

ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
164-2008



# La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie



ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
164-2008



# La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie

**La redazione del volume è stata curata da**

---

**Michele Baccarini** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Monia Castellini** Università degli studi di Ferrara  
**Anna Maria Guercini** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Emidia Vagnoni** Università degli studi di Ferrara

**Hanno collaborato**

---

**Andrea Donatini** Azienda USL di Parma  
**Massimo Ferrari** Azienda USL di Rimini  
**Maria Gamberini** Azienda USL di Piacenza  
**Maurizia Rolli** Istituti ortopedici Rizzoli, Bologna  
**Ulrich Wienand** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna**

**responsabile** Marco Biocca

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2008

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss164.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss164.htm)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Presentazione</b>	<b>5</b>
<b>Sommario</b>	<b>7</b>
<i>Abstract</i>	9
<b>Introduzione</b>	<b>11</b>
<b>1. Il capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie: analisi della letteratura</b>	<b>15</b>
1.1. Introduzione	15
1.2. Il ruolo della conoscenza nello sviluppo del capitale intellettuale	16
1.3. La rappresentazione della <i>performance</i> : valori tangibili e intangibili	18
1.4. L'evoluzione del capitale intellettuale	19
1.5. Le determinanti del capitale intellettuale	24
1.6. Il capitale intellettuale nella gestione strategica	28
1.7. Il capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie	29
<b>2. Obiettivi e metodologia</b>	<b>31</b>
2.1. Obiettivi dello studio	31
2.2. Metodologia	31
2.3. Fasi dello studio	32
<b>3. Il <i>report</i> sul capitale intellettuale</b>	<b>35</b>
3.1. Introduzione	35
3.2. Il capitale relazionale	37
3.3. Il capitale individuale	40
3.4. Il capitale interno	42
3.5. Considerazioni finali	44
<b>4. Primi risultati dai <i>report</i> aziendali</b>	<b>45</b>
4.1. Il capitale relazionale	45
4.2. Il capitale individuale	56
4.3. Il capitale interno	68
<b>Bibliografia</b>	<b>77</b>



## ***Presentazione***

*Nell'attuale realtà economica globalizzata, la conoscenza è fattore di rilevanza strategica ai fini dello sviluppo economico complessivo, come pure del successo di singole imprese che operano in mercati sempre più fortemente competitivi.*

*Fondamentalmente, il crescente interesse per il capitale intellettuale, nelle sue varie accezioni, è spiegato da questa consapevolezza, a partire dalla quale le singole imprese trovano nella propria capacità di mantenere e sviluppare conoscenza una delle principali ragioni di successo economico.*

*Tuttavia, anche se lontane per natura e finalità da ogni obiettivo di profitto economico, pure le Aziende sanitarie hanno una molteplicità di valide ragioni per individuare il capitale intellettuale come uno dei temi di proprio interesse.*

*Certamente le organizzazioni sanitarie possono essere individuate come contesti definibili altamente "knowledge intensive", innanzitutto per le peculiari caratteristiche del personale che vi opera, caratterizzato dall'essere depositario di competenze altamente specialistiche e sofisticate, dalle quali dipende in modo oggi forse non più esclusivo, ma certamente sempre determinante, la qualità dei servizi erogati. Di più, queste competenze si esprimono in larga parte nella forma di conoscenze implicite, quindi difficilmente codificabili e trasmissibili.*

*Questo bagaglio di conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un bene prezioso, indispensabile per garantire una buona qualità dei servizi, che deve essere non soltanto valorizzato e consolidato, ma anche continuamente aggiornato e sviluppato. La continua "manutenzione" di questo articolato complesso di conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie è infatti resa indispensabile dalla costante dinamicità dei contesti assistenziali, sottoposti quotidianamente alle tensioni dovute alla introduzione di innovazioni tecnologiche e organizzative.*

*La tensione alla ricerca di nuovi equilibri da parte delle organizzazioni sanitarie, in risposta a queste continue sollecitazioni, trova nello sviluppo delle proprie competenze interne uno dei principali elementi di sostegno.*

*Infine, le organizzazioni sanitarie si reggono su un folto intreccio di complesse relazioni: tra le diverse componenti professionali distinte in una molteplicità di articolazioni disciplinari e specializzazioni, tra la componente clinica e la componente manageriale, tra le organizzazioni sanitarie in quanto tali e l'insieme del tessuto sociale e istituzionale in cui sono inserite.*

*Come l'ormai sterminata letteratura sulla governance nelle organizzazioni sanitarie sta a dimostrare (insieme con l'esperienza concreta degli operatori), la natura di queste relazioni rappresenta un elemento determinante della capacità di un'organizzazione sanitaria di perseguire efficacemente i propri obiettivi e di mantenere nel tempo una elevata capacità innovativa.*

*In questo senso, analizzare il capitale intellettuale dal punto di vista delle organizzazioni sanitarie significa porre al centro della propria attenzione l'analisi della qualità e della intensità di queste relazioni, dei processi che le sottendono, le rendono possibili e di quelli che da esse sono a loro volta generati.*

*Visto da questa prospettiva, quindi, l'interesse da parte delle aziende sanitarie per il capitale intellettuale non può essere considerato alla stregua dell'ennesimo esempio di meccanica trasposizione agli ambiti della pubblica amministrazione di strumenti e metodologie derivate dal mondo delle imprese private.*

*Questo è tanto più vero nello specifico del nostro contesto regionale, caratterizzato da:*

- *una spiccata attenzione al tema della governance (sia in termini di relazioni tra le diverse componenti interne alle organizzazioni sanitarie, sia in termini di relazioni tra le Aziende sanitarie e il loro contesto istituzionale di riferimento);*
- *l'individuazione della ricerca e della formazione come compiti istituzionali delle Aziende sanitarie, in forme e modalità integrate alla funzione assistenziale; individuazione, questa, che esprime una visione delle organizzazioni sanitarie intese come ambiti di formazione e sviluppo di conoscenza.*

*Infatti, i processi che le Aziende sanitarie sono chiamate ad attivare al proprio interno per pervenire a una piena integrazione tra ricerca, formazione e assistenza, non sono altro, in buona sostanza, che le concrete modalità attraverso le quali quelle organizzazioni alimentano e coltivano il proprio capitale intellettuale. Questi processi rappresentano di fatto la capacità aziendale di sostenere e valorizzare il contributo dei propri professionisti allo sviluppo delle conoscenze, di utilizzare al meglio tali conoscenze e le informazioni disponibili per indirizzare le scelte organizzative ai diversi livelli, di sostenere adeguatamente la formazione professionale.*

*In questo contesto, le organizzazioni sanitarie debbono essere viste e considerate non soltanto come ambiti di erogazione di servizi e prestazioni (la cui valutazione ne descrive le performance, attraverso specifici indicatori di qualità, di esito o di processo), ma anche come ambiti che utilizzano, producono e formano conoscenze.*

*Questo documento illustra i risultati di una prima esperienza finalizzata alla individuazione, attraverso specifici indicatori quali-quantitativi, di una possibile modalità di rappresentazione e documentazione del capitale intellettuale nelle singole Aziende sanitarie. Si tratta, come si vedrà, di un'esperienza che deve essere vista con tutto l'interesse e anche con le cautele che bisogna riservare a esperienze preliminari e certamente non esaustive.*

*Tuttavia, anche se il risultato complessivo non consente di pervenire all'introduzione di una metodologia "pronta per l'uso" per la valutazione del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie, questa esperienza ha comunque il pregio di aver aperto un filone di indagine e studio che è probabilmente ineludibile, almeno alla luce delle considerazioni precedenti. In questo risiede il principale valore di quanto documentato in questo volume.*

*Roberto Grilli*

*Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale*

# Sommario

Il Dossier si pone l'obiettivo di descrivere lo sviluppo del progetto "Capitale intellettuale" seguendone argomenti trattati e risultati conseguiti nell'arco del triennio 2004-2006.

È importante precisare che quando si parla di capitale intellettuale per un'azienda, si intende l'insieme dei "saperi" posseduti dalle persone che vi lavorano, delle modalità organizzative con cui è gestita e dei rapporti che essa intrattiene con i soggetti esterni. Si tratta, sempre e comunque, di fattori cosiddetti intangibili, ossia non quantificabili secondo i tradizionali parametri propri del bilancio economico-finanziario; per questo è difficile misurarli, valutarli, assegnare ad essi un valore economico. Considerata però la loro importanza, si è cercato di descriverli e di analizzarne l'impatto sull'andamento di un'azienda, in questo caso sanitaria.

Al progetto, che è stato coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale e condotto in collaborazione con l'Università di Ferrara, Centro di ricerca sull'economia e *management* della salute (CRISAL), hanno partecipato cinque Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, rappresentative delle seguenti tipologie:

- Azienda USL (Piacenza, Parma, Rimini);
- Azienda ospedaliero-universitaria (Ferrara);
- Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Istituti Ortopedici Rizzoli).

Il documento che segue è articolato in quattro capitoli, i cui contenuti ripercorrono anche temporalmente lo svolgimento del progetto trattando i seguenti aspetti:

1. quadro teorico di riferimento, volto a fornire al lettore la nozione di capitale intellettuale (CI) e il suo stretto legame con le tematiche della "conoscenza" e delle risorse "intangibili". Per introdurre il CI e renderne più immediata la successiva trattazione, viene altresì presentata la letteratura esistente in materia (scarsa quella relativa al settore pubblico e al settore sanitario), ed è analizzato più nel dettaglio l'approccio teorico (le cosiddette *three ways*) che si è deciso di seguire durante lo sviluppo del progetto regionale;
2. metodologia adottata; l'indagine è stata condotta all'interno delle Aziende sanitarie coinvolte nel progetto. Dopo l'analisi della letteratura in tema di capitale intellettuale e l'individuazione di un quadro teorico di riferimento, il gruppo di lavoro ha proceduto alla scelta delle determinanti del CI, degli elementi che le compongono e degli indicatori che meglio possono consentirne una corretta rappresentazione. Il modello così ottenuto per l'analisi del capitale intellettuale, condiviso dal gruppo di progetto, è stato inizialmente testato dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara e successivamente l'indagine è proseguita all'interno di ciascuna Azienda partecipante (mediante la raccolta di dati e lo svolgimento di interviste);

3. modello di analisi proposto; posto l'obiettivo di individuare un modello di *report* per la rappresentazione del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie, gli elementi presi in considerazione sono stati molteplici, partendo dalla considerazione che si tratta di Aziende pubbliche, dal ruolo che esse ricoprono, dalle caratteristiche del Servizio sanitario nazionale e regionale, dalle relazioni con gli altri attori in essi operanti.

Il modello di CI individuato dal gruppo di progetto rappresenta quello generalmente condiviso all'interno della letteratura economico-aziendale e vede la sua scomposizione in:

- capitale relazionale: relazioni che l'Azienda sanitaria instaura con i soggetti esterni ad essa (fornitori, pazienti, popolazione, ecc.) e che possono favorire lo sviluppo di vantaggi competitivi, ad esempio in termini di immagine e di reputazione;
  - capitale individuale: insieme degli elementi in grado di rappresentare il livello di formazione, le conoscenze, le competenze e l'esperienza delle risorse umane (personale medico, infermieristico, tecnico, amministrativo, ecc.) operanti in un'Azienda sanitaria;
  - capitale interno: aspetti correlati alla gestione e all'organizzazione interna aziendale, quali il sistema contabile e informatico, i modelli di ricerca e sviluppo, la presenza di brevetti e *copyright*, la cultura e il clima organizzativi;
4. primi risultati della sperimentazione: commento e interpretazione "critica" dei risultati ottenuti grazie a una lettura trasversale dei cinque *report* aziendali. Lo scopo è quello di esaminare i dati e le informazioni raccolti rispetto ai tre macro-ambiti proposti (capitale relazionale, individuale e interno): considerato che si tratta di un progetto in fase sperimentale, è molto importante che le stesse Aziende pilota esprimano una prima valutazione sul grado di reperibilità e significatività degli indicatori oggetto di studio.

## **Abstract**

### ***The representation of intellectual capital in healthcare organizations***

*The document aims at describing the development and results of the Project "Intellectual capital", coordinated by the Regional Healthcare Agency of Emilia-Romagna in collaboration with the University of Ferrara in the 2002-2004 period.*

*Intellectual capital is intended as a whole of knowledge possessed by all the people working in an enterprise, of the organizational strategies adopted and of the relationships of the enterprise with external subjects. These are all intangible elements, that are not quantifiable according to parameters of traditional financial and managerial accounting reports; they are therefore difficult to measure, count, economically evaluate. However, considering their importance, they have been described in particular as far as their impact on the healthcare organization is concerned.*

*Five healthcare organizations of Emilia-Romagna participated in the project:*

- *three Local Health Trusts (Piacenza, Parma, Rimini);*
- *a University Hospital Trust (Ferrara);*
- *a Research Hospital (Rizzoli Orthopaedic Institutes in Bologna).*

*The document is divided in four Chapters, dealing with:*

1. *theoretical framework of reference, to clarify the concept of intellectual capital and its close connection with knowledge and intangible resources. Some hints on literature on the topic and a deeper analysis of the theoretical approach (the so called three ways) are also presented;*
2. *methodology adopted to develop the project in the participating Local Health Trusts: after the analysis on available literature and the identification of the reference framework, the workgroup has chosen the determinants of intellectual capital, its elements and the best indicators to represent it. The model was first experimented at the University Hospital Trust of Ferrara and was then spread to the other Health Trusts;*
3. *analysis model: different elements were considered to define a report scheme to represent intellectual capital in Health Trusts; the model identified is that usually adopted in economic-managerial literature and is divided in:*
  - *relational capital: the relationships of the enterprise with external subjects (patients, other healthcare organizations, Local governments, Region, Universities, other public and private research institutions, unions, providers, funders, citizens' and voluntary organizations), that can favour the development of positive advantages, for example in terms of reputation;*
  - *individual capital: all the elements that can represent the level of education, knowledge, competence and career of human resources working in a Health Trust (doctors, nurses, technicians, administrative personnel, etc.);*

- *internal capital: aspects connected with the internal management and organization of the enterprise, for example management, administrative processes, research and development, consulting and training activities delivered, technologies;*
4. *first results of the experimentation: comment and critical interpretation of the results through the cross-reading of the five reports. The aim is to analyse data and information collected on the three macro-themes (relational, individual and internal capital).*

# Introduzione

Il Piano programma triennale 2004-2006 dell'Agenzia sanitaria regionale ha assegnato all'Area di programma Risorse umane lo sviluppo del progetto Capitale intellettuale.

Sin dal 2001 sono stati avviati programmi di analisi e sviluppo degli aspetti innovativi che, da varie fonti (leggi, contratti di lavoro, studi di settore, ecc.), hanno investito l'area delle risorse umane, elemento strategico e fattore critico di successo di tutte le organizzazioni complesse.

Nel primo triennio (2001-2003) l'attenzione è stata rivolta alle innovazioni introdotte con forza dai nuovi contratti di lavoro, per coglierne le ricadute sul rapporto di lavoro stesso. I progetti riguardavano in particolare i temi connessi a:

- contratti e innovazioni organizzative, con l'obiettivo di prendere in esame le innovazioni nella disciplina del rapporto di lavoro degli operatori del Servizio sanitario nazionale introdotte dal CCNL sanità Area comparto e dalla normativa sul *part time* nelle Pubbliche amministrazioni (al fine di elaborare ipotesi organizzative idonee a facilitare l'impatto di tale forma di flessibilità con l'assetto e l'organizzazione dei servizi);
- sistemi premianti, con l'obiettivo di sottoporre ad analisi gli elementi del rapporto di lavoro in grado di influenzare l'attività, la retribuzione e la stessa carriera, nonché i problemi connessi alla loro applicazione nella gestione delle risorse umane nelle Aziende sanitarie (analizzando le caratteristiche dei sistemi premianti in atto o praticati nelle Aziende sanitarie, relativamente a incarichi dirigenziali, retribuzione di risultato della Dirigenza, posizioni organizzative per l'area Comparto);
- demografia professionale, con l'obiettivo di sviluppare la capacità predittiva e previsionale in ordine ai fabbisogni di professionalità (con particolare attenzione al personale infermieristico) nel medio periodo, allo scopo di contribuire alla programmazione formativa e allo sviluppo dei servizi, riducendo il rischio che si determinino situazioni di carenza (o, per converso, di eccedenza) nell'offerta di lavoro.

Nel secondo triennio (2004-2006) sono state affrontate tematiche più legate agli aspetti organizzativi e qualitativi delle Aziende sanitarie, per cogliere le modalità e gli strumenti con cui le stesse Aziende possono favorire lo sviluppo del proprio "capitale" intellettuale e valorizzare le competenze dei professionisti. I progetti hanno riguardato, oltre ovviamente al capitale intellettuale, in particolare i temi connessi a:

- modelli per la direzione del personale, per verificare quali siano i fattori organizzativi e gestionali che spingono gli infermieri ad uscire dalle strutture sanitarie presso cui lavorano, e individuare i fattori che ne favoriscono al contrario la ritenzione (con lo scopo di individuare - nella gestione delle risorse umane e nell'organizzazione - gli elementi giudicati attraenti e professionalmente valorizzanti);

- riconoscimento e valorizzazione della *performance* dirigenziale, al fine di analizzare le attività e i processi di valutazione (organi e figure che intervengono nella valutazione, criteri e documentazione utilizzati), il livello di integrazione tra le diverse valutazioni previste (posizione, risultato, indennità di esclusività), il grado di soddisfazione interno legato alla percezione dei sistemi premianti come tali e non come semplice riconoscimento economico e di *status*, il grado di credibilità e di accettazione della valutazione da parte dei dipendenti;
- sistemi di valutazione del fabbisogno di operatori sanitari per il Sistema sanitario regionale, per affrontare tale tema attraverso la realizzazione di un percorso decisionale partecipato, coerente con gli orientamenti e gli obiettivi di sviluppo dei servizi sanitari, in funzione sia dei bisogni di salute della popolazione sia della flessibilità organizzativa.

L'esperienza maturata sinora nelle Aziende sanitarie ha evidenziato che le decisioni strategiche venivano prese sulla base di elementi prevalentemente quantitativi: i bilanci esprimono il valore dei beni e il costo delle persone. Tuttavia, nel tempo si è avvertita la necessità di riflettere anche su altri fattori che intervengono nella valutazione della *performance* aziendale e si è colta l'opportunità, come era avvenuto nelle imprese produttive, di dare valore agli elementi intangibili del processo gestionale: idee, competenze, saperi, relazioni, ecc.

Il progetto, i cui risultati vengono presentati in questo volume, parte anch'esso dall'assunto che le risorse intangibili (*intangible assets*) di un'organizzazione siano un elemento critico da cui ricavare valore aggiunto, che non si esaurisce nelle conoscenze e competenze delle persone che fanno parte dell'organizzazione.

Il capitale intellettuale scaturisce dall'applicazione delle conoscenze e competenze delle persone nell'organizzazione: è solo tramite il loro utilizzo che si generano risorse sia interne (innovazione, *know how*, metodologie e processi) sia esterne (immagine, reputazione sul mercato e sul territorio, relazioni con i clienti/fruitori).

Il progetto si è proposto di analizzare approfonditamente il capitale intellettuale a partire dallo studio di ciascuno dei tre aspetti che, secondo la letteratura in materia, lo compongono:

- le persone, con le loro conoscenze e competenze, ossia il cosiddetto capitale umano;
- l'organizzazione aziendale, ossia il capitale organizzativo/strutturale;
- l'ambiente esterno e le relazioni, il cosiddetto capitale relazionale esterno.

Poiché queste tre componenti possono generare autonomamente valore aggiunto per la struttura organizzativa, obiettivo del progetto è stato formulare proposte operative per l'individuazione di ciascuna di esse nel sistema delle Aziende sanitarie, condividerle all'interno del gruppo di progetto, sperimentarne l'applicabilità al fine di favorirne un possibile trasferimento a tutto il Servizio sanitario regionale.

È in questa ottica che nel corso del 2004 l'attività del progetto è coincisa con l'inizio di un'indagine conoscitiva relativa non solo alla letteratura nazionale e internazionale legata alla gestione, misurazione e reportistica del capitale intellettuale, ma anche alle *best practice* già esistenti al fine di identificare spunti di interesse (in termini di metodologie applicabili) per le Aziende sanitarie.

Partendo dal quadro teorico per la definizione degli strumenti di *reporting*, il lavoro del Gruppo di progetto si è focalizzato sulla individuazione delle determinanti specifiche in grado di considerare le diverse dimensioni del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie. La selezione dei determinanti che sono confluiti nel modello di reportistica proposto, attraverso la fase della sperimentazione da parte delle Aziende pilota, ha tenuto conto dell'obiettivo di elaborare uno strumento utile al sistema decisionale aziendale e della necessità che esso si raccordi con gli altri strumenti di *management* presenti.

