubito, il dolore cronico e le infezioni;
- svolgere attività di educazione e informazione delle famiglie individuando gli interventi che possono essere appresi ed effettuati direttamente dal familiare, orientando e indirizzando la domanda.

Nel 2010 gli infermieri di comunità dei quattro distretti hanno assistito 8.747 persone nei servizi domiciliari (il 12% degli ultrasessantacinquenni della provincia di Trieste) e 7.635 persone nei Servizi infermieristici ambulatoriali.

Il Servizio infermieristico domiciliare

Il servizio è erogato a favore di persone non autosufficienti con impossibilità a essere trasportate nei luoghi di cura a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali o motori, tali da rendere problematico ogni spostamento, oppure di persone con oggettivi problemi logistici gravi, di difficile soluzione (es. abitazione con molte scale, trasporto difficile e oneroso ecc.). Oltre agli obiettivi in comune con l'ambulatoriale infermieristica, per questa tipologia di persone, il SID previene:

- la solitudine e la depressione (promuovendo le visite a domicilio dell'assistito di conoscenti e/o volontari);
- gli incidenti domestici (rilevando i fattori di rischio).

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

La domanda di assistenza infermieristica domiciliare può essere effettuata dagli interessati, dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o da altri servizi sanitari e sociali e da chiunque rilevi tale necessità senza vincoli di parentela. La domanda può pervenire telefonicamente, via fax ed e-mail. Il raccordo con il medico di famiglia è in ogni caso assicurato.

L'infermiere realizza la prima visita a domicilio entro 24 ore dalla presentazione della richiesta. Per le situazioni che a una valutazione telefonica appaiono meno complesse, le attività vengono programmate entro 24 ore. Hanno diritto al servizio tutti i cittadini, senza limiti di età, che non siano in grado di raggiungere i servizi sanitari causa deficit cognitivi, sensoriali o motori, o barriere architettoniche.

Il servizio dal 2003 rispetta i principi del Sistema di certificazione della qualità secondo le norme UNI EN ISO 9001:2000, utilizza strumenti di valutazione e protocolli riconosciuti dalla comunità scientifica come validi ed efficaci. Il servizio è caratterizzato da tre processi fondamentali, ciascuno di essi ha la sua procedura che è il risultato dell'esperienza maturata dal personale negli ultimi anni:

- accoglienza della domanda di assistenza;
- presa in carico assistiti (include il follow-up post conclusione temporanea del ciclo di interventi);
- chiusura della presa in carico.

L'infermiere *case manager* esegue la prima visita a domicilio e prende in carico l'assistito entro 24 ore dalla richiesta di intervento, o assicura la dimissione protetta degli anziani entro 72 ore dalla segnalazione dei reparti¹². Si raccorda telefonicamente o via email con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta (a volte effettua il primo accesso a domicilio con loro), elabora il PAI, individua i caregiver quale punto di riferimento per la gestione delle attività assistenziali di supporto (l'igiene della persona e dell'ambiente, la dieta ecc.).

La chiusura della presa in carico avviene quando l'assistito ha raggiunto il massimo grado di autonomia possibile, è stabilizzato e non necessita di follow-up (in questo caso l'infermiere case manager, previa valutazione, propone la chiusura del sio continuato al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta); è deceduto; è trasferito ad altro servizio o fuori provincia. La certificazione permette ai responsabili infermieristici di monitorare costantemente le attività e migliorarle nel tempo.

Dal 2006 si è implementato il monitoraggio dei seguenti indicatori di qualità riferiti all'esito del processo assistenziale: insorgenza di lesioni da decubito; valutazione del dolore nelle persone affette da patologia neoplastica; insorgen-

Tabella 1. #Inserire titolo#

<i>N. assistiti SID con PAI</i>	<i>Tipologie sanitarie</i>
133	Iipertensione
107	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
321	Post-acuzie (frattura femore, stroke, lesioni periferiche, trauma cranico)
81	Ferita e stomia
601	Cardiopatia (compenso labile, scompenso)
244	Sindrome allettamento/ipocinetica
399	Diabete
203	Patologia evolutiva (sclerosi multipla, degenerazione apparato locomotore)
96	Neuropatia stabilizzata
107	Alzheimer/demenza/patologia psichiatrica
458	Lesione cutanea vascolare/linfatica
576	Neoplasia
365	Altra patologia
3.691	Totale assistiti SID con PAI

za di infezioni tra i portatori di catetere venoso centrale; insorgenza di infezioni delle vie urinarie tra i portatori di catetere a permanenza.

Sono in uso i seguenti documenti ufficiali a finalità organizzativo-gestionale: planning settimanale, planning giornaliero, registro utilizzo automezzi, schedario manutenzione elettromedicali, registro non conformità, report del SID sulla qualità percepita da parte dei cittadini, report dell'Ufficio relazioni con il pubblico sulle segnalazioni dei cittadini.

Gli infermieri del SID sono impegnati nella sperimentazione delle più efficaci modalità di intervento nei confronti degli anziani "fragili" (per età avanzata, instabilità e compromissione dello stato di salute, per condizioni economicamente modeste e di isolamento sociale). Un esempio di tale impegno è il servizio che assicura le deospedalizzazioni protette a circa 5.000 persone l'anno, e l'indagine prospettica sulla rilevazione e il monitoraggio del dolore. L'attività domiciliare è assicurata anche alle persone in residenze polifunzionali, centri diurni, case albergo (escluse le strutture protette ove l'assistenza è garantita nell'arco di tutte le 24 ore, direttamente o in appalto).



4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

La presa in carico si realizza per le persone con bisogni complessi o molteplici, richiede il sostegno della cittadinanza e degli erogatori dei servizi, risponde a logiche di promozione del benessere e a valori etico-professionali, si presenta come efficace e può generare ricadute positive sul costo complessivo del sistema sanitario. La presenza o meno del PAI permette di distinguere una persona in carico rispetto a una occasionale. Le prese in carico dal SID con PAI nel 2010 sono state 3.691, hanno ricevuto invece il servizio in forma occasionale 5.056 assistiti. L'età degli assistiti a elevata complessità assistenziale è così rappresentata: età media 78, moda 85, deviazione standard 14, range 0-107. La tipologia sanitaria degli assistiti SID con PAI è rappresentata nella tabella 1.

Una sintetica riflessione merita la problematica degli accessi infermieristici a domicilio: nel 2010 il SID ne ha effettuati 119.975 sugli 8.747 assistiti. Il numero di accessi medi/assistito/anno è di 14. Questo numero di accessi è quasi il doppio negli assistiti con PAI (27) e più del quadruplo negli assistiti con neoplasia (59). Da rilevare altresì che il range degli accessi, identico nelle prime due tipologie di assistiti, si riduce di tre volte negli assistiti con neoplasia. L'elevato numero di accessi negli assistiti con neoplasia conferma come sia elevata la complessità assistenziale di questa tipologia di assistiti.



Il Servizio infermieristico ambulatoriale di distretto



Il Servizio infermieristico ambulatoriale (AMB) assicura prestazioni estemporanee, ma anche la presa in carico di persone fragili o che erano precedentemente in carico al servizio domiciliare. È obiettivo infatti del nursing quello di emancipare l'assistito per favorire l'uscita da casa prima possibile: l'uscita dalla propria "tana" restituisce fiducia e sicurezza e implementa l'autonomia agendo favorevolmente anche sugli aspetti di socializzazione. La più frequente tipologia sanitaria delle persone che accedono ai servizi ambulatoriali è costituita dall'ulcera cutanea agli arti inferiori. Questa patologia colpisce malati che (come tutti i portatori di malattie croniche degenerative) appaiono, vengono curati ed escono dallo schermo. Poiché i malati affetti da ulcera cutanea agli arti inferiori, scomparendo dallo schermo, tendono a riacutizzarsi e a volte sono intercettati da più radar senza che noi, dietro lo schermo, lo si sappia, l'esperto ci esorta a trasformare la sanità d'attesa in una sanità d'iniziativa proattiva. Una testimonianza che si può essere d'iniziativa e migliorare gli esiti di salute dei cittadini secondo l'evidenza scientifica è quella relativa agli ottimi risultati del servizio interaziendale e interdisciplinare per il trattamento dell'ulcera cutanea agli arti inferiori, di cui l'ambulatoriale è il servizio maggiormente rappresentativo.



RIPROGETTARE LA SANITÀ

Gli infermieri dell'ambulatoriale hanno studiato il fenomeno e creato un sistema a rete di rapporti con i medici territoriali e ospedalieri per assicurare all'assistito la presa in carico, un percorso clinico assistenziale efficace ed efficiente tale da assicurargli una diagnosi certa del tipo di ulcera e il correlato trattamento di evidenza scientifica, cosicché i vari schermi radar sono in rete e l'assistito non è perso di vista. Il raccordo è tenuto dall'infermiere dell'ambulatoriale e si articola a matrice con i medici del Centro di riferimento regionale per le ferite difficili del reparto di Chirurgia plastica, della clinica dermatologica e del reparto di Chirurgia vascolare dell'Aou Ospedali Riuniti di Trieste, i dermatologi dei distretti, i medici di famiglia e i caregiver a domicilio. Sono stati formati secondo l'evidenza scientifica tutti gli infermieri case manager dell'ambulatoriale, che realizzano il reclutamento, la valutazione e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori. Sono sette le sedi in cui è attivo il servizio ambulatoriale (oltre che domiciliare). L'infermiere dedicato utilizza la scheda di prima segnalazione-valutazione in raccordo con il medico di famiglia e il dermatologo di distretto. Quando necessario, il raccordo si estende ai medici dei citati reparti ospedalieri con l'obiettivo di avere, in prima istanza, una diagnosi del tipo d'ulcera per poi procedere con l'adeguato trattamento di comprovata efficacia. Tale raccordo è reso efficiente dai computer degli ambulatori infermieristici e dai cellulari aziendali di cui è fornita la quasi totalità degli infermieri dell'azienda.

L'ambulatoriale, in rete con il servizio domiciliare, nell'arco di dodici mesi ha trattato complessivamente 627 persone con questa patologia, di questi 275 erano nuovi casi individuati tra gli 8.290 nuovi assistiti in ambulatorio e a domicilio. Il 78% delle ulcere flebopatiche e miste è guarito tra la quarta e l'undicesima settimana di trattamento applicando i principi della *terapia compressiva*, quelli indicati nella pubblicazione dell'EWMA, *Wound Bed Preparation in Practice*, e quelli delle linee guida dell'RNAO, *Assessment and Management of Venous Leg Ulcers* (il dato supera quello della letteratura di evidenza scientifica). Nell'arco di dodici mesi il servizio ha valutato l'incidenza della patologia tra la popolazione servita che è pari al 3,75%. Il ruolo dell'infermiere dell'ambulatoriale è stato quello di contribuire a dar voce alla critica sulle pratiche e sull'organizzazione dei servizi, formarsi alla ricerca e all'EBN, promuovere le sperimentazioni che sono maturate a seguito della critica, realizzare e divulgare i risultati in un processo in itinere che permetta di realizzare un nursing d'iniziativa, per tal motivo abilitante.

Conclusioni

Nel corso degli anni a Trieste si è ridotto notevolmente il tasso di ospedalizzazione: negli anni novanta i posti letto ospedalieri erano 2.500, oggi non arri-

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

vano a 900; a tale risultato ha concorso lo sviluppo del Servizio infermieristico domiciliare e dell'ambulatoriale infermieristica, ma un ruolo innegabile lo ha giocato anche il sistema della continuità assistenziale, che è una delle funzioni dell'infermiere di comunità. Non c'è reale presa in carico senza continuità assistenziale e viceversa. È nostra convinzione che presa in carico domiciliare e continuità assistenziale riducano i ricoveri medici ripetuti, e abbiamo documentato tale convinzione con tre ricerche effettuate nel 2007 e nel 2008. La prima, realizzata su un campione di soggetti affetti da BPCo, ha rilevato una riduzione dei ricoveri medici del 34,2%; la domiciliare abbinata alla continuità assistenziale infermieristica è fattore protettivo (RR = 0,62, 95%; IC 0,47 - 0,79). Prescindendo dall'età e dalla patologia, su un campione di 150 assistiti della domiciliare, la seconda ricerca ha evidenziato una riduzione del 56,95% dei ricoveri medici (RR = 0,58, 95%; IC 0,44 - 0,76). La terza ricerca, condotta su un campione di 102 assistiti a rischio di scompenso cardiaco, ha rilevato una riduzione del 69,94% dei ricoveri medici.

Dunque, poiché la gran parte dei ricoveri ospedalieri degli anziani è dovuta a pluripatologie e soprattutto a patologie cardiovascolari, il sistema della continuità assistenziale, abbinato al Servizio infermieristico domiciliare in rete con i medici di medicina generale e i servizi territoriali, incide favorevolmente sulla riduzione dei ricoveri ripetuti e del tasso d'ospedalizzazione triestino. È utile evidenziare che gli assistiti dimessi dal Servizio infermieristico domiciliare entrano nel sistema di follow-up. L'integrazione con i servizi sociali è attiva da lungo tempo ma ci si scontra ancora sui tempi d'intervento: veloci quelli sanitari, lenti quelli sociali. Al problema della tempistica, che è rilevante al fine di contenere la perdita delle abilità avviando precocemente un processo di abilitazione e riabilitazione, si aggiunge quello delle risorse sociali che scarseggiano notevolmente. La realizzazione del pronto intervento domiciliare, da parte del Comune di Trieste, è un primo importante passo verso un'integrazione efficace ed efficiente del sistema della domiciliarità triestina. Si tratta di un servizio innovativo nato nel 2004 che consente immediati interventi a domicilio (assistenza alla persona, pasti, pulizie domestiche ecc.) per un breve periodo e prescindendo dal reddito della persona. È molto richiesto dagli infermieri della domiciliare per assicurare le deospedalizzazioni protette. I risultati sinora ottenuti fanno ritenere che il bisogno di continuità assistenziale è elevato e il suo margine d'azione, al fine di incidere positivamente sulla qualità di vita degli anziani a Trieste, è ancora molto ampio. Una riflessione merita il clima organizzativo dei tre servizi descritti: la leadership esercitata dai dirigenti e responsabili infermieristici è partecipativa e orizzontale, garantisce le necessarie condizioni organizzative e operative affinché le risorse umane possano esprimere al meglio le proprie competenze e capacità professio-

RIPROGETTARE LA SANITÀ

nali; si focalizza su strumenti e strategie atte a sostanziare la sfera dei processi sociali e delle relazioni affettive, responsabilizzando gli operatori e offrendo loro sostegno. Nei servizi sono dunque presenti per lo più comportamenti di tipo proattivo, a conferma dell'elevato senso di appartenenza esistente fra gli operatori e dell'ottimo livello di flessibilità nei confronti dei cambiamenti organizzativi determinati dai processi di miglioramento continuo dell'assistenza.

Il clima di lavoro all'interno delle strutture è in linea con il progetto della direzione infermieristica "friendly workplaces" che mosse i primi passi nel 1998. La credibilità e la fiducia del servizio si sono sviluppate attraverso atteggiamenti e atti coerenti, rispettosi degli interlocutori, mantenuti nel tempo. I servizi si stanno adoperando per progredire nel settore della comunicazione, attribuendo a essa importanza e valore. Gestire efficacemente strategie comunicative e valorizzarle con l'utilizzo di valori reali, tangibili e veritieri, rappresenterà un indispensabile fattore per affrontare il futuro degli scenari assistenziali.

Propongo in allegato un esempio che illustra come l'utilizzo dell'evidenza scientifica e della sperimentazione consentano nel tempo di:

- migliorare l'affiatamento tra i professionisti delle varie discipline e istituzioni;
- implementare l'efficienza e l'efficacia dei processi assistenziale e della continuità delle cure;
- attivare nel tempo servizi innovativi che migliorano significativamente gli esiti di salute dei cittadini e la loro qualità di vita.

Gli esempi riguardano i migliorati esiti di guarigione delle ulcere agli arti inferiori e la gestione del dolore nei nostri assistiti a domicilio.

Nascita di un servizio interaziendale per la diagnosi e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori

di *Maila Mislej*

Introduzione e background scientifico

In Italia non si conoscono l'incidenza e la prevalenza delle ulcere agli arti inferiori. Studi condotti in altri paesi europei hanno rilevato che nella popolazione la percentuale delle persone affette da questa patologia varia dall'1,5% al 3% e che il 70% delle ulcere sono di origine venosa. Le ulcere insorgono prevalentemente negli anziani; considerato che gli ultrasessantacinquenni sono il 27% della popolazione triestina¹³, è probabile che nella nostra provincia il fenomeno sia rilevante.

Nel 2007 una o più ulcere agli arti inferiori erano presenti in circa 1.000 persone

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

dimesse dell'Aou Ospedali Riuniti di Trieste. Il dato è stato rilevato dalle codifiche sull'ICD9CM (ultima versione 2002) selezionando la casistica delle dimissioni in base ai criteri che tengono conto della presenza di ulcerazione (come diagnosi specifica principale o secondaria) e di procedure proprie per il trattamento (cfr. anche Longobardi *et al.*, 2007). Tale sistema di classificazione permette di individuare solo la sede della lesione e non la sua natura. Il 92% delle dimissioni con tale codifica si concentra all'ospedale di Cattinara, l'8% all'Ospedale Maggiore. Il 44% interessa i dimessi dall'area di Medicina generale.

Marigo stima che in Italia i soggetti con tale patologia siano circa 2 milioni: il 70% con ulcere venose; il 10% con ulcere arteriose; il 10% ha ulcere miste; il 5% diabetiche e il 5% ha ulcere di altro tipo. La patologia ha carattere ciclico e cronico e il tasso di recidiva arriva al 76%, per tale motivo i trattamenti sono costosi ed incidono notevolmente sui costi della sanità. Si stima che la spesa a carico del SSN italiano sia di circa un miliardo di euro l'anno; uno studio sottolinea che una buona parte della spesa è dovuta al tempo impiegato dagli infermieri nel trattamento. Negli Stati Uniti si spendono in media 7.500 dollari per assistito l'anno, il Regno Unito ha speso 895 milioni di dollari nel 2000.

L'ulcera cutanea è definita da Monti «una patologia multidisciplinare per eccellenza» e quindi, per affrontarla e ridurre le recidive, è essenziale utilizzare un approccio olistico, un positivo rapporto assistito/infermiere e una rete di medici specialistici.

Marigo evidenzia che per il trattamento si privilegia tutt'oggi l'ospedalizzazione, mentre la presa in carico ambulatoriale o domiciliare, quando appropriata, eviterebbe di esporre la persona al rischio di contrarre infezioni nosocomiali e inciderebbe positivamente sulla riduzione dei costi della sanità. L'ospedalizzazione si rende indispensabile solo nel 5-13% dei soggetti (è d'obbligo nei casi con ulcera ischemica). Tali premesse hanno dato il via alla sperimentazione di un servizio interaziendale e interdisciplinare con:

- presa in carico ambulatoriale o domiciliare dell'infermiere case manager in raccordo con i medici (di famiglia e specialisti);
- percorsi diagnostici facilitati;
- trattamenti di *evidence based medicine-nursing* e di best practice.

L'ipotesi è che in tal modo si possa aumentare la percentuale di guarigione, in particolare con la terapia compressiva delle ulcere da malattie flebolinfatiche che ha un grado di evidenza scientifica elevato (grado A)¹⁴.

Gli obiettivi della sperimentazione sono i seguenti:

- quantificare il numero di nuovi casi di ulcere agli arti inferiori tra i nuovi

RIPROGETTARE LA SANITÀ

assistiti presi in carico (ic al 95%) dal 1 maggio 2008 al 30 aprile 2009 dai Servizi infermieristici domiciliari (SID) e dagli ambulatori infermieristici distrettuali (AID) (incidenza);

- calcolare la prevalenza periodale (nell'arco dei 12 mesi di sperimentazione) del fenomeno tra gli assistiti in carico ai due servizi;
- valutare l'efficacia della presa in carico interdisciplinare e interaziendale finalizzata ad avere in prima istanza una diagnosi accertata della tipologia di ulcera per ogni assistito e il numero di casi con ulcere venose, arteriose, miste, neoplastiche, traumatiche, diabetiche;
- quantificare, nelle persone con ulcere venose e miste, il numero di guarigioni (il risultato atteso è la guarigione del 70% delle ulcere venose) e le riduzioni di superficie delle ulcere.

Materiali e metodi

Il presente studio è osservazionale, descrittivo e include un disegno di tipo longitudinale (cfr. John Ovreteit, *Evaluating Health Intervention*): i pazienti arruolati entrano in un follow-up della durata di un anno successivamente alla loro individuazione (*referral* o *case-finding* attivo).

Tutte le elaborazioni sono state effettuate con i comuni software di elaborazione statistica dei dati (SPSS 15.0 e successive versioni) in comune tra il Servizio infermieristico aziendale dell'Ass 1 e la struttura complessa Programmazione e controllo dell'Aou Ospedali Riuniti di Trieste.

Per ragioni di praticabilità, definiamo la popolazione di riferimento come l'insieme di tutti coloro che sono stati presi in carico (per qualunque motivo) dai servizi territoriali dell'Ass 1 dal 1° maggio 2008 al 30 aprile 2009. La popolazione, perciò, è rappresentativa dei cittadini conosciuti dai SID e dagli AID, coerente ai fini della validità interna dello studio e generalizzabile a contesti simili a quello della provincia di Trieste. Ciascun cittadino nuovo entrato nei servizi SID o AID, prescindendo dalla patologia e dalla presenza di ulcere agli arti inferiori, è stato identificato (da circa 100 infermieri) nel sistema informatico del FVG (SIASI) con la sigla ST. Tutti i soggetti individuati con ulcere agli arti inferiori sono stati inclusi nello studio d'incidenza.

La prevalenza periodale (nell'arco dei 12 mesi di sperimentazione) è stata calcolata sommando il numero delle persone affette da ulcere agli arti inferiori in carico ai servizi SID e AID il 1° maggio 2008 con il numero dei nuovi casi rilevati durante il periodo di sperimentazione.

I dati dei nuovi casi sono stati registrati in una scheda che prevedeva il consenso dell'assistito a essere reclutato nella presa in carico interdisciplinare e intera-

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

ziendale. Tutti i soggetti reclutati sono stati valutati da 39 infermieri dedicati/case manager¹⁵ e indirizzati correttamente al medico specialista (chirurgo plastico, dermatologo, chirurgo vascolare) al fine di avere in prima istanza la diagnosi accertata del tipo di ulcera.

Per gli assistiti con ulcere venose e miste si sono utilizzati i seguenti strumenti e presidi di valutazione e trattamento:

- il minidoppler portatile per la rilevazione dell'indice di pressione caviglia/braccio (ABPI);
- le medicazioni in dotazione alle due aziende per la corretta applicazione dei principi contenuti in EWMA, *Wound Bed Preparation in Practice*, 2003;
- i bendaggi elastocompressivi multistrato.

Le ulcere venose e miste trattate con elastocompressione sono state inserite in un follow-up (alla 4^a e 12^a settimana dal trattamento) e i dati sono stati informatizzati presso ciascuna sede SID e AID tramite foglio excel e software Visitrak Data Capture (versione 02/2006 per PC) ad approccio standardizzato per il monitoraggio dell'andamento dell'ulcera. Il Visitrak è uno strumento elettronico che fornisce la misura (dati riproducibili) in merito alla superficie dell'ulcera, espressa in cm².

Criteri di inclusione nel follow-up:

- l'ulcera più estesa (in caso di più ulcere) con un'area compresa tra 1 cm² e 25 cm²;
- l'indice di pressione caviglia-braccio $\geq 0,5$;
- la diagnosi di patologia confermata nell'arto di riferimento;
- la circonferenza della caviglia compresa tra 18 cm e 32 cm;
- l'indicazione di elastocompressione.

Criteri di esclusione dal follow-up:

- l'ulcera più estesa (in caso di più ulcere) con una superficie $< 1 \text{ cm}^2$ o $> 25 \text{ cm}^2$;
- l'indice di pressione caviglia-braccio $< 0,5$;
- l'ulcera da piede diabetico;
- l'ulcera neoplastica;
- la riconosciuta scarsa compliance e assenza di caregiver;
- la circonferenza della caviglia $< 18 \text{ cm}$ e $> 32 \text{ cm}$.

Sulla base dell'indice ABPI venivano adottate diverse modalità di presa in carico, dopo aver comunque svolto attività di educazione sanitaria alla persona:

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- in presenza di $ABPI < 0,5$ la persona veniva inviata allo specialista vascolare (per la valutazione di eventuale intervento chirurgico di rivascolarizzazione endoluminale o, in caso questo non fosse possibile, un intervento di bypass);
- in presenza di $ABPI$ compreso tra 0,5 e 0,79 si consultava lo specialista dermatologo o vascolare per l'eventuale trattamento elastocompressivo a intensità ridotta (15-25 mmHg);
- in presenza di $ABPI \geq 0,8$ in persona collaborante che non presentava diabete, insufficienza cardiaca, insufficienza renale, ipertensione, deformità dell'arto, si procedeva al trattamento elastocompressivo da parte dell'infermiere secondo i criteri sotto riportati:
 - in assenza di indicazioni specifiche diverse dello specialista, si applicava la compressione multistrato di 40 mmHg;
 - su indicazione specifica dello specialista, si applicava la compressione multistrato di 15-25 mmHg;
 - in caso di scarsa aderenza dell'assistito al trattamento elastocompressivo multistrato, si procedeva alla compressione di 40 mmHg con calza elastica.

Risultati

La popolazione, alla quale si fa riferimento per l'incidenza, comprende 8.290 nuove persone identificate con il codice ST. L'età media della popolazione è 75,5 (\pm DS 14,5), mediana 79, moda 86, range 8-106. Le femmine sono 5.141 (62%), i maschi 3.149 (38%). Di queste 8.290 nuove persone, 311 presentavano ulcere (cfr. tab. 2).

L'incidenza rilevata su tutti i nuovi accolti ST (e loro intervalli di confidenza al 95%) è stata calcolata ipotizzando una distribuzione poissoniana, cioè un tasso costante e casuale dei casi. La stima per i dodici mesi di osservazione è di 37,5 casi ogni 1.000 nuovi assistiti/anno, pari al 3,75% (IC al 95%: 33,6-41,9/1.000/anno).

Stratificando la popolazione per fasce d'età, l'incidenza risulta di 7,4 casi/anno (0,9-26,8) sotto i 39 anni, di 23,3 casi/anno (13,6-37,3) tra i 40 e i 59, di 40,9 casi/anno (34,5-48,4) dai 60 ai 79, di 39,3 casi/anno (33,5-46,3) tra gli ultra ottantenni (cfr. tab. 3).

La prevalenza periodale riferita al periodo preso in considerazione è calcolata su una popolazione di 25.513 persone. Di queste, 352 risultavano affette da ulcere agli arti inferiori al primo maggio 2008. Sommando i 352 casi già in carico con i nuovi 311, ne deriva un totale di 663 ulcere. La prevalenza calcolata è pertanto del 2,6%.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Tabella 2. Confronto tra tutti i nuovi accolti ST e quelli con ulcera

<i>Caratteristiche</i>	<i>Tutti i nuovi accolti ST n = 8290</i>	<i>Nuovi accolti ST con ulcera n = 311</i>
Femmine (n. e %)	5.141 (62%)	186 (59,8%)
Maschi (n. e %)	3.149 (38%)	125 (40,2%)
Età media (± ds)	75,5 (14,5)	78,7 (11,2)
Età mediana	79	80
Moda età	86	84
Range	8-106	22-102

Tabella 3. Incidenza su tutti i nuovi accolti ST e stratificata per fasce d'età

<i>Fascia d'età</i>	<i>Nuovi accolti ST</i>	<i>Nuovi accolti ST con ulcera</i>	<i>Incidenza (x 1.000 accolti ST)</i>	<i>IC 95%(*)</i>	
				<i>L. Inf.</i>	<i>L. Sup.</i>
0-39	269	2	7,4	0,9	26,8
40-59	730	17	23,3	13,6	37,3
60-79	3.398	139	40,9	34,5	48,4
80+	3.893	153	39,3	33,5	46,3
Totale	8.290	311	37,5	33,6	41,9

(*) Ipotizzata una distribuzione di Poisson: IC al 95% calcolati applicando le tabelle predisposte da Haenszel, Loveland, Sirken (1962).

Per quanto riguarda l'accertamento specifico della tipologia di ulcera, nel gruppo delle 8.290 persone nuove accolte e identificate con la sigla ST:

- 285 risultavano già con presenza di ulcere rilevate dal medico di famiglia;
- 8.005 invece si sono rivolte ai servizi per altre patologie e tra queste, gli infermieri ne hanno individuato 26 con ulcere.

Sul totale delle 311 persone con ulcera, 275 hanno accettato il percorso diagnostico terapeutico, 36 lo hanno rifiutato.

La tipologia di ulcera, nelle 275 persone che hanno aderito al percorso, è così distribuita:

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- 68 (24,7%) venose;
- 64 (23,3%) aspecifiche;
- 58 (21,1%) traumatiche;
- 28 (10,2%) diabetiche;
- 24 (8,7%) arteriose;
- 22 (8,0%) miste venose e arteriose;
- 11 (4,0%) di altro tipo (da decubito, ustione, post-chirurgica, vasculite necrotizzante, pioderma gangrenoso, iatrogena);
- 0 (0,0%) neoplastiche.

Dopo l'accertamento della diagnosi, come previsto nel percorso diagnostico terapeutico, la tipologia di ulcera risultava così modificata:

- 104 (37,8%) venose;
- 10 (3,6%) aspecifiche;
- 50 (18,2%) traumatiche;
- 31 (11,3%) diabetiche;
- 27 (9,8%) arteriose;
- 27 (9,8%) miste venose e arteriose;
- 23 (8,4%) altro tipo (decubito, ustione, post-chirurgica, vasculite necrotizzante, pioderma gangrenoso, iatrogena);
- 3 (1,1%) neoplastiche.

