

LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

A CURA DI
ROBERTO GRILLI



Ministero della Salute

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna



Grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
nell'ambito dell'Azione A del settore
"Programma nazionale per lo sviluppo del governo clinico
e della qualità del Servizio sanitario nazionale"
"Produzione di un manuale di riferimento per il governo clinico
e la qualità in forma integrata nonché la sperimentazione dello stesso"



**Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale**
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
EX UFFICIO III

In collaborazione con l'Azienda USL di Imola



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

PRESENTAZIONE GENERALE

I contributi presentati in questi sette volumi hanno avuto storia e genesi diversa, ma sono accomunati dall'aver il ruolo dei professionisti nelle aziende sanitarie come oggetto di interesse. Alcuni sono stati elaborati nel contesto di un progetto finanziato dal Ministero della Salute e finalizzato alla produzione di un "manuale per il governo clinico", fornendo, nel contesto di quel progetto, i documenti di riferimento per la produzione di materiale utilizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e da Ipasvi in iniziative di formazione a distanza. Altri sono l'esito di specifici progetti di ricerca, alcuni finanziati dalla Regione Emilia-Romagna nel suo Programma di Ricerca Regione-Università, altri sviluppati nel contesto delle iniziative della Agenzia Sanitaria e Sociale di quella stessa Regione.

Tutti vedono, sia pure partendo da prospettive diverse, il ruolo dei professionisti nelle organizzazioni sanitarie come centrale, sia esaminando alcuni dei problemi principali su cui i professionisti dovrebbero poter dare il proprio contributo nell'esercizio delle loro responsabilità cliniche ed organizzative, sia indagando empiricamente con specifiche iniziative di ricerca alcuni dei molteplici aspetti che attengono alla partecipazione professionale, a quei processi decisionali che nelle aziende sanitarie riguardano la qualità dei servizi ed il loro sviluppo. In questo senso, questi contributi nel loro insieme intendono riproporre la questione del governo clinico cogliendone l'aspetto essenziale.

Probabilmente il riproporre oggi la questione del governo clinico merita una qualche giustificazione. Questo concetto si è rapidamente diffuso anche nel nostro contesto a partire dalla fine degli anni '90 per poi eclissarsi progressivamente.¹ Nel frattempo, ha avuto modo di vedersi assimilato rapidamente a tematiche limitrofe e pure, in qualche modo almeno, ad esso collegate, delle quali è diventato una sorta di elegante sinonimo. In questo modo, negli scorsi anni, parlare di governo clinico ha voluto dire parlare di audit clinico e *quality assurance*, di linee-guida e di *evidence-based medicine*, di *technology assessment*. In breve, ha significato parlare essenzialmente di strumenti e metodi. Di fatto, varie comunità specialistiche hanno “preso possesso” del governo clinico assimilandolo alle proprie specifiche metodologie ed al proprio ambito di interesse e quel termine ha finito per essere un modo diverso, ed almeno in quella fase più “a la page”, per parlare delle “solite cose”, piuttosto che rappresentare la ricerca di un modo diverso ed innovativo per affrontare i problemi di sempre (quelli della qualità e della sicurezza delle cure, dell’appropriatezza, di un cambiamento tecnologico, ma anche clinico ed organizzativo dentro le aziende da stimolare e governare).

In questo modo, come chi scrive ha già avuto modo in passato di segnalare,² si è finito per concentrare l’attenzione su strumenti e metodi (quelli della valutazione della qualità e della sicurezza delle cure, quelli della EBM o del *technology assessment*, a seconda dei casi), ma non sulle condizioni necessarie per fare penetrare efficacemente quegli strumenti nella quotidiana operatività delle organizzazioni sanitarie, tanto meno sulle condizioni necessarie per ottenere che il loro impiego fosse l’esito di un processo di acquisizione di responsabilità da parte dei professionisti clinici, rendendoli soggetto elaborante politiche aziendali a presidio della qualità dei servizi ed efficacemente propositivo relativamente allo sviluppo innovativo. Eppure, il senso del governo clinico e delle sue possibilità innovative stava esattamente nel cercare di cogliere il tema della partecipazione professionale allo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie, nella ricerca di forme e modalità che stimolassero una diretta responsabilizzazione delle professionalità cliniche nella formulazione delle politiche aziendali direttamente rilevanti per la qualità delle cure, per indirizzare

lo sviluppo delle professionalità e le scelte di innovazione clinica, organizzativa e tecnologica di cui le organizzazioni sanitarie hanno costantemente bisogno.^{2 3}

Oggi, a più di un decennio di distanza dal momento in cui il governo clinico è stato introdotto nel dibattito italiano ed ha cominciato ad essere seriamente considerato dalle politiche, i problemi sembrano altri ed apparentemente molto distanti da queste questioni. Il SSN si trova a dover affrontare significativi problemi di sostenibilità e di riduzione delle risorse a cui si cerca di dare risposta anche con politiche finalizzate ad una robusta razionalizzazione nella struttura dell'offerta assistenziale, ad una revisione complessiva della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. Tutte questioni assolutamente cogenti ed urgenti nella contingenza della crisi che investe il Paese e che riduce le risorse disponibili per la sanità, al punto da far apparire il tema della partecipazione professionale nelle aziende sanitarie come non particolarmente rilevante, alla luce dei problemi di sostenibilità dei servizi che il contesto odierno pone alla nostra attenzione.

Tuttavia, crediamo che anche in queste specifiche circostanze il tema della partecipazione professionale mantenga intatta, anzi per certi aspetti veda rafforzata, la propria attualità e rilevanza. Infatti, qualità delle cure ed innovazione sono, in estrema sintesi, le dimensioni della vita di un'organizzazione sanitaria su cui si esprime il governo clinico. Ora, se oggi la preoccupazione principale è rappresentata dalla sostenibilità dei servizi, possiamo ben dire che quelle dimensioni hanno davvero molto a che vedere con il fondamentale problema del mantenere, ed anzi per molti aspetti migliorare, i servizi sanitari in un contesto di risorse limitate. Queste ultime pongono la necessità di profondi e radicali cambiamenti finalizzati alla ricerca di forme più avanzate di razionalizzazione ed efficienza nel modo in cui sono affrontati bisogni assistenziali più complessi ed aspettative dei cittadini più elevate. Si tratta di cambiamenti che riguardano la riconfigurazione delle reti ospedaliere e territoriali, il ridisegno degli ospedali in funzione dell'intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti, come pure l'elaborazione e l'implementazione di politiche di concentrazione delle casistiche chirurgiche in funzione dei volumi di attività dei punti di erogazione, per citare solo alcuni degli esem-

più possibili. Ebbene, tutti questi cambiamenti, per essere possibili ed avere gli effetti desiderati, hanno bisogno di essere supportati da un elevato livello di partecipazione professionale, pongono la necessità di acquisire la loro attiva partecipazione al ridisegno dei servizi che questi cambiamenti richiedono, ad esempio in termini di ridefinizione di percorsi assistenziali dei pazienti, di riformulazione dei ruoli e delle competenze professionali.

In questo senso, parlare di partecipazione professionale oggi significa parlare di uno dei determinanti della sostenibilità del SSN, almeno nella misura in cui la partecipazione professionale viene riconosciuta come uno degli ingredienti indispensabili per attivare e sviluppare quei cambiamenti richiesti da una migliore e più sostenibile configurazione delle reti dei servizi.

Non solo. La contingenza attuale finisce per rendere, per così dire, più vistosi i problemi di sempre, quelli che riguardano le concrete modalità di erogazione di servizi e prestazioni. Pensiamo ai temi della variabilità e inappropriatelyzza nel ricorso a procedure ed interventi nella pratica clinica, a quello di una maggiore sicurezza nei contesti clinico-assistenziali. In altri termini, il tema della qualità, l'esigenza di indirizzare i comportamenti professionali contrastando il ricorso ad interventi, laddove non siano clinicamente giustificati, sono oggi, in un quadro di riduzione delle risorse, se possibile ancora più acuti e di fatto mantengono come centrale la questione del come fare in modo che i comportamenti professionali, le decisioni e le scelte concretamente adottate dai clinici nelle modalità di assistenza siano pienamente coerenti con le finalità istituzionali di assicurare benefici di salute ai pazienti, attraverso interventi efficaci ed appropriati, in condizioni di sicurezza e di efficienza operativa.

Oggi, anche questi “vecchi problemi” sono alla ricerca di nuove possibili soluzioni, o quantomeno di strade innovative. Da questo punto di vista, una riflessione su come alcuni problemi – la variabilità della pratica clinica, l'inappropriatelyzza – siano stati sin qui affrontati e con quali risultati appare necessaria.^{4,5} In questo contesto, nel corso degli ultimi due decenni almeno è stata dispiegata una pluralità di approcci diversi, non necessariamente mutualmente esclusivi, che, riassumendoli in modo sin troppo schematico e sintetico, possiamo

dire essere stati rappresentati dal ricorso a forme di incentivazione economica, dalla comunicazione al pubblico di informazioni sulla qualità dei servizi nel tentativo di stimolare una maggiore attenzione alla qualità facendo leva sul patrimonio reputazionale degli operatori e delle organizzazioni o indirizzando le scelte dei cittadini. Da questo punto di vista è significativo che siano proprio quei sistemi sanitari che più intensamente e con maggiore determinazione sono ricorsi in questi anni agli approcci citati a manifestare oggi un esplicito interesse verso il ricorso al coinvolgimento ed alla partecipazione professionale, come ulteriore possibile percorso per costruire e consolidare nelle organizzazioni sanitarie un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità, interesse che si esprime nell'attenzione elaborativa ed analitica rivolta al tema di quello che viene oggi definito come "clinical engagement".⁶⁻²⁰ Questo concetto si riferisce ad un attivo e positivo contributo fornito dai clinici nell'esercizio delle loro responsabilità al miglioramento delle performance delle organizzazioni, le quali a loro volta riconoscono questo impegno nel sostenere ed incoraggiare un'assistenza di alta qualità.¹¹ Rimanda quindi ad un'idea di partecipazione professionale fortemente propositiva verso i processi decisionali di un'organizzazione che attengono alla qualità ed allo sviluppo dei servizi, una partecipazione pienamente disponibile all'assunzione di responsabilità, che trova il proprio presupposto anche in uno spiccato senso di appartenenza all'organizzazione stessa.⁹ L'interesse per il tema del *clinical engagement*, che, come si vede, ha un'evidente affinità con un'idea di governo clinico fortemente orientata alla partecipazione professionale, trova la propria giustificazione nella consapevolezza che la varietà di strumenti e politiche sin qui adottata per controllare/orientare i comportamenti professionali (ricorrendo al monitoraggio attraverso indicatori, a motivazioni economiche, reputazionali, ecc.) ha inevitabili limiti di applicabilità, effetti collaterali negativi e risultati in generale non risolutivi. Sono quindi strumenti certamente impiegabili e persino imprescindibili oggi per molti aspetti, ma necessitano di un ulteriore ingrediente, per così dire, rappresentato appunto dalla capacità di acquisire la disponibilità delle professioni cliniche a riconoscere i temi della qualità come propri, come parte integrante del proprio ruolo dentro un'azienda, ed a mette-

re in gioco le proprie capacità e competenze al servizio dello sviluppo delle proprie organizzazioni.

In questo senso, quindi, parlare oggi di governo clinico può essere ancora decisamente attuale, a patto che il tema venga riproposto cogliendone l'essenza e spostando l'attenzione dagli strumenti ai contesti in cui tali strumenti dovrebbero essere impiegati, vedendolo quindi come problema non di strumenti e metodologie, magari da perfezionare e sviluppare ulteriormente, ma di *governance*, vale a dire di relazioni interne alle organizzazioni sanitarie, in particolare di relazioni tra clinici e manager o, se si preferisce, tra i clinici e le loro aziende. Diciamo questo evidentemente non per negare o sminuire il valore e le potenzialità di quegli strumenti, ma soltanto per sottolineare come quelle potenzialità rischino di restare largamente inespresse in assenza di una contestuale riflessione sulle aziende sanitarie, sulle loro concrete modalità di funzionamento per quanto riguarda mantenimento e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, sul tipo di competenze che sono in grado di mettere in campo su questi temi, su come sono allocate le responsabilità per quanto attiene al *quality management* e sul ruolo dei clinici in questo contesto.

Una simile riflessione potrebbe probabilmente portarci a ragionare su alcuni significativi aspetti problematici. Pur tenendo conto della variabilità esistente anche su questi aspetti a livello nazionale, possiamo affermare che, in generale, le nostre aziende sanitarie sono caratterizzate dalla presenza di una significativa articolazione di tecnostutture dedicate a presidiare ambiti definiti e relativamente circoscritti (la qualità e l'accreditamento, la formazione professionale, la gestione del rischio e, almeno in alcune realtà come quella dell'Emilia-Romagna, la ricerca e l'innovazione). Una almeno apparente, quindi, ricchezza di dotazione specialistica cui spesso non pare corrispondere un'effettiva efficacia operativa e, soprattutto, un'effettiva pervasività nei contesti clinico-assistenziali delle attività direttamente finalizzate a monitorare e migliorare la qualità dei servizi. In larga misura, qualità e sicurezza delle cure, nelle loro diverse sfaccettature, permangono come temi di interesse delle specifiche tecnostutture di riferimento, con un coinvolgimento dei clinici relativamente limitato, per intensità e continuità, e generalmente passivo.

Questa tipologia di assetto aziendale sul *quality management* rende particolarmente pertinente la constatazione che una delle principali contraddizioni che caratterizzano i sistemi sanitari moderni è rappresentata dall'essere contesti spesso avanzatissimi per quanto riguarda la dotazione tecnologica disponibile, ma assolutamente antiquati per quanto attiene invece ai loro assetti organizzativi e di management.²¹ Infatti, non soltanto la parcellizzazione delle tecnostrutture sopra citata rimanda alla necessità di una capacità di sintesi e di *governance* complessiva – generalmente affidata alla direzione sanitaria aziendale – ma risulta fortemente evocatrice di assetti tipici della tradizionale impresa fordista, una delle caratteristiche della quale è rappresentata dalla presenza di una netta separazione tra la linea produttiva e gli ambiti che su tale linea esercitano funzioni di sviluppo, verifica e controllo.

Tuttavia, questo assetto è da tempo già stato messo in discussione e superato nel mondo delle imprese, in particolare laddove l'impresa si confronta con processi produttivi poco o nulla standardizzabili, per la cui realizzazione è indispensabile l'apporto di competenze – anche sofisticate – da parte degli operatori e che richiedono un'azione di costante sorveglianza e manutenzione, esercitata non da soggetti collocati al di fuori del processo, ma direttamente dagli operatori “in linea”.²² Queste caratteristiche generali che hanno portato al superamento del tradizionale modello fordista sono esattamente alcuni dei connotati che caratterizzano la peculiarità delle organizzazioni sanitarie, sotto il profilo della complessità e dell'elevato grado di specializzazione delle competenze degli operatori, dell'elevato grado di flessibilità dei processi di cura, della necessità di una continua azione di sorveglianza, “non delegabile”, almeno non completamente, a soggetti esterni alla linea produttiva. Tuttavia, questo è proprio quel che in larga misura è accaduto nei nostri contesti assistenziali, con la “delega” ad occuparsi di qualità, formazione, gestione del rischio, ricerca&innovazione, attribuita a tecnici, relativamente “distanti” dagli ambiti di produzione, vale a dire dai dipartimenti. Queste considerazioni peraltro acquisiscono un ulteriore significato alla luce delle evidenze empiriche che segnalano come, nel nostro contesto nazionale, siano ancora largamente prevalenti nelle aziende sanita-

rie culture organizzative di tipo gerarchico ascrivibili a quel tipo di paradigma produttivo.²³ Il governo clinico, così come l'abbiamo sin qui conosciuto, non è di fatto riuscito a sanare questa contraddizione tra caratteristiche dei processi produttivi e rigidità delle modalità di management adottate.

Ora, se il governo clinico viene visto a partire dalle premesse che ci siamo dati, non si tratta solo di fornire istruzioni sull'uso di tecniche, ma di rendere possibile e praticabile una responsabile partecipazione professionale. Quest'ultima non è una tecnica, codificabile e trasmissibile con un manuale. È il risultato di relazioni che devono essere costruite e di ruoli e responsabilità che devono essere esercitati. Per questo i contributi di questa collana non si limitano ad illustrare tecniche e metodologie, ma si sforzano di affrontare problemi ed esaminare alcuni temi centrali per le politiche di sviluppo dei servizi ed il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Detto questo, va anche detto che se il tema è il perseguimento di una responsabile partecipazione dei professionisti clinici ai processi aziendali di mantenimento e sviluppo della qualità dei servizi, questi volumi sono di certo vistosamente insufficienti allo scopo. La partecipazione richiede una molteplicità di condizioni per potersi realizzare, il cui determinarsi è evidentemente al di fuori delle possibilità di semplici contributi scritti. Tuttavia, la partecipazione professionale ha anche la necessità di avere come premessa un sufficiente grado di condivisione e consapevolezza circa le questioni potenzialmente rilevanti per lo sviluppo di un'organizzazione sanitaria ed i principi ed i valori generali con cui tali questioni dovrebbero poter essere affrontate. È a questo livello che si posizionano i contributi di questa raccolta, con l'auspicio che possano essere di una qualche utilità, immaginando il loro impiego anche nel contesto di iniziative di formazione e discussione da avviare nelle aziende sanitarie, come pure come materiale didattico a supporto di iniziative formative rivolte agli studenti di medicina e ai giovani medici in formazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 153-9. [Link alla risorsa]
2. Grilli R, Taroni F. *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
3. Grilli R. Le opportunità offerte dal governo clinico. Il difficile rapporto tra discrezionalità clinica ed autorità manageriale. *Salute e Territorio* 2005; 152: 306-12. [Link alla risorsa]
4. Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too much medicine: from evidence to action. *BMJ* 2013; 347: 7141. [Link alla risorsa]
5. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. *Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable*. London: The King's Fund, 2011. [Link alla risorsa]
6. Bethune R, Soo E, Woodhead P, Van Hamel C, Watson J. Engaging all doctors in continuous quality improvement: a structured, supported programme for first-year doctors across a training deanery in England. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 613-7. [Link alla risorsa]
7. Denis JL, Baker GR, Black C et al. Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement. Prospects for Canadian healthcare systems. Ottawa: Canadian Institute of Health Research, 2013. [Link alla risorsa]
8. Brown B, Ahmed-Little Y, Stanton E. Why we cannot afford not to engage junior doctors in NHS leadership. *J R Soc Med* 2012; 105: 105-10.
9. Clark J. *Medical engagement. Too important to be left to chance*. London: The King's Fund, 2012. [Link alla risorsa]
10. The King's Fund. *Leadership and engagement for improvement in the NHS: together we can*. London: The King's Fund, 2012. [Link alla risorsa]
11. Spurgeon P, Mazelan PM, Barwell F. Medical engagement: a crucial underpinning to organisational performance. *Health Serv Manage Res* 2011; 24: 114-20.
12. Taitz JM, Lee TH, Sequist TD. A framework for engaging physicians in quality and safety. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 722-8. [Link alla risorsa]
13. The Health Foundation. *Are clinicians engaged in quality improvement? A review of the literature on healthcare professionals' views on quality*

- improvement initiatives. London: The Health Foundation, 2011. [Link alla risorsa]
14. Parand A, Burnett S, Benn J, Iskander S, Pinto A, Vincent C. Medical engagement in organisation-wide safety and quality-improvement programmes: experience in the UK Safer Patients Initiative. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: e44. [Link alla risorsa]
 15. Macleod D, Clarke N. *Engaging for success: enhancing performance through employee engagement*. London: Department for Business, Innovation and Skills, 2009. [Link alla risorsa]
 16. Conway J. Getting boards on board: engaging governing boards in quality and safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34(4): 214-20. [Link alla risorsa]
 17. Dickinson H, Ham C. *Engaging doctors in leadership: review of the literature*. Academy of Medical Royal Colleges, University of Birmingham, Institute for Innovation and Improvement, 2008. [Link alla risorsa]
 18. Spurgeon P, Barwell F, Mazelan P. Developing a medical engagement scale (MES). *International Journal of Clinical Leadership* 2008; 16: 213-23.
 19. Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. *Engaging physicians in a shared quality agenda*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2007. [Link alla risorsa]
 20. Neale G, Vincent C, Darzi SA. The problem of engaging hospital doctors in promoting safety and quality in clinical care. *J R Soc Promot Health* 2007; 127:87-94. [Link alla risorsa]
 21. *Doctor innovation. Shaking up the health system*. London: The Economist Intelligence Unit Limited, 2009. [Link alla risorsa]
 22. Fumagalli A. *Bioeconomia e capitalismo cognitivo*. Roma: Carocci Editore, 2007.
 23. Calciolari S, Prenestini A, Lega F, Grilli R. Possono i “valori” fare la differenza? Evidenze sull’influenza della cultura organizzativa sul governo clinico. *Mecosan* 2012; 21(82): 9-24.

CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO

Collana a cura di Roberto Grilli

**A cura di
Roberto
Grilli**

LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Volume 1



Il Pensiero Scientifico Editore

Roberto Grilli

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Regione Emilia-Romagna

Contributi di

Stefano Albertini

Psicologo delle Organizzazioni e dei Servizi,
ricercatore e consulente per le Aziende Sanitarie

Giovanni De Plato

Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna

Guido Giarelli

Facoltà di Medicina, Università "Magna Græcia", Catanzaro

Federico Lega

CERGAS Bocconi, Università Bocconi, Milano

Anna Prenestini

SDA Bocconi School of Management, Università Bocconi, Milano

Guido Sarchielli

Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna

Progetto editoriale realizzato da Il Pensiero Scientifico Editore
per conto dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
della Regione Emilia-Romagna,
grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
e in collaborazione con l'Azienda USL di Imola

Prima edizione: dicembre 2014
© 2014 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale,
Ministero della Salute e Azienda USL di Imola

Prodotto editoriale liberamente fruibile per fini non commerciali;
chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici,
a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione,
purché ne venga citata la fonte

Progetto editoriale: Il Pensiero Scientifico Editore,
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Tel. (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250
pensiero@pensiero.it - www.pensiero.it
www.facebook.com/PensieroScientifico

Impaginazione: Doppiosegno, Roma
Progetto grafico: Studio Rosa Pantone, Roma
Illustrazione di copertina: Josef Albers, *Omaggio al Quadrato*
Coordinamento redazionale: Silvana Guida

ISBN 978-88-490-0493-9

INDICE

1 • CULTURE ORGANIZZATIVE E PROFESSIONALI DEL GOVERNO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA	1
<i>Guido Giarelli</i>	
Il quadro di riferimento teorico	1
Il percorso metodologico di ricerca	6
La nuova struttura organizzativa delle aziende sanitarie	8
Struttura, ruolo e funzionamento del collegio di direzione	14
I processi del governo clinico	17
Le culture organizzative del governo clinico	22
Clima organizzativo e governo clinico	28
Conclusioni: un modello innovativo da consolidare	30
Bibliografia	34
2 • LA CULTURA ORGANIZZATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE: ASPETTI TEORICI, EVIDENZE E RILEVANZA PER IL GOVERNO CLINICO	37
<i>Anna Prenestini, Roberto Grilli, Federico Lega</i>	
Introduzione	37
Origini e sviluppo del concetto di “cultura organizzativa”	39
Cultura organizzativa: natura, nozione e caratteristiche	41
Cultura e cambiamento	54
Obiettivi e disegno della ricerca	71
I risultati dello studio	81
Conclusioni	94
Bibliografia	95

3 • DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRETTORI DI STRUTTURE COMPLESSE NELLE AZIENDE SANITARIE. ORIENTAMENTI MANAGERIALI E LEADERSHIP	101
<i>Guido Sarchielli, Giovanni De Plato, Stefano Albertini</i>	
Introduzione	101
I ruoli di direzione come fulcro per il governo clinico: caratteristiche ed effetti	105
I direttori parlano della loro esperienza di comando: aspetti metodologici	111
Chi sono i direttori e cosa fanno?	114
Orientamenti manageriali	118
Bilancio soggettivo del ruolo svolto	124
Lo stile di leadership dei direttori	130
Conclusioni	137
Bibliografia	142

1 • **CULTURE ORGANIZZATIVE E PROFESSIONALI DEL GOVERNO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Guido Giarelli

IL QUADRO DI RIFERIMENTO TEORICO

Com'è noto, la *governance clinica*¹ (Nicholls et al. 2000) rappresenta una strategia introdotta in Gran Bretagna alla fine degli anni Novanta dal primo governo Blair (Giarelli 2003, pp. 222-229) nell'intento di offrire una risposta al problema della *malpractice* clinica mediante il coinvolgimento e la responsabilizzazione della professione medica nella realizzazione di un'organizzazione sanitaria orientata alla qualità: per dirla con il classico testo programmatico del Dipartimento della Salute britannico *A First Class Service*, la *clinical governance* rappresenta "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica" (Department of Health 1998).

Si tratta dunque di una strategia che prevede un approccio sistemico al problema della qualità dell'assistenza sanitaria, che non può essere ridotto in maniera unidimensionale a una sola delle sue componenti – pena la sua inefficacia – che sia quella organizzativa, quella

¹ È questa la traduzione (parziale) dell'espressione inglese "*clinical governance*" più corretta, preferibile a quella impropria ma più diffusa di "governo clinico", che tradisce il significato originario di *governance* come contrapposta a quello di "*government*": laddove infatti quest'ultimo (traducibile, questo sì, con governo!) rappresenta una modalità di governo dall'alto, *top down*, la seconda implica il massimo coinvolgimento orizzontale di tutti gli attori sociali implicati.

professionale o quella relazionale-comunicativa con il paziente (Giarelli 2002 e 2005). Eppure, se si guarda alla letteratura disponibile sulla *clinical governance* in Italia e a livello internazionale (specie inglese), si nota come quasi sempre ad essere messi in evidenza sono i singoli strumenti e le metodologie costitutive di questa strategia – la qualità tecnica dei professionisti, la loro formazione continua, l'utilizzo efficiente delle risorse, la gestione del rischio clinico, l'evidence-based medicine (EBM) e le linee-guida, la soddisfazione dei pazienti, la gestione dei reclami ecc. (Lewis et al. 2002) – o le finalità ideali che essa deve perseguire – sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività, efficienza, equità, ecc. (Halligan, 2006) – mentre assai raramente tutto ciò viene preso in considerazione nel suo insieme e, soprattutto, in relazione a un approccio di sistema volto ad analizzare le precondizioni che rendono possibile e praticabile una strategia di *clinical governance* adeguata ed efficace (Ministero della Salute s.d.). Per cui, nel momento in cui si intenda valutare l'effettiva implementazione di questa strategia, diviene assai difficile andare al di là di una mera elencazione di singoli elementi realizzati o meno e di una pura enunciazione di tipo volontaristico-retorico sulla sua realizzazione.

Così, ad esempio, ci si è concentrati sulla valutazione della performance in cinque aree della *clinical governance* – *risk management*, *audit* ed *evidence-based practice*, *training*, *knowledge management* e approccio generale – nel corso di un programma annuale di visite strutturate per valutarne l'implementazione nelle Aziende Sanitarie del West Midland inglese (Grainger et al. 2002); oppure ci si è limitati a generiche inchieste preliminari sui livelli di conoscenza, il tipo di atteggiamenti e di opinioni del personale nei confronti di questa strategia, come nello Staff Clinical Governance Survey realizzato nelle Aziende Sanitarie dell'Inghilterra meridionale (Murray et al. 2004); o ci si è concentrati sulla messa a punto di singole metodologie di introduzione e valutazione della *clinical governance* nei singoli servizi, come la metodologia RAID di Rogers (2006) o il ciclo della *clinical governance* in un'ottica di innovazione e di miglioramento continuo della qualità (Peak et al. 2005).

Più di rado si è cercato di mettere a fuoco in un'ottica sistemica i problemi e le difficoltà che il disegno strategico della *clinical gover-*

nance comportava per la sua traduzione pratica: come nello studio pionieristico realizzato dal King's Fund nel 1999 (Dewar 1999) che individuava i principali gap esistenti fra la politica e la pratica della *clinical governance*; o la ricerca realizzata dall'Health Service Management Centre dell'Università di Birmingham nelle Aziende Sanitarie della regione del West Midlands nel quale si indagavano i problemi emergenti nella traduzione pratica della *clinical governance* (Walshe et al. 2000). In quest'ultimo lavoro, in particolare, si sottolinea come "mentre i documenti politici e i commenti indipendenti articolano chiaramente la necessità di cambiamenti nella cultura e nel funzionamento delle aziende per ottenere i cambiamenti comportamentali richiesti dalla *clinical governance*, essi non indirizzano le aziende verso specifici modelli di cambiamento" (Walshe et al. 2000, p. 54).

La necessità di interconnettere la strategia della *clinical governance* al mutamento nella cultura e nel contesto organizzativo richiesto rappresenta proprio l'elemento cruciale e il punto di debolezza delle modalità di implementazione di questa strategia nel contesto britannico, che ha visto affastellarsi numerosi e spesso fra loro incoerenti interventi manageriali *top down* senza una chiara e articolata visione del tipo di mutamento organizzativo necessario. Una cultura organizzativa condivisa rappresenta infatti un elemento strategico fondamentale in organizzazioni complesse come i servizi sanitari, nei quali "il professionista diviene la leva fondamentale, l'elaboratore, l'elemento innovatore" (Giarelli 2005, p. 32) in una prospettiva di qualità organizzativa propria di una *learning organization* (Crites et al. 2009).

Se dunque l'elemento cruciale della nuova sfida della *clinical governance* è rappresentato da una articolazione fra cultura manageriale e cultura professionale in grado di mettere in moto un significativo processo di mutamento organizzativo (Sheps 2006), come possiamo analizzare le modalità di implementazione di una strategia come quella del "governo clinico" e di riorganizzazione aziendale come delineata dalla l.r. 29/2004 e della D.R. 86/2006 della Regione Emilia-Romagna? Per arrivare a definire un adeguato modello di analisi, due premesse ci sono sembrate necessarie. La prima, relativa alla necessità di un approccio sistemico in grado di tener conto in maniera comprensiva di tutti quegli elementi che sono in condizione

di influenzare e sono influenzati dalla cultura organizzativa presente in un determinato contesto quale perno fondamentale di tale strategia. La seconda, inerente l'individuazione del livello opportuno a cui collocare l'analisi: da questo punto di vista, se Baker (2003) propone i tre livelli micro (*setting* clinico), macro (organizzazioni multiple) e meta (contesto ambientale) della *clinical governance*, più corretto ci è sembrata l'articolazione proposta da Casolari e Grilli (2004) quando sostengono che: "la realizzazione concreta del governo clinico richiede interventi a cascata, ai diversi livelli decisionali e operativi del sistema: in particolare, a livello macro (l'ambito di governo regionale), meso (l'ambito decisionale inter e intra-aziendale) e micro (il livello decisionale rappresentato dal singolo team di operatori)".

Se l'ambito macro sarà considerato come livello di sfondo, quello micro non sarà qui preso in considerazione in quanto non costituisce l'oggetto del presente lavoro, che si incentrerà invece sul livello meso, con particolare riferimento al livello organizzativo intra-aziendale.

Su queste premesse, per l'analisi dell'implementazione della strategia del governo clinico in Emilia-Romagna si è proceduto secondo il modello proposto (figura 1.1), che prendeva in considerazione cinque elementi fondamentali così definiti e le reciproche interconnessioni:

- 1. struttura organizzativa formale:** è il complesso degli elementi formalmente definiti dell'organizzazione e delle loro interrelazioni interne; definisce i processi organizzativi e le relative responsabilità e influenza ed è influenzata dalla cultura organizzativa;
- 2. struttura informale di relazioni:** è l'insieme delle relazioni interne informali effettivamente operanti nell'ambito di un'organizzazione, dei suoi processi e degli stili di *leadership* che caratterizzano ciascuna azienda sanitaria; può essere più o meno simmetricamente speculare alla struttura formale (favorendola o ostacolandola) e influenza fortemente il clima organizzativo;
- 3. processi:** è il complesso dinamico di attività e meccanismi di varia natura (decisionali, programmatori, operativi, valutativi, gestionali, ecc.) mediante i quali l'organizzazione funziona ordinariamente; sono definiti dalla struttura organizzativa formale e influenzano e sono influenzati dalla cultura organizzativa;

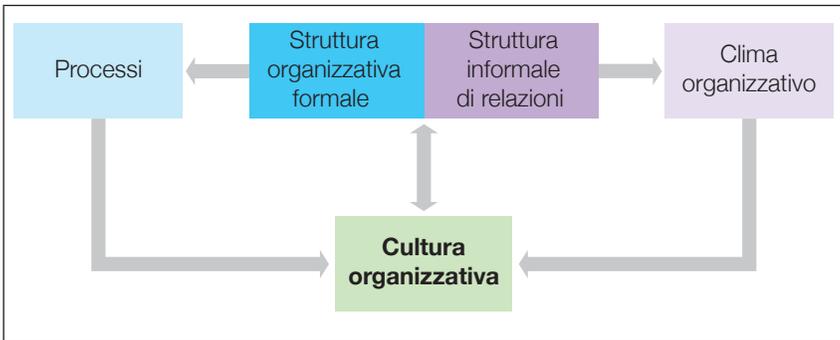


Figura 1.1 • Un modello per l'analisi dell'implementazione del governo clinico nelle Aziende Sanitarie

- 4. cultura organizzativa:** è il patrimonio di saperi e di modelli di comportamento consolidati che caratterizzano una determinata organizzazione, sia di tipo formale (*mission*, *vision*, norme) che informale (orientamenti di valore individuale, norme implicite, comportamenti effettivi); influenza ed è influenzata dalla struttura organizzativa (sia formale che informale), dai processi e dal clima organizzativo, costituendo pertanto il fulcro del funzionamento dell'organizzazione stessa e dei suoi risultati;
- 5. clima organizzativo:** è il complesso di atteggiamenti e di percezioni soggettive che caratterizza una determinata organizzazione favorendo o ostacolando la realizzazione della sua *mission*; è definita dalla struttura informale di relazioni interne e influenza ed è influenzata dalla cultura organizzativa.

Ciascuno dei cinque elementi indicati è stato indagato secondo le diverse metodologie quali-quantitative adottate sia individualmente che in connessione con gli altri, con particolare riferimento alle diverse modalità con cui essi si caratterizzano nelle diverse realtà organizzative in relazione alla strategia del governo clinico e di riorganizzazione aziendale come delineata dalla l.r. 29/2004 e della DR 86/2006 della Regione Emilia-Romagna.

IL PERCORSO METODOLOGICO DI RICERCA

Il Progetto di ricerca sanitaria finalizzata ex-art.12 D.Lgs.502/92 – Programmi strategici 2007 “Culture Organizzative e Professionali del Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie” aveva la finalità di indagare le effettive modalità di implementazione del governo clinico in ciascun contesto aziendale dell’SSR dell’Emilia-Romagna, con particolare riferimento al ruolo che le diverse culture professionali presenti svolgono nella sua realizzazione, mettendo a punto un modello di analisi e una serie di strumenti per valutare le modalità di implementazione secondo criteri scientifici e replicabili.

Esso è stato realizzato nel biennio 2008-2009 da un’equipe di ricerca del Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi sanitari e le Politiche di welfare (CRISP) dell’Università “Magna Græcia” di Catanzaro² congiuntamente con un Gruppo di Pilotaggio composto da dirigenti dell’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Il percorso metodologico adottato per la realizzazione di tale finalità è stato così articolato secondo una metodologia integrata quali-quantitativa in due fasi:

I Fase: relativa a tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna che avevano all’epoca approvato l’Atto aziendale,³ per ciascuna delle quali è stata effettuata un’analisi documentaria degli atti aziendali approvati ai sensi della l.r. 29/2004 e della D.R. 86/2006 finalizzata a definire la nuova struttura organizzativa formale assunta dalle aziende in conformità alla strategia del governo clinico e di quella che è stata definita la “terza aziendalizzazione”.

II Fase: relativa a due AUSL (Modena e Imola) e ad una AOU (Modena) selezionate come campione per analizzare le diverse modalità assunte dal processo di implementazione del governo clinico sulla base di un modello teorico messo a punto attraverso:

² L’equipe comprendeva, oltre allo scrivente, la dott.ssa Silvia Scalabrini in qualità di ricercatrice.

³ Il che ha significato tutte le AUSL esclusa quella di Modena, tutte le Aziende Ospedaliere universitarie e non esclusa l’AOU di Ferrara, e l’IRCCS IOR.

- interviste semistrutturate a componenti dei Collegi di Direzione (CdD) (DS, Direttori di dipartimento, Direttore delle attività socio-sanitarie, membri delle Direzioni tecniche aziendali, responsabili degli uffici di staff formazione, sviluppo organizzativo, qualità, valutazione, risk management, ecc.) volte ad esplorarne percezioni, motivazioni, atteggiamenti e azioni strategiche in relazione al governo clinico al fine di cogliere quali relazioni intercorrono tra le diverse culture professionali presenti e la realizzazione del governo clinico nell'ambito delle rispettive realtà aziendali;
- osservazione partecipante a sedute dei Collegi di Direzione, integrata dall'analisi dei verbali delle stesse, al fine di registrare il clima organizzativo e la struttura informale che caratterizza ciascun contesto aziendale con particolare riferimento alla realizzazione del governo clinico.
- Sono stati quindi realizzati:
 - *AUSL Modena*:
 - a. n. 10 interviste semistrutturate a membri del Collegio di Direzione
 - b. n. 2 sedute di osservazione del Collegio di Direzione
 - *AUSL Imola*:
 - a. n. 10 interviste semistrutturate a membri del Collegio di Direzione
 - b. n. 2 sedute di osservazione del Collegio di Direzione
 - c. analisi dei verbali di n. 7 sedute del Collegio di Direzione
 - *AOU Modena*:
 - a. n. 9 interviste semistrutturate a membri del Collegio di Direzione
 - b. n. 2 sedute di osservazione del Collegio di Direzione
 - c. analisi dei verbali di n. 7 sedute del Collegio di Direzione

Si è inoltre tenuta una serie di seminari interni tra l'équipe di ricerca del CRISP e il Gruppo di Pilotaggio regionale di discussione sia della modalità di applicazione della metodologie adottate che dei risultati ottenuti.

LA NUOVA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE

Con l'approvazione della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, il governo clinico è divenuto uno degli assi portanti dei nuovi assetti aziendali, che vedono così riconosciuto anche formalmente il principio della partecipazione organizzativa degli operatori (art.2, comma 2, lettera f). La legge regionale individua infatti nel Collegio di Direzione l'organo aziendale con "compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori" (art. 3, comma 3): si tratta di un esplicito riconoscimento del ruolo che le professioni sanitarie possono svolgere sia nell'adeguare i servizi alle mutevoli condizioni organizzative e cliniche determinate dalle innovazioni tecnologiche e organizzative, sia nel promuovere iniziative di ricerca e innovazione volte a migliorare la qualità dell'assistenza secondo gli standard professionali.

Se "l'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale per tutti servizi e le prestazioni resi" (art.2, comma 2, lettera a) assume così valore normativo per le Aziende Sanitarie e le altre strutture che forniscono prestazioni accreditate nell'ambito dell'SSR, il governo clinico diviene lo strumento mediante il quale garantire che i servizi e i professionisti sanitari assumano la responsabilità del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza come uno dei *task* fondamentali della propria *mission*, in quanto parte integrante della *vision* aziendale.

Il problema fondamentale che si è posto successivamente, una volta stabilite le linee di *policy* regionale, è consistito nel prendere in esame le effettive modalità di recepimento e implementazione di tali indicazioni strategiche da parte sia delle direzioni aziendali che dei responsabili delle attività cliniche: anzitutto, mediante l'Atto aziendale e le modalità con cui esso disciplina la composizione e il funzionamento del Collegio di Direzione, definisce le funzioni che essi sono chiamati a svolgere come ambiti di governo del cambiamento e dello sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie; in secondo

luogo, al di là del livello formale, nelle effettive modalità di relazione stabilite tra il Collegio di Direzione, gli altri organi e la tecnostruttura aziendale e i Dipartimenti. Tali relazioni informali effettive non possono che risentire delle peculiarità storicamente consolidate e delle modalità culturalmente definite con cui il sistema organizzativo aziendale e i suoi attori hanno costruito nel corso del tempo in ciascun specifico contesto locale la propria struttura sociale interna e le proprie relazioni con l'ambiente esterno: indagare tali ambiti diviene dunque fondamentale per riuscire a comprendere anche le modalità di implementazione e ogni eventuale problema che la realizzazione del governo clinico dovesse incontrare.