Gli studi sul capitale intellettuale si sono occupati ampiamente delle aziende operanti per il mercato, mentre scarsi sono i contributi sulle pubbliche amministrazioni (Autonomie locali, Università, ecc). L'ipotesi di uno studio nell'ambito delle organizzazioni sanitarie costituisce quindi un elemento di novità e di possibile ampio interesse, in quanto indaga un contesto contraddistinto da alte professionalità, avanzate tecnologie ed elevata complessità relazionale.

Questo lavoro raccoglie i primi risultati di un percorso di ricerca a due anni dal suo avvio. L'individuazione delle determinanti del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie e una possibile modalità di rappresentazione costituiscono il principale risultato dello studio, come sintetizzato nei *report* predisposti per ciascuna delle Aziende partecipanti al progetto. Rimane aperto il dibattito sulle possibili modalità di rappresentazione dei fattori intangibili in relazione alle finalità di tale rappresentazione e ai diversi fabbisogni informativi degli *stakeholder* di riferimento.

I risultati conseguiti e gli argomenti ancora in discussione sono evidenziati nella seconda parte del documento (*Capitoli 3 e 4*) anche attraverso il contributo diretto delle Aziende.



# 1. Il capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie: analisi della letteratura

## 1.1. Introduzione

L'espressione capitale intellettuale (CI) è stata coniata nell'ambito degli studi sull'economia della conoscenza, filone che si interessa della misurazione del valore delle attività educative, creative e di invenzione nell'ambito delle attività produttive umane.

Le premesse di questa evoluzione sono riconducibili all'avvento di un'economia fondata su nuove abilità di comunicazione e scambio, cui normalmente ci si riferisce come mercato della conoscenza, e rappresentano la base della cosiddetta *new economy*.

Nel corso degli ultimi anni il tema del capitale intellettuale ha visto aumentare la propria rilevanza negli studi economico-manageriali in Italia e all'estero. In particolare, il quadro teorico del CI è stato sempre più utilizzato per cercare di spiegare l'origine e la dimensione della *performance* aziendale (Edvinsson, 1997; Guthrie, Petty, 2000; Johanson *et al.*, 1999; Stewart, 1997; Sveiby, 1997). Il concetto di capitale intellettuale è cioè un riferimento per meglio valutare la *performance* delle aziende che basano la realizzazione dei propri prodotti/servizi su fattori intangibili di conoscenza e sapere professionale.

La ormai comprovata insufficienza dei tradizionali sistemi di controllo nell'individuare gli elementi che spiegano nel complesso la *performance* di un'azienda ha dato spazio allo sviluppo di studi in ambito accademico sulla possibilità di individuare, rappresentare e misurare la dimensione del capitale intellettuale, tramite appositi *report* (Edvinsson *et al.*, 2000; Klein, Prusak, 1994; Larsen *et al.*, 1999; Lev, 1999; Mouritsen, 1998).

La capacità di successo di un'organizzazione dipende sempre più dall'abilità del *management* di focalizzarsi su nuovi fattori critici per il raggiungimento e il mantenimento del vantaggio competitivo, ovvero sulle relazioni con i clienti/utenti, con il personale, con i *partner*, nonché sulla capacità di apprendere e innovare. Tutte queste variabili sono riconducibili al concetto di capitale intellettuale.

Dalla letteratura emergono differenti approcci allo studio del CI, a seconda degli obiettivi cui si mira. Una parte degli studiosi individua quale obiettivo primario la valorizzazione del capitale intellettuale in termini economico-finanziari (Lev, 1999), anche al fine di evidenziare l'effetto dei fattori intangibili - implicitamente racchiusi nei bilanci - sulle quotazioni nei mercati mobiliari. Tale approccio, cosiddetto rivolto all'esterno, ha avuto quale principale oggetto di studio le imprese.

Un altro filone di studi identifica l'obiettivo principale nell'esigenza interna all'azienda di identificare i fattori intangibili che ne determinano i processi, i livelli di efficienza e di efficacia, il grado di raggiungimento di obiettivi, per poterli orientare verso la

massimizzazione della *performance* generale. Questi studiosi sono quindi più orientati a identificare gli elementi che formano il CI e le loro possibili rappresentazioni (Guthrie, Petty, 2000; Johanson *et al.*, 1999; Mouritsen, 1998; Stewart, 1997; Sveiby, 1998), per utilizzare tali informazioni nel processo di decisione e di orientamento strategico.

Nonostante negli anni si siano sedimentati diversi approcci di studio, in letteratura è ampiamente condivisa la rappresentazione del capitale intellettuale nelle seguenti categorie (che possono essere individuate anche con diverse definizioni, come meglio esplicitato in seguito - Edvinsson, 1997; Edvinsson, Malone, 1997; Roos *et al.*, 1997; Stewart, 1997; Sveiby, 1997):

- capitale relazionale (o capitale esterno);
- capitale interno;
- capitale individuale (o capitale umano).

Queste categorie comprendono elementi quali l'innovazione, la conoscenza, la qualità, le capacità operative, le potenzialità dei dipendenti, la cultura organizzativa, ecc.

La rappresentazione del CI secondo tale tripartizione è stata ampiamente sperimentata nel mondo delle imprese, ambito nel quale è possibile trovare numerosi studi sul capitale intellettuale sia di tipo teorico che di tipo empirico, basati su analisi di casi studio e indagini.

Il modello del capitale intellettuale è invece ancora scarsamente applicato alle aziende pubbliche, anche se esistono esempi ormai consolidati presso le Università austriache o alcune Autonomie locali scandinave).

## **1.2. Il ruolo della conoscenza nello sviluppo del capitale intellettuale**

Nel sistema economico sviluppatosi nel secondo dopoguerra, i tradizionali metodi di rendicontazione focalizzati sui costi erano adeguati alla rappresentazione della *performance* aziendale (Lev, Nissim, 2004). Fino all'inizio degli anni Novanta molti accademici e consulenti hanno cercato di individuare i metodi migliori per la rappresentazione dell'allocatione e per la determinazione dei costi di un'azienda. L'aumento della conoscenza sui costi avrebbe dovuto infatti migliorare il processo di controllo economico e di pianificazione strategica. In realtà, i sistemi informativi si sono dimostrati prevalentemente focalizzati sugli aspetti contabili, mentre minore attenzione è stata posta sulla creazione di valore e sui sistemi di controllo delle decisioni (Zimmerman, 1997).

L'inadeguatezza dei tradizionali strumenti di misurazione a rappresentare la *performance* complessiva di un'azienda è in parte il risultato di una modifica delle condizioni esterne all'azienda. La scorsa decade è stata infatti caratterizzata dallo sviluppo dell'economia globale, in cui il sistema di mercato era contraddistinto dalla presenza di un'alta competizione e da un elevato grado di sviluppo dell'innovazione.

Differenziazione, innovazione, ricerca e sviluppo, così come conoscenza e capacità sono divenuti elementi essenziali per poter competere nei diversi mercati. Ne consegue che l'azienda che prima delle altre riuscirà a sfruttare le conoscenze interne per la creazione di adeguate competenze, di processi efficienti ed efficaci, di innovazione, si assicurerà una posizione di vantaggio.

Lo studio del ruolo della conoscenza nei processi aziendali non è un aspetto recente: Marshall (1920) ne riconosceva la funzione fondamentale. La maggiore attenzione che attualmente si dedica agli aspetti legati alla conoscenza ha tuttavia determinato un interesse anche verso tutti gli elementi intangibili che ne supportano la creazione e lo sviluppo. In questo particolare contesto la conoscenza inizia a essere considerata una risorsa economica basilare (Drucker, 1993), al centro del dibattito accademico e delle scelte strategiche aziendali.

In letteratura non è individuabile una definizione di conoscenza o un modello interpretativo univocamente condiviso; sono presenti diversi approcci e molteplici opinioni che a volte si contrappongono le une alle altre, anche in ragione del fatto che gli elementi compresi nel termine conoscenza sono numerosi e non si prestano a una immediata classificazione.

Foucault (1980) ad esempio mostra una relazione complessa tra conoscenza e potere: tramite l'esercizio del potere si crea conoscenza e, viceversa, la conoscenza produce effetti di potere. La conoscenza non è concepita necessariamente come una determinante del progresso della società, ma come un sistema di procedure ordinate per la produzione, la regolamentazione, la distribuzione, la circolazione e le attività di rapporti (Foucault, 1980, p. 132). La conoscenza è intesa come parte della società.

La creazione di competenze è il frutto di un lungo percorso professionale. Le competenze infatti si creano in modo graduale, sono storicamente formate all'interno di un'organizzazione. Non sono facili da individuare e si trovano in una difficile posizione tra la comprensione espressa e quella tacita dei ruoli dirigenziali (Roberts, 1998). Inoltre, sono prerogative delle risorse umane (Reich, 1991), che costituiscono un patrimonio significativo per il sistema aziendale fintanto che ne sono parte integrante. Infine, la conoscenza interviene continuamente negli accadimenti sociali, essa esiste infatti in relazione ai diversi aspetti della gestione aziendale.

*Knowledge travels alongside or among people and technologies (Mouritsen et al., 2001b)*

*Knowledge is linked to competences (Roberts, 1998)*

*Knowledge continuously intervenes in social affairs, it exists in relation to certain practices that can affect. Thus value is often created by intangible capital (Drucker, 1993; Sullivan, 1996)*

*Intellectual capital as "knowledge that can be converted into value" (Edvinsson, Sullivan, 1996).*

Nell'attuale contesto economico, caratterizzato da mercati maturi e fortemente competitivi, la capacità di generare proposte innovative e di trasformare idee e concetti in modo rapido ed efficace assume una sempre maggiore rilevanza strategica e decisiva per la sopravvivenza delle aziende.

La conoscenza si unisce a diversi aspetti caratterizzanti l'attuale momento socio-economico. Si sta assistendo a un notevole cambiamento caratterizzato dalla rivoluzione dei sistemi informativi indotta dall'*information technology*, dal modificarsi delle relazioni interpersonali e dallo sviluppo di reti e *network*. Drucker (1993) individua un processo di evoluzione nel quale la conoscenza e i soggetti che la generano divengono le risorse fondamentali.

In tale contesto economico non è più sufficiente una valutazione della *performance* aziendale che si basi sui soli aspetti economico-finanziari; essa deve includere aspetti quali la bontà dei sistemi informativi, lo sviluppo di informazioni, la presenza di buone relazioni con clienti, fornitori e altri *stakeholder*, la presenza di adeguate professionalità rispetto ai fini aziendali, la crescita professionale degli individui, ecc.

Tutto ciò pone in luce la necessità di individuare processi e strumenti idonei a supportare i *manager* nella gestione di tutte quelle risorse intangibili che - insieme alla conoscenza - creano e sviluppano capitale intellettuale.

### **1.3. La rappresentazione della *performance*: valori tangibili e intangibili**

L'era della conoscenza e dell'innovazione ha portato la necessità di ridefinire il concetto di *performance*. Secondo Drucker (1994, pp. 95-104) le aziende che intendono affrontare positivamente le sfide competitive dei prossimi anni dovranno adottare un approccio più efficiente alla misurazione e alla gestione della *performance*. La possibilità di sopravvivenza dell'azienda si legherà sempre più alla capacità del *management* di focalizzarsi su obiettivi importanti per il mantenimento del vantaggio competitivo, gestendo le risorse in modo più efficace e misurando sistematicamente il progresso verso gli obiettivi definiti. Questa tipologia di approccio porta la valutazione della *performance* a considerare aspetti nuovi rispetto ai tradizionali elementi economico-finanziari, quali la conoscenza e lo sviluppo del capitale intellettuale.

È stata proprio l'attenzione posta su elementi come la conoscenza, la competenza, e in generale sugli aspetti non contabili che caratterizzano un'azienda, che ha portato all'affermarsi del ruolo strategico del capitale intellettuale a partire dagli anni '90. Di fatto, vi sono elementi che contraddistinguono il capitale intellettuale rispetto alle risorse tangibili di un'azienda (AA.VV., 2002).

Lo sviluppo di *know how* in capo alle risorse umane può comportare l'innescarsi di processi continui di apprendimento e accrescimento della conoscenza, che non si esauriranno con l'impiego di questo sapere nei processi produttivi, ma stimoleranno anzi lo sviluppo di nuova conoscenza. Il capitale intellettuale è inteso come l'insieme di risorse

intangibili che, qualora siano correttamente valorizzate nella gestione aziendale, permettono di incrementare significativamente il valore dell'azienda e l'efficacia delle sue azioni strategiche (Edvinsson, Malone, 1997; Quinn *et al.*, 1996; Stewart, 1997).

Introdurre il concetto di capitale intellettuale significa così sottolineare una dimensione sicuramente già nota, ma non sempre ritenuta decisiva nel processo di valutazione della *performance* aziendale. In questo senso, la *performance* aziendale viene intesa nel suo complesso come l'insieme dei risultati raggiunti, considerando gli elementi tangibili e quelli intangibili.

Si riconosce quindi la necessità di individuare, misurare e valutare il capitale intangibile presente all'interno di un'azienda: per esempio, nonostante la conoscenza possa essere intangibile, è comunque possibile misurarla (Stewart, 1994). Tale esigenza ha evidenziato la mancanza di strumenti di gestione atti a rappresentare le determinanti che danno vita al capitale intellettuale, ma prima ancora ha sottolineato il bisogno di comprendere quali siano gli elementi che lo compongono.

In tema di CI si possono individuare due principali approcci di analisi, uno prevalentemente orientato a una sua traduzione in termini economici al fine di individuare il *gap* tra valore contabile e valore di mercato di un'impresa; l'altro più orientato a una rappresentazione del capitale intellettuale e alla sua rilevanza per il sistema decisionale di un'azienda (Guthrie, Petty, 2000; Johanson *et al.*, 1999; Mouritsen, 1998; Stewart, 1997).

#### **1.4. L'evoluzione del capitale intellettuale**

Gli studi sul capitale intellettuale mirano a individuare modalità di azione per trarre il massimo valore dalle risorse presenti in un'azienda e dalle modalità di impiego delle stesse (Roos, 2005).

Il termine capitale intellettuale trova ampia diffusione in differenti ambiti disciplinari e operativi, rendendo ardua una sua precisa individuazione. Tra le ragioni che ne impediscono una facile definizione vi è l'aspetto legato all'ampio grado di dinamicità che caratterizza il CI (Johansson, 1998; Roos, 1997; Stewart, 1997), che rende talvolta poco significativa una sua rappresentazione in senso assoluto.

Nell'analizzare l'aspetto dinamico del capitale intellettuale, Stewart (1997, p. 44) lo definisce come la somma di tutte le conoscenze che gli individui di un'organizzazione possiedono e sono in grado di conferire all'organizzazione stessa procurandole un vantaggio competitivo, e individua il CI come attributo dell'organizzazione stessa.

Altre definizioni di capitale intellettuale si caratterizzano invece per un'eccessiva generalizzazione, che ne preclude un utilizzo operativo. Nel lavoro di Albert e Bradley (1997), per esempio, il CI viene inteso come la conoscenza accumulata da un individuo e che diviene fonte di innovazione. Secondo Klein e Prusak (1994) dirigenti e *manager* hanno necessità di riuscire a individuare una definizione e una rappresentazione del capitale intellettuale che consenta loro una sua gestione formalizzata tale da alimentare

le decisioni strategiche aziendali. In tal caso il CI è considerato “materiale intellettuale che è stato formalizzato, incapsulato e usato come leva per produrre un patrimonio di maggior valore” (Klein, Prusak, 1994, p. 1).

Tra le definizioni più utilizzate vi è quella dell’OECD (1999) che intende il CI come il valore economico di due categorie di risorse intangibili di un’azienda, il capitale strutturale (o *organizational*) e il capitale umano. Il capitale strutturale di un’azienda fa riferimento a elementi quali la proprietà di sistemi informatici o le reti di distribuzione; nel capitale umano rientrano sia le risorse interne all’azienda (personale) sia quelle esterne (clienti e fornitori). La definizione data dall’OECD consente inoltre di individuare una precisa separazione tra i termini capitale intellettuale e risorse intangibili, spesso erroneamente utilizzati come sinonimi; nell’ottica dell’OECD, il CI costituisce una parte dell’insieme delle risorse intangibili generate da un’azienda.

Se nei primi studi sul capitale intellettuale l’obiettivo primario era individuare un ambito di azione e di definizione del CI ed evidenziarne la rilevanza ai fini aziendali (Petty, Guthrie, 2000), gli studi successivi si sono orientati all’individuazione di un modello per rappresentarlo. Dalla fine degli anni ‘80 sono stati presentati numerosi esempi di *report* (Edvinsson, 1997; Edvinsson, Malone, 1997; Kaplan, Norton, 1992; 1996; Sveiby, 1998), ciascuno dei quali presenta però un approccio diverso su cosa si intenda per capitale intellettuale e quale siano la modalità e la finalità con le quali esso si inserisce nella gestione aziendale.

Nel lavoro di Petty e Guthry (2000, pp. 159-160) sono ben evidenziate le differenze di approccio e di classificazione tra i principali modelli di *report* del CI presenti in letteratura. Richiamando il lavoro di Brennan e Connell (2000), gli autori sottolineano come in molti dei più importanti *framework* ritorni la tripartizione in capitale interno, relazionale e individuale.

**Tabella 1.** Principali classificazioni del capitale intellettuale in letteratura

<b>Autore</b>	<b>Framework</b>	<b>Classificazione</b>
Sveiby (1998; 1997)	<i>Intangible asset monitor</i>	Struttura interna Struttura esterna Competenze professionali
Kaplan, Norton (1992)	<i>Balance scorecard</i>	Prospettiva processi interni Prospettiva clienti Prospettiva dell’apprendimento Prospettiva finanziaria
Edvinsson, Malone (1997)	<i>Skandia value scheme</i>	Capitale umano Capitale strutturale

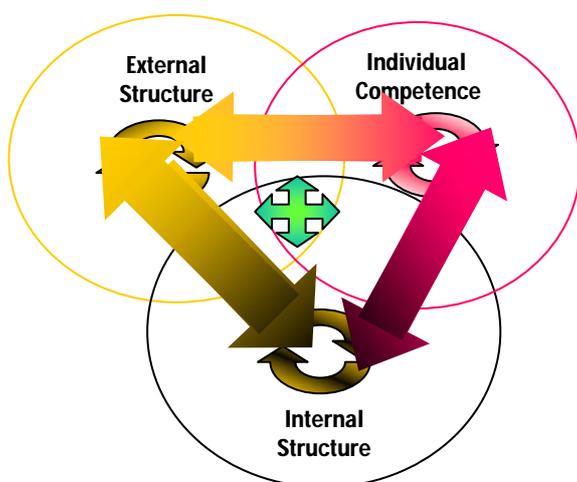
Fonte: adattamento da Petty, Guthry (2000, p. 159).

Come si evince dalla Tabella 1, i modelli *Intangible asset monitor* (Sveiby, 1997) e *Balance scorecard* (Kaplan, Norton, 1992) classificano il capitale intellettuale in tre principali categorie ed entrambe le teorie partono dal presupposto che i tradizionali strumenti di controllo, basati su dati economico-finanziari, non forniscono informazioni sufficienti per la gestione strategica di un'azienda e necessitano quindi di essere integrati. In realtà i due approcci si fondano su assunti differenti (Johansson *et al.*, 1998): Sveiby (1997) individua le risorse umane come unica fonte di generazione di valore per un'azienda, mentre tale presupposto non è presente nel modello *Balance scorecard* (Kaplan, Norton, 1992). Un altro elemento distintivo è il legame tra capitale intellettuale e risorse economico-finanziarie: seppure entrambi i modelli condividano la necessità di integrazione tra il valore tangibile e intangibile generato da un'azienda, nella *Balance scorecard* la parte finanziaria è presente e intergrata all'interno del modello e ne rappresenta una delle quattro prospettive; nell'altro approccio sono invece riportate solo le informazioni relative al capitale intellettuale.

Nel modello proposto da Sveiby (1997), al di là della definizione assegnata alle tre categorie, esse rappresentano (Figura 1):

- struttura interna: ricerca e sviluppo, aspetti gestionali, processi; è intesa come l'insieme dei brevetti, modelli, *software* creati dai prestatori di lavoro e posseduti dall'azienda;
- struttura esterna: relazioni con i clienti; è data principalmente dall'insieme delle relazioni con i clienti e con i fornitori;
- competenze professionali: formazione ed esperienza espresse dai componenti di un'organizzazione; costituisce la base della capacità di agire in un ampio novero di situazioni volte alla creazione di risorse sia tangibili sia intangibili. All'interno di questo ambito si trova la formazione di base e professionale degli operatori, che sono i principali generatori di valore aggiunto.