In dettaglio si è verificato che (cfr. tab. 4):

- 153 assistiti hanno avuto conferma della diagnosi del tipo di ulcera: si tratta di 68 venose, 24 arteriose, 22 miste, 28 diabetiche e 11 di altro tipo;
- tra le 64 persone prese in carico con ulcere aspecifiche, 54 hanno avuto diagnosticata con certezza la tipologia di ulcera secondo questa distribuzione:
 - 28 venose;
 - 12 di altro tipo (2 da decubito, 2 ustioni, 2 post-chirurgiche, 2 vasculiti necrotizzanti, 2 piodermi gangrenosi, 2 iatrogene);
 - 5 miste arteriose e venose;
 - 3 neoplastiche;
 - 3 diabetiche;
 - 3 arteriose;
 - 10 erano ancora aspecifiche e in fase di accertamento (queste persone erano state prese in carico pochi giorni prima della chiusura della sperimentazione che è avvenuta il 30 aprile 2009).
- Tra le 58 ulcere che all'ingresso risultavano di origine traumatica ben 8 (pari al 13,8% delle traumatiche) erano invece di origine venosa.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Tabella 4. Confronto tra diagnosi d'ingresso e accertata nei nuovi accolti ST che accettano il percorso diagnostico terapeutico

	Venosa	Arterio- sa	Mista	Neopla- stica	Trau- matica	Diabe- tica	Altro tipo	Aspeci- fica	Totale
Diagnosi d'ingresso	68 (24,7%)	24 (8,7%)	22 (8,0%)	0 (0,0%)	58 (21,1%)	28 (10,2%)	11 (4,0%)	64 (23,3%)	275 (100%)
Diagnosi accertata	104 (37,8%)	27 (9,8%)	27 (9,8%)	3 (1,1%)	50 (18,2%)	31 (11,3%)	23 (8,4%)	10 (3,6%)	275 (100%)
Confronto	+36	+3	+5	+3	-8	+3	+12	-54	0

Diagnosi d'ingresso: diagnosi con cui le persone si presentano ai servizi.

Diagnosi accertata: diagnosi valutata all'interno dei servizi sperimentali interdisciplinari e interaziendali.

Aspecifica: diagnosi sconosciuta o in corso di accertamento.

Tabella 5. Test di concordanza (κ di Cohen) #?#

275 ASSISTITI CON DIAGNOSI DI ULCERA AGLI ARTI INFERIORI					
Diagnosi accertata venosa e mista					
		+	-		
Diagnosi d'ingresso	+	90 (a)	0 (b)	90	32,7%
Venosa e mista	-	41 (c)	144 (d)	185	67,3%
		131	144	275 (N)	
		47,6%	52,4%		
		Accordo osservato	(a+d)/N =	85,1%	
κ (di Cohen) =		$\frac{(\% \text{ accordo osservato}) - (\% \text{ accordo dovuto al caso})}{100 - (\% \text{ accordo dovuto al caso})} = 69,7\%$			

#le lettere (b) e (c) non vengono utilizzate: eliminare? sarebbe forse meglio spiegare nel testo perché si usano le lettere a, b, c, d e N#

È stato verificato quanto l'effetto di "ricollocazione" da una categoria diagnostica a quella di ulcera venosa e mista (+41) da sottoporre a follow-up fosse dovuto al caso, ovvero al grado di sensibilità diagnostica dei medici di medicina generale.

Per le sole ulcere venose e miste, l'accordo osservato tra diagnosi d'ingresso e diagnosi accertata dopo l'inserimento nella presa in carico interdisciplinare e interaziendale è stato dell'85,1% (cfr. tab. 5). Dopo applicazione del Test di concordanza di Cohen (κ di Cohen), si evidenzia un valore di accordo del 69,7%. Le persone con ulcere accertate venose sono state 104 e quelle con ulcere acce-

Tabella 6. Esiti degli 82 casi con ulcere venose e miste trattati con elastocompressione

<i>Esito</i>	<i>Follow-up 4^a settimana</i>	<i>Follow-up 12^a settimana</i>	<i>Totale</i>
Guarigione	35 (43%)	29 (35%)	64 (78%)
Riduzione superficie	0	9	9 (11%)
Aumento superficie	0	2	2 (2,4%)
Interruzione	3	4	7 (8,6%)

tate miste 27, sono quindi 131 le persone che potenzialmente potevano essere incluse nella casistica trattata in follow-up. Di queste, 82 sono state incluse nel follow-up, 49 invece rientravano nei criteri di esclusione dallo studio.

Negli 82 casi trattati con elastocompressione le guarigioni sono state 64 pari al 78%, le riduzioni di superficie 9 (11%), le interruzioni di trattamento 7 (3 rifiuti, 1 trasferimento, 1 decesso, 1 ricovero, 1 allergia); solamente in 2 casi si è verificato l'aumento di superficie dell'ulcera (cfr. tab. 6).

Discussione

La sperimentazione/studio ha stimato, per la prima volta in una “comunità aperta”, la prevalenza e l'incidenza del fenomeno. Teoricamente, per ottenere una misura corretta dell'incidenza, la popolazione ideale dovrebbe essere rappresentata da una coorte di cittadini “liberi” dalla condizione studiata e seguita nel tempo. Un approccio descrittivo di tipo trasversale potrebbe essere utile a individuare la casistica presente, e prevalente nell'area prescelta. In questo caso sia la popolazione affetta dalla patologia che quanti ne sono esenti potrebbero rappresentare la nostra popolazione di riferimento. Tali approcci, tuttavia, sono alquanto difficili da realizzare in questo contesto e sono molto impegnativi dal punto di vista delle risorse e delle metodiche di accertamento della casistica. Questi disegni sono stati sinora adottati per studiare incidenza e prevalenza su popolazioni “chiuse”, istituzionalizzate per lo più e di piccole dimensioni. Tra l'altro, le ulcerazioni agli arti inferiori sono espressione di sottostanti patologie cronico-degenerative instaurate da molti anni, hanno una lenta insorgenza e sono perciò un tipico terreno in cui i disegni tipo *cross-section*, di prevalenza, possono essere distorti dal cosiddetto “length-biased sampling”, che conduce a una sovrastima della prevalenza. Affrontare inoltre tali insidie metodologiche su una popolazione “aperta” è notevolmente più complicato.

4. LA FORMAZIONE NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

Per tali motivazioni, si è preferito limitare la stima dell'incidenza di detta patologia alla popolazione che si è rivolta nel periodo considerato ai servizi SID e AID. Nonostante quella in questione abbia carattere di patologia cronico-degenerativa a lenta insorgenza, la stima del 3,75% dell'incidenza è risultata superiore a quella del 2,6% della prevalenza. Questo artificio è stato reso possibile dall'intensa attività di diffusione della sperimentazione dell'innovativo servizio ai medici di famiglia (che si sono mostrati molto sensibili al problema) e indica che nel territorio triestino la patologia è probabilmente ancora sommersa. Ciononostante, la stima del 2,6% della prevalenza è in linea con quella degli studi condotti in altri paesi europei, che hanno rilevato che le persone affette da questa patologia, nella popolazione generale, variano dall'1,5 al 3%.

Il servizio sperimentale di presa in carico infermieristica in rete con i medici specialisti ospedalieri, di distretto e di famiglia ha consentito una diagnosi accertata e l'utilizzo delle più recenti raccomandazioni di trattamento. L'accertamento precoce delle diagnosi venosa e mista ha permesso di utilizzare i principi dell'EWMA (2003a); l'accertamento precoce della diagnosi neoplastica ha permesso di indirizzare tempestivamente le 3 persone al chirurgo per gli opportuni trattamenti, andando a incidere positivamente sulla prognosi *quoad vitam*. Il Test di concordanza di Cohen (κ di Cohen) evidenzia un valore di accordo diagnostico del 69,7% da ritenersi molto buono.

La percentuale di guarigione nei casi di ulcere venose e miste del 78% è addirittura superiore a quella prevista dai principi dell'EWMA. A tal proposito, è sconcertante rilevare che non ci sia ancora la rimborsabilità della calza elastica e delle bende per confezionare un bendaggio, quando l'efficacia in termini economici della terapia compressiva è riportata da numerosissimi studi.

Conclusioni

La sperimentazione evidenzia che è possibile e doveroso garantire una presa in carico in rete che assicuri l'utilizzo sensato – in osmosi – del primo, secondo e terzo livello di servizio (di base e specialistico). È tale osmosi a rendere efficienti ed efficaci i percorsi diagnostici e i trattamenti: è questo il valore della presa in carico, che aumenta addirittura la percentuale di guarigione indicata dai principi dell'EWMA, oltre a migliorare la qualità di vita delle persone. Infatti, le modalità di assistenza ambulatoriale o domiciliare hanno evitato l'evento traumatico del ricovero e l'esposizione al rischio di contrarre infezioni nosocomiali.

Per l'individuazione e la definizione dei percorsi diagnostici e di trattamento, sono stati fondamentali la letteratura scientifica, la formazione, l'esperienza degli infermieri case manager, il contributo dei medici specialisti distrettuali e

RIPROGETTARE LA SANITÀ

ospedalieri, nonché la rilevante collaborazione dei medici di famiglia. Questa esperienza è destinata ad arricchirsi attraverso il contributo di specialisti di altre discipline coinvolte nella gestione di questa malattia.

Le schede assistenziali utilizzate hanno permesso di confrontare le esperienze e il disagio delle persone con la valutazione clinico-assistenziale dell'infermiere e del medico. I risultati confermano la validità dell'approccio interaziendale e multidisciplinare: esso permette di diagnosticare ulcere che altrimenti rimarrebbero aspecifiche, senza un corretto trattamento terapeutico e una possibilità di guarigione. Rimangono i seguenti dubbi:

- questa patologia è definita cronica recidivante perché davvero lo è? E in quale misura lo è?
- siamo noi professionisti a renderla cronica recidivante perché incapaci di svolgere attività di rete interdisciplinare e interistituzionale?

5

La centralità di governo e la personalità dei dirigenti

5.1. Il “pluspotere” direzionale

Più di una volta, nei capitoli precedenti, si è affermata la caratteristica di massima complessità del sistema sanitario e con essa la richiesta di capacità manageriali non comuni per poterla governare proficuamente. In questo capitolo centreremo l'attenzione sulle doti di competenza e soprattutto attitudinali richieste a chi ricopre ruoli apicali.

In primo luogo, può essere utile riflettere sul “pluspotere di influenza organizzativa” che caratterizza l'esercizio dei ruoli direzionali di alto livello nell'organigramma aziendale. Questa dote di potere d'influenza è composta da più fattori oggettivi e soggettivi che possono così essere riassunti:

- l'oggettivo spazio protagonista conferito al ruolo apicale e ratificato dall'organigramma, che permette a chi dirige di disporre discrezionalmente di strutture, sistemi operativi e processi sociali;
- le competenze gestionali e manageriali che caratterizzano l'esercizio del potere di governo aziendale;
- il livello d'energia leaderistica e la qualità di tratti di personalità posseduti dagli attori direzionali;
- le suggestioni percettive attivate dai collaboratori/dipendenti, i quali proiettano su chi esercita ruoli leaderistici le loro simbologie emotive del rapporto con l'autorità.

La disponibilità di dispensare discrezionalmente risorse (budget, organico, tecnologia, spazio fisico, tempo), di influenzare notevolmente gli aspetti del sistema premio/sanzione (livelli retributivi, riconoscimenti/disconoscimenti sociali, criteri meritocratici, logiche sanzionatorie, sviluppi di carriera) rappresentano prerogative e attributi ratificati dall'oggettività del ruolo dirigenziale, indipendenti dalla caratura soggettiva degli individui che lo ricoprono.

Le competenze manageriali di chi governa centralmente sistemi complessi non sono specialistiche ma si rivolgono a grandi tematiche gestionali quali: la politica dei beni/servizi erogati dal sistema (marketing strategico), la politica del personale, la politica di sviluppo dell'impianto organizzativo, gli aspetti strategici del controllo di gestione, la strategia finanziaria. Rispetto a queste competenze strategiche di sistema, le figure manageriali si possono avvalere di staff specialistici, in grado di farsi carico di approfondimenti e istruttorie di dettaglio utili a supportare i processi decisionali di vertice.

Un fattore soggettivo che concorre al composto alchemico, intangibile ma chiaramente percepibile, che si può definire "pluspotere direzionale", è costituito dalla caratura leaderistica dei dirigenti. Il livello d'energia personale di influenzamento rispetto a persone e contesti organizzativi posseduto da un attore direzionale, legato al potere formale oggettivo di ruolo, può esercitare una forte funzione amplificante rispetto al pluspotere. La forza del ruolo sommata alla forza leaderistica di chi lo ricopre sono in grado di influenzare intere culture aziendali, generare climi sociali diffusi e determinare le sorti, nel bene e nel male, di interi sistemi organizzativi. È chiaro che gli stili di leadership possono assumere caratterizzazioni molto diverse. La personalità di un leader può ispirarsi al comando autoritario, oppure alla negoziazione autorevole, può essere animata da intenti di controllo o essere guidata da uno spirito di sviluppo. Resta il fatto che una personalità leaderistica forte, coerente o incoerente essa sia rispetto alla tipologia del sistema organizzativo di riferimento, è destinata a influenzare notevolmente contesti, dinamiche sociali, risultati aziendali.

A parità d'organico, modelli di leader diversi inducono climi e pedagogie sociali diverse. Un leader di stile autoritario tenderà a premiare i processi sociali d'obbedienza, cercherà di accentrare le decisioni e minimizzerà i processi di delega, gratificando i collaboratori gregari e mettendo in cattiva luce i collaboratori dotati di spirito protagonista. Un leader dotato di uno stile autorevole e negoziale indurrà processi sociali collaborativi e collegiali, accentrerà il governo delegando a collaboratori affidabili e dotati di protagonismo, non attribuirà rilevanza ai collaboratori supinamente obbedienti.

Per paradosso, anche un soggetto che ricopre un ruolo apicale poco dotato di attitudine leaderistica influenzerà notevolmente l'andamento organizzativo poiché svuoterà con la pochezza di energia soggettiva il potere oggettivo di ruolo. I dirigenti deboli in termini di energia leaderistica tendono a mettere in atto comportamenti di latitanza, di non gover-

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

no e di pavidità decisionale. Un tale modello di svuotamento soggettivo del potere oggettivo attribuito dal ruolo produce fenomeni di disorientamento di sistema, processi di frantumazione del macrosistema in sottosistemi e fenomeni di accumulo di potere improprio a livello di sottosistemi organizzativi gestiti da leader periferici forti.

La difficile governabilità, in termini decisori di spesa sanitaria, delle frantumazioni di pluspotere dei primari e dei medici di base è l'indizio della debolezza dei ruoli d'integrazione dei sovrasistemi territoriali della salute (nazionale, regionale, ASL).

In ragione delle precedenti riflessioni, si può affermare che i profili manageriali di alta integrazione di sistemi organizzativi complessi sono caratterizzati da alto valore aggiunto attitudinale e medio di competenze. Pertanto, per i manager di alto livello gestionale sono più significative le doti della persona rispetto alle competenze del professionista; ne deriva che la selezione attitudinale è fondamentale nella scelta dei dirigenti di vertice.

Se contestualizziamo i profili manageriali coerenti con la specificità dei sistemi sanitari possiamo cogliere alcune peculiarità. In primo luogo, l'altissima complessità derivante dalla convivenza organizzativa di professionalità e attività, unita alla loro continua evoluzione e non standardizzabilità, richiede ai manager sanitari una capacità non comune di visione olistica e sistemica, capace di vedere e gestire i legami essenziali tra i fattori organizzativi in gioco, senza farsi trascinare dalle specificità di dettaglio delle attività, che distolgono dalla visione del sistema nel suo insieme.

La notevole e improsciugabile discrezionalità e il conseguente protagonismo, diffusi fino all'ultima periferia territoriale, che caratterizzano i sistemi sanitari suggeriscono uno stile manageriale leaderisticamente forte e negoziale, giocato sulla capacità di orchestrazione e coordinamento orizzontale energetico più che sul comando accentrativo. Stili manageriali verticali e autoritari possono essere coerenti con la conduzione di sistemi organizzativi caratterizzati da bassa discrezionalità diffusa. L'esercizio della negoziazione, del convincimento dialettico e l'attenzione rivolta alle leve motivazionali rappresentano il collante centripeto di comunità professionali caratterizzate da protagonismo diffuso. Tali stili negoziali e di governo orchestrato sono in grado di salvare i protagonismi professionali diffusi mantenendoli all'interno di un perimetro motivazionale, socialmente integrato dalla forza centripeta dell'appartenenza. Solo così è possibile mantenere le redini direzionali che governano il tutto e, contemporaneamente, lasciare la gestione specialistica a chi esercita attività diretta (proponendo la direzione per obiettivi e il conseguente monitoraggio dei risultati).

L'utilizzo di uno stile manageriale accentrativo in sanità risulterebbe incoerente con la complessità e la discrezionalità funzionale diffusa. Produrrebbe climi difensivi, riti di accettazione formale e omertosa nei momenti ufficiali in presenza dei ruoli di comando, ma nel "retropalco organizzativo", dove fluisce la concreta attività quotidiana lontana dalla gerarchia, si potrebbero sviluppare dinamiche tribali di dipendenza, contro-dipendenza, discrezionalità rivendicativa, arbitrio gestionale. A fronte di un apparente controllo gerarchico del sistema si scatenerrebbero reazioni protagonistiche in eccesso che, oltre a essere legate alla naturale attività discrezionale, potrebbero caricarsi di tentazioni centrifughe, rivendicative, fino a giungere a condotte di sabotaggio del sistema. Un sistema complesso gestito con piglio gerarchico e accentrato viene semplificato, superficializzato, soffocato. Comandare il protagonismo rappresenta un ossimoro organizzativamente costoso, un po' come prescrivere la democrazia.

Se consideriamo un'ipotetica ASL (unificata, presidi ospedalieri più territorio), la sua caratteristica di essere un metaforico condominio di alta discrezionalità decentrata le permetterebbe di funzionare inerzialmente anche in assenza di governo generale (amministratore di condominio). Se immaginiamo i condomini sanitari ispirati da una diffusa deontologia professionale e da buone competenze, comprendiamo che rappresenta una parziale verità l'affermazione provocatoria di alcuni operatori della salute che recita: «Per fortuna erogiamo una discreta sanità nonostante chi non ci governa o ci governa in modo improprio o incompetente».

Nella realtà, un andamento per lungo tempo inerziale e periferico del sistema salute (condomini) senza un governo centrale (amministrazione di condominio) sia esso nazionale, regionale o di ASL, può produrre frantumazione ed eccentricità regionale (se parliamo di governo centrale), territoriale se parliamo di regioni o di ASL. Un governo centrale carente produrrebbe implicitamente delle diseconomie da pluspotere disfunzionale che si catalizzerebbero intorno ai sottosistemi in condizioni di maggior forza (condomini potenti), a scapito dei sottosistemi in condizioni di debolezza (condomini marginalizzati). È la carenza di governi autorevoli centrali (nazionali, regionali, di ASL), anche dovuta a leggi di regionalizzazione spinta, che produce l'escalation di pluspotere eccentrico delle regioni "virtuose" rispetto alle regioni "disagiate" (nazione), dei pluspoteri ospedalieri rispetto al territorio (regioni), dell'eccessiva dominanza dei ruoli primariali e dei medici di medicina di base a scapito di altri attori organizzativi (ASL).

È dai centri direzionali, dal cuore dei macrosistemi che bisogna partire

per allineare il governo della salute sul territorio italiano. I costi standard rappresentano un inevitabile punto di arrivo di un modello generale condiviso della gestione regionale della sanità, non il punto di partenza. Nelle mani degli “amministratori di condominio della salute”, dei manager della sanità risiede la guida, l’integrazione e lo sviluppo omogeneo dei sistemi. È la capacità di guidare e sviluppare un sistema senza poterlo comandare direttamente, ma agendo indirettamente sulle leve strutturali, sui sistemi operativi e sulla scelta degli attori coerenti con i ruoli che sostanzialmente i ruoli manageriali in sanità.

A chi dirige sistemi sanitari complessi (ministri, presidenti di Regione, assessori alla Salute, direttori generali) è inibito, in quanto velleitario, il controllo prescrittivo dei dettagli organizzativi, ma ai dirigenti che la sanno cogliere e gestire è concessa una potente funzione di sviluppo, di integrazione, di razionalizzazione e governo complessivo dei sistemi salute e di qualificazione della spesa sanitaria. Come tutti i sistemi veramente complessi, il sistema sanitario consente ai ruoli apicali che lo governano spazi di sviluppo e integrazione più che azioni prescrittive.

5.2. Distinzione tra competenze e attitudini

Numerosi contributi scientifici provenienti da approcci psicologici (cognitivismo), da approcci neuroscientifici (neuroscienze) e da approcci misti (programmazione neurolinguistica) suggeriscono la distinzione di livello tra la categoria delle capacità professionali (competenze) e la categoria dei tratti di personalità (attitudini comportamentali). Mutuando gli assunti di tali approfondimenti, mi sembra utile proporre la seguente distinzione semantica:

- per *competenze* s’intendono le conoscenze validate di mestiere;
- per *attitudini* s’intendono i tratti di personalità di un individuo.

Le competenze sono generate dall’acquisizione di modelli logici, metodologici e tecnici, specifici di una disciplina, validati dalla pratica di mestiere; rappresentano il “saper fare” di una professione. L’acquisizione di una competenza presuppone, di solito, un momento di scolarizzazione rispetto agli strumenti di mestiere accanto alla capacità operativa di risolvere problemi concreti lavorativi avvalendosi degli strumenti appresi.

Le attitudini rappresentano i paradigmi di fondo, i tratti di personalità che impattano prevalentemente sulle intelligenze emotive e guidano implicitamente la percezione, e quindi l’azione degli individui. Le attitudi-

ni si edificano attraverso la concreta dialettica di adattamento/reazione agli ambienti che caratterizzano la soggettiva avventura di vita degli individui.

È ovvio che le competenze e le attitudini convivono nei singoli, il saper fare di mestiere e il profilo di personalità si legano ma rimangono pur sempre fattori legati a dinamiche specifiche. Le ricerche sulla plasticità del cervello nei processi di apprendimento forniscono risultati ben diversi a seconda che si prendano in considerazione le competenze o le attitudini. Risulta infatti che le competenze di mestiere sono acquisibili da un individuo durante tutto l'arco della vita lavorativa. Le medesime ricerche ci dicono che le attitudini degli individui tendono a stabilizzarsi intorno ai 18/20 anni d'età.

Ne conseguono delle indicazioni operative dirette alla gestione del personale: a fronte di una carenza di competenze, la formazione permanente rappresenta uno strumento efficace durante tutto il percorso di carriera. Non si può affermare altrettanto quando appaiono evidenti delle carenze attitudinali a ricoprire un ruolo: in questi casi, lo strumento formativo risulta improduttivo, perciò si tratta di considerare con estrema attenzione il processo di selezione, il posizionamento o il riposizionamento degli individui, alla ricerca del miglior avvicinamento tra profilo attitudinale degli individui e il profilo di ruolo atteso.

È stato stimato che, scontate le differenze genetiche che, comunque, producono individui diversamente dotati pur nella similitudine che caratterizza la specie umana, l'ambiente educativo nella sua multiformità di stimoli esercita una funzione determinante nell'edificazione dei tratti di personalità individuale. Dal quarto mese intrauterino, sulla base geneticamente biodeterminata, incomincia a codificarsi la storia culturale unica e irripetibile dell'individuo, la sua percezione degli stimoli ambientali e le sue risposte adattivo/reattive non casuali. Dopo questo "ciak" culturale, il periodo d'imprinting della personalità si prolunga (con plasticità calante dopo il periodo infantile) per tutti gli anni postadolescenziali. In questa prima tappa dell'esistenza si formano e si rinforzano i nostri repertori di fondo della personalità. Nel gioco ripetuto di adesione/reazione alla realtà concretamente sperimentata che ci circonda si consolidano le categorie emotive del piacevole (attitudinale) e dello spiacevole (non attitudinale).

La mia esperienza e quella di numerosi colleghi che si occupano di progetti di selezione aziendale e di orientamento lavorativo testimoniano il fatto che risulta ancora poco diffusa la consapevolezza di quanto sia determinante la coerenza del profilo attitudinale con quello richiesto dalle professioni sul successo personale e di carriera. Ancora meno diffu-

sa è la consapevolezza del proprio profilo attitudinale, in primo luogo per un'evidente eccessiva risonanza emotiva che pervade gli individui nel momento dell'autovalutazione, in secondo luogo per la povertà di modelli culturali di uso comune, utili a classificare i tratti di personalità e gli indizi concreti della loro presenza. La diffusione di tali modelli permetterebbe di operare una diagnosi orientativa dei profili attitudinali e della loro coerenza con profili di mestiere, codificati e letti con le medesime categorie. Particolarmente importante risulta la capacità di leggere i profili attitudinali rispetto a posizioni organizzative di alto potere gestionale, caratterizzate più dai tratti di personalità che dalle competenze specialistiche di mestiere. Preso atto dell'alto potere d'influenzamento dei ruoli apicali rispetto ai sistemi organizzativi complessi, si comprende quanto una scelta attitudinale coerente o incoerente può salvare o far collassare l'intera organizzazione. In ambito sanitario, ad esempio, un direttore generale di ASL attitudinale può garantire l'integrazione, lo sviluppo e la qualificazione della spesa sanitaria, mentre la medesima posizione ricoperta da individui non attitudinali contribuisce alla frantumazione, alla dequalificazione delle attività e all'accumulo di diseconomie.

Credo possa essere di una certa utilità la descrizione del MASPI (Modello d'ascolto delle strategie percettive individuali), ideato e adottato dal sottoscritto in numerose attività di selezione, analisi del potenziale, orientamento attitudinale utilizzato dall'Università Bocconi di Milano nel processo di selezione e di orientamento dei partecipanti ai Master e adottato dal 1995, sempre in Bocconi, nel progetto di orientamento laureati che, a oggi, ha all'attivo più di 7.000 processi di orientamento erogati. Il medesimo modello è stato utilizzato nelle due esperienze di selezione attitudinale dei direttori generali di ASL nella Regione Friuli Venezia Giulia e nella Regione Puglia. Le due esperienze saranno poi riportate come esempi applicativi nel presente scritto.

5.3. Un modello di classificazione delle attitudini individuali

Le categorie metaforiche "Quadranti attitudinali" contemplate dal modello prendono come archetipo prevalente di riferimento le aree funzionali cerebrali (funzioni cognitive temporali e spaziali, funzioni emotive, funzioni motorie, funzione energetica)¹. Va tenuto presente che, data la delicatezza e la non misurabilità meccanica dell'oggetto in questione (tratti di personalità), la diagnosi va intesa come una lettura orientativa da esporre a continua verifica. Il modello proposto va quindi assunto

come uno strumento che offre maggior focalizzazione e consapevolezza di ascolto all'intuito umano. È bene tenere presente anche che la stima del potenziale attitudinale è da intendersi in un modo dinamico e non statico: non si tratta di schedare una volta per tutte le attitudini, ma di monitorarle nel loro divenire.

Pur scontando la tendenziale anelasticità del profilo attitudinale, improntato all'ambiente e alle esperienze dei primi anni di vita, il mix attitudinale, e con esso il profilo di personalità, è in continua evoluzione/involuzione, in momenti storici diversi, per opera dei rinforzi positivi o dei derinforzi ambientali. Al fine di schematizzare una mappatura attitudinale e di coerenza di mestiere, si possono suggerire i seguenti quadranti di diagnosi.

5.3.1. Quadranti del processo decisionale

Con questa chiave di lettura si intende analizzare come le persone attitudinalmente privilegino le seguenti sottoclassi, che riguardano le fasi dei processi di decisione.

1. *Quadrante di ascolto classificatorio*: designa l'attitudine degli individui a permanere piacevolmente in dimensione d'ascolto, di classificazione degli elementi in gioco, di analisi estetica e contemplativa, di ricerca profonda dell'essenza della realtà, di raccolta curiosa di elementi apparentemente eterogenei tra loro, alla ricerca di un imprevisto legame, senza farsi prendere da ansie temporali.
2. *Quadrante di analisi comparata*: caratterizza l'attitudine individuale nello stare piacevolmente alla ricerca delle correlazioni fra i fattori in gioco in un determinato problema o contesto, con l'obiettivo di scoprire i nessi causa-effetto e i pesi ponderali delle eventuali concause. Queste due prime attitudini, se notevolmente spiccate, evocano mestieri in cui la diagnosi rappresenta il fattore vincente, come la ricerca, la selezione del personale, la diagnosi clinica, la critica d'arte.
3. *Quadrante di progetto ipotetico*: designa l'attitudine di quei soggetti che prediligono attività di anticipazione decisoria, simulando la fattibilità, le numerose soluzioni possibili e profetizzandone i vincoli e le opportunità.
4. *Quadrante decisionale*: connota l'attitudine di individui che amano essere coinvolti in attività decisionali tese a dare corpo ai loro progetti. La concretezza, l'azione, la tangibilità, l'ansia temporale dei risultati visibili caratterizzano questa vocazione. Queste due ultime attitudini, se notevolmente presenti, richiamano mestieri nei quali l'intervento fattivo

rappresenta la variabile di successo, come la produzione, la progettazione tecnologica, le attività agonistiche, l'intervento clinico sotto urgenza, la commercializzazione quantitativa.

5.3.2. Quadranti attitudinali desunti dalle aree funzionali cerebrali

I quadranti attitudinali suggeriti dalle aree cerebrali funzionali sono definibili attraverso uno schema classificatorio.

1. *Quadrante analitico*: è rappresentato dall'attitudine al pensiero temporale, numerico, verbale, progettuale, focalizzato e approfondito. Le persone con spiccata attitudine analitica amano ambienti ordinati e prevedibili, tendono a esaltare alcuni elementi che ritengono degni di approfondimento, relegando sullo sfondo percettivo tutti gli altri fattori che ritengono secondari; le attitudini analitiche risultano più coerenti con ruoli e attività professionali centrati sulla coerenza specialistica (specializzazione tecnologica, scientifica, clinica, amministrativa, normativa, procedurale ecc.).

2. *Quadrante sistemico*: designa l'attitudine al pensiero olistico, spaziale, associativo, non verbale, metaforico, eclettico. Gli individui con spiccata attitudine sistemica amano stare in ambienti poco ordinati e imprevedibili, tendono alla conoscenza essenziale non approfondita dei molti elementi in gioco, alla ricerca delle loro correlazioni metaforicamente più significative. Le attitudini sistemiche risultano più in sintonia con attività professionali che hanno a che fare con sistemi complessi, imprevedibili e multifattoriali che richiedono contributi creativi quali attività imprenditoriali, manageriali, commerciali, clinico-generaliste, politiche, di animazione, artistiche ecc.

3. *Quadrante emotivo*: in termini di semplificazione, questo quadrante aggrega i paradigmi emotivi di fondo che caratterizzano le relazioni tra persone e che presiedono i filtri emotivi di selezione ambientale. Può essere distinto in tre subquadranti.