Inoltre, poiché la Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale n. 86 del 30-1-2006 prevede, per quanto riguarda il Collegio di Direzione, compiti specifici di elaborazione e di proposta in merito alle attività di formazione e di formazione permanente, di ricerca e di innovazione, in collaborazione con il Collegio delle Professioni sanitarie e i singoli Dipartimenti, e di monitoraggio e valutazione dell'attività libero-professionale intramuraria, diviene interessante conoscere con quali modalità le diverse culture professionali (mediche, sanitarie, tecniche, amministrative) rappresentate nel Collegio di Direzione trovino possibilità di espressione e di composizione nella realizzazione di tali attività.

Sono stati presi in considerazione gli Atti aziendali approvati fra il 2006 e il giugno 2009: complessivamente n. 15 Atti aziendali, di cui 10 delle Aziende USL (mancante AUSL di Modena) e 5 delle Aziende ospedaliere (mancante AOU di Ferrara) e dell'IRCCS IOR di Bologna.

L'analisi documentaria degli Atti aziendali è stata condotta sulla base del modello di riferimento proposto da Mintzberg (1996) adattato all'individuazione degli elementi chiave della struttura formale del governo clinico al fine di definire le caratteristiche della nuova struttura organizzativa aziendale (figura 1.2).

Per ciascuna delle cinque componenti del modello (vertice strategico, linea intermedia, tecnostruttura, staff di supporto e nucleo operativo) è stata quindi definita una serie di nove variabili-chiave considerate strategiche per la comprensione della nuova struttura or-

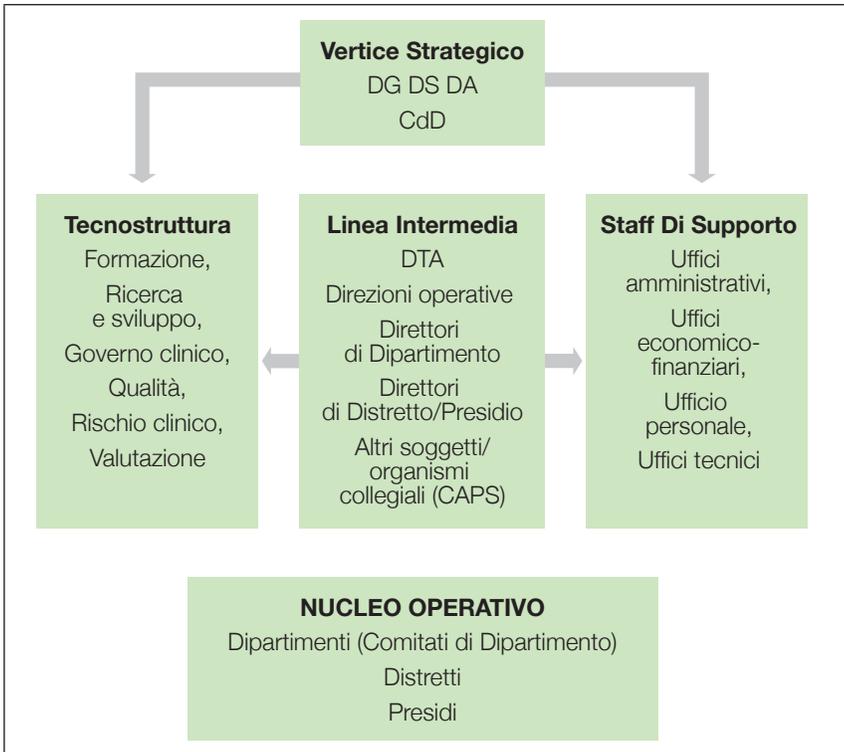


Figura 1.2 • Modello di riferimento (Mintzberg 1996) per l'analisi della struttura formale dell'organizzazione applicato alle Aziende Sanitarie

ganizzativa formale delineata in relazione al governo clinico ed è stata costruita una serie di indicatori qualitativi definiti per valutarle al fine di garantire l'affidabilità del metodo adottato.

1. Vertice strategico

- Struttura delle relazioni interne al vertice strategico:
 - monocratica: linea gerarchica piramidale concentrata sul vertice aziendale del Direttore Generale (DG); il DG presiede il CdD; scarsa autonomia di ruolo del Direttore Sanitario (DS) nel CdD;

- oligarchica: linea gerarchica piramidale allargata orizzontalmente al CdD collaborante col vertice aziendale della DG; il DS presiede il CdD ed esercita una certa autonomia di ruolo che condivide col CdD, entro cui si limita l'esplicazione della sua funzione;
- partecipata: linea gerarchica integrata con un sistema di deleghe e/o decentramento dei poteri decisionali; il DS presiede il CdD e interagisce con i Direttori di dipartimento non limitando l'attività del CdD in materia di governo clinico alle sole competenze previste dalla legge ma estendendola anche ad altri temi/ambiti; i Direttori di dipartimento diventano il reale interfaccia del governo clinico, fungendo da collegamento fra il CdD e le strutture complesse di loro competenza.
- Composizione del Collegio di Direzione:
 - ristretta: solo membri permanenti con diritto di voto;
 - integrata: anche invitati permanenti senza diritto di voto;
 - allargata: con ulteriori invitati occasionali secondo discrezionalità aziendale.
- Funzioni del Collegio di Direzione:
 - consultive: esprime pareri in materie di propria competenza;
 - propositive: elaborazione e proposta in materie di propria competenza;
 - di governo: adotta atti di indirizzo su materie di propria competenza e ne presiede l'applicazione monitorandone le attività e valutandone i risultati.
- Partecipazione del Direttore di Distretto al CdD:
 - presente: presente nel CdD ma con scarso/nessun ruolo specifico;
 - integrativa: presente nel CdD con un ruolo di integrazione dei servizi.

2. Linea intermedia

- Ruolo della linea intermedia nel governo clinico:
 - assente: scarsa definizione e ruolo limitato della linea intermedia nel governo clinico;

- parzialmente presente: parziale definizione e ruolo significativo della linea intermedia nel governo clinico;
- sviluppato: definizione precisa e ruolo elevato della linea intermedia nel governo clinico.

3. Tecnostruttura

- Ruolo della tecnostruttura nel governo clinico:
 - assente: scarsa definizione e ruolo limitato della tecnostruttura nel governo clinico; dipende funzionalmente dal DG e non dal DS e/o dal CdD;
 - parzialmente presente: parziale definizione e ruolo significativo della tecnostruttura nel governo clinico, che dipende funzionalmente almeno in parte dal DS e/o dal CdD;
 - sviluppata: definizione precisa e ruolo elevato della tecnostruttura nel governo clinico svolto funzionalmente sotto la direzione del DS e/o dal CdD.

4. Staff di supporto

- Ruolo dello staff di supporto nel governo clinico:
 - assente: scarsa definizione e ruolo limitato dello staff di supporto nel governo clinico; dipende funzionalmente dal DG e non dal DS e/o dal CdD;
 - parzialmente presente: parziale definizione e ruolo significativo dello staff di supporto nel governo clinico, che dipende funzionalmente almeno in parte dal DS e/o dal CdD;
 - sviluppata: definizione precisa e ruolo elevato dello staff di supporto nel governo clinico svolto funzionalmente sotto la direzione del DS e/o dal CdD.

5. Nucleo operativo

- Grado di partecipazione del Nucleo operativo al governo clinico:
 - assente: scarsa definizione e assenza di ruolo dei Comitati di Dipartimento e dei professionisti nel governo clinico;
 - parziale: definizione limitata e ruolo embrionale dei Comitati di Dipartimento nel governo clinico;

- elevato: definizione precisa e ruolo elevato dei Comitati di Dipartimento nel governo clinico.
- Grado di partecipazione dei cittadini al governo clinico:
 - indefinito: non indicate forme di partecipazione specifiche dei cittadini al governo clinico;
 - limitato: indicate forme di partecipazione strutturate ma parziali al governo clinico (*customer satisfaction*);
 - articolato: indicate forme di partecipazione strutturate e specifiche al governo clinico (qualità percepita, incontri, gruppi, comitati consultivi, ecc.).

Sulla base di tali nove variabili-chiave articolate sulle cinque componenti fondamentali dell'organizzazione e, in particolare, della prima di esse, sono stati individuati tre diversi modelli di riorganizzazione aziendale - così come emergono dagli Atti aziendali approvati - in relazione alla nuova struttura organizzativa formale del governo clinico, sulla base di una riformulazione delle tipologie di *governance* proposte da Rowe e Calnan (2006):

- **Modello monocratico**: il DG mantiene un ruolo centrale, talvolta presiede anche il CdD, le funzioni del CdD sono di tipo più consultivo-informativo e piuttosto limitate, la tecnostruttura e lo staff di supporto non hanno alcun ruolo nel governo clinico e dipendono dal DG, i Comitati di Dipartimento ed i cittadini non hanno alcun ruolo nel governo clinico (tendenzialmente prevalente nelle AUSL di Parma, Reggio Emilia e Bologna).
- **Modello oligarchico**: il DS assume un ruolo centrale nella strategia del governo clinico, presiede il CdD, le cui funzioni sono di tipo propositivo, la tecnostruttura e lo staff di supporto hanno un ruolo parziale nel governo clinico e dipendono almeno in parte dal DS e/o dal CdD, i Comitati di Dipartimento ed i cittadini hanno un ruolo limitato ed embrionale nel governo clinico (tendenzialmente prevalente nelle AUSL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini e nelle AOU di Parma e Modena).
- **Modello partecipativo**: il DS assume un ruolo centrale nella strategia del governo clinico in collaborazione con i Direttori di Dipar-

timento, le funzioni del CdD sono di tipo propositivo-decisionale e piuttosto ampliate, la tecnostruttura e lo staff di supporto hanno un ruolo significativo nel governo clinico e dipendono dal DS e/o dal CdD, i Comitati di Dipartimento e i cittadini hanno un ruolo definito e articolato nel governo clinico (tendenzialmente prevalente nelle AUSL di Piacenza, Ferrara e Imola, nella AO S. Maria Nuova di Reggio Emilia, nelle AOU di Bologna e nell'IRCCS IOR di Bologna).

Infine, per quanto riguarda l'AUSL di Modena, non essendo stato all'epoca ancora approvato l'Atto aziendale, non è possibile descriverne la struttura formale: che, sulla base del precedente Atto aziendale (che precedeva la normativa regionale più recente), resta comunque ascrivibile al modello monocratico.

STRUTTURA, RUOLO E FUNZIONAMENTO DEL COLLEGIO DI DIREZIONE

In che misura i tre modelli formali di riorganizzazione aziendale delineati negli Atti aziendali corrispondono in realtà alla struttura informale di relazioni interne effettivamente operanti nelle Aziende in relazione al governo clinico? Per rispondere a questa domanda è stato indagato in particolare il ruolo e il funzionamento del Collegio di Direzione quale organo propositivo in relazione al governo clinico e le sue relazioni con il DS (responsabile del governo clinico) e il DG (responsabile del governo aziendale). Si tratta di un organo introdotto dal D.Lgs. 229/99 che rappresenta lo strumento fondamentale “per sviluppare un sistema di *governance* aziendale che integri la tradizionale funzione professionale sia con le nuove funzioni gestionali attribuite agli stessi clinici sia con quella svolta dalla direzione aziendale, per soddisfare i nuovi obblighi istituzionali alla qualità del servizio definiti dalla legge di riforma del SSN” (Taroni e Grilli, 2000).

Sulla base delle tre aziende selezionate e delle interviste ai relativi membri dei CdD, delle sedute di osservazione dei CdD e dell'analisi dei verbali delle stesse sono state individuate tre realtà piuttosto di-

verse tra loro. Nell'AUSL di Modena il Collegio di Direzione si è riunito con periodicità saltuaria (ogni 2-3 mesi), affrontando in misura limitata tematiche inerenti il governo clinico. La sua composizione allargata viene unanimemente considerata troppo ampia (40-50 membri a seconda dei casi), quindi eccessiva per consentire un livello di funzionamento minimamente adeguato a garantire il ruolo decisionale che pure gli viene riconosciuto per gli ambiti di propria competenza: per cui la sua funzione si riduce di fatto a uno spazio informativo-consultivo nel quale il DS comunica decisioni già prese dalla Direzione generale con limitate possibilità di discussione. I processi decisionali effettivi risultano quindi esterni al CdD, mantenendo un carattere individuale tra i singoli componenti del CdD e la DG. Viene proposta l'istituzione di una giunta del CdD o di commissioni/gruppi di lavoro per preparare le istruttorie in fase preliminare da riportare poi in CdD per consentire una discussione adeguata. Non essendo stato ancora approvato l'Atto aziendale, non è possibile effettuare un confronto con la struttura formale: la struttura informale delineata è comunque ascrivibile al tipo monocratico.

Nell'AUSL Imola il CdD si è riunito invece con cadenza mensile regolare, affrontando alcune tematiche del governo clinico, tra cui in particolare l'elaborazione di sei percorsi diagnostico-terapeutici integrati mediante il lavoro di commissioni ad hoc incaricate dal CdD. La sua composizione più ristretta (33 membri, inclusi i responsabili infermieristici di Dipartimento) potrebbe potenzialmente consentire un funzionamento adeguato, limitato per ora dalla sua recente costituzione e dall'evidente asimmetria di responsabilità tra i suoi membri, oltre che da una diversa interpretazione del suo ruolo tra alcuni partecipanti, che resta di fatto informativo-consultivo. I processi decisionali restano sostanzialmente centralizzati in capo al DS, anche se viene data la possibilità di una discussione aperta. Benché il modello di struttura formale del governo clinico delineata dall'Atto aziendale sia di tipo partecipato, la struttura informale di relazioni appare dunque di tipo solo embrionalmente oligarchico, anche se non sono da escludere possibili evoluzioni nel breve-medio periodo.

Infine, nell'AOU di Modena le riunioni del CdD hanno avuto cadenza periodica mensile regolare, affrontando con una certa frequenza te-

matiche inerenti il governo clinico. La sua composizione (che include i coordinatori infermieristici di Dipartimento) è tuttavia considerata troppo estesa per consentire un'adeguata discussione delle tematiche affrontate: viene anche qui proposta la costituzione di commissioni ad hoc e la modifica delle modalità di verbalizzazione per renderle più funzionali. Benché dunque si attribuisca al CdD una funzione di tipo propositivo-deliberativo, il suo ruolo resta sostanzialmente informativo-consultivo relativamente a decisioni già prese dall'Alta Direzione. I processi decisionali appaiono quindi di tipo sostanzialmente centralizzato sull'Alta Direzione; mentre eventuali problemi di conflitti o divergenze di opinioni vengono affrontate tramite tecniche di rinvio o di presa d'atto del dissenso, che possono portare o meno a modificare le decisioni assunte. Trattandosi di un'AOU, risulta poi indefinito il problema dei rapporti con il Comitato di Indirizzo. In questo caso, il modello di organizzazione formale del governo clinico di tipo oligarchico delineato nell'Atto aziendale appare almeno in parte confermato dalla struttura informale di relazioni delineata.

In sintesi, possiamo affermare che il ruolo propositivo e di elaborazione del CdD in relazione al governo clinico delineato nella normativa regionale appare ancora assai embrionalmente realizzato in tutti e tre i casi analizzati, nei quali, pur con differenze anche significative, svolge di fatto un ruolo meramente informativo-consultivo. I principali problemi emersi che ostacolano la piena realizzazione del suo ruolo risultano essere:

- la sua composizione eccessivamente numerosa, tale da non consentire tempi e modalità di discussione adeguati: viene proposta la creazione di un'eventuale giunta e/o di apposite commissioni di lavoro tematiche;
- la talora eccessiva ampiezza delle tematiche affrontate, non sempre inerenti le problematiche specifiche del governo assegnate alla competenza del CdD;
- l'interpretazione non sempre condivisa del ruolo da assegnare al CdD da parte dei suoi membri che, come vedremo, è connesso alle diverse culture organizzative presenti nelle realtà aziendali;

- la natura non sempre trasparente e, comunque, spesso ancora centralizzata sull'Alta Direzione dei processi decisionali inerenti anche le tematiche del governo clinico, che influisce notevolmente, come vedremo, sul clima organizzativo presente in Azienda;
- l'assenza o la parziale presenza di una tecnostruttura e di uffici di staff funzionalmente dipendenti dal DS e/o dal CdD in grado di supportare sotto il profilo tecnico le attività di pianificazione, implementazione e valutazione che dovrebbero essere svolte dal CdD relativamente al governo clinico: attualmente tali competenze appaiono distribuite tra diversi uffici generalmente in staff alla DG.

I PROCESSI DEL GOVERNO CLINICO

La normativa regionale ascrive all'ambito del governo clinico quattro funzioni principali: formazione, ricerca, gestione del rischio e libera professione. Si è ritenuto qui di aggiungere anche l'accreditamento e il miglioramento della qualità per le evidenti interconnessioni che essi presentano con i tre primi ambiti suddetti; mentre si è scelto di non indagare sull'attività libero-professionale, oltre che per la complessità del tema, anche per il fatto che esso in buona parte esula dal governo clinico. Inoltre, viene istituito il Collegio aziendale delle Professioni Sanitarie (CAPS) con funzione di valorizzazione delle competenze professionali degli operatori. La situazione che emerge nelle tre Aziende oggetto d'indagine relativamente ai processi connessi a tali funzioni è anche qui piuttosto variegata.

Per quanto riguarda l'AUSL di Modena, il programma formativo aziendale annuale risulta diviso in due parti: quella a carattere trasversale di interesse generale è di competenza di una apposita agenzia interna (AGEFOR) e viene da questa gestito su indicazione del DG; quella di carattere professionale-organizzativo specifico è di competenza dipartimentale e viene gestito tramite appositi referenti di UO che rilevano il fabbisogno formativo con un budget dipartimentale. Per quanto riguarda il coinvolgimento del personale aziendale nelle attività didattiche (lezioni, tutorato) previste dai Protocolli d'intesa Regione-Università viene generalmente data una valutazione sostan-

zialmente insoddisfacente, pur considerandolo importante ai fini di una partecipazione aziendale a tali attività: ciò a motivo del mancato riconoscimento sia economico che professionale delle attività svolte.

Non esiste un programma di ricerca e innovazione aziendale, che risulta *in fieri* grazie alla costituzione di un apposito ufficio dedicato; anche se si riscontra un ampio spettro di ricerche nei diversi Dipartimenti, di cui solo alcune nell'ambito del PRIER; mentre si sta mettendo mano all'anagrafe della ricerca richiesta dalla Regione.

Numerose risultano le attività di accreditamento e di miglioramento della qualità realizzate nei diversi Dipartimenti secondo le linee-guida regionali; il Sistema di Qualità e Accreditamento aziendale si avvale di una rete di referenti per ciascuna UO.

La gestione del rischio è demandata all'Ufficio Legale e Gestione del Rischio e non prevede programma aziendale; la presenza di una modalità sistematica di *incident reporting* dipende dai singoli Dipartimenti e avviene generalmente in collaborazione con l'URP, specie qualora comporti un eventuale reclamo.

Non risulta alcun ruolo del CdD sia nella promozione che nel coordinamento delle attività indicate, né rapporti formali istituzionali tra il CdD e il Comitato Etico (CE) (anche se alcuni membri del CdD lo sono anche del CE), mentre il CAPS non risulta ancora costituito.

Nell'AUSL di Imola l'attività di formazione risulta già da tempo ben strutturata a livello aziendale con la creazione prima di un Polo Formativo e poi della Formazione come Tecnostruttura di Staff: esiste una rete di referenti consolidata a livello dipartimentale, di cui uno per l'area medica e uno per quella infermieristica e tecnica, che dopo una formazione ad hoc rilevano ogni anno il fabbisogno formativo all'interno di ciascun dipartimento e lo riportano in un tavolo tecnico-aziendale, sulla cui base poi viene redatto il Piano delle Attività Formative (PAF) per la componente dipartimentale da parte dello staff Formazione dopo un ulteriore confronto con gli altri staff della tecnostruttura; la parte del PAF trasversale all'azienda viene invece definita dallo staff Formazione sulla base delle linee di indirizzo fornite dalla DG come obiettivi formativi aziendali.

Viene data una valutazione generalmente positiva dei protocolli d'intesa Università-Regione quale strumento di organizzazione della

reciproca collaborazione e occasione di stimolo reciproco, anche si rileva il problema dell'utilizzo talvolta strumentale da parte dell'Università del personale dell'AUSL in funzione di contenimento dei costi per attività di insegnamento e di tutoring nonché di un utilizzo strumentale da parte dell'AUSL dei tirocinanti a copertura delle carenze di personale interno. Viene esplicitata la richiesta di un riconoscimento accademico dei docenti di AUSL delle materie professionalizzanti e della figura del tutor.

L'attività di ricerca e innovazione appare sostanzialmente limitata nei vari dipartimenti a piccole ricerche di rilievo locale o, al massimo regionale, con poche eccezioni; anche a livello aziendale l'attività di ricerca non presenta ancora una sua strutturazione specifica e viene seguita dalle due tecnostrutture di staff Formazione e Governo Clinico. L'AUSL non ha un suo CE ma si appoggia a quello del S. Orsola-Malpighi di Bologna, col quale il CdD non ha avuto alcun rapporto diretto.

Come già per la formazione, esiste una tecnostruttura decentrata per il processo di accreditamento che fa capo a diversi uffici di staff con un'organizzazione a rete dei referenti di Dipartimento supportata ad hoc con un percorso formativo inserito nel PAF dallo staff Formazione e il supporto di consulente esterno: ciò ha consentito di pianificare su base annuale a partire dal 2007 il percorso di accreditamento dei diversi dipartimenti, che risultano quindi ancora solo in parte accreditati.

Un sistema strutturato di *incident reporting* risulta esistere solo in alcune UO, né risulta un programma aziendale di gestione del rischio clinico.

In tutti questi processi il CdD risulta svolgere un ruolo nullo o assai ridotto, in quanto limitato, ad esempio, a prendere visione e ratificare il PAF. Il CAPS non risulta ancora costituito.

Nell'AOU di Modena il percorso formativo aziendale è gestito a livello centrale dal Servizio Formazione e Aggiornamento che si articola in tre settori di attività: Formazione, Psicosociale e Corsi di Laurea. Il Servizio Formazione e Aggiornamento si occupa della costruzione dell'intero percorso formativo aziendale, dalla rilevazione del fabbisogno – attraverso la propria rete di referenti dipartimentali e di UO

– alla progettazione dei corsi sia aziendali che dipartimentali e di UO, costruendo un vero e proprio “catalogo formativo”, che si articola su quattro aree formative: manageriale, gestionale, tecnico-scientifica e relazionale. Appare ancora prevalente una logica formativa su base professionale e per UO anziché dipartimentale e aziendale.

Viene data una valutazione critica diffusa del protocollo d’intesa Regione-Università soprattutto per il mancato riconoscimento dell’attività didattica e tutoriale degli ospedalieri, anche se viene riconosciuta l’importanza dell’attività didattica quale parte integrante della triade assistenza-didattica-ricerca.

Vi è una diffusa pratica di ricerca, che risulta però in buona parte parcellizzata nei diversi Dipartimenti, tranne pochi grossi progetti interdipartimentali a finanziamento generalmente regionale o ministeriale. Viene sottolineato il problema della diversa distribuzione tra attività assistenziale/didattica/di ricerca tra ospedalieri e universitari, che limita il coinvolgimento degli ospedalieri nelle attività di ricerca e formazione. Nel 2008, sulla base delle indicazioni regionali, è stato istituito il Servizio Ricerca e Innovazione (SRI) con funzione di sviluppo di una maggiore integrazione dei progetti di ricerca e tra questi e l’attività assistenziale e formativa, nonché di promozione di una cultura della ricerca per l’innovazione della pratica clinica. Lo SRI è il riferimento aziendale per gli adempimenti e le attività necessarie alla realizzazione dei progetti di ricerca promossi dai bandi dei diversi enti istituzionali, mantiene i rapporti col CE, all’interno del quale la Responsabile del Servizio ha la delega da parte del DS a parteciparvi e una delega da parte del DG ad autorizzare tutte le sperimentazioni approvate dal Comitato Etico.

Il processo di accreditamento e miglioramento della qualità risulta gestito centralmente dall’Ufficio Assicurazione e Qualità, supportato da una tecnostuttura aziendale diffusa costituita dai Referenti Accreditamento e Qualità (RAQ) di Dipartimento e UO che collaborano sia per la realizzazione delle visite ispettive sia per la redazione degli *incident report*. La filosofia di fondo con cui opera l’Ufficio Assicurazione e Qualità è quella dell’integrazione tra qualità, accreditamento e rischio clinico: su tale base è stato creato un percorso formativo di accompagnamento e un software specifico realizzato dall’Ufficio

stesso. Il programma di gestione del rischio clinico aziendale è stato quindi messo a punto dall'Ufficio Assicurazione e Qualità.

Il ruolo del CdD nei processi indicati risulta del tutto marginale, in quanto si è limitato alla presentazione conoscitiva del Piano formativo annuale, alla discussione dei progetti Regione-Università e dei progetti di accreditamento.

Il CAPS è appena stato eletto, ma non risulta sia stata pienamente compresa la sua funzione, né vi è stata molta partecipazione da parte dei professionisti alla sua elezione.

In sintesi, da quanto emerge appare evidente che il CdD svolge ancora un ruolo praticamente nullo o, al più, di mera presentazione informativa rispetto a tutti i quattro processi del governo clinico presi in considerazione. In particolare, la formazione risulta di competenza condivisa degli Uffici Formazione e dei Dipartimenti; le attività di ricerca sono frammentate nei diversi Dipartimenti e quando esiste un programma di ricerca aziendale risulta gestito dal Servizio Ricerca e Innovazione; il processo di accreditamento e miglioramento della qualità risulta gestito dal relativo Ufficio in collaborazione con i Dipartimenti; e la gestione del rischio clinico solo in un caso prevede un programma di gestione aziendale in carico al medesimo Ufficio, mentre il sistema di *incident reporting* varia a seconda delle UO.

Se il CdD vuole arrivare ad esercitare effettivamente le funzioni attribuitegli in merito al governo clinico, appare dunque necessario sviluppare un suo ruolo propositivo e di coordinamento e non meramente informativo in merito: il che appare possibile solo grazie a un sforzo congiunto in tal senso delle Direzioni aziendali e, in particolare, delle Direzioni sanitarie, nonché dei Direttori di dipartimento e della tecnostuttura di staff direttamente interessata da tali processi.

Per quanto riguarda invece il CAPS, appare ancora prematura ogni valutazione, data la sua costituzione recente in una sola (AOU Modena) delle tre aziende considerate.

LE CULTURE ORGANIZZATIVE DEL GOVERNO CLINICO

Per l'analisi della cultura organizzativa esistente nelle tre aziende considerate sono stati presi in considerazione sia aspetti della cultura formale (*vision, mission*, concezione del governo clinico) che di quella informale (percezione soggettiva e atteggiamenti nei confronti dei suddetti aspetti). Ciò che emerge è un quadro variegato di culture, la cui ricomposizione a livello unitario aziendale appare una sfida aperta per i prossimi anni.

Nell'AUSL di Modena la *vision* aziendale appare fortemente influenzata da due eventi recenti: l'avvicendamento al vertice aziendale e il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale con l'apertura due nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo (a gestione mista pubblico-privato) e la ridefinizione del ruolo dei sette già esistenti secondo un rapporto *hub-and-spoke*. Ciò ha comportato una forte centratura della *vision* organizzativa sulle problematiche della rete ospedaliera; anche se risulta presente, pur minoritaria, una *vision* fondata sull'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio centrata sulla costruzione di percorsi assistenziali integrati soprattutto nei servizi territoriali. Viene sottolineata l'importanza del passaggio dai dipartimenti funzionali a quelli gestionali anche a livello ospedaliero dopo quelli territoriali (DSM e DISP); e particolare rilievo viene assegnato alla contrattazione di budget da parte dei Direttori di dipartimento quale strumento per un effettivo processo di dipartimentalizzazione. Emerge un processo di costruzione partecipata dell'Atto aziendale che è stato promosso dal Direttore Sanitario con il coinvolgimento di buona parte del CdD (Direttori di distretto e di dipartimento) e il supporto di consulenti esterni (con un seminario formativo residenziale) e anche la partecipazione dei CCM in rappresentanza dei cittadini: anche se ciò ha comportato una sua messa in *standby* in attesa di un'approvazione che superi i punti di non condivisione.

La definizione degli obiettivi strategici dei diversi Dipartimenti e dei Distretti non appare generalmente ancora sufficientemente chiara in considerazione del fatto che l'Atto aziendale non risulta ancora definito. Le risorse di budget a disposizione dei Dipartimenti risultano solo parzialmente congruenti sia in considerazione della non suf-

ficiente definizione degli obiettivi strategici sia per alcune criticità presenti (carenza di personale, ecc.). La valutazione della situazione organizzativa è generalmente comunque positiva, con alcune criticità. Il Bilancio di Missione risulta essere stato gestito dal Servizio Economico e Finanziario in staff alla Direzione Amministrativa in collaborazione con le varie UO per la parte di loro competenza ma senza un coinvolgimento diretto del CdD e con la stesura finale di competenza dell'UO. Comunicazione in staff alla Direzione Sanitaria; ora è invece gestito dallo staff della Direzione Sanitaria e messo in web.

Infine, per quanto riguarda la concezione del governo clinico, prevale una concezione di tipo proceduralizzato come osservanza di linee-guida e procedure finalizzate all'appropriatezza e all'efficacia delle prestazioni. Risulta comunque presente anche una concezione più "politica" del governo clinico come partecipazione dei clinici alla gestione aziendale in collaborazione con il management strategico. Emerge anche l'idea del governo clinico inteso come una specifica modalità di relazione tra i cittadini/pazienti e i professionisti, in base alla quale si auspica un passaggio dal *curare* al *prendersi cura*. Viene sottolineato in maniera significativa il problema della valutazione dei risultati quale fase essenziale del processo di governo clinico, con l'obiettivo di comprendere se gli interventi e le prestazioni erogate siano appropriate e rispondenti alle esigenze espresse dai pazienti: risulta spesso inadeguata o inesistente anche per mancanza di tempo.

I cambiamenti più significativi introdotti dal governo clinico vengono considerati la dipartimentalizzazione in senso più effettivo e l'acquisizione di una maggiore consapevolezza dell'importanza degli aspetti clinici oltre a quelli economici nella gestione aziendale. Per quanto riguarda il coinvolgimento dei professionisti nella strategia del governo clinico viene data una valutazione piuttosto diversificata a seconda dei livelli gerarchici e del tipo di Dipartimento e UO, giudicandolo comunque essenziale alla strategia del governo clinico ma spesso ancora insufficiente.

Nell'AUSL di Imola, benché l'assetto istituzionale sia rimasto stabile, l'avvicinarsi di quattro DG negli ultimi anni ha lasciato segni evidenti di discontinuità nella percezione della *vision* aziendale: i percorsi di riorganizzazione interna sono stati piuttosto marcati, specie

con l'ultimo Atto aziendale ed il passaggio da una organizzazione piramidale ad una a matrice, che non appare però ancora come una *vision* condivisa da tutti i membri del nuovo CdD.

Particolarmente significativo viene valutato il processo di dipartimentalizzazione e la creazione di nuovi dipartimenti come quello Materno-Infantile o il riassetto di quelli territoriali come il DSM-DP e il DSP; nonché la configurazione del nuovo Dipartimento di Cure Primarie con responsabilità gestionali e la funzione di committenza assegnata al Distretto che ha modificato gli assetti e i rapporti col territorio richiedendo una modificazione dei ruoli ancora solo parzialmente attuata. Il ruolo effettivo dei Dipartimenti risulta comunque ancora limitato dal momento che sia l'organizzazione aziendale che la negoziazione di budget si fondano ancora sulle UO, e gli obiettivi strategici di Dipartimento non sono ancora definiti con precisione in molti Dipartimenti – salvo che in quelli già accreditati – in attesa dell'applicazione del nuovo Regolamento Attuativo dell'Atto aziendale. Anche le risorse assegnate ai Dipartimenti vengono considerate strutturalmente scarse. L'attuazione del processo di dipartimentalizzazione come supporto fondamentale della strategia del GC si scontra col problema del conflitto d'interesse dei Direttori di dipartimento che restano Dirigenti di UO.

Il ridimensionamento del ruolo della Direzione medica di presidio nel nuovo Atto aziendale, spostata in staff al DS, viene da alcuni percepita come un rischio di perdita della funzione di coordinamento del presidio ospedaliero; mentre vi è in genere una forte presenza della componente infermieristica nella *line* aziendale con la creazione dei Responsabili Infermieristici di Dipartimento (doppia *line* medico-assistenziale all'interno dei Dipartimenti) e la loro inclusione nel CdD sostenuta dal DG.

L'Atto aziendale è stato gestito quasi esclusivamente dalla DG come documento strategico generale, mentre il Regolamento Attuativo, dovendo esplicitare maggiormente l'organizzazione aziendale, ha visto un ampio coinvolgimento del CdD mediante la costituzione di un gruppo di lavoro che ha operato secondo una metodologia condivisa elaborando una prima bozza presentata al DG.

Tra i problemi considerati prioritari, oltre a quello ormai cronico delle liste d'attesa, la ancora scarsa integrazione ospedale-territorio e l'eccessiva settorialità delle UO; viene inoltre sottolineata la necessità di rafforzare l'immagine del territorio per superare l'immagine ospedale-centrica dell'AUSL presso la cittadinanza. Si auspica da parte della componente territoriale un approccio multiprofessionale e multidisciplinare trasversale alle linee di produzione dipartimentali con la creazione dei percorsi assistenziali come strumento anche di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse stimolato dalla DG ma ancora da attuare.

Il Bilancio di Missione (strutturato secondo i livelli essenziali di assistenza [LEA]) è stato gestito dalla Funzione Sviluppo Organizzativo della Direzione sanitaria coinvolgendo i Direttori di dipartimento e di DTA, senza un ruolo specifico del CdD; apprezzabile il lavoro di sintesi con indicatori di fine mandato elaborato.

Risulta presente uno spettro assai variegato di concezioni del governo clinico, talora limitato al miglioramento della qualità o all'appropriatezza dei processi assistenziali, talora confuso con la gestione dell'assistenza tout court o l'analisi degli scostamenti imprevisti in una logica EBM, fino alla sua totale dichiarata incomprendimento. Viene anche riproposta la vecchia immagine del clinico che non si occupa di organizzazione, management, risorse e budget ma deve pensare solo a svolgere bene il proprio ruolo tecnico-professionale lasciando ai medici di organizzazione queste competenze e attività.

Per alcuni la strategia del governo clinico non avrebbe introdotto in azienda alcun cambiamento davvero significativo; mentre per altri tra i cambiamenti più significativi viene considerata l'introduzione in modo sistematico della prassi dei gruppi multiprofessionali sui percorsi assistenziali, sia pure in via ancora sperimentale.

L'elaborazione delle strategie aziendali viene considerata da alcuni un processo partecipativo che ha coinvolto in maniera adeguata i professionisti, con un coinvolgimento progettuale sia ai livelli apicali che ai livelli operativi; per altri invece la partecipazione dei professionisti è stata solo di tipo formale-consensuale, non costruttiva e scarsamente attenta alla loro voce rimasta inascoltata, spesso ancora limitata dal loro vissuto persecutorio nei confronti delle direzioni aziendali

succedutesi. Viene evidenziata anche la sostanziale inadeguatezza dei Comitati di Dipartimento ai fini della comunicazione interna per il coinvolgimento dei professionisti nelle strategie aziendali.

Nell'AOU di Modena, la recente trasformazione dell'AOU in azienda di II e III livello specializzata in alcuni settori (oncologia, chirurgia, area materno-infantile, alcune discipline internistiche e specialistiche) secondo una logica di riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale basata su di un sistema integrato *hub-and-spoke* con il nuovo ospedale di Baggiovara, l'ospedale a gestione mista di Sassuolo e gli altri sette ospedali dell'AUSL di Modena ha di recente completamente ridefinito la *mission* e la *vision* aziendale. Ciò ha posto seri problemi di comunicazione sia interna (professionisti) che esterna (cittadini) di queste scelte aziendali per una loro comprensione e condivisione legittimante.

La creazione dei Dipartimenti misti prima e dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) poi, per una migliore integrazione tra ospedalieri e universitari e tra attività assistenziale, didattica e di ricerca quale fulcro organizzativo dell'azienda costituisce il secondo passaggio più significativo verificatosi recentemente. Ciò ha comportato anche la costruzione di percorsi assistenziali integrati multidisciplinari e interdipartimentali (PUNTO, ecc.) quale terzo elemento fondamentale di una riorganizzazione aziendale sempre più funzionante a matrice in un'ottica di tipo interprofessionale.

L'Atto aziendale, che ha sancito tutte queste rilevanti trasformazioni, è stato gestito direttamente dal DG (coadiuvato dai propri uffici di staff) con l'Università e presentato al CdD con richiesta di esprimere un parere. Esso ha consentito una buona definizione degli obiettivi e della *mission* aziendale almeno per i Dipartimenti e i servizi di staff considerati strategici nella logica di riorganizzazione ospedaliera su base provinciale: il buon grado di definizione degli obiettivi a livello strategico trova tuttavia ancora scarsa implementazione operativa a livello organizzativo.

Prioritario viene percepito il problema del contratto di fornitura con l'Azienda USL che limita le possibilità di risorse a disposizione sulla base delle prestazioni predefinite; come pure quello della scarsità delle risorse di ricerca messe a disposizione da parte dell'Universi-

tà. Si sottolinea anche la necessità di un'effettiva equiparazione delle condizioni contrattuali ed economiche tra ospedalieri e universitari al fine di sostenere l'effettiva implementazione dei DAI. Viene data anche una valutazione positiva del nuovo modello organizzativo per intensità di cure, pur sottolineando la necessità di affrontare in via prioritaria il problema dell'integrazione professionale e organizzativa al fine di sostenerne l'implementazione.

Il Bilancio di Missione è stato coordinato dal responsabile Promozione istituzionale dell'Azienda con il concorso dei Direttori di dipartimento e degli uffici di staff per la parte di competenza di ciascuno. Il CdD non ha avuto alcun ruolo nella sua redazione, limitandosi a prenderne atto attraverso la sua illustrazione.

La concezione del governo clinico come gestione dei processi assistenziali non risulta ancora pienamente affermata: si sottolinea la necessità di un supporto metodologico e motivazionale; nonché di una concezione più bottom up del governo clinico che punti alla costruzione dal basso degli strumenti da utilizzare (procedure, protocolli, linee-guida). Il coinvolgimento dei professionisti viene considerato sinora inadeguato e da sviluppare tramite processi a cascata più capillari di informazione e comunicazione, specie interdipartimentale. Il ruolo delle risorse umane professionali viene comunque considerato fondamentale nell'organizzazione dei servizi e nell'elaborazione delle strategie aziendali; mentre si ritiene che la strategia del governo clinico abbia consentito una responsabilizzazione e una sostanziale rimotivazione degli operatori.

In sintesi, per quanto riguarda gli aspetti formali della cultura organizzativa è possibile rilevare come in tutti e tre i casi la *vision* aziendale risulti fortemente marcata dalle più recenti vicende inerenti il processo di aziendalizzazione, che hanno riguardato l'avvicinarsi delle direzioni aziendali, i processi di riorganizzazione ospedaliera e di dipartimentalizzazione che, nel caso della AOU, ha assunto la forma dei DAI. Anche la *mission* organizzativo-professionale ne risulta di conseguenza fortemente influenzata e più o meno orientata e definita.