**Figura 1.** La rappresentazione del capitale intellettuale

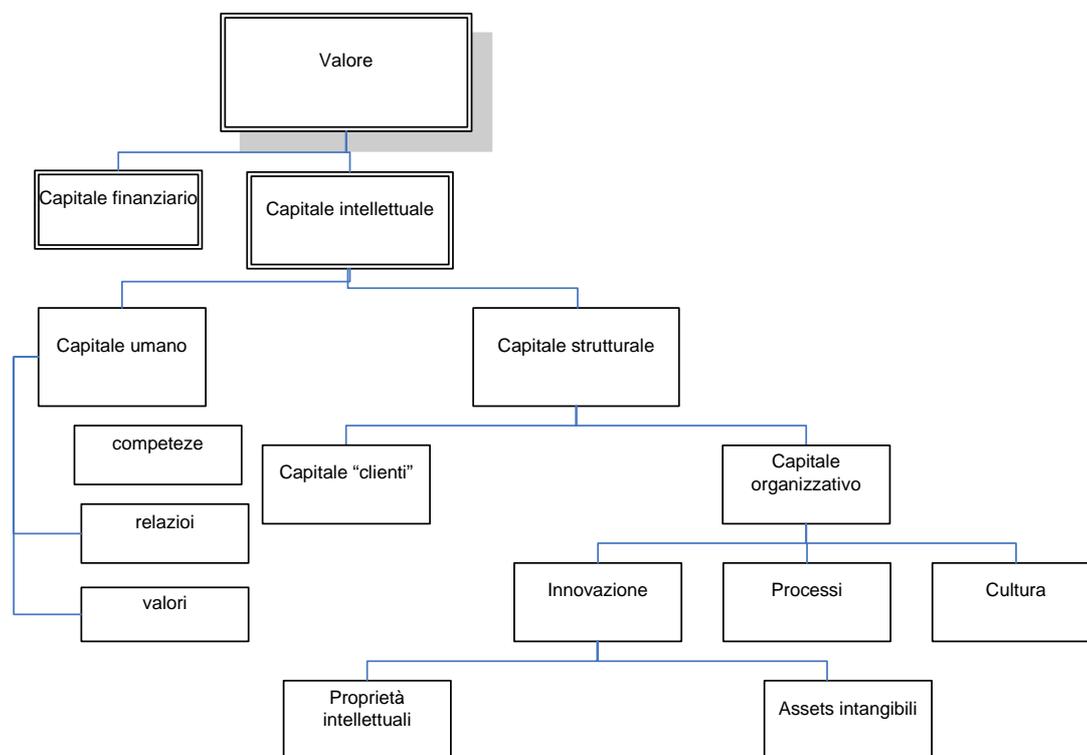


Fonte: Sveiby, 1997.

Edvinsson e Malone (1997) definiscono invece il capitale intellettuale come “l’insieme delle conoscenze che devono essere valutate internamente o esternamente all’azienda” (Figura 2). Nel modello noto come *Skandia value scheme* si pone quindi in evidenza un diverso approccio al capitale intellettuale e più precisamente:

- capitale umano (*human capital*): non può essere posseduto dall’azienda ed è costituito dalle conoscenze, abilità, cultura e valori degli individui che vi lavorano;
- capitale strutturale (*structural capital*): può appartenere all’azienda e quindi anche essere da essa venduto. È costituito dall’insieme dei fattori organizzativi e a sua volta viene suddiviso in:
  - capitale innovazione: inteso come tutte quelle azioni volte a cogliere opportunità future;
  - capitale processo: concerne la tecnologia intesa e impiegata come strumento per supportare la creazione di valore.

**Figura 2.** Rappresentazione degli elementi del capitale intellettuale



Fonte: Edvinsson, 1997.

A prescindere dagli approcci nella rappresentazione del capitale intellettuale, lo sviluppo di *report* è dettato dal tentativo di individuare, conoscere e quindi gestire gli elementi capaci di generare valore all’interno dell’azienda (Edvinsson, Malone, 1997; Johansson *et al.*, 1999; Sveiby, 1997).

Altri studi (per esempio Roos *et al.*, 1997) analizzano il valore delle risorse intangibili in ragione del contributo apportato all'azienda. Gli autori riprendono la tripartizione del CI individuando:

- capitale umano, che comprende le competenze e la capacità intellettuale dei dipendenti;
- capitale relazionale, che rappresenta le relazioni con clienti, fornitori, eventuali azionisti;
- capitale strutturale, che include processi, sistemi, strutture, proprietà intellettuali e gli altri beni intangibili che servono all'azienda.

In questa rappresentazione, il capitale umano è inteso come l'insieme delle competenze, attitudini e abilità intellettuali, mentre al capitale strutturale partecipano le relazioni, l'organizzazione e la capacità di rinnovamento e sviluppo. Il modello proposto dà maggiore rilevanza al valore generato dalle risorse umane e alle relazioni che un'azienda riesce a sviluppare sia al suo interno sia con i soggetti esterni.

## 1.5. Le determinanti del capitale intellettuale (*three ways*)

Il capitale intellettuale si sviluppa in ragione della presenza e dell'organizzazione di competenze e conoscenze nelle persone che lavorano in un'azienda. È inteso quale fonte di valore aggiunto per le aziende, ma non è individuabile tramite i tradizionali strumenti di misurazione e controllo dei risultati. Da qui nasce l'esigenza di riuscire a rappresentarlo attraverso l'individuazione delle sue determinanti e degli elementi che le compongono.

Sebbene gli autori usino terminologie differenti, come già visto essi fanno generalmente riferimento a:

- capitale individuale, come l'insieme di risorse appartenenti al personale dell'organizzazione;
- capitale interno, intendendo le procedure, il sistema amministrativo, lo sviluppo organizzativo;
- capitale relazionale, come il valore intangibile generato dalle relazioni con l'esterno.

Dall'esame della letteratura sulla rappresentazione del capitale intellettuale emerge un filo conduttore. Per riuscire a individuare il CI all'interno di un'organizzazione è necessario che esso sia costituito non solo da elementi numerici, ma anche da aspetti qualitativi e descrittivi che evidenzino le relazioni e i livelli di interazione tra i diversi elementi, determinanti e categorie (Mouritsen *et al.*, 2001b, p. 736). Il capitale intellettuale rappresenta in sintesi l'insieme dei fattori intangibili che determinano la dinamicità, la produttività, il successo, la professionalità dell'azienda e del personale in esso presente.

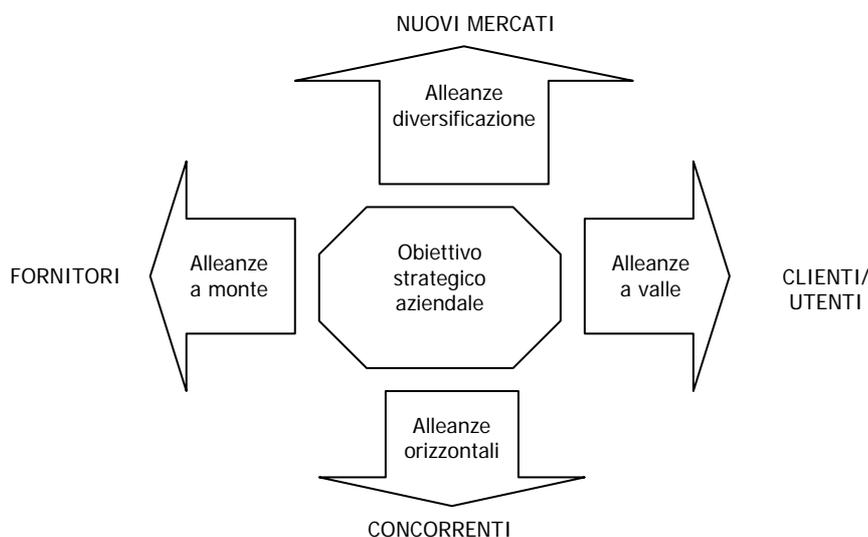
A prescindere dal *framework* teorico che si intende seguire, è a questo punto necessario comprendere appieno cosa si intenda per capitale relazionale, individuale e interno e quale possa essere la loro concreta rilevanza nei processi di determinazione e valutazione della *performance* aziendale.

### 1.5.1. Il capitale relazionale

Il capitale relazionale (o capitale esterno) è costituito dalle relazioni che un'azienda instaura con l'ambiente esterno. In particolare i soggetti solitamente oggetto di analisi sono individuabili in clienti/utenti, altre aziende operanti nel settore (concorrenti), fornitori, istituzioni pubbliche di riferimento, ecc. I vantaggi derivanti dallo sviluppo di tali relazioni possono essere molteplici e vanno dal perfezionamento della gestione delle forniture all'ottenimento di un buon grado di consenso da parte di clienti/utenti, che si concretizza in un miglioramento della reputazione e dell'immagine aziendale.

Il vantaggio per l'azienda concerne anche aspetti legati allo sviluppo di conoscenze e di competenze interne. Il sapere aziendale infatti non si genera unicamente all'interno dell'organizzazione, ma trae maggiore forza dall'interazione tra i diversi soggetti operanti nel settore e la strategia messa in atto dal *management*. La creazione di relazioni tra i soggetti possono sfociare in vere e proprie alleanze formalizzate o meno, che potenziano l'attività aziendale attraverso lo sviluppo di strategie che ne sfruttano le sinergie (Figura 3). Gli attori del sistema sono quindi fonte di sapere e conoscenze e contemporaneamente acquisiscono conoscenze e sapere dall'azienda creando processi che contribuiscono a favorire un accumulo di competenze nei soggetti appartenenti all'organizzazione.

**Figura 3.** Il valore delle relazioni



Fonte: Bonani, 2002, p. 101.

Il capitale relazionale non si esaurisce tuttavia nelle relazioni tra fornitori e clienti/utenti, ma coinvolge un numero più elevato di attori, i cosiddetti *stakeholder* (Freeman, 1985). Si pensi ad esempio al vantaggio in termini organizzativi e di gestione delle risorse umane se l'azienda riesce a instaurare relazioni non conflittuali con i sindacati.

Il capitale relazionale è quindi alimentato dai rapporti con l'ambiente esterno e in particolar modo dalla bontà di tali relazioni. Il vantaggio per un'azienda, privata o pubblica, risiede in primo luogo nella consapevolezza della rilevanza che tali relazioni rivestono rispetto alla capacità dei vertici di monitorare, gestire e indirizzare tali relazioni in funzione degli obiettivi aziendali.

### **1.5.2. Il capitale individuale**

Tra i due fattori della produzione, capitale fisso e lavoro, per anni si è ritenuto che l'elemento decisivo per lo sviluppo di un'azienda fosse riconducibile al capitale fisso inteso come insieme delle disponibilità finanziarie, attrezzature, macchinari, ecc. Nel corso degli ultimi decenni è emerso invece che il fattore lavoro non solo è molto importante, ma è addirittura più importante del capitale fisso. Qualunque tecnologia o innovazione ha infatti alle spalle la presenza di capitale umano (Vittadini, 2004), che rappresenta quindi la fonte dell'innovazione (Stewart, 1997, p. 136), mentre il capitale fisso costituisce lo strumento che consente all'individuo di perseguire i propri obiettivi attraverso lo sviluppo di conoscenze, competenze e inventiva personali.

Il concetto di capitale umano è stato in realtà oggetto di un lungo percorso che ha la sua origine proprio nella forza lavoro, poi divenuta risorsa umana e solo di recente capitale umano. Va sottolineato che l'impiego di forza lavoro non sempre coincide con lo sviluppo di capitale umano, in quanto quest'ultimo si origina solo grazie alla partecipazione dell'individuo in termini di sviluppo o di utilizzo del sapere, della conoscenza o competenze. Secondo Stewart (1997, p. 137) il capitale umano si crea e si diffonde in relazione al tempo dedicato ad attività che generano innovazione da parte dei membri dell'organizzazione e in ragione delle capacità che i dipendenti impiegano nelle attività stesse. Il capitale umano si accresce in due modi: quando l'azienda impiega più conoscenza di ciò che possiedono i suoi dipendenti e quando nella sua organizzazione vi sono più componenti che possiedono conoscenze utili (Stewart, 1997).

Le competenze possono riguardare la specializzazione tecnica degli operatori, così come le loro capacità di comunicare i risultati di ciò che realizzano, e la coerenza delle competenze dei singoli rispetto al ruolo.

Roos *et al.* (1997) - e altri autori - indicano le caratteristiche fondamentali delle risorse umane di pregio come la somma ottenuta tra presenza di competenze professionali, modello di comportamento dei componenti l'organizzazione e loro abilità intellettuali.

### **1.5.3. Il capitale interno**

Il capitale interno concerne sia gli aspetti organizzativi e gestionali di un'azienda sia le attività immateriali di proprietà della stessa. La rilevanza dell'organizzazione aziendale nello sviluppo del capitale intellettuale è individuabile nell'affermazione di Drucker (1994):

*soltanto l'organizzazione può assicurare quella continuità di fondo di cui i lavoratori della conoscenza hanno bisogno perché il loro lavoro sia efficace. Soltanto l'organizzazione, quindi, può trasformare in rendimento il sapere specialistico del lavoratore della conoscenza (p. 68).*

Il capitale interno può quindi essere analizzato suddividendolo in due componenti fondamentali: da un lato la proprietà di attività immateriali quali marchi, brevetti, *copyright*, ecc., dall'altro le modalità gestionali e organizzative scelte dall'azienda. Questo secondo aspetto può essere collegato al sapere scientifico avanzato, a strategia e cultura, strutture e sistemi, prassi e procedure organizzative, ossia quelle risorse che spesso sono più estese e rilevanti di quelle codificate (Sullivan, Teece, 1994).

Un elemento importante del capitale interno è dato dalla cultura organizzativa, che dovrebbe essere valutata in ragione delle strategie che l'azienda adotta per rendere l'organizzazione innovativa e orientata a un percorso di apprendimento continuo. In tal senso, la cultura manageriale riveste un ruolo determinante nello sviluppo di aspetti organizzativi capaci di generare, gestire e mantenere capitale intellettuale producendo contemporaneamente un vantaggio competitivo.

### **1.5.4. Riflessioni**

Dopo avere indicato, seppure in via generale, le principali caratteristiche delle determinanti che compongono le *three ways*, è possibile proporre alcune riflessioni di massima sul rapporto tra capitale intellettuale e azienda.

Il capitale relazionale e il capitale individuale non sono di proprietà dell'azienda all'interno della quale si sviluppano. Le aziende in realtà ne condividono la proprietà con i componenti dell'organizzazione nel caso del capitale individuale, o con gli *stakeholder* nel caso del capitale esterno. La consapevolezza dell'azienda di non avere potere assoluto su questi aspetti rappresenta uno dei fattori critici nei processi di sviluppo e gestione del CI. Il modo di relazionarsi con i soggetti esterni dipende infatti solo in parte dalle scelte aziendali, in quanto anche i soggetti terzi si pongono nei confronti dell'azienda in ragione di interessi e obiettivi specifici. Il valore aggiunto si ha qualora vi sia piena comprensione e condivisione nel perseguimento di obiettivi comuni precedentemente esplicitati tra le parti.

Il capitale interno dovrebbe orientarsi verso lo sviluppo di sistemi e processi e l'introduzione di strumenti atti a stimolare la conoscenza del singolo e a trasformarla in conoscenza dell'organizzazione. Si pensi ad esempio all'ipotesi di un professionista preparato che decide di lasciare la sua organizzazione: se l'azienda è stata in grado di innescare meccanismi volti a diffondere e condividere le conoscenze e competenze,

il danno arrecato dalla perdita del singolo professionista sarà almeno parzialmente bilanciato dal mantenimento delle conoscenze fra coloro che con quest'ultimo hanno lavorato e collaborato.

In conclusione, il capitale intellettuale nasce proprio dall'interazione fra le tre parti che lo compongono. Il capitale individuale, ad esempio, è legato al capitale relazionale in quanto operano congiuntamente. La creazione di relazioni che possono determinare un vantaggio competitivo per l'organizzazione è il risultato dell'attività di un singolo o di un *team*. Ma ci si può spingere oltre e individuare un ulteriore elemento che permette di collegare il capitale interno a quello individuale e relazionale. Tali elementi di interazione si evidenziano, ad esempio, se si considera come spesso il mantenimento di buone relazioni con l'esterno è anche il frutto dell'impiego di sistemi informativi e gestionali che consentono a dirigenti o a *manager* di instaurare e mantenere tali relazioni generando così per l'azienda un patrimonio duraturo nel tempo.

## **1.6. Il capitale intellettuale nella gestione strategica**

Ogni organizzazione, sia essa pubblica o privata, orienta la propria strategia con l'obiettivo di individuare il giusto equilibrio tra le risorse a disposizione e le opportunità del settore nel quale opera; la gestione strategica dovrebbe infatti indicare all'organizzazione le migliori opportunità da perseguire (Shanklin, Ryans, 1985).

In passato, trovandosi indicate nel bilancio economico-finanziario, le risorse principali di un'azienda erano facilmente individuabili. Con l'aumento nell'era della conoscenza della rilevanza assegnata a elementi quali le capacità possedute dalle persone di un'organizzazione, le tipologie di processi attuati al suo interno e le relazioni che essa riesce a instaurare con l'esterno, iniziano ad assumere maggiore rilievo gli elementi che non trovano una diretta collocazione nel bilancio tradizionale. Questi elementi trovano invece posto fra le determinanti del capitale intellettuale.

Uno strumento di rappresentazione del CI e di monitoraggio dei risultati ai quali si è pervenuti può costituire un utile supporto alla direzione di un'azienda (Roos *et al.*, 2001). Le scelte di indirizzo strategico non si basano infatti sulle sole informazioni contabili, ma coinvolgono considerazioni che poggiano su elementi immateriali quali le professionalità "sfruttabili", le relazioni già presenti con attori esterni, competenze e conoscenze interne che portano l'azienda ad essere competitiva in specifici ambiti, ecc. Nel lavoro di Roos *et al.* (2001), volto a individuare la rilevanza del capitale intellettuale nelle scelte strategiche di un'azienda, si rileva come all'interno delle categorie di classificazione debbano rientrare solo gli elementi intangibili rilevanti in termini di creazione di valore. Nell'intendere il CI come strumento della strategia, gli autori sottolineano che tale rilevanza non è da attribuire solo alla risorsa intangibile, ma alla capacità di un'azienda di trasformare una risorsa in un'altra.

Ciò evidenzia ancora di più l'aspetto multidimensionale del capitale intellettuale: unire alle informazioni economico-finanziarie dati concernenti le competenze presenti nell'organizzazione, la propensione dell'azienda a investire in tecnologia, l'adeguatezza della tecnologia rispetto agli obiettivi prefissati. Tutto ciò permette all'alta direzione di avere un quadro più completo e puntuale della situazione aziendale.

Tra i possibili vantaggi derivanti da una gestione strategica che utilizza anche elementi del CI emerge sicuramente la maggiore attenzione verso le potenzialità implicite presenti nell'organizzazione. Qualora l'azienda attuasse una reale gestione e valutazione del capitale intellettuale, sarebbe più facile per i soggetti decisori individuare gli elementi di eccellenza prodotti anche spontaneamente dall'organizzazione, in modo da adottare strategie volte al loro potenziamento. Un'analisi approfondita delle diverse aree del CI e dei vari elementi che le compongono può inoltre evidenziare non solo le eccellenze, ma anche le peculiarità distintive che un'azienda possiede rispetto alle sue concorrenti. L'analisi del capitale intellettuale potrebbe così agevolare il coordinamento delle variabili derivanti dalle risorse intangibili prima non rendicontate e meno considerate.

Un aspetto da tenere sempre in considerazione quando si pensa all'utilizzo di un *report* che analizzi il CI presente in azienda riguarda la mole di informazioni che possono derivare dalla sua mappatura e valutazione. Un numero troppo elevato di indicatori e descrizioni troppo dispersive e non adeguatamente collegate rischierebbero di appesantire eccessivamente il sistema informativo. Per una gestione strategica del CI il primo passo è sicuramente raccogliere quante più informazioni possibili, al fine di comprendere quale sia la reale situazione aziendale; solo in una seconda fase si farà la scelta di concentrarsi unicamente sulle informazioni determinanti per gli obiettivi che si intendono perseguire.

## **1.7. Il capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie**

Come anticipato nell'Introduzione, la maggior parte del dibattito sul capitale intellettuale ha riguardato aspetti legati alle aziende operanti nel settore privato, mentre sono rari gli studi relativi alle aziende pubbliche.

Tra questi, l'importante lavoro di Mouritsen *et al.* (2004b), volto a comprendere le ragioni che possono spingere all'impiego del capitale intellettuale in ambito strategico, ha visto il coinvolgimento di 26 aziende pubbliche danesi già orientate all'esplorazione di modalità di rappresentazione del CI per finalità gestionali interne. Dall'indagine emerge che l'utilizzo di uno strumento di per rappresentare il capitale intellettuale è utile alle aziende in quanto permette di attuare azioni volte alla loro differenziazione e di sviluppare un proprio approccio strategico alla gestione delle risorse di pubblica utilità.