- *Subquadrante dell'espressività emotiva*: tende a designare l'intensità di coloritura emotiva (tasso di passionalità) prevalentemente assunta dagli individui nei processi di comunicazione, fenomeni nei quali gli individui non si scambiano solo dati, ma anche valenze emotive, arricchendo, così, in modo più o meno evidente, le interazioni di messaggi verbali e, soprattutto, non verbali. I tassi attitudinali di coloritura emotiva possono essere essenzialmente categorizzati in tre aree di diagnosi.

a) Alta espressività emotiva, propria di quegli individui portati a espri-

mere liberamente e senza problemi di controllo la loro emotività. Se trascuriamo i casi di eccessiva umoralità meteoropatica che potrebbero mettere a rischio relazioni stabili, le persone che posseggono questa attitudine si potrebbero trovare a loro agio in attività lavorative che prevedono relazioni interpersonali improntate ad alta affidabilità ed empatia (commercializzazione al dettaglio, consulenza, assistenza, servizi alla persona, animazione sociale, attività artistiche in genere, ecc.). Questa attitudine risulta vincente in tutte le attività lavorative che prevedono fidelizzazione personale alle soglie dell'amicizia.

b) Media espressività emotiva, caratteristica degli individui piacevolmente abituati a esprimere valenze emotive governandone razionalmente gli eccessi. Una tale attitudine a modulare situazionalmente il gradiente emotivo porta tali soggetti a essere vocati per attività professionali che implicano relazioni multiple e diversificate, relazioni delicate rivolte a soggetti diversi che richiedono l'adozione di strategie di rapporto multiple e flessibili (attività manageriali, negoziali, commerciali da grande distribuzione, politiche, istituzionali ecc.).

c) Bassa espressività emotiva, presente in quegli individui che si sentono a loro agio esprimendo in misura limitata le loro valenze emotive; a loro proposito si parla comunemente di persone fredde o imperturbabili. Se si escludono i casi limite di persone pesantemente anaffettive, tali individui risultano adatti ad attività professionali nelle quali l'emotività eccessiva potrebbe andare a scapito delle performance (attività di relazione con tecnologia complessa o con procedure, attività di controllo impopolare, ruoli di gestione ad alta potenzialità conflittuale, attività cliniche di manualità fine ecc.).

Un esempio di palese distinzione tra la categoria causale dei tratti attitudinali (tensioni di fondo degli individui) e la categoria sintomatica dei comportamenti (indizi di comunicazione visibile) è osservabile in quegli individui attitudinalmente dotati di alta espressività emotiva e di contemporanea alta attitudine al controllo razionale (analitico-corticale) del loro comportamento. Tali individui, in situazioni di contesto particolarmente emotivo e da loro ritenuto degno di vigilanza e controllo, mettono in atto comportamenti verbali e non verbali caratterizzati in modo evidente da censure di linguaggio e controllo somatico, tutto a scapito di una naturalezza e integrazione relazionale. Questa dinamica comportamentale è la risultante visibile di due forze contrapposte interne all'individuo (espressione emotiva e controllo razionale). In questi frangenti, gran parte dell'energia individuale è

stanziata per gestire il conflitto interno ed è distolta dal processo di comunicazione esterna, con visibile ritentività motoria.

- *Subquadrante della relazione sociale*: mira a cogliere i paradigmi impliciti che regolano le relazioni sociali tra gli individui. Con ampia approssimazione vengono stimati due paradigmi fondamentali.

a) Copione verticale: privilegiato da tutti quegli individui che tendono implicitamente a dare prevalente importanza al principio di autorità attiva e passiva quale regolatore e ordinatore primario dei rapporti sociali. Tali persone tendono ad assumere un atteggiamento di superiorità/comando con le persone ritenute di rango inferiore e un atteggiamento di obbedienza o di richiesta di assicurazione con le persone ritenute di rango superiore. I soggetti che possiedono una spiccata attitudine alla verticalità mostrano usualmente atteggiamenti giudicanti, prescrittivi, valutativi, di comando, di deferenza, di obbedienza. Una tale attitudine comportamentale si sposa coerentemente con ruoli di costrizione impopolare (manager ristrutturatori, attività prescrittive, certificatori), con funzioni o lavori dove la centralità di comando garantisce l'efficienza (imprenditori d'assalto, direttori di produzioni standardizzate e a volumi, controllori di persone), in ambiti lavorativi tenuti a far risaltare la dimensione d'ordine del rapporto top-down, capo-dipendente. Questo copione comportamentale, se associato alla forza leaderistica individuale, permette una diagnosi più netta di posizionamento lavorativo, in quanto le persone "verticali" dotate di alta forza leaderistica sono portate a ricoprire funzioni di comando, mentre le persone "verticali" dotate di bassa forza leaderistica sono vocate a ricoprire posizioni di obbedienza o di esecuzione.

b) Copione orizzontale: privilegiato da tutti gli individui che tendono ad attribuire un'implicita prevalenza alla relazione negoziale interpersonale. Il copione orizzontale tende a far risaltare la dimensione di scambio simmetrico e paritario nel rapporto interpersonale e sociale. Gli individui che privilegiano tale copione di rapporto non amano contesti organizzativi troppo verticalizzati, né amano ambienti lavorativi tesi al raggiungimento di posizioni di status gerarchico. Essi privilegiano l'uso della convinzione reciproca piuttosto che del comando. Individui possessori di una spiccata attitudine all'orizzontalità sociale sono coerenti con la copertura di ruoli organizzativi orizzontali, ruoli di coordinamento, ruoli di integrazione, ruoli di negoziazione, attività di servizio ai clienti interni ed esterni all'organizzazione, attività di assistenza, ruoli di consulenza, posizioni di staff, posizioni mana-

geriali di integratori di sistemi organizzativi molto complessi. Anche il copione orizzontale, se associato alla forza individuale, permette di formulare una diagnosi di posizionamento organizzativo più mirata. Un individuo con forte orizzontalità e notevole forza leaderistica potrà ricoprire cariche di direzione generale di un sistema organizzativo molto complesso o potrà essere un forte negoziatore diplomatico. Un individuo dotato di forte orizzontalità e bassa forza leaderistica risulta portato per attività di servizio, ma tenderà a eclissarsi nell'anonimato in presenza di contesti energetici e conflittuali. Egli avrà bisogno, per mettere in luce tutte le sue doti attitudinali, di potersi avvalere del supporto di procedure organizzative o di un mandato protettivo forte attribuitogli da ruoli e persone forti.

- *Subquadrante pensiero vincolo/opportunità*: tende a mettere in evidenza due grandi categorie di selezione dei dati del reale che possono, come altre, convivere equilibratamente o essere sproporzionatamente diseguali nel modo di leggere e rappresentare il mondo da parte degli individui. Queste due prospettive attitudinali possono essere, in modo convenzionale, connotate con i termini di pensiero vincolo e pensiero opportunità.
 - a) *Pensiero vincolo*: rappresenta una prospettiva di lettura della realtà che tende a esaltare gli elementi in grado di garantire la fattibilità oggettuale e la praticabilità concreta di atti e fenomeni. Il pensiero vincolo è quello che ci aiuta ad analizzare “con i piedi per terra” le condizioni concrete di attuabilità di qualsiasi progetto o azione. È l'attitudine di pensiero che dà forza ai ruoli di progettazione tecnologica, agli ingegnerizzatori di prodotto, agli studiosi di dimensionamento strutturale in ingegneria o in architettura, ai programmatori di fattibilità operativa, a tutti coloro che devono tradurre in attuazione concreta attività lavorative. Rappresenta anche la tipologia di pensiero più sollecitata in chi esercita funzioni di controllo (controllo amministrativo, controllo qualità, controllo di gestione, controllo normativo, funzioni di certificazione, funzioni di vigilanza ecc.). Se l'attitudine al pensiero vincolo risulta molto spiccata può prendere le sembianze di pensiero negativo, che si sposa con ruoli rivendicativi, contestativi, polemici, se associato ad alta forza leaderistica, o con attività di critica giornalistica o di critica culturale, se associato a media forza leaderistica. Alto pensiero negativo associato a bassa forza può produrre negli individui una lettura e un comportamento depresso e lamentoso da “catalizzatori di infelicità”.
 - b) *Pensiero opportunità*: connota una prospettiva di lettura della realtà tendente a esaltare gli aspetti di opportunità di ambienti e situazioni e

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

a porre, nel contempo, sullo sfondo gli aspetti vincolanti. Il pensiero opportunità spinge l'attenzione sulle possibilità di sviluppo e di innovazione non ancora sperimentate. Questa attitudine si associa coerentemente ad attività lavorative di ideazione, di sviluppo prodotti, sviluppo tecnologico, sviluppo economico, sviluppo organizzativo, sviluppo di mercato ecc. Se l'attitudine al pensiero opportunità risulta molto spiccata si può connotare come pensiero positivo. Alta presenza di pensiero positivo unita ad alta forza individuale richiama, coerentemente, ruoli imprenditoriali (di prima generazione) e ruoli di forte creatività culturale e scientifica. Tutte le attività creative in genere presuppongono in chi le esercita una buona presenza di pensiero opportunità. Un'eccessiva presenza di pensiero positivo può originare comportamenti di smodata euforia e atteggiamenti velleitari ad alto rischio di fattibilità.

Una buona compresenza di pensiero vincolo e di pensiero opportunità permette agli individui un approccio plastico, né pregiudizialmente positivo né pregiudizialmente negativo, in grado di visitare tutta la "catena del valore progettuale" passando dall'idea alla prototipizzazione, all'ingegnerizzazione e infine alla produzione; in tali condizioni non comuni l'individuo sa predisporre strategie coerenti con le mutevoli condizioni di contesto. Un manager di successo sa utilizzare prevalentemente il pensiero opportunità in condizioni favorevoli di mercato, così come sa attivare prevalentemente il pensiero vincolo nei momenti di contesto organizzativo sfavorevole. In pari misura, un politico di valore sa attivare prevalentemente il pensiero vincolo quando si trova all'opposizione (con un prevalente ruolo di controllo) e il pensiero opportunità quando si trova in maggioranza (investito di un ruolo prevalente di sviluppo).

- *Quadrante misura ed eleganza*: prende in esame il livello di coerenza e di coordinamento dei segnali di comunicazione non verbale (postura corporea, uso della musicalità delle frequenze e della ritmica della voce, articolazione convenzionale delle mani e delle braccia, espressività facciale ecc.). La dote della misura e della coordinazione fisica segnala la capacità implicita e acquisita degli individui di dosare l'energia corporea in coerenza con le diverse situazioni di interazione ambientale, tenendo in equilibrio le valenze emotive con il governo cognitivo. Le due fughe dall'eleganza, in più e in meno, sono rappresentate da quelle orchestrazioni di segnali non verbali che generalmente vengono connotate come goffaggine (titubanza di governo energetico) o grossolanità (forzatura energetica). In tutte le attività lavorative che implicano intense e numerose relazioni sociali (attività commerciali, manageriali, di servizio, di animazione,

d'immagine, di assistenza, di consulenza, d'insegnamento), la piacevolezza e l'eleganza non verbale rappresentano un'importante quanto poco consapevolizzata dote di successo relazionale; è inoltre ovvio che la misura e l'eleganza rappresentano un fattore vincente indispensabile per tutte le attività, professionali e non, che richiedono la misura corporea in termini di performance (attività quali lo sport, il teatro, la danza ecc.).

- *Quadrante forza*: caratterizza l'attitudine all'influenzamento energetico di persone e ambienti, e si può connotare sinteticamente come forza leaderistica. La presenza individuale di forza attribuisce vigore e visibilità a tutte le altre attitudini. Le attività di comando, di alto influenzamento culturale e, in genere, di protagonismo nella gestione e nel cambiamento abbisognano di forza individuale per avere successo. La forza leaderistica non va ristretta alla forza fisica. I leader influenzano anche con la costanza e l'indomabilità individuale delle idee e delle testimonianze valoriali. L'energia leaderistica rappresenta l'attitudine a modificare ambienti e relazioni sociali, a "lasciare il segno". La forza d'influenzamento rappresenta un'attitudine quantitativa; per qualificarla va associata ad altri dati di personalità, per cui si può essere leader nelle virtù sociali e leader nella violenza. Un individuo forte e molto analitico potrà raggiungere l'eccellenza specialistica, un soggetto forte e sistemico potrà essere un ottimo manager, la forza giocata col copione verticale genererà un soggetto eccellente nell'accentramento gerarchico di organizzazioni semplici; associata a un copione orizzontale, proporrà un soggetto capace di orchestrare sistemi organizzativi complessi. La forza associata a forte pensiero vincolo è peculiare dei leader di controllo, associata al pensiero opportunità genera un leader di sviluppo.

Per agevolare una visione sistemica e aggregata delle attitudini individuali proprie e altrui è possibile usare uno schema sintetico e riassuntivo come quello riportato nella figura 5.1.

È bene ribadire che il profilo di personalità è costituito dal risultato dell'interazione dialettica delle attitudini individuali, non dalla somma delle singole attitudini, così come il gusto prodotto dall'alchimia di un cocktail non è uguale alla somma dei gusti separati dei singoli ingredienti. Per tale ragione risulta fortemente criticabile l'approccio aritmetico e lineare adottato da alcune procedure aziendali di analisi del potenziale, che richiedono l'attribuzione di un peso numerico a ogni classe attitudinale per poi sommare tra loro i diversi pesi delle attitudini, al fine di giungere a un numero finale al quale viene attribuito il valore simbolico di alta, media, bassa caratura di potenziale attitudinale. Potenza dei numeri usati a sproposito!

Figura 5.1. Schema di rappresentazione sistemica del profilo attitudinale

Ascolto classificatorio	Analisi comparata	Progetto ipotetico	Decisione
<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> alta
<input type="checkbox"/> medio-alto	<input type="checkbox"/> medio-alta	<input type="checkbox"/> medio-alto	<input type="checkbox"/> medio-alta
<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> media
<input type="checkbox"/> basso	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> basso	<input type="checkbox"/> bassa
Attitudine sistemica		Attitudine analitica	
<input type="checkbox"/> alta		<input type="checkbox"/> alta	
<input type="checkbox"/> medio-alta		<input type="checkbox"/> medio-alta	
<input type="checkbox"/> media		<input type="checkbox"/> media	
<input type="checkbox"/> bassa		<input type="checkbox"/> bassa	
Espressività emotiva			
<input type="checkbox"/> alta			
<input type="checkbox"/> media			
<input type="checkbox"/> bassa			
Pensiero vincolo		Pensiero opportunità	
<input type="checkbox"/> alto		<input type="checkbox"/> alto	
<input type="checkbox"/> medio		<input type="checkbox"/> medio	
<input type="checkbox"/> basso		<input type="checkbox"/> basso	
Relazione sociale			
<input type="checkbox"/> copione prevalentemente verticale			
<input type="checkbox"/> copione prevalentemente orizzontale			
Misura ed eleganza			
<input type="checkbox"/> alta			
<input type="checkbox"/> media			
<input type="checkbox"/> bassa			
Forza			
<input type="checkbox"/> alta			
<input type="checkbox"/> media			
<input type="checkbox"/> bassa			

Questo è un esempio di quanto l'approccio di misurazione lineare e numerica (analitico) applicato a un fenomeno che richiede un approccio di stima associativa metaforico (sistemico) riesca a produrre idiozie logiche rivestite da un manto di scientificità aritmetica. La personalità

degli individui è un cocktail unitario frutto di interazione di tratti e non della loro somma. I sistemi complessi si stimano facendo prevalere le intelligenze sistemiche, non la linearità aritmetica. Così, per stimare un profilo attitudinale, si possono focalizzare, in fase di prima analisi classificatoria, indizi di intensità di presenza dei singoli tratti di personalità. Il fine ultimo è, però, quello di ricomporre una visione metaforica unitaria d'insieme di un profilo di personalità specifica e della sua coerenza con una altrettanto specifica proposta lavorativa. Il tutto non alla ricerca degli assoluti alti, medi, bassi potenziali attitudinali ma con l'obiettivo di individuare la maggior coerenza relativa tra profilo di ruolo e profilo attitudinale individuale.

5.4. Esperienze

Il caso della selezione attitudinale dei direttori generali – Regione Friuli Venezia Giulia

di *Lionello Barbina*

Caratteristiche del processo di cambiamento nel servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia negli anni novanta

La Regione Friuli Venezia Giulia ha affrontato il tema del riordino del servizio sanitario regionale introdotto dal D.Lgs. **#da completare con numero e data#**/1992 e successive modificazioni e integrazioni attivando un processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione del sistema.

Tale processo ha prodotto due effetti:

- una revisione organizzativa del servizio sanitario, collegata al più generale processo di cambiamento della pubblica amministrazione;
- una revisione strutturale dell'offerta sanitaria.

I principi cardine di questo cambiamento sono così riassumibili:

- concezione del SSR quale gruppo di aziende avente come mandato la tutela della salute;
- distinzione tra il momento politico strategico e quello manageriale;
- superamento dei tradizionali meccanismi procedurali caratterizzanti la pubblica amministrazione in senso classico;
- organizzazione delle aziende in relazione allo stile di gestione del direttore generale, nell'ambito del telaio delineato dalla legge;
- attivazione di un processo di programmazione e controllo che raccorda la

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

pianificazione strategica regionale con gli indirizzi di programmazione annuale e con la gestione.

La scelta dei direttori generali

Questa impostazione, fortemente innovativa, ha subito evidenziato la valenza strategica che assumeva la scelta dei direttori generali e, naturalmente, della dirigenza apicale. Si trattava di coniugare le esigenze, da un lato, di muoversi all'interno dei vincoli posti dalla legge e dalle più generali norme di buona amministrazione, dall'altro di perseguire la qualità del processo di valutazione e selezione dei candidati con l'individuazione di percorsi nuovi non reperibili nel tradizionale modo di operare nel settore pubblico. Di conseguenza, era indispensabile attivare procedure di selezione al di fuori della prassi tradizionalmente propria dei sistemi applicati nelle pubbliche amministrazioni.

In prima applicazione della disciplina, la Regione Friuli Venezia Giulia (**D.G.R. 1693/1994 #?#**) ha deciso di avvalersi del supporto tecnico di esperti specializzati nelle tecniche di selezione del personale manageriale, affidando a una società esterna l'incarico di assistere la Regione stessa nella valutazione degli aspiranti. In coerenza con i principi sia tecnici che di trasparenza, la Giunta Regionale (**D.G.R. 2213/1994 #?#**) ha predeterminato i criteri e i parametri per la scelta che si sono concretizzati nell'individuare:

- le caratteristiche delle aziende;
- il profilo della posizione;
- le caratteristiche professionali richieste.

La società incaricata ha usato le proprie conoscenze e metodologie per la valutazione del grado di convergenza del profilo professionale posseduto dai singoli candidati verso i profili ideali predeterminati del direttore generale. L'esperienza è stata positiva e ha permesso alla Giunta Regionale di operare scelte consapevoli all'interno di un gruppo di candidati per i quali, oltre alle caratteristiche professionali e di studio indicate dai titoli formali, c'era una valutazione di convergenza rispetto al profilo a target certificata da esperti.

La commissione di esperti e la selezione attitudinale

Il positivo processo di aziendalizzazione della sanità nel Friuli Venezia Giulia, che si caratterizzava anche con la scelta del manager più coerente, si è evoluta alcuni anni dopo rispetto alle esigenze di:

- migliorare la descrizione delle caratteristiche manageriali sia in termini di competenze professionali che di attitudini individuali richieste;
- esplicitare le tecniche di valutazione dei candidati usate dagli esperti incaricati.

#esplicitare gli estremi di queste norme, non li trovo online#

RIPROGETTARE LA SANITÀ

La Giunta Regionale, con delibera 9 agosto 1996, n. 3569, ha:

- delineato le caratteristiche ideali di managerialità in relazione alle connotazioni del contesto strutturale del servizio sanitario regionale;
- costituito un'apposita commissione di esperti con il compito di presentare alla Giunta Regionale il grado di coerenza dei profili dei singoli candidati rispetto al profilo richiesto.

Le caratteristiche ideali di managerialità delineate dalla delibera di Giunta fanno riferimento a:

- esperienze professionali possedute;
- capacità manageriali, tecnico-organizzative, comunicative e di attenzione alle problematiche sociali:
 - essere capace di prendere decisioni anche in situazioni critiche e di assumersi le responsabilità derivanti dal mandato sia in coerenza ai vincoli istituzionali sia in assenza di un quadro certo di riferimento predefinito;
 - essere creativo e aperto al cambiamento, pur avendo una chiara consapevolezza della realtà;
 - essere un forte decisore e realizzatore, capace di contemperare obiettivi di efficacia e di efficienza in una gestione equilibrata di qualità e costi dei servizi;
 - essere dotato di pensiero strategico e della capacità di individuare i programmi concreti necessari per attuare le strategie;
 - essere capace di esprimere una leadership personale, indipendente dal ruolo di governo che assume;
 - essere capace di scegliere i propri collaboratori, da conoscitore di uomini al di là delle barriere formali imposte ai processi di selezione, dedicando il tempo e la pazienza necessari all'importanza del compito;
 - essere capace di gestire risorse umane e organizzare il lavoro per progetti;
 - essere capace di instaurare comunicazioni interpersonali sia all'interno della struttura (socializzazione del mandato e missione dell'azienda) sia all'esterno (rapporti con enti pubblici, media, organizzazioni sindacali);
 - avere un forte grado di motivazione sociale;
 - essere dotato di sensibilità rispetto all'impatto sociale delle scelte economiche e gestionali;
 - avere consapevolezza e comprensione delle principali esigenze dei cittadini;
 - essere in possesso di conoscenze relative alla riforma sanitaria che hanno diretto impatto su ASL e ospedali (responsabilità di pareggio di bilancio, contabilità economico-patrimoniale, pagamento a prestazione);

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

- essere capace di identificare le priorità per gestire il processo di aziendalizzazione;
- essere capace di affrontare grossi problemi di riorganizzazione dell'offerta sanitaria (chiusura o apertura di unità operative);
- esperienze di responsabilità gestionale documentate, sviluppate in contesti organizzativi sufficientemente ampi e complessi;
- sviluppo delle conoscenze professionali in almeno due delle seguenti funzioni:
 - amministrazione e gestione delle risorse finanziarie;
 - programmazione e controllo di gestione;
 - organizzazione e gestione delle risorse umane;
 - consuetudine a lavorare in modo interfunzionale e a responsabilizzare le risorse umane disponibili.

Costituzione di un'apposita commissione di esperti con il compito di presentare alla Giunta Regionale il grado di coerenza dei profili dei singoli candidati rispetto al profilo richiesto

La Commissione individuata dalla Giunta Regionale era composta dai seguenti esperti:

- dott. Lionello Barbina, direttore generale dell'Agenzia regionale della sanità della Regione Friuli Venezia Giulia, presidente;
- prof. Roberto Vaccani, docente sDA, Università Bocconi di Milano, esperto di analisi organizzativa e di strumenti di selezione e gestione del personale, componente;
- prof. Elio Guzzanti, direttore Agenzia per i servizi sanitari regionali, componente;
- prof. Mario Zanetti, direttore Agenzia regionale della sanità della Regione Emilia-Romagna e docente di Programmazione sanitaria all'Università degli studi di Bologna, componente;
- dott.ssa Simona Cuomo, consulente Università Bocconi di Milano, esperta di metodi di selezione del personale, componente;
- prof.ssa Paola Caiozzo, docente sDA, Università Bocconi di Milano, esperta di analisi organizzativa e di selezione del personale, componente.

Il lavoro della commissione

I lavori della commissione, prolungati per un ricorso al TAR che ha costretto a una maggiore esplicitazione e precisazione, sono descrivibili partendo dalle

RIPROGETTARE LA SANITÀ

considerazioni che la commissione premette come fondamentali per una scelta coerente della figura del direttore generale:

L'articolazione dinamica e la complessità raggiunta dagli attuali sistemi sanitari richiede a chi li governa doti manageriali non comuni. I requisiti dei manager della sanità implicano solo in parte conoscenze specifiche di mestiere e valore aggiunto accumulato con l'esperienza lavorativa, bensì coinvolgono massicciamente aspetti fondanti delle attitudini e della personalità degli individui.

L'evoluzione febbrile del contesto sociale e istituzionale ha spinto, in pochi anni, la sanità dal "porto" del mercato protetto al "mare aperto" delle sfide concorrenziali.

Oggi chi si trova a governare intere Aziende Sanitarie deve mantenere un costante e mutevole equilibrio tra le spinte all'efficienza (controllo e minimizzazione delle risorse impegnate) dovute alle disponibilità finanziarie oggettivamente limitate e le contrapposte pressioni sull'efficacia (sviluppo, miglioramento e generalizzazione della qualità di prestazioni) che nascono da un'utenza sempre più attenta e organizzata oltre che dalla deontologia sanitaria applicata.

Va aggiunto che i Sistemi Sanitari potrebbero essere eletti a emblema organizzativo di imprevedibilità e articolazione di governo in quanto convivono in essi tutti i più significativi indicatori di complessità quali:

- l'essere straordinariamente pluriprodotto e pluriservizio;
- l'essere pluriterritoriale;
- l'essere pluriprofessionale e plurifunzionale;
- l'essere ad altissima discrezionalità decisionale diffusa;
- l'essere esposti a continue evoluzioni tecnologico/professionali;
- l'essere esposti a continue evoluzioni normative;
- l'essere richiesti di fornire prestazioni integrate e non divise;
- l'essere richiesti di personalizzare, almeno in parte, la prestazione cliente per cliente;
- l'essere disponibili a governare imprevedibili e fisiologici mutamenti quali-quantitativi di domande.

Per la componente ospedaliera, poi, che costituisce tutt'ora quella che maggiormente pesa in termini organizzativi e finanziari, si aggiunge l'obbligo di operare contemporaneamente su due linee produttive, quella dei casi di elezione e quella delle emergenze, quest'ultima oltre tutto difficilmente preventivabile come tipologia e volumi di prestazioni, con la conseguente esigenza di essere operativi h. 24 per 365 giorni l'anno.

La guida di siffatti sistemi va esercitata da individui dotati di energia personale e valoriale determinati negli obiettivi deontologico-organizzativi di tendenza, capaci di ascoltare e negoziare le relazioni esistenti tra i diversi e legittimi interessi in gioco, capaci di resistere all'approccio semplificatorio e monoprofessionale.

Individui inadatti alla gestione manageriale potrebbero confondere la complessità vitale con il disordine mortale e mettere in atto ricette semplificatorie monoprofessionali (o

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

prevalentemente burocratico-amministrative, o prevalentemente di stampo clinico, o prevalentemente normativo-prescrittivo), potrebbero, altresì, preferire al terreno faticoso della concertazione scorciatoie prescrittive e autoritarie che, nei sistemi complessi, producono solo rallentamenti di sviluppo e crescita di energie conflittuali diffuse.

In sistemi organizzativi ad altissimo potere capillarmente diffuso, la verticalità di comando spesso produce danni superiori di quelli prodotti dalla latitanza di comando. In tali contesti risulta vincente l'atteggiamento negoziale e l'autorevolezza decisionale supportata dall'analisi attenta e corale dei dati oggettivi.

Per le ragioni precedentemente esposte la scelta dei manager della sanità dovrebbe avvenire sulla base di consolidate esperienze di governo di sistemi complessi e sulla base di qualità personali, più che sulla scorta di competenze specialistiche maturate tutte all'interno di una singola funzione.

Il procedimento ha, quindi, previsto la preventiva valutazione dei curricula dei candidati e il successivo, eventuale, approfondimento di quei profili che, sulla scorta dei risultati scaturenti dalla prima fase, risultavano avere un significativo grado di coerenza con le caratteristiche delineate dalla Giunta Regionale. Si descrivono di seguito le due fasi valutative:

- la valutazione dei curricula;
- la valutazione delle attitudini.

La valutazione dei curricula

Le caratteristiche ricercate nei profili manageriali, così come descritti in delibera, rappresentano le precondizioni per un coerente governo di un'organizzazione complessa quali quelle rintracciabili nel sistema Sanità.

I criteri di valutazione dei curricula fanno riferimento agli indicatori che la logica della Scienza dell'organizzazione assume per definire la complessità.

Situazioni ad alta complessità sono quelle che obbligano alla gestione e al governo di:

- ambiente di contesto: caratterizzato da una alta imprevedibilità del mercato di riferimento e rapporti diretti con i clienti (variazione della domanda/bisogno), produzione o erogazione di beni/servizi personalizzati;
- strutture: significative dal punto di vista dimensionale, di articolazione e d'interdipendenza organizzativa tra le diverse unità, e con un alto livello di discrezionalità diffusa tra le diverse figure professionali che interagiscono all'interno;
- meccanismi operativi: regole di integrazione e collegamento tra le diverse parti dell'organizzazione (politiche di pianificazione, controllo di gestione, politiche di gestione del personale, sistemi informativi ecc.);

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- processi sociali: gestione delle diverse culture organizzative, gestione del consenso e del coinvolgimento delle persone in momenti di criticità e cambiamento (periodi di sviluppo, periodi di crisi).

In coerenza ai parametri di complessità sopra descritti, gli indicatori utilizzati per classificare le esperienze maturate dai candidati sono:

- organizzazione che offre un bene/servizio personalizzato e/o standardizzato;
- organizzazione pluriprodotto e/o monoprodotto;
- prevedibilità e/o imprevedibilità del mercato di riferimento;
- organizzazione plurifunzionale e/o monofunzionale;
- gestione di pluriprofessionalità e/o monoprofessionalità;
- gestione di rapporti diretti e/o indiretti con i clienti;
- gestione di sistemi in sviluppo e/o in crisi.

Il modello classificatorio in cui sono state inserite le esperienze dei candidati è il seguente:

- complessità: gestione di ambienti pluriprofessionali e plurifunzionali; gestione diretta di attività con alta imprevedibilità di innovazione tecnologica; personalizzazione richiesta dai clienti/utenti; innovazione normativa; ambienti aziendali che implicano gestione coordinata e dinamica di risorse: economiche, personale, ambienti fisici, tecnologie;
- competenze professionali: amministrazione e gestione (programmata e non burocratica) di risorse economiche e finanziarie; programmazione e controllo di gestione, intesi in termini di verifica di risultati di performance, non solo economica; organizzazione e gestione delle risorse umane, intesa in termini di rapporti sociali e presidio di aspetti di sviluppo (selezione, inserimento, formazione e sviluppo carriere);
- responsabilizzazione e motivazione: consuetudine a lavorare responsabilizzando e motivando le risorse umane.