Per quanto riguarda gli aspetti informali, si evidenzia una pluralità significativa di culture organizzative, che è possibile cercare di sintetizzare in tre filoni principali:

- il persistere di sacche di **cultura organizzativa di tipo tecnicistico-individuale**, diffusa soprattutto in alcune categorie di medici specialisti orientati più in senso libero-professionale, scarsamente in grado di comprendere i mutamenti in atto nel contesto organizzativo dell'SSR che non si riesce a decodificare, ma potenzialmente in grado di imbrigliarne l'implementazione, specie per quanto riguarda il governo clinico, di cui non si comprende il significato;
- una **cultura organizzativa di tipo tecnocratico-ospedalecentrico**, diffusa soprattutto tra i medici ospedalieri, che legge il contesto organizzativo come mero ambiente delle scelte tecnico-professionali volto a garantire l'efficienza e l'economicità delle prestazioni, riducendo il governo clinico a un complesso di procedure orientate in tal senso;
- una **cultura organizzativa di tipo sistemico-relazionale**, presente, anche se in forma minoritaria, soprattutto tra i medici dei servizi territoriali e tra gli infermieri, che appare in grado di leggere in maniera abbastanza adeguata le peculiarità del contesto organizzativo aziendale, riuscendo a cogliere la complessità delle interconnessioni e a riconoscere la peculiarità interprofessionale delle problematiche inerenti i processi del governo clinico.

L'armonizzazione e ricomposizione a livello unitario di tale pluralità di culture organizzative in un medesimo contesto aziendale è la grande sfida che rimane aperta per riuscire a garantire un'adeguata implementazione della strategia del governo clinico nei prossimi anni sulla base di una solida legittimazione.

CLIMA ORGANIZZATIVO E GOVERNO CLINICO

Per analizzare il clima organizzativo quale complesso di atteggiamenti e di percezioni soggettive che caratterizza una determinata organizzazione si è preso in considerazione la valutazione che del mutamento organizzativo gli intervistati offrivano e, in secondo luogo, l'autopercezione che del proprio ruolo nell'ambito di tali mutamenti essi evidenziavano.

Nell'AUSL Modena prevale in generale una valutazione positiva dei cambiamenti verificatisi, delineando un clima organizzativo nel quale il cambiamento è stato considerato un'occasione di miglioramento particolarmente significativa.

L'autopercezione del ruolo svolto tende a evidenziare una sostanziale identificazione con la *mission* aziendale; permane comunque in generale un bisogno di maggior definizione del proprio ruolo nell'ambito degli obiettivi strategici aziendali. In alcuni casi di responsabili di tecnostruttura, si sarebbe auspicato un coinvolgimento maggiore nella strategia di cambiamento della propria UO.

Nell'AUSL di Imola viene data una valutazione generalmente positiva dei processi di cambiamento avvenuti e in atto, specie da parte della componente infermieristica; mentre una componente medica li vive come sostanzialmente estranei alla propria *vision*, restando su posizioni conservatrici tali da non comprendere neppure il significato del governo clinico.

Le ridotte dimensioni aziendali favoriscono un forte controllo sociale da parte degli stessi dipendenti, quasi tutti residenti in loco, che nella doppia veste di dipendenti e di cittadini-utenti esprimono un forte senso di appartenenza aziendale e una volontà di partecipazione. La recente creazione dell'Azienda dei Servizi alla Persona (ASP) ha costituito occasione di confronto con il territorio in una visione non settorializzata dei servizi sanitari.

La maggior parte degli intervistati ha svolto un ruolo da protagonista nella gestione dei cambiamenti in atto: si registra dunque una diffusa autopercezione di aver svolto e poter svolgere un ruolo attivo nei processi di cambiamento, anche laddove questo comporti una presenza talora di tipo conflittuale.

Una parte della dirigenza medica vive invece il processo di cambiamento come un declassamento personale e una degenerazione organizzativa dalla quale si sente sempre più estraniata.

Nell'AOU di Modena, da parte di tutti gli intervistati viene offerta una valutazione positiva dei processi di cambiamento in atto e della necessità di adattarsi ad essi; anche se vi è la percezione in alcuni dell'assenza di una leadership adeguata del cambiamento in grado di orientarlo e di gestirlo a livello territoriale in maniera più comples-

siva. Si percepisce inoltre il rischio di creare un clima di emergenza strutturale permanente insostenibile nel medio-lungo periodo.

Una vera integrazione tra ospedalieri e universitari appare ancora almeno in parte da raggiungere a causa fra l'altro del permanere della distinzione delle funzioni, anche se a livello di base essa appare maggiormente realizzata che non a livello di vertice, dal momento che i due livelli apicali (Università e Azienda) rimangono differenziati.

Molti degli intervistati si autopercepiscono come attori attivi del cambiamento in atto, del quale si sentono in qualche modo i protagonisti diretti.

In sintesi, in tutte e tre i casi prevale in generale una valutazione positiva dei cambiamenti verificatisi e in atto, delineando un clima organizzativo nel quale il cambiamento viene considerato un'opportunità significativa di miglioramento organizzativo e professionale, con una sostanziale coincidenza di *vision* aziendale e individuale.

Su questo registro, l'autopercezione del ruolo svolto tende ad evidenziare anche una sostanziale identificazione della *mission* professionale individuale con la *mission* aziendale, anche se qui non mancano elementi di maggior problematicità, legati soprattutto al bisogno di una maggiore definizione di tale *mission* e allo scarso coinvolgimento nei processi di definizione delle strategie aziendali tra cui quella del governo clinico.

CONCLUSIONI: UN MODELLO INNOVATIVO DA CONSOLIDARE

La strategia del governo clinico, così come delineata nella normativa recente della Regione Emilia Romagna, si caratterizza per il fatto di delineare una *framework* di carattere generale entro la quale viene lasciato all'autonomia delle Aziende sanitarie, mediante gli strumenti degli Atti aziendali e dei relativi Regolamenti attuativi, di delineare i contorni e i contenuti precisi che tale strategia deve assumere nella specificità storico-istituzionale e socio-culturale dei diversi contesti locali: dalla composizione del Collegio di Direzione alle forme e modalità delle relazioni tra esso e gli altri organi dell'Azienda, dall'eser-

cizio delle funzioni del Collegio di Direzione alle forme di rappresentanza nel Collegio aziendale delle professioni sanitarie (art. 3, c.4, l.r. 29/2004).

Il risultati del presente progetto di ricerca evidenziano come il recepimento di tali prerogative da parte degli Atti aziendali sin qui approvati presenti un quadro differenziato e variegato di interpretazioni del governo clinico che vanno da un sostanziale mantenimento di un governo monocratico dell'Azienda a uno più partecipato nel quale l'aziendalizzazione viene reinterpretata come un sistema maggiormente articolato e condiviso di autonomie e di responsabilità.

Se dall'ambito della struttura organizzativa formale ci si sposta poi su quello della struttura informale delle relazioni interne, si evidenzia una situazione ancora in molti casi embrionale di implementazione della strategia del governo clinico: in particolare, il Collegio di Direzione è in tutti i casi considerati un organo ancora da definire nella sua composizione, nel suo funzionamento e, soprattutto, nel suo ruolo, che oscilla da uno riduttivo di mera informazione-consultazione rispetto a decisioni già prese dall'Alta Dirigenza a un sovraccarico di aspettative che ne fanno una sorta di nuovo organo di governo aziendale di tipo assembleare.

Volendo tentare, in conclusione, anche una valutazione quantitativa dei risultati ottenuti dal nostro percorso di ricerca, potremmo dal punto di vista degli standard di riferimento prendere in considerazione i cinque elementi di *benchmarking* di eccellenza dei processi di *governance* organizzativa indicati da Taylor (2000):

- una *mission* e una *vision* chiaramente articolate;
- una cultura orientata al risultato;
- una leadership in partnership;
- focus sul miglioramento continuo;
- organi di dimensioni gestibili (7-15 membri).

Dal punto di vista metodologico, possiamo utilizzare il modello del radar pentagonale (figura 1.3) per rappresentare graficamente i risultati della valutazione su ciascuna delle cinque dimensioni indicate rispetto a una scala che va da = (minimo) a 10 (massimo).

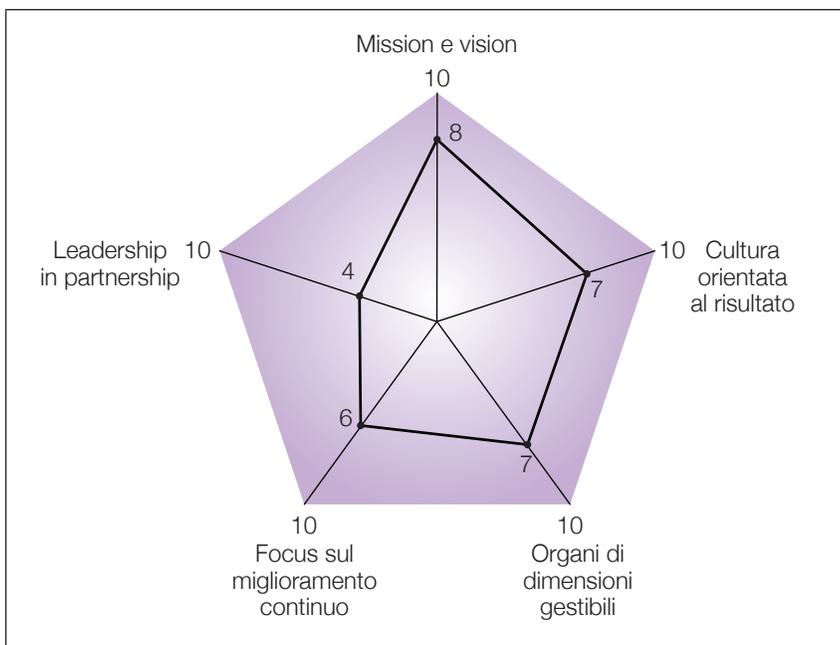


Figura 1.3 • Valutazione della performance delle Aziende Sanitarie nella implementazione della strategia di governo clinico

Per quanto riguarda il primo elemento, potremmo assegnare un punteggio di 8 in considerazione del buon livello di definizione di *mission e vision* e del relativo grado di condivisione a livello aziendale riscontrati. Per quanto riguarda il secondo elemento, benché in molti dei professionisti la cultura del risultato sia ormai piuttosto diffusa, la sostanziale assenza di un reale sistema premiante e di altri strumenti finalizzati alla sua reale implementazione ci porta a ritenere che essa necessiti ancora dei necessari rinforzi per essere pienamente realizzata, assegnando una valutazione discreta. Relativamente al terzo elemento, un'effettiva leadership in partnership fra Direzione aziendale e Collegio di Direzione appare ancora ben lungi dall'essere realizzata, portandoci a una valutazione decisamente insufficiente. Per quanto riguarda il quarto elemento, ci pare che il focus sul miglio-

ramento continuo sia ormai patrimonio acquisito dei professionisti e dei manager, ma la disponibilità non sempre effettiva di strumenti e momenti strutturati per realizzarlo ci porta anche qui ad assegnare un punteggio appena sufficiente. Infine, il quinto elemento trova diversa realizzazione nelle varie realtà esaminate se si prende in considerazione in particolare le dimensioni e la composizione del Collegio di Direzione, portandoci ad assegnare una valutazione discreta.

Nel complesso potremmo dunque affermare che il processo di implementazione della strategia del governo clinico può essere considerato solo parzialmente realizzato nelle aziende sanitarie della regione: in particolare, è il problema della leadership in partnership a costituire il punto debole su cui è necessario concentrare la propria attenzione, con particolare riguardo alla composizione, al ruolo e alle funzioni del Collegio di Direzione.

Da questo punto di vista, per quanto riguarda i suggerimenti e le raccomandazioni, sono due gli elementi che appare imprescindibile sviluppare, per uscire dall'*impasse* in cui la strategia del governo clinico rischia di impantanarsi se non si supportano adeguatamente i Collegi di Direzione: chiarire maggiormente la distinzione tra *funzione di committenza* e *funzione di produzione*, con le distinzioni di ruoli e di funzioni che questa comporta in particolare per il governo clinico; e approfondire il processo di effettiva *dipartimentalizzazione* quale base organizzativa fondamentale su cui poggiare la realizzazione del governo clinico.

In questa direzione, diventa prioritario prendere in considerazione almeno altri due aspetti sin qui piuttosto trascurati per la strategia del governo clinico: la *cultura organizzativa* e il *clima organizzativo*. Nell'ambito dell'SSR convivono una pluralità di culture da parte dei diversi professionisti che è necessario armonizzare se si vuole evitare incomprensioni sempre possibili e sfasature tra *vision* e *mission* aziendale da una parte e la loro percezione da parte del singolo professionista dall'altra. Con conseguenze potenzialmente disastrose per un clima organizzativo che ancora sembra reggere (almeno a livello dirigenziale) grazie alla capacità dei professionisti di adattarsi al cambiamento e di leggerne l'evoluzione sulla base di un patrimonio di saperi che sarebbe prova di ben scarsa perspicacia dilapidare.

La scelta di una *strategia del governo clinico concertata e partecipata* operata dalla Regione Emilia-Romagna appare dunque un modello particolarmente innovativo rispetto ad altri di natura più di mercato (*corporate governance*) o più dirigista (*governance* burocratica): ma proprio perché il suo carattere innovativo risiede principalmente nella creazione di uno spazio di negoziazione aperto ai diversi *stakeholder* e, in particolare, ai professionisti, esso necessita da parte dell'SSR della capacità di mettere in campo meccanismi di meta-regolazione che consentano di percepirne costantemente il clima e di influenzarne significativamente i processi organizzativi e culturali. Ciò chiama le Aziende Sanitarie a svolgere sino in fondo il loro ruolo di *stewardship* che in questo modello esse debbono necessariamente svolgere: un ruolo di definizione dell'agenda in discussione, di orientamento di tutti gli attori coinvolti e di coordinamento delle loro azioni in una logica di sistema aperto ma coerente. Su questa strada si apre lo spazio per quella che l'OCSE e la UE definiscono una “*governance* riflessiva”, capace cioè di stimolare processi di apprendimento collettivo a livello organizzativo in grado di conciliare e coordinare la pluralità di culture professionali e la diversità di interessi che una società complessa sempre presenta.

BIBLIOGRAFIA

- Baker MR (2003). Accountability and responsibility: clinical governance beyond the institution. *Clinical Governance: An International Journal* 8(4): 288-9. [Link alla risorsa]
- Casolari L, Grilli R (2004). Il governo clinico del sistema sanitario. In: Cionotti R, ed. *La gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico editore, 3-14. [Link alla risorsa]
- Crites GE et al. (2009). Evidence in the learning organization. *Health Res Policy Syst* 7(4): 1-13. [Link alla risorsa]
- Department of Health (1998). *A first class service: quality in the new NHS*. London: Department of Health. [Link alla risorsa]
- Dewar S (1999). *Clinical governance under construction. Problem of design and difficulties in practice*. London: King's Fund. [Link alla risorsa]

- Giarelli G (2002). Conclusioni. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. In: Cipolla C, Giarelli G, Altieri L, eds. *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. Milano: Franco Angeli, 430-7. [Link alla risorsa]
- Giarelli G (2003). *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Franco Angeli. [Link alla risorsa]
- Giarelli G (2005). Verso un sistema integrato di miglioramento della qualità nei servizi sanitari. In: Cipolla C, ed. *Manuale di sociologia della salute*. Vol. III. *Spendibilità*. Milano: Franco Angeli, 23-38. [Link alla risorsa]
- Grainger C, Hopkinson R, Barrett V et al. (2002). Implementing clinical governance – results of a year’s programme of semi-structured visits to assess the development of clinical governance in West Midlands Trusts. *Br J Clin Govern* 7(3): 177-86. [Link alla risorsa]
- Halligan A (2006). Clinical governance: assuring the sacred duty of trust to patients. *Clinical Governance: An International Journal* 11(1): 5-7. [Link alla risorsa]
- Lewis SA, Saunders N, Fenton K et al. (2002). The magic matrix of clinical governance. *British Journal of Clinical Governance* 7(3): 150-3. [Link alla risorsa]
- Ministero della Salute (s.d.). *Analisi e condivisione delle esperienze di governo clinico*. Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III. Roma: Ministero della Salute. [Link alla risorsa]
- Mintzberg H (1996). *La progettazione dell’organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino.
- Murray J, Fell-Rayner H, Fine H et al. (2004). What do NHS staff think and know about clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal* 9(3): 172-80. [Link alla risorsa]
- Nicholls S, Cullen R, O’Neill S, et al. (2000). NHS support team. Clinical governance: its origins and its foundations. *British Journal of Clinical Governance* 5(3): 172-8. [Link alla risorsa]
- Peak M, Burke R, Ryan S, Wratten K, Turnock R, Vellenoweth C (2005). Clinical governance – the turn of continuous improvement? *Clinical Governance: An International Journal* 10(2): 98-105.
- Rogers PG (2006). RAID methodology: the NHS Clinical Governance Team’s approach to service improvement. *Clinical Governance: An International Journal* 11(1): 69-80. [Link alla risorsa]

- Sheps S (2006). New frontiers and approaches to clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal* 11(2): 141-7. [Link alla risorsa]
- Taroni F, Grilli R (2000). È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie? *Politiche sanitarie* 1(2): 64-76.
- Taylor DW (2000). Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance. *The International Journal of Public Sector Management* 13(2): 108-24.
- Walshe K, Freeman T, Latham L, Wallace L, Spurgeon P (2000). *Clinical governance: from policy to practice*. Birmingham: The University of Birmingham.

2 • LA CULTURA ORGANIZZATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE: ASPETTI TEORICI, EVIDENZE E RILEVANZA PER IL GOVERNO CLINICO

Anna Prenestini, Roberto Grilli, Federico Lega

INTRODUZIONE

Le Aziende Sanitarie sono organizzazioni altamente professionalizzate, in quanto composte da una categoria di professionisti – i medici – che hanno storicamente esercitato un ruolo primario nella gestione dei servizi sanitari e un potere di controllo sulle altre componenti del personale.

Dagli inizi, fino a oltre la metà del ventesimo secolo, il modello di sviluppo delle organizzazioni sanitarie – in particolare degli ospedali – era basato sulla “iatrocrazia”, ossia era fondato sul potere dei medici (Lega 2008). L’organizzazione era vista dal professionista come un “mezzo” per conseguire le proprie ambizioni professionali, di reputazione e di potere sociale. Al tempo stesso, tuttavia, l’etica professionale guidava i comportamenti del medico per ottenere dei ritorni positivi per i propri collaboratori e per l’organizzazione stessa.

A partire dagli anni Sessanta fino alla fine degli anni Settanta, in Italia come nei maggiori Paesi industrializzati, le Aziende Sanitarie pubbliche si sono confrontate con un sistema e delle regole imposte dall’esterno che le rendevano particolarmente burocratizzate ma senza essere “accentrate”: l’autonomia dei professionisti nella definizione dei contenuti e delle modalità di svolgimento dell’attività operativa rimaneva comunque largamente riconosciuta (Hall 1967 e 1968; Engel 1969 e 1970).

Negli anni Novanta nasce un nuovo fattore che spinge a una rivisitazione del professionalismo e del potere incontrastato del medico nelle Aziende Sanitarie: si tratta del processo di managerializzazione della sanità che, inizialmente sotto il nome di *new public management*, si è diffuso nel continente europeo e ha introdotto nuovi approcci, logiche e strumenti, ritenuti indispensabili per ottenere una maggiore responsabilizzazione nell'uso delle risorse e un contenimento della spesa sanitaria.

Nonostante l'introduzione di nuove figure manageriali all'interno delle Aziende Sanitarie (innanzitutto Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) – che hanno messo in discussione la forza e il potere della componente professionale – e di approcci e strumenti gestionali (ad esempio, controllo di gestione, budget, ecc.), non si può affermare che il managerialismo abbia influenzato la gestione di tali organizzazioni fino a sostituire totalmente il professionalismo proprio di tale settore (Southon e Braithwaite 1998; Fitzgerald e Ferlie 2000; Lega e De Pietro 2005; De Pietro e Prenestini 2008). Né questa situazione può essere, in alcun modo, auspicabile.

Dunque, il miglioramento della gestione delle Aziende Sanitarie è stato portato avanti nel corso dei decenni – prima attraverso una spinta alla burocratizzazione e successivamente introducendo logiche manageriali – senza poter comunque superare il carattere professionale di queste organizzazioni.

D'altra parte, negli ultimi anni sono sempre più forti le pressioni dell'ambiente esterno nel recupero di qualità e di efficienza delle Aziende Sanitarie. Tuttavia, gli approcci e gli strumenti adottati per spingere le Aziende Sanitarie verso il recupero di efficacia, efficienza ed economicità, sono stati improntati alla ricerca di soluzioni “strutturali”, ossia riguardanti l'assetto organizzativo inteso esclusivamente come “struttura” e “meccanismi operativi”, senza tener conto dell'importanza della “cultura organizzativa” in contesti altamente professionalizzati. Sovente questi strumenti non hanno dato i risultati sperati poiché non si è agito anche sulla “cultura organizzativa” (Mannion et al. 2003), causando fenomeni di resilienza al cambiamento (Lega 2006).

Solo negli ultimi anni sta assumendo una maggiore rilevanza, nel dibattito scientifico, la consapevolezza che nelle organizzazioni pro-

fessionali la cultura riveste una parte fondamentale, in quanto condiziona in modo determinante il funzionamento dell'azienda e il raggiungimento dei suoi obiettivi e delle migliori performance.

Tenuto conto di tali considerazioni, risulta quindi necessario tentare di agire sulla cultura organizzativa per migliorare il funzionamento aziendale, quantomeno coltivandone alcuni elementi e minimizzandone altri che potrebbero condizionare il raggiungimento delle strategie dell'azienda.

Proprio per questo, nell'ultimo decennio un filone importante del dibattito accademico e manageriale si è innestato sull'importanza di analizzare se e in che modo la parte intangibile dell'organizzazione – la cultura organizzativa – influenzi il raggiungimento dei risultati richiesti all'Azienda Sanitaria dal sistema politico e sociale (Mannion et al. 2003).

Partendo da tali considerazioni, quindi, l'obiettivo di indagare i tratti salienti della cultura del *senior management* delle Aziende Sanitarie appare rilevante non solo per gli studiosi di management ma anche per i manager della sanità pubblica e i soggetti istituzionali di riferimento (in particolare le Regioni).

Una conoscenza più approfondita delle caratteristiche culturali dell'organizzazione – espresse dalla visione del top management – permette di comprendere quali siano i punti di forza e i punti di debolezza della cultura aziendale: sui primi si dovrà puntare per promuovere efficacemente i processi di cambiamento aziendale, sui secondi si dovrà intervenire anche con specifici percorsi di formazione, interventi di *training* e *coaching* o altre tipologie di soluzioni che vadano a incidere sulle resistenze al cambiamento.

ORIGINI E SVILUPPO DEL CONCETTO DI “CULTURA ORGANIZZATIVA”

La nozione di “cultura” trova le sue radici nelle scienze antropologiche dei primi del Ventesimo secolo e descrive i processi di socializzazione che avvengono all'interno di famiglie, comunità, scuole, istituzioni religiose, ecc. (Williams 1983). L'applicazione di queste idee

alle organizzazioni è avvenuta negli Stati Uniti già nel periodo successivo alla seconda guerra mondiale (Selznick 1957; Cyert e March 1963). Tuttavia, bisogna aspettare il 1979 per la prima definizione di *organisational culture*, termine coniato da Pettigrew per indicare un apparato di simboli, linguaggi, ideologie, “credo”, rituali e miti che influenzano il comportamento di un’organizzazione. Il filone di studi sulla cultura organizzativa è arrivato all’attenzione degli studiosi di management e dell’opinione pubblica, quindi, solo agli inizi degli anni Ottanta soprattutto attraverso le opere di Schein (1985a e 1985b). Da allora, in particolare nel mondo anglosassone, sono stati condotti alcuni importanti studi sulle imprese (Peters e Waterman 1982; Deal e Kennedy 1982; Ouchi e Wilkins 1985), che hanno verificato quanto il concetto di “cultura organizzativa” fosse una variabile cruciale per l’ottenimento delle performance aziendali. Inoltre, sempre negli anni Ottanta, alcuni autori (Schein 1981; Ouchi 1981) hanno ricercato nella cultura organizzativa le cause del boom delle imprese giapponesi rispetto alla decadenza delle imprese americane. Nell’ultimo quindicennio, l’interesse verso le culture organizzative e il loro rapporto con le performance aziendali è cresciuto notevolmente tra i ricercatori di management, riflettendosi nella produzione di una serie di importanti studi empirici, che hanno avuto come oggetto di riferimento anche le Aziende Sanitarie (Gerowitz et al. 1996; Gerowitz 1998; Davies et al. 2007).

Nella letteratura economico-aziendale italiana, il concetto di cultura organizzativa ha avuto alterne fortune. Sulla scia degli studi intrapresi a livello internazionale, negli anni Ottanta si è svolto un dibattito in merito alla nozione e alle implicazioni della cultura organizzativa sulle principali riviste scientifiche dell’epoca (Bodega 1988; Romei 1988; Celli 1989). All’interno di tali riviste hanno trovato altresì spazio importanti contributi di autori internazionali (Schein 1984a) tradotti in lingua italiana. Anche alcuni studiosi del settore pubblico hanno condotto talune interessanti speculazioni sull’opportunità di introdurre il concetto di cultura organizzativa nelle pubbliche amministrazioni per contribuire a un mutamento che – già allora – era sentito come improrogabile, giungendo tuttavia a conclusioni negative sul punto (Gherardi e Mortara 1987).

Negli anni Novanta – epoca di grandi riforme sanitarie dettate dall'onda del *new public management* – in Italia il tema è stato trascurato in nome di soluzioni e strumenti manageriali che avevano impatto sulle strutture organizzative e sui meccanismi operativi delle Aziende Sanitarie ma che, in realtà, non sempre riuscivano a influenzare la vecchia cultura e determinare un concreto cambiamento nei comportamenti organizzativi.

Negli ultimi anni, in corrispondenza con la maggiore consapevolezza del carattere professionale delle organizzazioni sanitarie (Lega 2008) e della necessità di incidere anche sui comportamenti dei professionisti per evitare fenomeni di resilienza al cambiamento (Lega 2006), il tema della cultura organizzativa aziendale è tornato al centro dell'attenzione degli studiosi e del management pubblico.

CULTURA ORGANIZZATIVA: NATURA, NOZIONE E CARATTERISTICHE

Sebbene la nozione di cultura organizzativa sia oggi frequentemente utilizzata nella letteratura manageriale e organizzativa, essa rimane ancora un concetto elusivo, passibile di differenti interpretazioni e privo di un'unica consensuale definizione. Le numerose concettualizzazioni possono essere ricondotte a due fondamentali scuole di pensiero (Davies et al. 2000):

- la prima famiglia di approcci, derivante dalla visione post-modernista del mondo, identifica la cultura come qualcosa che l'organizzazione "è", ossia la cultura è vista come una metafora per descrivere un'organizzazione e non viene trattata come elemento identificabile o separabile dall'organizzazione stessa;
- il secondo filone ritiene che la cultura sia qualcosa che l'organizzazione "ha", ossia un aspetto o una variabile dell'organizzazione che può essere isolata, descritta e manipolata.

Tale distinzione risulta cruciale poiché, se la cultura è trattata come una variabile che l'organizzazione possiede e non come metafora

dell'organizzazione stessa, allora è possibile creare, cambiare e gestire allo scopo di raggiungere gli scopi aziendali. In ogni caso, anche se le organizzazioni fossero semplici entità culturali, il loro studio potrebbe comunque essere rilevante per comprendere come si svolgono i processi organizzativi e sociali, tuttavia non offrirebbe altrettanto in termini di formazione e gestione della cultura al fine di favorire il cambiamento. La maggior parte della letteratura manageriale sul tema si fonda sull'idea che la cultura sia un attributo dell'organizzazione e che, quindi, sia suscettibile di manipolazioni e di modificazioni al fine di raggiungere gli obiettivi previsti.

In questo lavoro si seguirà quest'ultima visione, considerando la cultura come una variabile dell'assetto organizzativo aziendale. Tuttavia, ciò non significa necessariamente che la cultura possa essere controllata, ma che le caratteristiche culturali di un'organizzazione possano quantomeno essere descritte e accertate rispetto alla loro predisposizione verso il raggiungimento di specifici obiettivi aziendali.

Aderendo a questa concezione, si può quindi fare riferimento alla definizione di cultura data da Schein (1984b): “La cultura organizzativa è l'insieme coerente di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto e sviluppato imparando ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna, e che hanno funzionato abbastanza bene da poter essere considerati validi, e perciò tali da essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi”. Questi assunti di base e queste convinzioni sono, quindi, le risposte che il gruppo ha appreso con l'esperienza per rispondere alle tensioni poste dall'ambiente esterno e ai problemi di integrazione interni all'azienda. Dato che queste teorie hanno funzionato più volte, questi assunti di base vengono dati per scontati e funzionano in modo automatico risolvendo i problemi dell'organizzazione in modo continuativo e sicuro.

La cultura organizzativa, secondo Schein (1985b), può essere analizzata a tre differenti livelli:

1. Primo livello: gli *artefatti*. Il livello più visibile della cultura è quello costituito dai suoi artefatti e dalle sue creazioni, ossia l'ambiente

fisico e sociale che l'organizzazione costruisce: architettura, tecnologia, layout degli uffici, modo di vestire, modelli comportamentali visibili o udibili, il linguaggio scritto e parlato. Benché gli artefatti siano ben visibili – anche se a volte non apertamente – essi sono difficili da interpretare: la difficoltà sta nel comprendere il loro significato recondito, il modo in cui si collegano tra di loro e le ragioni profonde che li ispirano, in altre parole “perché” un gruppo si comporta in quel modo.

2. Secondo livello: i *valori*. Sono i principi fondamentali in base ai quali si può giudicare e distinguere il comportamento “giusto” da quello “sbagliato”. I valori, quindi, regolano il comportamento dei membri dell'azienda. Se la soluzione che inducono funziona e ha successo, il valore inizia gradualmente il suo processo di trasformazione cognitiva in una “convinzione” e, in ultima istanza, in un “assunto”. Quando i valori vengono dati per scontati, si trasformano in assunti ed entrano a far parte delle idee cui si fa riferimento automaticamente, come delle abitudini inconse. Tuttavia, verranno trasformati in assunti solo i valori che sono suscettibili di approvazione fisica e sociale e che si dimostrano efficaci per risolvere i problemi con continuità. Altre tipologie di valori, invece, rimangono nella sfera del conscio e vengono definiti in modo esplicito poiché costituiscono la normativa e la funzione morale di quanti dirigono il gruppo per gestire determinate situazioni chiave: si pensi, ad esempio, ad una serie di valori racchiusi nell'ideologia e nella filosofia dell'azienda che possono essere elementi di coesione del gruppo e servire come fonte di identità e di aggregazione. A livello di artefatti, tale filosofia valoriale potrebbe essere esplicitata nel credo o nello statuto aziendale, tuttavia questi ultimi mostrano solo i valori manifesti o espressamente accettati di una cultura ma le ragioni profonde rimangono sovente nascoste o inconse.
3. Terzo livello: *assunti di base*. Rappresentano le idee e le concezioni più implicite e tipicamente inconse che determinano il modo in cui i membri del gruppo percepiscono, pensano e sentono (Schein 1983). Ciò che era inizialmente solo un'ipotesi sostenuta da un valore o da un'impressione, comincia a diventare gradualmente una realtà e porta a pensare che la natura funzioni effettivamente in

quel modo. L'assunto, nella misura in cui viene dato sempre più per scontato, scompare dalla sfera della consapevolezza e non permette grandi variazioni all'interno di un'unità culturale. Difatti, se un assunto di base viene tenuto in grande considerazione all'interno di un gruppo, i componenti del gruppo stesso trovano inconcepibile agire in base ad altri presupposti. Gli assunti di base, perciò, non si prestano a discussione o confronti: far rivivere, riesaminare e tentare di modificarli è intrinsecamente difficile.

Il secondo e il terzo livello della cultura, quindi, ricadono entrambi nella sfera dei valori ma possono essere distinti in (Schein 1984b):

- *valori finali* – non discutibili, dati per scontati – per i quali il termine “assunti” è più appropriato;
- *valori discutibili* – espliciti, dichiaratamente accettati – per i quali il termine “valori” è più adatto.

Sappiamo di avere a che fare con un assunto quando riscontriamo nei nostri interlocutori un rifiuto a mettere qualcosa in discussione. Ed è proprio a quest'ultimo livello che si colloca l'essenza della cultura organizzativa.

Ogni organizzazione, quindi, opera sulla base di un insieme di assunti che riguardano il genere umano, la natura e le azioni: l'interrelazione coerente di questi assunti determina il “paradigma culturale” dell'organizzazione.

I tre livelli della cultura e le loro interazioni sono rappresentate nella figura 2.1.

Nel caso delle aziende sanitarie, i diversi livelli della cultura possono essere esemplificati come segue.

Gli artefatti possono includere diversi aspetti quali (Davies et al. 2000): il *layout* dei reparti, le tecnologie diagnostiche e terapeutiche, il *dress code* ospedaliero (ad esempio camici diversi a seconda delle professioni mediche o sanitarie e delle diverse specializzazioni), modi standard di erogare le prestazioni sanitarie (ad esempio il giro di visite mattutino dei medici con i propri assistenti al seguito), meto-

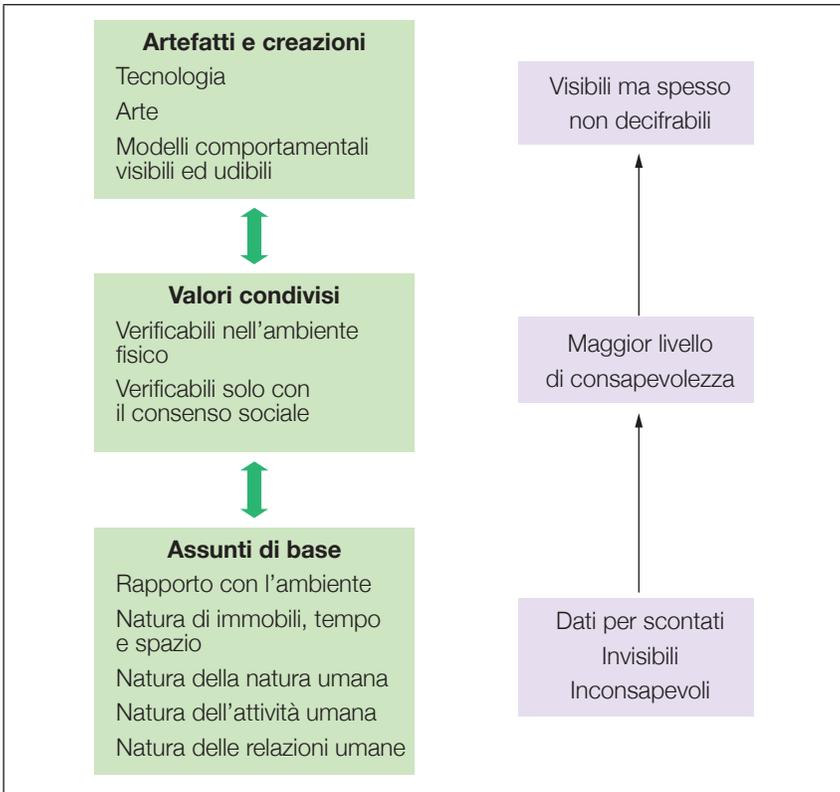


Figura 2.1 • I livelli di cultura e le loro interazioni. Modificata da Schein (1980).

di di valutazione delle performance professionali (giudizio espresso solo da pari).

I valori che si riferiscono tradizionalmente alla professione medica sono quelli che, a livello esplicito, sono riportati nel giuramento di Ippocrate moderno. Tali valori mettono al primo posto i bisogni dei pazienti e, di conseguenza, enfatizzano l'autonomia di giudizio e la libertà decisionale del medico al fine di rispondere a tali necessità rispetto ai vincoli economici e agli obiettivi aziendali. Volendo fare un approfondimento rispetto ai valori espliciti delle organizzazioni

sanitarie, alcuni autori – riprendendo le teorie di Simons (1995) sui sistemi di controllo strategico – hanno evidenziato l'importanza del fattore culturale e, in particolare, dei “beliefs and boundaries systems”¹ per il perseguimento delle strategie aziendali (Favotto 2007). La letteratura ha già ricondotto i sistemi dei valori e dei confini di Simons alle caratteristiche delle Aziende Sanitarie (Preneštini 2008), che si ritiene interessante riprendere in questa sede. Per quanto riguarda i sistemi dei valori, si possono individuare due tipologie di credo cui si ispirano gli operatori delle organizzazioni sanitarie: il “credo aziendale” e il “credo professionale”. Dal punto di vista della singola azienda, il processo strategico comporta la definizione della *mission*, della *vision* e la dichiarazione dei valori cui l'organizzazione si ispira, che vengono generalmente riportati nel piano strategico aziendale; dal lato professionale, il sistema di credo dei medici è rinvenibile proprio nel giuramento d'Ippocrate moderno, che definisce altresì alcuni limiti in termini prescrittivi. Nelle Aziende Sanitarie assumono, inoltre, particolare rilevanza i sistemi dei confini costituiti dai “limiti strategici”, dal punto di vista aziendale, e dal “codice deontologico dei medici”, dal punto di vista professionale. A livello di singola azienda, in particolare, i limiti strategici sono rappresentati dal piano strategico formalizzato, che costituisce per tutta l'organizzazione il punto di riferimento per le decisioni di medio e lungo periodo, limitando in tal modo la ricerca di opportunità non coerenti con le linee di sviluppo dell'organizzazione. Il codice di deontologia medica è, invece, un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine dei medici che a quelle norme devono, quindi, adeguare la propria condotta professionale.

Posto che è sempre difficile esplicitare gli *assunti fondamentali* dei gruppi sociali, nel caso delle organizzazioni professionali mediche questo è un tema ancora più critico. Infatti, la scienza medica è in primo luogo coinvolta in questioni che incidono sulla sfera etica dei valori e che discendono dalla funzione stessa della medicina, ossia la ricerca delle cure più appropriate per la soluzione delle malattie che,

¹ Il *beliefs system* viene generalmente tradotto come sistema dei “valori” o dei “credo”, mentre il *boundaries system* viene definito nella lingua italiana come sistema di “limite” o dei “confini”. (Simons 1995, trad. it. 1996; Simons 2000, trad. it. 2004).

grazie alle scoperte scientifiche degli ultimi anni, ha aperto frontiere fino a poco tempo fa inimmaginabili. Tali assunti dipendono non solo dai valori espressi dalla professione medica ma anche dalle concezioni religiose e morali dei singoli. Le concezioni culturali, politiche e religiose determinano, infatti, i confini oltre i quali la tecnologia e le tecniche mediche non sono più accettabili dal punto di vista etico e morale. La definizione dei paletti oltre i quali la scienza non può spingersi può essere molto differente tra le singole persone e, di conseguenza, tra gruppi all'interno della stessa organizzazione, come è naturale pensare, ed è particolarmente difficile sostenere la fondatezza e la giustezza di una visione sulle altre se non rispetto alle proprie concezioni morali ed etiche, in particolare quando le scelte riguardano tecnologie che hanno potere su aspetti particolarmente sensibili come la vita o la morte delle persone.² Quindi, la decisione di utilizzare una determinata tecnica medica piuttosto che altre, potrebbe derivare da valori ormai dati per scontati che non sono suscettibili di modificazioni. Volendo fare ulteriori riflessioni sul tema degli assunti, Davies et al. (2000), inseriscono tra questi le concezioni relative alla misurabilità, all'aggregazione e alla trasferibilità della conoscenza medica: tradizionalmente la ricerca medica si è basata sull'uso del metodo razionale per generare e accumulare conoscenza (ad esempio trial randomizzati piuttosto che metodi qualitativi e interpretativi) e oggi è dato per scontato che sia l'unico metodo scientifico per generare nuove teorie sulle cause delle malattie e nuove risposte in termini di terapie.

Nel caso delle organizzazioni sanitarie, tali differenze tra i livelli culturali risultano importanti e utili. Infatti, mentre gli artefatti e gli elementi visibili della cultura possono essere facilmente manipolati,

² Si pensi, ad esempio, a quei professionisti medici che decidono di non utilizzare alcune tecniche terapeutiche per questioni di carattere religioso come i ginecologi "obiettivi di coscienza" o che si rifiutano di effettuare tecniche di fecondazione assistita; oppure, dall'altro lato, a quei medici che si battono per il "testamento biologico" e per la libertà di scelta del singolo paziente sulla decisione di non prolungare le terapie mediche in casi come lo stato vegetativo persistente. Si tenga presente che le regole imposte dall'esterno (ad es. la normativa di riferimento) possono bloccare le manifestazioni esplicite di questi comportamenti – ad esempio, impedendo di "staccare la spina" ai pazienti per non incorrere in sanzioni penali – ma non possono soffocare i valori di cui sono portatori i medici e che si manifestano con iniziative intellettuali a favore della libertà scientifica e di protesta verso tali normative.

i valori e gli assunti di base sono molto più resistenti alle influenze esterne. Ad esempio, le riforme sanitarie degli anni Novanta hanno introdotto strumenti manageriali come budget e obiettivi per migliorare le performance delle Aziende Sanitarie, nella maggior parte dei casi, tuttavia, questi sistemi hanno intaccato solo la parte superficiale della cultura (con la partecipazione dei direttori di struttura alle negoziazioni di budget) ma, almeno inizialmente, non sono riusciti a penetrare i valori di cui erano portatori i medici, lasciando immutata la loro autonomia decisionale nelle scelte di utilizzo delle risorse e negli obiettivi da raggiungere.