Lo studio di Wall (2005) confronta il diverso grado di sviluppo del CI nelle imprese private e nelle aziende pubbliche, evidenziando un *gap* tra le due tipologie.

Per quanto concerne analisi del capitale intellettuale applicate al settore sanitario, bisogna subito precisare che questo tipo di studi è praticamente inesistente. In letteratura è presente solo il lavoro di Habersam e Piber (2003) basato sull'analisi

di due casi studio condotti in due ospedali, uno italiano e l'altro austriaco. Gli Autori analizzano il CI nella realtà ospedaliera attraverso l'impiego di un *framework* teorico che presenta la tipica suddivisione in capitale umano, strutturale e relazionale, individuando lo sviluppo del capitale intellettuale come frutto delle relazioni che si creano tra queste tre aree.

All'interno della pubblica amministrazione, quindi, il settore sanitario si dimostra tra i meno investigati, con la conseguente mancanza di un modello di riferimento per la presentazione delle variabili e di una chiara consapevolezza delle criticità riscontrabili nella rappresentazione del capitale intellettuale in organizzazioni così complesse.

Nel corso dell'ultimo decennio il settore sanitario in Italia è stato oggetto di profondi processi di riforma che hanno coinvolto la struttura di governo, i modelli organizzativi, i sistemi contabili, la mappatura dei processi interni e i comportamenti delle risorse umane.

La continua crescita della spesa sanitaria pubblica sembra risiedere nelle principali motivazioni che hanno portato a rivedere il modello del sistema sanitario italiano. L'idea di contenere la spesa sanitaria pubblica attraverso l'introduzione di strumenti di carattere economico-manageriale in sostituzione dei tradizionali sistemi informativi e contabili ha portato a un miglioramento, seppure parziale, dei risultati. È proprio in seguito al profondo processo di riforma attraversato dalle Aziende sanitarie che una delle loro priorità è oggi la necessità di modificare/indirizzare i comportamenti degli individui che vi prestano servizio e definire in modo più puntuale le strategie da perseguire. Un'attenzione specifica per la gestione strategica nelle Aziende sanitarie risulta infatti un aspetto relativamente innovativo per il settore.

Precedenti studi (Abernethy, Vagnoni, 2004) evidenziano che molti aspetti legati alla riforma del sistema sanitario sono stati implementati esclusivamente da un punto di vista formale, e tra questi sono presenti anche le tecniche contabili. I livelli di *performance* raggiunti da un'Azienda sanitaria sono solo in parte individuali dai valori contabili. Aspetti quali la qualità delle prestazioni erogate, la professionalità e le competenze presenti all'interno della struttura, l'adeguatezza della tecnologia o la propensione all'innovazione e alla ricerca, riconducibili agli elementi del capitale intellettuale, divengono sempre più elementi distintivi e rappresentativi della *performance* aziendale.

Il valore intangibile creato dall'organizzazione richiede, per una sua rappresentazione e gestione, modelli di misurazione innovativi in grado di affiancare alle tradizionali informazioni di carattere economico elementi qualitativi che colgano gli aspetti caratteristici di un'azienda, quali la capacità di relazionarsi con l'esterno, di stimolare la diffusione di competenze e conoscenze interne, o di promuovere e sostenere lo sviluppo tecnologico.

È in questo contesto che si inserisce il progetto di ricerca volto all'individuazione di un modello di rappresentazione del capitale intellettuale in grado di supportare la dirigenza e le direzioni aziendali nei processi di pianificazione strategica.



## 2. Obiettivi e metodologia

### 2.1. Obiettivi dello studio

Il progetto ha inteso proporre una modalità di rappresentazione del capitale intellettuale che contribuisca a evidenziare i fattori intangibili che generano determinati livelli di *performance* a livello sia di sistema sanitario regionale sia di singola Azienda in esso operante. Tale modello fornirà un utile supporto alla direzione strategica in merito alle potenzialità dell'Azienda, ai suoi elementi distintivi e soprattutto all'individuazione della capacità dell'Azienda di produrre valore in ragione delle modalità di impiego delle risorse assegnate e nel processo di realizzazione degli obiettivi di medio-lungo periodo. Attraverso l'utilizzo del *framework* teorico, lo studio ha inteso definire gli elementi del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di rendere visibile e quindi gestibile il CI presente al loro interno.

I destinatari dei risultati della ricerca sono individuabili nella Direzione aziendale e nella Regione; per quest'ultima il principale interesse può risiedere nella possibilità di individuare le caratteristiche distintive delle Aziende che operano nel suo ambito e che si riflettono sull'intero sistema sanitario regionale, per trarne informazioni utili nelle scelte di indirizzo. L'interesse della Direzione aziendale risiede nella conoscenza degli effettivi risultati di *performance* raggiunti dalla propria Azienda. L'unione di informazioni di carattere economico-finanziario con informazioni di carattere quali-quantitativo sul capitale intellettuale supporta la direzione nell'individuazione di scelte strategiche coerenti con l'effettiva potenzialità espressa dall'intera organizzazione aziendale.

### 2.2. Metodologia

Il lavoro di ricerca è stato realizzato con una metodologia basata sull'analisi della letteratura e sull'analisi empirica. Il processo di ricerca, pur potendosi definire di tipo deduttivo-induttivo-deduttivo, è riconducibile alla *action research*.

L'analisi della letteratura nazionale e internazionale, nonché di eventuali precedenti ricerche svolte sull'argomento seppure in settori diversi, ha consentito di individuare lo stato dell'arte su:

- individuazione delle macro-aree di fattori componenti il capitale intellettuale;
- esperienze di misurazione del CI;
- proposte di rappresentazione del CI.

Sulla base delle caratteristiche del settore sanitario preso a riferimento contestuale del progetto di ricerca, è stato possibile sviluppare l'analisi empirica.

L'indagine è stata condotta all'interno delle cinque Aziende sanitarie coinvolte nel gruppo di lavoro, tutte appartenenti alla Regione Emilia-Romagna e scelte in ragione della rappresentatività della realtà territoriale indagata. Tra queste sono state individuate:

- tre Aziende sanitarie locali: Piacenza, Parma e Rimini;
- un'Azienda ospedaliero-universitaria: Ferrara;
- un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS): Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna.

Dirigenti e responsabili di ogni Azienda hanno partecipato al progetto di ricerca, discutendo il *framework* teorico e contribuendo a definire le principali variabili, elementi e misure del capitale intellettuale nelle Aziende.

### 2.3. Fasi dello studio

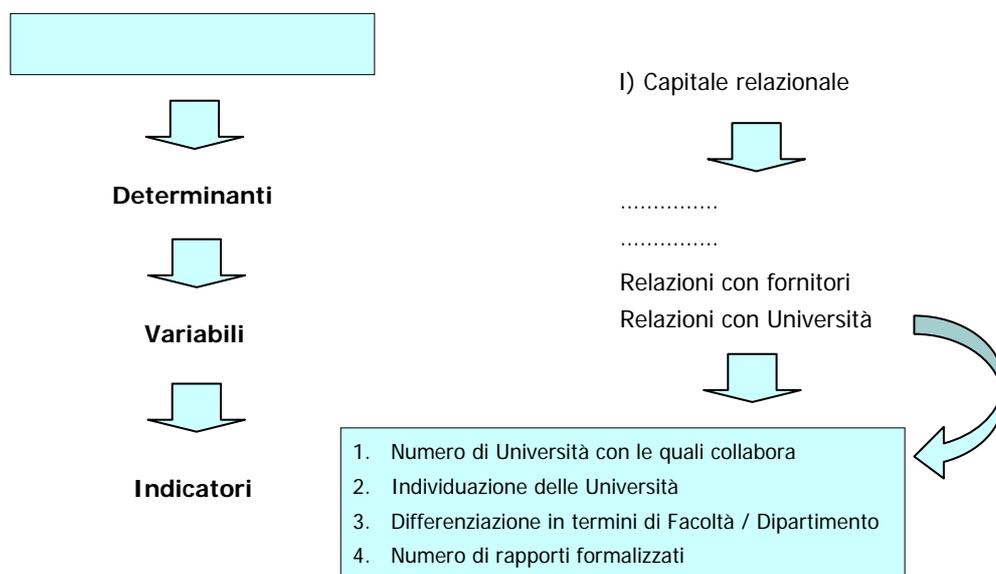
Il gruppo di progetto è stato coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale ed è composto dall'Università degli studi di Ferrara - Centro di ricerca sull'economia e management della salute (CRISAL) e dai rappresentanti delle cinque Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna sopra richiamate.

Lo studio si è sviluppato nelle seguenti fasi:

- analisi della letteratura (2004);
- individuazione di linee guida per la determinazione delle componenti del capitale in sanità (2004);
- confronto all'interno del gruppo di progetto per l'individuazione e la scelta dei contenuti (indicatori quali-quantitativi per la raccolta dati) (2005);
- condivisione di un modello di indagine sul capitale intellettuale per la raccolta dati all'interno delle Aziende (2005);
- differenziazione dei contenuti del modello per le diverse tipologie di Azienda sanitaria (AUSL, AOU, IRCCS) (2005);
- raccolta dati all'interno delle Aziende ed elaborazione dati (2005-2006);
- elaborazione dei dati;
- predisposizione di una bozza di *report* sul CI per ogni Azienda;
- individuazione di possibili criticità informative interne alle Aziende sanitarie;
- validazione da parte del gruppo di progetto e della dirigenza delle Aziende partecipanti;
- stesura del *report* nella versione definitiva.

In particolare, dopo l'analisi della letteratura prevalente in tema di capitale intellettuale e la condivisione di un *framework* teorico, il gruppo di progetto ha proceduto all'individuazione delle determinanti del CI, degli elementi che le compongono e degli indicatori che ne consentono una efficace rappresentazione (*Figura 4*).

**Figura 4.** Metodo di individuazione degli elementi del capitale intellettuale



Il progetto di ricerca ha beneficiato del contributo di tutti i partecipanti e della loro esperienza presso le Aziende sanitarie di appartenenza. Dato l'approccio metodologico seguito, il ruolo del gruppo di progetto è risultato determinante. Nel caso specifico, il suo lavoro ha permesso di individuare le variabili che poi sono state oggetto di studio attraverso modifiche e integrazioni circa le linee guida originali. In particolare, il ruolo dei referenti si è sviluppato attraverso l'attività di:

- individuazione dei soggetti coinvolti nella raccolta delle informazioni presso l'Azienda;
- presentazione della metodologia e delle finalità del progetto ai diversi soggetti coinvolti;
- trasmissione della griglia per la raccolta dati;
- lavoro di facilitatore nel processo di discussione e comunicazione tra i soggetti coinvolti e l'Università;
- raccolta dei dati e individuazione dei momenti di incontro con i rappresentanti dell'Università per la raccolta definitiva dei dati numerici e descrittivi e per la conduzione di interviste.

Il modello per la rappresentazione del capitale intellettuale condiviso dal gruppo di progetto è stato inizialmente testato dall'Azienda ospedaliero - universitaria di Ferrara (fine 2005 - inizio 2006). Solo successivamente l'indagine è proseguita all'interno di ciascuna delle altre Aziende partecipanti, previa definizione del metodo di lavoro da parte del gruppo.



## 3. Il *report* sul capitale intellettuale

### 3.1. Introduzione

Il *report* sul capitale intellettuale è un documento integrante il sistema di *reporting* tradizionale dell'Azienda. L'efficacia e la valenza del *report* è connessa alla continuità e alla periodicità della sua predisposizione (es. annuale), tale da consentire alla dirigenza la valutazione dell'andamento della *performance* e del grado di relazione tra i risultati delle diverse determinanti nel tempo.

I fattori che compongono il capitale intellettuale possono diversificarsi in ragione della tipologia di Azienda analizzata. La rappresentazione del CI dovrebbe partire quindi dal *framework* teorico di riferimento e da un modello che si ritiene essere adeguato a cogliere e rappresentare gli elementi del CI presenti nell'Azienda, ma il passaggio successivo è l'analisi dei processi e delle attività interne per individuare gli elementi più rappresentativi in funzione delle specifiche peculiarità.

In ragione di ciò, gli elementi considerati per individuare un modello di *report* per la rappresentazione del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie sono stati molteplici: dalla considerazione che si tratta di Aziende pubbliche, al ruolo che esse ricoprono, ma anche circa le caratteristiche del SSN e di quello regionale, della loro evoluzione e del ruolo degli attori in essi operanti.

Il modello di capitale intellettuale individuato dal gruppo di progetto (*Figura 1*) rappresenta quello generalmente condiviso in letteratura e vede la sua scomposizione in:

- capitale relazionale: è rappresentato dalle relazioni che l'Azienda sanitaria instaura con i soggetti esterni - quali fornitori, pazienti, popolazione - che possono favorire lo sviluppo di vantaggi competitivi ad esempio in termini di immagine esterna e di reputazione;
- capitale individuale: fa riferimento alle risorse umane operanti nell'Azienda sanitaria quali: personale medico, infermieristico, tecnico, amministrativo ecc.; concerne tutti gli elementi in grado di rappresentare il livello di formazione dei professionisti, le conoscenze, le competenze, le abilità, l'esperienza, ecc.;
- capitale interno: riguarda una serie di aspetti quali possono essere il sistema contabile, il sistema informatico, modelli di ricerca e sviluppo, la cultura, il clima organizzativo, così come la presenza di brevetti, *copyright* e altri beni immateriali.

Il capitale relazionale è messo in evidenza dalle tipologie, dalle modalità e dal volume delle relazioni con i diversi *stakeholder* esterni (*Tabella 2 - punto 1*). Questi ultimi sono stati individuati anche in considerazione del ruolo istituzionale assegnato alle differenti tipologie di Aziende sanitarie; in ragione di ciò, gli *stakeholder* variano a seconda della tipologia di Azienda indagata (es. le relazioni con i medici di medicina generale sono presenti nelle Aziende USL ma non nelle Aziende ospedaliere; *Tabella 2 - punto 1*,

voce C). Attraverso l'unione di informazioni quantitative e descrittive, la sezione Capitale relazionale pone in luce la complessità e l'oggetto delle relazioni tra Azienda e *stakeholder* con il fine di evidenziare il valore effettivo e/o potenziale delle relazioni in riferimento ai differenti soggetti esterni.

Il capitale individuale è dato prevalentemente dalle competenze e conoscenze dei soggetti che operano nell'Azienda (*Tabella 2 - punto I*). Le variabili che compongono il capitale individuale sono rappresentate dalla formazione, dai profili di carriera, dall'esistenza di processi di valutazione della *performance* nelle diverse modalità attuative, dalle politiche del personale perseguite dall'Azienda (*Tabella 2 - punto II, voci A-E*). Attraverso il coordinamento delle informazioni quantitative e descrittive, la sezione Capitale Individuale pone in evidenza sia l'aspetto quantitativo (es. numero ore di formazione interna) sia l'analisi dei processi attuati per ciascuna variabile considerata (es. presenza e modalità di analisi del fabbisogno formativo).

---

**Tabella 2.** Schema di analisi del capitale intellettuale

---

**I) Capitale relazionale**

- A. Relazioni con pazienti
- B. Relazioni con altre Aziende sanitarie
- C. Relazioni con MMG e pediatri di libera scelta
- D. Relazioni con Enti locali
- E. Relazioni con Regione
- F. Relazioni con soggetti di ricerca pubblici e privati
- G. Relazioni con Università
- H. Relazioni con sindacati
- I. Relazioni con fornitori
- L. Relazioni con finanziatori
- M. Relazioni con popolazione
- N. Relazioni con volontariato

**II) Capitale individuale**

- A. Formazione/aggiornamento
- B. Professionalità
- C. Carriera
- D. Processi di valutazione
- E. Politiche del personale

**III) Capitale interno**

- A. Gestione
  - B. Attività immateriali
  - C. Ricerca
  - D. Formazione attiva e attività di consulenza attiva
  - E. Tecnologia
-

Prima di addentrarsi nell'analisi della rappresentazione del capitale intellettuale, è necessario procedere con alcune spiegazioni sulle modalità di redazione del *report*. Le informazioni inserite si caratterizzano per la presenza di elementi numerici e di elementi descrittivi necessari per l'individuazione di processi e attività distintive. Avendo analizzato il CI in tre differenti tipologie di Aziende sanitarie quali Aziende USL, Aziende ospedaliero-universitarie e IRRCS, alcune voci differiscono, in quanto si è cercato di catturare le tipicità aziendali (ad esempio le relazioni con MMG risultavano essere poco significative per una realtà ospedaliera e per l'IRRCS, mentre rappresentano un attore fondamentale per le Aziende USL). Il *report* finale non esaurisce la sua portata informativa esclusivamente attraverso la rappresentazione degli indicatori individuati, ma anche in ragione della presenza di sezioni descrittive e dell'analisi dei dati riportati.

### 3.2. Il capitale relazionale

Il capitale relazionale è dato da tutti gli elementi intangibili sviluppati attraverso relazioni con soggetti esterni all'Azienda; per le Aziende sanitarie tali soggetti possono essere individuati nei diversi portatori di interessi (*stakeholder*). Il capitale relazionale concorre alla formulazione del capitale intellettuale qualora l'Azienda riesca a interagire positivamente con i diversi *stakeholder*. Il valore aggiunto di una corretta gestione dei propri *stakeholder* è strettamente legato al grado di informazione e comunicazione verso l'esterno, ma anche - da parte dell'Azienda - all'implementazione di un sistema di gestione delle relazioni in grado di raggiungere ciascun gruppo di *stakeholder*. L'instaurarsi di buone relazioni con soggetti esterni consente la diffusione di conoscenza e l'apprendimento, nonché lo sviluppo di innovazione. Il ruolo e i fini istituzionali in capo all'Azienda sanitaria locale rendono le relazioni con gli *stakeholder* un punto cruciale nel processo di pianificazione degli obiettivi strategici, così come nell'individuazione delle modalità operative per il loro perseguimento e monitoraggio.

Nell'indagare il capitale relazionale, il primo passo consiste nell'individuare i soggetti esterni con cui le Aziende sanitarie hanno relazioni (*Tabella 3*):

- pazienti
- altre Aziende sanitarie;
- medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS);
- Enti locali;
- Regione;
- soggetti di ricerca;
- Università;
- sindacati;
- fornitori;
- finanziatori;
- popolazione;
- volontariato.

Questo elenco riporta tutte le tipologie di portatori di interessi che possono avere relazioni con le Aziende sanitarie, ma non sono necessariamente tutte coinvolte rispetto a tutte le tipologie di Aziende sanitarie; ad esempio, per gli IRRCS le relazioni con i MMG o con i PLS non sono considerate rilevanti. Gli individui e la rilevanza delle relazioni sono stati quindi indagati in ragione della tipologia di Azienda. Ogni gruppo, comunque, rappresenta un attore del sistema sanitario all'interno del quale l'Azienda si trova ad operare, e con il quale l'Azienda interagisce nel perseguire i propri fini.

**Tabella 3.** *Report capitale relazionale*

<b>CAPITALE RELAZIONALE</b>		
<b>Soggetti</b>	<b>Caratteristiche</b>	<b>Indicatori (alcuni esempi)</b>
Pazienti	volume delle attività grado di attrattività grado di soddisfazione utente	... ricoveri in mobilità passiva/bacino utenza ...
altre Aziende sanitarie	volume delle relazioni tipologia delle relazioni	n. case di cura con le quali si collabora n. rapporti formalizzati
MMG - PLS	volume delle relazioni tipologia delle relazioni	n. MMG convenzionati presenza di MMG nei Collegi di Direzione
Enti locali	volume delle relazioni tipologia delle relazioni grado di relazione	... ... modalità di gestione rapporti con il Comune
Regioni	volume delle relazioni tipologia delle relazioni	... ...
soggetti operanti nella ricerca	volume delle relazioni tipologia delle relazioni	n. di soggetti con i quali si collabora n. soggetti finanziatori di progetti
Università	volume delle relazioni tipologia delle relazioni	... ...
sindacati	volume delle relazioni tipologia delle relazioni grado di relazione	... ... ...
fornitori	volume delle relazioni gestione degli acquisti gestione albo fornitori	... partecipazione gruppi di acquisto ...
finanziatori		...
popolazione	grado di comunicazione	...
volontariato	volume delle relazioni tipologia delle relazioni	n. di onlus con le quali collabora

L'aspetto relazionale con i pazienti/utenti ricopre un ruolo fondamentale per ogni tipologia di Azienda sanitaria. Il paziente-utente rappresenta infatti il fruitore ultimo di tutte le attività poste in essere dalla gestione aziendale sia sotto l'aspetto clinico-sanitario sia per l'attività amministrativa di indirizzo e di controllo. Oltre ai dati quantitativi sul volume delle attività e sul grado di attrattiva, si è proceduto con l'analisi descrittiva delle capacità dell'Azienda sanitaria di attuare processi sistematici volti al monitoraggio della soddisfazione dell'utente.