In base a quanto precisato, la commissione ha proceduto a una articolata e puntuale descrizione delle valutazioni di ciascun curriculum. Sono stati oggetto di approfondimento, attraverso colloquio attitudinale mirato a sondare la coerenza con il profilo atteso, i candidati le cui esperienze descritte nel curriculum sono risultate, a giudizio di discrezionalità tecnica della Commissione, convergere in modo significativo rispetto alle caratteristiche stabilite nella più volte citata delibera della Giunta Regionale. La Commissione ha privilegiato un approccio valutativo di tipo sistemico tendente a stimare le correlazioni di esperienze curriculari nel loro aspetto interattivo, anziché un approccio di tipo

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

analitico teso a quantificare e sommare ogni singola esperienza desunta dai curricula.

La valutazione delle attitudini

Ai fini della valutazione attitudinale, sono state esaminate nel colloquio le «capacità manageriali, tecnico-organizzative, professionali e di attenzione alle problematiche sociali» previste dalla delibera della Giunta Regionale 3569/1996, classificate in categorie omogenee in modo da consentire un'osservazione mirata del grado di convergenza del profilo di managerialità posseduto dal candidato rispetto alle caratteristiche richieste. I modelli di riferimento usati per la descrizione del profilo ideale atteso, per la raccolta dei dati in sede di selezione e per la codifica dei profili esaminati hanno consentito la lettura delle caratteristiche attitudinali dei candidati secondo una duplice prospettiva statica e dinamica. Il modello che si pone in prospettiva statica usa le seguenti categorie attitudinali: #?#

- *quadrante analitico* costituito da capacità di pensiero temporale, lineare, matematico, verbale, focalizzato. Le attitudini analitiche risultano più coerenti con ruoli e attività professionali centrate sulla coerenza specialistica (specializzazione tecnologica, amministrativa, finanziaria ecc.);
- *quadrante sistemico* costituito da capacità di pensiero spaziale, associativo, non verbale, metaforico, eclettico. Le attitudini sistemiche risultano più in sintonia con attività professionali che hanno a che fare con sistemi complessi imprevedibili e multifattoriali (attività gestionali e manageriali, professioni commerciali ecc.);
- *quadrante emotivo* che, in termini semplificatori professionali, può essere ristretto ai paradigmi di fondo che caratterizzano le relazioni tra persone e tra persone e ambiente. Per questa ragione può essere suddiviso in tre subquadranti:
 - *subquadrante dell'emotività* in senso proprio, che può mirare a stimare la modalità di esercizio della emotività individuale, dividendo tale esercizio in tre categorie: attitudine a esprimere l'emotività governandone gli eccessi, attitudine a esprimere l'emotività senza governare gli eccessi, attitudine a controllare l'emotività senza farne recepire le coloriture. Questo subquadrante stima attitudini fondamentali per leggere le coerenze con attività professionali ad alto valore aggiunto relazionale;
 - *subquadrante della relazione sociale*, che mira a stimare il copione di relazione privilegiato dagli individui, definendone, con ampia approssimazione, due fondamentali: il *copione verticale*, privilegiato da tutti gli individui

#la classificazione esposta di seguito è già stata descritta poco sopra. Eliminerai il testo sottostante, sostituendolo con un rimando alle pagine precedenti#

che tendono a dare particolare importanza al principio di autorità come regolatore primo dei fenomeni sociali. Il copione verticale tende a far risaltare la dimensione d'ordine del rapporto top/down (capo/dipendente, genitori/figli, leader/ adepti ecc.); il *copione orizzontale*, privilegiato da tutti gli individui che tendono a dare particolare importanza alle pari opportunità nelle relazioni sociali. Il copione orizzontale tende a far risaltare la dimensione negoziale di scambio paritario nel rapporto interpersonale e sociale;

- *subquadrante vincoli/opportunità*, che tende a diagnosticare paradigmi di fondo con i quali l'individuo discrimina gli ambienti che lo circondano. La classificazione di fondo assunta si avvale di due categorie: centratura sui vincoli e sul controllo, constatabile in individui che si avvalgono implicitamente di filtri selettivi tendenti a mettere in primo piano i vincoli oggettivi e sullo sfondo le opportunità; centratura su opportunità e sviluppo, leggibile a livello comportamentale in individui che tendono a selezionare la realtà che li circonda privilegiando le opportunità e lasciando sullo sfondo i vincoli oggettivi;
- *quadrante misura ed eleganza*, quest'ultima attitudine è caratterizzata dall'insieme dei segnali di comunicazione soprattutto non verbale (postura corporea, uso della tonalità della voce, articolazione gestuale delle mani, espressioni facciali, ecc.) e dalla loro "rotondità" e coerenza con le situazioni ambientali. In definitiva, l'eleganza si può definire come la capacità implicita di dosare l'energia corporea in coerenza con le diverse situazioni di interazione ambientale. Le due fughe dall'eleganza, in più e in meno, sono rappresentate dalla volgarità o forzatura energetica e dalla goffaggine o titubanza energetica;
- *quadrante forza*, che è un'attitudine rappresentata dalla predisposizione all'influenzamento di situazioni o persone e si può sintetizzare come livello di forza leaderistica; l'alta o medio-alta attitudine alla forza è richiesta da ruoli e funzioni di direzione, di negoziazione, di comando, di formazione ed educazione ecc.

Il modello che si pone in prospettiva dinamica tende a diagnosticare il baricentro di personalità dell'individuo rispetto al processo decisionale. A tal fine, lo stesso processo viene suddiviso in quattro fasi ideali correlandole a quattro attitudini di campo:

- fase 1: ascolto classificatorio. Attitudine a definire il campo di osservazione e di classificazione degli elementi in gioco in categorie omogenee, senza semplificare eliminando o non rilevando dati significativi;
- fase 2: elaborazione. Attitudine a individuare i nessi e le correlazioni dinamiche dei fattori in gioco, alla ricerca diagnostica delle priorità di causa-effetto e delle regole prevalenti di interazione;
- fase 3: progetto. Attitudine a spingersi nell'area a rischio della decisione

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

identificando più di un'alternativa e individuando per ogni opzione decisionale i vincoli e le opportunità;

- fase 4: decisione. Attitudine a risolvere operativamente i diversi problemi governando le pressioni di efficienza senza perdere di sostanzialità ed efficacia nella decisione.

Profilo scelto dalla committenza politica

Con riferimento a quanto sopra riportato, le caratteristiche di cui al gruppo "Capacità manageriali, tecnico-organizzative, comunicative e di attenzione alle problematiche sociali" descritte nella delibera di Giunta Regionale 3569/1996 possono essere rintracciate attraverso la lettura del modello teorico descritto con alcune associazioni esemplificative nella tabella 1.

Il profilo atteso definito dalla Commissione è sintetizzato, per quanto riguarda la prospettiva statica, nella figura 1.

Tabella 1. Profilo ideale scelto in cui sono rintracciabili le prevalenze attitudinali (categorie da D.G.R. 3569/1996)

#Inserire testatina#	#Inserire testatina#
Essere capace di prendere decisioni anche in situazioni critiche e di assumere le responsabilità derivanti dal mandato sia in coerenza ai vincoli istituzionali sia in assenza di un quadro certo di riferimento predefinito.	Prospettiva di diagnosi statica: Quadrante: forza Subquadrante: centratura su opportunità e vincolo
Essere creativo e aperto al cambiamento, pur avendo una chiara consapevolezza della realtà.	Prospettiva di diagnosi statica: Quadrante: sistemico Subquadrante: centratura su opportunità e sviluppo
Essere un forte decisore e realizzatore, capace di contemperare obiettivi di efficacia e di efficienza in una gestione equilibrata di qualità e costi dei servizi.	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: forza Subquadranti: sistemico; analitico Prospettiva di lettura dinamica: Fasi: ascolto classificatorio; elaborazione; decisione
Essere dotato di pensiero strategico e della capacità di individuare i programmi concreti necessari per attuare le strategie.	Prospettiva di lettura statica: Quadranti: analitico; sistemico Subquadrante: opportunità e sviluppo
Essere capace di esprimere una leadership personale, indipendente dal ruolo di governo che assume.	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: forza

Tabella 1. (segue)

#Inserire testatina#	#Inserire testatina#
Essere capace di scegliere i propri collaboratori da conoscere di uomini al di là delle barriere formali imposte ai processi di selezione, dedicando il tempo e la pazienza necessari all'importanza del compito.	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: emotivo Subquadranti: relazione sociale; emotività Prospettiva di lettura dinamica: Fasi: ascolto classificatorio
Essere capace di gestire risorse umane e organizzare il lavoro per progetti.	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: emotivo Subquadranti: relazione sociale; vincoli e opportunità Prospettiva di lettura dinamica: Fasi: ascolto classificatorio; elaborazione
Essere capace di instaurare comunicazioni interpersonali sia all'interno della struttura (socializzazione del mandato e missione dell'azienda) che all'esterno (rapporti con enti pubblici, media, organizzazioni sindacali).	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: emotivo Subquadranti: relazione sociale; emotività
Avere un forte grado di motivazione sociale	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: emotivo Subquadrante: relazione sociale Prospettiva di lettura dinamica: Fasi: ascolto classificatorio; elaborazione
Essere dotato di sensibilità rispetto all'impatto sociale delle scelte economiche e gestionali.	Prospettiva di lettura statica: Quadranti: analitico; sistemico Prospettiva di lettura dinamica: Fasi: ascolto classificatorio; elaborazione
Avere consapevolezza e comprensione delle principali esigenze dei cittadini.	Prospettiva di lettura statica: Quadrante: emotivo Subquadrante: relazione sociale Prospettiva di lettura dinamica: Fasi: ascolto classificatorio; elaborazione
Essere in possesso di conoscenze relative alla riforma sanitaria che hanno diretto impatto con ASL e ospedali (responsabilità di pareggio di bilancio, contabilità economico-patrimoniale, pagamento a prestazione).	Prospettiva di lettura statica: Quadranti: analitico; sistemico
Essere capace di identificare le priorità per gestire il processo di aziendalizzazione.	Prospettiva di lettura statica: Quadranti: analitico; sistemico
Essere capace di affrontare grossi problemi di riorganizzazione dell'offerta sanitaria (chiusura o apertura di unità operative)	Prospettiva di lettura statica: Quadranti: analitico; sistemico

Figura 1. #Inserire titolo#

Attitudine sistemica (spaziale associativa)	Attitudine analitica (temporale numerica)
Molto alta	Molto alta
Alta	Alta
Medio-alta	Medio-alta ☆
Media	Media

Per quanto riguarda la prospettiva dinamica, invece, il candidato ideale dovrebbe presentare una maggior centratura sulle attitudini di ascolto ed elaborazione che non su quelle di progetto e decisione, senza ovviamente che queste ultime risultino eccessivamente penalizzate.

La Commissione, partendo dall'analisi curriculare di 61 concorrenti, ha presentato l'elenco dei 23 candidati ammessi alle interviste. I 23 candidati erano stimati individualmente dalla Commissione rispetto al grado di coerenza con le caratteristiche delineate dalla Giunta Regionale, descritte nel dettaglio per ciascuno rispetto alle caratteristiche professionali e ai profili attitudinali. La Giunta ha scelto 6 direttori generali all'interno di tale elenco.

Conclusioni

L'esperienza ha permesso di testare come sia possibile:

- coniugare l'esigenza di muoversi all'interno dei vincoli posti dalla legge e dalle più generali norme di buona amministrazione, perseguendo la qualità del processo di valutazione e selezione dei candidati con l'individuazione di percorsi nuovi non reperibili nel tradizionale modo di operare nel settore pubblico;
- un rapporto tra decisore politico e momento tecnico, laddove ognuno svolge un ruolo predefinito e separato. Il pianificatore strategico che delinea, in base al fabbisogno organizzativo, il profilo manageriale richiesto e il momento tecnico che misura il grado di coerenza dei candidati rispetto al profilo, fermo restando che la decisione finale rimane politica;
- la descrizione delle caratteristiche manageriali sia in termini di competenze professionali che di attitudini individuali richieste;
- una trasparenza tecnica tramite l'esplicitazione delle tecniche di valutazione dei candidati usate per l'analisi dagli esperti incaricati.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

Il percorso ha inoltre fatto intravedere i possibili utilizzi di questo approccio per tutta la dirigenza e i quadri del Servizio sanitario nazionale.

La diffusione relativamente limitata di questa esperienza negli anni successivi pone l'attenzione sui macromeccanismi operativi della Pubblica amministrazione nell'ambito della sanità, che vanno assolutamente chiariti per continuare il processo di cambiamento iniziato negli anni novanta. In particolare :

- la separazione tra momento politico e tecnico, con la politica che non entra nella gestione, in modo tale che il politico definisca le strategie e le risorse avvalendosi delle simulazioni del tecnico, e il tecnico gestisca e realizzi la progettualità scegliendo le persone e i beni da utilizzare, e sia valutato sul raggiungimento degli obiettivi;
- un reale processo di programmazione e controllo che raccordi la pianificazione strategica regionale con gli indirizzi di programmazione annuale e con la gestione;
- la costruzione di piani sanitari tarati sui bisogni di salute all'interno delle risorse predefinite, che costituiscono una condizione organizzativa e non l'obiettivo;
- l'utilizzo del dato e delle evidenze scientifiche come condizione imprescindibile per l'analisi dei bisogni. Una propensione costante alla valutazione del bisogno e alla **distanza#che cosa si intende?#** rispetto a come siamo organizzati;
- la consapevolezza della necessità che non vi sia soluzione di continuità nella modifica degli impianti dell'organizzazione sanitaria per adeguarli costantemente all'evoluzione dei bisogni.

L'esperienza della valutazione attitudinale dei direttori generali – Regione Puglia

di *Roberto Vaccani*

Nel mese di maggio del 2010 mi fu proposto dall'assessore alle Politiche della Salute prof. Tommaso Fiore di far parte della Commissione di valutazione dei direttori generali della Regione Puglia. La Regione Puglia, presieduta da Nicola Vendola, aveva deciso di affidare la valutazione di competenze e attitudini degli aspiranti al ruolo di direzione generale di ASL a una commissione esterna, al fine di bloccare eventuali pressioni che il contesto economico, politico e culturale avrebbero potuto esercitare sulla scelta di cariche di vertice del Sistema sanitario regionale. In tal modo, la Regione intendeva introdurre un criterio meritocratico in merito alla copertura delle cariche di vertice delle ASL. Tali ruoli apicali sono caricati di una responsabilità fondamentale di governo e sviluppo dell'efficacia qualitativa e dell'efficienza economica del sistema salute.

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

Nella delibera della Giunta Regionale che statuiva tale processo di valutazione si affermava che tutti i candidati aventi diritto alla posizione di direttore generale ASL avrebbero avuto un accesso diretto alle interviste di valutazione. Una tale decisione rendeva impossibile snellire quantitativamente e qualitativamente il processo di valutazione attraverso una preselezione dei candidati basata sull'analisi curriculare. La definizione standardizzata di un format curriculare avrebbe permesso uno screening selettivo, in grado di abbassare di molto il numero dei candidati in accesso alle interviste individuali, in analogia con quanto attuato in occasione della valutazione dei direttori generali della Regione Friuli Venezia Giulia, come è stato descritto nel paragrafo precedente. Si aggiunga il fatto che i potenziali aventi diritto erano 387, numero che, se si moltiplica per circa 75 minuti medi per candidato, poteva prospettare 483 ore abbondanti, pari a più di 60 giornate di lavoro della Commissione. In tali condizioni si poneva il problema di governare una preselezione qualitativa non attuabile e un poco prevedibile dimensionamento quantitativo del lavoro della Commissione. Per diminuire la pesantezza potenziale e l'aleatorietà del processo di valutazione, ipotizzai di far precedere le interviste dalla compilazione di un questionario orientativo, da somministrare in un set assembleare, il giorno di inizio delle interviste. Una tale scelta metodologica era dettata da più obiettivi. In primo luogo, il questionario orientativo permetteva di allineare metodologicamente gli intervistati prendendo spunto dalle risposte alle medesime domande. Un secondo obiettivo era finalizzato a ridurre l'alto numero degli aventi diritto, restringendolo ai soli candidati realmente motivati a prendere parte a un processo di interviste strutturato. La compresenza fisica di tutti i candidati motivati ci avrebbe permesso di dimensionare e pianificare il processo delle interviste, dandoci conto di un volume di attori meno aleatorio. Infine, la platealità della somministrazione assembleare del questionario organizzativo avrebbe potuto attribuire a tutto il processo un alone di risonanza pubblica, rispetto a una scelta politica di neutralità selettiva non comune.

Prima dell'insediamento della Commissione fu anche dedicato tempo alla definizione del profilo di competenze e di attitudini che la Giunta Regionale affidava alla commissione, come riferimento ideale per la copertura del ruolo di direttore generale ASL. In data 28 maggio 2010 si insediò la commissione di valutazione.

Si riporta, qui di seguito, il verbale d'insediamento della Commissione.

Regione Puglia – Assessorato alle Politiche della Salute

Servizio Programmazione Assistenza ospedaliera e Specialistica

Legge Regionale n.4/2010 – Valutazione degli aspiranti alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia.

Verbale n.1

Seduta d'insediamento della Commissione

RIPROGETTARE LA SANITÀ

L'anno 2010 addì 28 del mese di maggio, alle ore 10,00, presso l'Assessorato regionale alle Politiche della Salute, si è insediata la Commissione nominata dalla Giunta regionale con D.G.R. n. 1234 del 25.05.2010 così composta:

Componente	dott. Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali;
Componente	prof. Vittorio Dell'Atti, docente di Economia aziendale presso l'Università degli Studi di Bari;
Componente	prof. Roberto Vaccani, docente di Comportamento manageriale e strutture organizzative presso la Scuola di direzione aziendale dell'Università Commerciale "Luigi Bocconi" di Milano, esperto in management sanitario;
Segretario	dr.ssa Elena Memeo, funzionario dell'Assessorato alle Politiche della Salute.

La Commissione, prevista dall'art. 24 della Legge regionale n. 4/2010, effettua la valutazione degli aspiranti alla nomina di Direttore Generale sulla base dei titoli posseduti e di un colloquio finalizzato a valutare le attitudini, le conoscenze e le competenze dei candidati in materia di diritto, economia e management delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

La Commissione prende atto della nota dell'Assessore alle Politiche della Salute datata 26.05.2010 prot. n. 24/70/SP (allegata in copia al presente verbale), nella quale lo stesso ribadisce l'importanza del processo del tutto innovativo della valutazione e formazione manageriale dei Direttori Generali, delineando i *tratti salienti della personalità* che, accanto alle conoscenze e competenze, la figura del Direttore Generale deve possedere per essere alla guida di un'azienda Sanitaria.

La Commissione stabilisce i seguenti criteri da seguire nello svolgimento della procedura per la valutazione degli aspiranti alla nomina di Direttore generale:

- congruenza dei percorsi di formazione post laurea rispetto al ruolo da ricoprire;
- significativa esperienza di direzione di sistemi organizzativi caratterizzati da:
 - multifattorialità;
 - dinamicità d'ambiente;
 - significativo livello di professionalità e numerosità d'organico gestito;
 - elevato grado di interazione con altri sistemi organizzativi.

Eventuali pubblicazioni saranno valutate se riguardanti il campo del management e dell'organizzazione aziendale.

Verrà inoltre verificato il possesso delle seguenti capacità:

- essere dotati di una notevole energia d'influenza sociale, in grado di affrontare autorevolmente anche situazioni impopolari;
- privilegiare la situazione negoziale, basata sul convincimento reciproco, piuttosto che la relazione gerarchica, basata sulla prescrizione;
- capacità di applicare la normativa contrattuale per sviluppare politiche di personale adeguate;
- possedere una spiccata propensione alla ideazione di iniziative di sviluppo organizzativo e del personale;

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

- possedere un notevole governo emotivo e una flessibilità relazionale, in grado di adattarsi coerentemente rispetto a variegate situazioni organizzative e nei confronti di interlocutori diversi;
- capacità di interpretare i dati e le informazioni del sistema amministrativo-contabile traducendoli in indicatori di sintesi a supporto delle decisioni;
- esprimere stili di relazione in grado di produrre climi motivanti rispetto ai collaboratori;
- essere in possesso di un approccio cognitivo in grado di leggere la globalità di un sistema organizzativo (strutture, procedure, persone), coglierne gli aspetti essenziali, senza indugiare sui dettagli meno significativi;
- capacità di utilizzare, in chiave manageriale, gli strumenti di controllo direzionale al fine di raggiungere obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità della gestione;
- saper prendere decisioni con respiro strategico dopo aver istruito un attento ascolto delle persone e analizzato i diversi fattori organizzativi e gestionali in gioco.

Inoltre la Commissione stabilisce di articolare il colloquio come segue:

- somministrazione preliminare di un questionario da utilizzare come base di discussione per lo svolgimento del colloquio;
- espletamento del colloquio sulla base dei criteri di valutazione sopra elencati.

La procedura di valutazione avrà inizio il giorno lunedì 21 giugno 2010 alle ore 8,30. Tutti i partecipanti dovranno essere presenti in quella data al fine della somministrazione preliminare del questionario.

I colloqui inizieranno a partire dalle ore 15,00 dello stesso giorno seguendo l'ordine alfabetico e proseguiranno secondo il calendario che sarà contestualmente comunicato ai partecipanti.

L'elenco dei candidati secondo il quale saranno effettuati i colloqui è quello predisposto e aggiornato, ai sensi dell'art. 24, co.1, L.R. 4/2010, a cura del competente Servizio dell'Assessorato alle Politiche della Salute di cui all'Allegato A della Determinazione del Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali n. 138 del 11.05.2010 e sue successive modificazioni e integrazioni.

Saranno, tuttavia, considerati rinunciatari coloro i quali risulteranno assenti il giorno 21 giugno alle ore 8,30.

I candidati inseriti nell'elenco di cui sopra saranno convocati a mezzo telegramma da parte dello Staff di segreteria della Commissione alla data stabilita, con indicazione della sede e ora di svolgimento della procedura di valutazione.

Al termine di tutte le valutazioni, riportate in apposito verbale, la Commissione predisporrà l'elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle ASL, delle AOU e degli Istituti pubblici del SSR, ai sensi del c. 6 dell'art. 24 della L.R. 4/2010.

I verbali dei lavori saranno trasmessi al Presidente della Giunta regionale e all'Assessore alle Politiche della Salute. La Giunta regionale approverà l'elenco dei candidati risultati idonei per titoli e colloquio.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

Alle ore 16,30 la seduta è tolta e la Commissione si autoconvoca per il giorno 21 giugno 2010 alle ore 8,30.

Per la prova di orientamento al colloquio individuale, vista la potenziale numerosità degli aventi diritto, fu affittato un padiglione della Fiera del Levante. Fu strutturato un questionario contenente domande focalizzate su alcune tematiche organizzative e gestionali, che avrebbero focalizzato in prima istanza la partenza delle interviste individuali.

Il 21 giugno 2010 si presentarono 192 candidati, questo ci permise di programmare l'agenda delle interviste che avrebbero rispettato un ordine alfabetico di convocazione. La formulazione dell'elenco dei candidati e il tempo di compilazione e consegna del questionario occuparono la prima mattinata.

Qui di seguito è riportato il questionario orientativo:

Prova di orientamento al colloquio individuale

Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande apponendo nel quadratino una crocetta là dove Lei si trovi in maggior accordo. Le questioni che proponiamo costituiranno uno spunto di approfondimento durante il colloquio.

Legenda:

- + + pienamente d'accordo
- + parziale accordo
- ? in dubbio
- in disaccordo
- - in totale disaccordo

1. Le eccessive procedure organizzative "ingessano" le attività lavorative;

☐ + + ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ - -

2. Lo stile di leadership dei ruoli direttivi influenza notevolmente i climi sociali dei collaboratori;

☐ + + ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ - -

3. Le chiediamo di mettere in ordine d'importanza, classificandoli da 1 a 4 i seguenti fattori motivanti:

n° ... Esercitare un lavoro che gode di notevole stima sociale

n° ... Praticare un mestiere in sintonia con le attitudini personali

n° ... Fare un lavoro molto remunerativo

n° ... Praticare un lavoro coerente con le competenze acquisite

4. Un'efficace attività manageriale presuppone la capacità di organizzare i

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

propri tempi di lavoro in modo preciso;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

5. Avere una perfetta conoscenza della legislazione, in particolare quella sanitaria, è fondamentale per un direttore generale di aziende sanitarie o ospedaliere;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

6. Le decisioni strategiche efficaci richiedono un adeguato tempo di istruzione e di ascolto dei diversi aspetti e dei diversi interlocutori dell'organizzazione;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

7. La realizzazione di un bilancio consuntivo molto allineato al bilancio di previsione è indice di buona gestione;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

8. La gestione di un sistema organizzativo complesso richiede l'abilità di fare squadra con i propri collaboratori diretti;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

9. Quale cadenza temporale di report di contabilità analitica ritiene essere maggiormente utile per la gestione budgetaria?

- mensile
- trimestrale
- semestrale

10. La preghiamo di numerare i seguenti aspetti organizzativi in ordine di importanza allo scopo di rendere efficace ed efficiente l'organizzazione. Ponga il n. 1 accanto alla caratteristica ritenuta più importante, il n. 2 accanto alla seconda e così via fino al n. 10;

n° ... Dotare gli individui di strumenti e risorse adeguate ai loro mandati organizzativi

n° ... Stabilire e utilizzare chiari criteri di valutazione delle attività

n° ... Chiarire i rapporti di potere (organigramma) e le funzioni, le mansioni e i compiti (funzionigramma)

n° ... Definire un adeguato sistema informativo che tenga collegate le diverse parti dell'organizzazione

n° ... Distribuire retribuzioni adeguate alle responsabilità richieste agli individui

n° ... Favorire il ricambio di ruoli di alta responsabilità quando si dimostrano ricoperti in modo non adeguato

n° ... Coinvolgere adeguatamente i dipendenti nei processi decisionali inerenti ai loro compiti

n° ... Definire con chiarezza gli obiettivi aziendali realisticamente perseguibili

n° ... Stabilire un sistema premi-sanzioni collegato alle prestazioni lavoro

RIPROGETTARE LA SANITÀ

rative

n° ... Coinvolgere i membri dell'organizzazione rispetto alle strategie aziendali

11. I migliori collaboratori sanno gestire i rapporti con i superiori gerarchici in modo autorevole e non dipendente;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

12. Gli accadimenti organizzativi imprevedibili richiedono capacità dirigenziali creative;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

13. Il direttore generale dell'azienda sanitaria di Polinoto che al 1/1/2010 accorpava quattro precedenti ASL ha deciso di rispettare il termine del 31/1/2010 previsto dalla legge regionale per definire, previo parere della Conferenza dei sindaci (composta da 132 sindaci), la sede legale dell'ASL. Il parere dei sindaci è stato favorevole per la sede a Polinoto (capoluogo di Provincia) con 88 voti a favore e 44 contrari. Il direttore generale ha proceduto al trasferimento della sede legale unificata dell'azienda e di tutte le strutture di staff il 15/2/2010, nonostante le proteste dei sindaci delle ASL accorpate. Lei che ne pensa?

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

14. Quali tra questi indici Lei ritiene essere il più significativo della valutazione della economicità nella gestione di una azienda sanitaria? Apporre una crocetta su uno solo dei seguenti indici:

☐ ROE (Indice di redditività del capitale proprio)

☐ Indice di liquidità

☐ ROA (Indice di redditività del capitale)

☐ Indice di indebitamento

15. È meglio affrontare anche azioni di forte protesta sindacale al fine di definire, nella contrattazione aziendale, un sistema premiante che premi i meriti piuttosto che l'egualitarismo;

☐ ++ ☐ + ☐ ? ☐ - ☐ --

Nel primissimo pomeriggio del 21 giugno 2010, prima di dare il via alle interviste individuali, la commissione nominata dalla Giunta Regionale si è riunita per verbalizzare l'inizio dei colloqui. Si riporta, di seguito, uno stralcio del verbale n° 3 del 21 giugno 2010.

Regione Puglia - Assessorato alle Politiche della Salute

Servizio Programmazione Assistenza ospedaliera e Specialistica

Legge Regionale n.4/2010 - Valutazione degli aspiranti alla nomina di Direttore Genera-

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

le delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia.

Verbale n. 3

Colloquio

L'anno 2010 addì 21 del mese di giugno, alle ore 15,00, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute in via Caduti di tutte le Guerre, 15, sala delle riunioni, si è riunita la Commissione nominata dalla Giunta regionale con D.G.R. n.1234 del 25.05.2010 così composta:

Componente	dott. Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali;
Componente	prof. Vittorio Dell'Atti, docente di Economia aziendale presso l'Università degli Studi di Bari:
Componente	prof. Roberto Vaccani, docente di Comportamento manageriale e strutture organizzative presso la Scuola di direzione aziendale dell'Università Commerciale "Luigi Bocconi" di Milano, esperto in management sanitario;
Segretario	dr.ssa Elena Memeo, funzionario dell'Assessorato alle Politiche della Salute.

La Commissione, prevista dall'art. 24 della Legge regionale n. 4/2010, effettua la valutazione degli aspiranti alla nomina di Direttore Generale sulla base dei titoli posseduti e di un colloquio finalizzato a valutare le attitudini, le conoscenze e le competenze dei candidati in materia di diritto, economia e management delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

La Commissione procede alle operazioni relative allo svolgimento del colloquio, secondo i criteri stabiliti nel verbale della seduta d'insediamento del 28 maggio 2010.

La Commissione stabilisce che, prima di effettuare il colloquio, valuterà i titoli posseduti da ciascun candidato. Inoltre, la Commissione decide di articolare il colloquio, coerentemente con quanto previsto dall'art. 24 della citata Legge regionale n. 4/2010, con domande volte a valutare la complessità gestionale del contesto organizzativo sperimentato dal candidato in termini di discrezionalità nella: gestione del personale, gestione di risorse economiche, gestione di spazio fisico, gestione di tecnologie, gestione della risorsa tempo. In aggiunta a ciò, con le domande si valuterà il grado di conoscenze e competenze sperimentate in termini di normativa sanitaria con particolare riferimento alla gestione del personale e alla gestione amministrativo-finanziaria. Inoltre, la valutazione riguarderà le conoscenze e competenze dei candidati in materia di economia e management delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Il colloquio sarà, poi, finalizzato all'analisi delle attitudini del candidato in termini di:

- processo decisionale (propensione all'ascolto, elaborazione, decisione);
- attitudine sistemica o analitica;

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- pensiero vincolo/opportunità;
- espressività emotiva;
- relazione sociale (negoziale o di comando);
- eleganza non verbale;
- energia di influenza socioambientale.