Nonostante la cultura sia un fenomeno difficile da interpretare e da descrivere, c'è sostanziale accordo in letteratura rispetto ad alcuni aspetti e caratteristiche che una cultura organizzativa può presentare (Davies et al. 2000, adattato da Robbins 1996 e Newman 1996):

- *Attitudine all'innovazione e all'assunzione di rischio*; l'organizzazione potrebbe incoraggiare e premiare nuovi modi di fare le cose oppure, viceversa, cercare di mantenere gli approcci tradizionali.
- *Grado di accentramento/decentramento decisionale*; l'azienda potrebbe decidere di mantenere accentrate presso il vertice strategico le funzioni decisionali e di definizione degli obiettivi oppure lo stile di direzione potrebbe portare a devolverle verso il *middle management*.
- *Percorsi di comunicazione*; da un lato, si potrebbe optare per una definizione formale delle procedure di comunicazione in modo da rispettare la gerarchia aziendale, invece dall'altro l'organizzazione potrebbe incoraggiare la comunicazione tra i suoi membri attraverso canali informali.
- *Orientamento al processo o agli outcome*; attiene al grado con cui i meccanismi di controllo e di ricompensa sono focalizzati sui compiti piuttosto che sui prodotti/servizi finali.
- *Focus esterno o interno*; l'organizzazione potrebbe privilegiare le relazioni con l'ambiente e gli stakeholder esterni, in particolare i pazienti e la comunità di riferimento, oppure attribuire maggiore importanza alle questioni interne all'azienda.

- *Uniformità o differenziazione*; le attitudini e le aspettative all'interno dell'organizzazione potrebbero privilegiare la coerenza e l'uniformità dei valori oppure incoraggiare la differenziazione.
- *Orientamento delle persone*; questa dimensione riguarda l'attitudine dell'azienda a supportare e valorizzare le proprie risorse umane.
- *Orientamento del team*; i meccanismi premianti dell'azienda potrebbero incoraggiare l'individualismo e la competizione, oppure la struttura organizzativa e i meccanismi operativi potrebbero essere disegnati in modo da supportare il lavoro in team.
- *Attitudine alla competizione*; tale dimensione concerne l'attitudine dell'azienda a competere in modo aggressivo con le organizzazioni che convivono nella stessa "arena" oppure, viceversa, a collaborare e cooperare con tali aziende allo scopo di dare una risposta integrata ai bisogni della comunità.
- *Attitudine al cambiamento*; l'organizzazione potrebbe dare maggiore enfasi alla stabilità interna piuttosto che al dinamismo e al cambiamento.

Tutti gli aspetti e gli attributi della cultura esposti sopra sono centrali anche nel dibattito sulla futura direzione delle Aziende Sanitarie.

Tuttavia, si deve tenere anche in considerazione che la cultura di un'organizzazione è lungi dall'essere uniforme o coerente: nonostante alcuni attributi possano riscontrarsi in tutta l'organizzazione, altre caratteristiche possono essere prevalenti solo in alcune sezioni di essa. Quindi, possono emergere differenti tipologie di culture (cosidette *sub-culture*) all'interno dell'organizzazione sia rispetto a differenti gruppi professionali (i medici potrebbero essere portatori di caratteristiche culturali diverse da quelli della professione infermieristica) sia rispetto alle diverse specializzazioni (ad esempio, tra clinici di medicina interna e chirurghi). Tali sotto-gruppi, potrebbero aver già deciso di differenziarsi l'uno dall'altro, dimostrandolo attraverso gli artefatti (questo è proprio il caso del *dress code* e dell'attribuzione di camici e divise da lavoro diverse per le professioni e per le diverse specialità mediche).

Alcune di queste sub-culture sono, inoltre, associabili a differenti livelli di potere e di influenza all'interno dell'organizzazione, le cui

dinamiche possono comunque modificarsi nel corso del tempo: si fa riferimento al presunto declino della professione medica così come tradizionalmente intesa e all'accresciuta importanza delle altre professioni sanitarie che diventano altamente qualificate e, inoltre, all'emergere della cultura manageriale.

Rivalità e competizione tra i diversi sotto-gruppi culturali sono fenomeni tipici delle organizzazioni e, notoriamente, sono particolarmente rilevanti e critici nelle Aziende Sanitarie: la letteratura parla di *turf wars* per indicare quelle “guerre” tra professionisti di diverse aree disciplinari per mantenere intatto il proprio territorio (in termini di utenti, risorse, tecnologie disponibili, posizioni di responsabilità) che si scatena nel momento in cui la posizione di rendita che hanno conquistato viene minacciata dagli interessi di altri sotto-gruppi culturali (Lega 2008).³ Tali *turf wars* possono scatenarsi non solo tra medici di diverse specialità ma anche tra diverse professioni sanitarie o tra professioni sanitarie e amministrazione o management aziendale.

Le diverse sotto-culture possono essere più malleabili, ossia possono essere soggette a cambiamenti nei loro artefatti e valori espliciti, o possono rimanere assolutamente resistenti al cambiamento, sviluppandosi come *counter cultures* (Scott et al. 2003b).

Martin (2002) studia le culture attraverso tre prospettive diverse che da un lato vanno ad accertare gli attributi comuni, dall'altro gli elementi differenziali:

- la *integrationist perspective* va ad accertare le coerenze tra le culture organizzative;
- la *differentiationist perspective* guarda le incongruenze che emergono, ad esempio, tra sotto-culture;
- la *fragmentationist perspective*, invece, studia le culture come fenomeno ambiguo e transitorio.

³ Ad esempio, si pensi alla costituzione di un dipartimento di medicina di grandi dimensioni all'interno di un importante ospedale: l'attribuzione dell'incarico di direttore di dipartimento scatenerà dei meccanismi di difesa da parte di tutti i direttori di struttura complessa del dipartimento (che magari fanno capo a diverse specialità come medicina interna, geriatria, cardiologia, pneumologia), i quali potrebbero arrivare a chiedere una scissione dal dipartimento stesso per formarne uno corrispondente alla loro specialità.

Tali prospettive permettono di distinguere le culture organizzative come:

- *integrate* quando c'è un largo consenso sui valori di base e sui comportamenti ritenuti accettabili all'interno dell'organizzazione. Questa situazione sembra più desiderata che effettivamente riscontrata in pratica.
- *differenziate* quando più gruppi di persone all'interno dell'organizzazione possiedono visioni e valori diversi e, a volte, incompatibili. In questo caso, nel corso del tempo ci si può aspettare lo sviluppo di sub-culture, di incomprensioni e, addirittura, di conflitti.
- *frammentate*, nel momento in cui le culture differenziate vanno a divergere e frammentarsi completamente. Anche tra specifiche sotto-culture, quindi, le differenze possono essere più marcate degli elementi di comunanza e gli accordi tra le parti sono possibili solo in modo temporaneo e quando destinati a raggiungere un determinato obiettivo che interessa a entrambi. Nel caso delle culture *frammentate*, l'organizzazione è caratterizzata da mutevoli alleanze e una considerevole incertezza, ambiguità e imprevedibilità.

Se la presenza di sub-culture all'interno dell'azienda può renderla maggiormente soggetta a conflitti, in ogni caso anche organizzazioni che dimostrano un'elevata coerenza dal punto di vista culturale devono rispondere ai propri problemi di integrazione interna: un'organizzazione può sopravvivere solo se è in grado di gestirsi come gruppo sociale.

La tabella 2.1 riassume i principali problemi di integrazione interna che devono essere risolti dal punto di vista culturale. Le soluzioni adottate per superare tali problemi certamente varieranno da un'azienda all'altra, poiché fondate sui valori e i pregiudizi degli attuali leader e le esperienze passate del gruppo sociale; tuttavia, tra le diverse organizzazioni potrebbero riscontrarsi dei modelli di soluzione simili legati a fattori quali l'età dell'organizzazione, la natura della tecnologia sottostante, la natura della cultura d'origine (Schein, 1984b).

La cultura mira a risolvere anche i problemi di adattamento esterno dell'organizzazione, ossia quei problemi che determinano la soprav-

TABELLA 2.1 - PROBLEMI DI INTEGRAZIONE INTERNA MODIFICATA DA SCHEIN (1984b)

LINGUAGGIO	<i>Linguaggio e categorie concettuali comuni.</i> Se i membri non possono comunicare e comprendersi tra loro, un gruppo è per definizione impossibile.
LIMITI	<i>Consenso sui confini del gruppo e criteri per l'inclusione e l'esclusione.</i> Una delle aree più importanti della cultura è il consenso su chi fa parte e chi è escluso dall'organizzazione e in base a quali criteri si opera questa distinzione.
POTERE E STATUS	<i>Consenso sui criteri di allocazione del potere e dello status.</i> Ogni organizzazione deve elaborare un proprio ordinamento gerarchico e le sue regole su come si ottiene, mantiene e perde il potere. Quest'area di consenso è cruciale per aiutare i membri dell'organizzazione a gestire la propria aggressività.
CONFIDENZA	<i>Consenso sui criteri di confidenza, amicizia e affetto.</i> Ogni organizzazione deve elaborare le sue regole del gioco per le relazioni tra pari, le relazioni tra i sessi e il modo in cui la franchezza e la confidenza vanno utilizzate nell'ambito della gestione dei compiti dell'organizzazione.
PREMI E PUNIZIONI	<i>Consenso sui criteri per la distribuzione di premi e punizioni.</i> Ogni gruppo deve fissare i propri ideali positivi e negativi di comportamento, che cosa vada premiato con beni, status e potere, che cosa vada penalizzato con la sottrazione di benefici e, in ultima istanza, con la «scomunica».
IDEOLOGIA	<i>Consenso su ideologia e «religione».</i> Ogni organizzazione, come ogni società, affronta eventi inspiegabili a cui deve essere attribuito significato affinché i membri possano reagire ed evitare l'ansia di aver a che fare con l'inspiegabile e l'incontrollabile.

vivenza stessa del gruppo nell'ambiente. Una parte dell'ambiente del gruppo è "costruito", nel senso che la precedente esperienza culturale predispone i membri a percepire l'ambiente in un determinato modo e, in una certa misura, a controllarlo. D'altro canto, le organizzazioni ricevono importanti influenze di tipo culturale da parte dell'ambiente esterno che possono andare a modificare i valori propugnati dall'organizzazione. Così, la cultura medica all'interno dell'ospedale potrà es-

sere influenzata non solo dagli aspetti dell'organizzazione stessa ma anche, e forse maggiormente, dalla cultura prevalente trasmessa dalle società scientifiche e da gruppi professionali che riuniscono i medici a livello nazionale e internazionale (Davies et al. 2000). Inoltre, anche l'opinione pubblica e le inchieste dei mass media possono influenzare la cultura organizzativa.

Gli elementi essenziali del ciclo di attività che l'azienda deve svolgere per superare i problemi di adattamento all'ambiente esterno sono descritti nella tabella 2.2. Sebbene ogni fase del ciclo venga descritta in ordine sequenziale, ogni organizzazione molto probabilmente li affronta contemporaneamente una volta che l'azienda è stata avviata.

Come specificato, mentre alcuni di questi fattori esterni sono maggiormente controllabili, ci saranno sempre elementi dell'ambiente (clima, circostanze naturali, disponibilità di risorse economiche e materiali, normativa)⁴ che sono chiaramente al di fuori del controllo

TABELLA 2.2 - PROBLEMI DI INTEGRAZIONE INTERNA. MODIFICATA DA SCHEIN (1985b)

STRATEGIA	Giungere a una comprensione univoca e generale sulla <i>mission</i> fondamentale dell'organizzazione, sul compito primario e sulle funzioni manifeste o latenti del gruppo.
OBIETTIVI	Sviluppare il consenso sugli obiettivi, essendo questi il riflesso della <i>mission</i> dell'organizzazione.
MEZZI	Sviluppare il consenso sui mezzi da utilizzare per realizzare gli obiettivi (ad esempio, attraverso la divisione del lavoro, la definizione della struttura organizzativa, la creazione di un sistema di incentivi e di autorità).
VALUTAZIONE	Sviluppare il consenso attorno ai criteri da utilizzare per valutare in che misura il gruppo raggiunge i suoi obiettivi e traguardi (ad esempio attraverso la definizione dei sistemi di programmazione e controllo e dei sistemi informativi).
CORRETTIVI	Sviluppare il consenso sulle strategie correttive da adottare qualora gli obiettivi non vengano raggiunti (ad esempio attraverso la predisposizione di sistemi di controllo strategico).

⁴ Su tale punto si confronti la nota 2.

del gruppo e che potranno, in un certo modo, determinarne il destino (Schein 1984b).

Volendo ora giungere a una sintesi della definizione che accompagna lungo questo lavoro di ricerca, si esplicita che per cultura si intende “un insieme di assunzioni, credenze, valori, norme, azioni, artefatti e modelli di linguaggio comuni e radicati in un gruppo sociale, che ne orientano il comportamento”. Questo permette alle persone che fanno parte dell’organizzazione di reagire a determinate situazioni in modo simile tra di loro, ma distintivo rispetto ad altri gruppi sociali.

Riprendendo una definizione sintetica ma efficace, coniata dal gruppo di ricerca di Davies e Mannion (Davies et al. 2000; Mannion et al. 2003, Mannion et al. 2005), la cultura è: “the way things are done around here”.

CULTURA E CAMBIAMENTO

Il concetto di cultura risulta particolarmente importante per comprendere la possibilità di intraprendere un processo di cambiamento all’interno di un’organizzazione, plasmandola in modo che essa riesca a raggiungere gli obiettivi e i risultati desiderati. Infatti, quando i modi consolidati di fare e di pensare risultano inadeguati ad affrontare i problemi di adattamento esterno e quelli di integrazione interna, il problema cruciale è creare e rendere accettabile un nuovo sistema di assunti coerente con le esigenze di sviluppo delle competenze e della competitività dell’organizzazione (Fiore 2007).

Quindi, il cambiamento del *modus operandi* delle organizzazioni per acquisire un maggiore successo dipende, in misura rilevante, dalla capacità di modificare la cultura e i valori sottostanti.

Un primo problema che affrontano le organizzazioni quando devono modificare la propria cultura deriva dal fatto che, generalmente, i gruppi sviluppano delle dinamiche comportamentali di “difesa” rispetto al cambiamento (Weick 1979; Levitt e March 1988; Argyris e Schon 1998; Lega 2008):

- sono *problematistic searcher*, nel senso che affrontano un cambiamento quando percepiscono di avere un problema in modo indiscutibile, altrimenti proseguono per inerzia con i comportamenti consueti;
- sono quindi *satisficing*, nel senso che si accontentano di lavorare secondo livelli di performance accettabili, non ricercano il miglioramento continuo, ma nella maggior parte dei casi si ritagliano un *comfort bunker* fatto di prassi, consuetudini, cerimonie organizzative, dietro cui si proteggono. Questo porta spesso a logiche di lavoro da “sistema chiuso”, autoreferenziale, anche nei confronti dei clienti interni, dei colleghi, delle altre unità organizzative, ecc.;
- agiscono secondo *retention of solutions*, la ripetizione delle soluzioni passate, altrimenti detta “apprendimento superstizioso” per cui quando affrontano un problema la prima cosa che fanno è “pescare” nelle soluzioni adottate in passato per problemi simili. Si ritiene che ciò che ha dato buoni frutti in passato sarà necessariamente efficace anche in futuro. Questo comportamento, pur facendo leva sul dato positivo dell’esperienza, rischia di scivolare nella cosiddetta “trappola della competenza”, per cui routine e pratiche familiari ai membri dell’azienda verranno riproposte anche in circostanze in cui altre pratiche si potrebbero rivelare maggiormente efficaci.

Sempre per spiegare le resistenze al cambiamento, Schein (1984a) indica che esistono fondamentalmente due meccanismi di apprendimento della cultura, che interagiscono tra di loro:

- la riduzione dell’ansia e dell’inquietudine, ossia il “modello del trauma sociale”;
- la ricompensa positiva e il rafforzamento, ossia il “modello del successo”.

Ad esempio, alla fondazione di un’organizzazione si dovrà fronteggiare fin dall’inizio l’ansia basilare che deriva dall’incertezza di sapere se il gruppo sopravviverà, se sarà produttivo e se i membri saranno in grado di lavorare tra di loro. L’incertezza cognitiva e sociale

è traumatica, ciò spinge i membri del gruppo a ricercare modi di percepire, pensare e sentire che essi possano condividere e che rendano più prevedibile l'esistenza: in questo caso si parla di "apprendimento culturale".

Oltre a questi traumi iniziali, il gruppo potrà affrontare nel tempo delle altre "crisi di sopravvivenza". I membri impareranno a condividere la percezione della crisi e a sviluppare dei mezzi per affrontarla, superando l'inquietudine immediata e apprendendo anche come evitarla in futuro.

Il problema di questo meccanismo di apprendimento è che una volta acquisito un modo per evitare una situazione stressante e traumatica, il gruppo continuerà ad evitarla impedendo di verificare i mutamenti avvenuti nell'ambiente esterno. Si innesca, quindi, un "meccanismo di difesa", che il gruppo ha sviluppato per affrontare l'ansia e i traumi potenziali, opponendo resistenza al cambiamento.

Il secondo modello di apprendimento, invece, è basato su un rafforzamento positivo: ripetendo le azioni che hanno funzionato ed evitando ciò che non ha avuto successo. Diversamente dal primo modello, questo meccanismo di apprendimento produce risposte che continuamente si confrontano con l'ambiente. Se l'ambiente è coerente nel produrre successo, ma successivamente cambia in modo tale che azioni precedentemente corrette non sono più adatte in quel contesto, il gruppo lo scoprirà velocemente e l'azione sarà riesaminata e modificata.

Tuttavia, Gagliardi (1986a) afferma che è difficilissimo distinguere tra il primo e il secondo modello di apprendimento, in quanto tutte le risposte che l'organizzazione elabora sono volte contemporaneamente a risolvere un problema e a ridurre l'ansietà che il problema irrisolto genera.

Oltre ai fenomeni di opposizione di cui si è parlato, la letteratura parla anche di "resilienza" al cambiamento (Lega 2006), ossia della caratteristica dell'organizzazione (proprio come i metalli) di modificarsi se sottoposta a una pressione, ma di ritornare alla predisposizione originaria nel momento in cui la pressione degli agenti del cambiamento diminuisce (Gagliardi, 1986a). L'approccio resiliente è anche più subdolo dell'opposizione al cambiamento in quanto prevede un'iniziale accettazione formale delle modificazioni introdotte

e, quindi, instilla falsamente l'idea che il cambiamento abbia avuto successo nel modificare le pratiche dei membri dell'organizzazione; invece, una volta allentata la pressione, c'è la tendenza a ristabilire le condizioni precedenti al cambiamento (Lega 2008).

Una volta specificate le maggiori criticità nell'affrontare un processo di cambiamento culturale, comunque necessario per rispondere a un ambiente caratterizzato da un significativo dinamismo, risulta particolarmente importante stabilire attraverso quali meccanismi tale cambiamento possa essere effettivamente implementato. In questa sede non si intende fare una disamina di tutti i maggiori modelli teorici sul cambiamento organizzativo e culturale, ma si riportano alcune teorie che aiutino a comprendere le criticità e le opportunità di un processo che miri a plasmare la cultura organizzativa per il raggiungimento di determinate performance aziendali. Di seguito verranno trattati i classici e più rilevanti modelli di cambiamento, ripresi in letteratura dalla maggior parte degli autori:

- il modello del cambiamento per stadi di crescita aziendali di Schein (1984a);
- il modello di Gagliardi (1986a);
- un modello di sintesi del cambiamento, proposto da Brown (1995) che riprende lo schema trifase di Lewin (1952), così come modificato da Schein (1964) e da Beyer e Trice (1988).

Il modello di Schein (1984a) si basa sull'ipotesi che il problema culturale di un'organizzazione sia differente lungo i diversi stadi di sviluppo della stessa e che richieda dei meccanismi di cambiamento diversi (tabella 2.3).

Per quanto riguarda lo stadio della nascita dell'organizzazione, ci si possono aspettare pochi cambiamenti culturali ma grandi sforzi per chiarire, integrare, mantenere ed evolvere la cultura. Il cambiamento culturale, in questo caso, diviene un problema solo in presenza di due condizioni:

- l'azienda si scontra con difficoltà economiche che obbligano i dirigenti chiave a rivalutare la propria cultura;

- la successione del fondatore con dirigenti professionisti costringe a delle valutazioni sul tipo di successore da scegliere.

I meccanismi per portare avanti il cambiamento culturale sono sostanzialmente quattro:

1. *Evoluzione naturale*: se la cultura non è sottoposta a un eccessivo grado di stress dall'ambiente esterno e se il fondatore domina per

TABELLA 2.3 - STADI DI CRESCITA ORGANIZZATIVI E PROBLEMI CULTURALI.
MODIFICATA DA SCHEIN (1984a)

STADI DI CRESCITA	PROBLEMI CULTURALI	MECCANISMI DI CAMBIAMENTO
Nascita, fase iniziale di sviluppo, dominazione del fondatore, successione con "management professionale"	<ul style="list-style-type: none"> • La cultura è la "colla" che tiene unita l'organizzazione • La cultura è la fonte di identità e competenza distintiva • Spinte per integrare e chiarificare la cultura • Forte enfasi su un'attenta selezione e socializzazione • I potenziali successori sono giudicati sulla base della loro volontà di preservare la cultura • Critica auto-analisi della cultura 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evoluzione naturale 2. Evoluzione autoguidata 3. Evoluzione per mezzo di ibridi 4. Evoluzione per mezzo di personaggi chiave provenienti dall'esterno
Diversificazione e periodo di mezzo dell'organizzazione: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuovi prodotti/mercati 2. Espansione geografica 3. Acquisizioni/fusioni 4. Integrazione verticale 	<ul style="list-style-type: none"> • L'integrazione culturale declina al moltiplicarsi di sub-culture • Crisi di identità, perdita degli obiettivi, valori e principi • Opportunità di scegliere la direzione del cambiamento culturale • Decisioni di uniformità o diversità culturale • Importanza di un'analisi approfondita della cultura 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambiamento pianificato e sviluppo organizzativo 2. Attrattiva tecnologica 3. Cambiamento a seguito di un avvenimento rivelatore, distruzione dei miti 4. Incrementalismo logico

Segue

TABELLA 2.3 - SEGUE

STADI DI CRESCITA	PROBLEMI CULTURALI	MECCANISMI DI CAMBIAMENTO
Maturità organizzativa, stagnazione e declino: 1. Maturità dei mercati 2. Stabilizzazione delle relazioni interne	<ul style="list-style-type: none"> • La cultura diventa un impedimento all'innovazione • La cultura perpetua le glorie del passato, perciò viene considerata come una fonte di autostima, diventa una difesa • Il cambiamento culturale è necessario e inevitabile: ma non tutti gli elementi della cultura possono o devono cambiare • L'auto-analisi è importante per preservare gli elementi essenziali della cultura, per evitare la distruzione del suo nucleo 	1. Inversione di tendenze 2. Riorganizzazioni, fusioni, acquisizioni: sostituzioni di personale di notevole portata

un lungo periodo di tempo, la cultura semplicemente si evolve in base a ciò che più si dimostra utile negli anni (ad esempio verso una maggiore complessità, diversificazione dei prodotti/servizi/mercati oppure l'adattamento di specifiche parti dell'organizzazione ai particolari contesti aziendali).

2. *Evoluzione auto-guidata tramite terapia organizzativa*: in questo caso è l'organizzazione stessa che chiede aiuto per "sbloccarsi" e far partire un'indagine introspettiva e razionale sui problemi culturali attuali e sulle modificazioni necessarie per la sopravvivenza dell'azienda.
3. *Cambiamento tramite ibridi*: se i vertici dell'organizzazione ammettono che esiste la necessità di un cambiamento, allora selezioneranno per le attività chiave i membri, appartenenti alla vecchia cultura, che tuttavia meglio rappresentano i nuovi principi che essi vogliono adottare; il successore di tipo "ibrido" è adatto in quanto rappresenta ciò che è necessario all'organizzazione per sopravvivere ed è accettato "perché è uno di noi".

4. *Cambiamento tramite persone chiave provenienti dall'esterno*: l'organizzazione sviluppa un senso di crisi a causa del declino nelle prestazioni o di qualche fallimento sul mercato e ne conclude che ha bisogno di nuovi apporti manageriali dall'esterno; tali manager entrano subito in conflitto con la cultura originale, provocando scetticismo, resistenze e perfino possibili sabotaggi del programma del nuovo capo. Se le prestazioni organizzative migliorano e se si attribuisce il merito del miglioramento al nuovo capo, egli rimarrà in carica e i nuovi principi introdotti cominceranno ad essere operativi.⁵

Nel secondo stadio di un'organizzazione, la cultura ormai acquisita nei primi anni è considerata come qualcosa che non può più essere messo in discussione. Gli unici elementi di cui gli individui sono probabilmente consapevoli sono le credenze, i valori dominanti, i "credo" aziendali, i documenti scritti e altre pubbliche affermazioni di ciò che l'azienda vuole e pretende di rappresentare, i suoi valori espliciti e le sue teorie (Argyris e Schon 1998). D'altra parte, lo sviluppo aziendale porta a scelte strategiche relative alla crescita, alla diversificazione e alle acquisizioni.

I meccanismi di cambiamento culturale rilevanti in questo stadio sono quattro:

1. *Cambiamento pianificato e sviluppo organizzativo*: il lavoro degli esperti di sviluppo organizzativo riguarda la fusione di sottoculture differenti e contrastanti attraverso gruppi di progetto, gruppi funzionali multidisciplinari, in modo da evitare la concorrenza distruttiva tra le unità operative e le divisioni. Come scrive Wenger

⁵ Nel panorama delle Aziende Sanitarie, il meccanismo di *spoil system* delle Direzioni Generali ha condotto talune volte al cambiamento radicale del vertice strategico aziendale (ad esempio come in Sardegna dopo le elezioni regionali del 2005, che hanno portato alla nomina del DG della più importante ASL regionale, ossia l'ASL di Cagliari, di un professionista proveniente da un'altra realtà) mentre altre volte il cambiamento si registra tra gli stessi professionisti che hanno rivestito già il ruolo di vertice strategico nell'SSR (ad esempio è il caso dell'Emilia Romagna e della Toscana, in cui vi è una rotazione di DG all'interno della stessa regione). Nel primo caso si potrebbe parlare di cambiamento tramite persone chiave provenienti dall'esterno, mentre nel secondo caso di cambiamento tramite "ibridi".

(1998), l'appartenenza a una precisa articolazione organizzativa (ufficio, dipartimento, divisione, ecc.) consente al membro dell'organizzazione di maturare una propria identità professionale, di fare esperienze cumulabili (coerenti con l'area di competenza), di interagire e sviluppare delle comunità di pratiche. La contemporanea appartenenza a gruppi di progetto permette invece di liberare le energie individuali, di dare sfogo all'interesse intellettuale, al bisogno di fare diversamente, di motivare verso obiettivi ambiziosi, di partecipare al "disegno" di cambiamento. In questa prospettiva, come ricordano Lega e Prenestini (2009), l'analisi delle aziende che registrano le migliori performance, nella gestione corrente come nel cambiamento, mette quindi in evidenza una chiara correlazione con due caratteristiche organizzative (Collins 2001): la presenza di una funzione di operation management (responsabilità di gestione operativa) e un'organizzazione stabile di funzionamento per project management. Cioè una chiara attribuzione di responsabilità su procedure, processi o progetti complessi, attraverso anche la costruzione di una "struttura parallela" fatta di gruppi di progetto responsabilizzati sull'affrontare problemi trasversali.

2. *Attrattiva tecnologica*: tale categoria comprende sia la diffusione naturale di innovazioni tecnologiche sia la deliberata e manovrata introduzione di specifiche tecnologiche allo scopo di attrarre i membri dell'organizzazione verso nuovi comportamenti che, a loro volta, richiederanno nuovi valori, credenze e principi, in modo da far ragionare gli individui secondo schemi comuni.⁶
3. *Cambiamento in seguito a un evento rivelatore, distruzione di miti*: si tratta di un accadimento o avvenimento che, nel momento in cui si verifica e porta alla luce conseguenze pubbliche e constatabili

⁶ Nel caso delle Aziende Sanitarie, una delle rivoluzioni culturali più importanti è da attribuire alle Information and Communication Technologies, ossia all'introduzione di strumenti quali ad esempio la cartella clinica elettronica o i Ris-Pacs per la trasmissione delle immagini diagnostiche, che hanno condotto a forti resistenze da parte dei medici più tradizionalisti per via del cambiamento delle loro routine consolidate. Ad esempio la perdita delle vecchie e tradizionali "lastre" da appoggiare alla parete luminosa, in favore di immagini diagnostiche ad alta definizione da analizzare tramite terminale video del computer, ha condotto a forti resistenze di categorie di professionisti come, in particolare, gli ortopedici e gli oncologi. Tali opposizioni sono state superate nel tempo e con una revisione dei principi di fondo che governavano il comportamento di tali gruppi di medici.

(non essendovi nessuna possibilità da parte dell'azienda di nascondere, evitarlo o negarlo), produce un forte cambiamento culturale,⁷ secondo Schein, si possono ipotizzare situazioni in cui gli stessi manager costruiscono deliberatamente degli scandali allo scopo di introdurre alcune modificazioni desiderate.

4. *Incrementalismo logico*: questo meccanismo è in linea con le teorie di Quinn (1978) sul modello incrementale della strategia; anche in questo caso i cambiamenti culturali avvengono tramite decisioni di piccola portata prese giorno per giorno, che tuttavia possono condurre nel tempo all'instaurarsi di un nuovo insieme di assunti di base, sebbene questo processo non sia deliberato ex ante da parte dei manager.

L'ultimo stadio comprende la maturità organizzativa che può anche condurre nel tempo alla stagnazione e al declino. Questo stadio è forse il più importante dal punto di vista del cambiamento culturale, poiché alcune organizzazioni scoprono che parti della loro cultura diventano non funzionali in un dinamico ambiente concorrenziale. Tuttavia, se un'azienda ha avuto un passato di successi con determinati principi di fondo, è improbabile che essa voglia riesaminare o modificare tali assunti di base. Solo se l'inquietudine per la sopravvivenza è superiore, o almeno pari, all'ansia della rinuncia delle soluzioni culturali esistenti, allora potrà essere avviato un cambiamento.

In questo tipo di situazione le scelte disponibili sono fra:

- rapide trasformazioni di parti della cultura, per permettere all'organizzazione di adattarsi nuovamente all'ambiente, ossia un'*inversione di tendenze*, oppure

⁷ Si pensi, ad esempio, ad alcuni "scandali" giudiziari che hanno visto coinvolti professionisti che, nell'esercizio delle proprie funzioni, non si attenevano ai principi del giuramento di Ippocrate ma solo a valutazioni particolaristiche e di carattere economico (ad esempio effettuando operazioni chirurgiche non appropriate e non necessarie, se non addirittura lesive dell'integrità fisica della persona, allo scopo di ottenere un maggiore rimborso per prestazione). La risposta della società civile ha condotto, sovente, alla necessità di modificare totalmente alcuni principi che, si presume inconsciamente, guidavano determinate aziende: ad esempio l'enfasi data dai manager al fine del profitto e della maggiore produttività nelle case di cura private accreditate for profit poteva aver condotto a comportamenti, guidati da assunti inconsci, alla ricerca di più elevati guadagni senza alcuno scrupolo di carattere professionale.

- la distruzione del gruppo e della sua cultura tramite un processo di *totale riorganizzazione*.

Inversione di tendenze: la preconditione per cambiare è che la cultura sia pronta a farlo; le condizioni che devono sussistere per un reale cambiamento sono: *a.* la presenza di un dirigente o un gruppo che innestino il processo di modifica che devono disporre di *b.* un chiaro senso della direzione verso cui l'azienda deve muoversi, *c.* un modello che sintetizzi, a questo scopo, come si deve cambiare la cultura e *d.* il potere di implementare il modello. Ciò che conta, per un'inversione di tendenze, è la volontà e la capacità di costringere le persone a cambiare.⁸

Riorganizzazione e rinascita: se si elimina il gruppo che sostiene una determinata cultura, qualsiasi gruppo che lo sostituisca comincerà ad elaborare una propria cultura; questo è un processo traumatico che spesso non può essere utilizzato in senso strategico vero e proprio. Per avere successo nelle grandi organizzazioni, il cambiamento culturale tramite il *turnaround* implica che i nuovi soggetti debbano poter effettivamente agire sui meccanismi di controllo dell'organizzazione implementando un nuovo e chiaro sistema di responsabilità e accountability.

In ogni caso, aggiunge Schein (1984a), prima di pensare al cambiamento culturale è necessario capire e definire la forza di una cultura già esistente in un'organizzazione sia perché il cambiamento culturale è particolarmente difficile da implementare sia perché non è detto che una cultura più forte o diversa (e imprecisata) sia sempre meglio: questo dipende in larga parte dallo stadio di evoluzione dell'organizzazione.

⁸ È quanto accaduto dopo la fusione dell'AUSL di Bologna durante il triennio 2004-2007: la nuova direzione strategica aziendale ha innestato il processo di cambiamento sulla costituzione di un team di top manager (Direttori di dipartimento e distretto) adeguato a diffondere il cambiamento anche nelle seconde file. Tutte le attività erano volte a costruire un nuovo senso di appartenenza alla nuova azienda e, in ultima istanza, l'integrazione tra le diverse sub-culture corrispondenti alle tre organizzazioni precedenti.

Gagliardi (1986a) riprende la definizione di cultura su più livelli di Schein, affermando che la vera essenza rimane quella degli assunti e dei valori impliciti. Appunto per questo definisce tre tipologie di cambiamento possibili: 1. cambiamento apparente; 2. rivoluzione culturale e 3. cambiamento incrementale.

1. Nel caso del *cambiamento apparente*, l'organizzazione comprende che per sopravvivere e conservare la propria identità deve cambiare. Tuttavia, la gamma delle alternative esplorate è condizionata dagli assunti e dai valori di base: saranno perciò considerate e attuate solo pratiche alternative di gestione compatibili con la cultura distintiva dell'organizzazione. In questo caso viene richiesto un intervento da parte del manager perché:
 - le informazioni sono distribuite in modo ineguale tra le persone e occorre, quindi, attivare processi di analisi e di scambio comunicativo;
 - gli interessi delle persone e dei gruppi coinvolti nel cambiamento possono richiedere attività di negoziazione e di mediazione. L'intervento richiesto comprende le tradizionali tecniche di management caratterizzate dalla razionalità, dall'uso dell'argomentazione logica e dalla capacità di attivare processi individuali e di gruppo che consentono di controllare le ansie e di convogliare le energie verso la realizzazione del compito.

Tuttavia, se le alternative esprimibili dal potenziale d'azione di una cultura ed esplorate dai membri si rivelano inadeguate a risolvere i problemi di adattamento, l'organizzazione deve cambiare l'identità culturale per sopravvivere. Secondo Gagliardi, tuttavia, la comprensione dell'urgenza del cambiamento da parte dell'organizzazione non matura dalle esperienze negative e di insuccesso, anzi il problema può essere diagnosticato con lucidità solo da coloro che non sono profondamente coinvolti nella cultura esistente. Tali soggetti possono essere o i membri dell'organizzazione che appartengono a sottoculture devianti oppure i "nuovi arrivati", ossia una nuova direzione strategica oppure consulenti chiamati dall'esterno. La preconditione per il cambiamento è l'esistenza di una *leadership*, esercitata da una

persona o da un'élite, che “conduca l'organizzazione verso territori inesplorati dove sia possibile ricostruire la competenza e ridefinire l'identità” (Gagliardi 1986a).

In questo caso sono due i meccanismi attraverso i quali può essere portato avanti un cambiamento culturale:

2. Quando le nuove strategie presuppongono valori antagonisti rispetto a quelli tradizionali, siamo in presenza di una *rivoluzione culturale*. Tale tipologia di cambiamento ha sempre costi altissimi poiché comporta:
 - un massiccio “turnover” tra i membri dell'organizzazione appartenenti alla vecchia cultura e immissioni di nuovo personale;
 - disinvestimenti finanziari ed emotivi e paralleli nuovi investimenti;
 - distruzione di vecchi simboli e creazione di nuovi simboli. In questo caso ritiene Gagliardi che sia più giusto affermare che dalle ceneri della vecchia azienda è nata una nuova, che con la prima non ha nulla in comune.
3. Gagliardi ritiene preferibile e possibile un modello in cui il *cambiamento culturale avvenga in modo incrementale* e non radicale. In questo tipo di situazione la capacità di gestione dei problemi comporta l'adesione a valori integrabili con quelli tradizionali: la trasformazione culturale risulta possibile, quantunque non di facile attuazione. Le condizioni per il cambiamento, in questo caso, sono:
 - il non antagonismo dei valori e delle credenze ai quali le competenze auspiccate si ispirano con gli assunti e i valori tradizionali;
 - l'esistenza di una esperienza collettiva di successo nell'esercizio delle nuove competenze;
 - l'esistenza di una leadership che favorisca l'interpretazione retrospettiva e mitica del successo. Al contrario delle esperienze negative, l'organizzazione “impara” da quelle positive. Il cambiamento culturale, in questo caso, viene definito come un *processo incrementale* e può essere rappresentato come in figura 2.2. Anche Gagliardi riprende, quindi, le teorie di Quinn (1978) sull'incrementalismo logico.

chia dei valori operanti e promovendo la nascita di nuovi miti che si sovrappongono ai vecchi miti e riconciliano le nuove contraddizioni.

Il modello di Gagliardi risulta particolarmente interessante perché da un lato afferma la possibilità che si possa arrivare al cambiamento anche in modo graduale, senza sostenere i costi di una rivoluzione radicale, dall'altro enfatizza il ruolo del leader nella traduzione degli eventi di successo – anche casuali o fortuiti – in una chiara attribuzione di causa ed effetto in modo che i membri dell'organizzazione li accettino emotivamente, quindi, si trasformino in miti e assunti di base.

Un modello famoso di sintesi del cambiamento, invece, è quello riportato da Brown (1995) e ripreso da Mannion et al. (2010), che si divide concettualmente in tre fasi:

1. *unfreezing*;
2. *change (through cognitive restructuring)*;
3. *refreezing*.

L'*unfreezing* (scongelamento) è lo stato in cui il disequilibrio percepito dal sistema è tale da generare una motivazione al cambiamento, comunemente accettata e condivisa da tutti i membri dell'organizzazione e non solo dal top management che lo promuove. Il principale effetto di questa fase è lo scongelamento dei comportamenti, azioni, relazioni e credenze routinizzate nell'organizzazione, che costituiscono il cosiddetto *comfort bunker*. L'*unfreezing* si compone di due riti (Mannion et al. 2010):

- La messa in discussione e la distruzione dell'ordine costituito (*questioning and destruction*), intesa come l'immissione o l'emergere nell'organizzazione di informazioni di tipo politico, economico, sociale o personale che provano l'invalidità degli obiettivi perseguiti o dei processi attuati per raggiungerli; queste informazioni possono essere rappresentate anche solo da sintomi da cui si parte per compiere lavori di diagnosi sui problemi esistenti. Tali problematiche sono generalmente portate alla luce dal top management aziendale o dai consulenti esterni, che possono agire da catalizzatori del cambiamento stimolando il dibattito e mettendo in dubbio

le assunzioni di base dell'organizzazione. Questo rito permette la diffusione di un "senso di colpa" dovuto all'incapacità di raggiungere gli obiettivi prefissati, da cui emerge la consapevolezza in ogni membro dell'organizzazione di dover realizzare il cambiamento per evitare il declino della stessa. Tuttavia, per la piena accettazione del cambiamento è necessaria una preconditione: solo se l'individuo sente di poter conservare la propria identità, integrità e importanza all'interno del gruppo durante il processo di cambiamento, allora lo accetterà e andrà a demolire le routine consolidate al fine di apprendere nuovi comportamenti.