Indagare i rapporti tra Aziende sanitarie, siano esse pubbliche o private, permette di individuare l'intensità delle relazioni in termini quantitativi, ma anche in ragione della loro complessità, e verificare se tali relazioni sono concentrate sul territorio o se invece si allargano al livello regionale, nazionale o internazionale. Il numero, la tipologia e l'oggetto di queste relazioni consentono di considerare da un lato la capacità dell'Azienda di instaurare rapporti che possono apportare vantaggi in termini di gestione delle prestazioni sanitarie o di acquisizione di conoscenze attraverso il confronto con realtà diverse; dall'altro possono evidenziare la capacità dell'Azienda sanitaria di trasferire all'esterno le conoscenze e le competenze sviluppate e acquisite al suo interno. Se confrontate nell'ambito di un arco temporale significativo, tali informazioni permettono una valutazione sulla capacità dell'Azienda di aumentare e/o mantenere legami con le altre Aziende sanitarie e sull'eventuale mutamento dell'oggetto di tali relazioni.

Nel caso si tratti di un'Azienda USL, il volume e le modalità di relazionarsi con attori del servizio sanitario quali i MMG e i PLS evidenziano un'altra area rilevante ai fini della creazione di valore per la collettività e per le Aziende. Il coinvolgimento di tali figure professionali può creare un valore aggiunto nell'interazione tra AUSL e personale convenzionato in termini di perseguimento di obiettivi di politiche sanitarie sul territorio.

Le relazioni con gli Enti locali sono strategicamente rilevanti per un'Azienda USL in ragione delle sue finalità istituzionali di monitorare, gestire e migliorare il livello di salute sul territorio. La presenza di solidi rapporti con le realtà istituzionali locali può agevolare il processo di monitoraggio dei bisogni di salute, il processo di programmazione sanitaria e di intervento.

L'analisi delle relazioni con soggetti operanti nell'ambito della ricerca o con le Università pongono in evidenza due aspetti principali:

- la propensione dell'Azienda sanitaria a collaborare con l'esterno nell'ambito della ricerca;
- la capacità dell'Azienda di attrarre fondi esterni a finanziamento (parziale o totale) di progetti di ricerca.

Instaurare rapporti con le Università può agevolare l'apporto di scambio di conoscenza e innovazione.

Le relazioni con i sindacati si caratterizzano per un'elevata criticità nella gestione aziendale, in quanto spesso si contrappongono interessi non solo diversi, ma antitetici. Una corretta gestione delle relazioni, mirata alla comunicazione e al coinvolgimento dei sindacati, all'interno degli ambiti di intervento determinati dalla normativa vigente, può

rappresentare un elemento di vantaggio e di valore aggiunto in termini di perseguimento degli obiettivi strategici, di organizzazione dei processi operativi e di possibile promozione di progetti per la gestione delle risorse umane.

Le relazioni con i fornitori costituiscono un altro aspetto importante del capitale relazionale. La possibilità di partecipare a gruppi di acquisto o una buona gestione delle informazioni legate ai fornitori può portare l'Azienda sanitaria a ottenere vantaggi sia di carattere economico che di qualità della prestazione.

Le relazioni con i soggetti finanziatori contribuiscono, nella loro entità e nella loro eterogeneità, a connotare positivamente il valore che l'Azienda sanitaria è in grado di generare agendo sul territorio, per effetto dell'immagine e della reputazione creata nello svolgimento della sua attività.

Come per le determinanti precedentemente considerate, anche le caratteristiche delle relazioni tra Azienda e collettività di riferimento possono costituire un fattore importante rispetto al capitale relazionale generato.

### **3.3. Il capitale individuale**

Il capitale individuale è determinato dalla somma dei valori e dei fattori intangibili presenti nelle risorse umane operanti in Azienda. In questa sezione sono state rappresentate in forma quantitativa e descrittiva le determinanti del capitale individuale (*Tabella 4*):

- formazione e aggiornamento,
- professionalità,
- percorsi di carriera,
- processi di valutazione,
- politiche del personale.

Si tratta di elementi rilevanti ai fini della rappresentazione dei fattori intangibili del capitale, poiché permettono di esprimere il contributo che la struttura, gli strumenti e l'organizzazione aziendale forniscono alla formazione di professionisti aventi specifiche caratteristiche in termini di qualità, competenze e professionalità, permettendo anche una valutazione sul grado di adeguatezza tra competenze professionali e ruoli ricoperti.

Il grado di rilevanza del capitale individuale per la gestione strategica di un'Azienda sanitaria può essere facilmente inteso considerando la problematica legata alla possibilità di dover sostituire un buon professionista, qualora questo scegliesse di abbandonare l'Azienda portando con sé le proprie conoscenze e competenze.

**Tabella 4.** *Report* capitale individuale

<b>CAPITALE INDIVIDUALE</b>		
<b>Oggetto</b>	<b>Caratteristiche</b>	<b>Indicatori (alcuni esempi)</b>
Formazione e aggiornamento	Grado di investimento in formazione e aggiornamento	ore assegnate per formazione e aggiornamento
	Grado di attenzione all'attività di formazione e aggiornamento	... analisi del fabbisogno formativo
	Scambio di conoscenza	...
	Uniformità di accesso alla formazione	n. <i>stage</i> attivi ...
Professionalità	Potenzialità professionali interne	n. medici dipendenti ...
Percorsi di carriera	Struttura e complessità organizzativa	livelli di diversificazione incarichi età media di servizio
	Indice di ringiovanimento	n. nuove entrate
	Indice di <i>turnover</i>	n. personale in uscita (no pensionamenti)
	Grado di attrattività	
Processi di valutazione	Grado di attenzione alla valutazione delle prestazioni	.....
Politiche del personale	Grado di attenzione alle <i>performance</i> individuali	sistemi di incentivazione

L'analisi dell'attività legata alla formazione rappresenta un elemento di capitale intellettuale, in quanto consente di sviluppare e diffondere le conoscenze all'interno dei gruppi professionali o tra gruppi professionali differenti. La formazione e l'aggiornamento professionale costituiscono un elemento indispensabile, ma non monitorato con i tradizionali strumenti di controllo. Comprendere se all'interno dell'Azienda la formazione e l'aggiornamento avvengono con modalità coerenti al fabbisogno dei singoli professionisti e agli obiettivi aziendali può rappresentare un'utile informazione per la dirigenza. Inoltre, l'analisi delle professionalità presenti in Azienda può permettere, anche attraverso ulteriori confronti, di ragionare in termini di adeguatezza alle prestazioni effettuate e di programmazione e gestione delle risorse umane.

La definizione di carriera richiede la chiara esplicitazione dell'organigramma aziendale, così come delle professionalità e, rispetto a questo, assumono rilevanza il tasso di ringiovanimento e l'indice di *turnover*, al fine di assicurare dinamismo e adeguatezza di competenze delle risorse umane operanti in un contesto complesso in continuo mutamento.

Altrettanto rilevante in termini di capitale intellettuale è l'analisi del grado di attrattività passiva e/o attiva che l'Azienda dimostra avere nei confronti dei suoi dipendenti.

### 3.4. Il capitale interno

Il capitale interno è determinato dall'organizzazione aziendale e trova la sua evidenza nelle modalità di attuazione dei processi e degli strumenti di gestione.

L'analisi del capitale interno è volta a reperire informazioni circa le potenzialità dell'Azienda, in quanto sistema, insieme di regole, procedure e strumenti, a sviluppare processi e sistemi informativi atti a gestire le determinanti che partecipano alla formazione del capitale intellettuale. Le Aziende che dispongono di procedure, linee guida, *output* di ricerca e strumenti formalizzati per affrontare le complessità presentano una migliore attitudine a creare valore rispetto ad altre.

Attuare un sistema di programmazione e controllo può essere un elemento positivo per la *performance*, ma lo sarebbe in misura maggiore se si fosse in grado di verificare, ad esempio, se il processo di programmazione è in linea con gli obiettivi strategici. In ragione dell'evoluzione del concetto di *performance* e della rilevanza assunta da aspetti quali l'innovazione, la tecnologia e la ricerca, un sistema di controllo che riesca a monitorare tali aspetti sarà in grado di meglio supportare le scelte di indirizzo strategico della dirigenza.

Gli elementi menzionati costituiscono quindi un patrimonio intangibile interno all'Azienda. Pertanto in questa sezione sono stati analizzati (*Tabella 5*):

- modelli e processi gestionali attuati dall'Azienda,
- presenza di attività immateriali generate dall'Azienda,
- prodotti della ricerca,
- formazione attiva,
- tecnologia.

I processi e i sistemi di controllo di gestione attuati all'interno di un'Azienda sanitaria possono fare la differenza in termini di *performance* aziendale in funzione di quanto essi siano realmente stati introdotti:

- a seguito di specifiche esigenze informative
- in ragione delle esigenze informative interne;
- adattandoli alle specifiche caratteristiche dell'Azienda;
- creando un sistema di collegamento tra il momento strategico, quello della programmazione e quello del controllo.

La presenza di capitale interno è inoltre individuata dalla capacità dei *manager* di stimolare l'innovazione al suo interno; in ragione di ciò, monitorare il livello dei progetti innovativi promossi dall'Azienda rappresenta un possibile indicatore circa il potenziale della direzione aziendale. Il numero dei progetti non è però sufficiente per rappresentare la reale presenza di capitale intellettuale, in quanto si dovrebbero comprendere anche elementi aggiuntivi quali l'esistenza di coerenza tra gli obiettivi strategici e di programmazione e l'oggetto dei progetti innovativi.

**Tabella 5.** *Report* capitale interno

<b>CAPITALE INTERNO</b>		
<b>Oggetto</b>	<b>Caratteristiche</b>	<b>Indicatori (alcuni esempi)</b>
Gestione	Posizione attuale	strumenti per valutare l'efficacia della pianificazione
	Potenzialità della direzione aziendale	n. progetti innovativi
	Grado di coinvolgimento del personale	progetti volti a stimolare e/o misurare senso di appartenenza
Attività immateriali	Capacità di produrre valore attraverso le attività immateriali	n. brevetti n. linee guida
Ricerca	Prodotti della ricerca	n. articoli internazionali con <i>impact factor</i>
	N. e gradi di autofinanziamento dei progetti	n. progetti conclusi
	Grado di diffusione interna dei risultati della ricerca	n. seminari interni
Formazione attiva e consulenza	Volume dell'attività	n. ore
	Tipologia	n. ore di formazione interna
Tecnologia	Livello tecnologico Adeguatezza Propensione all'evoluzione tecnologica	

Le attività immateriali prodotte dall'Azienda forniscono un utile elemento di analisi della consistenza del capitale interno in quanto evidenziano la capacità dell'Azienda di originare valore sia in termini economico-finanziari sia in termini di diffusione della conoscenza nel settore sanitario nazionale e internazionale. La partecipazione dell'Azienda alla redazione di linee guida nazionali o internazionali, ad esempio, rappresenta un duplice aspetto positivo in tema di capitale intellettuale: uno concerne un vantaggio in termini di reputazione, l'altro un vantaggio in termini di conoscenze e competenze presenti all'interno dell'organizzazione, che in tal caso verrebbero riconosciute.

I prodotti della ricerca, i progetti di ricerca realizzati e le numerose attività scientifiche finalizzate alla trasmissione della conoscenza costituiscono un fattore importante di creazione di capitale intellettuale. L'attività di ricerca oggi è presente non solo in quelle aziende che per ruolo istituzionale devono perseguire risultati in tali ambito (IRRCS o Aziende ospedaliero-universitarie). La ricerca sta infatti divenendo elemento comune a tutte le strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Le Aziende che per prime riusciranno a rappresentare la quantità e la qualità della ricerca (progetti, pubblicazioni, convegni, ecc.) condotta al loro interno conquisteranno un vantaggio competitivo, in termini di visibilità, rispetto alle altre.

La tecnologia - così come l'innovazione - rappresentano uno degli elementi che hanno caratterizzato l'era della conoscenza e dell'informazione tanto nel settore privato che in quello pubblico. Nella formazione del capitale intellettuale, l'adeguatezza e la predisposizione allo sviluppo tecnologico rivestono dunque un ruolo di assoluto rilievo. L'accessibilità dei trattamenti e la loro qualità sembra andare via via sempre più legandosi all'utilizzo della tecnologia. Se a questo si aggiunge la notevole accelerazione registrata dal progresso tecnologico, è possibile evincere come il monitoraggio della tecnologia presente in un'Azienda sanitaria possa essere considerato un fattore critico per l'analisi del vantaggio competitivo raggiunto o potenziale.

### **3.5. Considerazioni finali**

Prima di analizzare nel dettaglio alcuni aspetti indagati nel *report* sul capitale intellettuale, si ritiene utile anticipare alcune osservazioni di carattere generale derivanti dall'attività di ricerca.

L'integrazione dei dati quantitativi con informazioni descrittive ha permesso di avere una visione più ampia dei diversi elementi inseriti nel *report*.

A titolo esemplificativo, per le relazioni tra Azienda e MMG i dati quantitativi ne hanno evidenziato la complessità, mentre gli aspetti descrittivi hanno permesso di comprendere le modalità di rapportarsi che l'Azienda ha attuato con questi professionisti.

In via generale, la redazione di un *report* sul capitale intellettuale ha portato in evidenza alcuni aspetti dai quali emerge la necessità di predisporre uno strumento capace di raccogliere informazioni ad oggi raramente sistematizzate all'interno di processi di raccolta e valutazione dei dati aziendali. Spesso le informazioni sono presenti in Azienda, ma suddivise tra più soggetti con competenze differenti i quali finiscono con l'aver una visione solo parziale dell'evento.

Lavorare sulla predisposizione di un *report* ha confermato:

- il legame esistente tra alcune determinanti del capitale intellettuale, tale da fungere da spinta verso lo sviluppo di nuove competenze e il perseguimento di nuovi obiettivi;
- la rilevanza di un processo di mappatura delle determinanti che danno origine nel loro complesso all'evidenza del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie;
- la necessità di evidenziare le informazioni raccolte in un documento di sintesi, che permetta un'immediata percezione degli elementi di stimolo alla creazione di capitale intellettuale.

## 4. Primi risultati dai *report* aziendali<sup>1</sup>

Si tratta di una prima analisi di quanto emerso nei *report* sul capitale intellettuale elaborati in ciascuna delle cinque Aziende oggetto di studio.

I referenti aziendali hanno proceduto a una lettura trasversale dei cinque *report*, seguendo la tripartizione proposta a livello teorico nel Capitolo 1 e a livello empirico nel Capitolo 3.

Il contenuto dei paragrafi successivi è un primo tentativo di illustrare l'impatto, ancorché potenziale, che capitale relazionale, individuale e interno possono generare sulla gestione aziendale, a partire dalla lettura degli indicatori che sono stati individuati per rappresentarli.

### 4.1. Il capitale relazionale

Il capitale relazionale rappresenta l'insieme di rapporti, economici e non, che un'Azienda sanitaria instaura a vario titolo con soggetti esterni. Per agevolare l'analisi, si è scelto di riclassificare questi soggetti in quattro macrocategorie sulla base del contenuto dei rapporti instaurati con l'Azienda e del tipo di servizi che caratterizzano gli scambi tra gli interlocutori.

*Utenti ed erogatori di servizi*, che comprende:

- popolazione
- pazienti
- MMG/PLS
- altre Aziende sanitarie
- volontariato

*Soggetti istituzionali*, che comprende:

- Enti locali
- Regione
- sindacati

*Ricercatori*, che comprende:

- Università
- soggetti di ricerca

---

<sup>1</sup> Questo capitolo è frutto del contributo dei partecipanti al gruppo di progetto.

*Soggetti economici*, che comprende:

- fornitori di beni e servizi
- finanziatori

L'analisi degli indicatori utilizzati in questa prima rilevazione riporta per ogni macrocategoria individuata:

- completezza delle risposte fornite dai soggetti intervistati;
- prima lettura dei risultati che emergono;
- eventuali proposte per migliorare, anche alla luce dell'esperienza maturata e dei problemi riscontrati in fase di rilevazione, l'efficacia degli indicatori e la loro capacità di "leggere" il complesso sistema dei rapporti tra Azienda e mondo economico, sociale e sanitario che la circonda.

Rispetto a quest'ultimo punto è interessante osservare che la presente ricerca, oltre che ai fini per i quali è stata effettuata, rappresenta anche un'occasione per avviare a livello di Azienda la rilevazione sistematica di alcuni indicatori rilevanti, che attualmente non sono disponibili nelle Aziende in modo costante.

Un'ultima precisazione riguarda la necessità di relativizzare gli indicatori rispetto sia al tempo sia alle altre Aziende, per rendere possibile il confronto. Uno sviluppo di questo lavoro, infatti, oltre che dall'attività di sistematizzazione delle conoscenze sulle relazioni in capo all'Azienda, può derivare dal confronto con le altre Aziende (al fine di individuare delle *best practice*) o con un riferimento complessivo alla realtà regionale.

La lettura di quanto emerso nella rappresentazione del capitale relazionale, così come dell'intero *report*, deve necessariamente tenere conto della diversa natura delle Aziende coinvolte (USL, ospedaliero-universitarie, IRCCS).

#### **4.1.1. Utenti ed erogatori**

##### *Relazioni con la popolazione*

Tutte le Aziende dimostrano forte attenzione alla comunicazione esterna e quasi tutte hanno fatto esplicito riferimento all'esistenza di un Ufficio stampa. I dati rilevati presentano tuttavia una fortissima variabilità, in termini sia di minuti acquistati sui vari media, sia di strumenti impiegati. Un possibile approfondimento potrebbe riguardare l'utilizzo del sito aziendale, con particolare attenzione al livello qualitativo e al grado di utilizzo da parte dell'Azienda e della popolazione. Qualche Azienda ha infatti condotto indagini su questo aspetto, i cui risultati hanno poi permesso di migliorare ulteriormente lo strumento.

In relazione invece alle iniziative patrocinate, rispondendo a ogni richiesta in modo estemporaneo, alcune Aziende non dispongono di dati precisi. La predisposizione di un archivio strutturato, presente in poche delle realtà esaminate, potrebbe fornire informazioni rilevanti sulla tipologia di iniziative più frequentemente patrocinate dalle Aziende, offrendo anche la possibilità di considerare scelte strategiche differenti rispetto a quanto attualmente in essere.

**Tabella 6.** Relazioni con la popolazione

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. minuti spazi televisivi acquistati	sì		
2	N. minuti spazi radiofonici acquistati	sì		
3	N. pagine spazi in riviste acquistati	sì		
4	Tipologie di informazione e spazi diversi dai precedenti	sì		
5	N. attività economiche patrocinate	no		
6	N. attività non economiche patrocinate	no		

*Relazioni con i pazienti*

Tutta la parte relativa ai dati di contesto e di produzione è reperibile con facilità, in quanto fa parte dei flussi informativi tradizionali, anche se va considerato il diverso significato per le varie tipologie di Aziende. In generale gli indicatori di attività sono sicuramente più leggibili se riportati alla popolazione di riferimento, quantomeno per le USL (*Tabella 7*).

Lo studio ha evidenziato per tutte le Aziende l'attivazione di percorsi di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e di monitoraggio della qualità percepita. Gli strumenti utilizzati sembrano ormai standardizzati, consolidati e omogenei (questionari, *audit* civico, analisi delle segnalazioni, ecc.). Nella maggior parte dei casi traspare un buon livello di collaborazione con i Comitati consultivi misti.

**Tabella 7.** Relazioni con i pazienti

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	Bacino di utenza	si		
2	Ricoveri ordinari	si		Indice di dipendenza delle strutture aziendali dalla popolazione residente
3	Ricoveri DH	si		
4	Indice di <i>case mix</i> (ricoveri ordinari)	si		
5	N. prestazioni ambulatoriali SSN	si		Indice di dipendenza delle strutture aziendali dalla popolazione residente e non residente
6	N. prestazioni ambulatoriali in libera professione	no		
7	n. casi trattati in <i>day service</i>	no		Indice di consumo (per 1.000 abitanti)
8	N. ricoveri in mobilità attiva	si		Indice di dipendenza delle strutture aziendali dalla popolazione non residente
9	N. ricoveri in mobilità passiva		X	Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture non aziendali
10	N. totale ricoveri mobilità passiva/bacino utenza (popolazione)		X	Indice di attrattività. Per le AUSL nel cui territorio è presente anche una AO, sarebbe meglio l'indice complessivo delle strutture della provincia
11	Codifica processo di raccolta soddisfazione utenti	si		
12	Strumenti per monitorare qualità percepita	si		
13	Processi sistematici di rilevazione dei dati	si		
14	Grado di soddisfazione riscontrato	si		

*Relazioni con i medici di medicina generale*

Tutti i dati richiesti sono risultati facilmente reperibili; anche in questo caso potrebbe essere interessante relativizzarli per rendere possibili confronti temporali. In particolare, in relazione agli specialisti interni, il numero assoluto è distorsivo vista la particolarità del contratto Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI); meglio sarebbe indicare le ore di assistenza specialistica affidata a soggetti esterni rispetto all'offerta complessiva, oppure trasformarli in operatori equivalenti a tempo pieno.