La Commissione considererà anche l'esperienza/capacità di gestire sistemi organizzativi complessi in modo indiretto e delegante, come si richiede a chi ricopre posizioni organizzative collocate ad alta distanza gerarchica rispetto all'operatività lavorativa.

Chiarimenti potrebbero essere richiesti sulle risposte date dai candidati nella scheda di orientamento al colloquio.

La Commissione ritiene che il profilo ideale della figura del Direttore generale, in coerenza con le caratteristiche elencate nel verbale n. 1 della seduta d'insediamento, debba avere i seguenti tratti:

- esperienza/complessità gestionale di alto livello di complessità;
- conoscenze/competenze di livello alto;
- esperienza/capacità in merito al governo di sistemi organizzativi complessi in modo indiretto e delegante;
- alta propensione all'ascolto, medio-alta propensione all'elaborazione, bassa tensione alla decisione (capacità di prendere poche decisioni strategiche dedicando cura alla loro istruzione);
- alta attitudine sistemica e bassa attitudine analitica;
- pensiero vincolo basso e pensiero opportunità alto;
- espressività emotiva di tipo empatico-amicale;
- relazione sociale di tipo negoziale e non di comando (capacità di risolvere i conflitti attraverso la convinzione e la concertazione);
- eleganza non verbale di tipo alto;
- alta forza/energia di influenza socioambientale.

La Commissione ritiene di esprimere un giudizio di idoneità con riferimento a quei candidati che presenteranno la più alta aderenza delle proprie attitudini, competenze e conoscenze con il profilo atteso innanzi descritto.

Al termine di ogni colloquio, la Commissione formulerà il giudizio sul candidato. A ogni verbale saranno allegati, per ciascun candidato che sostiene il colloquio, il curriculum vitae e la scheda di orientamento al colloquio.

Alla fine dell'intera procedura di valutazione di tutti i candidati, la Commissione predisporrà l'elenco dei candidati risultati idonei ai sensi del co.6 dell'art. 24 della L.R. 4/2010.

Nel pomeriggio del 28 maggio 2010 sono iniziate le interviste che hanno occupato 24 giornate piene di lavoro distribuite tra maggio e ottobre del 2010.

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

Per ogni candidato è stata stilata una scheda di verbalizzazione dell'incontro, che viene riportata qui di seguito.

Scheda di diagnosi dei candidati

Candidato

Esperienza

Multifattorialità ☐ alta ☐ media ☐ bassa

Dinamicità d'ambiente ☐ alta ☐ media ☐ bassa

Significativo livello di professionalità e numerosità d'organico gestito
☐ alta ☐ media ☐ bassa

Elevato grado d'interazione con altri sistemi organizzativi
☐ alta ☐ media ☐ bassa

Livello di complessità ☐ alta ☐ media ☐ bassa

Conoscenze/competenze

Capacità di applicare la normativa contrattuale per sviluppare politiche di personale

☐ alta ☐ media ☐ bassa

Capacità di interpretare i dati e le informazioni del sistema amministrativo-contabile traducendoli in indicatori di sintesi a supporto delle decisioni

☐ alta ☐ media ☐ bassa

Capacità di utilizzare, in chiave manageriale, gli strumenti di controllo direzionale al fine di raggiungere obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità della gestione

☐ alta ☐ media ☐ bassa

☐ Governo di delega

☐ Delega eccessiva

☐ Lavoro diretto

Schema di rappresentazione sistemica del profilo attitudinale

#Lo schema che segue è identico alla figura 5.1: dato che non possono esserci due figure uguali e dato che è necessario recuperare la pagina di questo capitolo per avere p. 352 bianca, eliminerei qui, rimandando tutt'al più alla figura 5.1, o viceversa

RIPROGETTARE LA SANITÀ

Ascolto classificatorio

- ☐ alto
- ☐ medio-alto
- ☐ medio
- ☐ basso

Analisi comparata

- ☐ alta
- ☐ medio-alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Progetto ipotetico

- ☐ alto
- ☐ medio-alto
- ☐ medio
- ☐ basso

Decisione

- ☐ alta
- ☐ medio-alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Attitudine sistemica

- ☐ alta
- ☐ medio-alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Attitudine analitica

- ☐ alta
- ☐ medio-alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Espressività emotiva

- ☐ alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Pensiero vincolo

- ☐ alto
- ☐ medio
- ☐ basso

Pensiero opportunità

- ☐ alto
- ☐ medio
- ☐ basso

Relazione sociale

- ☐ copione prevalentemente verticale
- ☐ copione prevalentemente orizzontale

Misura ed eleganza

- ☐ alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Forza

- ☐ alta
- ☐ media
- ☐ bassa

Il pomeriggio del 21 giugno del 2010 la Commissione dette il via al processo di interviste individuali. Ai colloqui si presentarono complessivamente 189 candidati. L'intero processo occupò la commissione per 29 giornate piene di lavoro e si concluse il 22 ottobre del 2010. In tale data fu consegnato l'elenco dei 33 intervistati che, a parere della Commissione, risultavano più coerenti al profilo di ruolo di direttore generale richiesto dall'assessore alle Politiche della Salute

5. LA CENTRALITÀ DI GOVERNO E LA PERSONALITÀ DEI DIRIGENTI

in sede di insediamento della Commissione di valutazione.

Come previsto, in fase di progettazione dell'intero processo di selezione ai 33 candidati selezionati fu proposta un'attività di formazione manageriale. Il percorso formativo si è proposto l'obiettivo di trasferire ai partecipanti modelli logici, metodologici, linguaggi e strumenti operativi, utili per il governo di sistemi organizzativi di alta complessità e di notevoli dimensioni.

Il percorso formativo, che si è concluso temporalmente ad aprile 2011, ha previsto 22 giornate formative rivolte a tematiche quali:

- i modelli di analisi e riprogettazione di sistemi organizzativi complessi;
- le basi logiche di comprensione e gestione del personale;
- i modelli di gestione economica e finanziaria;
- le politiche di governo del sistema finanziario;
- la valutazione economica delle tecnologie;
- Information Communication Technology (ICT);
- la comunicazione istituzionale.

Durante il percorso formativo si sono ritirati 3 candidati. Fino a ora, dei 30 candidati rimasti, 6 sono stati scelti per ricoprire la carica di direttore generale.



6

Il sistema premiante

6.1. Che cos'è un sistema premiante?

Il sistema premiante esistente in un determinato contesto socioambientale è rappresentato dall'insieme di premi/non premi/sanzioni che sostanzialmente vengono percepiti dai membri del sistema e che, per tale ragione, sono in grado di influenzare gli atteggiamenti ma soprattutto i comportamenti.

Con la finalità di integrarsi in un determinato sistema socioambientale, gli individui tendono a uniformare i loro comportamenti al sistema premiante che li circonda, giocando la loro originalità e individualità nell'eccellere nei comportamenti più premiati. Tutto sarebbe più facile se gli individui fossero esposti a un solo sistema premiante, come nelle società primitive o nelle istituzioni totali. In genere, nelle società complesse gli individui sono esposti a più sistemi premianti in dialettica e in competizione tra loro. In questi contesti convivono diversi sistemi premianti generazionali dipendenti dalle diverse culture saggiate nel tempo dagli individui (sistemi premianti maturi, adulti, adolescenziali). Convivono anche diversi sistemi premianti ambientali dipendenti dalle finalità dell'ambiente che li determina: scolari, aziendali, amicali, familiari, politici, religiosi ecc.

Si può dire che meno sono i sistemi premianti cui è esposto un individuo, più risultano simili tra loro, e più sono facili l'integrazione e l'omologazione culturale; di contro, è minore lo spazio concesso all'originalità individuale e di conseguenza all'innovazione culturale. Al contrario, più sono e più è complessa (in quanto disordinata e ricca di alternative percorribili) l'integrazione, prodiga di opportunità di espressione di originalità individuali, condizione questa che si realizza in contesti storico-sociali innovativi e tolleranti, in società democratiche e aperte, le società ideali citate da K. R. Popper, nella sua famosa pubblicazione *La società aperta e i suoi nemici*.

Tabella 6.1. Ambienti premianti

	<i>Integrazione culturale</i>	<i>Innovazione culturale</i>
Pochi e simili sistemi premianti	più facile	poca originalità
Più sistemi premianti complementari	più complessa	molta originalità
Più sistemi premianti conflittuali tra loro	disturbata	originalità trasgressiva

Più è frequente la convivenza dei sistemi premianti in dissonanza tra loro, più sarà disturbata e conflittuale la loro integrazione: l'originalità premiata da un sistema premiante sarà interpretata come trasgressione e punita da un altro, fenomeno questo consono a culture di interessi frantumati e antagonisti (cfr. tab. 6.1).

6.2. Tipologie di sistemi premianti e loro azione

Ci sono sistemi premianti più centrati sui premi e sui non premi, e poco sulle punizioni. Tali sistemi rivelano la chiarezza e la sostenibilità degli obiettivi e solitamente l'autorevolezza e la prevalenza del "pensiero sviluppo" dei soggetti che li propugnano. In tali ambienti il clima è più facilmente propositivo ed euforico, le energie e le motivazioni sono orientate verso gli atti premiati, l'uso delle punizioni è minimo (utile solo a risvegliare tensione); già il non premio è spesso vissuto come punizione.

Ci sono sistemi premianti più centrati sulle punizioni che sui premi. Tali sistemi rivelano più l'intolleranza verso obiettivi ritenuti negativi che la chiarezza e la sostenibilità di obiettivi ritenuti premiabili; i soggetti che li propugnano sono più facilmente dotati di prevalente pensiero vincolo e si dimostrano più censori di disvalori che testimoni di valori. In tali ambienti il clima è spesso difensivo (da stato inquisitorio) e le azioni sono spinte più dalla paura del giudizio sociale o dai sensi di colpa (nel senso di interiorizzazione della punizione) che dalla motivazione creativa.

In definitiva, il sistema premiante costituisce la traduzione concreta in termini di premi e sanzioni del sistema di valori di un determinato momento o contesto culturale.

La tenuta di un sistema premiante è legata alle testimonianze fattuali più che alle parole, in caso di conflitto tra parole e fatti gli individui privilegiano le testimonianze premianti. Se di fronte a una richiesta capric-

ciosa o a una rivendicazione isterica un genitore o un capo stigmatizzano verbalmente l'atteggiamento ritenendolo punibile ma, contemporaneamente, cedono alle richieste, di fatto stanno premiando gli atteggiamenti che dichiarano di voler punire e, sempre di fatto, li stanno rinforzando. Una punizione sostanzialmente piccola a fronte di una trasgressione solo dichiaratamente grave rischia di premiare ulteriori comportamenti trasgressivi; per questa ragione, una multa irrisoria a fronte di un grave inquinamento industriale rende debole il sistema premiante sociale teso all'equilibrio ecologico a fronte del sistema premiante aziendale teso al proprio equilibrio e alla propria redditività. Per la medesima ragione, la depenalizzazione del falso in bilancio premia il falso.

I sistemi premianti per riportare a unitarietà e sintesi i diversi aspetti premiati/puniti si servono, oltre che di aspetti strutturali, di regole e procedure premianti, di eventi, di persone-modello. Le persone-modello rappresentano la metafora (o esempio, o concentrato simbolico) del bene (premiato) o del male (punito), così dicasi per gli eventi modello. Attraverso persone, regole, eventi e configurazioni organizzative proposte come modello i vari sistemi premianti chiedono agli individui, più o meno implicitamente, un'identificazione con il modello premiato e una non identificazione con il modello punito. Santi, diavoli, buoni, cattivi, Franti, Garrone, Bobby, J. R., Biancaneve, la strega cattiva, il bevitore di amaro Montenegro, l'ambiente appropriato per bere del whisky torbato, il paninaro, lo yuppino, il manager di successo ecc., rappresentano metafore utili a semplificare e testimoniare l'essenza di sistemi premianti diversi. Senza entrare nella loro stima valoriale, appare importante che i modelli proposti agli individui siano realizzabili in termini concreti: solo così possono assolvere il loro mandato pedagogico. Per realizzabilità intendo un modello che faccia i conti con il principio di realtà, con la concreta attuabilità e con le reali capacità psicofisiche degli individui. Se Batman fosse il solo modello di identificazione infantile avremmo grossi problemi di regolamentazione del volo umano, visto che l'evoluzione della specie non ci ha ancora abilitato al decollo. Per concludere le riflessioni che legano i sistemi premianti e gli individui si può affermare che, sia per identificazione con modelli simbolici, sia per effettiva sperimentazione di premi e sanzioni, gli individui *diventano* il sistema premiante che più li ha convinti e meno li ha delusi. Così, in una dialettica in parte costretta da determinati ambienti, in parte casuale per la regola degli imprevisti di vita, in parte intenzionale per la forza di scelta degli individui, le persone, col tempo, tendono a privilegiare e interiorizzare un determinato sistema

premiante. Per economia di bilancio energetico gli individui tendono a operare una scelta di preminenza di campo premiante privilegiando o il campo professionale-aziendale o il campo della cosiddetta “vita privata”, il campo dei rapporti amicali o il campo dei rapporti familiari. Anche gli individui che sembrano destreggiarsi bene in più campi/sistemi premianti ne privilegiano uno. Lo potrete scoprire osservando come, con chi e dove trascorrono il cosiddetto “tempo libero”.

6.3. Il sistema premiante aziendale

Un’organizzazione che gravita su un mercato specifico in regime di concorrenza si presenta come un sistema finalizzato a beni e servizi specifici della sua missione.

Il sistema premiante aziendale può rappresentare un efficace insieme di fattori capaci di integrare e di orientare degli individui rispetto alle finalità organizzative. Un congruente sistema premiante dovrebbe rinforzare (premiare) i comportamenti e gli obiettivi voluti e derinforzare (non premiare o punire) i comportamenti e gli obiettivi indesiderati. Essere dotati di una strategia premiante significa aver risposto in termini concettuali prima, e operativi poi, alle seguenti domande: «Che cosa premiare? come premiare? chi premiare?». Questi interrogativi aprono una serie di ulteriori quesiti.

- Si può premiare: l’obbedienza, la fedeltà, la scolarità, la professionalità, l’abilità, l’esecuzione del compito, la creatività, l’iniziativa, l’anzianità, la capacità contestativa, la responsabilizzazione, la deresponsabilizzazione, la forza fisica, l’aspetto esteriore, le capacità intellettuali, le doti morali, gli appoggi influenti e le raccomandazioni, le ideologie, le capacità affettive, la specializzazione, l’integrazione, il lavoro di gruppo, il cambiamento, la conservazione ecc.
- Riguardo al “come premiare”, il premio/punizione può essere di tipo economico, può riguardare dei simboli di stato sociale, può rispondere alle esigenze organizzative, tecnologiche e di ambiente lavorativo degli individui, può essere di tipo affettivo, può rispondere a esigenze di professionalizzazione e di formazione, può essere di tipo assicuratorio, può essere una promozione gerarchica o gerarchico-professionale, un allargamento di autonomia, un aumento di dotazione di risorse organizzative, un riconoscimento contingente, l’appartenenza a un settore o a una fascia privilegiati, un titolo onorifico ecc. La modalità di premiazione, inoltre, si può posizionare nell’alveo contenuto tra l’estrema proceduralizzazione e

automatismo dei meccanismi operativi premianti e la massima elasticità e soggettivizzazione dei criteri premianti.

- Per quanto riguarda il “chi premiare”, ci si deve chiedere se premiare individui o collettivi oppure individui e collettivi insieme. Ci si deve inoltre chiedere se privilegiare un criterio premiante o piuttosto l’identificazione delle personalità individuali o sociali da premiare.

Appare chiaro che una visione strategica del sistema premiante non può essere un puro fatto teorico deciso a tavolino e generalizzato all’intera realtà organizzativa quasi per atto magico. Una vera strategia premiante, pur essendo di innegabile responsabilità direzionale, deve essere di necessità realisticamente applicabile e quindi rispettare tutte le mediazioni necessarie con le diversificate realtà aziendali e con i diversi soggetti individuali, sociali (gruppi omogenei, funzioni) e istituzionali (sindacato) che agiscono come forze esplicitamente o implicitamente negoziali nel sistema organizzativo.

Una politica del sistema premiante rappresenta una politica di sistema e quindi di responsabilità direzionale, non un esclusivo problema di direzione del personale. La definizione del sistema premiante rispecchia la filosofia complessiva di un’azienda e pertanto non può essere “appaltata”, per comodità, a una sola funzione di essa.

Il sistema premiante può essere generalizzato solo nelle sue linee fondamentali. Le realtà dei sottosistemi aziendali sono estremamente diverse per funzioni, compiti e culture, tanto da richiedere una ricerca di dettaglio sulle misure e sugli strumenti premianti più adeguati in una realtà e una cultura amministrativa, piuttosto che in una produttiva o di ricerca e creazione o, ancora, di vendita. La ricerca delle mediazioni e degli adattamenti relativi al sistema premiante aziendale è necessariamente anche un confronto di influenza con gli individui e con i gruppi che compongono l’organizzazione. Appare quindi arduo attuare una strategia premiante senza coinvolgere in termini di ricerca e di negoziazione gli individui e i gruppi che la gestiranno, poi, operativamente.

Nelle organizzazioni pubbliche e private in cui mi è stato possibile operare degli interventi psicosociali e organizzativi, il problema del sistema premiante è risultato fra i più sentiti a tutti i livelli, tanto che il solo parlarne appare estremamente motivante e quindi premiante. In risposta a questa esigenza così pressante, difficilmente ho trovato una strategia premiante intenzionale, progettata e sistematizzata in congruenza con gli scopi organizzativi. In assenza di una strategia esplicita e intenzionale

esiste comunque un contesto organizzativo implicitamente premiante/punente. Una politica premiante è comunque esistente e si caratterizza frequentemente come la risultante spesso accidentale della convivenza aziendale di strategie di settore (funzioni, aree), comportamenti personalistici degli attori gerarchici (stili di direzione), livelli sociali più o meno privilegiati (caste organizzative), equilibri negoziali tra direzioni aziendali e sindacato. Il sistema premiante organizzativo non può non esistere: o è progettato congruentemente con i fini organizzativi o è un costrutto premiante di fatto, frantumato e casuale, non di rado in antagonismo con gli obiettivi organizzativi.

Occupandomi professionalmente di benessere organizzativo e di fenomeni di stress aziendale mi viene spesso richiesto di mettere in evidenza le incoerenze/coerenze che legano più elementi:

- le culture peculiari dei diversi settori di mercato;
- organigramma e funzionigramma;
- dimensionamento delle risorse (budget, organico, tecnologie, spazio fisico, tecnologia, tempo);
- presenza di una funzione di sviluppo del personale;
- la presenza di codici etici aziendali;
- i comportamenti leaderistici;
- le procedure di premio/sanzione;
- la cultura aziendale consolidata (l'inerzia di culture storiche).

Nella frantumazione o nei legami di coerenza dei precedenti elementi si caratterizza il metamodello premiante di un'azienda.

6.4. Differenziazione etica dei sistemi premianti

Dovendo affrontare operativamente e nel dettaglio il problema di una strategia intenzionale, in tema di sistema premiante, è necessario adottare delle categorie concettuali che differenzino e scompongano il sistema premiante al fine di palesarne i costitutori elementari. In altre parole, il fenomeno del sistema premiante non può essere analizzato, come spesso succede, nella sua genericità complessiva, ma deve essere osservato con spirito di ricerca dei "fattori primi" che lo caratterizzano; solo così la sperimentazione di nuovi modelli premianti sarà "mirata" e lascerà poco spazio allo sperimentalismo cieco.

Un primo tentativo generale di differenziazione che si può definire "differenziazione etica" consiste nella distinzione che si può operare tra

elementi premianti quantitativi ed elementi premianti qualitativi. Questa distinzione ha una diretta analogia sia con la distinzione operata da Frederick Herzberg tra fattori soddisfattori (o igienici) e fattori motivatori, sia con la teoria etica trattata da Erich Fromm nel suo libro *Avere o essere?*.

Herzberg, tramite ricerche sociali, conclude dividendo concettualmente in due categorie i fattori influenti sulla motivazione:

- a) fattori igienici o di mantenimento (soddisfattori):
 - riguardano il contesto oggettivo aziendale nel quale il lavoro si svolge;
 - sono motivatori estrinseci al lavoro;
 - sono legati a fattori primari di conservazione dell'esistenza;
 - perdono forza motivante quando i bisogni a essi legati sono relativamente corrisposti;
 - la loro forza si avverte soprattutto quando i bisogni sono delusi;
 - essi agiscono da "soddisfattori";
- b) fattori motivanti:
 - riguardano il contenuto soggettivo del lavoro;
 - sono motivatori intrinseci;
 - sono legati a bisogni secondari più evoluti;
 - le motivazioni a essi collegate non sono "addormentate" dalla soddisfazione bensì ne sono stimolate ulteriormente;
 - le motivazioni a essi collegate prendono forza con il ripetersi di successi, la mancanza di successi le fa scomparire.

La dinamica di un soddisfattore è quindi opposta alla dinamica di un motivatore. L'inesauribilità dei bisogni più elevati di socializzazione e di realizzazione personale dipende dal fatto che essi esprimono socialità e unicità individuale, caratteristiche essenziali in continua dinamica evolutiva nell'essere umano. Quando un motivatore non è sostenuto per lungo tempo da esperienze soddisfacenti, può perdere forza, come avviene per un soddisfattore ben gratificato. Un fattore intrinseco di motivazione non corrisposto può influenzare indirettamente il comportamento, agendo attraverso un fattore estrinseco (denaro, beni materiali) che ne diventa un simbolo, un surrogato e viene quindi perseguito con altrettanta avidità. Il denaro può diventare la compensazione della stima personale e professionale non premiata, i simboli di status (beni materiali) possono divenire la compensazione dell'insoddisfazione di ruolo e della bassa autorealizzazione ecc. La monetizzazione dell'insoddisfazione lavorativa e i simboli di status concessi come contentino per lo status sostanziale mancante

rappresentano tragici esempi di risorse quantitative che fungono da sostituzione di qualità esistenziali deluse.

Fromm, nella sua famosa pubblicazione *Avere o essere?*, sostiene che alla base della crisi etica del mondo contemporaneo esiste un conflitto tra due modalità di intendere il mondo e l'esistenza: l'autore definisce queste due filosofie esistenziali come la modalità dell'avere e la modalità dell'essere. Le due modalità esistenziali sono perciò caratterizzate da una dimensione preminentemente quantitativa (avere), indotta dal meccanismo di crescita produzione-consumo, e da una dimensione preminentemente qualitativa (essere), rispondente alle necessità di sviluppo "ecologico" e umano degli individui e della società.

L'illusione che il progresso industriale e tecnologico, producendo beni e ricchezza in quantità crescenti, rispondesse a tutti i bisogni qualitativi degli individui e li rendesse felici è ormai fallita. Ma questo fallimento è ancora per molti una consapevolezza solo intellettuale; il lungo tempo di esposizione all'egemonia della logica consumistico-quantitativa ha prodotto negli esseri umani notevoli modifiche nei loro piani di comportamento: per dirla con Karl Marx, l'uomo da produttore è diventato prodotto, un prodotto industriale in quanto con il suo consumo chiude e riapre il processo dell'apparato produttivo, un prodotto dei mass media e delle ideologie, in quanto serve come "merce" di sostegno. Sottoposto a questo assedio esterno, all'uomo resta poco spazio per essere produttore di sé stesso, poco spazio per "essere".

L'uomo, costretto a identificarsi con il superprogresso, dice Fromm, è diventato un superuomo disumano. In questa condizione l'uomo commette spesso l'errore di compensare la difficile conquista del suo essere uomo nella sua originalità e irripetibilità, riconoscendosi come tale con una incessante rincorsa all'avere per essere riconosciuto dagli altri. Questa affannosa rincorsa alle "cose" oltre i limiti del loro significato strumentale e funzionale non ha tregua in chi vive con la modalità dell'avere, poiché l'avidità di un'umanità inappagata e monetizzata con "cose" (per definizione non umane) sarà condannata all'insoddisfazione perpetua.

Il simbolo centrale della modalità dell'avere è costituito dal denaro. Il denaro rappresenta quindi il valore dominante nella logica dell'avere e, come tale, è premiato e premiante insieme, da bene strumentale si trasforma in bene finale; è opportuno notare che è premiato il denaro e non il possessore del denaro, è premiata una "cosa" esterna all'uomo e indirettamente l'uomo che la possiede. L'uomo che ha è quindi un accessorio del suo avere, secondo la logica quantitativa. Questo modello concettuale è

riproponibile per qualsiasi entità quantitativa: denaro, beni, simboli di stato ecc.

Valore centrale della modalità dell'essere è l'autorealizzazione individuale e sociale, che consiste nell'essere percepiti e percepire sé stessi e gli altri come individui dotati di potenzialità interne da sviluppare operativamente attraverso una produzione materiale e intellettuale insieme. Nella logica dell'essere l'autorealizzazione è valore premiante e premiato dall'autoriconoscimento e dal riconoscimento sociale (appartenenza, credibilità, stima, rispetto) e solo in termini accessori viene premiata con delle quantità che, in questo caso, assumono la caratteristica di condizioni per l'autorealizzazione e non di finalità indipendenti come nella logica dell'avere. Nella logica dell'essere il denaro è funzione dell'uomo, nella logica dell'avere l'uomo è in funzione del denaro.

Ritengo che questa distinzione sia fondamentale per un'analisi corretta di qualsiasi sistema premiante. I meccanismi premianti quantitativi come i fattori soddisfattori e come la modalità di intendere il mondo in termini di "avere" hanno una caratteristica estrinseca rispetto all'individuo, gli aggregati o il compito lavorativo cui si riferiscono. I meccanismi premianti quantitativi non sono in diretto rapporto con il contenuto del lavoro e quindi con l'autorealizzazione legata al produrre; essi sono in rapporto ad altre variabili, tra le quali è possibile citare:

- i fattori primari e culturali di conservazione dell'esistenza (ad esempio, il salario di sussistenza culturale);
- il mantenimento della stratificazione sociale e organizzativa (ad esempio, simboli di stato sociale e organizzativo);
- i rapporti di forza rivendicativi (ad esempio, criteri oggettivi di passaggio da un livello all'altro come l'anzianità);
- i privilegi di "casta" (ad esempio, alcuni casi di orario elastico o di posto parcheggio garantito per i dirigenti).

A questo punto si può affermare che un sistema premiante può essere quantitativamente premiante e poco motivante. Ne sono un esempio tutte quelle posizioni organizzative rispetto alle quali gli individui mostrano alta insoddisfazione-disaffezione lavorativa; ciononostante tendono a non abbandonarle per via della appetibile remunerazione. Questi soggetti cadono, così, preda di una sorta di monetizzazione del disagio e della motivazione mancante, scegliendo un percorso esistenziale perversamente divaricato, nel quale a remunerazioni più alte corrispondono spesso demotivazioni maggiori. Al contrario, un sistema premiante può essere

motivante ma poco premiante quantitativamente. Ne sono esempio alcuni lavori ad alta qualità di prestazione culturale e sociale mal remunerati, come il lavoro degli insegnanti nelle scuole dell'obbligo o come il lavoro infermieristico o assistenziale.

Così ci sono sistemi premianti poco motivanti e poco premiati, come i lavori di basso livello nell'industria o i lavori ripetitivi nel terziario (call center), e ci sono sistemi premianti molto motivanti e molto premiati quantitativamente, che di solito si riferiscono ad attività lavorative molto significanti e realizzanti per gli individui, ad alta remunerazione economica (ad esempio nel campo dell'arte e dello sport).

È importante non cadere nell'equivoco di confondere i sistemi premianti attesi dagli individui con i meccanismi premianti motivanti e qualitativi. La cultura della logica quantitativa indotta dal mondo industrializzato ha lasciato talmente insoddisfatte le esigenze qualitative di autorealizzazione degli individui che spesso essi, più o meno inconsapevolmente, esprimono simbolicamente attraverso una bramosia quantitativa, mai appagata, le esigenze di tipo qualitativo non premiate o talmente poco alimentate da apparire inesistenti. Confondere i desideri degli individui con i fattori motivanti può costituire un grosso abbaglio. È esperienza comune di chi vive nelle organizzazioni la constatazione dei deludenti risultati ottenuti, dal punto di vista motivazionale, allorché le direzioni aziendali corrispondono alle richieste e ai desideri di tipo quantitativo dei dipendenti, non ottenendone in cambio significativi miglioramenti di prestazione.

I meccanismi premianti qualitativi come i fattori motivanti e come la modalità di intendere il mondo in termini di "essere" hanno una caratteristica intrinseca rispetto all'individuo e si rivolgono al merito del compito lavorativo cui si riferiscono. Quando si disserta sui sistemi meritocratici ci si muove nell'intorno delle logiche qualitative. Questi ultimi sono in diretto rapporto con il contenuto del lavoro e con l'autorealizzazione legata al produrre, riguardano l'"essere" e le dimensioni lavorative interne a esso legate come:

- l'essere rispettati nella propria integrità e dignità psicofisica (ad esempio, comfort e sicurezza dell'ambiente lavorativo);
- l'essere riconosciuti o riconoscersi nel contesto sociale di appartenenza lavorativa (ad esempio, particolare cura rivolta ai "climi" sociali e agli stili leaderistici che li influenzano);
- essere valutati in base alla qualità della reale prestazione lavorativa (ad esempio, essere premiati per il raggiungimento di obiettivi professionali

misurati o stimati, non abbandonati ai premi per automatismo o legati agli arbitri gerarchici);

- l'essere sostanzialmente e socialmente partecipi del proprio stato e sviluppo lavorativo (ad esempio, essere coinvolti nei processi di sviluppo di carriera).

L'adozione di criteri premianti qualitativi tende a sincronizzare il sistema premiante organizzazione/individuo con il sistema premiante gruppo di appartenenza/individuo e il sistema premiante individuo/individuo.

L'individuo premia sé stesso attribuendosi un determinato grado di stima sostanziale rivolta alla propria essenza complessiva. Il meccanismo premiante "autostima" è indipendente e talvolta di intensità inversa rispetto alla dotazione di risorse quantitative degli individui. Quando l'autopercezione (autostima) è alta gli individui hanno meno necessità di dimostrare e ostentare quantitativamente. L'eccessiva ostentazione quantitativa è spesso spia di bassa autostima, a volte talmente bassa che gli individui smettono di autostimarsi e si danno un gran da fare per ottenere etero-stime.