- Il secondo rito prevede la razionalizzazione e la legittimazione del significato del cambiamento proposto (*razionalisation and legitimation*), che miri a definire e riportare chiaramente anche le ragioni in base alle quali risulta necessario modificare il comportamento organizzativo. Tale rito inizia, generalmente, a livello del *senior management* ed è successivamente diffuso all'interno di tutta l'organizzazione.

La seconda fase, *change*, è rappresentata dalla ristrutturazione cognitiva che porta al cambiamento attraverso la sostituzione dei vecchi comportamenti. La principale criticità di questa fase risiede nel fatto che i nuovi comportamenti, non dichiarati nello stato precedente, andranno individuati e presentati. Anche questa fase di cambiamento si fonda su due riti:

- Il rito della degradazione e del conflitto (*degradation and conflict*) costituisce un attacco al vecchio ordine costituito. Questa situazione può portare a cercare dei conflitti deliberati, ad esempio tramite la costituzione di una *task force* per superare l'opposizione al cambiamento oppure attraverso l'introduzione di nuovi obiettivi, target di riferimento e indicatori di performance. Ciò è necessario per legittimare il nuovo ordine, introducendo nuovi obiettivi e valori al fine di erodere quelli appartenenti al vecchio ordine.
- Il rito del passaggio e della celebrazione (*passage and enhancement*) è disegnato per instillare un senso di identificazione e appartenenza al nuovo ordine. Tutto ciò può aiutare a ridurre le re-

sistenze al cambiamento e allargare il supporto al nuovo stato. La formazione ha un ruolo rilevante in questo, insieme alle promozioni e ai ruoli lavorativi creati ex novo per riflettere il nuovo ordine.

Infine, il *refreezing* (il “ricongelamento”) è lo stato finale di ogni processo di cambiamento in cui il nuovo set di comportamenti e di assunzioni cognitive necessita di essere istituzionalizzato. In questa fase, i membri dell’organizzazione sono coinvolti nel ridefinire il ruolo e le funzioni richieste dal nuovo ordine e devono imparare a lavorare in modo efficiente con i nuovi gruppi di colleghi. I riti associati a questa fase hanno lo scopo di supportare l’integrazione e la riduzione dei conflitti (*rites of integration and conflict reduction*). Questi riti inducono una coerenza culturale di fondo dell’azienda e riducono i conflitti e le rivalità tra gruppi e dipartimenti: l’elogio dei manager, nuovi corsi di formazione, rituali di gruppo, ecc., contribuiscono a tali scopi.

Realizzare il *refreezing* implica integrare il cambiamento sia nella personalità degli individui, sia nelle relazioni chiave tra essi, portando all’attenzione dei membri dell’organizzazione gli *outcome* positivi derivanti dal processo. In questo modo è possibile ricostituire un nuovo *comfort bunker* per i membri dell’organizzazione sulla base dei nuovi comportamenti, raggiungendo così lo scopo di routinizzarli.

Solo se gli agenti del cambiamento pongono attenzione particolare alla fase di *refreezing* potranno arrivare a modificare effettivamente i comportamenti dell’organizzazione, evitando di incorrere nella “resilienza” al cambiamento dei membri dell’azienda. È proprio durante questa fase, infatti, che i nuovi valori culturali diventano sempre più scontati fino a diventare assunti di base.

Infine, un’ultima riflessione è relativa alla gestione del cambiamento nei confronti delle sotto-culture, in particolare tra istanze professionali e manageriali. Child e Faulkner (1998), come riportato da Davies et al. (2000), hanno sviluppato un’utile tassonomia per classificare i vari approcci per la gestione della diversità culturale all’interno di un’organizzazione:

- Ricerca delle *sinergie* (*synergy*): in questo caso si ricerca un'integrazione culturale allo scopo di raggiungere il miglior bilanciamento possibile tra le diverse sottoculture. Secondo questo approccio i migliori elementi delle sotto-culture sono combinati in modo da raggiungere un risultato migliore che la semplice somma delle diverse parti (ad esempio, la combinazione di caratteristiche e approcci manageriali e clinici richiesti al ruolo del Direttore di dipartimento).
- *Dominazione* (*domination*): in questo approccio si riconosce che l'integrazione delle sotto-culture non è possibile e si accetta il diritto alla dominazione di un gruppo culturale sull'altro (ad esempio, in alcuni casi, il ruolo dei clinici è dominante rispetto alle altre professioni e agli stessi manager).
- *Segregazione* (*segregation*): si basa sulla ricerca di un accettabile bilanciamento basato non sull'integrazione ma sulla separazione tra culture (ad esempio, questo è il caso di alcune alleanze interprofessionali tra medici e altre professioni sanitarie che, tuttavia, continuano a mantenere una forte separazione nei ruoli e nei compiti).
- *Rottura* (*breakdown*): avviene quando una delle parti ricerca la dominazione, l'integrazione o la segregazione, ma fallisce in ciascuna di queste politiche.

La disamina di questi modelli di cambiamento culturale porta a dire che quest'ultimo non è mai semplice e senza costi, tuttavia sovente è necessario per la sopravvivenza stessa dell'azienda, essendo esposta a modificazioni dell'ambiente esterno che richiedono un adeguamento da parte dei meccanismi di integrazione interni. Ciò è soprattutto vero per le Aziende Sanitarie che sono caratterizzate da un ambiente esterno molto dinamico e, all'interno, dalla complessità di essere un'organizzazione professionale. Tuttavia, il cambiamento culturale risulta particolarmente importante non solo per evitare il fallimento dell'organizzazione, ma anche per spingere quest'ultima verso il conseguimento di determinate performance aziendali. E, in questo caso, i cambiamenti incrementali sembrano i più adatti allo scopo, nonché più efficaci se gestiti da un management capace. Se si assume, in accordo con la letteratura presentata, che tale cambiamento sia possibile,

risulta importante chiedersi quali siano le caratteristiche e gli attributi culturali che possono facilitare il conseguimento e il miglioramento di specifiche performance. Il cambiamento, quindi, dovrebbe aiutare l'azienda a modificare la propria cultura verso l'interiorizzazione delle caratteristiche necessarie al miglioramento della performance.

OBIETTIVI E DISEGNO DELLA RICERCA

Due sono gli obiettivi dello studio comparativo:

- Obiettivo primario della ricerca era analizzare la cultura organizzativa dominante del *senior management* delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) appartenenti a diverse Regioni italiane: Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto. In particolare, lo studio si proponeva di evidenziare le culture organizzative prevalenti tra aziende appartenenti allo stesso SSR.
- Obiettivo secondario della ricerca era verificare l'esistenza di una relazione tra la cultura organizzativa di una specifica azienda e la presenza in quello stesso contesto di pratiche ascrivibili al governo clinico, in particolare negli ambiti più importanti per la condivisione delle politiche e delle strategie aziendali, sia a livello *corporate* (durante le riunioni del Collegio di Direzione) sia a livello di singola "divisione" (all'interno delle routine dei dipartimenti). Per questo secondo aspetto dello studio si è fatto ricorso ai questionari somministrati a tre delle quattro Regioni coinvolte nella indagine (Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto).

Metodologia della ricerca

L'ANALISI DELLA CULTURA ORGANIZZATIVA DOMINANTE

Ai fini della valutazione della cultura organizzativa dominante, si è deciso di utilizzare uno strumento di carattere quantitativo, ossia un questionario, per ottenere i vantaggi della replicabilità e della con-

frontabilità dei risultati. Inoltre, risulta particolarmente interessante una ricerca volta a descrivere le modificazioni nelle culture organizzative in modo longitudinale, riproponendo lo stesso strumento a distanza di tempo (Mannion et al. 2009).

Il framework teorico scelto per l'analisi delle culture organizzative è il Competing Values Framework (CVF), poiché:

- Validato da numerosi studi internazionali in diversi settori (Quinn e Rohrbaugh 1983, Cameron 1984, Cameron e Freeman 1991) e successivamente applicato alle Aziende Sanitarie (Gerowitz 1997, Shortell et al. 2000, Davies et al. 2007).
- Caratterizzato da solide basi teoriche (Scott et al. 2003a).

La versione del CFV impiegata in questo lavoro di ricerca è la più recente, proposta da Davies et al. (2007), opportunamente tradotta in italiano e adattata per essere pienamente fruibile e chiara per interlocutori italiani.

Obiettivo dello strumento è evidenziare la cultura dominante ed è suddiviso in cinque domande fondamentali, ciascuna delle quali mira ad evidenziare un aspetto della cultura organizzativa: la prima è dedicata alle “caratteristiche generali dell’azienda”, la seconda mira a definire lo “stile di direzione” dei manager dell’organizzazione, la terza rileva gli elementi che garantiscono la “coesione aziendale”, la quarta individua le “dimensioni su cui l’azienda pone particolare enfasi e attenzione”, la quinta è volta a individuare il funzionamento del “sistema premiante aziendale”.

Ognuna di queste cinque domande offre quattro descrizioni di aziende diverse, ciascuna delle quali rappresenta una determinata tipologia di organizzazione con caratteristiche e meccanismi di funzionamento unici e specifici. Ognuna di tali descrizioni corrisponde a una tipologia di cultura organizzativa (cultura del clan, dello sviluppo, gerarchica e razionale). All’intervistato è stato chiesto di “distribuire 100 punti” fra le quattro descrizioni proposte per ogni domanda, sulla base di quanto le stesse descrizioni rispecchiassero le caratteristiche e i meccanismi di funzionamento della propria azienda. Il più alto punteggio attribuito a una delle quattro descrizioni di azienda, risultante

dalla media dei punteggi attribuiti allo specifico scenario tra le cinque domande, definisce la cultura dominante per il singolo intervistato. L'aggregazione di tutti i punteggi ottenuti dagli intervistati di un'unica azienda permette, invece, di determinare la cultura organizzativa dominante nella specifica azienda. Inoltre, nell'analisi sono stati valutati i processi interni (meccanicistici o relazionali) e il focus (verso l'esterno o verso l'interno) della cultura organizzativa aziendale.

Il costrutto che emerge dalla somministrazione del questionario è la sintesi di:

- realtà aziendale;
- percezione del rispondente rispetto alla cultura organizzativa aziendale;
- valori individuali (concezioni filosofiche, etiche, morali) che filtrano la situazione reale e modificano le percezioni del rispondente.

Il CVF suddivide le culture organizzative utilizzando due dimensioni principali: la prima descrive come si svolgono i processi all'interno dell'organizzazione, la seconda descrive l'orientamento dell'organizzazione nei confronti dell'ambiente esterno.

Riguardo la prima dimensione, i processi interni possono basarsi alternativamente:

- sulle relazioni interpersonali tra i membri dell'organizzazione, caratterizzate da flessibilità, individualità e spontaneità;
- su relazioni di carattere meccanicistico, caratterizzate da enfasi su controllo, ordine e stabilità.

Rispetto la seconda dimensione, il focus dell'azienda può essere:

- orientato all'interno dell'azienda, con enfasi su integrazione e appianamento delle divergenze interne;
- orientato all'esterno, con enfasi sulla competizione e sulla differenziazione.

Dall'incrocio fra queste due dimensioni si forma una matrice nella quale si innestano quattro differenti "archetipi" di culture organizzative, rappresentati nella figura 2.3.

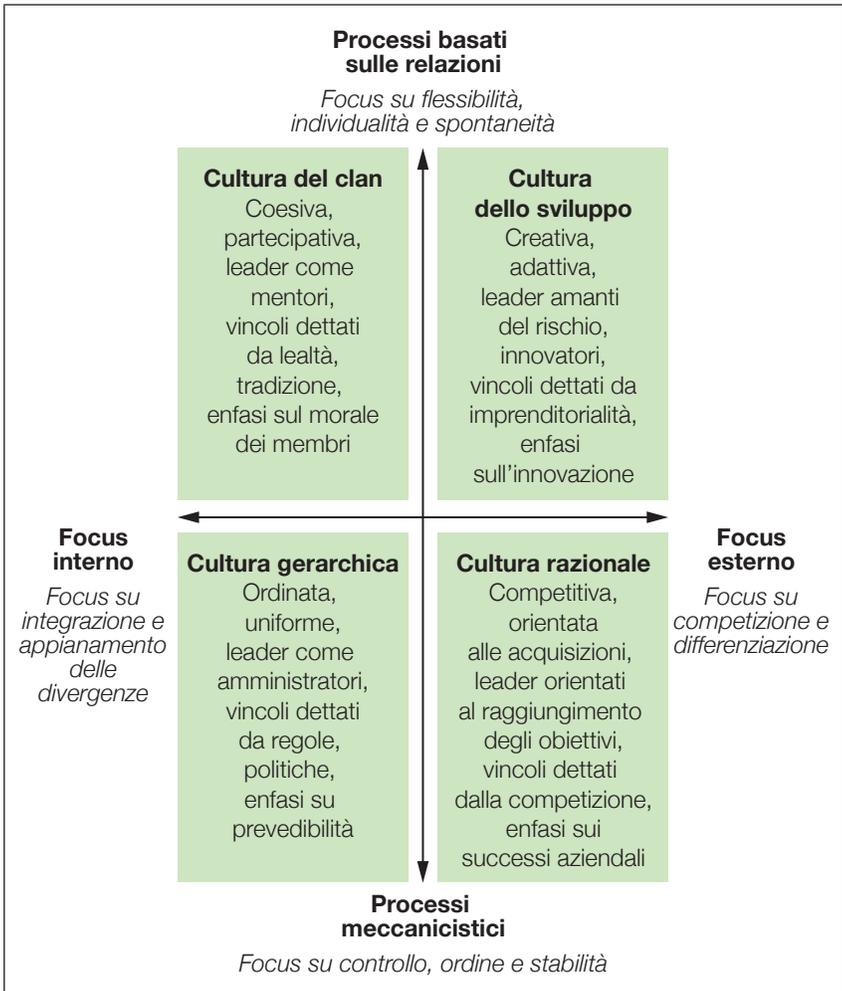


Figura 2.3 • Il Competing Values Framework per modellizzare le culture organizzative. Modificata da Davies et al. (2007).

Le caratteristiche di ciascuna tipologia di cultura organizzativa sono diverse e riflettono l'orientamento dei processi interni e il focus dell'organizzazione. In particolare:

- Cultura del clan (*clan culture*): il contesto organizzativo viene percepito come un luogo molto personale e informale, quasi fosse una famiglia allargata. I membri sono legati all'azienda da lealtà e tradizione, che favoriscono il senso di appartenenza all'organizzazione e sono fonte di identità. I dirigenti aziendali sono figure cordiali e amichevoli, cercano di sviluppare pienamente il potenziale del proprio personale dimostrando attenzione alle loro esigenze. Il loro ruolo è, quindi, quello di mentori che supportano e facilitano il lavoro in team e le interazioni del gruppo. L'azienda, così, pone grande enfasi sulla coesione e agisce positivamente sul morale del personale. Il sistema premiante prevede l'attribuzione di riconoscimenti, ricompense e incentivi economici in modo "equo" per tutti i membri dell'organizzazione.
- Cultura dello sviluppo (*developmental culture*): questa cultura enfatizza l'orientamento verso l'innovazione e la capacità di adattare l'organizzazione alle esigenze degli stakeholder esterni. La cultura fa dell'organizzazione un luogo molto dinamico e imprenditoriale, nel quale le persone sono disposte ad assumere dei rischi. I dirigenti stessi incoraggiano l'assunzione di rischi da parte dei singoli, che devono dimostrare imprenditorialità e creatività. L'azienda vuole essere pioniera nell'innovazione e tutti gli sforzi dell'organizzazione sono volti a tale scopo. La struttura dell'azienda è molto fluida e si modifica a seconda dei compiti e degli obiettivi che si pone per rispondere a un ambiente competitivo e mutevole, ma prendendo comunque in considerazione gli interessi, i bisogni di sviluppo e le competenze dei membri dell'organizzazione. Alcuni autori fanno corrispondere questa cultura ad un idealtipo di organizzazione ad hoc (Cameron 1984).
- Cultura gerarchica (*hierarchical culture*): l'organizzazione è un luogo molto formale e strutturato in quanto le procedure burocratiche influenzano il modo in cui viene svolto il lavoro. I dirigenti mirano a favorire la continuità e mantenere la stabilità interna

dell'organizzazione, facendo rispettare le regole e i meccanismi di funzionamento che l'azienda stessa si è data. La coesione aziendale si mantiene, quindi, attraverso il rispetto delle procedure formali e delle politiche deliberate dell'azienda. Il sistema premiante si basa sulla posizione formale, ossia quanto più alto nella scala gerarchica è il ruolo ricoperto dalle persone tanto maggiori saranno le ricompense che essi possono ottenere. Infine, è necessario fare una precisazione rispetto alla storia aziendale e culturale delle amministrazioni pubbliche italiane; in questo caso, infatti, l'organizzazione gerarchica non corrisponde totalmente al tradizionale concetto di burocrazia pubblica, per il quale i membri dell'organizzazione erano visti come meri applicatori di norme promulgate da enti sovraordinati come Stato e Regioni. Qui, invece, il concetto di burocrazia discende anche e soprattutto dalle teorie del management scientifico del lavoro (Taylor 1911) applicate alle grandi imprese, per le quali le regole e le procedure formali sono stabilite dall'organizzazione stessa e non solo da enti esterni. Il questionario, in questo caso, è stato opportunamente adattato per far comprendere ai partecipanti che le procedure formali non sono intese esclusivamente come applicazione di normativa esterna ma anche come direttive che l'organizzazione stessa emana per stabilire delle regole di funzionamento interne.

- **Cultura razionale (*rational culture*):** questa tipologia di cultura organizzativa enfatizza il raggiungimento delle performance in termini di compimento degli obiettivi aziendali. La motivazione e la coesione aziendale deriva dal desiderio di acquisire un forte vantaggio competitivo nei confronti delle organizzazioni che convivono nello stesso settore e il successo viene frequentemente misurato in termini di quote relative di mercato e di accesso privilegiato a risorse esterne. La principale preoccupazione delle persone che lavorano per l'azienda è, quindi, quella di portare a termine i lavori assegnati per raggiungere gli obiettivi e ottenere incentivi e ricompense, ma spesso non sono coinvolti emotivamente e personalmente nelle attività che eseguono. I dirigenti dell'azienda sono dei coordinatori e dei facilitatori in quanto incoraggiano i membri dell'organizzazione a raggiungere gli obiettivi.

Il *Competing Values Framework* assume che la cultura non sia “assoluta”, ossia che l’azienda non deve necessariamente corrispondere a una sola delle culture organizzative definite sopra. La cultura organizzativa, infatti, riflette una combinazione delle diverse caratteristiche di ciascun modello culturale. Tuttavia, una specifica tipologia di cultura può essere “dominante” nell’organizzazione nel momento in cui rispecchia in maggior misura, rispetto agli altri modelli, le caratteristiche culturali dell’azienda.

LA VALUTAZIONE DEL GOVERNO CLINICO

In questo contesto il termine “governo clinico” è visto nella sua accezione di partecipazione dei professionisti ai processi decisionali di un’organizzazione sanitaria, in particolare per quelli relativi ad aspetti quali l’assicurazione e il miglioramento della qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure, il cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo funzionale ad assicurare il necessario dinamismo innovativo ai contesti assistenziali, lo sviluppo professionale. L’insieme delle tematiche sopra citate rappresenta in buona sostanza questioni che sono essenziali sia per mettere un’organizzazione sanitaria in condizione di assolvere i propri compiti istituzionali primari (che attengono appunto alla capacità di erogare servizi efficaci, appropriati ed efficienti), sia per consentirle di governare e indirizzare quei processi di cambiamento e innovazione indispensabili al proprio sviluppo. Da questo punto di vista, l’interesse della nostra indagine si è concentrato sul tentativo di rilevare quanto i temi sopra citati fossero percepiti come parte effettivamente rilevante delle attività dei Collegi di Direzione aziendali e delle discussioni interne ai Dipartimenti aziendali.

Un ulteriore e complementare aspetto di interesse è stato inoltre rappresentato dalla disponibilità, per i Collegi di Direzione e i Dipartimenti, di informazioni sufficientemente dettagliate sulle attività aziendali e la loro qualità (disponibilità assunta come necessaria condizione per l’avvio di possibili azioni di miglioramento) e dal grado di diffusione di “strumenti” che rientrano tipicamente nel novero di

quelli funzionali alla verifica e al miglioramento della qualità dei servizi (linee-guida, attività di audit clinico, indicatori di performance).

La percezione dei singoli rispondenti al questionario relativamente alle dimensioni sopra citate è stata quindi assunta come marker del grado di interiorizzazione del governo clinico nella azienda di appartenenza.

Gli *item* del questionario erano quindi rappresentati da una serie di 13 affermazioni, per ciascuna delle quali veniva richiesto di esprimere il proprio grado di accordo sulla base di una scala Likert da 1 (in completo disaccordo) a 6 (completamente d'accordo). Era richiesto che le risposte fossero riferite all'attività svolta all'interno del Collegio di Direzione e nei Dipartimenti nel 2009. Coerentemente con quanto sopra esposto, le affermazioni del questionario richiamaevano esplicitamente:

- qualità dei servizi erogati dall'azienda;
- appropriatezza clinica e organizzativa;
- sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico;
- formazione professionale;
- ricerca e innovazione;
- implementazione di strumenti per la qualità e il rischio (audit clinico, linee-guida, indicatori di misurazione della qualità);
- gestione dei cambiamenti clinico/organizzativi;
- gestione delle crisi.

Tutti gli *item* di valutazione sono posti in termini positivi (ad esempio "Il Collegio di Direzione si avvale di informazioni sufficientemente dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'Azienda"), ad eccezione di due (ad esempio "Le discussioni in sede di Collegio di Direzione non lasciano sufficiente spazio a temi come la sicurezza delle cure e la gestione del rischio").

La tabella 2.4 indica gli *item* analizzati in relazione all'ambito di azione del Collegio di Direzione e dei singoli dipartimenti.

TABELLA 2.4 - AMBITI DI RIFERIMENTO E ITEM ANALIZZATI IN RELAZIONE AI TEMI DELLA CLINICAL GOVERNANCE

AMBITI DI AZIONE	ITEM ANALIZZATI
Collegio di Direzione	Dispone di informazioni dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'azienda
	Contribuisce alle discussioni sul miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza
	All'interno delle discussioni sul CdD non trovano spazio i temi della sicurezza delle cure e rischio clinico
	Contribuisce alle decisioni sui temi della formazione professionale
	Contribuisce alle discussioni relative alla ricerca e all'innovazione clinica e organizzativa
	Propone significativi cambiamenti clinici e/o organizzativi
	Contribuisce alle decisioni relative a significativi cambiamenti clinici e/o organizzativi
	Contribuisce alla gestione delle crisi aziendali
Dipartimenti	Dispongono di informazioni dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'azienda
	Discutono al loro interno dei temi del miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza
	Dispongono e utilizzano diffusamente strumenti quali linee-guida
	Dispongono e utilizzano diffusamente strumenti quali indicatori di qualità dei servizi sanitari
	Al loro interno le attività di audit clinico sono rare e occasionali

Campione di analisi

La decisione di rivolgere i due questionari al *senior management* aziendale (Direzione Strategica e membri del Collegio di Direzione) è stata determinata dalle stesse motivazioni di fondo.

Da un lato, ha origine dall'idea che i componenti della Direzione Strategica e del Collegio di Direzione siano i ruoli che esercitano una influenza maggiore sulla cultura aziendale, sia direttamente sia indirettamente, in quanto contribuiscono alla definizione delle strategie aziendali dalle quali discende, in ultima istanza, il conseguimento di determinate performance.⁹

In ogni caso, chi scrive riconosce che il comportamento di ognuna delle sub-culture organizzative presenti nelle ASP determina il funzionamento complessivo dell'azienda e, quindi, ne influenza i risultati. Tuttavia, un'altra riflessione a favore di questa scelta è relativa al fatto che il Collegio di Direzione funge da "cinghia di trasmissione" delle strategie definite dal vertice aziendale – sovente in collaborazione con il collegio stesso – verso il *middle management* (direttori di struttura complessa e semplice), per cui la cultura organizzativa che lo contraddistingue può diffondersi nelle linee con una visione specifica che può, da ultimo, determinare un'influenza sui valori e sui comportamenti (Gerowitz et al. 1996). Altri autori, come Cameron (1984), ritengono che solo il *senior management* aziendale – tra le sotto-culture organizzative di cui si compone l'azienda – possa avere una visione complessiva della cultura presente all'interno dell'organizzazione, in quanto rappresentante della coalizione interna dominante.

Il questionario CVF è stato somministrato tra il 2010 e il 2011 al senior management di tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche presenti in Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto. In particolare, il questionario è stato consegnato alle Direzioni generali, con la richiesta di sottoporlo alla compilazione delle Direzioni sanitarie, di quelle amministrative e dei componenti dei Collegi di Direzione aziendali.

A causa di un dislivello temporale nella somministrazione dei questionari alle diverse Regioni non è stato possibile somministrare la parte relativa al questionario sul Governo Clinico alla Regione Toscana, mentre fanno parte del campione le ASP delle Regioni Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto.

⁹ Il contributo del vertice aziendale nella determinazione delle strategie è ampiamente riconosciuto dalla letteratura manageriale; per approfondire, altresì, il tema del contributo dei membri del Collegio di Direzione, e in particolare dei *clinical director*, alle strategie aziendali si rimanda a Harrison e Miller (1999).

I RISULTATI DELLO STUDIO

I risultati del CVF

Dopo un recall, i questionari utilizzabili sono stati compilati da 404 membri del Collegio di Direzione di 44 aziende toscane, piemontesi, emiliano-romagnole e venete (58% del numero totale di Aziende Sanitarie pubbliche presenti nelle Regioni). Sono stati eliminati i questionari che si presentavano erronei e difformi (attribuzione errata punteggio): l'analisi differenziale su parte del campione distorto ha fatto emergere alcune ambiguità di risultato che non era possibile sanare.

La letteratura giudica almeno tre risposte fornite dal *senior management* della stessa azienda un numero sufficiente per accertare con sicurezza la cultura organizzativa dominante (Gerowitz et al. 1996, Gerowitz 1998, Davies et al. 2007, Mannion et al. 2009). In media hanno risposto 9 senior manager per azienda.

La tabella 2.5 mostra i risultati totali per le 44 Aziende Sanitarie partecipanti alla ricerca.

TABELLA 2.5 - RISULTATI TOTALI QUESTIONARI CVF

CULTURA	MEDIA	DEV ST
Clan	20,4	2,32
Sviluppo	20,72	4,33
Gerarchica	30,4	4,74
Razionale	28,47	5,56
Focus interno	50,8	2,52
Focus esterno	49,2	2,52
Processi meccanicistici	58,87	1,24
Processi relazionali	41,13	1,24

Dai risultati totali si evidenzia, innanzitutto:

- una prevalenza di culture organizzative dominanti gerarchiche e, secondariamente, razionali;
- un sostanziale equilibrio tra focus interno (rappresentato dalle culture gerarchiche e clan) ed esterno (rappresentato dalle culture razionali e dello sviluppo);
- rilevante prevalenza dei processi meccanicistici, fondati su standardizzazione dei comportamenti tramite norme e regole formali (culture gerarchiche) o tramite sistemi di management per obiettivi (culture razionali).

Nonostante le medie totali facciano percepire dei valori simili, in particolare tra le culture gerarchiche e razionali, la reale ripartizione delle culture dominanti tra le aziende del campione totale è la seguente:

- 4 aziende presentano una cultura dominante clan;
- 4 aziende mostrano una cultura dominante orientata allo sviluppo;
- 24 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 12 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

Si nota come i risultati mostrino nelle Regioni analizzate una netta prevalenza delle culture gerarchiche rispetto alle altre tipologie di culture dominanti.

Di seguito si sintetizzeranno i risultati di ognuna delle Regioni analizzate.

REGIONE TOSCANA

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 80 membri del Collegio di Direzione di 11 aziende (2 AOU e 9 AUSL). Ha compilato il questionario il 58% dei membri delle Direzioni Strategiche (DG, DA, DS) delle 11 aziende rispondenti.

Ove possibile utilizzare i dati dell'intera triade, la cultura organizzativa espressa dalla Direzione Strategica Aziendale coincide con la cultura organizzativa dominante complessiva.

La tabella 2.6 rappresenta i risultati totali dei questionari relativi alle culture organizzative dominanti delle ASP della regione Toscana.

Dai risultati per la Regione Toscana si evidenzia, innanzitutto:

- una prevalenza di culture organizzative dominanti gerarchiche e, secondariamente, razionali;
- una rilevante prevalenza dei processi meccanicistici;
- un prevalente focus interno, votato più all'integrazione tra i membri dell'organizzazione e all'appianamento delle divergenze interne, non alla risposta agli *stakeholder* esterni.

La reale ripartizione delle culture dominanti tra le aziende del campione toscano è la seguente:

- 2 aziende presentano una cultura dominante clan;
- 1 azienda mostra una cultura dominante orientata allo sviluppo;
- 5 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 3 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

TABELLA 2.6 - RISULTATI TOTALI QUESTIONARI CVF DELLE ASP DELLA REGIONE TOSCANA

CULTURA	MEDIA	DEV ST
Clan	21,95	2,55
Sviluppo	19,69	5,17
Gerarchica	30,33	3,02
Razionale	28,04	4,64
Focus interno	52,28	2,24
Focus esterno	47,73	2,24
Processi meccanicistici	58,36	2,06
Processi relazionali	41,64	2,06

Non sembra individuabile una cultura dominante unica o prevalente per le aziende della Regione Toscana, anche se si manifesta in numero superiore la presenza di culture gerarchiche.

REGIONE PIEMONTE

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 90 membri del Collegio di Direzione di 11 aziende (3 AO e 9 AUSL). Ha compilato il questionario il 45% dei membri delle Direzioni Strategiche (DG, DA, DS) delle 11 aziende rispondenti.

La tabella 2.7 rappresenta i risultati totali dei questionari relativi alle culture organizzative dominanti delle ASP della Regione Piemonte.

Dai risultati per la Regione Piemonte si evidenzia una prevalenza di culture organizzative dominanti gerarchiche, una maggiore rilevanza dei processi meccanicistici e un focus orientato all'interno.

La reale ripartizione delle culture dominanti tra le aziende del campione piemontesi è la seguente:

- 1 azienda presenta una cultura dominante clan;
- 9 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 1 azienda restituisce una cultura dominante di tipo razionale.

TABELLA 2.7 - RISULTATI TOTALI QUESTIONARI CVF DELLE ASP DELLA REGIONE PIEMONTE

CULTURA	MEDIA	DEV ST
Clan	21,65	2,57
Sviluppo	20,05	3,59
Gerarchica	30,43	6,2
Razionale	27,87	6,71
Focus interno	53,76	2,49
Focus esterno	46,24	2,49
Processi meccanicistici	61,92	0,82
Processi relazionali	38,08	0,82

Dai risultati sulle culture organizzative dominanti piemontesi si evidenzia una rilevante polarizzazione sulla cultura gerarchica, che risulta dominante in 9 (82%) delle Aziende Sanitarie rispondenti, mentre nessuna azienda presenta una cultura dello sviluppo, orientata alla soddisfazione degli stakeholder esterni.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 169 membri del Collegio di Direzione di 14 aziende (5 AO e IRCCS, 9 AUSL). Ha compilato il questionario il 29% dei membri delle Direzioni Strategiche (DG, DA, DS, Direttore Sociale) delle 14 aziende rispondenti.

Ove possibile utilizzare i dati dell'intera triade, la cultura organizzativa espressa dalla Direzione Strategica Aziendale coincide alla cultura organizzativa dominante complessiva.

La tabella 2.8 rappresenta i risultati totali dei questionari relativi alle culture organizzative dominanti delle ASP della Regione Emilia-Romagna.

TABELLA 2.8 - RISULTATI TOTALI QUESTIONARI CVF DELLE ASP DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

CULTURA	MEDIA	DEV ST
Clan	19,28	2,34
Sviluppo	22,73	4,32
Gerarchica	29,6	3,38
Razionale	28,39	4,48
Focus interno	48,88	2,2
Focus esterno	51,12	2,2
Processi meccanicistici	57,99	1,56
Processi relazionali	42,01	1,56

Dai risultati per la Regione Emilia-Romagna si evidenzia:

- un equilibrio tra valori relativi alle culture gerarchiche e razionali, sebbene risultino leggermente prevalenti le medie relative alle culture gerarchiche.
- una preponderante rilevanza dei processi meccanicistici;
- un prevalente focus esterno, ossia orientato alla soddisfazione degli *stakeholder* esterni.

La reale ripartizione delle culture dominanti tra le aziende del campione emiliano-romagnolo è la seguente:

- 3 aziende mostrano una cultura dominante orientata allo sviluppo;
- 7 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 4 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

Questi numeri mostrano una prevalenza di culture gerarchiche e meccanicistiche ma anche un bilanciamento con la somma delle culture orientate all'esterno (sviluppo e razionali), mentre sono inesistenti le culture clan.

REGIONE VENETO

I questionari utilizzabili sono stati compilati da 65 membri del Collegio di Direzione di 8 aziende ULSS. Ha compilato il questionario il 63% dei membri delle Direzioni Strategiche (DG, DA, DS, Direttore Sociale) delle 8 aziende rispondenti.

La tabella 2.9 rappresenta i risultati totali dei questionari relativi alle culture organizzative dominanti delle ASP della Regione Veneto.

Dai risultati per la Regione Veneto si evidenzia:

- un equilibrio tra valori relativi alle culture gerarchiche e razionali, sebbene risultino leggermente più alte le medie relative alle culture gerarchiche;

TABELLA 2.9 - RISULTATI TOTALI QUESTIONARI CVF DELLE ASP DELLA REGIONE VENETO

CULTURA	MEDIA	DEV ST
Clan	20,89	3,1
Sviluppo	21,54	4,85
Gerarchica	29,02	7,74
Razionale	28,55	6,78
Focus interno	49,91	3,51
Focus esterno	50,09	3,51
Processi meccanicistici	57,57	1,96
Processi relazionali	42,43	1,96

- una preponderante rilevanza dei processi meccanicistici ma un sostanziale equilibrio tra focus interno ed esterno.

La reale ripartizione delle culture dominanti tra le aziende del campione veneto è la seguente:

- 1 azienda presenta una cultura dominante clan;
- 3 aziende riportano una cultura dominante gerarchica;
- 4 aziende restituiscono una cultura dominante di tipo razionale.

Questi numeri mostrano una prevalenza di culture razionali e gerarchiche, ossia fondate su processi meccanicistici, mentre sono inesistenti le culture orientate allo sviluppo.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI DEL CVF

L'analisi descrittiva permette alcune conclusioni preliminari sui risultati complessivi. Si evidenzia in particolare:

- una prevalenza di culture gerarchiche (55%), che possono essere retaggio di un approccio burocratico alla gestione delle Aziende Sanitarie Pubbliche;
- un certo numero di culture razionali (27%), che fondano le proprie regole di funzionamento su meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo (piani strategici, budget, sistemi di valutazione delle performance, ecc.) sui quali il sistema istituzionale e culturale sta chiedendo alle Aziende Sanitarie di investire maggiormente;
- poche aziende con cultura clan (9%) e dello sviluppo (9%), in quanto i sistemi di coordinamento e di gestione delle aziende sono infatti prevalentemente meccanicistici e non relazionali e di mutuo adattamento.

L'analisi sulle aziende appartenenti ai diversi sistemi regionali evidenzia alcune tendenze di fondo:

- le aziende piemontesi mostrano una spiccata tendenza verso culture gerarchiche e sistemi di funzionamento meccanicistici, verosimile effetto del tradizionale sistema di funzionamento delle amministrazioni pubbliche fondato sulla definizione rigida di regole e procedure;
- le aziende emiliano-romagnole sono prevalentemente orientate alla soddisfazione degli *stakeholder* esterni, probabile segno di una cultura aziendale votata alla creazione di consenso sociale e istituzionale nei confronti dell'operato dell'Azienda Sanitaria e all'abitudine di rendere conto delle proprie azioni al sistema (ad esempio attraverso il Bilancio di Missione);
- le aziende venete mostrano invece una forte prevalenza di culture basate su sistemi meccanicistici per il raggiungimento dei risultati aziendali: questi a volte vengono tradotti in regole e procedure codificate (culture gerarchiche), altre volte in sistemi di pianificazione, programmazione e controllo (culture razionali), tale scelta potrebbe essere dovuta al diverso stile di management delle direzioni strategiche aziendali;
- le aziende toscane, invece, non mostrano dei trend specifici, quindi le diverse tipologie di cultura organizzativa potrebbero trovare

spiegazione nelle caratteristiche delle singole aziende o negli stili di management delle direzioni aziendali.

Esplorare le relazioni tra culture organizzative e attitudini al governo clinico

Ai fini della ricerca risulta particolarmente interessante verificare se esiste una relazione tra culture organizzative e attitudine al governo clinico, intesa come maggiore capacità di trattare tematiche e introdurre approcci e/o strumenti relativi alla qualità, al rischio clinico, all'appropriatezza organizzativa e clinica, ecc. sia nelle discussioni del Collegio di Direzione sia nelle routine organizzative del Dipartimento.

In questa analisi vengono utilizzati i risultati relativi al questionario sul Governo Clinico, descritto nel paragrafo *La valutazione del Governo Clinico* (p. 95). I questionari utilizzabili per le tre Regioni che hanno partecipato a tale survey (Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto) sono in totale 316.

Un numero minimo di questionari non presenta le valutazioni per ognuno dei 13 item ma per un numero inferiore; tali questionari sono stati compresi nell'analisi ma per gli item non risposti si conterà un campione di rispondenti inferiore (da 314 a 316 rispondenti per item).

Le risposte sono state accorpate in base alla cultura dominante dell'azienda del rispondente, per verificare se vi sono alcune tipologie di cultura che supportano maggiormente il governo clinico. Inoltre, la scala di Likert è stata sintetizzata in tre categorie di valutazione per ciascun item:

- accordo (risposte con valutazioni 5 e 6);
- dubbio (risposte con valutazioni 3 e 4);
- disaccordo (risposte con valutazioni 1 e 2).

Il numero di rispondenti provenienti dal piccolo numero di aziende con cultura del tipo clan era pari a soli 13 soggetti. Pertanto questi ultimi sono stati esclusi dalle analisi di questa parte del questionario, dal momento che la loro scarsa numerosità avrebbe reso sostanzial-

mente impossibile ogni tentativo di comparazione tra questa tipologia culturale e le altre.

Il campione di analisi rimanente consente di fare comunque alcune interessanti speculazioni sul tema del governo clinico e delle relazioni con la cultura dominante del *senior management* aziendale.

Nella tabella 2.10 è riportata, per ciascuna delle culture aziendali dominanti, la percentuale di risposte in accordo, dubbio o disaccordo rispetto agli item di valutazione.