Gli indicatori qualitativi sono sufficientemente esplicativi della relazione tra Azienda e MMG, anche se un miglioramento potrebbe derivare dall'inclusione di informazioni relative alla diffusione delle forme associative, che negli ultimi anni stanno sia qualificando la medicina generale sia apportando importanti modifiche organizzative per l'Azienda (decentramento della specialistica, ecc.). La presenza dei MMG nei Collegi di direzione è già prevista o imminente in tutte le Aziende.

**Tabella 8.** Relazioni con i medici di medicina generale

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende USL</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. MMG convenzionati presenti sul territorio	sì	N. MMG per 1.000 abitanti di età >14
2	N. PLS convenzionati presenti sul territorio	sì	N. PLS per 1.000 abitanti di età <14
3	N. di specialisti interni	sì	Personale equivalente / specialistica SUMAI in rapporto al totale dell'offerta
4	Punti di Guardia medica presenti sul territorio	sì	Per Km <sup>2</sup> / per abitante ponderato per le caratteristiche geografiche del territorio
5	Presenza dei MMG nei Collegi di direzione	sì	
6	Presenza di forme di comunicazione/informazione con MMG	sì	

*Relazioni con altre Aziende sanitarie*

Le forme di collaborazione tra Aziende sono abbastanza omogenee:

- contratti di fornitura con le case di cura;
- contratti di collaborazione tra Aziende confinanti;
- collaborazioni a livello di Area Vasta;
- accordi di fornitura tra Azienda USL e Azienda ospedaliera presente sul territorio di riferimento.

Il fatto che non tutte le Aziende abbiano rilevato questa parte evidenzia da un lato l'assenza di tali informazioni in Azienda, dall'altro la necessità di specificare meglio gli indicatori rispetto alla tipologia di Azienda.

**Tabella 9.** Relazioni con altre Aziende sanitarie

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. Aziende sanitarie pubbliche con le quali opera abitualmente	no		È necessario definire meglio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo di collaborazione</li> <li>• contrattualistica</li> </ul>
2	N. case di cura private con le quali opera abitualmente	no		
3	N. rapporti formalizzati con case di cura (altre Aziende sanitarie)	no		
4	N. progetti di ricerca comuni	no		

*Relazioni con il volontariato*

Quasi tutte le Aziende hanno reperito con facilità le informazioni richieste sul numero di associazioni e di rapporti formalizzati, mentre solo due disponevano del dato preciso sul numero dei volontari. Anche se forse di ancora più difficile rilevazione, potrebbe essere utile indagare la presenza dei volontari nelle strutture aziendali in termini orari: essendo questa un'attività svolta dalle persone nel loro tempo libero, il semplice numero assoluto potrebbe infatti risultare non indicativo del volume di attività prestata.

Un altro tema oggetto di possibile approfondimento (qualora la Direzione lo ritenga un elemento di rilevanza strategica) e illustrato da alcune Aziende nella parte discorsiva del *report* concerne i rapporti con i Comitati consultivi misti, già citati nella parte relativa alle relazioni con i pazienti.

**Tabella 10.** Relazioni con il volontariato

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. onlus con le quali collabora	no		
2	N. volontari appartenenti alle onlus	no		Presenza dei volontari nelle strutture
3	Tipologie di accordi con il volontariato	no		

**4.1.2. Soggetti istituzionali***Relazioni con gli Enti locali*

Le relazioni con gli Enti locali assumono evidentemente forme e rilevanza molto diverse a seconda della tipologia di Azienda, e vanno dai rapporti istituzionali con le Conferenze sociali e sanitarie e con i Comuni, alla definizione di accordi di programma per lo sviluppo di interventi integrati nel settore socio-sanitario, all'organizzazione di eventi tematici o campagne di comunicazione, allo sviluppo di interventi nel campo della prevenzione.

**Tabella 11.** Relazioni con gli Enti locali

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. Comuni compresi nel proprio bacino d'utenza	si	X	
2	N. rapporti formalizzati	no	X	
3	N. progetti	no	X	
4	Modalità di gestione dei rapporti con il Comune	no	X	
5	Modalità di gestione dei rapporti con la Provincia	no	X	
6	Modalità di gestione dei rapporti con la Circostrizione	no	X	
7	N. eventi in collaborazione con il Comune	no	X	
8	N. eventi in collaborazione con la Provincia	no	X	
9	N. eventi in collaborazione con la Circostrizione	no	X	

*Relazioni con la Regione*

Tutte le Aziende operano stabilmente con la Regione, soprattutto attraverso la partecipazione ai gruppi di lavoro istituiti o ai vari progetti di cui è capofila la stessa Regione o una delle Aziende. Nonostante ciò, effettuare un censimento preciso della partecipazione ai gruppi di lavoro non è risultato affatto agevole poiché non sempre esiste un'anagrafe completa e centralizzata in merito. È stato invece possibile disporre dell'elenco dei progetti, e quindi del loro numero complessivo, qualora finanziati dai Fondi di modernizzazione o da Fondi vincolati.

**Tabella 12.** Relazioni con la Regione

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. rapporti con la Regione	no		Più opportuna una descrizione qualitativa
2	N. progetti attivati con la Regione	no		
3	N. gruppi di lavoro con la Regione	no		

*Relazioni con i sindacati*

Le relazioni con le organizzazioni sindacali (OO.SS.) sono strutturate in modo abbastanza omogeneo tra le Aziende, e tutti gli indicatori di questa sezione sono stati rilevati. Si possono notare importanti differenze solo in relazione all'organizzazione interna, in particolare circa la presenza o meno di una struttura dedicata alle relazioni sindacali. In nessuna Azienda è prevista la partecipazione delle OO.SS. a conferenze di servizio o organizzative, evidenziando una netta divisione dei ruoli.

**Tabella 13.** Relazioni con i sindacati

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	Relazioni strutturate con i sindacati	sì		
2	Modalità di gestione delle relazioni	sì		
3	Partecipazione a conferenze di servizio	sì		
4	Partecipazione dei sindacati a conferenze di carattere organizzativo	sì		

### 4.1.3. Ricercatori

#### *Relazioni con soggetti di ricerca pubblici e privati*

La Legge regionale 29/2004 stabilisce che tutte le Aziende territoriali debbano integrare la tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca, non più solo prerogativa delle Aziende ospedaliero-universitarie. Questa sezione del *report* diventa allora particolarmente interessante anche per monitorare nel tempo questa trasformazione.

In generale la maggior parte delle Aziende dispone già di dati abbastanza dettagliati, che per lo più derivano dalla presenza di convenzioni con sia soggetti pubblici (Ministeri, Consorzi, ecc.) sia privati (Fondazioni, ecc.).

**Tabella 14.** Relazioni con soggetti di ricerca pubblici e privati

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. soggetti con i quali collabora in forma stabile	no		
2	N. soggetti finanziatori di progetti	no		
3	N. rapporti formalizzati	no		

#### *Relazioni con l'Università*

Tutte le Aziende dispongono delle informazioni richieste, senza differenze tra le varie tipologie di Azienda, a dimostrazione della rilevanza assegnata alle collaborazioni tra Aziende del SSR e Università.

Naturalmente, nel caso delle Aziende USL si tratta prevalentemente di convenzioni con le scuole di specializzazione per attività di docenza (svolta da personale interno delle stesse Aziende USL) e di tirocinio (per quanto concerne la presenza di studenti presso le strutture delle Aziende sanitarie).

**Tabella 15.** Relazioni con l'Università (a)

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. Università con le quali collabora	sì		
2	Individuazione delle Università	sì		
3	Differenziazione in termini di Facoltà / Dipartimento	sì		
4	N. rapporti formalizzati	sì		

In relazione a AOU e IRCCS, sono inoltre disponibili le informazioni sui corsi attivati e sugli studenti frequentanti. Anche se limitatamente al numero di specializzandi e di personale dell'Azienda che svolge incarichi di docenza universitaria, questa parte della griglia di rilevazione - che attualmente è posta subito dopo la sezione relativa alla ricerca di cui si è appena trattato - potrebbe quindi essere estesa alle Aziende USL.

**Tabella 16.** Relazioni con l'Università (b)

Indicatore	Rilevato in tutte le Aziende	Diverso AUSL - AOU - IRCCS	Proposte di modifica
5 N. specializzandi	no		Opportuno estendere la rilevazione alle Aziende USL
6 N. corsi di laurea	sì	X	
7 N. studenti in formazione	sì	X	
8 N. dipendenti dell'Azienda che svolgono docenza universitaria	no		Opportuno estendere la rilevazione alle Aziende USL

#### **4.1.4. Soggetti economici**

##### *Relazioni con i fornitori*

Questa sezione ha presentato alcune difficoltà per diverse Aziende: all'atto della rilevazione, tre su cinque non disponevano di un albo fornitori. Quindi difficilmente si è potuto disporre di indicatori che non siano derivati da stime, in relazione sia al numero globale dei fornitori, sia di conseguenza al numero dei nuovi fornitori o degli esclusi (con le implicazioni informative che ne conseguono). Tuttavia, in tutte le Aziende l'albo fornitori era in costruzione, per cui il dato sarà disponibile alla successiva rilevazione.

Un altro dato su cui riflettere è rappresentato dalla partecipazione alle unioni di acquisto, che sono le stesse per tutte le Aziende della regione: le Aree Vaste, Intercent-ER e Consip. Potrebbero eventualmente essere introdotti alcuni indicatori che approfondiscano l'adesione alle gare centralizzate e il livello di collaborazione tra le Aziende.

**Tabella 17.** Relazioni con i fornitori

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. fornitori iscritti nell'albo fornitori	no		
2	N. contratti attivi al 31/12/2004	no		
3	Partecipazioni a gruppi di acquisto	si		Si potrebbe inserire qualche indicatore di adesione alle gare centralizzate
4	Altre modalità di gestione delle relazioni	no		
5	N. nuovi fornitori individuati negli ultimi 2 anni	no		
6	N. fornitori esclusi negli ultimi 2 anni	no		

*Relazioni con i finanziatori*

Storicamente gli ospedali erano oggetto di donazioni e lasciti da privati, che nel passato hanno spesso rappresentato la soluzione per reperire fondi, in particolare per l'acquisto di attrezzature. Negli ultimi anni questa situazione si è andata modificando e ha visto le Fondazioni bancarie e alcune aziende private (in particolare di produzione di farmaci e presidi sanitari) assumere questo ruolo. Quasi tutte le Aziende dispongono delle informazioni richieste. La capacità di attrarre finanziamenti e donazioni, indice di quanto l'Azienda sia radicata nel territorio e sia percepita come un soggetto istituzionale degno di fiducia da parte dei cittadini, potrebbe essere espressa in termini relativi rispetto al bilancio o rispetto alla popolazione di riferimento.

**Tabella 18.** Relazioni con i finanziatori

	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevato in tutte le Aziende</b>	<b>Diverso AUSL - AOU - IRCCS</b>	<b>Proposte di modifica</b>
1	N. donazioni e/o sponsorizzazioni ricevute	no		Percentuale sul totale ricavi o sulla popolazione
2	Importi in denaro	no		
3	Importi in beni	no		

## 4.2. Il capitale individuale

Il capitale intellettuale, relativamente alla componente individuale, è centrale nelle trasformazioni fondamentali e complesse dell'assistenza sanitaria. Le modalità con cui si gestisce la formazione post-diploma e lo sviluppo professionale continuo dei professionisti e, in seguito, con cui viene regolato e amministrato il personale, rappresentano uno dei punti di maggiore criticità dei sistemi sanitari sviluppati.

L'area del capitale individuale comprende:

- formazione e aggiornamento,
- professionalità,
- carriera,
- processi di valutazione,
- politiche del personale.

Nel presente lavoro sono state analizzate le cinque aree elencate, nella consapevolezza che un'Azienda sanitaria possiede un proprio patrimonio comune di conoscenze/competenze, ma fa molta fatica a individuarlo con precisione e dirigerlo direttamente. Quasi un paradosso: il capitale individuale di un'Azienda, il *know how* tacito dei suoi professionisti, è in ampia parte etero-diretto. L'azienda può solo tentare di:

- trattenerlo, con politiche del personale incentivanti, con processi di valutazione equi e condivisi, con sviluppo di carriere coerente con il miglioramento continuo;
- favorirne lo sviluppo, sostenendo la crescita continua con piani formativi adeguati all'armonica relazione tra i bisogni formativi individuali espressi e le esigenze organizzative.

In questo Paragrafo viene presentato dunque il tentativo di descrivere non un catalogo del posseduto, ma l'insieme delle strategie che un'Azienda sanitaria riesce a mettere in campo per facilitare l'accumulo e lo scambio di conoscenze, oltre a evidenziare le modalità organizzative sperimentate per favorire lo sviluppo professionale tra i rigidi vincoli con cui si devono confrontare le istituzioni pubbliche.

### 4.2.1. Formazione e aggiornamento

Un'Azienda sanitaria è un microcosmo professionale e operativo con un altissimo tasso di personale laureato, il cui *focus* formativo è in gran parte etero-diretto (specialmente dalle società scientifiche nazionali e internazionali). Alcuni settori inoltre sono iperspecialistici e necessitano di una formazione diretta e in presenza. Si tratta di tre elementi che condizionano profondamente ogni programmazione e gli sforzi per un'integrazione armoniosa e virtuosa tra competenze e organizzazione.

Con l'avvio del processo di aziendalizzazione, la funzione "formazione" ha assunto sempre più la connotazione di strumento per il miglioramento organizzativo oltre che per la manutenzione delle conoscenze specifiche delle varie professioni. Gli elementi che possono descrivere tale funzione evidenziano meglio l'uno o l'altro aspetto.

Tutte le Aziende hanno istituito un'Unità operativa o un Servizio, generalmente in *staff* alla Direzione generale, che si occupa della pianificazione e della gestione della formazione a livello aziendale. È una scelta non scontata nel panorama nazionale. Le Aziende pongono particolare attenzione al programma nazionale ECM e tutte programmano le attività di formazione nei primi mesi dell'anno inquadrando in un documento definito Piano annuale di formazione (PAF), dotandosi di un sistema informatico per la gestione delle attività inerenti all'aggiornamento del personale.

Il livello di pervasività e completezza dei vari sistemi informatici può essere un indicatore del livello di attenzione organizzativa: si va da un semplice *database* utilizzato esclusivamente dal servizio formazione a un sistema articolato e interconnesso con i sistemi informatici (relativi agli aspetti giuridici ed economico-manageriali).

Traspare anche una diversificazione tra le Aziende circa il grado di esplicitazione dei livelli procedurali attivi nei vari sottoinsiemi della formazione. Una sola Azienda ha predisposto un sistema informatico consultabile *on line* da tutti gli operatori per verificare il proprio *status* anagrafico in relazione al debito formativo in crediti ECM. Nessuna Azienda ha un sistema integrato completo (sempre che sia possibile e utile) che prenda avvio da un *self assessment* (per la mappatura di competenze possedute, specie dai detentori di ruoli organizzativi critici), prosegua con un ventaglio di offerte per colmare il *gap*, e sia collegato allo sviluppo professionale e delle carriere.

Generalmente le Aziende non definiscono prioritariamente un monte ore rigido destinato all'aggiornamento perché fanno riferimento alle esigenze formative identificate nei Piani di formazione. I dati pervenuti indicano che è ritenuto più significativo individuare la quota di *budget* destinata all'aggiornamento, espressa in percentuale rispetto al monte salari. Alcune Aziende predefiniscono una percentuale, solitamente maggiore, da destinare all'aggiornamento interno. È anche possibile approfondire ulteriormente l'indagine individuando la quota parte destinata (o spesa) per la dirigenza e per il comparto e così via, fino ad approfondimenti molto più analitici. Ciò va opportunamente valutato in base alle specifiche esigenze informative delle diverse Aziende e rispetto al costo, in termini di tempo e risorse economiche assorbite, che ciò potrebbe comportare.

**Tabella 19.** Grado di investimento nell'attività di formazione

<b>Grado di investimento nell'attività di formazione</b>	<b>Prevalente tipologia di indicatori</b>
1. N. ore assegnate alla formazione/aggiornamento	Quota di <i>budget</i>
2. N. ore di formazione autogestita (aggiornamento interno)	N. eventi formativi / crediti formativi
3. N. eventi formazione esterna	N. eventi formativi / crediti formativi
4. N. eventi formazione residenziale	N. eventi formativi / crediti formativi
5. N. corsi formazione a distanza	sì (se svolti)
6. N. eventi formazione sul campo	Crediti formativi
7. % di raggiungimento crediti formativi	sì
8. N. operatori che hanno svolto formazione esterna	N. operatori
9. N. presenze alla formazione residenziale	N. eventi formativi / crediti formativi
10. N. presenze per formazione a distanza	sì
11. N. presenze per formazione su campo	sì

Si è chiesto alle Aziende sperimentatrici se fosse possibile quantificare il numero di ore dedicato alla formazione autogestita; i dati forniti esprimono una difficoltà in tale valutazione.

Il concetto di autogestione dovrebbe fare riferimento alle attività di aggiornamento comune senza interventi esterni, come presupposto - anche solo intuitivo - di scambio di conoscenza tacita. Questo accade in tutte le Aziende, ma non sono ancora routinari i relativi sistemi di rilevamento (una sola Azienda ha fornito i dati).

Tre Aziende hanno segnalato l'opportunità, peraltro condivisa dal gruppo di lavoro, di integrare l'informazione con il numero di corsi interni attivati e il numero di edizioni realizzate.

Lo stesso vale per l'aggiornamento esterno. Le Aziende hanno difficoltà a reperire il dato in ore perché l'aggiornamento esterno viene considerato come un unico evento. Viene sicuramente individuato il numero di operatori inviati in aggiornamento esterno a spese dell'Azienda, considerando anche il numero di sponsorizzazioni autorizzate durante l'anno. In tali occasioni formative, le sponsorizzazioni sono spesso importanti e costose: il più delle volte al professionista viene riconosciuta come orario di servizio la frequenza a queste iniziative e, anche se l'Azienda non ha apparentemente costi diretti, il "mancato reddito" che ne deriva è un fattore da tenere in considerazione.

Si è ritenuto importante disgiungere l'analisi dell'invio a corsi esterni dagli *stage*, che rappresentano scelte molto più mirate e che saranno affrontate di seguito.

Il numero di ore di formazione residenziale - che, peraltro, è anche legato al programma di Educazione continua in medicina (che prevede 50 crediti annui equivalenti a circa 50 ore di formazione) - è in generale un dato utile che permette di indagare anche altri fattori. Alcune Aziende sono in grado di offrire questo livello di formazione e a volte

lo superano, dimostrando come sia alta la loro attenzione verso lo sviluppo professionale continuo anche indipendentemente da obblighi istituzionali. Si rafforza così la convinzione che l'analisi della funzione formazione sia un'azione molto specifica per evidenziare l'attenzione al capitale intellettuale.

Un suggerimento proponibile potrebbe riguardare il rilevamento del numero medio di partecipanti per edizione, per poi compararlo con i dati nazionali. Queste informazioni permetterebbero di evidenziare il grado di personalizzazione della formazione (un conto è organizzare un corso di 4 ore per 100 partecipanti, un altro realizzare 40 corsi per 10 operatori diversi).

Negli ultimi anni si sono sviluppate anche nuove metodologie formative.

La formazione a distanza (FAD) è entrata da poco nelle Aziende sanitarie ed è ancora in fase sperimentale. Le esperienze in atto indicano estrema variabilità. Un'analisi organizzativa a tale proposito dovrebbe identificare almeno tre approcci differenti con cui l'Azienda decide di utilizzare le nuove tecnologie a disposizione (Ferrari, 2006):

- pragmatico: attraverso accordi o acquisti con *provider* esterni, si mettono a disposizione dei professionisti - su piattaforme generiche - corsi a catalogo di carattere generalmente trasversale all'area sanitaria;
- epistemologico: l'Azienda orienta la scelta verso un modello più interlocutorio di coinvolgimento dei professionisti sia nella scelta dei contenuti da erogare sia nelle modalità di erogazione, che possono essere personalizzate o direttamente gestite. Anche la realizzazione dei contenuti espressi prevede il coinvolgimento diretto degli operatori;
- evolutivo: gli investimenti aziendali considerano strategica la diffusione della conoscenza e predispongono le basi operative per un sistema che sia in grado di collegare ogni singolo professionista al reticolo di conoscenza, espressa o inespressa, dell'organizzazione in cui opera. È una visione che si orienta verso il *knowledge management* e la *learning organization*.