Nell'individuo dotato di notevole autostima sostanziale la dimensione quantitativa è funzione di quella qualitativa (si può esprimere con la frase "mi servo di ciò che ho per essere"); nell'individuo dotato di bassa autostima la dimensione qualitativa spesso è confusa con quella quantitativa (si può esprimere con la frase "io ho perciò sono").

Il sistema premiante riflessivo (che l'individuo adotta per sé stesso) è "naturalmente" qualitativo, non può essere che intrinseco a sé. Il sistema premiante adottato dal gruppo di appartenenza è rappresentato dall'accettazione intesa come attribuzione a un individuo, da parte di un gruppo, di sentimenti di stima: la stima così intesa premia l'identità "individuo" per ciò che è complessivamente, premia cioè le sue qualità essenziali, personali o professionali insieme, stabilendo un legame diretto tra gruppo e individuo e non tra gruppo e le cose che possiede un individuo.

In un gruppo convenientemente socializzato i livelli di stima attribuiti ai membri sono indipendenti dalla gerarchia basata sui possessi quantitativi dei membri stessi. L'adulazione o il censo di tipo quantitativo non sono mai diretti all'individuo o al gruppo ma a quello che l'individuo o il gruppo possiedono; questo tipo di valutazione o di accettazione ha per oggetto cose e non persone.

Alla presenza di un'adeguata maturazione individuale e sociale, i due meccanismi premianti precedentemente citati convivono e interagiscono vitalmente: lo stimarsi e l'essere stimato si verificano e si rinforzano nello

sviluppo individuale e sociale in modo tanto più dinamico quanto più raggiungono livelli qualitativi elevati (tipico della dinamica dei motivatori teorizzati da Herzberg).

Ma esiste un terzo meccanismo premiante che è dato dal riconoscimento organizzativo del proprio “essere” in termini di prestazione produttiva. In esso l'utilità del prodotto, la concretizzazione delle potenzialità individuali applicate al produrre, il piacere di impegnare il proprio essere psicofisico, di stimolare la propria creatività, di riconoscersi ed essere riconosciuto nella propria creazione, nei propri risultati lavorativi, costituiscono il sistema premiante che verifica l'essenza nel momento del “fare” professionale e schiude le porte al “diventare” per “essere”, per “fare” di nuovo. Un simile meccanismo premiante qualitativo e congruente con la qualità e l'essenza di quelli precedentemente citati appare più confacente ad alcune attività artistiche o artigianali, e può sembrare inapplicabile e utopistico in ambiti organizzativi tradizionali. È evidente che le mediazioni a cui obbligano le realtà organizzative “sgonfiano” notevolmente l'enfasi con cui è stato qui descritto il meccanismo premiante qualitativo della produzione. Tuttavia è da ritenere possibile il recupero, in ambiti anche limitati, di sistemi premianti organizzativi che non obblighino gli individui a una radicale scelta tra la qualità dei “premi” individuali e sociali ottenibili fuori dal contesto produttivo e la quantità dei premi organizzativi ottenibili assoggettandosi alle ferree norme del “produrre di più”. Il recupero di aree qualitative nei contesti organizzati obbliga l'esplorazione sistematica di alcuni ambiti spesso trascurati. Ne citerò alcuni:

- definizione e scelta di mandati organizzativi in sintonia con le attitudini degli individui;
- definizione di mandati organizzativi ricchi di significato lavorativo e umano;
- definizione di mandati organizzativi ricchi di spazio protagonista (discrezionalità);
- ricerca e definizione di procedure esplicite di valutazione dei risultati mediante il diretto coinvolgimento delle persone inserite nel processo attivo e passivo di valutazione;
- ricerca sistematica di congruenza tra impianti organizzativi, risorse e mandati professionali e rimozione delle cause organizzative reali di disagio (rapporti con l'ambiente abitativo lavorativo, con la tecnologia, con l'ergonomia, con i sistemi operativi, con la linea gerarchica, con i sottosistemi aziendali);

- manutenzione dei climi sociali dei diversi sottosistemi aziendali (spazio riservato alla gestione esplicita dei conflitti all'interno dei sottosistemi e tra i sottosistemi, definizione di occasioni di convivialità aziendale).

Il funzionamento per piani e obiettivi e non per compiti, l'aumento della discrezionalità decisionale (gestionalità) in parallelo al maggior controllo dei risultati, l'aumento di protagonismo corrisposto dall'apertura, anche discreta, alla meritocrazia individuale e di gruppo rappresentano un considerevole impulso premiante qualitativo.

Per la medesima ragione per cui non vanno confusi i fattori premianti esplicitamente desiderati dagli individui con i fattori motivanti, così non vanno confuse le resistenze riservate ad alcuni fattori premianti qualitativi con l'indice di scarso livello motivazionale degli stessi. L'adattamento individuale prodotto dai sistemi organizzativi demotivanti e deresponsabilizzanti incide a tal punto sul carattere degli individui da rendere molti di essi resistenti alla loro stessa rivitalizzazione, responsabilizzazione e al loro stesso sviluppo. D'altra parte la rivitalizzazione, la razionalizzazione e lo sviluppo delle organizzazioni non possono essere dei semplici prodotti meccanicistici ma devono di necessità passare per la rimobilitazione e la motivazione del tessuto sociale che li abita. In un considerevole numero di organizzazioni la cultura prevalente fa sì che (nei fatti più che nelle parole) gli individui preferiscano permanere nelle condizioni di disagio (premiato quantitativamente) piuttosto che rischiare un cambiamento che coinvolga e impegni responsabilmente. Spesso queste stesse organizzazioni possono, nella prassi (mai a parole), restare ai margini del mercato o addirittura accumulare deficit per anonima inerzia sociale piuttosto che puntare professionalmente e responsabilmente allo sviluppo. Ciò dimostra che le caratteristiche di alcune organizzazioni si legano collusivamente e in interdipendenza dialettica ai caratteri degli individui che esse stesse tendono a produrre. In questi casi il mutamento del sistema premiante vigente non può essere disgiunto da una massiccia opera di formazione.

6.5. Differenziazione settoriale dei sistemi premianti

La differenziazione operata tra sistemi premianti quantitativi e qualitativi, seppure utile come base di analisi, non è sufficiente a farci uscire indenni dai pericoli delle generalizzazioni. Si può dire che la distinzione operata tra qualità e quantità consapevolizzi una visione generale del sistema

premiante ma non si avvicini sufficientemente alle realtà specifiche delle organizzazioni.

La specificità dei compiti degli individui e delle unità di un'organizzazione suggerisce un maggior approfondimento adattivo del sistema premiante. È necessario, in definitiva, mobilitare le risorse presenti in un'organizzazione al fine di ricercare gli strumenti premianti più idonei a garantire lo sviluppo e la motivazione degli individui in rapporto alle finalità dell'organizzazione stessa. Si potrebbe genericamente dire che il sistema premiante più consono a un'organizzazione aziendale è costituito dall'insieme di premi diretti ai fattori vincenti e di punizioni legate ai fattori perdenti dei suoi beni/servizi specifici, ma un tale ragionamento premiante risulta adeguato se rivolto a chi ha una interpretazione e una responsabilità complessiva dell'azienda, e si addice quindi solo a una direzione generale, a un amministratore delegato, a un direttore generale, un imprenditore.

Nella realtà, le aziende mediamente complesse sono divise in funzioni (produzione, vendita, amministrazione, personale, logistica, ricerca e sviluppo ecc.) e le funzioni al loro interno sono divise in mansioni e compiti; un sistema premiante ben architettato, che porti a congruenza premi e sanzioni con gli obiettivi aziendali, deve articolarsi e differenziarsi, seguendo la distribuzione orizzontale e verticale del lavoro, adattandosi con premi e sanzioni specifici ai fattori vincenti e perdenti dei vari compiti ai vari livelli. Molti attori organizzativi sono responsabili solo di parte degli obiettivi generali e a queste parti il sistema premiante si deve adattare. Succederà così che alcune funzioni saranno più premiate per aspetti qualitativi della prestazione e altre per volumi quantitativi, altre per il servizio e così via. Nella funzione produzione più facilmente saranno premiati i volumi e la qualità, mentre nella funzione commerciale sarà premiato il fatturato, i margini e il servizio, in quella amministrativa la giustizia e la tempestività dei dati informativi e così via.

Ma anche all'interno di una funzione l'adattamento del sistema premiante dovrebbe seguire i diversi livelli di responsabilità. Se il capo funzione può essere premiato su indicatori di scostamento di budget, i capi di comando possono essere valutati su indicatori di capacità di coordinamento, e gli operatori su indicatori di produzione o erogazione diretta di prodotti o servizi. Resta comunque implicito che senza una chiara definizione di obiettivi e conseguenti indicatori misurabili o stimabili di successo un siffatto modello premiante si rivela inapplicabile.

Può però accadere che, presi dall'intento di seguire con il sistema

premiante i vari mandati e sottomandati, si perda di vista l'integrazione dei mandati tra di loro rispetto agli obiettivi generali dell'organizzazione. In altri termini, poiché i diversi mandati sono in complementare concorrenza fra di loro è possibile che un sistema premiante troppo centrato sui diversi mandati, e non sull'integrazione tra di loro, perda di vista la complementarità e trasformi l'emulazione tra settori in concorrenza distruttiva. Si può stabilire così un sistema premiante teso a premiare comunque il "successo" dei diversi mandati anche oltre la soglia che vede il successo di una funzione combaciare con l'insuccesso di un'altra. Per fare degli esempi molto diffusi, il grande successo funzionale della vendita (che lavora su opportunità di mercato) potrebbe tramutarsi in insuccesso funzionale della produzione (che lavora su vincoli tecnologici dati); nei sistemi sanitari il notevole aumento quantitativo degli utenti può mettere in crisi la qualità delle prestazioni o, ancora, una prestazione sanitaria troppo premiata potrebbe sollecitare costose domande indotte da parte dell'utenza.

Un sensato sistema premiante deve perciò creare un antidoto-soglia che non trasformi il fisiologico conflitto di complementarità interfunzionali in un conflitto patologico di concorrenza spietata tra funzioni. Per far questo, oltre alla presenza di strutture e sistemi interfunzionali occorre affiancare a un sistema premiante *verticale e funzionale* un meccanismo premiante *orizzontale e multifunzionale*. Ciò è possibile stabilendo dei premi-sanzione, dei *bonus-malus* che penalizzano o premiano le funzioni che superino le soglie fisiologiche di successo o che "vincano" a scapito degli obiettivi delle altre. In tal modo, il sistema premiante, agendo come acceleratore e freno nelle funzioni e tra funzioni, costituisce una rete di contenimento e contribuisce a mantenere entro livelli di complementarità rispetto ai fini aziendali i diversi mandati organizzativi. Un sostanziale supporto alla costruzione di un reticolo premiante equilibrato tra funzioni e compiti verticali è esercitato dalle funzioni orizzontali di presidio della qualità di processo e di logistica operativa. La presenza di tali funzioni dovrebbe garantire il monitoraggio di quanto l'attività di un'area organizzativa può agevolare o ostacolare altre aree.

6.6. Che cosa premiare, con che cosa premiare

Per architettare un sistema premiante organizzativo vanno tenuti distinti gli oggetti di premio dagli strumenti usati per premiare. Gli oggetti di premio (i "che cosa premiare") devono avere la caratteristica di misurabilità

o stimabilità; perché un sistema premiante aziendale goda di una tenuta autonoma e non arbitraria o troppo discrezionale è necessario che poggia su indicatori di risultato il più possibile oggettivabili. Gli “abitanti” di un’organizzazione accetteranno di essere valutati e premiati con criteri e misuratori trasparenti, non abbandonati a interpretazioni soggettive o impressioni vaghe. Per questa ragione gli oggetti di premio devono essere tradotti in indicatori misurabili o stimabili il più oggettivamente possibile. Va da sé che risulta facile misurare con degli indicatori oggetti premiabili quantitativi. Se, ad esempio, decido che gli oggetti premiabili di una funzione sono rappresentati da tempo di degenza, volumi di prestazione, diminuzione di patologie crociate, pratiche inevase, numero di degenti, immissione di dati errati, tempi di consegna di prove di laboratorio ecc. (tutti fenomeni facilmente quantificabili), non avrò grande difficoltà a monitorarli con indicatori quantitativi. La ricchezza di sistemi operativi quali i protocolli di processo e i protocolli di analisi dei risultati aiuta la misurabilità dei risultati e quindi gli aspetti qualitativi e non burocratici del sistema premiante.

Diventa però più difficile, ma non impossibile, trovare indicatori e misuratori per monitorare oggetti premiabili quali capacità collaborative, climi sociali, comportamento di servizio, capacità creative, autonomia. Non potendo misurare in termini puntuali questi e altri oggetti premiabili non è il caso di perdersi di coraggio. Tra gli indicatori puntuali e le impressioni soggettive esiste un campo di rilevazione e di storicizzazione di fenomeni indiretti che rendono possibili stime sostenibili. Se le misurazioni puntuali si possono avvalere di quantificazioni numeriche, gli aspetti intangibili, qualitativi e immisurabili del lavoro possono essere indagati con la contabilizzazione indiretta di episodi indizio. Per fare un esempio, l’annotazione in una specie di “giornale di bordo” di episodi esemplari di collaborazione, conflitto, atti suppletivi non richiesti, lagnanze o dimostrazioni di apprezzamento espressi dagli utenti ecc., può permettere di oggettivare e rendere sostenibili stime, magari imperfette, ma più calzanti di impressioni generiche.

Sulla definizione del “che cosa premiare” va fatta una distinzione netta tra il sistema *premiante tattico*, centrato sulla prestazione e sui risultati temporali (annui o di progetto), e il sistema *premiante strategico*, centrato sulla capacità e sui tratti di personalità dei soggetti (valutazione del potenziale soggettivo), in coerenza con i percorsi di carriera. La valutazione della prestazione va tenuta distinta da quella degli individui, perché una scadente prestazione potrebbe dipendere da un posizionamento in un ruolo non coerente con le attitudini. La distinzione dei due sistemi premianti dipen-

de anche dalla loro importanza ponderale: un soggetto con potenzialità gestionali (portato, ad esempio in sanità, a ricoprire ruoli di direzione di dipartimento) potrebbe non ottenere prestazioni eccellenti se messo in posizioni specialistiche (ruoli clinici) e viceversa, un ottimo specialista in termini di prestazioni potrebbe possedere mediocri attitudini gestionali.

Sia per gli individui che per l'azienda la valutazione tattica delle prestazioni assume un significato inferiore rispetto al premio, all'evoluzione delle carriere. Errare una posizione in ruolo in termini di attitudini è più grave, per individui e organizzazione, rispetto a una carenza temporanea di prestazioni.

Dopo aver risolto il problema di "che cosa premiare" e di come monitorarlo, nasce il problema del "come premiare". In primo luogo, va ribadito che i premi-sanzioni possono essere rivolti a intere funzioni o gruppi di individui o a singoli individui. Un sistema premiante ben architettato può usare la gamma premio/non premio/sanzione quando si rivolge a una funzione o, più raramente, a gruppi. È consigliabile invece limitarsi ai premi/non premi quando ci si rivolge a individui: il binomio premio/non premio produce effetti motivanti sugli individui, la punizione può produrre mortificazione e aggressività.

I premi possono essere di tipo morale, come la pubblicizzazione dei risultati lavorativi, una lettera di encomio, la citazione sul giornalino aziendale, una targa di riconoscimento ecc.; di tipo economico, come premi mensili alla produttività, premi agli indicatori di riuscita di un progetto, premi annui alla chiusura del bilancio aziendale; di tipo misto, come l'iscrizione a un convegno, la partecipazione a un'attività di formazione, un benefit strettamente collegato al successo in una prestazione, la possibilità di utilizzare risorse organizzative (spazio, tecnologia) per un'attività o ricerca speciale.

Per quanto riguarda la parte qualitativa del sistema premiante di tipo economico è importante che essa sia non garantita e di entità significativa rispetto alla retribuzione. È possibile stimare che un premio sia significativo (ossia in grado di produrre effetti evidenti) quando si muove tra l'assenza di premio e un ammontare intorno al 10% della retribuzione base; un premio troppo sopra la soglia del 10% può provocare l'uscita dall'area psicologica dell'emulazione qualitativa sui risultati per entrare nell'area (sempre psicologica) della competizione quantitativa, nella quale si tende ad avere più premi, con ogni mezzo, anche a scapito degli altri attori organizzativi o falsando le condizioni della performance. Questo meccanismo è il medesimo che, ad esempio, ha snaturato lo sport professioni-

Scheda 6.1. Alcuni fattori premiabili o punibili da un determinato sistema organizzativo

Vi preghiamo di stimare come essi sono considerati nella vostra realtà organizzativa.

Vi chiediamo inoltre di valutare la considerazione che, a vostro parere, dovrebbero meritare rispetto ai vostri compiti organizzativi.

Vi chiediamo di stimare i fattori mediante la seguente scala di definizioni: molto premiato/a, poco premiato/a, non premiato/a, punito/a.

	Fattori	Stima reale	Stima ipotizzata
Premio all'appartenenza	Obbedienza	.....	.....
	Fedeltà	.....	.....
	Titolo di studio	.....	.....
	Anzianità	.....	.....
	Appoggi influenti	.....	.....
	Forza fisica	.....	.....
	Ideologie politiche	.....	.....
	Appartenenze politiche	.....	.....
	Appartenenze partitiche	.....	.....
Premio all'individuo	Aspetto esteriore	.....	.....
	Capacità contestative	.....	.....
	Iniziativa	.....	.....
	Autonomia	.....	.....
	Affettività	.....	.....
Premio al risultato	Capacità intellettuali	.....	.....
	Capacità collaborative	.....	.....
	Specializzazione	.....	.....
	Professionalità	.....	.....
	Esecuzione efficiente dei compiti	.....	.....
	Esecuzione efficace dei compiti	.....	.....

stico trasformandolo da attività emulativa ad attività competitiva drogata. Fintanto che la remunerazione degli atleti è rimasta equa e i premi per i risultati hanno mantenuto caratteristiche più simboliche o congruente-

Scheda 6.2. Diagnosi del sistema premiante esistente e ipotizzato in una situazione organizzativa

Qui di seguito sono suggeriti alcuni elementi utilizzati dalle organizzazioni per premiare i propri appartenenti.

Vi preghiamo di stimare come essi sono considerati nella vostra realtà organizzativa.

Vi chiediamo inoltre di valutare la considerazione che, a vostro parere, dovrebbero meritare rispetto ai vostri compiti organizzativi.

Vi chiediamo di stimare i fattori mediante la seguente scala di definizioni: molto usato/a, abbastanza usato/a, non usato/a, punito/a.

	Elementi premianti	Stima reale	Stima ipotizzata
Cultura autoritaria garantista	Garanzia del posto di lavoro	.....	.....
	Attribuzione di potere formale	.....	.....
	Attribuzione di privilegi sociali (benefit, sconti, tassi agevolati ecc.)	.....	.....
	Attribuzione di simboli di stato organizzativo	.....	.....
Cultura associativa meritocratica	Utilizzo di servizi sociali (ricreativi, sportivi, turistici ecc.)	.....	.....
	Gratificazioni economiche	.....	.....
	Gratificazioni affettive	.....	.....
	Riconoscimenti di utilità sociale espressi dagli utenti	.....	.....
Cultura tecnocratica meritocratica	Miglioramento funzionale dell'ambiente lavorativo	.....	.....
	Dotazione di maggiori risorse organizzative finalizzate	.....	.....
	Occasioni di sviluppo professionale	.....	.....
	Aumento di discrezionalità funzionale-lavorativa	.....	.....
	Liberalizzazione del tempo funzionale al mandato	.....	.....

mente remunerative, l'“azienda sport” ha mantenuto fede alla sua ragione sociale primaria decoubertiniana; quando la remunerazione degli atleti ha raggiunto soglie da capogiro e molte “aziende sport” sono diventate un indotto di altre aziende sponsorizzanti, l'emulazione sportiva ha ceduto il posto alla competizione drogata e lo sport agonistico è divenuto per certi aspetti diseducativo. Un fenomeno simile può essere associato ai colossi industriali e finanziari che, corrispondendo ai loro manager remunerazioni esorbitanti e stock option, hanno aumentato la schiera di manager da sbarco che nel breve periodo riescono a spremere alle aziende risultati di alta redditività (per la gioia effimera degli azionisti), per poi abbandonarle agonizzanti in cambio di laute liquidazioni, prima del collasso organizzativo. C'è una ragione perversa per la quale, all'aumentare a dismisura della loro monetizzazione, aumentano i distruttori di ricchezza aziendale anziché i manager virtuosi. Per prevenire interventi tardivi da “antidoping aziendale” è perciò meglio mantenere l'aspetto del sistema premiante qualitativo e meritocratico entro soglie significative ma di guardia.

In fase di intervento di progettazione di sistemi premianti organizzativi può essere utile usare degli strumenti di indagine e dibattito che orientino la scelta del modello premiante più congruente per ogni specifica situazione organizzativa. È perciò suggeribile centrare l'attenzione degli abitanti delle organizzazioni coinvolti nel progetto premiante mediante strumenti utili a circoscrivere i fattori premiati e premiabili (che cosa premiare) e gli elementi utilizzati e utilizzabili per premiare (con che cosa premiare). Per questa ragione vengono riportate qui di seguito, a titolo d'esempio, due schede di ricerca usate in set di formazione o in sede progettuale per operare una ricognizione in tema di sistema premiante (schede 6.1 e 6.2). L'indagine può essere efficacemente operata rivolgendola a sottosistemi organizzativi omogenei (divisione, reparto, servizio, ufficio ecc.).

6.7. Logiche e tecnologie premianti alternative

Negli ultimi tempi, nelle aziende, la consapevolezza organizzativa dell'importanza di un adeguato impianto premiante è notevolmente cresciuta. La maggiore consapevolezza ha fatto scoppiare la domanda aziendale e culturale di sistemi premianti, meritocrazia, premi alla professionalità ecc. L'offerta di strumenti tecnici e modelli consulenziali non si è certo fatta attendere, anzi, ha ancor più indotto domanda.

L'attualità del tema, eccitato dal bisogno, e l'occasione di apertura del mercato della consulenza non depongono a favore di una chia-

ra e serena visione del problema. Nel calderone del sistema premiante vengono così mescolate logiche e tecniche diverse, così che la minestra dei modelli premianti/incentivanti ne risente. In primo luogo, va chiarita una distinzione logica non di poco conto tra i sistemi premianti che collegano incentivi, premi di produzione e altri elementi premianti al risultato aziendale complessivo e quelli che si collegano alle prestazioni professionali specifiche degli individui.

Se cambia il “che cosa premiare” cambia la logica di base del sistema premiante. Se premio con azionariato dei dipendenti, incentivi, premi di produzione ecc. i risultati complessivi dell’organizzazione, vuol dire che intendo privilegiare l’appartenenza aziendale e l’identificazione con le sorti dell’azienda, in una logica di impersonale contributo collettivo; se tendo invece a premiare le prestazioni professionali dei singoli, articolate per funzione e per posizione gerarchica (come suggerito dalle pagine precedenti), vuol dire che ho scelto di privilegiare i meriti o i demeriti individuali, indipendentemente dalle sorti complessive dell’organizzazione. Nel primo caso si può parlare di logica premiante aziendalista o paternalista impersonale, il cui parametro di riferimento è da ricercare negli indici di “salute” aziendale; nel secondo caso si può parlare di logica premiante meritocratica personalizzata, i cui parametri sono dati dal reticolo dei vari standard di prestazione. Nulla vieta di adottare una o l’altra delle logiche o una logica mista, adattandole ai diversi contesti aziendali o culturali, ma la confusione di una logica con l’altra è sconsigliabile, in quanto foriera di conflitti addizionali sul piano della motivazione degli addetti, sul piano sindacale, sul piano delle congruenze di politica aziendale.

Oltre alla distinzione logica precedentemente trattata, può essere utile operare una distinzione tecnica legata alla modalità di definizione degli indicatori di prestazione. È indubbio che, accanto all’imprescindibile scelta logica rivolta al “che cosa premiare”, è indispensabile la scelta tecnica rivolta alle metodiche di rilevazione degli indicatori di risultato o di prestazione che si intendono esporre a premio o sanzione. La sola definizione logica di che cosa premiare è sterile se non si può avvalere di dati di misurazione o di stima dell’oggetto di premio.

Questo fatto è stato ben compreso, ad esempio, da tutte quelle organizzazioni pubbliche che hanno accettato aziendalmente e sindacalmente la logica del premio alla professionalità ma, prive di standard di controllo di prestazione, protocolli di controllo qualità, indicatori di verifica, finiscono col premiare dati oggettivi facilmente rilevabili come gli straordinari o la quantità di produzione di atti, indipendentemente dalla loro quali-

tà (nell'ambito delle aziende pubbliche la sanità non fa eccezione). In tal modo, una logica premiante qualitativa e meritocratico-professionale si tramuta, per povertà e incongruenza di rilevatori di successo, in una logica premiante quantitativa centrata sul presenzialismo, sul produttivismo. In altri casi, in carenza di indicatori premianti e di rilevazione attendibile di dati, la parte di budget dedicata ai compensi premianti variabili viene distribuita a pioggia, uccidendo così la logica meritocratica premiante con l'egualitarismo retributivo.

Diverse sono le tecniche di rilevazione degli standard di prestazione, tutte però ispirate da due tendenze di fondo: una di queste tendenze si spinge a dettagliare e articolare al massimo gli elementi costituenti le prestazioni da valutare e premiare, e, coerentemente con tale scopo, si avvale di una modulistica standardizzata ricca di indicatori e di scale di misurazione da compilare; un'altra tendenza (alla quale si ispirano alcune riflessioni di questo scritto) si accontenta di misurare e stimare solo le caratteristiche ritenute prioritarie e vincenti della prestazione, definite o negoziate tra i responsabili organizzativi e i loro collaboratori. I responsabili si assumono anche il compito di raccolta e stima dei dati e degli indicatori di prestazione.

La prima tendenza punta l'attenzione sulla quantificazione e qualificazione puntuale di tutti gli aspetti della prestazione e, a mio parere, può produrre le seguenti distorsioni:

- l'eccessiva divisione in fattori di prestazione da valutare può allontanare l'attenzione dei valutatori dalla prestazione lavorativa complessiva, spesso stimabile più col buon senso strumentato e generalizzante che con la logica matematica parcellizzante. La frantumazione eccessiva delle parti (atti lavorativi) può far perdere la visione dei fenomeni essenziali (obiettivi lavorativi);
- la modulistica di valutazione, prescrittiva e standardizzata, può indurre un atteggiamento burocratico di deresponsabilizzazione nei valutatori, i quali possono trovare comodo deporre i panni e l'ansia legati alla relazione valutante dei propri collaboratori, per indossare quelli più comodi di compilatori di un questionario aziendale, da consegnare agli amministrativi del personale, finalizzato a distribuire incentivi;
- un'interpretazione burocratica della valutazione delle prestazioni può spingere verso un appiattimento delle valutazioni stesse, con conseguente fallimento della logica premiante meritocratica che si basa sulla differenziazione e sulla precarietà di valutazioni e premi, non sulla loro tendenziale uguaglianza e stabilità.

La seconda tendenza, che punta a mantenere tensione relazionale tra responsabili organizzativi e collaboratori esposti a valutazione, è improntata più a una *deregulation* procedurale della valutazione, accetta di perdere dati di dettaglio sulla prestazione, limitandosi a monitorare i soli fattori ritenuti vincenti. Ciò al fine di mantenere centrale il rapporto personale dialettico e responsabile tra valutati e valutatori i quali, con questo taglio metodologico, non hanno alibi burocratici e filtri relazionali (costituiti da schede procedurali) che scavalcano il nodo esplicito del sistema premiante, che passa tra chi definisce (o negozia) gli obiettivi prioritari delle prestazioni e chi è richiesto di perseguirli. A mio parere, in tal modo si può salvare e diffondere la logica del sistema premiante che, come tutte le logiche, è un fenomeno prima di processo relazionale e culturale diffuso e poi tecnico-procedurale. Un incontro annuo ufficiale tra responsabili e collaboratori con la richiesta di verbalizzazione formale degli obiettivi e degli indicatori di successo, seguito da incontri di feedback (anch'essi verbalizzati), vale più della compilazione di un questionario valutativo rigoroso, iperdettagliato ma esposto a filtri e deformazioni percettive dei valutatori.

Il processo di valutazione è più un fenomeno relazionale mirato capo/dipendente che un problema procedurale. È preferibile che in un'azienda sia diffusa la capacità logica e la responsabilità di valutare direttamente le prestazioni dei collaboratori su pochi ed essenziali dati, piuttosto che la pedissequa abilità di riempire moduli raffinati di valutazione per "fare un piacere a quelli del personale che non sanno come distribuire premi di produzione, superminimi, gratifiche ecc."

Dove è indispensabile l'uso della logica è insostituibile la presenza di individui plasticamente consapevoli e responsabili. La tematica del sistema premiante è palesemente logico-ideologica, non può perciò prescindere da un suo "attecchimento" individuale e culturale. I cambiamenti culturali non avvengono in tempi brevi ma, una volta realizzati, danno garanzia di stabilità all'organizzazione.

Le scorciatoie tecnologico-procedurali adottate a fronte di problemi culturali inerenti i processi sociali relazionali non hanno mai pagato e hanno spesso complicato i problemi e allungato i tempi. Nelle aziende che, per fretta tecnologica, hanno adottato un sistema burocratico di valutazione di prestazioni e risultati, senza dedicare tempo alla formazione efficace dei valutatori e scavalcando con le procedure il rapporto capo/dipendente, l'introduzione del sistema premiante, personalizzato ha prodotto più criticità che risultati. Viste le aspettative e le resisten-

ze individuali che sollecita la nascita di un sistema premiante è meglio la sua assenza piuttosto che un suo funzionamento scorretto e lacunoso. In genere, l'aspetto procedurale utile a rendere operativa una logica culturale assunta, se applicato senza farne assimilare il senso profondo, tende a invalidare la logica stessa. E anche qualora la logica culturale fosse riproposta in futuro in modo adeguato, la farebbe accogliere con forte sospetto.