La tabella evidenzia che le culture orientate allo sviluppo sono quelle che manifestano una maggiore propensione verso la promozione delle tematiche del governo clinico, rispetto alle altre tipologie di culture dominanti. I rispondenti appartenenti ad aziende con culture dello sviluppo, infatti, hanno una percentuale di accordo rispetto agli

TABELLA 2.10 - PERCENTUALE DI RISPOSTE IN DISACCORDO, DUBBIO E ACCORDO CON GLI ITEM DI VALUTAZIONE PER CULTURA PREVALENTE

ITEM	CULTURA PREVALENTE		
	GERARCHICA	RAZIONALE	SVILUPPO
1 Il Collegio di Direzione si avvale di informazioni sufficientemente dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'Azienda	N (173)	N (82)	N (48)
Disaccordo	12,14%	9,76%	8,33%
Dubbio	54,34%	43,90%	29,17%
Accordo	33,53%	46,34%	62,50%
2 I singoli Dipartimenti aziendali si avvalgono di informazioni sufficientemente dettagliate sulla qualità dei servizi erogati dall'Azienda	N (173)	N (82)	N (48)
Disaccordo	9,25%	3,66%	6,25%
Dubbio	62,43%	45,12%	31,25%
Accordo	28,32%	51,22%	62,50%

Segue

TABELLA 2.10 - SEGUE

ITEM	CULTURA PREVALENTE			
	GERARCHICA	RAZIONALE	SVILUPPO	
3	Il miglioramento dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa dell'assistenza è uno dei temi principali su cui il Collegio di Direzione di questa Azienda è stato chiamato a dare il proprio contributo	N (173)	N (82)	N (48)
	Disaccordo	11,56%	12,20%	8,33%
	Dubbio	46,24%	43,90%	25,00%
	Accordo	42,20%	43,90%	66,67%
4	Le discussioni in sede di Collegio di Direzione non lasciano sufficiente spazio a temi come la sicurezza delle cure e la gestione del rischio	N (173)	N (82)	N (48)
	Disaccordo	32,95%	30,49%	52,08%
	Dubbio	41,04%	50,00%	20,83%
	Accordo	26,01%	19,51%	27,08%
5	L'attività del Collegio di Direzione è stata efficace e tempestiva rispetto al verificarsi di situazioni di criticità in questa Azienda	N (173)	N (82)	N (47)
	Disaccordo	17,92%	18,29%	6,38%
	Dubbio	46,24%	48,78%	36,17%
	Accordo	35,84%	32,93%	57,45%
6	Significativi cambiamenti clinici e/o organizzativi introdotti in Azienda sono stati discussi nel Collegio di Direzione di questa Azienda	N (173)	N (82)	N (47)
	Disaccordo	9,25%	13,41%	4,26%
	Dubbio	35,84%	35,37%	19,15%
	Accordo	54,91%	51,22%	76,60%

Segue

TABELLA 2.10 - SEGUE

ITEM	CULTURA PREVALENTE			
	GERARCHICA	RAZIONALE	SVILUPPO	
7	Il Collegio di Direzione ha proposto significativi cambiamenti clinici e/o organizzativi	N (173)	N (82)	N (48)
	Disaccordo	24,86%	26,83%	10,42%
	Dubbio	42,20%	41,46%	29,17%
	Accordo	32,95%	31,71%	60,42%
8	La formazione professionale è uno dei temi principali su cui il Collegio di Direzione di questa Azienda è stato chiamato a dare il proprio contributo	N (173)	N (82)	N (47)
	Disaccordo	24,28%	24,39%	10,64%
	Dubbio	50,29%	47,56%	25,53%
	Accordo	25,43%	28,05%	63,83%
9	Nei Dipartimenti di questa Azienda si discute di appropriatezza clinica e organizzativa	N (173)	N (82)	N (48)
	Disaccordo	5,78%	7,32%	8,33%
	Dubbio	43,35%	29,27%	25,00%
	Accordo	50,87%	63,41%	66,67%
10	Le discussioni in sede di Collegio di Direzione lasciano sufficiente spazio a temi come la ricerca e l'innovazione	N (173)	N (82)	N (48)
	Disaccordo	21,97%	25,61%	10,42%
	Dubbio	57,80%	42,68%	31,25%
	Accordo	20,23%	31,71%	58,33%

Segue

TABELLA 2.10 - SEGUE

ITEM	CULTURA PREVALENTE		
	GERARCHICA	RAZIONALE	SVILUPPO
11 Strumenti quali le linee-guida sono ampiamente diffusi nei Dipartimenti	N (171)	N (81)	N (48)
Disaccordo	5,26%	4,94%	4,17%
Dubbio	49,71%	35,80%	27,08%
Accordo	45,03%	59,26%	68,75%
12 Il ricorso a indicatori di misurazione della qualità dei servizi è diffuso nei Dipartimenti di questa Azienda	N (172)	N (82)	N (48)
Disaccordo	14,53%	6,10%	14,58%
Dubbio	51,74%	41,46%	47,92%
Accordo	33,72%	52,44%	37,50%
13 In questa Azienda attività di audit clinico a livello dipartimentale sono rare e occasionali	N (172)	N (81)	N (48)
Disaccordo	25,58%	49,38%	39,58%
Dubbio	45,93%	37,04%	47,92%
Accordo	28,49%	13,58%	12,50%

item valutati (se positivi) o disaccordo (se negativi) che è superiore a quella dei rispondenti delle altre culture in 11 casi su 13 (dall'item 1 all'item 11). Le culture dello sviluppo, quindi, dimostrano un forte *empowerment* del Collegio di Direzione sui temi della qualità, del rischio clinico, dell'appropriatezza, ecc.

Le culture razionali si pongono al secondo posto poiché le valutazioni superano quelle delle altre culture negli item 12 e 13 (che vedono come protagonista il Dipartimento e il suo funzionamento). Inoltre, la cultura razionale è seconda alla cultura orientata allo sviluppo in 7 item.

Le culture gerarchiche, le più rilevanti del campione in numeri assoluti, mostrano nella quasi totalità dei casi valori più bassi in relazione all'implementazione di logiche e strumenti di governo clinico rispetto alle altre tipologie di culture dominanti. Ottengono una seconda posizione, rispetto alle culture dello sviluppo, solo negli item 4, 5, 6 e 7. Tuttavia, lo scarto con le culture razionali nelle valutazioni di tali item è molto basso.

CONCLUSIONI

Questa indagine sulle culture organizzative prevalenti nelle Aziende Sanitarie e sulle loro possibili relazioni con il governo clinico riteniamo offra più di uno spunto di riflessione.

Innanzitutto, merita di essere evidenziato il dato complessivo, che testimonia come culture organizzative di tipo gerarchico siano ancora largamente prevalenti. Da questo punto di vista, e tenendo conto del tempo ormai intercorso dall'avvio dei processi di "aziendalizzazione" delle organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale, questo risultato parrebbe indicare ancora una consolidata presenza di modelli di relazione tra medici e manager piuttosto "rudimentali".

Descrivendo i risultati relativi agli item sul funzionamento del Collegio di Direzione, si può affermare che le culture orientate allo sviluppo dimostrano una maggiore capacità di coinvolgere il Collegio di Direzione nelle decisioni e discussioni relative alla *clinical governance*. In particolare, nel caso delle culture orientate allo sviluppo sembra esserci un forte *empowerment* del Collegio nel proporre innovazioni cliniche e organizzative e contribuire alla discussione su tematiche critiche per lo sviluppo aziendale in senso più ampio: tale situazione appare coerente con le caratteristiche delle culture dello sviluppo che intercettano le richieste di cambiamento imposte dall'ambiente esterno e rispondono ad esse anche modificando la propria organizzazione per renderla più adeguata ai trend di cambiamento ambientali. Le culture gerarchiche rimangono quelle che meno si adoperano per introdurre nelle riunioni del Collegio le tematiche relative alla *clinical governance*.

Concentrandosi, invece, su quanto i temi della *clinical governance* rientrano nelle attività dei singoli dipartimenti secondo la visione del *senior management* aziendale (che è composto, in maggior parte da Direttori di dipartimento clinico), si evidenzia che anche in questo caso le culture gerarchiche mostrano una minore attenzione alla *clinical governance*. Le culture razionali dispongono di momenti destinati all'audit clinico e utilizzano più facilmente indicatori e target di riferimento per la qualità dei servizi sanitari all'interno dei dipartimenti, situazione quest'ultima che può discendere dalle caratteristiche stesse della cultura organizzativa razionale orientata al raggiungimento di obiettivi misurabili attraverso indicatori di performance. La cultura dello sviluppo, invece, investe particolarmente nella definizione di linee-guida e di percorsi che diano una risposta adeguata alle esigenze dei pazienti – i principali *stakeholder* dell'azienda – e che migliorino l'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia interna.

La finalità dell'analisi è stata quella di verificare se esiste una relazione tra cultura dominante nel *senior management* e grado di attenzione alle tematiche della *clinical governance* a livello di Collegio di Direzione o dipartimentale. Sono state, quindi, indagate le percezioni del *senior management* rispetto all'*empowerment* del Collegio di Direzione e delle attività del dipartimento attraverso un questionario. Ulteriori sviluppi della ricerca potranno condurre alla misurazione dell'impatto delle culture organizzative sullo sviluppo del governo clinico sia attraverso la verifica degli strumenti e delle attività svolte in seno al Collegio di Direzione e nei dipartimenti sia attraverso la valutazione di indicatori *proxy* di risultati di *outcome* che discendono da un'efficace *clinical governance* aziendale. Dall'altro lato si dovrà agire allargando il campione oggetto di analisi prima di poter generalizzare i risultati sopra analizzati.

BIBLIOGRAFIA

Argyris C, Schon DA (1978). *Organization learning*. Reading, MA: Addison-Wesley. Trad. it. (1998). *Apprendimento organizzativo: Teoria, metodo e pratiche*. Milano: Guerini e Associati. [Link alla risorsa]

- Beyer J, Trice H (1988). The communication of power relations in organizations through cultural rites. In: Jones M, Moore M, Sayder R, eds. *Inside organizations: understanding the human dimension*. Newbury Park, Sage.
- Bodega D (1988). La cultura organizzativa. *Sviluppo e Organizzazione* 106.
- Brown (1995). *Organisational culture*. London: Pitman.
- Cameron KS (1985). Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness. Working Paper n. 401b. Graduate School of Business Administration, University of Michigan.
- Cameron KS, Freeman SJ (1991). Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness. *Research in Organizational Change and Development* 5: 23-58.
- Celli PL (1989). Cultura organizzativa e fascino ambiguo della misura. *Sviluppo e Organizzazione* 111: 103-11.
- Child J, Faulkner D (1998). *Strategies of cooperation: managing alliances, networks, and joint ventures*. Oxford: Oxford University Press.
- Collins J (2001). *Good to great: why some companies make the leap... and others don't*. New York: Harper Business. [Link alla risorsa]
- Cyert R, March J (1963). *A behavioural theory of the firm*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Davies HT, Nutley SM, Mannion R (2000). Organisational culture and quality of health care. *Qual Health Care* 9: 111-9. [Link alla risorsa]
- Davies HT, Mannion R, Jacobs R, Powell AE, Marshall MN (2007). Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Med Care Res Rev* 1(64): 46-65.
- De Pietro C, Prenestini A (2008). Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari. In: Anessi Pessina E, Cantù E, eds. *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano: Egea. [Link alla risorsa]
- Deal TE, Kennedy AA (1982). *Corporate cultures*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Engel G (1969). The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician. *J Health Soc Behav* 10(1): 30-41.
- Engel G (1970). Professional autonomy and bureaucratic organization. *Administrative Science Quarterly* 15(1): 12-21.
- Favotto A (2007). Cultura aziendale e modelli di controllo strategico: un'analisi critica. *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale* 107: 695-708.

- Fiore B (2007). Cultura e clima organizzativo: teorie a confronto e necessità di sintesi. *Sociologia e ricerca sociale* 82: 85-105. [Link alla risorsa]
- Fitzgerald L, Ferlie E (2000). Professionals: back to the future? *Human Relations* 53(5): 713-39.
- Gagliardi P (1986). *Le imprese come culture*. Torino: Isedi-Petrini editore.
- Gagliardi P (1986a). The creation and change of organizational cultures: a conceptual framework. *Organization Studies* 7(2): 117-34. Trad. it. (1986). Creazione e cambiamento delle culture organizzative: uno schema concettuale di riferimento. In: Gagliardi P. *Le imprese come culture*, Torino: Isedi-Petrini editore.
- Gerowitz MB (1998). Do TQM interventions change management culture? Findings and implications. *Qual Manag Health Care* 6(3): 1-11. [Link alla risorsa]
- Gerowitz MB, Lemieux-Charles L, Heginbotham C, Johnson B (1996). Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals. *Health Serv Manage Res* 9: 69-78. [Link alla risorsa]
- Gherardi S, Mortara V (1987). Può il concetto di cultura organizzativa contribuire allo studio della pubblica amministrazione ed al suo mutamento? *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione* 1.
- Hall R (1967). Some organizational considerations in the professional-organizational relationship. *Administrative Science Quarterly* 12(3): 461-78.
- Hall R (1968). Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review* 73(1): 92-104.
- Harrison R, Miller S (1999). The contribution of clinical directorates to the strategic capability of the organization. *British Journal of Management* 10: 23-9. [Link alla risorsa]
- Lega F (2006). Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo. In: Anessi Pessina E, Cantù E, eds. *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*. Milano, Egea. [Link alla risorsa]
- Lega F (2008). *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*. Milano: Egea. [Link alla risorsa]
- Lega F, De Pietro C (2005). Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy* 74(3): 261-81. [Link alla risorsa]

- Lega F, Prenestini A (2009). Medico-Manager, medico e manager o management del medico? In: Cantù E, ed. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009. Milano: Egea. [Link alla risorsa]
- Levitt B, March GJ (1988). Organizational Learning. *Annual Review of Sociology* 14. [Link alla risorsa]
- Lewin K (1952). *Field theory in social science*. London: Tavistock.
- Mannion R, Davies HT, Marshall M (2003). *Cultures for performances in health care: evidence on the relationships between organizational culture and organizational performance in the NHS*. York: University of York.
- Mannion R, Davies HT, Marshall MN (2005). *Cultures for performance in health care*. Milton Keynes: Open University Press.
- Mannion R, Fulop N, Greener I (2010). *Changing cultures, relationship, and performance in Local Healthcare Economies (OC2)*. Research report for NCCSDO. [Link alla risorsa]
- Mannion R, Harrison S, Jacobs R, Konteh F, Walshe K, Davies HT (2009). From cultural cohesion to rules and competition: the trajectory of senior management culture in English NHS hospitals, 2001-2008. *Journal of Research in Social Medicine* 102: 332-6. [Link alla risorsa]
- Martin J (2002). *Organizational Culture: mapping the terrain*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Newman J (1996). *Shaping organisational culture in local government*. London: Pitman.
- Nuti S, ed. (2008). *La valutazione della performance in sanità*. Bologna: Il Mulino.
- Ouchi WG (1981). *Theory Z: how American business can meet the Japanese challenge*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Ouchi WG, Wilkins AL (1985). Organizational culture. *Annual Review of Sociology* 11: 457-83. [Link alla risorsa]
- Peters T, Waterman R (1982). *In search of excellence: lessons from America's best run companies*. New York: Harper & Row. [Link alla risorsa]
- Pettigrew AM (1979). On studying organizational cultures. *Administrative Science Quarterly* 24: 570-81. [Link alla risorsa]
- Prenestini A (2008). Il controllo strategico nelle aziende sanitarie pubbliche. *Mecosan* 68: 65-82.
- Quinn J (1978). Strategic change, logical incrementalism. *Sloan Management Review* 20: 7-21. [Link alla risorsa]

- Quinn RE, Rohrbaugh J (1983). A spatial model of effectiveness criteria: toward a competing values approach to organizational analysis. *Management Science* 3: 363-77. [Link alla risorsa]
- Robbins SP (1996). *Organizational behavior: concepts, controversies and applications*. 7th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Romei P (1988). La scuola italiana: cultura organizzativa e prospettive di cambiamento. *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione* 4.
- Schein EH (1964). The mechanism of change. In: Bennis W, Schein E, Steele F, Berlew D, eds. *Interpersonal dynamics*. Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Schein EH (1980). *Organizational psychology*. 3rd edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Schein EH (1981). Does Japanese management style have a message for American managers? *Sloan Management Review* 23: 55-68.
- Schein EH (1983). The role of the founder in creating organizational culture. *Organizational Dynamics*. [Link alla risorsa]
- Schein EH (1984a). Cultura organizzativa e processi di cambiamento aziendali. *Sviluppo e Organizzazione* 84: 21-35.
- Schein EH (1984b). Coming to a new awareness of organizational culture. *Sloan Management Review* 25(4): 3-16. Trad. it. (1986). Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa. In: Gagliardi P. *Le imprese come culture*. Torino: Isedi-Petrini editore.
- Schein EH (1985a). How culture forms, develops and changes. In: Kilmann R, Saxton M, Serpa R et al., eds. *Gaining control of organizational culture*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein EH (1985b). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. it. (1990). *Cultura d'azienda e leadership*. Milano: Guerini e associati.
- Scott T, Mannion R, Marshall MN, Davies HT (2003a). Does organisational culture influence health care performance? A review on the evidence. *J Health Serv Res Policy* 8(2): 105-17. [Link alla risorsa]
- Scott T, Mannion R, Davies HT, Marshall MN (2003b). Implementing culture change in health care: theory and practice. *Int J Qual Health Care* 15(2): 111-8. [Link alla risorsa]
- Selznick P (1957). *Leadership in administration: a sociological interpretation*. New York: Harper & Row.
- Shortell S, Jones R, Rademaker A et al. (2000). Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes

- of care for coronary artery bypass graft surgery patients. *Medical Care* 38(2): 201-17.
- Simons R (1995). *Levers of control. How managers use innovative control system to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press. Trad. it. (1996) *Leve di controllo: i nuovi sistemi per guidare le imprese*. Milano: Franco Angeli. [Link alla risorsa]
- Simons R (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall Inc. Trad. it. Amigoni F, ed. *Sistemi di controllo e misure di performance*. Milano: Egea. [Link alla risorsa]
- Southon G, Braithwaite J (1998). The end of professionalism? *Soc Sci Med* 46(1): 23-8. [Link alla risorsa]
- Taylor WF (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper Bros.
- Weick K (1979). *The social psychology of organizing*. 2nd ed. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Wenger E (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. New York: Cambridge University Press. [Link alla risorsa]
- Williams R (1983). *Keywords: a vocabulary of culture and society*. New York: Oxford University Press.

3 • DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRETTORI DI STRUTTURE COMPLESSE NELLE AZIENDE SANITARIE. ORIENTAMENTI MANAGERIALI E LEADERSHIP

Guido Sarchielli, Giovanni De Plato, Stefano Albertini

INTRODUZIONE

Il governo clinico¹ in questi ultimi dieci anni ha assunto un'importanza sempre più centrale nella gestione e organizzazione e nel funzionamento delle Aziende Sanitarie (Cicchetti et al. 2009). Esso, prima ancora di divenire un insieme di procedure di regolazione delle pratiche organizzative e cliniche, costituisce una *cornice concettuale* entro cui le strutture del servizio sanitario possono riclassificare le loro priorità e rendere conto delle loro scelte, della qualità del loro funzionamento, delle modalità di salvaguardia e del miglioramento dei processi assistenziali e dei loro esiti. Si tratta anche di una finalità generale che, per non rimanere al livello delle buone intenzioni, presuppone un rigoroso esame delle condizioni interne ed esterne e dei meccanismi organizzativi, che possono facilitare il suo progressivo raggiungimento. La tendenza, anche a livello internazionale (Dege-ling 2004), è quella di affrontare l'implementazione della *governance* clinica solo come processo di *top-down management* e di predisposizione di procedure e indicatori formali per cercare di integrare il controllo finanziario, la prestazione dei servizi e la loro qualità cli-

¹ Si vedano le definizioni di governo clinico e *clinical governance* in Grilli e Taroni (2004) e Biocca, Grilli e Riboldi (2008). Ricordiamo, inoltre, la posizione di Braithwaite (2006) che considera la *clinical governance* come un modello manageriale per dare risposte strutturali alle necessità di coordinare le cure e i processi organizzativi di un servizio di qualità rispondendo a logiche di gestione improntate all'efficacia, efficienza e appropriatezza.

nica. Minore, invece, è apparso l'impegno per l'effettivo coinvolgimento dei professionisti che, essendo al centro del lavoro clinico ci si aspetta che possano anche partecipare dal basso e direttamente alla progettazione e gestione dei cambiamenti organizzativi impliciti dell'attuazione del governo clinico. Ciò implica la necessità di un riesame dell'assetto organizzativo delle strutture sanitarie alla ricerca di alternative rispetto ai modelli gerarchico-burocratici tradizionali. La revisione organizzativa richiede anche una verifica del tipo di rappresentazioni e di cultura posseduti dai numerosi attori sociali coinvolti nella *governance* clinica che presuppone di mettere al centro dei processi decisori l'integrazione tra clinici e manager per far fruttare al meglio le loro competenze professionali rispetto agli obiettivi comuni (Alvanzo et al. 2003; Caldwell et al. 2008). L'esigenza di tale integrazione funzionale appare prioritaria per affrontare la complessità insita nei sistemi sanitari sia sul piano meramente conoscitivo sia rispetto al concreto svolgersi dei loro adattamenti alle situazioni e ai cambiamenti sociali. La letteratura internazionale (Wikström e Dellve 2009; Addicott 2008; Roland et al. 2001) risulta concorde nel segnalare l'importanza di tale integrazione, mettendo in evidenza le difficoltà di cambiamento culturale e di modifica delle rappresentazioni personali e sociali e degli atteggiamenti negli attori che progettano e implementano la prospettiva del governo clinico nelle Aziende Sanitarie. Infatti, le caratteristiche di base della *clinical governance* sono sintetizzabili come proprietà funzionali che danno un "nuovo volto" all'organizzazione sanitaria mettendo in discussione il suo assetto burocratico:

- dare priorità ai bisogni dei pazienti e degli utilizzatori dei servizi;
- ricercare un continuo miglioramento della qualità;
- assumere una logica di sistema evitando, in caso di errore, di focalizzarsi solo sulle condotte individuali;
- riconoscere la rilevanza del *teamwork* per gestire processi trasversali e senza chiari confini professionali;
- valorizzare la comunicazione interna ed esterna e il coinvolgimento per condividere informazioni e competenze interprofessionali;

- assicurare l'inclusione dei vari attori nei processi fondamentali e la responsabilizzazione collettiva per i risultati;
- valorizzare le conoscenze e la loro diffusione secondo prospettive di apprendimento dall'esperienza;
- riconoscere il ruolo di una leadership distribuita, aperta alla partecipazione, in grado di ispirare e motivare le condotte lavorative e di delineare un'effettiva agenda delle cose importanti da ottenere fornendo il sostegno necessario a conseguire i risultati attesi.

Ciascuna di tali proprietà può essere riconsiderata anche dal punto di vista degli attori coinvolti ai vari livelli del sistema sanitario (Freeman e Walshe 2004). In tal senso, esse cessano di essere astratte prescrizioni organizzative e implicano invece modalità di adesione, motivazioni e orientamenti cognitivi con cui i diversi professionisti possono cercare di affrontare e gestire la loro realtà organizzativa. In altri termini, assumere una prospettiva di *governance* clinica, esemplificata dalle proprietà sopra accennate, corrisponde all'esigenza di allineare obiettivi organizzativi e intenzioni delle persone e dei gruppi sociali reali. Il fine è quello di indurre cambiamenti non solo di ordine conoscitivo, ma relativi ad atteggiamenti, criteri valoriali, intenzioni e logiche professionali costruiti nel tempo e, probabilmente, non più funzionali alle nuove finalità organizzative.

La letteratura richiamata evidenzia che, al di là di migliori requisiti formali e di regole da rispettare e di intenzioni organizzative da perseguire, i cambiamenti nelle priorità e nei modi di distribuzione delle risorse nella sanità risultano connessi anche a dimensioni in larga parte soggettive, che, nel loro insieme, costituiscono un segnale di cambiamento culturale assai incisivo.

Un caso esemplare di questa tendenza generale, che rimarca la compresenza di elementi strutturali e psicosociali in ogni processo di cambiamento organizzativo, è dato dai cambiamenti inerenti la "leadership nei contesti sanitari". La leadership, pur avendo avuto nel corso degli anni una differente salienza nei modi con cui si sono affrontati i cambiamenti organizzativi, continua a mostrare un nodo concettuale e pratico: il contrasto tra ottica manageriale e medico-sanitaria nell'impostazione delle azioni e dei ruoli direttivi. Numero-

se sono le ragioni di questo contrasto esplorato da tempo (Golden et al. 2000): i differenti modelli di pensiero, sistemi di valore e di status dei professionisti medici rispetto ai manager; i diversi domini di conoscenza specialistica e di expertise clinica che sono poco compatibili con criteri esterni di valutazione riferiti prevalentemente a obiettivi di natura economica e organizzativa; i differenti linguaggi e logiche di individuazione delle priorità che rendono gli scambi comunicativi meno efficaci anche tra quei medici che si sono assunti temporaneamente delle responsabilità manageriali. Al di là delle soluzioni pratiche che si ritrovano in letteratura per attenuare le conseguenze negative di tale contrasto, resta il fatto che le difficoltà di coesistenza di tali due ottiche risultano tuttora al centro delle analisi organizzative dei contesti sanitari (Donaldson e Halligan, 2001; Vera e Hucke 2009).

Il contesto attuale entro il quale operano le organizzazioni sanitarie sollecita un'ulteriore attenzione proprio con riferimento alle esigenze di integrazione e collaborazione tra gruppi professionali messe in risalto dalle prospettive di *clinical governance* e al ruolo decisivo assegnato a chi riveste posizioni di leadership. Del resto, le riforme sanitarie degli ultimi anni in molti Paesi occidentali, in parte *market-oriented*, hanno determinato contesti organizzativi che rischiano la loro sopravvivenza se non adottano sistemi più efficienti per l'uso delle risorse e non riducono le loro perdite o i malfunzionamenti interni nel rapporto con gli ambienti esterni di riferimento (Del Vecchio et al. 2011). Ciò concorre a rafforzare la centralità delle funzioni direttive e a riporre nelle persone che rivestono ruoli centrali per i processi di produzione dei servizi sanitari e sociali responsabilità non solo professionali specifiche, ma anche di natura manageriale.

Nonostante il crescente interesse internazionale per questi temi (Caldwell et al. 2008) non sono presenti, nella letteratura specialistica italiana, molte ricerche teoriche ed empiriche volte a indagare, a livello nazionale, regionale e aziendale, quali dinamiche influenzino l'implementazione delle attività organizzative e gestionali del governo clinico e quale rilevanza assumano in tali processi anche variabili di natura psicosociale, tra le quali possiamo considerare le caratteristiche della leadership nei contesti sanitari.

Il presente capitolo intende fornire un contributo conoscitivo in tale direzione offrendo dati di ricerca² su due figure centrali della leadership espressa nelle Aziende Sanitarie: il Direttore di Dipartimento e il Direttore di Struttura Complessa.

Organizziamo la nostra esposizione nel modo seguente: dopo aver richiamato alcune caratteristiche generali dell'azione direttiva, i diversi paragrafi riportano risultati empirici e osservazioni su aspetti concreti del ruolo dei Direttori, sui loro orientamenti manageriali, sul bilancio soggettivo della loro esperienza e sullo stile di leadership. Le conclusioni intendono sottolineare suggerimenti e implicazioni operative delle analisi fatte.

I RUOLI DI DIREZIONE COME FULCRO PER IL GOVERNO CLINICO: CARATTERISTICHE ED EFFETTI

Il Dipartimento è il modello organizzativo e di gestione delle attività a cui si fa riferimento nel Servizio Sanitario Nazionale,³ anche se vi sono numerose differenze nelle varie Regioni relative ai tempi della sua concreta istituzione. Infatti, esistono diverse forme di traduzione operativa e di effettiva attribuzione delle funzioni previste agli organi, della loro composizione e delle regole di funzionamento. Le determinazioni della Regione Emilia-Romagna in merito all'organiz-

² Essi derivano da uno studio effettuato nell'ambito del programma Regione-Università 2007-2009 per l'area 2 "Governo Clinico" (Regione Emilia-Romagna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma -Università degli studi di Bologna, Facoltà di Psicologia). Esso si proponeva di studiare gli stili manageriali, il contratto psicologico e il tipo di coinvolgimento organizzativo dei Direttori di dipartimento e di Struttura Complessa in Aziende Territoriali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO), Ospedaliero-Universitaria (AOU). Le aziende coinvolte sono state: AOU di Parma, ASL di Cesena, ASL di Forlì, ASL di Parma, ASL di Ravenna, ASL di Reggio Emilia, AO di Reggio Emilia, ASL di Rimini; a tali aziende va aggiunta la ASL di Imola che è stata assunta come azienda pilota per la validazione degli strumenti di ricerca. Il team della ricerca è composto da: Sarchielli G, De Plato G, Albertini S, Mongelli F, Nonni I, Marcacci T, Montali A, Montali F.

³ Si vedano il d.lgs. 502/1992, e il d.lgs. 517/93, l. delega n.419 del 1998, che ha poi portato all'emanazione della legge di riforma 229/99. Le applicazioni del modello sostenuto da tali norme risultano tuttavia, almeno nei primi anni, assai disomogenee in ambito nazionale, come dimostra il contributo di Cicchetti e Baraldi (2001).

zazione delle Aziende Sanitarie⁴ forniscono un'ampia legittimazione del Dipartimento come strumento ordinario per la gestione delle attività aziendali. Esso costituisce la sede di espressione del governo clinico, ossia della prospettiva concettuale e dell'insieme di tecniche di gestione in grado di fondere, in modo equilibrato, la dimensione economico-finanziaria, da un lato, e quella qualitativo-professionale, dall'altro, avendo come base comune l'appropriatezza del servizio.

La gestione del governo clinico rientra nelle responsabilità del Direttore di Dipartimento e di tutti i professionisti coinvolti nelle attività legate al Dipartimento stesso, a diversi livelli e secondo le varie caratteristiche della struttura organizzativa (tipi ed entità delle varie unità organizzative).

Tale affermazione di natura formale e prescrittiva risulta tuttavia assai semplificatoria soprattutto se intesa in termini prevalentemente gerarchico-burocratici (Degeling, 2004). Essa non può nascondere la complessità degli elementi in gioco nel determinare i concreti esiti finali e le modifiche implicite nei requisiti di competenza e personali necessari per svolgere la funzione dirigenziale in un contesto organizzativo assai modificato rispetto al passato.

Infatti, la gestione del governo clinico e i suoi risultati rappresentano, di fatto, il frutto di un ampio insieme di interazioni sociali e di complesse dinamiche relazionali che si instaurano tra differenti livelli organizzativi (la Direzione Generale, gli altri Dipartimenti, le UUOO e le diverse strutture organizzative territoriali e aziendali), tra differenti gruppi professionali e singoli professionisti, tra azienda e realtà esterna.

In tal senso, per dare conto degli effettivi esiti dell'applicazione delle logiche di governo clinico, acquistano un'importanza fondamentale:

⁴ La l. regionale 29/2004 attribuisce alle Aziende USL autonomia imprenditoriale. Esse assicurano la funzione di prevenzione (incluse quelle relative alla sicurezza alimentare e alla sanità animale, diagnosi, cura e riabilitazione) nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali. L'atto aziendale delle Aziende USL disciplina l'articolazione distrettuale delle Aziende stesse e l'organizzazione secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto.

- gli apprendimenti organizzativi in corso d'opera, le capacità di risposta rapida e flessibile alla variabilità delle situazioni ovvero gli adattamenti derivanti dall'esperienza in un contesto specifico;
- la promozione della qualità professionale dei vari ruoli dirigenziali coinvolti nel governo clinico, vale a dire dell'appropriatezza delle competenze richieste per uno svolgimento di alta qualità dei ruoli stessi rispetto sia alla componente clinica sia a quella manageriale e organizzativa (si veda il numero monografico di Fiaso News, 2005).

Inoltre, l'assetto organizzativo basato su Dipartimenti e Strutture Organizzative Complesse (con i connessi compiti di gestione delle funzioni programmatiche, di budgeting e di controllo) mette in luce il superamento dell'"archetipo professionale" medico, caratterizzato dalla pressoché esclusiva focalizzazione di tutti i medici sulle cure del paziente. Nel passato le "burocrazie professionali autonome" dei medici analizzate da Mintzberg (1980) rappresentavano il modello comune per il funzionamento delle strutture sanitarie, basato sulla stretta separazione tra sfera clinica e amministrativa e sulla conseguente duplice linea di comando. Ai gruppi sociali autonomi dei medici erano affidate le responsabilità di definire gli obiettivi clinici, i relativi modi per raggiungerli tramite i trattamenti, l'individuazione e il mantenimento degli standard, la valutazione tra pari dei risultati. In tale tradizionale modello operativo la posizione organizzativa ottimale per i medici risulta collocata a stretto contatto con gli utenti, laddove possono essere messe in atto le competenze mediche specialistiche e prese le decisioni con il massimo di autonomia. La forte separazione tra zone di controllo medico e controllo gestionale implica l'accettazione da parte dei manager di una funzione di supporto e di assicurazione degli obiettivi, mentre ai *professionals* medici è riservato il ruolo chiave di gestione delle cure del paziente. Pertanto, i medici, anche quando svolgono funzioni di comando, sono coinvolti in modo relativamente limitato in compiti gestionali e gli obiettivi generali di equilibrio finanziario delle strutture sanitarie non rientrano pienamente nel comune modo di pensare e di agire dei medici. Essi tendono ad essere caratterizzati da una vocazione professionale clinica che risulta non facilmente permeabile alle esigenze di rivestire funzioni manage-

riali e di adottare, fra i principali criteri di auto ed etero-regolazione, quelli di natura economica e gestionale (Vera e Kuntz 2007).

L'assetto organizzativo dipartimentale mette in discussione il precedente ruolo puramente clinico dei medici e rappresenta attualmente l'ambito di sviluppo di differenti relazioni tra istanze cliniche e manageriali, oltre a costituire uno strumento di traduzione operativa del governo clinico (Braithwaite 2006).

Le tendenze all'incremento dell'efficienza nel funzionamento delle organizzazioni sanitarie e della loro trasparenza decisionale come pure le spinte alla quantificazione dei risultati, all'adozione di incentivi per ottenerli, alla competizione e al riconoscimento dei "diritti di parola" da parte degli stessi utenti sui trattamenti e sui servizi ricevuti vanno nella direzione di integrare le due logiche e di valorizzare l'assunzione congiunta di responsabilità cliniche e manageriali. Ciò comporta anche un ampliamento dei contenuti operativi dei ruoli di direzione e delle competenze cognitive, emotive e pratiche necessarie per svolgerli. Così, ad esempio, per un medico in posizione direttiva, che intende rappresentare un valore aggiunto per la sua organizzazione (Vera e Hucke 2009), sarà necessario non tanto divenire un manager più o meno riluttante, quanto piuttosto assumere logiche di pensiero e di azione che tengano conto degli obiettivi economici in aggiunta a quelli clinici e incrementare le competenze manageriali che li rendano in grado di guidare le persone verso il raggiungimento degli obiettivi collettivi. In sostanza, nelle nuove condizioni organizzative della sanità, chi assume responsabilità direttive si trova di fronte a un insieme di nuovi compiti che richiedono anche conoscenze amministrative e soprattutto manageriali e imprenditoriali (Kumpusalo et al. 2003). La responsabilità di direzione aumenta nel tempo con l'incremento delle posizioni organizzative ricoperte. Infatti, un medico che guida una UO (da semplice o complessa, a un Dipartimento di area sanitaria) deve prendere decisioni di natura clinica e organizzativo-gestionale, spostando progressivamente il suo fuoco di attenzione all'acquisizione e all'uso di strumenti manageriali per la gestione di risorse, economiche e umane, al rafforzamento di valori e intenzioni comuni tra i membri dell'organizzazione e le relazioni con l'ambiente sociale esterno.

In particolare, considerando la struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria e le relazioni e i processi espliciti e impliciti che in essa si sviluppano, è possibile attendersi che il ruolo del Direttore di Dipartimento divenga centrale nella gestione delle relazioni e delle richieste provenienti dai differenti attori organizzativi: Direzione Generale, da un lato, e Direttori di UUOO, nonché utenti e familiari dall'altro. Tali istanze differenti, anche se comprese in un unico sistema che si autodefinisce, in astratto, come sinergico possono talvolta presentarsi come divergenti e conflittuali. Differenze di impostazione concettuale e di condotta e momenti di sinergia fanno capo a un obiettivo comune, quello di erogare un servizio di alta professionalità e qualità di cura. Tuttavia, come ampiamente ribadito dalla letteratura internazionale, gli attori che pongono tali richieste fanno spesso riferimento a culture organizzativo-gestionali differenti (Greenbaum, 1995; Welling, 1995, Hallier e Forbes, 2005): manageriale, dal lato delle istituzioni e delle Direzioni Aziendali; clinica e assistenziale, dal lato dei Dipartimenti e delle UUOO.

In sostanza, i Direttori di Dipartimento (e gli stessi Direttori di Struttura Complessa) ricoprono, nell'ambito delle Aziende Sanitarie locali, una posizione assimilabile a quella di perno di collegamento (*linking pin*), individuata mezzo secolo fa da Rensis Likert (1961) quando intendeva sottolineare le difficoltà che si riscontrano nell'impostare nuovi modelli di direzione aziendale. Tale collocazione intermedia, tra istanze dal basso e dall'alto, diviene fonte di pressioni e criticità nelle interazioni sociali (Cicchetti et al. 2009) che rendono assai complessa la gestione del ruolo direttivo. Esso trova ulteriori elementi di difficoltà, tipici dei contesti ad alta professionalizzazione come quelli sanitari, con l'emergere di un potenziale conflitto di ruolo a livello sia organizzativo (responsabilità attribuite al ruolo versus effettivo campo di azione), sia professionale, ad esempio nel dualismo medico-manager (Lega e Prenestini 2009), sia infine rispetto al senso di appartenenza e al tipo di identificazione con la professione e i colleghi medici, da una parte, e con l'azienda nel suo insieme, dall'altra (Hallier e Forbes, 2005).

Nel percorso ormai decennale di difficile integrazione fra "nuove e vecchie culture gestionali" stimolato dalle prospettive della *clini-*

cal governance, il Direttore di Dipartimento, al fine di perseguire al meglio gli obiettivi del governo clinico, si trova a dover gestire con appropriatezza la propria condizione di “interfaccia” tra queste differenti istanze. Del resto, l’assetto organizzativo standard delle Aziende Sanitarie prevede, da un punto di vista istituzionale, momenti espliciti nei quali può svolgersi questa funzione di interfaccia, da implementare poi nell’attività quotidiana. Essi sono: il Collegio di Direzione, dove egli può confrontarsi, partecipare e condividere le scelte strategiche della Direzione Aziendale e i colleghi Direttori; il Comitato di Dipartimento, dove vi può essere una condivisione delle decisioni e dei programmi dipartimentali con le UUOO e il personale assistenziale afferenti al Dipartimento.

In questi contesti il ruolo del Direttore comprende aspettative riferite a come svolgere la “funzione di ponte” tra istanze diverse, come stimolare la partecipazione e come realizzare la condivisione e trasmissione delle informazioni e, soprattutto, delle decisioni e delle strategie aziendali. In questo modo il governo clinico può diventare il frutto di un sistema di interazioni sociali che coinvolge i diversi attori organizzativi (con diverse specificità professionali e diversi ruoli aziendali). Naturalmente, si tratta di una possibilità da mettere alla prova nei differenti contesti e che si traduce in esiti più o meno soddisfacenti in rapporto alle effettive capacità di direzione messe in atto e alle condizioni interne e esterne facilitanti o ostacolanti tale interazione. È precisamente rispetto al ruolo di Direttore di Dipartimento, e al modo più o meno efficace con cui viene attuata tale funzione di ponte, che si è sviluppata la riflessione scientifica (Lega e Prenestini 2009), ponendo l’interrogativo su quale sia la soluzione migliore per assolvere alle richieste del ruolo stesso: prevedere che siano due distinte persone con competenze differenti (un clinico e un manager), a far fronte alle diverse funzioni dello stesso ruolo, oppure dare in carico a un solo soggetto (il medico-manager), lo svolgimento delle molteplici funzioni che spettano a tale ruolo? È possibile, inoltre, chiedersi se, qualora si preferisca la seconda opzione, l’assegnazione dell’incarico di Direttore di Dipartimento debba privilegiare il migliore dei clinici oppure il migliore dei manager.

I DIRETTORI PARLANO DELLA LORO ESPERIENZA DI COMANDO: ASPETTI METODOLOGICI

Per rispondere a tali domande occorrerebbe disporre di maggiori informazioni sulle caratteristiche concrete delle esperienze di direzione e sulle dinamiche sottese allo svolgimento dei ruoli direttivi da parte dei professionisti. Pertanto cercheremo di fornire un contributo conoscitivo di tipo descrittivo, frutto dell'osservazione di un numero rilevante di Direttori di Dipartimento (DD) e Direttori di Struttura Complessa (DSC). Tale studio va considerato come propedeutico a ulteriori approfondimenti.