È evidente che è pretenzioso voler ricondurre questa complessità a qualche quesito, ma si è optato comunque di avviare una riflessione sul tema, introducendo un elemento quantitativo minimo (numero di corsi in FAD disponibili e numero di ore di formazione a distanza erogate) facilmente rilevabile da qualsiasi piattaforma (proprietaria o in *hosting*).

Anche per questo indicatore occorre precisare se si tratta di ore/uomo o ore/corso disponibili. Le ore/uomo possono essere rilevate estrapolando i dati dalla piattaforma utilizzata (ma sarebbero ore di "contatto" e non di effettivo utilizzo). È più utile conteggiarle moltiplicando la durata media di ogni corso messo a disposizione (predefinita per ciascun corso in sede di accreditamento) per il numero di quanti hanno completato il corso stesso.

La formazione sul campo (FsC) è una modalità sviluppata con l'avvio del sistema di educazione continua in medicina ed è caratterizzata proprio dal fatto di essere svolta durante la normale attività di servizio. La FsC è probabilmente la metodologia formativa più coerente in un'Azienda sanitaria ed è stata sempre utilizzata nelle corsie come vera palestra di apprendimenti. Resta invece complesso il tema della sua codifica e proprio per

questo, al quesito relativo al "numero di ore di FSC", le Aziende non sono state sempre in grado di fornire il dato. Forse è più facile risalire al numero di operatori coinvolti in attività suddividendoli tra le cinque tipologie previste (miglioramento; addestramento; *audit*; partecipazioni a ricerche; partecipazioni a commissioni, comitati, ecc.). In ogni caso, questa voce è elemento essenziale per verificare la forza dei legami deboli della rete aziendale che sostiene i flussi della conoscenza. Tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna utilizzano la FSC come metodologia intravedendo nella sua formalizzazione un valore aggiunto notevole. In alcune realtà è stato esplicitamente dichiarato che la FSC è monitorata direttamente, anche in termini di ore/uomo, solo per ciò che concerne il personale neo-assunto.

La percentuale di raggiungimento crediti ECM è un dato piuttosto grezzo, ma significativo della capacità di un sistema di adeguarsi a contesti mutevoli. Le Aziende hanno risposto quasi tutte segnalando una percentuale del 100%. Tale percentuale indica il grado di efficienza dell'intero sistema in relazione all'educazione continua in medicina come obbligo previsto dai CCNL. I Piani annuali di formazione devono prevedere l'aggiornamento per tutti i dipendenti, profili coinvolti nel programma ECM e non. L'ECM non esaurisce perciò la programmazione ed è per questo motivo che può essere utile riuscire a identificare quanto questa quota incida sull'aggiornamento complessivo.

Degli oltre trenta profili individuati dal programma ECM, alcuni hanno elevate possibilità di accesso (medici, infermieri, ecc.) mentre altri, meno numerosi, non hanno occasioni di aggiornamento specifico e necessitano di un'attenzione organizzativa molto particolare e di risorse *ad hoc*. Questa attenzione è sicuramente un indicatore da misurare per verificare la flessibilità aziendale e l'impegno all'uniformità all'accesso. Alcune Aziende hanno segnalato percentuali differenziate per medici e infermieri, ma il sistema regionale di rilevazione dell'andamento dell'ECM prevede la verifica del raggiungimento dei debiti formativi per tutti i profili interessati.

**Tabella 20.** Analisi sul grado di attenzione all'attività formativa

<b>Grado di attenzione all'attività formativa</b>	<b>Risultati prevalenti</b>
1. Presenza di un'analisi del fabbisogno formativo	si: tutte le Aziende
2. Strumenti per la valutazione del fabbisogno formativo	Schede standard
3. Processo di verifica sulla ricaduta dell'attività di formazione	Solo alcune Aziende e non per tutte le attività
4. Strumenti per la valutazione del grado di ricaduta	Questionari

Direttamente collegata a quanto detto è la questione dell'analisi dei bisogni formativi. Al quesito se sia presente o meno un'analisi dei bisogni formativi, le Aziende hanno tutte risposto "sì", anche se non sempre si evince la strategia metodologica adottata (*Tabella 20*).

Anche per questo aspetto le Aziende sanitarie si diversificano notevolmente da qualsiasi altra realtà organizzativa perché nell'analisi dei bisogni formativi i professionisti hanno un ruolo centrale e il punto di coerenza risiede nel grado di interconnessione tra esigenze individuali e necessità organizzative. Le modalità con cui si svolge il processo di analisi dei bisogni formativi sono un indicatore della capacità generale del sistema di integrarsi. Il capitale individuale si sviluppa quando il punto di equilibrio tra istanze individuali e organizzative viene trovato fluidamente attraverso processi consolidati e altamente flessibili.

In ogni caso tutte le Aziende fanno riferimento agli obiettivi di carattere nazionale, regionale e di piano strategico aziendale. Le Aziende a finalità di ricerca sottolineano questa vocazione anche relativamente alla fase dei bisogni formativi. Per una valutazione approfondita sarebbe interessante riuscire a differenziare e monitorare quantitativamente gli eventi formativi che possono avere origine:

- dall'analisi organizzativa (criticità verificata o decisioni strategiche);
- dall'improvvisa necessità che può verificarsi per accelerazione di processi non prevedibili;
- dall'analisi delle competenze (nuove procedure, nuova strumentazione, individuazione *gap* tra competenze attese e verificate, ecc.);
- dagli esiti di ricerche (revisione letteratura o discussioni tra pari);
- dalla pianificazione di progetti di miglioramento continuo della qualità (MCQ);
- dalla rilevazione annuale dei bisogni formativi in previsione del PAF.

Il processo di verifica sulla ricaduta dell'attività di formazione e l'analisi degli strumenti per la valutazione del grado di ricaduta sono stati inseriti con la consapevolezza delle difficoltà connesse. La valutazione è un annoso problema per chiunque si occupi di apprendimento e formazione. Tutte le Aziende hanno dichiarato di avere un sistema di verifica, anche se in questa sede si è ommesso di descriverlo. Nessuna Azienda ha adottato in modo sistematico e permanente dispositivi per tale verifica anche per lo sforzo che ciò richiederebbe: ciascuna Azienda sanitaria della regione attiva ogni anno oltre 500 eventi formativi.

La verifica di impatto è dunque svolta solo a campione e per progetti formativi di ampio respiro. Il quesito potrebbe essere formulato in maniera più articolata per cogliere ad esempio se la verifica:

- si effettua come prassi operativa entro sei mesi dalla conclusione di tutti i corsi;
- si effettua costantemente su corsi particolari individuati in fase di elaborazione del PAF;
- si effettua sporadicamente in base alla disponibilità e al contesto;
- non si effettua.

Per la valutazione della ricaduta dell'attività formativa, nelle Aziende in cui viene effettuata emerge la prevalenza dell'impiego di questionari post-formazione e quasi esclusivamente per alcuni specifici eventi formativi per i quali si presuppone un impatto

di rilievo sull'organizzazione. In realtà vi sarebbero differenti modalità di analisi e valutazione, quali ad esempio:

- questionario pre e post;
- intervista in profondità con alcuni partecipanti a distanza di qualche mese;
- *focus group* dedicati;
- indagine statistico-epidemiologica sugli effetti prodotti (che potrebbe essere a sua volta un'attività formativa sul campo);
- attivazione di un gruppo di discussione permanente (*mailing list, forum o community*).

Il numero e la qualità degli *stage* presso altre strutture è un ulteriore indicatore di sviluppo del capitale individuale (*Tabella 21*). Le Aziende hanno risposto affermativamente all'utilizzo dello *stage* come momento di accrescimento della conoscenza, anche se hanno sottolineato la difficoltà a reperire dati quantitativi certi. Ciò è comprensibile alla luce di quanto già descritto precedentemente: lo scambio è sempre avvenuto, addirittura a spese dei professionisti sia per il tempo che per i costi; solo raramente viene utilizzato lo strumento istituzionale del "comando speciale" finalizzato. Quindi è inusuale tenere aggiornato un registro di tali attività, tanto meno avere un riscontro qualitativo in durata e contenuti specifici. Tuttavia per un'Azienda sarebbe un importante segnale predisporre una raccolta sistematica degli *stage* effettuati, meglio ancora se correlati agli apprendimenti conseguiti, perché questi dati si potrebbero configurare come indicatori della vitalità professionale e potrebbero costituire un elemento di sviluppo delle risorse umane e delle carriere, o di *fringe benefit*.

Il numero degli stagisti esterni che un'organizzazione richiama è indubbiamente un elemento di prestigio, siano essi della stessa regione, nazione o stranieri. Gli Istituti di ricerca hanno come missione "l'ospitalità", che comporta possedere aree organizzate per gli stagisti. Allo stesso modo si devono considerare gli eventi formativi (corsi, convegni e congressi) che stimolano la partecipazione di professionisti esterni all'Azienda. Risulta infatti che per alcune Aziende tali partecipazioni rappresentano anche il 30% delle presenze complessive, evidenziando un ruolo estremamente vivo di richiamo e di aggregazione. Qui preme richiamare l'attenzione di tutte le Aziende agli *stage* perché costituiscono una doppia fonte di capitale: formativo diretto, per la trasmissione di contenuti che costringe i professionisti (*tutor*) a ripensare il proprio agire, e formativo indiretto, per la messa in rete di canali relazionali che nel tempo definiscono comunità di pratica.

Alla stessa stregua vanno considerate le attività di tirocinio, con o senza convenzioni tra Aziende e Università.

Un'ulteriore voce è il numero di dipendenti in distacco presso altre strutture nazionali e internazionali. Tra tutte le cinque Aziende coinvolte, risulta che solo 118 dipendenti sono stati comandati/distaccati presso altre strutture nazionali, e solo 3 operatori sono stati distaccati temporaneamente presso strutture internazionali. Si tratta di dati sicuramente sottostimati.

**Tabella 21.** Analisi dello scambio di conoscenza

Scambio di conoscenza	Risultati prevalenti
1. N. <i>stage</i> attivi presso l'Azienda	Rilevato per tutte le Aziende un ampio numero
2. N. stagisti stranieri	Raramente rilevati
3. Periodo medio di <i>stage</i> (ore)	Differente tra le Aziende
4. N. dipendenti in distacco/comando presso altre strutture nazionali	Non sempre rilevato
5. N. dipendenti in distacco presso altre strutture internazionali	Non sempre rilevato

#### ***4.2.2. Professionalità, carriera, processi di valutazione e politiche del personale***

Il capitale individuale delle Aziende sanitarie fa riferimento a:

- competenze e conoscenze delle persone che vi lavorano;
- loro atteggiamenti mentali e loro vivacità intellettuale;
- valori condivisi all'interno dell'Azienda, sinergie e rapporti che essa è riuscita a crearsi;
- capacità di apprendimento e innovazione.

##### *Operatori*

Gli operatori costituiscono la più preziosa risorsa per il *management*. Oltre a selezionare il personale, assumerlo, formarlo, gestirlo, elaborare piani di sviluppo degli individui e dei sistemi, sarà curato ogni aspetto inerente l'integrazione degli operatori nel sistema delle responsabilità e la diffusione del senso di appartenenza. Non deve peraltro essere trascurato il fatto che, accanto agli aspetti materiali ed economici, risultano sempre più importanti alcuni fattori metodologici per cui l'intuito dei dirigenti e dei quadri potrebbe non essere più sufficiente, e la capacità di gestire l'intelligenza umana, di trasformare l'*output* intellettuale in un servizio, sta diventando la competenza più importante del dirigente di questa era.

##### *Clienti interni*

Nella logica dei processi, ogni operatore è sempre fornitore (in quanto trasmette il prodotto a qualcuno) e cliente (in quanto riceve un prodotto da qualcuno). In un'Azienda che abbia analizzato i propri processi, l'operatore dovrebbe capire la finalità del processo nel quale è inserita l'attività che svolge, conoscere e capire i bisogni del cliente finale, comprendere e precisare i requisiti che il fornitore (l'elemento a monte nel processo) deve rispettare, nonché conoscere e capire i bisogni del cliente a valle.

Quindi, gli strumenti classici della gestione delle risorse umane come:

- selezione, orientamento, addestramento, analisi dei compiti, valutazione,
- gestione del personale, tecniche di direzione, *team building*,
- formazione organizzativa, modelli di negoziazione e formazione,

sono probabilmente insufficienti per il *management* del capitale individuale.

Neanche gli strumenti classici del miglioramento continuo possiedono però una specificità tale da poter lavorare proficuamente sul capitale intangibile e in particolare su quello intellettuale.

Emerge, quindi, la necessità di strumenti:

- a livello individuale: pianificazione carriere, diagnosi del potenziale, *job design*;
- a livello di gruppi di lavoro: progettazione dei posti di lavoro, ristrutturazione di gruppi di lavoro,
- a livello aziendale: sviluppo organizzativo, *learning organization*, *knowledge management*.

#### *Analisi dei dati su cinque Aziende della regione*

Le cinque Aziende coinvolte hanno fornito elementi quantitativi e descrittivi per le determinanti del capitale individuale, cioè l'insieme di fattori che concorrono a qualificare il capitale umano. A tale fine si è condotta l'analisi di determinanti quali:

- professionalità,
- percorsi di carriera,
- processi di valutazione e incentivazione.

#### *Professionalità presenti*

Si tratta di elementi rilevanti ai fini della rappresentazione dei fattori intangibili del capitale, poiché permettono di esprimere il contributo alla formazione di un gruppo professionale avente specifiche caratteristiche in termini di qualità, competenza e professionalità.

**Tabella 22.** Professionalità presenti

<b>Numero dipendenti</b>	<b>AUSL Piacenza</b>	<b>AUSL Rimini</b>	<b>AOU Ferrara</b>	<b>IOR</b>
Medici dipendenti	563	486	353	150
Infermieri con laurea	1.273	632	1.048	498
Personale amministrativo	390	313	180	168

Il numero assoluto dei dipendenti non ha un significato in sé, ma andrebbe rapportato ad altri valori, espressioni della dimensione dell'Azienda (ad es. posti letto per le Aziende ospedaliere, bacino di utenza per le Aziende territoriali, fatturato, ecc.), per dare a ogni Azienda la possibilità di monitorare nel tempo il proprio capitale ed, eventualmente, di potersi confrontare con altre Aziende.

In aggiunta alla tipologia di professioni, ai ruoli presenti e alla quantità di personale dipendente, si è cercato di individuare anche l'anzianità media di servizio, in quanto può essere espressione del grado di soddisfazione o insoddisfazione riscontrata all'interno dell'organizzazione. L'anzianità media di servizio dà riscontro anche dell'esperienza professionale accumulata e delle competenze verosimilmente acquisite.

**Tabella 23.** Anzianità di servizio

<b>Anzianità di servizio (nella stessa Azienda)</b>	<b>AUSL Piacenza</b>	<b>AUSL Rimini</b>	<b>IOR</b>
Medici	16,9	18	16,2
Comparto	15,9	14	14,9
Tecnico amministrativo	19,9	19	13,3

Mediamente, il personale infermieristico ha minore anzianità di servizio rispetto ai medici. Nelle Aziende del territorio il personale sembra avere maggiore anzianità di servizio confronto alle altre (17 *vs* 14,7).

Con riferimento al *turnover* e al ringiovanimento, si dispone dei dati di sole due Aziende, mentre il numero dei trasferimenti interni che denotano una certa flessibilità dei soggetti a modificare le proprie funzioni e le proprie attività, è disponibile per una sola Azienda. Assumono rilevanza le nuove entrate da concorso: si tratta di risorse umane esterne depositarie di una conoscenza e formazione non sviluppate in Azienda, quindi potenzialmente in grado di apportare nuove conoscenze, competenze e abilità.

**Tabella 24.** Mobilità del personale

<b>Mobilità del personale</b>	<b>AUSL Piacenza</b>	<b>AUSL Rimini</b>
Entrate da mobilità interaziendali	18	20
Entrate da concorsi	123	57
Uscite medici (a qualsiasi titolo)	25	15
Uscite comparto (a qualsiasi titolo)	64	48
Uscite tecnico amministrativo (a qualsiasi titolo)	28	32

### *Percorsi di carriera*

I percorsi di carriera contribuiscono a determinare e caratterizzare il capitale individuale. La definizione di carriera richiede la chiara esplicitazione dell'organigramma aziendale, così come delle professionalità e, rispetto a questo, assumono rilevanza il tasso di ringiovanimento e l'indice di *turnover*. Ciò al fine di assicurare un certo dinamismo e adeguatezza delle competenze delle risorse umane operanti in un contesto complesso in continuo mutamento.

Tutte le Aziende hanno redatto e aggiornano un organigramma aziendale, dettagliato per Dipartimenti, strutture complesse e semplici. Ciò è probabilmente anche in relazione con i requisiti posti dalla Regione per l'accreditamento delle strutture sanitarie: i requisiti organizzativi richiedono infatti la formalizzazione degli organigrammi ai diversi livelli aziendali.

La definizione delle carriere (ovvero del riconoscimento formale del livello nell'organigramma) è variamente articolata, anche se si riconosce un modello basato sull'Unità operativa. La definizione di tale livello è variamente identificata in semplici e complesse. Per struttura semplice si intende il "Modulo", le strutture complesse sono articolate in più livelli (4 c/o AUSL Rimini, 3 c/o AUSL Parma, 2 c/o AUSL Piacenza).

Sarebbe interessante valutare il grado di articolazione relativo al comparto, tradizionalmente vissuto nella diade infermiere-caposala, che invece si sta profondamente modificando con la riorganizzazione delle Direzioni assistenziali intervenuta in questi anni.

### *Processi di valutazione e incentivazione*

In tutte le Aziende sono disponibili processi sistematici per la valutazione delle prestazioni della dirigenza. Le Aziende hanno sviluppato strumenti di valutazione (generalmente schede) che vedono nella definizione del *budget* il *primum movens* in relazione alla definizione di obiettivi - risorse - risultati.

Il Nucleo di valutazione e il Collegio tecnico sono gli organi di verifica deputati alla valutazione in relazione alla scadenza contrattuale. La valutazione delle *performance* è allo stato di sperimentazione (generalmente le schede sono piuttosto semplici).

**Tabella 25.** Politiche del personale

	<b>AUSL Piacenza</b>	<b>AUSL Parma</b>	<b>AOU Ferrara</b>	<b>IOR</b>
Sistemi assegnazione obiettivi - risorse - risultati	si	si	si	si
Medici	si	si	si	si
Comparto	si	si	si	si
Tecnico amministrativo	si	si	no	si
Strumenti valutazione <i>performance</i>	si	no	si	si
Strumenti incentivazione del personale	si	si	si	si

### ***4.2.3. Considerazioni conclusive sul capitale individuale***

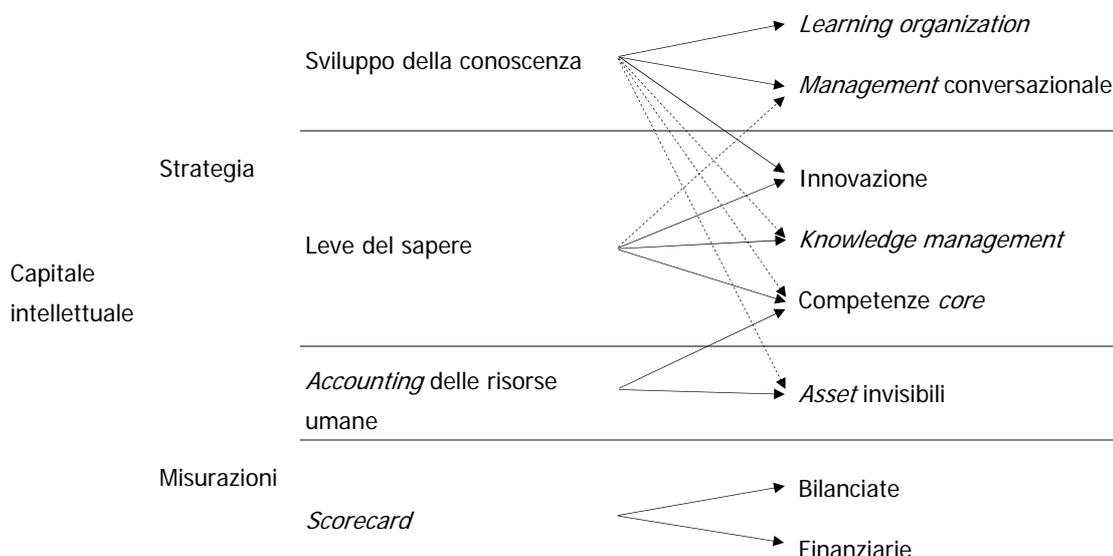
Lo strumento offerto sembra in grado di indicare gli elementi essenziali per avviare un processo di analisi delle risorse intangibili, e del loro impiego da parte delle Aziende sanitarie. Ogni elemento considerato può essere interpretato come indicatore di uno stato, ma contemporaneamente è strumento per lo sviluppo del capitale intellettuale anche in settori diversi.