6.8. Riflessioni critiche sul sistema premiante e i comportamenti da esso indotti nelle aziende sanitarie

Come già affermato, per sistema premiante si può intendere quell'insieme di premi e di sanzioni mediante i quali esplicitamente o implicitamente le organizzazioni tendono a omologare i comportamenti dei propri abitanti. Il sistema premiante rappresenta l'autentico suggeritore dei comportamenti degli individui appartenenti a una determinata organizzazione. Sovente, una lettura affrettata può imputare totalmente agli individui la congruenza e l'incongruenza di azioni organizzative, ma una lettura più attenta rileva spesso che i comportamenti trovano ispirazione dalla congruenza/incongruenza del sistema premiante organizzativo che li induce.

Il sistema premiante può essere intenzionalmente costruito per mantenere gli individui in sintonia con ciò che a loro chiede l'organizzazione. A volte può essere costituito dal casuale insieme di fattori premianti accumulatisi in epoche diverse e con diversi obiettivi; succederà così che nell'organizzazione conviveranno logiche premianti diverse e talvolta contrapposte, il che procurerà all'organizzazione stessa spinte e controspinte, confusioni e conflitti addizionali, contraddizioni tra il richiesto e il premiato. Altre volte, per incompetenza di architettura del sistema premiante, si finisce col premiare l'opposto di ciò che si vorrebbe: se, ad esempio, invece di premiare le guardie forestali in base al minor numero di incendi che si verificano su un determinato territorio, ci si orienta a premiarli in base al numero di incendi che spengono, si finisce con il premiare i piromani forestali e non la prevenzione degli incendi. Lascio all'intuito l'analogia con un sistema premiante sanitario rivolto prevalentemente a premiare la cura anziché la prevenzione.

Gli strumenti che le organizzazioni utilizzano per premiare i loro appartenenti sono molti, anche se generalmente si tende a privilegiare il fattore premiante strumentale denaro.

Vorrei citare qui di seguito alcuni fattori premianti usati frequente-

mente dalle organizzazioni e utilizzabili specificamente nell'organizzazione sanitaria:

- l'alta remunerazione;
- il potere gestionale di comando e la discrezionalità personale a esso collegato (immagine politica);
- il riconoscimento socializzato della propria competenza (immagine professionale);
- la piacevolezza degli ambienti fisici lavorativi;
- la piacevolezza dei climi sociali e degli stili di relazione;
- la discrezionalità di uso di risorse tecnologiche;
- la discrezionalità di uso di risorse economiche;
- la dotazione transitoria di benefit;
- l'uso stabile di "economie" di posizione;
- la garanzia del posto di lavoro.

In termini di preminenza, si può dire che i sistemi premianti di alcune organizzazioni siano centrati prevalentemente sui beni/servizi (cioè tesi a premiare il miglior connubio quali-quantitativo dei beni/servizi che fanno erogare), altre organizzazioni hanno un sistema premiante centrato sulla domanda, anche quella indotta (le richieste espresse dai clienti/utenti), altre sui reali bisogni di mercato (bisogni anche non ancora espressi in domanda), altre ancora hanno un sistema premiante più centrato su sé stesse e sul perpetuarsi dell'organizzazione e dei suoi ruoli più significativi.

È intuitivo che le organizzazioni che hanno un sistema premiante centrato sulla domanda o sul prodotto sono quelle immediatamente penalizzate dagli utenti, attenti al prodotto e alle risposte adeguate alle domande. Le organizzazioni che hanno un sistema premiante di tipo autoconservante possono restare sul mercato fintanto che regge il loro monopolio (istituzionale o privato) e/o fino a quando il mercato nel quale agiscono dimostra incapacità o trascuratezza nel controllare i beni/servizi e l'adequatezza delle risposte a fronte delle domande/bisogni.

Con queste premesse si possono analizzare, a grandi linee, le caratteristiche dei sistemi premianti delle aziende sanitarie sia private che pubbliche, ricordando ancora che i sistemi premianti fungono da uniformatori di comportamento. Si può infatti dire che la maggior parte degli abitanti aziendali diventa interprete del sistema premiante socio-organizzativo al quale è sistematicamente esposta.

La specificità del sistema sanitario italiano suggerisce di mettere a

confronto il contesto organizzativo privato e quello pubblico, tenendo distinte le strutture pubbliche, quelle private accreditate e quelle private non accreditate. Dagli anni 1992-93, a opera del ministro Francesco De Lorenzo, fino all'anno 1999, a opera del ministro Rosi Bindi, si è cercato di porre ordine a livello nazionale alle opache dinamiche di finanziamento pubblico rispetto al mercato sanitario pubblico, privato convenzionato e privato non convenzionato, cercando di minimizzare il privato parassitario. Si è poi cercato di normare l'eccessiva mobilità arbitraria delle professionalità cliniche, definendo vincoli di stabilità e appartenenza organizzativa, e fissando ambiti di concertazione di attività intramoenia ed extramoenia. La fissazione di chiari requisiti di accreditamento ha permesso di attivare un processo, ancora in divenire, di omogeneizzazione e di immissione nel perimetro della concorrenza normata del settore pubblico e privato.

Se diamo una scorsa, se pur generale, alle caratteristiche salienti del sistema premiante nelle aziende sanitarie private non accreditate, possiamo dire che esse sono mediamente centrate sulle domande alberghiero-sanitarie che garantiscono alta redditività. Tra di esse si può inscrivere la maggior parte del privato parassitario che andrebbe estirpato. Il privato non accreditato tende a raggiungere il massimo livello di redditività, selezionando le domande sociali-alberghiere-sanitarie formulate dalla clientela. Questa centratura sulle domande della clientela ad alta redditività tende a privilegiare i servizi richiesti e remunerativi, a scapito di servizi sostanzialmente utili ma poco redditizi. È infatti indubbio che accanto alle prestazioni sanitarie debbono convivere adeguate prestazioni sociali e alberghiere, ma, data la spesso impropria educazione sanitaria diffusa e le altrettanto diffuse domande indotte, gli utenti tendono a mettere spesso in primo piano le domande sociali e alberghiere (facilmente verificabili dall'utente comune) e trascurare, rimuovere o delegare agli specialisti clinici i reali bisogni sanitari, meno facilmente verificabili dai non addetti. Succede così che il sistema premiante privato non accreditato della sanità induca spesso una particolare attenzione ad aspetti più di contorno (se pur importanti), lasciando, a volte, in secondo piano la specificità più significativa dei beni/servizi sanitari.

Tra i fattori premianti precedentemente citati quelli più massicciamente usati sono:

- l'alta remunerazione;
- il riconoscimento socializzato della propria competenza (immagine professionale);

- la piacevolezza degli ambienti fisici lavorativi;
- la piacevolezza dei climi sociali e degli stili di relazione;
- la dotazione transitoria di benefit.

Poco o per nulla usati sono:

- la garanzia del posto di lavoro;
- il potere gestionale di comando e la discrezionalità personale a esso collegato (immagine politica);
- l'uso stabile di "economie" di posizione;
- la discrezionalità di uso di risorse tecnologiche;
- la discrezionalità di uso di risorse economiche.

La distanza, più o meno evidente, esistente tra la centratura sulle domande espresse dagli utenti (comprese le domande indotte dalle stesse organizzazioni sanitarie), premiata dalle aziende sanitarie private non accreditate, e la centratura sui bisogni sostanziali può essere coperta dalla limitata discrezionalità dei singoli operatori sanitari, aiutati in questo dalle eventuali "maniglie valoriali" della loro deontologia professionale. Questa discrezionalità di interpretazione del ruolo sanitario è concessa a patto che le prestazioni centrate sui bisogni non entrino in conflitto palese con quelle centrate sulle domande e sulla redditività; in questo caso, il sistema premiante aziendale potrebbe chiedere alle pulsioni deontologiche di piegarsi alle esigenze di mercato. Nelle aziende sanitarie private non accreditate gli operatori professionali sono premiati prevalentemente per le loro capacità professionali specialistiche e per la loro piacevolezza relazionale percepita dai clienti/ospiti.

Nelle aziende private accreditate, nelle quali i criteri di accreditamento sono stati applicati correttamente, tanto da portarle a stipulare un accordo e una convenzione regionale con il sistema pubblico, il sistema premiante tende a minimizzare la centratura sulle sole domande, a prosciugare l'area delle domande indotte e focalizzarsi (come si richiede alla salute pubblica) sull'appropriatezza della risposta ai bisogni sostanziali di salute. In queste strutture le prestazioni sanitarie rispondono al medesimo trattamento premiante della sanità pubblica (DRG); quello che cambia sono il trattamento di tutto il personale (il quale rimanda a una logica di contrattualistica privata anziché pubblica) e le logiche di configurazione organizzativa, che risentono meno dell'inerzialità di funzionamento legata agli usi e costumi del sistema pubblico. A proposito del sistema di categorizzazione economica delle prestazioni DRG, si tenga presente la sua enorme importanza in termini di sistema premiante; la sua calibratura

può mantenere le prestazioni nell'alveo della sanità efficace e poco costosa o produrre prestazioni indotte inappropriate e diseconomiche.

In sintesi, nelle strutture sanitarie private in convenzione, accanto alla parità di condizioni premianti del pubblico in termini di output di servizi e prestazioni, convive una maggior flessibilità di gestione del personale e una rispetto alla sperimentazione di formule organizzative. Le esigenze gestionali e organizzative di queste organizzazioni sono frequentemente soddisfatte da dirigenti con esperienza sanitaria ma non necessariamente di provenienza medica o infermieristica. In genere si può dire che nelle aziende sanitarie private accreditate viene privilegiata la carriera clinica orizzontale specialistica piuttosto che la carriera verticale gestionale. In questi contesti la figura e la centralità gestionale del primario, così presenti nel pubblico, sfumano o spariscono. Rimane la figura del clinico d'eccellenza in grado di fare scuola e di arricchire l'immagine e i bilanci dell'azienda. In tali ambiti conta meno del pubblico il discutibile criterio premiante della gerontocrazia, le formule organizzative risultano più attente alla razionalizzazione del processo orizzontale e interdisciplinare di diagnosi, cura, riabilitazione, piuttosto che alla frantumazione monodisciplinare e verticale per ambiti specialistici, diffusa in ambito pubblico. In questi contesti risuonano alcune logiche organizzative che ritroviamo nelle esperienze pubbliche di ospedali per intensità di cura. Oggi alcune esperienze private di strutture organizzative complesse, in grado di offrire prestazioni distintive per eccellenza, meno frenate da cascami storici e culturali propri della sanità pubblica, potrebbero essere considerate come utile testimonianza e suggerimento di innovazioni organizzative.

Diamo ora uno sguardo a quanto succede all'interno della struttura sanitaria pubblica. Si può dire che l'insieme di strutture e di normative che la governano tenda a riprodurre il modello premiante istituzionale pubblico di tipo garantista, autoconservante e accentrato, le cui caratteristiche hanno radici storiche lontane e sono risultate vincenti in tutti quei mandati istituzionali semplici, stabili e a bassa discrezionalità decentrata. Tali mandati, per la loro caratteristica prevalentemente amministrativa e standardizzabile, sono controllabili atto per atto tramite procedure e gerarchia: una tale logica di sistema è più presente nelle istituzioni pubbliche meno invase dai clienti (ministeri, regioni, province, comuni ecc.), mentre in sanità deve fare i conti con un front office sociale diffuso (come in tutti gli ordini di scuola dell'obbligo).

Il sistema premiante centrato più sugli atti che sui risultati è ancora per molti versi di tenuta nei mandati istituzionali a basso tasso discre-

zionale e quindi proceduralizzabili (uffici anagrafici, uffici postali ecc.), ma questo modello organizzativo, se usato estensivamente per governare prodotti e servizi dinamici ad alta discrezionalità professionale decentrata (ad esempio, scuola, cultura, sviluppo territoriale, sanità ecc.), mostra drammatiche lacune. Tutti questi mandati ad alta discrezionalità professionale diffusa non si prestano ai controlli quantitativi e anonimi di produttività (tanti atti, tante presenze ecc.) ma a controlli più qualitativi e personalizzati sui risultati; i controlli quantitativi possono essere addirittura controproducenti e possono indurre a premiare gli straordinari (si ricordi che il forestale piromane fa molti straordinari). Inoltre, i mandati ad alta discrezionalità rifuggono da organizzazioni troppo centrate sull'unicità di comando e ricercano configurazioni di orizzontalizzazione organizzativa.

Assistiamo allora nelle organizzazioni sanitarie pubbliche all'esistenza di un sistema di governo e premiante ufficiale che, ai bassi livelli organizzativi (istituiti), insiste ancora sugli atti, sulla centralità di comando e sulle procedure, a fianco di un sistema di governo e premiante che per altri aspetti risulta iperdiscrezionale (tanto da sconfinare nell'arbitrio), lasciato alla libera interpretazione degli attori di passaggio, dotati di più potere istituzionale e professionale (ad esempio primari, direttori di dipartimento, direttori di distretto, medici di base ecc.). Non è infrequente che le risorse economiche stanziare per il sistema meritocratico legato ai risultati siano distribuite a pioggia, invalidandone, di fatto, il significato. Spesso anche le rappresentanze sindacali nel sistema pubblico tendono a resistere ai cambiamenti attestandosi a difesa di modelli e norme garantiste, che non depongono a favore di evoluzioni efficaci.

Così il sistema premiante istituzionale usa di fatto prevalentemente i seguenti fattori premianti:

- la garanzia del posto di lavoro;
- il potere gestionale di comando e la discrezionalità a esso collegato (immagine politica);
- l'uso stabile di "economie" di posizione;
- la discrezionalità di uso di risorse tecnologiche;
- la discrezionalità di uso di risorse economiche.

Poco o per nulla usati sono:

- l'alta remunerazione;
- il riconoscimento socializzato della propria competenza (immagine professionale);

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- la piacevolezza degli ambienti fisici lavorativi;
- la piacevolezza dei climi sociali e degli stili di relazione;
- la dotazione transitoria di benefit.

Come si vede, il sistema premiante delle aziende sanitarie pubbliche per molti aspetti sembra la foto rovesciata di quello delle aziende private convenzionate e ben funzionanti. In questi sistemi organizzativi (prescrittivi sugli atti per alcuni aspetti e per alcuni ruoli di basso livello, e altamente discrezionali per altri aspetti e per i ruoli dotati di alto potere gerarchico), la distanza tra la centratura sull'autoconservazione e l'eventuale centratura sui bisogni e sull'eccellenza delle prestazioni è coperta discrezionalmente da processi precari di compensazione deontologica attivati da alcuni attori i quali rivestono ruoli di maggior potere organizzativo, più che frutto di modelli organizzativi stabili.

Nella sanità pubblica alcuni attori dotati di alto potere d'influenza (istituenti di fatto) hanno molti spazi di "recita a soggetto" (molto più che nelle aziende private), tanto da poter instaurare uno stile organizzativo personalistico, destinato però a estinguersi con l'assenza degli attori che lo hanno indotto. Questo fenomeno che lascia la scelta delle logiche organizzative prevalentemente nelle mani di individui di passaggio, più che affidarla alla stabilità indotta da strutture adeguate e da sistemi operativi e sistemi premianti efficaci, induce una fisiologica precarietà dell'intero sistema. Un tale modo di procedere è esposto a evoluzioni/involuzioni cicliche, ed è portato a lasciarsi alle spalle la memoria storica vincente a ogni cambio di leadership, anziché consolidare modelli organizzativi e best practice in termini di struttura di base e di sistemi operativi. La soggettività di governo porta a far convivere fianco a fianco nella stessa organizzazione (ad esempio in ospedale) centri di potere gestionali (ad esempio primariali), focalizzati sull'autoconservazione, accanto a centri di potere clinico virtuosi, centrati su domande e bisogni.

Questo fenomeno spiega la bassa governabilità del sistema sanitario pubblico, frantumato, localistico, personalistico, transitorio, discrezionale, arbitrario; ma spiega anche il perché un sistema premiante oggettivo e ufficiale così poco integrante e incongruente può paradossalmente essere percepito come appetibile per la libertà di manovra che lascia ad alcuni suoi attori significativi (alta gestionalità compensatoria). Nella sanità, come nella scuola (altro servizio improntato da eccessiva discrezionalità professionale) si è sottopagati, ma garantiti e più liberi di esercitare protagonismo a piacere. E, come nella scuola pubblica, nella sanità alcuni attori

teorizzano questa appetibile facoltà, confondendo nel concetto di libertà professionale il protagonismo organizzativo normato con il protagonismo arbitrario e insindacabile.

Mentre il sistema premiante della sanità privata convenzionata pone l'accento sulle capacità specialistiche, la razionalità organizzativa e la redditività, la sanità pubblica premia, di fatto, il garantismo, lo status, la discrezionalità gestionale. Nella sanità pubblica è più premiata la carriera gestionale con percorsi gerarchici verticali (primario, caposervizio, capo-sala) di quella specialistica orizzontale. Poiché il mondo pubblico della salute è strutturato su ruoli di gestione verticale gerarchica (sempre meno coerenti in un sistema professionale processuale, articolato e complesso), per far carriera è necessario almeno in parte snaturare l'iniziale professionalità specialistica diventando (almeno formalmente) gestionali e manageriali. Ci sarebbe da chiedersi seriamente quanto sia obsoleto il ruolo tradizionale del primario che dovrebbe essere, da copione, un esercizio umanamente poco sostenibile di eccellenza specialistica e manageriale insieme.

In definitiva, il sistema premiante nelle aziende sanitarie pubbliche agevola la convivenza di prescrittività e arbitrarità, di controllo fiscale e insieme di sperpero di risorse. Si controllano fiscalmente i costi d'acquisto di materie prime per attività di sanificazione e poi si duplicano divisioni ospedaliere per lasciar convivere dei responsabili che si odiano o peggio, per affiancare a un soggetto poco affidabile, ma inamovibile, un responsabile più affidabile nel perseguire la salute degli utenti; si proceduralizza l'acquisto di materiale di segreteria e si liberalizza eccessivamente l'acquisto di tecnologia costosissima e sottoutilizzata; si blocca tassativamente l'organico e poi si ricorre a consulenze con tariffe da divi.

Fortunatamente, nonostante le maglie larghe o vacue di un sistema premiante pubblico anacronistico, è possibile esercitare discrezionalmente la professione sanitaria centrando la propria attività sui bisogni sostanziali. Si potrebbe dire provocatoriamente che, nonostante le falle dell'istituzione sanitaria pubblica, si può esercitare in essa la sanità in modo deontologicamente corretto. Paradossalmente, proprio in una situazione organizzativamente precaria, prescrittiva e discrezionale insieme c'è spazio notevole per quegli operatori sanitari che hanno potuto e saputo raggiungere posizioni di potere gestionale senza sacrificare i valori della professione, ma anzi caricandoli ulteriormente di una sorta di missionariato di mestiere, proprio di chi deve faticosamente combattere per i propri ideali in ambienti disagiati. Questi operatori, per nulla infrequenti

nell'apparato pubblico, ma presenti anche nel privato in veste di testimonianze emulabili della sanità, si rivolgono ai bisogni e alla qualità dei beni/servizi sanitari tanto da essere riferimento di mercato più per i colleghi che per l'utenza comune. Come punto di riferimento professionale, essi hanno mantenuto e conservato, per ragioni più di storia personale che per richieste organizzative, una tensione motivazionale fedele alla deontologia professionale e alla qualità delle prestazioni; non a caso, all'interno del loro spazio di gestione (divisione ospedaliera, servizio territoriale, clinica ecc.), hanno instaurato un sistema premiante centrato prevalentemente sui risultati, con uso frequente di metodiche e specifiche chiare di lavoro, di protocolli terapeutici, di banche dati di indicatori di verifica. Ma questi "fari" di una gestione sanitaria congruente ai bisogni rappresentano il segnale della poca luce che caratterizza la sanità pubblica in genere. Bertolt Brecht diceva: «Fortunato quel popolo che non ha bisogno di eroi». Questi eroi sono però destinati a rimanere caduche meteore se l'istituzione della salute pubblica non ratifica, struttura e diffonde a livello nazionale il loro operato e i loro modelli di lavoro con un impianto organizzativo congruente e stabile.

Con le premesse ambientali e premianti precedentemente citate si può posare lo sguardo sui comportamenti degli individui che recitano la loro parte nella sanità. Alla luce delle precedenti riflessioni, penso che appaia con chiarezza il fatto che, prima di censurare o ammirare moralisticamente i comportamenti di individui organizzati, vale la pena verificare quali sono i comportamenti indotti dalla struttura e dal sistema premiante che li circondano. Quanto la personalità organizzativa impronta le personalità individuali? Potremmo accorgerci che i comportamenti che condanniamo, scandalizzati, altro non sono che i comportamenti suggeriti dallo stesso contesto organizzativo.

Proviamo allora a ipotizzare il comportamento voluto dai contesti organizzativi pubblico e privato non a convenzione rispetto a un ipotetico medico con 18 anni di professione che gode della possibilità di convivere con ambedue le situazioni organizzative: il nostro ipotetico dottor x è allettato dalla possibilità di minimizzare i vincoli dei due sistemi premianti, pubblico e privato, massimizzando le complementari opportunità; x sarà così invogliato a lavorare a tempo più parziale possibile in una struttura pubblica e a dedicare il rimanente tempo ad attività professionali in strutture private (clinica non convenzionata). In questo modo riceverà dal sistema pubblico:

- la garanzia del posto di lavoro;

- il potere discrezionale di comando e la discrezionalità personale a esso collegata (immagine politica);
- l'uso stabile di "economie" di posizione;
- la discrezionalità di uso di risorse tecnologiche;
- la discrezionalità di uso di risorse economiche.

Contemporaneamente, prestando la sua professionalità in una clinica privata non accreditata potrà ricevere:

- remunerazione elevata;
- il riconoscimento socializzato della propria prestazione (immagine professionale);
- la piacevolezza degli ambienti fisici lavorativi;
- la piacevolezza dei climi sociali e degli stili di relazione;
- la dotazione transitoria di benefit.

Questo processo di doppia appartenenza o meglio "opportunità" costa al nostro dottor x un po' di schizofrenia lavorativa, una specie di recita diversa in due commedie con lo stesso titolo. In ospedale può recitare la parte del "barone" potente che può decidere o delegare discrezionalmente tutto o nulla, più alle prese con problemi di personale, di alleanze politiche, di risorse economiche o tecnologiche che con problemi di prestazioni (una specie di piccolo, malpagato imperatore). In clinica gli si chiede di interpretare la parte dello specialista affabile e accattivante con i clienti o ospiti (il paziente di nome o di fatto della sanità pubblica diventa ospite nella sanità privata).

Una specie di clinico promosso dai telefilm ospedalieri nordamericani: da distaccato e inaccessibile per i pazienti dell'ospedale ora tocca al dottor x essere paziente con i clienti della clinica; nella clinica riprende i panni dello stimato e affidabile professionista (panni deontologicamente promossi dalla disciplina sanitaria accademica). In clinica si può facilmente arricchire e in ospedale può accumulare potere istituzionale, in clinica può ricoverare i suoi clienti quando hanno bisogno di "software sanitario" (poco costoso in termini di investimento e a veloce ritorno economico) e trasferirli in ospedale quando necessitano di "hardware sanitario" (impianti tecnologici onerosi in termini di investimento e a lento o insignificante ritorno economico).

È anche comprensibile che in tutto questo suo affaccendarsi tra una commedia e l'altra il nostro dottor x perda di vista porzioni di qualità delle sue prestazioni, distratto com'è dalle diverse recite, non sempre premianti i risultati sostanziali.

Ora se dietro la provocazione esemplificativa l'immaginario dottor x caratterizza comportamenti reali, anche se sempre meno diffusi dopo i provvedimenti normativi degli anni novanta, e ammettendo che non li si condivida e li si voglia modificare, su cosa si può pensare di agire? Sul dottor x o sulle commedie che gli stanno intorno? Censurando o sostituendo il dottor x pensate che non si riproduca il fenomeno con un qualsiasi dottor y?

Se si vogliono comportamenti meno "perversi" nella sanità, forse è opportuno ripensare all'assetto normativo che ispira le configurazioni organizzative e le regole del gioco che li suggeriscono. Solo allora, dopo aver progettato strutture e sistemi premianti congruenti con le prestazioni esemplari e con i bisogni, si potrà gestire il personale e si potranno a pieno diritto censurare gli attori che recitano malamente una commedia adeguatamente scritta. I legislatori, i ministri, i presidenti di regione e i rappresentanti di categoria sono gli artefici, nel bene nel male, delle commedie sanitarie e del loro sistema premiante. Nelle loro mani e nella loro volontà risiede la capacità di riportare un sistema nazionale della salute, coinvolto da anni in un processo disordinato e arbitrario di diaspora regionale e provinciale, su un terreno di uniformità logica e d'azione, in coerenza con la parità di prestazioni territoriali rivendicate, di diritto, dai cittadini.

6.9. Esperienze

Caso-testimonianza: intervista a un direttore generale di aziende sanitarie regionali e nazionali

risponde *Fulvio Moirano*

Introduzione

Quando si parla di "sistema premiante" a operatori del Sistema sanitario nazionale non è difficile incontrare espressioni di stupore e incredulità. Sono molti infatti a sostenere che non vi sono, o ve ne sono molto poche, possibilità di istituire sistemi premianti all'interno delle strutture sanitarie pubbliche. Qualsiasi meccanismo organizzativo finalizzato a esplicitare i criteri con cui gestire la problematica del premio/non premio/sanzione viene percepito come profondamente estraneo all'attuale funzionamento del sistema pubblico. L'origine di questo vissuto collettivo ha alcune ragioni di carattere organizzativo, tra di loro collegate, che possono essere così sintetizzate:

- il sistema sanitario, sia a livello centrale che nelle sue articolazioni, non si

6. IL SISTEMA PREMIANTE

è dotato di una chiara e univoca missione organizzativa su cui confrontare e misurare la congruità dell'impianto organizzativo. Poiché non tutti hanno la medesima percezione dei risultati da perseguire, viene di fatto a mancare un elemento fondamentale per formulare delle valutazioni sull'adeguatezza del funzionamento dell'organizzazione rispetto ai risultati prefissati;

- all'interno delle diverse articolazioni del sistema vengono così a mancare le linee guida indispensabili su cui costruire un tessuto di regole del gioco capace di orientare i comportamenti degli operatori verso gli obiettivi che si devono raggiungere. Non essendo chiari i risultati generali e particolari su cui un sistema organizzativo o una semplice unità operativa saranno chiamati a rendere conto, diventa difficile proporre, o solamente elaborare, regole del gioco coerenti con gli obiettivi;
- non potendo disporre di sistemi di valutazione sulla quali-quantità dei risultati diventa di fatto difficile progettare un sistema premiante che formalizzi ed espliciti per l'intera organizzazione quali sono i comportamenti o i risultati che si desidera premiare (o punire), quali sono i destinatari del premio (singolo operatore, nuclei di operatori, tutti indistintamente in quanto appartenenti a una data organizzazione), quali sono gli strumenti che si vogliono utilizzare come leve per premiare.

In assenza di risultati espliciti su cui tutti sono chiamati a misurarsi in rapporto al loro margine di azione, chi dispone di maggiore potere organizzativo (anche indipendentemente dalla collocazione formale nell'organigramma) tende inevitabilmente a influenzare più di altri il funzionamento dell'organizzazione, orientandola verso suoi obiettivi particolari, più o meno in sintonia con la generica missione istituzionale.

Questo utilizzo di parte dell'organizzazione viene poi supportato da un sistema premiante di fatto operante, cui viene affidata la funzione di orientare il comportamento degli individui secondo le esigenze dei "gruppi di comando". Il presente caso-testimonianza qui di seguito riportato rappresenta un esempio delle quotidiane difficoltà incontrate da chi ha ricoperto dapprima una posizione apicale, quale è la direzione sanitaria di aziende sanitarie, successivamente quella di direttore generale di aziende sanitarie e ospedaliere e, da ultimo, quella di direttore dell'Agenzia sanitaria nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), nel definire i lineamenti di una comune missione organizzativa e nel sostenerla con un coerente sistema premiante.

Facendo riferimento alle direzioni sanitarie, si tenga presente che in genere esse operano sul delicato terreno dell'allocazione delle risorse umane e materiali tra le diverse articolazioni dell'ospedale, con il rischio di entrare costan-

RIPROGETTARE LA SANITÀ

temente in rotta di collisione con gli interessi dei diversi settori. Una tensione che si snoda tra mandato gestionale centrale (direzione sanitaria) e i mandati gestionali più decentrati ma storicamente molto consolidati (ad esempio ruoli primariali o di responsabili di dipartimento).

L'insufficiente definizione di una chiara missione e della conseguente identità organizzativa (distribuzione del potere e delle funzioni e regole del gioco finalizzate) favorisce frequentemente più spazi di protagonismo a livello della singola divisione; le figure primariali o dipartimentali, infatti, dispongono di notevole discrezionalità sull'utilizzo e la combinazione delle risorse umane e materiali loro affidate. Tutto questo avviene in presenza di un forte scenario normativo e tra le maglie di un complesso tessuto procedurale di controllo fiscale delle risorse in ingresso.

La testimonianza riportata vuole rappresentare la sperimentazione di strategie premianti, nella convinzione che il margine di azione disponibile dipenda da due elementi:

- lo spazio di fatto disponibile così come risulta definito dallo scenario normativo e dal livello gerarchico dei diversi soggetti. Secondo questo elemento un infermiere, un capo sala, un primario, un direttore sanitario o un direttore generale dispongono, per il ruolo che ricoprono, di differenti spazi di manovra;
- la motivazione professionale e la capacità organizzativa e gestionale di ricoprire lo spazio disponibile.

Il caso mette in luce la faticosa esperienza di un direttore sanitario e successivamente direttore generale implicato nella costruzione di parti del sistema premiante, in coerenza con determinati risultati, dovendo però fare continuamente i conti con le esigenze dei diversi gruppi di influenza presenti nell'organizzazione.

I dati di organico gestito dal direttore intervistato variano dalle 1.500 persone circa, in veste di direttore sanitario, ai 3.000/4.000 dipendenti nella posizione di direttore generale. L'intervistato propone, infine, alcune riflessioni sul sistema premiante nella sua ultima veste di direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

Per agevolare il lettore si è ritenuto utile riportare la testimonianza sotto forma di intervista semistrutturata.

L'intervista rivolta al dottor Fulvio Moirano, attuale direttore dell'AGENAS

d. In base alla sua esperienza in direzione sanitaria, ritiene possibile instaurare all'interno di un grande presidio ospedaliero pubblico un sistema premiante

6. IL SISTEMA PREMIANTE

finalizzato a orientare i comportamenti degli operatori verso predeterminati risultati organizzativi?