L'osservazione non si è svolta in forma libera né secondo una prospettiva etnografica, ma è stata guidata da un *framework* concettuale ricostruito sulla base della letteratura internazionale citata in precedenza e delle informazioni di natura qualitativa ricavate dallo studio esplorativo sulle Direzioni generali delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna (Sarchielli et al. 2011a; Sarchielli et al. 2011b). Tale *framework* si propone di mettere in relazione i tre fattori principali che concorrono a caratterizzare il modo con cui i ruoli direttivi sono svolti: i fattori strutturali, i fattori soggettivi e le competenze. Per *fattori strutturali* s'intendono gli elementi caratterizzanti il contesto organizzativo-istituzionale in cui il Direttore si trova a lavorare (ad esempio, la tipologia di azienda, la Direzione Aziendale, i rapporti dell'azienda con il territorio e le istituzioni locali, l'organizzazione dipartimentale, le Strutture Complesse, l'utenza e il cittadino). Per *fattori soggettivi* assumiamo un insieme di caratteristiche *soft*, di natura psicosociale, per le quali il medesimo ruolo sarà agito differentemente dai vari professionisti, vale a dire le qualità personali, la storia professionale, lo *stile di leadership* (Avolio 1999; Millward e Bryan 2005). A questi si aggiungono: l'*identificazione organizzativa* (Ashforth e Johnson 2002; Hallier e Forbes, 2005; Pratt e Foreman, 2000) ovvero il senso di appartenenza percepito dalla persona, che influenza i comportamenti e il grado di coinvolgimento lavorativo; il *contratto psicologico* tra l'operatore e l'azienda sanitaria (Bianco & Toderi, 2008; Calnan e Rowe 2004, 2006; Gilson et al. 2005), ossia il sistema di aspettative implicite ed esplicite che lega reciprocamente

la persona all'organizzazione. Infine, per i *fattori di competenza*, si intendono le conoscenze e le capacità ritenute necessarie per lo svolgimento dei compiti manageriali del proprio ruolo e che sono distinte da quelle prettamente clinico-assistenziali.

Il modello proposto costituisce l'impalcatura di una survey che intende far emergere i problemi connessi con l'azione direttiva e il funzionamento organizzativo nelle Aziende Sanitarie, con strumenti costruiti ad hoc e validati per ciascuno dei ruoli direttivi considerati.

Sono stati coinvolti tutti i DD e DSC di area medico-sanitaria, appartenenti alle otto Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna di cui alla nota 2 (escludendo dal campione l'ASL di Imola). La rilevazione ha coinvolto, nel complesso, 411 Direttori. Considerando che non è stato possibile raggiungere 14 Direttori sul totale indicato dalle Aziende, sono stati consegnati 397 questionari e ne sono stati riconsegnati 370 (92 DD e 278 DSC). Pertanto, i partecipanti alla ricerca rappresentano il 93% delle persone contattate.

Sono stati somministrati due questionari distinti, uno per i DD e uno per i DSC. Essi presentano molte domande comuni e nel presente capitolo mostreremo, oltre ad alcune specificazioni sulle misure effettuate, gli andamenti delle risposte comuni a entrambi i questionari in modo da cogliere anche diversità di accento connesse con i due ruoli ricoperti.

Su quali principali questioni abbiamo coinvolto i Direttori? Forniamo di seguito le indicazioni per ricostruire il senso generale della rilevazione effettuata esplicitando le seguenti quattro aree di osservazione:

- **Chi sono i Direttori e cosa fanno**

Si fa riferimento alle informazioni socio-anagrafiche di base che permettono di costruire un sommario identikit dell'insieme dei partecipanti alla ricerca. Si sono poi effettuate domande utili a far emergere il *tipo di orario di lavoro settimanale e le attività svolte, i Rapporti con la Direzione generale e rispettive motivazioni, la percezione dell'autorità di riferimento per lo svolgimento del loro ruolo.*

• **Orientamenti manageriali**

Sono stati individuati nuclei di domande in grado di far emergere, in modo indiretto, gli orientamenti dei Direttori verso la loro realtà organizzativa mostrando il loro grado di interesse soprattutto verso ipotesi di miglioramento così declinate:

- *Attività percepite come problematiche.* I Direttori dovevano indicare quale fosse il livello di problematicità percepita rispetto ad alcune attività tipiche del loro ruolo come, ad esempio “Gestire i cambiamenti”, “Delegare le attività ai suoi collaboratori”, “Condividere le informazioni aziendali dalla Direzione alla sua Unità Operativa”.
- *Attività e processi da migliorare nella propria azienda.* Gli intervistati dovevano indicare il livello di problematicità percepito rispetto a una serie di attività lavorative particolarmente importanti sia per il ruolo di DD sia per il DSC.
- *Relazioni percepite come problematiche.* È stato esplorato il livello di problematicità nelle relazioni dei Direttori con i diversi attori organizzativi presenti all’interno dell’ambiente di lavoro e con i cittadini in genere.
- *Competenze ritenute da potenziare.* Si fa riferimento alle competenze da migliorare nella propria attività organizzativo-gestionale, relazionale e di governo clinico, esemplificate con un elenco di dieci item (ricavate dalle interviste ai Direttori Generali e Direttori Sanitari per entrambi i ruoli durante la fase esplorativa della ricerca).
- *Propensione all’innovazione organizzativa.* Riguarda la percezione della propria creatività organizzativa da parte dei Direttori. È stata usata la scala di Innovative Work Behaviour (IWB) proposta da Holman, et al. (2005), di cui era disponibile una versione validata su campione italiano (Massei, Zappalà, 2009).

• **Bilancio soggettivo dell’esperienza**

Si tratta di tre tipi di domande che sollecitano i Direttori a una valutazione soggettiva del tipo di esperienza di direzione nel loro contesto organizzativo:

- *Soddisfazione per differenti aspetti dell'esperienza lavorativa* come, ad esempio, le tecnologie disponibili, le risorse umane assegnate, gli aspetti organizzativi, gli spazi a disposizione e il grado di considerazione della Direzione Generale.
- *Aspetti del ruolo lavorativo*: conflitto, sovraccarico e chiarezza. Sono state indagate le condizioni di lavoro che potenzialmente influenzano l'esperienza lavorativa come ad esempio la percezione di sovraccarico delle richieste rispetto al tempo disponibile, di incompatibilità tra le richieste, nonché di ambiguità o scarsa chiarezza delle informazioni di ruolo. Le dimensioni di conflitto e sovraccarico sono state tratte dal questionario proposto da Peterson, et al. (1995); quella di chiarezza delle informazioni è stata ripresa da Depolo (1998).
- *Contratto psicologico* (dall'azienda ai professionisti e dai professionisti all'azienda). Si sono usate una scala che misura il livello di fiducia percepito (*Trust Scale*, Robinson, 1994) e una domanda sul grado di soddisfazione delle aspettative dei Direttori verso il proprio diretto superiore.

• **Stile di leadership**

È stato misurato per mezzo di una scala validata (Multifactor Leadership Questionnaire, Avolio et al. 1995), qui utilizzata solamente con 12 item/dimensioni riconducibili a tre fattori: considerazione individuale; ricompense contingenti e carisma. Su tale scala è stata richiesta ai DSC l'auto-valutazione dello stile di leadership della propria Unità Operativa e l'etero-valutazione dello stile di leadership del proprio Direttore di Dipartimento. Ai DD è stata chiesta un'autovalutazione del proprio stile di leadership del Dipartimento.

CHI SONO I DIRETTORI E COSA FANNO?

Identikit socio-professionale. Come prevedibile, l'85% dei partecipanti alla ricerca è composto da maschi sia per i DD sia per i DSC. Per entrambi i ruoli l'età degli intervistati si distribuisce similmente, con una concentrazione dei Direttori in una fascia di età compresa tra

i 55 e i 64 anni. In particolare, l'età dei DD risulta in media di 59 anni (da un minimo di 49 a un massimo di 70) quella dei DSC è lievemente inferiore (in media di 57 anni con minimo di 42 e massimo di 71).

Anche l'anzianità di servizio dei due tipi di Direttori risulta simile, seppure con una notevole variabilità segnalata dalla deviazione standard (ds): i DD hanno un'anzianità in media di circa 31 anni con una ds=8.01, mentre i DSC, presentano un'anzianità media di quasi 30 anni con una ds=7.6.

Si osserva una modesta mobilità interaziendale. In media i DD hanno lavorato in due Aziende pubbliche (ds=1.27) così come i DSC (ds=1.3). Da notare in particolare, che il 35% dei DD ha lavorato solamente nell'azienda dove si trova attualmente, mentre fra i DSC, il 41% ha lavorato solamente nell'azienda attuale.

I DD svolgono tale ruolo in media da 6 anni (ds=3.66) e continuano a ricoprire anche un incarico di Direzione di struttura complessa in media da circa 11 anni (ds=5.62), a differenza dei DSC che ricoprono il loro incarico in media da sette anni e mezzo (ds=5.51). Pochi Direttori hanno tale responsabilità da meno di un anno.

Ore di lavoro settimanali e tipo di attività. I DSC riferiscono di essere presenti in azienda in media 44 ore per settimana (ds=10.94) con punte estreme di 56-61 ore (nel 3% dei casi). Vale a dire in media due ore in più dei DD, che appunto riferiscono di essere presenti in media 42 ore per settimana (ds=10.88) con punte estreme di 61 ore (nel 2% dei casi). Rispetto al tipo di attività svolte nell'orario di servizio settimanale, si può notare come i DD dedichino più tempo all'attività organizzativo-gestionale, svolta in media per 24 ore settimanali, rispetto a quanto facciano i DSC, che per tale attività usano 17 ore settimanali. Rispetto al tempo dedicato alle altre attività non si sono registrate differenze rilevanti tra i due ruoli. In particolare, 20 ore sono dedicate mediamente all'assistenza dai DD, cinque alla ricerca e tre alla didattica. I DSC dedicano mediamente 22 ore all'assistenza, cinque alla ricerca e quattro alla didattica. Naturalmente, alcune tipologie di attività sono da intendersi come svolte simultaneamente, pertanto la somma delle ore dedicate alle diverse attività è superiore alle ore effettive di servizio indicate in media.

Percezione dell'autorità. La concezione classica che vede nei medici un gruppo professionale autonomo, una burocrazia professionale autoregolata dall'expertise tecnico-scientifica e da valori interni (Vera e Kuntz, 2007) tende spesso a mettere in risalto le difficoltà degli stessi medici nell'assumere logiche di natura organizzativa adatte a cogliere anche la distribuzione delle responsabilità e del potere in un contesto aziendale. Per questo ci si è proposti di esplorare quale fosse il tipo di *rappresentazione della linea gerarchica* posseduto dai Direttori chiedendo semplicemente di indicare chi ritenessero essere il proprio diretto superiore tra le seguenti figure: Direttore Generale; Direttore Sanitario; Rettore dell'Università,⁵ Preside della Facoltà di Medicina; Direttore di Presidio e, unicamente per i Direttori di Struttura Complessa, Direttore di Dipartimento. Possiamo sottolineare al riguardo non solo una netta differenza tra le indicazioni date dai due differenti tipi di Direttori, ma soprattutto una concezione di "leadership distribuita" che si discosta di fatto dal semplice modello gerarchico e meriterebbe successivi approfondimenti per dare conto delle effettive interazioni tra i Direttori e per comprendere le modalità con cui, in concreto, si svolgono i processi decisionali. Infatti, si può osservare che il 48% dei DD ha indicato come proprio diretto superiore il Direttore Generale, il 32% il Direttore Sanitario, il 2 % il Rettore dell'Università, il 13% il Preside della Facoltà di Medicina. Tra i DSC, il 77% ha indicato come proprio diretto superiore il Direttore di Dipartimento, il 10% il Direttore Generale, il 5% il Direttore Sanitario, il 3% il Rettore dell'Università, il 3% il Direttore di Presidio, l'1% il Preside della Facoltà di Medicina.

Rapporti diretti con la Direzione generale e loro motivazioni. Dal momento che il ruolo direttivo si esplica anche attraverso rapporti più o meno sistematici con l'Alta direzione abbiamo chiesto ai Direttori di indicare in media quante volte, negli ultimi sei mesi, avessero avuto incontri diretti con il Direttore Generale e il Direttore Sanitario. Si evidenzia una netta differenza nella frequenza di tali in-

⁵ Occorre ricordare che nell'insieme delle aziende coinvolte nella ricerca si è compresa anche una Azienda Ospedaliero Universitaria, la AOU di Parma.

contri che, tuttavia, data la loro sistematicità, sembrano costituire una prassi informale consolidata e appaiono necessari per integrare gli organismi ufficiali di comunicazione e partecipazione previsti (Collegi di Direzione e Comitati di Dipartimento), facendo però intravedere la maggiore rilevanza attribuita a rapporti diretti rispetto alle sedi di decisione collettiva. Infatti, i DSC considerano naturale incontrarsi con il Direttore Generale e il Direttore Sanitario una volta al mese (rispettivamente nel 97% e nell'80% dei casi), mentre il numero degli incontri con la Direzione Generale da parte dei DD è tendenzialmente più ampio e variabile nelle scadenze. In particolare, il 65% dei DD incontra il proprio Direttore Generale una volta al mese, il 20% due volte al mese, il 13% oltre tre volte al mese. Il Direttore Sanitario è incontrato dal 42% dei DD una volta al mese, dal 23% due volte al mese, dal 35% oltre tre volte al mese.

Quali sono le ragioni principali che giustificano questi incontri diretti? Vanno anticipate sensibili differenze rispetto ai due tipi di interlocutori della Direzione Generale (il Direttore Generale e quello Sanitario) anche se risultano evidenti le comuni intenzioni di usufruire di un canale diretto per affrontare problemi della vita organizzativa e per l'acquisizione delle risorse percepito come più funzionale rispetto alle sedi di decisione collettiva. Il 42,5% dei DD ha indicato di incontrare il Direttore Generale prevalentemente per motivi di carattere organizzativo; il 20% per contrattare direttamente le risorse; il 15% per consuetudine aziendale; il 13,5% perché convocati; il 4,5% per concordare cambiamenti di attività; l'1,5% per altre motivazioni rispetto a quelle indicate; l'1% per il riconoscimento delle proprie responsabilità. Il 45% dei DD ha indicato di incontrare il Direttore Sanitario prevalentemente per motivi di carattere organizzativo; il 13% per consuetudine aziendale; il 12% per contrattare delle risorse; il 11,5% per concordare cambiamenti di attività; il 12% perché convocati; il 2% per altre motivazioni rispetto a quelle indicate; l'1% per il riconoscimento delle proprie responsabilità.

Le motivazioni dei DSC mostrano una tendenza un po' differente da quella dei DD. Infatti il 29,5% di questi ha indicato di incontrare il Direttore Generale prevalentemente per motivi di carattere organizzativo; il 19% per contrattare le risorse; il 13% per convocazione,

l'8% per motivazioni varie, il 6% per consuetudine aziendale, il 5,5% per concordare cambiamenti di attività, il 3% per il riconoscimento delle proprie responsabilità. Il 38,5% dei DSC incontra il Direttore Sanitario prevalentemente per motivi di carattere organizzativo; il 20,5% per contrattare delle risorse, l'11% per convocazione, il 9% per concordare cambiamenti di attività, il 4,5% per altre motivazioni, il 2,5% per consuetudine aziendale, l'1,5% per il riconoscimento delle proprie responsabilità.

ORIENTAMENTI MANAGERIALI

L'esigenza di assumere orientamenti manageriali in grado di combinare l'interesse per gli scopi primari clinici e di salute con quelli dell'efficienza e dell'equilibrio economico sembrano essere ormai ampiamente riconosciuti dalle organizzazioni sanitarie che si aspettano dai ruoli di direzione un coerente supporto per raggiungere tali scopi (Vera e Hucke 2009). La possibilità di esplorare la presenza di tali "orientamenti manageriali", intesi come attenzione agli aspetti fondamentali del buon funzionamento organizzativo e ritenuti necessari per svolgere con efficacia le azioni direttive connesse con il ruolo dirigenziale, si è concretizzata nella nostra ricerca in modo indiretto. Si sono cioè interpellati i Direttori su ciò che nella loro esperienza quotidiana costituisce un aspetto critico da migliorare e su quali tipi di competenze sarebbero necessarie per conseguire risultati più soddisfacenti. Dal riconoscimento di tali aspetti e dall'intenzione di potenziarne il funzionamento si ricava una sorta di lista di priorità nelle cose da fare per implementare l'azione direttiva che sottolinea anche il tipo di consapevolezza dei Direttori circa l'ampiezza del loro ruolo.

Attività percepite come problematiche. I Direttori hanno indicato, su una scala Likert a quattro livelli (1: pochissimo; 2: poco; 3: molto; 4: moltissimo), quale fosse il livello di problematicità percepita per i seguenti quattro tipi di attività, tipiche della funzione direttiva:

- gestione delle informazioni (*rintracciare prontamente le informazioni quando c'è bisogno, condividere le informazioni aziendali all'interno Dipartimento/UO, diffondere le informazioni aziendali dalla Direzione al Dipartimento/UO*);
- organizzazione (*gestire i cambiamenti, prendere decisione e risolvere problemi in campo organizzativo, organizzare le attività lavorative, delegare le attività ai suoi collaboratori*);
- gestione delle relazioni (*gestire le relazioni interpersonali, lavorare in gruppo, collaborare con altre figure professionali*);
- prendere decisioni e risolvere problemi in campo clinico.

La tendenza generale per i DD e i DSC mostra un andamento simile, caratterizzato da una modesta problematicità media di tali azioni (punteggio medio di poco superiore a 2) anche se la sensibile deviazione standard, in genere superiore a 0.7, lascia intravedere un certo numero di situazioni di particolare difficoltà nello svolgimento del lavoro dirigenziale che stanno a cuore ai Direttori. Inoltre, appaiono di interesse i seguenti risultati: il riconoscimento di una tendenziale maggiore criticità delle attività di natura organizzativo-gestionale che probabilmente richiedono un supplemento di competenze specifiche per essere svolte con efficacia; i punteggi più elevati (in 10 su 11 casi) assegnati dai DSC che, quindi, rilevano una maggiore problematicità delle diverse attività richieste dal loro ruolo. Una sola attività ha ricevuto da entrambi i Direttori un punteggio assai elevato (*la gestione dei cambiamenti*: $M=2.84$; $ds=.71$) che merita attenzione in relazione alla funzione cruciale dei Direttori nell'implementazione dei processi di trasformazione aziendale in atto. La *gestione delle relazioni interpersonali* risulta un'attività percepita come più problematica solo da parte dei Direttori di Struttura Complessa ($F=6.65$; $p<.01$), mentre l'attività indicata da entrambi i Direttori come meno problematica riguarda il *prendere decisioni e risolvere problemi in campo clinico* ($M=1.91$; $ds=0.83$) dal momento che essa, rappresentando un'estensione della expertise tipica del ruolo medico, sembra essere più familiare e gestibile da entrambi i tipi di Direttori.

Attività e processi da migliorare nella propria azienda. Anche il modo con cui i Direttori osservano la loro situazione identificando i possibili punti di miglioramenti fornisce informazioni sul grado di “orientamento manageriale” posseduto e sulla sensibilità nel farsi carico delle criticità riscontrate nel lavoro quotidiano. Anche in questo caso i Direttori valutavano su una scala Likert a quattro livelli (1: pochissimo; 2: poco; 3: molto; 4: moltissimo) una serie di attività e processi organizzativi della propria azienda:

- il sistema premiante (*la corrispondenza delle retribuzioni al lavoro svolto e ai meriti; il sistema di distribuzione degli incentivi; nuove forme di riconoscimento del lavoro organizzativo-gestionale*);
- il sistema decisionale (*l’ascolto delle proposte da parte della Direzione aziendale; la trasparenza nelle decisioni aziendali*);
- alcuni processi organizzativi (*la circolazione e la chiarezza delle informazioni; i sistemi di valutazione del personale; la chiarezza degli obiettivi e dei compiti; la struttura organizzativa e i processi di lavoro; la chiarezza di ruoli e gerarchie*).

Il dato che emerge può essere considerato come di notevole rilievo per la comprensione delle funzioni direttive nei contesti sanitari. Infatti, entrambi i tipi di Direttori esprimono mediamente la necessità di migliorare tutte le attività e i processi organizzativi oggetto di valutazione (con valori medi intorno al tre per otto delle 10 attività elencate). Per di più, considerando le relative deviazioni standard (in media intorno a .8) è possibile riconoscere come per alcuni ambiti entrambi i Direttori segnalino l’importanza di prendere provvedimenti migliorativi che vanno nella direzione di arricchire la qualità dei processi organizzativi anche per poter svolgere meglio la funzione dirigenziale. L’interesse manageriale si concentra sul sistema premiante, percepito come non corrispondente alle attese, ma anche sul sistema decisionale ritenuto da migliorare. I giudizi più netti che esplicitano l’esigenza di cambiamento si hanno da parte dei DSC per la maggioranza delle attività proposte (otto su 10) e si rilevano differenze statisticamente significative nel confronto fra i punteggi medi relativi ai differenti ruoli rispetto alla *trasparenza nelle decisioni aziendali* ($F=4.48$, $p=.03$),

all'ascolto delle proposte da parte della Direzione aziendale ($F=7.68$; $p=.01$) e, in misura quasi significativa, alla struttura organizzativa e ai processi di lavoro ($F=3.25$; $p=.07$), ambiti percepiti, soprattutto da parte dei DSC, come particolarmente delicati.

Problematicità delle interazioni tra ruoli. La nuova organizzazione aziendale prevede un'ampia articolazione delle interazioni tra ruoli e numerose relazioni intra-organizzative e con differenti *stakeholders*. Tale ampio insieme di relazioni formali e informali rappresenta una sfida importante per definire e scegliere gli orientamenti operativi più efficaci nello svolgimento dei ruoli di direzione. Pertanto, abbiamo chiesto ai Direttori di indicare su una scala Likert a quattro passi (1: pochissimo; 2: poco; 3: molto; 4: moltissimo) quale fosse il livello di problematicità percepita rispetto alle proprie relazioni con differenti figure organizzative sovra e sotto-ordinate, gruppi professionali presenti nella propria azienda, utenti e loro familiari: Direttore Infermieristico, Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Colleghi di altre UUOO del proprio Dipartimento, Direttore di Presidio, Direttori di altri Dipartimenti, Referente Assistenziale Dipartimentale, Colleghi della propria UO, Personale addetto all'assistenza, Altro personale, Caposala/Capotecnico, Pazienti/Utenti e Familiari dei pazienti.

In media emerge poca o pochissima problematicità nelle relazioni (tutti gli item hanno ottenuto una media inferiore a 2.00, anche se con ds in media di .7). Solamente rispetto al Direttore Infermieristico la media, comunque inferiore a un livello di effettiva criticità, è stata di 2.06 (con ds di .86). Nel confronto fra i punteggi medi relativi ai differenti ruoli emergono differenze statisticamente significative rispetto alla relazione con il Direttore Infermieristico ($F=6.81$, $p=.01$) e con il Referente assistenziale dipartimentale ($F=5.50$, $p=.02$), viste come maggiormente problematiche dai DSC; anche la relazione con il Direttore Sanitario risulta tendenzialmente (ovvero sfiorando la significatività) più problematica per i DSC ($F=3.24$, $p=.07$), mentre quella con i colleghi di altre Unità Operative del proprio Dipartimento risulta un po' più critica per i DD ($F=3.24$, $p=.07$).

Competenze ritenute da potenziare. La letteratura internazionale (McCall 2004) sottolinea da tempo l'esigenza di sostenere la «professionalizzazione» di chi assume responsabilità direttive in ambito sanitario anche nei domini di conoscenza e pratica operativa di tipo manageriale poiché la padronanza di queste “competenze non mediche” risulta correlata con migliori performance organizzative. Del resto, numerosi studi (Hogan e Warrenfeltz, 2003) hanno cercato di identificare insiemi di competenze rilevanti e specifiche per le diverse posizioni gerarchiche proprio in relazione alla loro potenziale efficacia nel facilitare esiti di successo. Tali insiemi si riferiscono ad attributi osservabili nella condotta (come ad esempio, skill comunicative, capacità di lavorare in gruppo, pianificare le azioni, ecc.) e abilità non osservabili (come atteggiamenti, stima di sé, estroversione e carisma), ma rilevabili con assessment individuali. Essi sono analizzabili non solo come capacità possedute e già esprimibili nella condotta, ma anche come atteggiamenti, preferenze e valutazioni di importanza nel presupposto che le persone con una positiva propensione verso di esse tenderanno anche a impegnarsi di più nell'apprenderle o potenziarle (Hogan e Kaiser 2005). Pertanto, ci siamo mossi in questa direzione facendo esprimere i Direttori, mediante una scala Likert a quattro livelli (1: pochissimo; 2: poco; 3: molto; 4: moltissimo), su quanto ritenessero di dover potenziare alcune grandi aree di attività all'interno delle quali sono presenti categorie di competenze utili per le attività inerenti al loro ruolo:

- area del governo clinico (*risk management, governo clinico, qualità e accreditamento*);
- area delle relazioni (*gestione del conflitto, lavoro di gruppo, competenze relazionali, gestione del personale*);
- area gestionale (*problem solving, gestione organizzativa, gestione del budget*).

Sia i DD che i DSC risultano consapevoli di dover potenziare tutte le competenze elencate (i valori medi si avvicinano a tre con ds di circa 0.8) segnalando in tal modo l'esigenza di allineare le loro capacità attuali alle necessità di svolgimento adeguato dei ruoli direttivi.

In particolare, i tipi di competenza verso i quali si mostra una più netta propensione al miglioramento riguardano il *risk management* ($M=2.85$; $ds=0.76$); la *gestione del conflitto* ($M=2.84$; $ds=0.84$) e il *governo clinico* ($M=2.80$; $ds=0.78$). Non emergono differenze statisticamente significative nel confronto fra i punteggi medi relativi ai differenti ruoli.

Orientamenti verso l'innovazione. I cambiamenti organizzativi nella sanità, connessi con l'assetto dipartimentale delle aziende e le prospettive del governo clinico, possono usufruire anche di un terreno favorevole dato dalla presenza di orientamenti positivi verso l'innovazione da parte dei Direttori. Restiamo in questo modo sul piano delle "competenze non mediche" o non tecniche che possono arricchire i ruoli direttivi indirizzandoli verso la promozione o l'accettazione dei cambiamenti stessi e, in ogni caso, riducendo le possibili resistenze personali o collettive a implementarli. Si è esplorata questa problematica mediante una scala Likert a quattro livelli (1: mai; 2: raramente; 3: abbastanza spesso; 4: sempre) che indicava un insieme di condotte o attività di innovazione che, in parte, riprendono o specificano aspetti relativi alle esigenze di miglioramento organizzativo già espresse sopra e di cui i Direttori appaiono consapevoli. Esse riguardano sia la generazione o la proposta di innovazioni (*Generare idee, Trovare nuovi modi di fare le cose, Proporre di fare le cose in modo diverso, Avere idee su come migliorare le cose, Proporre le nuove idee agli altri, Suggestire come migliorare le cose*) sia l'applicazione concreta delle proposte fatte (*Vedere le sue idee adottate dall'azienda, Realizzare le sue proposte per fare le cose in modo diverso, Applicare i suggerimenti ideati per migliorare le cose*). Nel complesso emerge una buona sensibilità e disponibilità di entrambi i tipi di Direttori verso l'innovazione dal momento che i valori medi (superiori a 2.70, con $ds=0.50$) indicano che i suggerimenti di nuove idee tendono a verificarsi abbastanza spesso. Tuttavia, va rilevato un possibile punto critico di interesse generale. Si ha, infatti, una maggiore propensione a elaborare proposte di nuove idee o modi di attuare il lavoro piuttosto che all'effettivo riconoscimento delle applicazioni e delle realizzazioni pratiche da parte aziendale. In un certo senso compare un potenzia-

le contrasto tra teoria e pratica: mentre vi è una spinta a farsi carico di proposte e sono apprezzate le idee di cambiamento queste rischiano poi di rimanere spesso inapplicate, frustrando la stessa proattività manageriale dei Direttori. Sono comunque i DSC che appaiono tendenzialmente più orientati all'innovazione (punteggio più elevato in 7 su 9 attività) con differenze significative rispetto al *trovare nuovi modi di fare le cose* che risulta più netto per i DSC rispetto ai DD ($M=2.96$; $M=2.84$; $F=4.2$ $p=.04$). Questi ultimi comunque segnalano di *vedere adottate le loro idee dall'azienda* in misura significativamente più elevata rispetto ai DSC ($M=2.65$; $M=2.33$; $F=16.46$; $p=.00$).

BILANCIO SOGGETTIVO DEL RUOLO SVOLTO

Soddisfazione lavorativa. Lo studio della soddisfazione lavorativa ha una rilevanza notevole per comprendere numerosi atteggiamenti e condotte positive manifestate sul lavoro (come, ad esempio, l'impegno verso i risultati) o extra-ruolo, come fornire sostegno ai colleghi e collaboratori o altre condotte sociali altruistiche. Essa è teoricamente definibile in vari modi (Sarchielli e Fraccaroli 2010): come uno esito favorevole sul piano emotivo dell'esperienza svolta; come una valutazione di ordine cognitivo relativa alla mancanza di discrepanze tra realtà lavorativa e aspettative o alla presenza di caratteristiche del lavoro e del contesto organizzativo di particolare attrattiva (come il grado di autonomia, un valido sistema premiante, la varietà e l'importanza del lavoro svolto, ecc.). Ci siamo mossi in questa seconda prospettiva stimolando la valutazione dei Direttori su alcuni aspetti della loro realtà lavorativa mediante una scala Likert a quattro livelli (1: pochissimo; 2: poco; 3: molto; 4: moltissimo). Gli aspetti considerati riguardano tre grandi categorie di contenuti riferiti alla complessità dei compiti di direzione:

- i mezzi disponibili (*spazi a disposizione, risorse umane assegnate, tecnologie a disposizione, aspetti organizzativi*);
- le relazioni (*il rapporto con i Direttori di altri Dipartimenti/di altre UUOO, il rapporto con i colleghi della propria UO*);

- i ricavi anche non materiali (*la retribuzione che riceve, grado di considerazione dalla Direzione Generale*).

A queste si aggiunge un giudizio globale sul proprio *ruolo di Direttore*.

In generale, emerge un livello medio-alto di soddisfazione (media generale=2.70) anche se si può notare come i DSC siano a un livello costantemente inferiore a quello espresso dai DD su ciascun aspetto e che la deviazione standard sia sempre abbastanza elevata (intorno a .70), segnalando con ciò la presenza di situazioni abbastanza polarizzate. Vanno rilevati, soprattutto, alcuni aspetti nei confronti dei quali vi è, in media, scarsa soddisfazione da parte di entrambi i tipi i Direttori. Esse riguardano sia i mezzi disponibili sia i ricavi dal lavoro: la retribuzione ricevuta ($M=2.29$; $ds=0.71$); gli spazi a disposizione ($M=2.38$; $ds=0.85$); le risorse umane assegnate ($M=2.43$; $ds=0.73$).

Nel confronto fra i punteggi medi relativi ai differenti ruoli, solamente in tre aspetti emerge una differenza statisticamente significativa, con sempre minor soddisfazione da parte dei DSC: la retribuzione ricevuta ($F=10.25$; $p<.01$), le risorse umane assegnate ($F=4.76$; $p=.05$), il grado di considerazione dalla Direzione Generale ($F=14.05$; $p<.01$).

Per quanto riguarda il giudizio complessivo sul ruolo di Direttori il giudizio risulta molto positivo seppure in maniera più ridotta da parte dei DSC.

Conflitto, sovraccarico e chiarezza di ruolo. Nello svolgimento dei ruoli di direzione possono verificarsi situazioni di incompatibilità tra le aspettative di ruolo, di ambiguità nei modi e nelle priorità da seguire, di molteplicità delle richieste in un tempo prestabilito. Tali caratteristiche dei ruoli sono state spesso studiate in relazione agli effetti che possono determinare: difficoltà nel prendere decisioni, errori individuali, fatica, possibili esiti di frustrazione e differenti forme di stress lavorativo (Fisher e Gitelson 1983). Abbiamo sondato, tramite scale Likert a quattro livelli (da 1: completamente in disaccordo; 2: in disaccordo; 3: d'accordo; 4: completamente d'accordo), tratte dalla

letteratura specialistica, quali tipi di percezioni del proprio ruolo mostrassero i Direttori.

I punteggi indicati per la percezione di sovraccarico, di conflitto e di chiarezza di ruolo non si discostano molto dalla media generale per entrambi i ruoli, che si rivela comunque abbastanza alta (intorno a 2.50) soprattutto considerando la deviazione standard di .50 che mostra la presenza di situazioni nelle quali sovraccarico e conflitto possono divenire problematiche. I valori critici si riscontrano nel *sovraccarico lavorativo* ($M=2.69$; $ds=.45$) e nel *conflitto di ruolo* ($M=2.60$; $ds=.55$), mentre una relativa minore difficoltà si riscontra nella *chiarezza del proprio ruolo* seppure anche qui con una deviazione standard significativa ($M=2.44$; $ds=0.64$). Rispetto al sovraccarico lavorativo si registra una differenza statisticamente significativa tra i DD che lo avvertono in misura maggiore dei DSC ($M=2.57$ vs. $M=2.73$; $F=8.84$; $p=.000$).

Queste percezioni relative al proprio ruolo risultano di particolare rilievo poiché si connettono a numerose altre variabili che aiutano a descrivere la situazione sperimentata dai Direttori.

Infatti, l'analisi correlazionale per entrambi i tipi di Direttori mostra come al crescere del conflitto di ruolo tenda a crescere anche la percezione di sovraccarico lavorativo (in entrambi i casi, l'indice di correlazione r va da .36 a .23 con $p<.01$) e a ridursi il livello di chiarezza delle aspettative e delle condotte inerenti l'azione direttiva (indice r tra -.24 e -.16, con $p<.01$).

Ma vanno segnalate le specificità dei due ruoli direttivi:

- Per i DD si esplicitano alcune delle tendenze che avevamo previsto nel paragrafo *I Direttori parlano della loro esperienza di comando: aspetti metodologici* (p. 129) come tipiche della posizione di direzione e particolarmente critiche per la sua traduzione operativa nei contesti sanitari. Ci si riferisce al fatto che il conflitto di ruolo risulta significativamente correlato con la problematicità nel lavoro di gruppo ($r=.240$; $p<.05$), con i colleghi di altre Unità Operative ($r=.236$; $p<.05$), nel gestire i cambiamenti ($r=.23$; $p<.05$). Inoltre, quanto più aumenta il conflitto di ruolo tanto meno i DD si sentono soddisfatti per le risorse assegnate ($r=-.25$; $p<.05$) e per gli

aspetti organizzativi del loro lavoro ($r=-.23$; $p<.05$). La percezione di sovraccarico lavorativo risulta ancora più netta ed estesa nelle sue associazioni con aspetti importanti del ruolo direttivo. Infatti, quando aumenta il sovraccarico si eleva anche il livello di problematicità rispetto ad altri ruoli organizzativi con cui i DD devono interfacciarsi: il Direttore Generale ($r=.373$; $<.01$), il Direttore Amministrativo ($r=.316$; $<.01$), i colleghi di altre Unità Operative del proprio Dipartimento ($r=.310$; $<.01$) e i colleghi della propria Unità Operativa ($r=.308$; $<.01$). Va poi notato che il sovraccarico lavorativo correla positivamente con la percezione generale che vi siano delle attività problematiche dal punto di vista organizzativo ($r=.361$; $<.01$), nella gestione delle relazioni interpersonali ($r=.352$; $<.01$) e nella delega delle attività ai collaboratori ($r=.335$; $<.01$). Il sovraccarico lavorativo correla invece, negativamente, con la soddisfazione dei DD per diversi aspetti legati al proprio lavoro, in particolare con la soddisfazione per il rapporto con i colleghi della propria Unità Operativa ($r=-.371$; $<.01$), con la soddisfazione complessiva per il ruolo di Direttore di Dipartimento ($r=-.327$; $<.01$), con la soddisfazione per il rapporto con i Direttori di altre Unità Operative ($r=-.303$; $<.01$).

La chiarezza di ruolo è correlata positivamente con l'autovalutazione dei Direttori di Dipartimento della propria creatività organizzativa ($r=.309$; $p<.01$) e con la loro soddisfazione per le risorse umane assegnate ($r=.245$; $p<.05$).

- Per i DSC si hanno andamenti ancora più netti. Infatti, al crescere del conflitto di ruolo quasi tutti gli aspetti di soddisfazione lavorativa tendono ad abbassarsi (con valori di r tra $.22$ e $.15$, tutti significativi per $p<.01$). Inoltre, le relazioni con gli altri ruoli organizzativi, in particolare il Direttore di Dipartimento e i colleghi della propria UO, sono più problematiche (r intorno a $.18$, con $p<.01$). Anche la gestione degli aspetti organizzativi (gestione del cambiamento, prendere decisioni per risolvere problemi, ecc.) cresce nel suo livello di problematicità con l'aumento del conflitto di ruolo (con valori di r tra $.22$ e $.15$ con p tra $<.01$ e $<.05$). In sostanza, il sovraccarico lavorativo mostra di riflettersi su numerosi aspetti dell'esperienza dei DSC. Quando esso cresce tende a calare la soddisfazione

rispetto ad alcuni aspetti del lavoro, come la soddisfazione complessiva per il ruolo di Direttori di Unità Operativa ($r=-.197$; $p<.01$) oltre che la retribuzione ($r=.186$; $p<.01$), il prestigio professionale ($r=-.164$; $p<.01$) e gli aspetti organizzativi ($r=-.156$; $p<.05$); invece, tende a elevarsi la problematicità delle relazioni con diversi ruoli organizzativi, in particolare con altro personale ($r=-.241$; $p<.01$), con utenti e loro familiari ($r=.231$; $p<.01$). Inoltre, il sovraccarico avvertito dai DSC correlandosi con molti aspetti organizzativi, mette in evidenza la necessità di migliorare le attività ($r=.234$; $p<.01$) o le competenze da potenziare, come, ad esempio, la gestione del personale ($r=.206$; $p<.01$). Anche per i DSC la percezione della chiarezza dei ruoli svolge una funzione positiva nel senso che quando essa cresce tendono a migliorare il grado di soddisfazione per il lavoro, in particolare per gli aspetti organizzativi ($r=.250$; $p<.01$) e le opportunità di carriera ($r=.192$; $p<.01$), come pure la propria creatività organizzativa ($r=.211$; $p<.01$) e la convinzione che le proprie idee possano essere applicate ($r=.260$; $p<.01$).

Contratto psicologico. Il costrutto teorico del *contratto psicologico* riguarda la percezione degli obblighi reciproci che vengono assunti implicitamente tra datore di lavoro e dipendente, ossia cosa entrambi ritengono di dover dare e si aspettano di dover ricevere nello scambio lavorativo, al di là di quanto formalmente stabilito nel contratto di assunzione (Rousseau, 1995). In tal senso, questo costrutto identifica un possibile *gap* percettivo nelle relazioni tra lavoratore e organizzazione che ha profondi effetti sugli atteggiamenti e sulle condotte. Ciò avviene direttamente e in termini positivi come dimostrano le numerose ricerche che collegano il soddisfacimento del contratto psicologico con l'aumento dell'impegno e del coinvolgimento organizzativo, della soddisfazione lavorativa, delle relazioni lavorative, dei comportamenti altruistici e della qualità delle prestazioni. Il contratto psicologico può influenzare negativamente l'esperienza di lavoro quando viene in qualche modo violato ovvero le aspettative reciproche risultano disattese. In questo caso i legami anche affettivi con l'organizzazione si allentano e compaiono delusione, frustrazione, insoddisfazione e disimpegno lavorativo. Appare plausibile ritenere che, anche in

ambito sanitario (Bunderson 2001), questo costrutto possa dar conto di risposte inadeguate da parte dei professionisti quando, ad esempio, si modificano in modo inatteso o non concertato aspetti importanti del lavoro, delle procedure, delle regole o delle priorità lavorative. In tal senso, molti cambiamenti organizzativi nel modo di lavorare, nei ruoli assegnati ai professionisti (ad esempio, il tipo di equilibrio tra funzione di medico e manageriale) o negli obiettivi da raggiungere da parte dei dirigenti, seppure in astratto ragionevoli, possono essere interpretati come una *violazione delle aspettative* e, dunque, divenire una fonte di disagio, di demotivazione e di abbassamento della partecipazione alla vita organizzativa. Naturalmente, il contratto psicologico non è imm modificabile. Esso ha un carattere dinamico connesso alla formazione delle aspettative e alla loro evoluzione, collegabile con i cambiamenti del contesto esterno (ad esempio, i cambiamenti del mercato del lavoro, le riforme della sanità, la riorganizzazione delle Aziende Sanitarie, i nuovi orientamenti del governo clinico, ecc.). Gli effetti negativi sopra accennati (derivanti dalla violazione delle aspettative) sono probabili quando i cambiamenti non risultino, almeno implicitamente, concordati tra lavoratore e organizzazione. Un punto fondamentale da ricordare è la natura relazionale e fiduciaria del contratto psicologico ovvero l'aspettativa di fiducia nel perseguimento degli impegni reciproci condivisi (Gilson et al., 2005) anche in caso di cambiamenti necessari. La fiducia, intesa come aspettativa che gli altri si comportino in modo coerente con quanto ci si attende (indipendentemente dall'adozione di meccanismi coercitivi di controllo) giustifica il coinvolgimento e la persistenza delle motivazioni finalizzate a conseguire gli obiettivi anche sul piano delle prestazioni.

Questa dimensione è stata esplorata mediante una scala Likert a quattro livelli (da 1: massimo disaccordo a 4: massimo accordo) che sottolineava i seguenti aspetti: la fiducia ricevuta, l'apertura relazionale, l'integrità, la chiarezza di motivazioni e intenzioni, la correttezza, la coerenza e trasparenza di trattamento e che ha mostrato un'attendibilità elevata ($\alpha=.97$). Il grado di soddisfazione delle aspettative è misurato invece con scala ad item singolo, sempre con risposta a quattro livelli (da 1: per niente soddisfatte a 4: totalmente soddisfatte).

Il punteggio medio relativo al contratto psicologico (nella sua dimensione complessiva di fiducia) risulta di 3,22 ($ds=0.52$) per i DD e di 3,02 (0.64) per i DSC. Ciò indica, per entrambi i ruoli, un buon grado di fiducia percepita verso il proprio superiore, anche se va sottolineata la differenza nelle medie in favore dei DD, che risulta statisticamente significativa ($F=7.37$; $p<.01$). Anche per quanto riguarda il soddisfacimento delle aspettative si hanno valori positivi seppure meno netti. I DD mediamente ritengono soddisfatte le proprie aspettative da parte del proprio superiore ($M=3.00$; $ds=0.70$), così come i Direttori di Struttura Complessa ($M=2.83$; $ds=0.79$), pur evidenziando per questi ultimi la possibilità di casi di minor soddisfazione. Va poi notata la notevole deviazione standard che lascia intravedere situazioni preoccupanti di mancata soddisfazione e di rischio per l'equilibrio del contratto psicologico. Sono comunque i DSC meno soddisfatti dei DD, anche se la differenza tra i punteggi medi relativi ai differenti ruoli sfiora la significatività statistica.

LO STILE DI LEADERSHIP DEI DIRETTORI

Vi è un'ampia letteratura scientifica sulla leadership (Carroll et al. 2008), anche in ambito sanitario, che ha dedicato un forte impegno per identificare:

- le qualità che un leader dovrebbe possedere assumendo l'importanza di aspetti come confidenza, ottimismo, carisma, per attivare relazioni efficaci con i collaboratori;
- le condotte che dovrebbero essere esibite nel contesto di lavoro (ad esempio, ispirare gli altri, influenzare e plasmare i diversi ruoli, ecc.);
- i diversi tipi di intelligenza necessarie a decifrare le situazioni incontrate (emotiva, relazionale, cognitiva) e a prendere decisioni;
- gli orientamenti prevalenti verso gli obiettivi da conseguire (con la tradizionale distinzione tra "attenzione sui compiti" o "centratura sulle persone");

- la natura del lavoro direttivo (centrato sugli aspetti interpersonali, sugli adattamenti necessari a mantenere in equilibrio il gruppo o il sistema, sulle prospettive strategiche delle azioni richieste e svolte).

Rispetto a queste differenti aree di fenomeni che informano la leadership in un contesto organizzativo si sono sviluppati numerosi modelli teorici, tipologie di leadership e descrittori (Avolio et al. 2009), che enfatizzano uno o più aspetti specifici dello stile di leadership (ovvero del modo con cui viene esercitata l'azione direttiva), liste di competenze che mostrano in generale, e spesso con un elevato livello di astrazione, ciò che i leader dovrebbero padroneggiare per svolgere bene la loro funzione. Mentre sono assai ricche le indicazioni sul *perché* una leadership dovrebbe essere migliorata o sul *cosa* la caratterizza (contenuti e competenze che essa dovrebbe possedere), non vi è tuttavia un chiaro consenso sul *come* la leadership dovrebbe essere esercitata nella pratica (Chia 2004). Così si ha un'impressione di delusione rilevando, di frequente, che molte persone che hanno ruoli di responsabilità dirigenziale e intendono assumere una funzione di leader tendono a sapere e saper parlare della leadership in termini ideali (cos'è la *vision*, le strategie, l'ispirazione, l'impegno che essa comporta), ma poi risultano meno chiari e incisivi nel dire o specificare cosa fanno per tradurre operativamente tali modelli ideali, quali set di pratiche distintive possono mostrare effettivi esiti positivi nella situazione organizzativa concreta. La distanza tra "teorie professate" e "teorie in uso" (nel senso indicato da Argyris e Schön 1996) è ancora assai elevata e ciò giustifica l'interesse a far parlare gli stessi attori – nel nostro caso i Direttori – su ciò che è comunque rilevante nello svolgimento della loro funzione di comando. Uno dei cambiamenti principali negli studi sulla leadership concerne il passaggio dall'interesse sulle caratteristiche individuali del leader alle differenti forme della sua interazione con gli altri nello stesso contesto, con la possibilità quindi di mettere in risalto le dinamiche relazionali, sociali, i gradi di condivisione e distribuzione della leadership e i suoi numerosi effetti organizzativi. Si viene quindi a giustificare il superamento di una concezione basata sullo scambio utilitaristico tra leader e follower in favore di una relazione più complessa, centrata su aspetti

simbolici, emozionali e morali dello scambio e sull'attenzione individualizzata alle aspettative di reciprocità e al coinvolgimento personale nell'impresa organizzativa. Se i modelli tradizionali di leadership (e in generale di azione direttiva) potevano essere coerenti con tipi di aziende gerarchico-burocratiche e con processi lavorativi standardizzabili, le nuove forme di leadership corrispondono meglio a sistemi sociali, tecnici e di lavoro più complessi, meno prevedibili, con forti tassi di interazione sociale tra persone e gruppi. Anche per tale ragione soprattutto negli ambiti sanitari e dei servizi si sono sviluppati modelli di *leadership trasformativa* in opposizione a quelli di natura *transazionale*, che tendono invece a focalizzarsi, prevalentemente, sugli aspetti formali del comando, sugli obiettivi, sulla pianificazione e il controllo, spesso non impegnandosi per una chiara comprensione e coinvolgimento da parte dei collaboratori su tali dimensioni.

In particolare, coloro che sono coinvolti nello sviluppo della *clinical governance* possono ricavare elementi di sostegno e rinforzo per la loro azione di direzione dalla concezione di leadership trasformativa (Detmer e Ford 2001). In proposito Walsh (2000) ha notato che tale orientamento di leadership risulta molto coerente con i valori e la cultura della *clinical governance* e dovrebbe caratterizzare coloro che assumono funzioni di comando ai vari livelli dell'organizzazione. Infatti, la leadership trasformativa è caratterizzata (Walumbwa e Hartnell, 2011) da un'attenzione alla visione degli scopi importanti da raggiungere, dall'impegno di comunicare tale visione ai collaboratori, dallo sforzo di ispirare fiducia e confidenza nell'influenzare gli altri, dal considerare il valore degli altri, dal motivarli e dall'aiutarli a divenire in grado di realizzare le loro potenzialità, dall'impegnare energie per guidare il gruppo verso i risultati attesi.

Su alcuni di tali aspetti sono stati interpellati i Direttori utilizzando una versione ridotta della scala di Avolio, Bass e Jung (1999). Essa esplora tre dimensioni che anche nel nostro caso mostrano un elevato livello di attendibilità e coerenza interna: considerazione dell'individuo ($\alpha=.92$), ricompense contingenti alla gestione del lavoro ($\alpha=.88$), carisma ($\alpha=.93$; il concetto è qui inteso nell'accezione positiva di capacità di influenzare gli altri). Le affermazioni che componevano la scala indicavano azioni tipiche nella gestione delle

persone (ad esempio: *Dedico tempo a guidare e sostenere i miei colleghi nel lavoro, Tratto gli altri come individui e non solo come componenti di un gruppo, Fornisco agli altri sostegno in cambio del loro impegno, Suscito orgoglio negli altri per il fatto di lavorare con me, Esprimo un senso di entusiasmo e sicurezza, Vado oltre il mio stesso interesse per il bene del gruppo*) che venivano valutate rispetto alla frequenza nel lavoro quotidiano con una scala Likert a quattro livelli (1: mai; 2: raramente; 3: spesso; 4: sempre).

I risultati mostrano che entrambi i Direttori, quando effettuano la loro valutazione facendo riferimento a come operano nei confronti della loro UO, caratterizzano il proprio stile di leadership in termini positivi nelle tre dimensioni.

Lo stile di leadership risulta come maggiormente fondato sulla *considerazione individuale* accordata ai propri collaboratori ($M=3.43$; $ds=0.37$) e sulla *elargizione di ricompense* e riconoscimenti in caso di merito ($M=3.39$; $ds=0.43$), piuttosto che sul proprio *carisma* ($M=3.15$; $ds=0.44$). Vi sono differenze statisticamente significative nei punteggi assegnati dai DD al proprio stile di leadership basato sul carisma ($M=3.25$; $ds=0.47$; vs $M=3.12$; $ds=0.43$; $F=5.78$; $p=.02$) come pure sulle ricompense e i riconoscimenti ($M=3.47$; $ds=0.37$ vs $M=3.36$; $ds=0.45$; $F=4.4$; $p=.04$) che sono superiori rispetto ai punteggi negli stessi ambiti autoassegnati dai DSC.

Sulle stesse dimensioni i DSC hanno fornito anche una valutazione del tipo di leadership espressa dai propri DD di riferimento. In questo caso i punteggi medi si abbassano notevolmente, di circa un punto, in ciascuna dimensione (carisma: $M=2.55$; $ds=0.68$; ricompensa: $M=2.79$; $ds=0.66$; considerazione: $M=2.70$; $ds=0.69$) mostrando quindi non solo una preoccupazione per come è esercitata la leadership dai loro superiori diretti, ma anche una netta discrepanza rispetto alla percezione di tali responsabili. Per di più, va segnalato che i DD chiamati a valutare lo stile di leadership adottato rispetto al Dipartimento forniscono una valutazione relativamente diversa rispetto a quando considerano l'UO che continua a essere da loro diretta. In questo caso, il giudizio più favorevole si riscontra sulle ricompense e i riconoscimenti ($M=3.35$; $ds=0.40$), seguito dalla considerazione ($M=3.30$; $ds=0.43$) e dal carisma ($M=3.12$; $ds=0.47$).

Lo stile direzione emergente sembra esprimere, in generale, una buona consapevolezza dei Direttori circa il valore delle relazioni e degli scambi sociali, basati più sulle motivazioni che sulla posizione gerarchica e le logiche transazionali, seppure tale andamento – come detto sopra – sia meno esplicito nei DSC. Del resto, una buona relazione tra Direttore e collaboratori e tra Direttori di differente livello può sostenere confronti costruttivi in vista delle decisioni da prendere, ridurre la problematicità del lavoro da svolgere, attivare quel clima di fiducia di cui si è detto a proposito del contratto psicologico che può avere ripercussioni positive su vari aspetti del funzionamento organizzativo.

A riprova delle ampie connessioni dello stile di leadership dei Direttori con molti aspetti dell'esperienza organizzativa nei contesti sanitari ci soffermiamo brevemente sui risultati dell'analisi correlazionale.

Direttori di Dipartimento

Il *grado di considerazione individuale* dei collaboratori ha un legame significativo con le relazioni con i colleghi della propria UO ($r=.38$; $p<01$), con il rapporto con i Direttori di altre UUOO, con la considerazione ricevuta dalla Direzione Generale e per le stesse risorse tecnologiche disponibili (i valori di r , tutti significativi a $p<.05$, sono intorno a $.26$). Inoltre, esso correla negativamente con il grado di problematicità relazionale rispetto a diversi ruoli e figure organizzative (Direzione Generale, colleghi di altre UUOO, familiari di utenti, pazienti): in particolare, all'aumentare di questo stile di Direzione cala la problematicità dei rapporti con il personale addetto all'assistenza ($r=-.343$; $p<01$) che, come abbiamo visto, rappresenta un punto critico per entrambi i tipi di Direttori. Sono poi da considerare le correlazioni (tutte a un livello tra $r=.32$ e $r=.23$ con p tra <01 e $<.05$) che sottolineano come al crescere della considerazione dei collaboratori si verifichino un aumento del livello di identificazione personale con l'organizzazione in cui si lavora (con l'azienda, con il proprio Dipartimento, e con la propria UO), con aspetti dell'innovazione (il grado di applicazione delle idee innovative), con la chiarezza del ruolo di direzione da svolgere e con il contratto psicologico.

Analogamente il *grado di utilizzo di ricompense contingenti* ai collaboratori risulta correlato significativamente con la soddisfazione dei Direttori di Dipartimento per vari aspetti inerenti al proprio lavoro e, in particolare, per il rapporto con i colleghi della propria UO ($r=.371$; $p<.01$), per gli aspetti organizzativi ($r=.319$; $p<.01$), per il grado di considerazione da parte della Direzione Generale ($r=.318$; $p<.01$), per le tecnologie disponibili nonché per il rapporto con i Direttori di altre UUOO, seppure con indice r più basso (tra .26 e .24 con $p<.05$). Anche questa dimensione della leadership rappresenta un valore importante per facilitare le interazioni con altri ruoli e figure organizzative (dal Direttore Generale, ai colleghi, al personale addetto all'assistenza, agli infermieri e caposala, ai familiari dei pazienti e ai pazienti stessi). Infatti, si hanno significative correlazioni negative con valori di r compresi tra .39 e .23 (i valori di p sono compresi tra .01 e .05). Al crescere di questa dimensione crescono anche le possibilità di applicare nuove idee ($r=.41$; $p<.01$), i livelli del contratto psicologico ($r=.34$; $p<.01$), il grado di identificazione organizzativa (Azienda, Dipartimento e UO) e la chiarezza del proprio ruolo (con indici r tra .30 e .25 con p compresa tra .01 e .05). Inoltre, se cresce questa dimensione di leadership tenderanno a calare la percezione di sovraccarico ($r=.24$; $p<.05$), la problematicità nella gestione delle relazioni ($r=.27$; $p<.01$) e nell'organizzare le attività lavorative ($r=.25$; $p<.01$).

Per quanto concerne il *carisma* (che pure rappresenta la dimensione meno considerata dai Direttori) vanno rilevate alcune forti correlazioni positive con la soddisfazione dei Direttori per vari aspetti inerenti al proprio lavoro, in particolare per il rapporto con i colleghi della propria UO ($r=.376$; $p<.01$) con il grado di identificazione con la propria azienda ($r=.383$; $p<.01$) e con la loro percezione di creare innovazione organizzativa ($r=.372$; $p<.01$) e di vedere applicate le proprie idee innovative ($r=.319$; $p<.01$). Si hanno, infine, alcune correlazioni inverse di grande interesse. Ad esempio, al crescere del carisma calano le criticità delle relazioni con altri ruoli e figure organizzative (in particolare, con il personale addetto all'assistenza: $r=-.42$; $p<.01$; con altro personale $r=-.360$; $p<.01$ e i pazienti $r=-.34$; $p<.01$; e la problematicità nel prendere decisioni e risolvere problemi in campo clinico $r=-.24$; $p<.05$).

Direttori di Struttura Complessa

Un andamento meno ampio e netto delle correlazioni caratterizza i DSC. Comunque, la dimensione della *considerazione individuale* si correla in modo notevole con la chiarezza percepita dai Direttori stessi circa il proprio ruolo ($r=.294$; $p<.01$) e con la soddisfazione provata per il rapporto con i colleghi della propria UO ($r=.236$ $p<.01$). Al crescere di questa dimensione cresce anche la creatività organizzativa ($r=.19$; $p<.01$), l'identificazione con l'azienda e con la propria UO (l'indice r è per entrambe di $.17$; $p<.01$), il contratto psicologico e la possibilità di applicare idee innovative (con valori di r più modesti intorno a $.14$ con $p<.05$).

La dimensione delle *ricompense contingenti* risulta positivamente correlata con la creatività organizzativa ($r=.31$; $p<.01$), l'identificazione con l'azienda ($r=.28$; $p<.01$), la chiarezza del ruolo svolto ($r=.23$; $p<.01$); la possibilità di applicare nuove idee ($r=.22$; $p<.01$), il contratto psicologico ($r=.19$; $p<.01$) e il rapporto con i colleghi della propria UO ($r=.18$; $p<.01$). Va poi segnalato che anche questa dimensione di leadership ha una relazione inversa con il livello di criticità di alcune relazione tra ruoli e figure organizzative. In particolare, al crescere dell'uso delle ricompense contingenti cala la problematicità dei rapporti con la Direzione Generale e Amministrativa (valori di r intorno a $.15$ con $p<.05$).

Per quanto riguarda il *carisma* va notata una certa maggiore ampiezza delle correlazioni ovvero questa dimensione appare in grado di collegarsi a numerosi aspetti dell'esperienza di direzione. Infatti, essa si correla con la chiarezza avvertita dai DSC rispetto al proprio ruolo ($r=.328$; $p=.01$) e con l'autovalutazione dei Direttori stessi della propria creatività organizzativa ($r=.314$; $p=<.01$). Significative correlazioni emergono anche con l'identificazione dei Direttori verso l'azienda ($r=.279$; $p=.01$) e con il contratto psicologico ($r=.26$; $p=<.01$). Da notare che questa dimensione è correlata con vari aspetti della soddisfazione lavorativa connessi con il rapporto con il DD, con il prestigio professionale, la considerazione della Direzione generale, gli aspetti organizzativi, il rapporto con i colleghi della propria UO (i valori dell'indice r vanno da $.22$ a $.15$ con valori di p compresi tra $.01$ e $.05$).

CONCLUSIONI

Una breve sintesi

In carenza di una conoscenza sociografica consolidata di ciò che caratterizza l'esperienza di direzione nei Dipartimenti e nelle Strutture Complesse delle Aziende Sanitarie, ci siamo soffermati su una dettagliata descrizione dei due ruoli direttivi (DD e DSC) organizzando le informazioni ricavate dalla nostra rilevazione empirica in modo da cogliere somiglianze e differenze tra tali ruoli.

A questo punto possiamo fare un breve quadro d'insieme, seguendo il filo conduttore della descrizione effettuata.

I medici che svolgono il ruolo di Direttori lavorano molte ore nella loro azienda; dedicano un tempo rilevante agli aspetti organizzativi e manageriali implicati dalle responsabilità di comando; mantengono un elevato impegno (come tipo di attività e tempi lavorativi) verso il lavoro clinico, anche da parte dei DD che continuano ad avere la responsabilità di una UO, nonostante le ampie responsabilità dipartimentali. I Direttori appaiono immersi in un contesto organizzativo che non sempre rende evidente la "linea di comando" tanto è vero che la percezione dell'autorità di diretto riferimento risulta assai variegata e incerta. Essi, per altro, tendono a coltivare rapporti diretti, formali e informali, con la Direzione Generale dell'azienda al fine di risolvere problemi strategici ma anche contingenti, attribuendo di fatto minore rilevanza e significato agli organismi istituzionali deputati alla partecipazione e alla presa di decisione collettiva.

Rispetto alla riluttanza a svolgere lavoro direttivo, segnalata più volte per i medici dalla letteratura scientifica, i Direttori mostrano una notevole consapevolezza circa il valore di possedere orientamenti manageriali che integrino le loro competenze specifiche di natura clinica. I contributi evidenziati, nel voler farsi carico dei problemi della vita organizzativa per risolverli e migliorare il lavoro, segnalano l'interesse o il desiderio di dirigere meglio arricchendo le proprie competenze e di colmare le lacune di cui appaiono consapevoli, in particolare sugli aspetti gestionali e relazionali che dovrebbero essere meglio padroneggiati dai medici-manager. Non è secondario rimarca-

re poi il livello motivazionale elevato anche rispetto alle capacità di innovazione, percepite come necessarie e da potenziare per stare al passo con i cambiamenti organizzativi.

Il ruolo svolto come Direttori è percepito in sostanza come soddisfacente, seppur con i molti distinguo che abbiamo esplicitato. In particolare, rileviamo che le valutazioni soggettive messe in luce dai Direttori confermano la loro utilità nell'identificare punti di attenzione di rilevanza pratica per l'analisi organizzativa. Infatti, sono evidenti le migliori condizioni operative quando vi è una percezione di chiarezza di ruolo e, in senso opposto, le influenze negative della percezione di sovraccarico e di conflitto di ruolo. In questo ultimo caso sono presenti incertezze e difficoltà su molti aspetti del funzionamento organizzativo che mettono a repentaglio lo stesso livello di soddisfazione dichiarata. Inoltre, tale andamento fa intravedere i costi personali per mantenere un equilibrio soddisfacente e i rischi di un possibile logorio in un futuro più o meno ravvicinato. Da questo punto di vista va ricordata l'importanza di una relazione di fiducia (contratto psicologico) con i superiori e con l'azienda, che viene percepita come adeguata e che andrebbe coltivata e mantenuta poiché sembra avere effetti su numerosi aspetti dell'esperienza di direzione.

Per quanto concerne lo stile di leadership i Direttori si autodefiniscono come leader abbastanza efficaci, con le differenze tra DD e DSC che abbiamo sottolineato, nel senso che i primi attribuiscono maggiore riconoscimento alla gestione di riconoscimenti e ricompense, mentre i secondi valutano il proprio stile di direzione come maggiormente caratterizzato dalla considerazione individuale dei bisogni dei propri collaboratori. In entrambi i casi, comunque, si è evidenziata una carenza nella dimensione carismatica della leadership trasformativa. Tale dimensione specifica, da noi usata nel suo significato positivo, riguarda la capacità di motivare i collaboratori, di coinvolgerli nei processi decisionali, nell'ispirare le loro condotte verso obiettivi importanti e condivisi. La limitata presenza di tale dimensione appare un limite rilevante dal momento che essa sembra avere particolare importanza nei contesti di lavoro a forte "tasso relazionale" come quello delle Aziende Sanitarie, dove la leva della motivazione e il *commitment* organizzativo del personale hanno un peso determinante

a fronte dell'impossibilità di insistere su logiche di ricompense estrinseche economico-materiali.

Implicazioni operative e prospettive

La realizzazione di questo progetto di ricerca, la lettura dei dati e il rilevamento dei problemi aperti sull'organizzazione e la direzione dei Dipartimenti delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, costituiscono un primo contributo empirico, la cui parzialità richiede ulteriori ricerche per una descrizione più dettagliata degli stili di direzione.

Come già rilevato, la motivazione e il coinvolgimento dei professionisti nel perseguimento degli obiettivi della struttura organizzativa sono state indicati dai Direttori intervistati come le principali criticità del ruolo di direzione, mentre le difficoltà nella gestione dei cambiamenti organizzativi e il sovraccarico lavorativo dovuto alle attività organizzativo-gestionali sono state indicate dal 20% circa dei DD intervistati quale motivo di possibile rinuncia del ruolo ricoperto. In particolare, emerge come di particolare salienza lo stile di leadership adottato. Sul piano pratico, esso appare efficace nell'attribuire ricompense o nel riconoscere i bisogni dei collaboratori, mentre risultano secondarie le dimensione relazionale e di *vision* della leadership, con conseguenti maggiori difficoltà nel coinvolgere e motivare il personale nel raggiungimento di obiettivi comuni di tipo dipartimentale e/o di UO. Tale parzialità dello stile di leadership sembra riflettersi anche sui processi di partecipazione dei professionisti alle funzioni strategiche e decisionali dei Comitati di Dipartimento, valutati nel complesso come poco soddisfacenti.

Il problema dei medici-manager intervistati ha messo in evidenza la loro consapevolezza dei limiti delle proprie conoscenze e dei propri strumenti per affrontare gli aspetti gestionali e relazionali nella direzione di strutture ad alta complessità. Questa mancanza, da parte dei DD e in particolare dei DSC, quando è espressa come domanda formativa viene ricondotta, contraddittoriamente, più che agli aspetti manageriali dell'area gestionale a quelli del governo clinico. L'inco-

erenza nella percezione tra bisogni, più o meno chiaramente avvertiti, e domanda formativa, può trovare una possibile spiegazione nelle incertezze o nella mancanza di chiarezza nella gestione personale del “doppio ruolo” dei DD, accentuata spesso dal fatto che il DD continua a esercitare il ruolo di Direttore di Struttura Complessa. Questa ambiguità situazionale, spesso avvertita come sovraccarico lavorativo e non come effetto della duplicità da governare, si riflette anche nelle relazioni di Direzione del Dipartimento. Infatti, la relazione del DD con i DSC risulta a rischio di tensioni spesso conflittuali e, per gli stessi DSC, poco soddisfacente. Dal punto di vista gestionale, queste difficoltà potrebbero comportare diversi gradi di confusione tra cooperazione orizzontale (tra UUOO) e gerarchia verticale (DSC-DD-Direzione Generale), con effetti di perturbazione della linea direzionale formale, a dispetto di una gestione informale e personalistica delle relazioni gerarchiche.

Questi dati, possono essere letti anche in riferimento alle modalità di nomina dei DD da parte della Direzione Generale. Nelle Aziende Sanitarie della Regione, infatti, la scelta della Direzione avviene “in seconda istanza” e solo dopo l’indicazione della rosa di nomi (in genere una terna di DSC) da parte dei Comitati di Dipartimento. Questa modalità potrebbe risentire della composizione e del funzionamento del Comitato stesso, dove il forte “tasso relazionale”, se non ben governato, può influenzare le scelte secondo logiche anomale, piuttosto che secondo i mandati e gli obiettivi connessi al ruolo dipartimentale per il futuro. Di qui si pone la necessità di una ricerca più approfondita e di una descrizione più dettagliata delle questioni prima richiamate onde facilitare l’individuazione di linee di azione ragionevoli ed efficaci,⁶ anche rispetto ai processi di assunzione di responsabilità direzionale e ai percorsi di selezione più soddisfacenti.

⁶ A tal fine i responsabili e i ricercatori di questo progetto, ritengono opportuno avviare un secondo progetto di ricerca per approfondire la conoscenza delle dinamiche psicosociali e organizzative sottese allo stile di direzione del dipartimento e alla gestione delle risorse umane. In particolare, si vuole definire operativamente le qualità, le abilità e le conoscenze che fanno di un DD un leader capace di raggiungere le proposte aziendali di innovazione e performance, migliorando i processi informativi e le relazioni tra i professionisti.

A distanza di oltre un decennio dall'introduzione dei Dipartimenti nel SSN, non si rilevano nella letteratura scientifica evidenze circa i fattori che determinano i risultati raggiunti, nei termini di efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni e di valorizzazione dei clinici nel governo delle strutture delle Aziende Sanitarie. Tra i limiti delle ricerche disponibili va segnalata la prevalenza di una prospettiva di analisi di natura prescrittiva, piuttosto che descrittiva ed esplicativa ovvero interessata alla comprensione dei meccanismi operativi di funzionamento del dipartimento. A ciò si deve aggiungere la situazione di mutamento strutturale e di prospettiva entro cui agiscono le organizzazioni sanitarie⁷ che accentua l'esigenza di conoscere come governare queste strutture con più elevate probabilità di riuscita. Sulla base delle evidenze prodotte dagli studi organizzativi e psicosociali sta emergendo la convinzione, anche da parte dei policy maker e dei manager, che la natura di tali cambiamenti richieda di comprendere con precisione la relazione tra *fattori soft* della organizzazione (ovvero aspetti culturali, cognitivi, emotivi e psicosociali) e quelli più consolidati di tipo strutturale. Sono crescenti infatti le analisi degli effetti delle culture organizzative, dei fattori motivazionali, dei processi di identificazione organizzativa e, soprattutto, degli stili di leadership di coloro che svolgono ruoli direttivi nelle Aziende Sanitarie, intese come burocrazie professionali e organizzazioni *knowledge e relational intensive*. Ad oggi, non sono disponibili però dati empirici esaustivi sugli effetti di tali variabili soft sul miglioramento della qualità e della performance dei servizi, come pure sulle strategie di miglioramento (Braithwaite 2010; Dwyer 2010; Fulop e Day 2010).

In considerazione del fatto che gli approcci alla leadership sono molteplici e caratterizzati da un notevole livello di astrazione rispetto al contesto aziendale sanitario, si dovrebbero allora produrre tutti gli adattamenti empirici necessari, partendo dallo specificare concretamente cosa fanno i DD per governare il loro Dipartimento, considerando anche gli effetti relazionali, organizzativi e produttivi indotti dalla propria leadership. L'individuazione delle leadership presenti

⁷ Sintetizzabile, ad esempio, con alcuni concetti chiave (performance assessment, evaluation, accountability, patient-oriented care, continuity of care) che stanno orientando i processi di cambiamento.

in situ, e non astrattamente delineate, richiede la partecipazione e la condivisione degli stessi attori del Dipartimento, con cui si dovrebbe giungere a definire i tratti di una buona leadership capace di garantire performance soddisfacenti della struttura dipartimentale. Poter disporre di un *set* di caratteristiche di un buon DD (che comprendono, ad esempio, le capacità di trasmettere una visione delle innovazioni possibili ai collaboratori, in relazione agli scopi da raggiungere, motivandoli, impegnandoli e gratificandoli per il loro contributo personale), costruito e verificato sul campo, permetterebbe di tracciare le determinanti di riferimento di un profilo di Direttore, utilizzabile anche per la selezione e la nomina dei futuri DD. In tal modo si potrebbe avere la pretesa di uscire da un'astrazione nella definizione della leadership, e di presentare lineamenti condivisi per un'azione direttiva meno gerarchica e burocratica e più innovativa e partecipativa. L'individuazione di tali profili potrebbe prestarsi alla scelta di un futuro DD basata su criteri oggettivi, o comunque socialmente condivisi in modo trasparente, di professionalità, competenza e capacità in coerenza con la necessità dell'azienda di dotarsi di dirigenti capaci di orientare e motivare l'intera struttura alla produzione di beni e servizi in modo ottimale e con gradimento dei cittadini.

BIBLIOGRAFIA

- Addicott R (2008). Models of governance and the changing role of the board in the "modernised" UK health sector. *J Health Organ Manag* 22(2): 147-63. [Link alla risorsa]
- Alvanzo AH, Cohen GM, Nettleman M (2003). Changing physician behavior: half-empty or half-full? *Clinical Governance: An International Journal* 8(1): 69-78.
- Argyris C, Schon D (1996). *Organizational learning II*. Essex, UK: Addison Wesley. Trad. it. *Apprendimento organizzativo. Teorie, metodo e pratiche*. Milano: Guerini, 1998. [Link alla risorsa]
- Ashforth BE, Johnson SA (2002). Which hat to wear? The relative salience of multiple identities in organizational contexts. In: Hogg MA, Terry DJ, eds. *Social identity processes in organizational contexts*. Philadelphia: Psychology Press, 31-48. [Link alla risorsa]

- Avolio BJ (1999). Full leadership development: building the vital forces in organizations. Thousand Oaks, CA: Sage. [Link alla risorsa]
- Avolio BJ, Bass BM, Jung DI (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 72(4): 441-62. [Link alla risorsa]
- Avolio BJ, Walumbwa FO, Weber TJ (2009). Leadership: current theories, research and future directions. *Annual Review of Psychology* 60: 421-49. [Link alla risorsa]
- Bass BM, Avolio BJ (1995). *MLQ Multifactor Leadership Questionnaire*. 2nd ed. Redwood City, CA: Mind Garden. [Link alla risorsa]
- Bianco G, Toderi S (2008). Aspettative di reciprocità nella relazione persona-organizzazione: il contratto psicologico. *Giornale Italiano di Psicologia* 35(1): 71-99. [Link alla risorsa]
- Biocca M, Grilli R, Riboldi B (2008). *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. Milano: Franco Angeli. [Link alla risorsa]
- Braithwaite J (2006). An empirical assessment of social structural and cultural changes in clinical directorates. *Health Care Analysis* 14: 185-93. [Link alla risorsa]
- Braithwaite J (2010). Between-group behaviour in health care: gaps, edges, boundaries, disconnections, weak ties, spaces and holes. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 10: 330. [Link alla risorsa]
- Bunderson JS (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: doctors' responses to perceived breaches. *Journal of Organizational Behavior* 22: 717-41. [Link alla risorsa]
- Caldwell DF, Chatman J, O'Reilly CA 3rd, Ormiston M, Lapid M (2008). Implementing strategic change in a health care system: the importance of leadership and change readiness. *Health Care Manage Rev* 33(2): 124-33. [Link alla risorsa]
- Calnan M, Rowe R (2004). *Trust in health care: an agenda for future research*. London: The Nuffield Trust. [Link alla risorsa]
- Calnan M, Rowe R (2006). Researching trust relations in health care. *J Health Organ Manag* 20(5): 349-58. [Link alla risorsa]
- Carroll B, Levy L, Richmond D (2008). Leadership as practice: challenging the competency paradigm. *Leadership* 4(4): 363-79. [Link alla risorsa]
- Chia R (2004). Strategy-as-practice: reflection on the research agenda. *European Management Review* 1: 29-34. [Link alla risorsa]
- Cicchetti A, Baraldi S (2001). La diffusione del modello dipartimentale nel SSN: solo un fatto formale? *Organizzazione Sanitaria* 1: 71-81.

- Cicchetti A, Ghirardini A, Mascia D, et al. (2009). Il modello organizzativo dipartimentale del Servizio Sanitario Nazionale: risultati dell'indagine nazionale. *Politiche Sanitarie* 10(3): 153-68. [Link alla risorsa]
- Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ (2004). Making clinical governance work. *BMJ* 329: 679-86. [Link alla risorsa]
- Del Vecchio M, Rebora E, Roma I (2011). *Logiche di governo del SSN*. Milano: AboutPharma.
- Depolo M, ed. (1998). *L'ingresso nel mondo del lavoro*. Roma: Carocci. [Link alla risorsa]
- Detmer D, Ford J (2001). Educating leaders for healthcare. *Clinicians in management* 10: 3-5.
- Donaldson L, Halligan A (2001). Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 233: 1413-17. [Link alla risorsa]
- Dwyer AJ (2010). Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature. *Aust Health Rev* 34: 514-22. [Link alla risorsa]
- Fiaso news (2005). Nicolai M, ed. *La clinical governance esalta l'Azienda*. 5: 1-18. [Link alla risorsa]
- Fisher CD, Gitelson R (1983). A meta-analysis of the correlates of role conflict and ambiguity. *Journal Applied Psychology* 68(2): 320-33.
- Freeman T, Walshe K (2004). Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Qual Saf Health Care* 13: 335-43. [Link alla risorsa]
- Fulop L, Day GE (2010). From leader to leadership: clinician managers and where to next? *Aust Health Rev* 34(3): 344-51. [Link alla risorsa]
- Gilson L, Palmer N, Schneider H (2005). Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Soc Sci Med* 61(7): 1418-29. [Link alla risorsa]
- Golden BR, Dukerich JN, Fabian FH (2000). The interpretation and resolution of resource allocation issues in professional organizations: a critical examination of the professional-manager dichotomy. *Journal of Management Studies* 37(8): 1157-87. [Link alla risorsa]
- Greenbaum AR (1995). The place of clinicians in NHS management. *Br J Healthcare Management* 1 (14): 702-4.
- Grilli R, Taroni F, ed. (2004). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. [Link alla risorsa]

- Hallier J, Forbes T (2005). The role of social identity in doctors' experiences of clinical managing. *Employee Relations* 27(1): 47-70. [Link alla risorsa]
- Hogan R, Kaiser RB (2005). What we know about leadership. *Review of General Psychology* 9(2): 169-80. [Link alla risorsa]
- Hogan R, Warrenfeltz R (2003). Educating the modern manager. *Academy of Management Learning & Education* 2(1): 74-84. [Link alla risorsa]
- Holman D, Totterdell P, Axtell C, Stride C, Port R (2005). Individual innovation behaviours: the development of a measure and examination of antecedents. Paper presented at XII European Congress of Organizational and Work Psychology. Istanbul, May.
- Kumpusalo E, Virjo I, Mattila K, Halila H (2003). Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues – a lesson from Finland. *J Health Organ Manag* 17(6): 457-62. [Link alla risorsa]
- Lega F, Prenestini A (2009). Medico-manager, medico e manager o management del medico? In: Cantù E, ed. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*. Milano: Egea, 437-51. [Link alla risorsa]
- Likert R (1961). *New patterns of management*. New York: McGraw Hill. Trad. it. *Nuovi modelli di direzione aziendale*. 3ª ed. Milano: Franco Angeli, 1988. [Link alla risorsa]
- Massei F, Zappalà S (2009). Caratteristiche del lavoro e qualità della vita lavorativa. Effetti sull'engagement e sulla propensione all'innovazione dei lavoratori. *Risorsa Uomo* 15: 415-29.
- McCall MW (2004). Leadership development through experience. *Academy of Management Executive* 18(3): 127-30.
- Millward LJ, Bryan K (2005). Clinical leadership in health care: a position statement. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 18(2): XIII-XXV. [Link alla risorsa]
- Mintzberg H (1980). Structure in 5's: a synthesis of the research on organization design. *Management Science* 26: 322-41. [Link alla risorsa]
- Peterson MF, Smith PB, Akande A, Ayestaran S (1995). Role conflict, ambiguity, and overload: a 21-nation study. *Academy of Management Journal* 38: 429-52.
- Pratt MG, Foreman PO (2000). Classifying managerial responses to multiple organizational identities. *The Academy of Management Review* 25(1): 18-42. [Link alla risorsa]
- Robinson SL, Rousseau DM (1994). Violating the psychological contract: not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behaviour* 15(3): 245-59.

- Roland M, Campbell S, Wilkin D (2001). Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement? *J Manag Med* 15(3): 188-201. [Link alla risorsa]
- Rousseau D (1995). Psychological contracts in organisations: understanding written and unwritten agreements. Newbury Park, CA: Sage. [Link alla risorsa]
- Sarchielli G, De Plato G, Albertini S (2011a). *Dirigere in sanità*. Bologna: Bononia University Press. [Link alla risorsa]
- Sarchielli G, De Plato G, Albertini S et al (2011b). Il dipartimento ed il governo clinico: le attese del top management delle aziende sanitarie. *Mecosan* 79(11): 51-67. [Link alla risorsa]
- Sarchielli G, Fraccaroli F (2010). *Introduzione alla psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino. [Link alla risorsa]
- Vera A, Hucke D (2009). Managerial orientation and career success of physicians in hospitals. *J Health Organ Manag* 23(1): 70-84. [Link alla risorsa]
- Vera A, Kuntz L (2007). Process-based organization design and hospital efficiency. *Health Care Manage Rev* 32(1): 55-65. [Link alla risorsa]
- Walshe K (2000). *Clinical governance: a review of the evidence*. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham.
- Walumbwa FO, Hartnell CA (2011). Understanding transformational leadership-employee performance links: the role of relational identification and self-efficacy. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 84: 153-72. [Link alla risorsa]
- Welling S (1995). Doctors and managers: chalk and cheese or port and cheese? *Br J Healthcare Management* 1(10): 506-8.
- Wikström E, Dellve L (2009). Contemporary leadership in healthcare organizations. Fragmented or concurrent leadership. *J Health Organ Manag* 23(4): 411-28. [Link alla risorsa]

ALTRI TITOLI DELLA COLLANA “CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO”

Volume 2

Gestione del rischio e del contenzioso

A cura di Martina Brini e Francesco Taroni

Volume 3

Appropriatezza. Una guida pratica

A cura di Stefania Rodella e Davide Botturi

Volume 4

Valutazione delle performance cliniche

Roberto Grilli

Volume 5

Il governo dell'innovazione nei sistemi sanitari

Luciana Ballini

Volume 6

La formazione per il governo clinico

Corrado Ruozi, Francesca Terri, Maria Barbara Lelli

Volume 7

Audit clinico: uno strumento per favorire il cambiamento

Dante Baronciani, Enrica Perrone, Nicola Magrini