R. Per progettare un sistema premiante è indispensabile che prima la direzione aziendale abbia individuato chiari obiettivi che siano declinabili a livello di presidio ospedaliero. Occorre pertanto avere bene in testa una comune missione capace di polarizzare l'attenzione e i comportamenti di tutti gli operatori. Tutto ciò non è di facile attuazione per la natura stessa del prodotto sanitario, anche ospedaliero, più difficilmente misurabile nella sua dimensione qualitativa. È chiaro che, in presenza di una direzione generale non orientata a utilizzare gli strumenti discrezionali a propria disposizione sul terreno dei sistemi premianti, diventa difficile, se non impossibile, per un direttore sanitario attivare in modo credibile un sistema premiante all'interno dell'ospedale.

D. Quali sono le principali difficoltà nell'attuare un sistema premiante orientato ai risultati?

R. Il vero problema consiste nell'assenza di una chiara missione organizzativa, spesso già a partire dalla Regione e nel conseguente comportamento adattativo che molte direzioni generali, massimo organo istituzionale incaricato di presidiare il raggiungimento dei risultati, assumono. Se devo fare riferimento alla mia esperienza di direttore generale devo segnalare che spesso mi sono trovato ad attivare il percorso di assegnazione degli obiettivi aziendali in assenza, o con il forte ritardo, di obiettivi regionali assegnati all'azienda che dirigevo. Peraltro, anche in assenza della definizione di tempestive indicazioni regionali, è opportuno che le direzioni aziendali attivino in tempi adeguati e prospettici le politiche di budget e i conseguenti sistemi premianti; in assenza di ciò, infatti, manca del tutto un tessuto ufficiale e impersonale di regole del gioco capace di orientare i comportamenti e di premiarli o meno in rapporto alla loro coerenza con gli obiettivi organizzativi.

D. Che cosa può o riesce a fare la direzione sanitaria che si trovi invece in una situazione di non definizione aziendale degli obiettivi?

R. Mancando una chiara finalità, i diversi gruppi di potere tendono a gestire l'organizzazione per i loro scopi particolari. La direzione sanitaria, pur potendo diventare così l'anello più debole della catena, ha comunque spazi di discrezionalità sufficienti per riorientare le articolazioni ospedaliere alcune volte in conflitto fra loro, usando leve quali le assegnazioni di organico, gli accessi alla formazione interna ed esterna, l'assegnazione delle tecnologie e degli spazi fisici ecc.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

D. Quali sono i principali gruppi di pressione che rendono difficile per le direzioni generali e anche sanitarie la definizione di tempestivi obiettivi sfidanti?

R. Le principali forze organizzate di cui le direzioni devono necessariamente tener conto sono le seguenti: i politici (nazionali, regionali e locali) operanti sul territorio, le organizzazioni sindacali, i professionisti. In base alla mia esperienza, i politici, fortemente interessati ad alcune problematiche della gestione, rappresentano insieme alle organizzazioni sindacali le forze con maggiore peso di influenza e resistenza per un sistema premiante che orienti l'organizzazione verso obiettivi chiari e sfidanti. Essi spesso, in presenza di direttori generali poco autonomi, cercano di travalicare il loro mandato istituzionale, più di tipo strategico, e intervengono nella gestione operativa: in questi casi, i professionisti che contano (direttori di dipartimento, di struttura complessa, semplice ecc.) si adeguano a volte a questo gioco, contribuendo così al rafforzamento di una articolazione di poteri che delegittimano, bypassano e a volte stritolano le direzioni aziendali.

Tutto questo favorisce tendenze quasi autarchiche che si esprimono in una forte propensione al possesso e all'utilizzo privatistico delle risorse umane e materiali in dotazione all'organizzazione. Se però il direttore generale è autonomo e ha forza leaderistica, può introdurre trasparenza nella gestione delle risorse umane (assunzioni, promozioni, incentivazioni, trasferimenti, mobilità) e materiali (criteri di acquisizione e distribuzione delle attrezzature e delle tecnologie) e dare un forte segnale alle strutture aziendali, ivi comprese le direzioni sanitarie. Il direttore sanitario è evidentemente condizionato dallo stile di conduzione del direttore generale per poter credibilmente condurre sistemi premianti coerenti all'interno dell'ospedale.

D. In base alla sua analisi, la direzione sanitaria è quasi impossibilitata a costruire anche alcuni semplici spezzoni di sistema premiante.

R. Ciò è solo parzialmente vero. Quando le potenziali tensioni interdivisionali e interprofessionali tendono ad acutizzarsi a fronte di una crescente scarsità delle risorse disponibili, si creano ostacoli di fatto a una politica clientelare. Diventa pertanto necessaria una capacità tecnica e di sintesi fra le esigenze dei diversi soggetti, più o meno legittime dal punto di vista organizzativo ma sempre più strutturalmente conflittuali e, allo stesso modo, si rende necessaria un'azione impopolare di mediazione tecnica tra spinte centrifughe, con l'obiettivo di salvaguardare un minimo di unitarietà organizzativa; in questi casi, una direzione sanitaria competente può svolgere una funzione negoziale tra le diverse spinte conflittuali.

6. IL SISTEMA PREMIANTE

D. Quali sono le problematiche di tipo gestionale su cui la direzione sanitaria può incidere più direttamente, almeno in base alla sua esperienza?

R. Per quella che è stata la mia esperienza ormai lontana di direttore sanitario, sono possibili scelte discrezionali, pur entro determinati limiti, su vari temi:

- la distribuzione del personale medico e, in collaborazione con il servizio infermieristico, degli infermieri, dei tecnici ecc.;
- l'acquisizione e la distribuzione di tecnologie;
- la partecipazione alla definizione dei criteri di applicazione degli accordi contrattuali aziendali.

D. Si tratta di ambiti organizzativi assai rilevanti, trasversali alle diverse unità operative e grazie ai quali si possono influenzare in misura rilevante i comportamenti degli operatori e i risultati organizzativi. Per questo motivo può essere interessante sapere come Lei concretamente si sia mosso, quali sono stati i criteri a cui si è attenuto nel gestire questi spazi discrezionali; in altre parole: quali sono stati i comportamenti che si è voluto premiare, non premiare o punire operando sulla leva tecnologica, economica, o sulla distribuzione del personale?

R. Uno dei problemi che normalmente si affrontano all'interno delle organizzazioni è l'oggettiva difficoltà di misurare, o anche solo stimare attendibilmente, risultati organizzativi in cui è predominante la dimensione della qualità, meno oggettivabile rispetto alla quantità. È peraltro possibile, all'interno di una specifica realtà, definire in modo esplicito e concordato, con una precisa metodologia, il concetto di qualità a cui ci si vuole riferire. Si possono infatti predefinire standard qualitativi e individuare, anche attraverso schede di valutazione, le principali categorie di comportamento da premiare, considerandole strumentali al raggiungimento dei risultati prefissati.

D. Questa logica come si è concretizzata nella vita organizzativa?

R. L'individuazione dei comportamenti da premiare è stata fatta secondo tre principali modalità :

- a) esplicitare parametri quantitativi di attività (numero di prestazioni, ore eccedenti l'orario di lavoro, tempi di attesa ecc.) capaci di rappresentare degli indicatori, anche parziali, di risultato;
- b) utilizzo di alcuni indicatori che possono rappresentare un prezioso riscontro nel formulare e sostenere stime attendibili di risultati organizzativi positivi (giudizio degli utenti, relazioni con i colleghi, immagine e capacità di attrazione dell'unità interessata);
- c) rispetto sostanziale di alcune regole del gioco finalizzate all'innalzamento del livello di trasparenza organizzativa e a creare condizioni favorevoli all'attivazione di comportamenti più orientati ai risultati.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

d. Passando alla sua esperienza in qualità di direttore generale di aziende sanitarie, quali problemi ha dovuto affrontare per realizzare un sistema premiante adeguato?

R. Una delle difficoltà da superare è quasi ovunque la resistenza che le organizzazioni sindacali pongono a sistemi premianti in grado di differenziare i premi, di qualunque tipo, che la direzione può o potrebbe usare. Quindi occorre avere una notevole determinazione per definire accordi aziendali coerenti con i principi che ho espresso nelle risposte precedenti; le organizzazioni sindacali devono avere fiducia nella trasparenza e lealtà dei comportamenti della direzione generale rispetto ai principi enunciati. Solo così è possibile creare un clima positivo nelle relazioni sindacali che consenta di sviluppare sistemi premianti per comportamenti finalizzati allo sviluppo positivo dell'azienda.

d. Tra le leve di premio da lei utilizzate mi sembra che rientrasse anche il fondo per lo stipendio di risultato e di produttività; nella maggior parte dei casi questo strumento è utilizzato per premiare quantitativamente determinati gruppi di operatori, spesso senza alcuna relazione reale con la qualità-quantità delle prestazioni erogate. È possibile, a suo giudizio, un diverso utilizzo dello strumento?

R. Gli accordi contrattuali nazionali degli ultimi anni rendono maggiormente possibili utilizzi coerenti dei fondi variabili di retribuzione dei dipendenti. Se da un lato sono frequenti le lamentele sulla scarsità di spazi di autonomia gestionale, dall'altro, quando si rendono disponibili, spesso non vengono utilizzati dalle direzioni aziendali; nella mia esperienza ho cercato di gestire tale fondo, cercando di non farlo decurtare eccessivamente, trasferendolo sui fondi di posizione, perché il fondo di risultato consente di legare in modo più incisivo la retribuzione alle prestazioni quantitative e qualitative. Anche la modalità di riparto del fondo tra le diverse équipe è molto importante e con le organizzazioni sindacali occorre concordare solo i criteri generali da utilizzare per finanziare le strutture e non la quantità di fondo da assegnare alle singole unità operative. Questo meccanismo ha consentito di effettuare significative differenze tra le équipe e tra il personale interessato, rendendo significative le quote individuali.

d. Quali altri spazi discrezionali vi sono nei contratti nazionali che consentono margini di azione a livello aziendale?

R. Per rimanere in ambito contrattuale è molto importante lo spazio che i contratti hanno aperto sulle cosiddette progressioni orizzontali e sulle posizioni organizzative per il comparto e le posizioni dirigenziali. Anche in questo caso si possono ottenere risultati positivi attraverso una contrattazione aziendale che,

6. IL SISTEMA PREMIANTE

rispettando l'enunciato dei contratti nazionali, assegni le progressioni orizzontali al comparto in rapporto alla capacità, all'impegno e all'arricchimento professionale e non all'anzianità di servizio. Per le posizioni organizzative e le posizioni dirigenziali si possono effettuare graduazioni rapportate al peso che queste hanno all'interno dell'azienda, basate su criteri omogenei quali le relazioni, la responsabilità, le risorse gestite, la necessità di aggiornamento di cui le posizioni necessitano.

D. Da ultimo, una domanda sulla sua attuale esperienza di direttore AGENAS. Quali iniziative ha sviluppato o sta sviluppando sul tema dei sistemi premianti in questa posizione?

R. In questa nuova posizione dirigo un'agenzia con circa 50 dipendenti, e quindi si tratta di una struttura infinitamente più piccola delle aziende che ho diretto precedentemente, ma, trattandosi di una struttura di ricerca nazionale, abbiamo potuto attivare un'indagine su come nelle aziende sanitarie italiane vengono gestiti gli spazi discrezionali in termini di politiche del personale.

Il progetto di ricerca, dal titolo "Performance management nelle aziende sanitarie", riguarda l'applicazione del ciclo delle performance nelle aziende sanitarie italiane. Questo si basa sulla teoria della gestione per obiettivi applicata dalle imprese private fin dagli anni sessanta. Si basa sul principio del miglioramento continuo della prestazione attraverso un ciclo composto di quattro fasi:

1. assegnazione di obiettivi di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia;
2. monitoraggio dell'andamento dei risultati;
3. valutazione dei risultati;
4. incentivazione dei risultati ottenuti.

Il ciclo si svolge solitamente su base annuale e le tempistiche con cui si avvicendano le varie fasi hanno un'importanza determinante sulla buona riuscita dell'intero processo: obiettivi sfidanti, misurabili, monitorati costantemente, valutati correttamente e in profondità e discriminanti nella distribuzione degli incentivi. Se le fasi fossero gestite nei tempi giusti dovrebbero attivare una sequenza virtuosa di cui, nel caso delle aziende sanitarie, potrebbero godere sia i dipendenti (maggiore motivazione), sia i pazienti (migliori servizi), sia la collettività (minori sprechi).

La valutazione, poi, assume un valore strategico nel momento in cui non solo costituisce un'opportunità per fare il punto della situazione su quanto fatto nell'anno precedente ma quando rappresenta la base su cui avviare il ciclo dell'anno successivo; si configura anche come un aspetto critico nei casi in cui gli esiti della valutazione abbiano effetto sull'incentivo economico erogato al

RIPROGETTARE LA SANITÀ

personale dipendente: la criticità è dovuta al fatto che un aspetto organizzativo (produttività, miglioramento del servizio, contenimento dei costi) impatta su un aspetto personale (retribuzione individuale, motivazione ecc.).

La ricerca è stata avviata a ottobre 2011 con un questionario inviato a tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale, a cui hanno risposto circa il 75% delle aziende con una buona distribuzione tra Nord, Centro e Sud. Con il questionario sono state raccolte informazioni utili a comprendere come le aziende gestiscono il ciclo delle performance sopra illustrato (ciclo, che tra l'altro, è stato recepito, a livello normativo dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, la cosiddetta "riforma Brunetta").

Attualmente stiamo terminando l'analisi dei risultati, ma già si delineano alcuni interessanti aspetti:

- le aziende che hanno sviluppato sistemi di gestione della performance discriminanti e con tempistiche corrette rappresentano una minoranza;
- ancora meno sono, tra quelle precedenti, le aziende che hanno saputo completare il ciclo associando alla valutazione selettiva un sistema di incentivi altrettanto differenziato.

La ricerca adesso proseguirà con uno studio approfondito sul campo in queste poche aziende (circa una ventina in tutto) per capire quali sono gli aspetti che hanno permesso lo sviluppo e il governo del ciclo nel modo corretto. Tra gli altri, si approfondirà il tema delle relazioni sindacali che per le aziende sanitarie, così come per gli altri enti pubblici, ha un impatto (positivo o negativo sarà la ricerca a dirlo) su alcuni degli elementi della valutazione e dell'incentivazione. Un'attenzione particolare sarà data anche all'analisi del profilo del direttore generale di queste aziende "virtuose", per capire quanto questo sia determinante nell'attivazione di un ciclo virtuoso di miglioramento delle performance. Infine, si cercherà, attraverso un'analisi di clima organizzativo, di osservare quell'area "critica" sopra citata in cui gli aspetti organizzativi della gestione incontrano (o si scontrano con) le motivazioni e le aspettative dei dipendenti. Alla fine del progetto, prevista per dicembre 2012, saranno organizzati dei laboratori con lo scopo di diffondere in altre realtà le pratiche e i comportamenti virtuosi osservati durante l'analisi sul campo.

Note

#si potrebbe ridurre il testo delle note di 3 righe (è stato ristretto), in modo che occupi solo queste due pagine#

Capitolo 3. Come progettare la complessità: piani di lavoro e direzione per obiettivi

1. Joint Commission è una commissione americana, costituita da rappresentanti di diversi paesi, che ha elaborato 360 standard di qualità per le strutture sanitarie.
2. Il servizio Formazione viene incaricato, dalla direzione generale, del project management dell'intero percorso.
3. L'analisi sistemica è stata dapprima applicata al macrosistema "reparto" (1; 2; 3) e poi al sottosistema "attività ambulatoriale"; poi, ancora più in dettaglio, a ogni singola fase dell'attività ambulatoriale (1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5)

Capitolo 4. La formazione nel sistema sociosanitario: obbligo culturale o ragione organizzativa?

1. Il ministero della Salute stima che in Italia, nel 2011, le persone con più di 65 anni saranno circa 12 milioni; quelli con più di 75 anni oltre 6 milioni; quelle con più di 85 anni arriveranno a un milione e 700 mila (Piano sanitario nazionale 2006-2008).
2. Franco Rotelli ha realizzato a Trieste – alla morte di Franco Basaglia – l'utopia basagliana, la legge 13 maggio 1978, n. 180, ed è stato per più mandati direttore generale dell'ASS n. 1 triestina.
3. L'eliminazione della contenzione è avvenuta soprattutto grazie al lavoro della Commissione per il monitoraggio e l'eliminazione della contenzione fisica e farmacologica, presieduta dalla collega Livia Bicego e istituita con la delibera **#di quale istituzione?#** 109 il 15 febbraio 2006. I lavori della Commissione sono documentati nel libro **#autore?#**, *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci, Roma 2007.
4. Ha contribuito alla stesura del capitolo il dottor Rosolino Trabona, collaboratore del direttore del Servizio infermieristico aziendale dottoressa Maila Mislej.
5. Relazione del sociologo Tiziano Vecchiato, in occasione dell'evento "La terza età senza età", Trieste, 31 marzo 2010.
6. L'ASS n. 1 triestina è priva di ospedali e si raccorda con l'azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste".
7. Il Servizio infermieristico di distretto è una struttura semplice dipartimentale

RIPROGETTARE LA SANITÀ

gestita da un dirigente infermieristico che afferisce funzionalmente al direttore della struttura complessa Servizio infermieristico aziendale che è in staff al direttore sanitario.

8. La letteratura è unanime nel ritenere che l'assistenza infermieristica domiciliare migliori la qualità della vita degli anziani, riducendo significativamente il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

9. Due per ciascun distretto, non importa di quale struttura interna al distretto.

10. Delibera **#di quale ente?** del 9 gennaio 2009, n. 12, *Continuità assistenziale infermieristica tra pronto soccorso e infermieri di continuità dei distretti sanitari – Implementazione del protocollo d'intesa sul sistema della continuità assistenziale infermieristica interaziendale*.

11. I dati dei Servizi infermieristici domiciliari (SID) e ambulatoriali (AMB) delle sei ASS del Friuli Venezia Giulia sono inseriti nel Sistema informativo sanitario regionale (SISR); per molteplici problemi ciò non accade sempre in maniera tempestiva, pertanto la direzione centrale della Salute e Protezione sociale (che effettua il monitoraggio del numero degli utenti trattati e degli accessi) prevede che i dati siano inseriti entro 45 giorni dalla fine di ogni mese. Ad esempio, i dati di gennaio devono essere inseriti entro il 15 marzo, quelli di febbraio entro il 15 aprile ecc. Eventuali difformità riferite al numero di utenti trattati e quello degli accessi, tra il report della direzione centrale della Salute e Protezione sociale e questo report, possono essere riconducibili al ritardo nell'inserimento dei dati da parte dei servizi e/o al momento in cui viene eseguito lo scarico dei dati. Per il presente report i dati sono stati estratti dal SISR il 17 febbraio 2011.

12. Le dimissioni protette sono assicurate sin dal 2002 e formalizzate con un protocollo d'intesa tra ASS 1 e azienda ospedaliera universitaria di Trieste. Tale protocollo prevede che l'infermiere si rechi in reparto per conoscere l'anziano e i suoi bisogni, si raccordi con i suoi familiari, il medico di medicina generale, le residenze sanitarie assistenziali, i servizi sociali dei comuni. Nel 2010 gli infermieri dei distretti hanno realizzato 5.107 dimissioni protette.

13. Cfr. <http://www.istat.it/dati/catalogo/2007052300/>; cfr. anche *Bilancio demografico anno 2006 e popolazione residente al 31 dicembre*, in <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 8/2007).

14. Nel 2005 la Commissione per la prevenzione e il trattamento delle ulcere agli arti inferiori (promossa dal Servizio infermieristico aziendale, delibera n. 630 del 17 novembre 2005) aveva sperimentato il trattamento compressivo di 12 settimane su 67 assistiti con ulcere venose e miste che non richiedevano interventi specialistici. Nel periodo di trattamento, il 65,6% era guarito ed il restante 34,4% era migliorato.

16. I 39 infermieri sono esperti nel trattamento delle ulcere a seguito di formazione intensiva teorico/pratica sull'argomento.

Capitolo 5. La centralità di governo e la personalità dei dirigenti

1. La trattazione estesa del modello e della possibile comparazione tra profili attitudinali e profili professionali è sostenuta in R. Vaccani, *Professionalità, attitudini e carriera*, Etas, Milano 2001.

Bibliografia

- ABALDI S. *et al.* (2007), *Venous Ulceration and Measurement of Movement: A Review*, in "Journal of Wound Care", 16, pp. 396-402.
- ALBERICI A. (2002), *Imparare sempre nella società della conoscenza*, Bruno Mondadori, Milano.
- BALBI R., BALBI R. (1982), *Lungo viaggio al centro del cervello*, Laterza, Roma-Bari.
- BECCASTRINI S., BIOCCA M., COSTA G., TONELLI S. (1990), *Il mestiere di condurre: una guida per l'animatore in formazione*, Editoriale Tosca, Firenze.
- BECCASTRINI S., BRANDINI P. (1994), *Educazione dei lavoratori, promozione della salute e tutela dell'ambiente*, Editoriale Tosca, Firenze.
- BENEDETTI F. (1995), *Meccanismi cerebrali dell'attività mentale*, UTET, Torino.
- BENNIS W. (1977), *Lo sviluppo organizzativo*, Etas, Milano.
- BERNARDI G., SORDI C. (1978), *Come progettare la struttura aziendale*, Etas, Milano.
- BIANCHI A., CATELANI E., MAGNESCHI P. (2008), *L'esperienza della Regione Toscana nella formazione per la prevenzione collettiva: strumenti per la formazione in qualità*, Regione Toscana, Firenze.
- BIZZARRI M. (1999), *La mente e il cancro*, Frontiera Editore, Milano.
- BOBBIO N. (1984), *Il futuro della democrazia*, Einaudi, Torino.
- BORGONOV E., CAVENAGO D., ZANGRANDI A., BURANI G., FIORENTINI G., VACCANI R. (1988), *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- BROOKS J. *et al.* (2004), *Nurse-Led Education Sets Out to Improve Patient Concordance and Prevent Recurrence of Leg Ulcers*, in "Journal of Wound Care", 13, 3, pp. 111-6.
- CAIOZZO P., VACCANI R. (2010), *Le cause organizzative del mobbing*, FrancoAngeli, Milano.
- CARRETTA A., DALZIEL M. M., MITRANI A. (1992), *Dalle risorse umane alle competenze*, FrancoAngeli, Milano.
- CODA V. (1977), *Progettazione delle strutture organizzative*, FrancoAngeli, Milano.
- COORDINAMENTO REGIONI E PROVINCE AUTONOME (a cura di) (2000), *Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Linee guida per l'applicazione del D.lgs. 626/94*, Firenze.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- CROZIER M., ERHARD F. (1968), *Attore sociale e sistema*, Etas, Milano.
- DANIELE D. (1993), *Chi è felice non si ammala*, Mondadori, Milano.
- DE ROSNAY J. (1978), *Il macroscopio: verso una visione globale*, Dedalo, Bari.
- DILTS R., GRINDER J., BANDLER R., BANDLER L., DELOZIER J. (1982), *Programmazione neurolinguistica*, Astrolabio, Roma.
- EDELMAN G. M. (1991), *Il presente ricordato*, Rizzoli, Milano.
- ELLISON D. A. et al. (2002), *Evaluating the Cost and Efficacy of Leg Care Provided in Two Large UK Health Authorities*, in "Journal of Wound Care", 1, pp. 47-51.
- EWMA (2003a), *Understanding Compression Therapy*, Position Document, MEP Ltd, London.
- ID. (2003b), *Wound Bed Preparation in Practice*, Position Document, MEP Ltd, London.
- FEDERIGHI P., GIOVANAZZI A., LA MONICA S., LONGO F., MAGNESCHI P. et al. (2005), *L'accreditamento dell'offerta formativa per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro*, in "Prevenzione Oggi", 1, 1, #pagine?#.
- FROMM E. (1977), *Avere o essere?*, Mondadori, Milano.
- GASPERINI L. (a cura di) (1997), *Il seiduesei ragionato*, CEDIF-ARPAT, Firenze.
- GOLEMAN D. (1996), *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.
- GRUPPO DI STUDIO SIAPAV SULLE ULCERE VASCOLARI (2006), *Progetto di ricerca nazionale sul management delle ulcere venose degli arti inferiori*, in <http://www.siapav.it/#?#>
- HAENSZEL W., LOVELAND D. B., SIRKEN M. G. (1962), *Lung-Cancer Mortality as Related to Residence and Smoking Histories. I. White Males*, in "Journal of the National Cancer Institute", 293, pp. 947-1001
- HEALTHCARE COMMISSION (2008), *National Audit of the Management of Venous Leg Ulcers*, London, in <http://www.healthcarecommission.org.uk/#?#>
- HEBB D. H. (1982), *Mente e pensiero*, il Mulino, Bologna.
- HERZBERG F. (1959), *The Motivation to Work*, Wiley & Sons, New York.
- KNOWLES M. (2008), *Quando l'adulto impara: andragogia e sviluppo della persona*, FrancoAngeli, Milano.
- LANDIER H. (1988), *L'impresa policellulare*, Guerini e Associati, Milano.
- LAWRENCE P. R., LORSCH J. W. (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Harvard University Press, Boston (MA).
- IDD. (1973), *Diagnosi dello sviluppo delle organizzazioni*, Etas, Milano.
- LE BOULCH J. (1985), *Verso una scienza del movimento umano. Introduzione alla psicocinetica*, Armando, Roma.
- LEDoux J. (1998), *Il cervello emotivo*, Baldini & Castoldi, Milano.
- LONGOBARDI P. et al. (2007), #titolo articolo?#, in "Acta Vulnologica", 5, pp. 89-103.
- MANACORDA P. M. (1979), *Informatica sanitaria*, Feltrinelli, Milano.

#il link rimanda solo alla homepage del sito. si può specificare quello dell'articolo?#

#trovo online HEALTHCARE COMMISSION (2004), National Audit of the Management of Venous Leg Ulcers, London. Però non c'è alcun rimando a materiale sul web?#

7. BIBLIOGRAFIA

- MARIGO L., VISONÀ A. (2007), *Ulcere dell'arto inferiore: il trattamento ambulatoriale integrato*, in "Acta Vulnologica", 5, pp. 103-4.
- MATERIA E. (2009), *Primary Health care. Ora più che mai*, in <http://saluteinternazionale.wordpress.com/2009/01/26/primary-health-care-ora-piu-che-mai/>.
- MESCHI T., FIACCADORI E., COCCONI S., ADORNI G. *et al.* (2004), *Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'azienda ospedaliera-universitaria di Parma*, in "Annali Italiani di Medicina Interna", 19, pp. 109-17.
- MISLEJ M. (2008), *Assistenza etica ed economia. Interrogarsi su questioni di fondo e non essere neutrali*, Maggioli, Rimini.
- MISLEJ M., PAOLETTI F. (2008), *L'infermiere di famiglia e di comunità*, Maggioli, Rimini.
- IDD. **#(anno?)#**, *Gli assistiti presi in carico dal Servizio infermieristico domiciliare (SID), indipendentemente dalla patologia di attivazione, hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza. Studio di efficacia*, in "Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche", IV, 8, **#pp. 18-?#**.
- MONTI M. (2000), *L'ulcera cutanea: approccio multidisciplinare alla diagnosi e al trattamento*, Springer, Milano.
- MORIN E. (1983), *Il metodo*, Feltrinelli, Milano.
- MOSS KANTER R. (1990), *Quando i giganti imparano a danzare*, Olivares, Milano.
- NEISSER U. (1981), *Conoscenza e realtà: un esame critico del cognitivismo*, il Mulino, Bologna.
- O'MEARA S., CULLUM N. A., NELSON E. A. (2009), *Compression for Venous Leg Ulcer*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
- OVRETVEIT J. (2000), *Evaluating Health Intervention*, Open University Press, Buckingham.
- PENZO L. (2008), *Organizzazione dell'assistenza nello scompenso cardiaco: presa in carico ed impatto sulle riospedalizzazioni*, Tesi di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche, relatore G. Sinagra, Università degli Studi di Trieste, a.a. 2007-2008.
- PERRONE V. (1991), *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA, Milano.
- PIAGET J. (2001), *La psicologia del bambino*, Einaudi, Torino.
- POPPER K. R. (1996), *La società aperta e i suoi nemici*, Armando, Roma.
- PRETI P. (1991), *L'organizzazione della piccola impresa*, EGEA, Milano.
- PURICELLI M. (2000), *Sviluppo organizzativo della piccola impresa*, EGEA, Milano.
- REMOTTI F. (2000), *Prima lezione di antropologia*, Laterza, Roma-Bari.
- RICHARDSON K. (1999), *Che cos'è l'intelligenza*, Einaudi, Torino.
- RNAO (2004), *Assessment and Management of Venous Leg Ulcers*, Nursing Best Practice Guidelines Program, Toronto.
- ROSE S. (1977), *Il cervello e la sua coscienza*, Mondadori, Milano.
- ROSE S., LEWONTIN R., KARNIN L. (1983), *Il gene e la sua mente: biologia, ideologia e natura umana*, Mondadori, Milano.

RIPROGETTARE LA SANITÀ

- ROTHMAN K. J., GREENLAND S. (1998), *Modern Epidemiology*, Lipincott-Raven, Philadelphia (PA).
- RUCKLEY C. V. (1997), *Socioeconomic Impact of Chronic Venous Insufficiency and Leg Ulcer*, in "Angiology", 48, pp. 67-9.
- SALVEMINI S. (1977), *La progettazione delle mansioni*, ISEDI, Torino.
- SARTORI G. (2009), *La democrazia in trenta lezioni*, Mondadori, Milano.
- SEILER J. A. (1980), *Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo*, Etas, Milano.
- SELVINI PALAZZOLI M. (1981), *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano.
- TACCONI G. et al. (2007), *Le ulcere flebostatiche in Italia. Un questionario per stabilire l'incidenza, l'aderenza alle linee guida e l'impatto economico sul SSN*, in "Acta Vulnologica", 5, #pp. 96-?#.
- VACCANI R. (1991), *La sanità incompiuta*, Carocci, Roma.
- ID. (2001), *Professionalità, attitudini e carriera*, Etas, Milano.
- ID. (2002), *Manuale. Apprendere come insegnare*, CESDIA-Università Bocconi, Milano.
- ID. (2007), *Stress, mobbing e dintorni*, Etas, Milano.
- VACCANI R., DALPONTE A., ONDOLI C. (1998), *Gli strumenti del management sanitario*, Carocci, Roma.
- ZAGREBELSKY G. (2005), *Imparare la democrazia*, Einaudi, Torino.
- ID. (2008), *Contro l'etica della verità*, Laterza, Roma-Bari.