Se si prende come esempio il modello di Ross (1997) su *focus*, leve e strumenti di gestione del capitale intellettuale (*Tabella 26*), si comprende come sia necessario avere sottostante un quadro che riassume le interazioni (facilitanti o ostacolanti) tra fattori apparentemente distanti.

La maturità delle Aziende sanitarie sta nel comprendere come le politiche di valorizzazione della conoscenza, proprie dell'area della strategia, si coniughino all'area della misurazione, ma senza l'ansia prestazionale di creare valore monetizzabile tipica delle organizzazioni di profitto. Lo sviluppo del capitale individuale è inevitabilmente correlato ai profili che determinano le carriere individuali e di *équipe*. In altre parole esistono all'interno delle organizzazioni sanitarie possibilità "compensative" diverse da quelle tradizionali date dall'organigramma. Questo richiede la predisposizione di sistemi di gestione integrata della conoscenza, che attualmente sono presenti solo a macchia di leopardo. Per esempio, favorire le attività di ricerca scientifica (finanziamenti dedicati, possibilità di *stage* all'estero, accesso a banche dati privilegiate, *fund raising*, convenzioni di collaborazioni con Università, ecc.) può rappresentare una leva gestionale molto importante, soprattutto in assenza di altri tipi di riconoscimenti e gratificazioni. Lo stesso può avvenire facilitando il *turnover* del personale, garantendo una moderata "freschezza" a quei settori che, con il loro sviluppo attivo, raggiungono risultati positivi. Non sempre gli indicatori classici del controllo di gestione misurano le *performance* di un'*équipe* o dei singoli.

Si ritiene utile un approfondimento di queste tematiche con una sperimentazione più allargata di quella appena conclusa tra le cinque aziende partecipanti.

**Tabella 26.** Modello di Ross



### 4.3. Il capitale interno

Il capitale interno rappresenta un fondamentale e aspetto del capitale intellettuale, poiché concerne sia gli elementi gestionali dell'Azienda sia le attività immateriali di proprietà della stessa.

L'analisi del capitale interno viene attuata attraverso la raccolta di informazioni che vanno a sondare la capacità dell'Azienda di operare in quanto sistema, stabilendo un insieme di regole, procedure e strumenti, sviluppando processi e sistemi informativi atti a gestire le determinanti che partecipano alla formazione del capitale intellettuale.

Avere a disposizione procedure, linee guida, *output* di ricerca, strumenti formalizzati per affrontare le complessità determinano una migliore attitudine dell'Azienda a creare valore rispetto ad altre. Gli elementi sopra menzionati costituiscono quindi un patrimonio intangibile interno all'Azienda.

Gli ambiti analizzati in questa sezione sono stati:

- modelli e processi gestionali attuati dall'Azienda;
- presenza di attività immateriali generate dall'Azienda;
- prodotti della ricerca;
- formazione attiva;
- tecnologia.

#### **4.3.1. Modelli e processi gestionali attuati dall'Azienda**

Nella prima sezione viene esaminata la posizione attuale dell'Azienda valutando la coerenza con la pianificazione strategica; viene sondata la potenzialità e l'orientamento al cambiamento della Direzione aziendale attraverso l'individuazione di progetti innovativi; e viene valutato il grado di coinvolgimento e appartenenza del personale alla struttura attraverso lo sviluppo di strategie di motivazione.

Gli indicatori individuati per verificare questi tre aspetti sono riportati in Tabella 27. Per ognuno di essi le Aziende hanno fornito indicazioni sintetiche rispondendo positivamente o negativamente. In pochi casi le Aziende non sono state in grado di reperire il dato. Nella maggior parte dei casi sono stati forniti dettagli descrittivi sulle modalità attuate a livello aziendale per supportare i processi gestionali, che risultano con un grado di strutturazione di diverso valore. Si evidenzia una grande attenzione nei processi di pianificazione strategica alle attività di valutazione periodica del raggiungimento degli obiettivi che sono supportati da reportistica periodica o talvolta da supporti informatici. Come verrà rilevato anche da altri indicatori in seguito, l'attenzione allo sviluppo di strumenti informatici adeguati per le attività di gestione dell'Alta direzione sembra chiaramente delinearci come elemento distintivo in grado di aumentare la capacità gestionale aziendale.

Tutte le Aziende hanno sottolineato la presenza al proprio interno di progetti innovativi, testimoniando una certa attenzione del *management* a sondare, ricercare e sperimentare il "nuovo". Dall'analisi dei dati si evince peraltro che sarebbe auspicabile introdurre ulteriori indicatori di verifica dei risultati delle innovazioni introdotte e delle implementazioni dei progetti.

Sul tema del coinvolgimento del personale, solo alcune Aziende hanno attuato programmi strutturati con indagini di clima organizzativo a cui sono seguite azioni di miglioramento. In alcuni casi ci si è limitati a prevedere incontri con il personale per fornire informazioni sulle attività svolte; in altri casi è stato scelto l'utilizzo di una rete aziendale di facilitatori e valutatori per permettere un capillare fluire delle informazioni e aumentare il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale.

Gli indicatori individuati, testati a livello aziendale, sono apparsi sufficientemente descrittivi delle caratteristiche del *management*, degli strumenti da questo utilizzati, della spinta all'innovazione e della capacità di coinvolgimento del personale. La possibilità di osservare nel tempo il *trend* di questi indicatori all'interno di ogni Azienda potrebbe fornire utili informazioni circa le caratteristiche evolutive della Direzione.

**Tabella 27.** Analisi dei modelli e dei processi di gestione

<b>A) Gestione</b>		
Posizione attuale	1. Riscontro tra pianificazione strategica e realtà operativa	Descrizione
	2. Processi e strumenti per valutazione dell'efficacia della pianificazione	Descrizione
	3. Coerenza tra obiettivi strategici e programmazione?	Descrizione
	4. Processi e strumenti a supporto del processo di programmazione	Descrizione
	5. Modalità reperimento dati in itinere	Descrizione
	6. Modalità reperimento dati a consuntivo	Descrizione
	7. Strumenti per il reperimento di informazioni non monetarie	Descrizione
Potenzialità direzione aziendale	8. Attivazione progetti innovativi (PI) in ambito amministrativo-gestionale	Numero e descrizione
	9. Riscontro tra PI e pianificazione strategica	Descrizione
	10. Grado di condivisione dei PI da parte della Direzione	Descrizione
	11. Principali tematiche PI (amministrativo-gestionali)	Descrizione
	12. Attivazioni PI modalità di gestione erogazione servizi sanitari	Descrizione
	13. Principali tematiche PI (servizi sanitari)	Descrizione
	14. N. progetti esportati all'esterno (in Regione)	Numero
	15. N. progetti valorizzabili all'esterno (in Regione)	Numero
Grado di coinvolgimento del personale	16. A quale livello organizzativo si consulta per verificare fattibilità di piani e programmi?	Descrizione
	17. Progetti volti a stimolare il senso di appartenenza	Numero e descrizione
	18. Grado rilevato di senso di appartenenza	Numero
	19. Sviluppo strategie di motivazione	Descrizione
	20. Momenti istituzionali di coinvolgimento del personale sulle modalità operative per il perseguimento degli obiettivi?	Descrizione

### 4.3.2. Presenza di attività immateriali generate dall'Azienda

Le attività immateriali prodotte dall'Azienda, i cui indicatori sono descritti in Tabella 28, forniscono un utile elemento di analisi per la creazione del capitale interno in quanto evidenziano la capacità dell'Azienda di originare valore sia in termini economico-finanziari sia in termini di diffusione della conoscenza nel settore sanitario nazionale e internazionale.

**Tabella 28.** Analisi delle attività immateriali

<b>B) Attività immateriali</b>			
Capacità dell'Azienda sanitaria di produrre valore attraverso attività immateriali	1.	Linee guida generate dalla partecipazione dell'Azienda in ambito regionale	Numero
	2.	Linee guida generate dalla partecipazione dell'Azienda in ambito nazionale	Numero
	3.	Linee guida generate dalla partecipazione dell'Azienda in ambito internazionale	Numero
	4.	N. Registri malattie gestiti dall'Azienda in ambito regionale	Numero
	5.	N. Registri malattie gestiti dall'Azienda in ambito nazionale	Numero
	6.	N. brevetti generati/partecipati in capo all'UO	Numero

Tra gli indicatori individuati, le linee guida e i Registri di malattie sono strumenti ampiamente strutturati e largamente utilizzati in ambito sanitario. Le prime dimostrano in modo indiretto la presenza nell'Azienda di valore intellettuale e professionale che è in grado di collaborare - nel contesto di comunità scientifiche a livello regionale, nazionale o internazionale - alla definizione di indicazioni sulla pratica assistenziale basate su criteri di documentata efficacia. Inoltre, nel momento dell'implementazione locale, dimostra l'attenzione da parte dell'Azienda a diffondere tali conoscenze migliorando la pratica professionale.

Anche la presenza di Registri di malattie, che rappresentano uno strumento privilegiato per la raccolta, la processazione e la distribuzione a professionisti e pazienti di informazioni relative a specifiche aree o patologie, è un indicatore con una forte connotazione di elevata attenzione professionale e capacità organizzativo-gestionale dell'Azienda che detiene lo strumento.

La presenza di brevetti nel contesto sanitario ha invece una diffusione ancora limitata. Il brevetto è definito come lo strumento giuridico con il quale è conferito a chi ha realizzato un'invenzione, il monopolio temporaneo di sfruttamento dell'invenzione ed è regolamentato dalla Legge n. 383 del 2001 che ha innovato profondamente il quadro normativo pre-esistente in materia di brevetti conseguiti all'interno delle Università e delle Pubbliche amministrazioni. Brevettare un'invenzione significa quindi per l'Azienda promuovere e potenziare l'interazione con l'industria in termini di contatti, di interazione sinergica, di sviluppo, e significa anche porre le basi per la produzione di reddito

addizionale, derivante dall'attività di trasferimento tecnologico dei prodotti/processi brevettati. La presenza dei brevetti è quindi riscontrata solo laddove la spinta alla ricerca e all'innovazione è di grande portata ed è un segnale della capacità aziendale di tradurre i prodotti intellettuali, che possiedono i requisiti di brevettabilità, in un prodotto che può essere oggetto di applicazione e sfruttamento industriale, acquisendo quindi anche grande visibilità esterna.

La diversa capacità di reperire i dati numerici ha mostrato come ancora non vi sia da parte della totalità delle direzioni delle Aziende analizzate un'attenzione a questi aspetti. Infatti in alcuni casi non era previsto un monitoraggio e una raccolta uniformata dei dati e le informazioni sono state ottenute attraverso interviste con i responsabili delle Unità operative. In alcuni casi, va peraltro osservato, era già presente una consapevolezza dell'importanza di tali informazioni per il *management* sia verso gli interlocutori interni che verso terzi per dimostrare il reale apporto e le garanzie che l'Azienda è in grado di offrire in ambito del mercato sanitario.

#### **4.3.3. I prodotti della ricerca**

L'analisi dell'attività di ricerca costituisce un'importante determinante del capitale intangibile interno creato dall'Azienda. Gli indicatori relativi a questo fondamentale aspetto vanno a valutare i prodotti della ricerca, il numero di progetti realizzati e rendicontati e il grado di coinvolgimento e passaggio della conoscenza in ambito aziendale (*Tabella 29*).

In tutte le cinque Aziende analizzate esistono attività di ricerca, che sono talora strutturate attraverso l'attività gestionale di appositi uffici.

Sicuramente un ruolo rilevante di promozione nelle Aziende è stato assunto dalla Regione attraverso l'istituzione e il coordinamento di progetti co-finanziati. Ma sono presenti anche altri fondi a cui alcune Aziende accedono, talvolta anche in maniera rilevante come quelli ministeriali o europei. Inoltre, un ruolo importante di finanziamento è svolto dal settore farmaceutico e da fondazioni e banche.

Nonostante la presenza delle attività appena descritte, in alcune Aziende l'accesso ai dati è risultato estremamente difficoltoso: in esse non è infatti ancora operativo un sistema di raccolta dati delle pubblicazioni prodotte, dei progetti in corso o realizzati e del trasferimento delle conoscenze all'interno e all'esterno dell'Azienda attraverso seminari, convegni o altro.

L'attività di ricerca ha chiaramente un ruolo centrale nell'unico IRCCS della regione, dove l'attività scientifica viene condotta sulla base di un'organizzazione dipartimentale secondo una pianificazione triennale per la ricerca corrente. Grande rilevanza hanno l'elevato numero di collaborazioni internazionali e il numero di frequentatori esterni che afferiscono ai laboratori di ricerca e alle aree assistenziali. L'aspetto legato alla presenza di personale esterno non strutturato denota una forte propensione - nell'ottica dello sviluppo di capitale intellettuale - alla diffusione e allo scambio di conoscenza.

**Tabella 29.** Analisi dell'attività di ricerca

<b>C) Ricerca</b>		
Prodotti della ricerca	1. N. articoli internazionali con <i>impact factor</i> (IF)	Numero
	2. N. articoli nazionali con IF	Numero
	3. N. monografie nazionali	Numero
	4. N. monografie internazionali	Numero
N. progetti	5. N. progetti di ricerca conclusi e rendicontati nell'ultimo triennio	Numero
	a) finanziati con risorse pubbliche	Numero
	b) finanziati con risorse private	Numero
	c) co-finanziati	Numero
Grado di coinvolgimento e passaggio della conoscenza	6. N. seminari interni di ricerca	Numero
	7. Carattere multi-professionale dei seminari	Descrizione
	8. N. partecipanti ai seminari	Numero
	9. Organi, strumenti, sistemi di monitoraggio dell'attività di ricerca	Descrizione
	10. N. progetti che coinvolgono MMG	Numero

#### **4.3.4. La formazione attiva**

L'attività di formazione attiva riveste un ruolo rilevante in termini di valutazione delle conoscenze e delle competenze del personale dell'Azienda. Ciò comporta la possibilità di "sfruttare" la conoscenza interna ai fini della formazione diminuendo i costi per le docenze esterne, ma genera anche per l'Azienda un maggiore valore in termini di immagine esterna nel momento in cui il personale è chiamato a svolgere consulenze o formazione anche presso strutture esterne. In Tabella 30 sono presentati gli indicatori prescelti per l'analisi.

Purtroppo anche in questo caso il reperimento delle informazioni è stato spesso difficoltoso o addirittura non possibile. In alcune Aziende la problematicità di questa scarsa conoscenza era un elemento di cui vi era già consapevolezza e resta quindi oggetto di studio per colmare in futuro il *gap* conoscitivo.

**Tabella 30.** Analisi dall'area della formazione e consulenza attiva

<b>D) Formazione attiva e attività di consulenza attiva</b>		
	1. N. ore di formazione professionale attiva	Numero
	2. N. consulenze svolte	Numero
	3. N. ore/giorni formazione interna	Numero
	4. N. ore di formazione presso altre Aziende	Numero

#### **4.3.5. La tecnologia**

Nella formazione del capitale intellettuale l'adeguatezza e la predisposizione allo sviluppo tecnologico rivestono un ruolo di rilievo. Il settore sanitario si sta caratterizzando sempre più per una rapida espansione della ricerca e dell'utilizzo di strumentazioni tecnologicamente avanzate. La quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie così come dell'informazione e degli strumenti di gestione sono sempre più legate all'adeguatezza tecnologica. Per analizzare questo aspetto sono stati considerati il livello tecnologico, la sua adeguatezza e la propensione all'evoluzione attraverso gli indicatori riportati in Tabella 31.

Per quanto attiene in generale i sistemi informativi aziendali, i risultati hanno mostrato un'attenzione delle Aziende soprattutto verso le aree dei servizi, con presenza di elevati gradi di informatizzazione delle aree di radiologia e di laboratorio. Molto difforme è invece lo sviluppo nelle altre aree e le capacità di rispondere in termini numerici e di efficacia ai bisogni degli utilizzatori.

Dall'analisi si possono riconoscere tre tipologie di innovazioni tecnologiche:

- l'innovazione che ha un diretto impatto sui pazienti e viene chiaramente letta e percepita dai pazienti e dai professionisti esterni (*competitor* e talvolta *stakeholder*). Questa tipologia può esercitare un'attrattiva verso i pazienti e si traduce in termini di aumento della produttività. Alcuni esempi possono essere le tecnologie chirurgiche utilizzate dai professionisti;
- l'innovazione che rappresenta un elemento caratterizzante, propulsivo per l'attività professionale e pertanto viene percepita soprattutto dal professionista interno. Questa può essere esemplificata dalla possibilità di utilizzare tecnologie avanzate che rappresentano strumenti che migliorano la pratica clinica e chirurgica in termini di sicurezza, affidabilità e riproducibilità;
- l'innovazione tecnologica che fa parte delle infrastrutture ed esercita un impatto positivo su entrambi i soggetti, pazienti e professionisti. A questa tipologia appartiene lo sviluppo dei sistemi informatici integrati che permettono la tempestiva ed efficace rintracciabilità delle informazioni e la possibilità di gestione più efficiente dei percorsi assistenziali, nonché l'introduzione di modelli organizzativi nuovi come quelli della telemedicina.

**Tabella 31.** Analisi dell'aspetto tecnologico

<b>E) Tecnologia</b>		
Livello tecnologico	1. N. PC/n. dipendenti	Numero
	2. N. indirizzi e-mail assegnati	Numero
	3. N. postazioni interne collegate	Numero
	4. Sistema informativo integrato	Descrizione
Adeguatezza	5. Adeguatezza della strumentazione tecnologica per l'erogazione dei servizi sanitari in termini numerici e in termini di efficacia delle tecnologie presenti	Descrizione
Propensione all'evoluzione tecnologica	6. Tipologie e numerosità degli acquisti di nuove tecnologie nel corso degli ultimi due anni	Descrizione e numero
	7. N. banche dati <i>on line</i>	Numero
	8. N. progetti sulla telemedicina	Numero
	9. Propensione all'introduzione di nuove tecnologie (programmi/progetti specifici)	Descrizione
	11. N. progetti che coinvolgono MMG	Numero



# Bibliografia

- AA.VV. Learning and Knowledge. *Espansione*. Sperling & Kupfer Editori, Milano, n. 1-1, 2002.
- Abernethy M., Vagnoni E. Power, Organization Design and Managerial Behaviour. *Accounting Organization & Society*, 29 (3), 2004.
- Abeysekera I., Guthrie J. An Empirical Investigation of Annual Reporting Trends of Intellectual Capital in Sri Lanka. *Critical Perspectives on Accounting*, 16 (3): 151-163, 2005.
- Albert S., Bradle K. *Managing Knowledge. Experts, agencies and organizations*. Cambridge University Press, 1997.
- Bonani G.P. *La sfida del capitale intellettuale. Principi e strumenti di knowledge management per organizzazioni intelligenti*. FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Brooking A. The Management of Intellectual Capital. *Long Range Planning*, 30 (3): 364-365, 1997.
- Brennan N., Connell B. Intellectual capital: current issues and policy implications. Paper presentato all'International Symposium Measuring and Reporting Intellectual Capital: Experiences, Issues, and Prospects. OECD, Amsterdam, giugno 2000.
- Bukh P.N., Larsen H.T., Mouritsen J. Constructing Intellectual Capital Statements. *Scandinavian Journal of Management*, 17: 87-108, 2001.
- Demarest M. Understanding Knowledge Management. *Long Range Planning*, 30: 374, 1997.
- Drucker P.F. *Post-Capitalist Society*. Butterworth Heinemann, Oxford, 1993.
- Drucker P.F. The Age of Social Transformation. *The Atlantic Monthly*, November 1994, pp. 53-80.
- Edvinsson L. Developing Intellectual Capital at Skandia. *Long Range Planning*, 30 (3): 366-373, 1997.
- Edvinsson L., Malone M. *Intellectual Capital*. Piatckus, London. 1997
- Edvinsson L., Sullivan P. Developing a Model for Managing Intellectual Capital. *European Management Journal*, 14 (4): 356-364, 1996.
- Edvinsson L., Kitts B., Beding T. The next generation of IC measurement: the digital IC-landscape. *Journal of Intellectual Capital*, 1 (3): 263-273, 2000.
- Ferrari M. L'impatto organizzativo dell'e-learning sulle Aziende sanitarie. *I nuovi strumenti e-learning/FAD per la formazione in sanità*. FIASObook 3, Iniziative sanitarie, 2006.
- Foucault M. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings*. Colin Gordon, Harvester, London, 1980.

- Guthrie G., Petty R. Intellectual capital: Australian annual reporting practice. *Journal of Intellectual Capital*, 1 (3): 241-251, 2000.
- Habersam M., Piber M. Exploring intellectual capital in hospitals: two qualitative case studies in Italy and Austria. *European Accounting Review*, 12 (4): 753-779, 2003.
- Johansson U. Why the concept of human resource costing and accounting does not work: a lesson from seven Swedish cases. *Personnel Review*, 27 (7), 1998.
- Johansson U., Eklov G., Holmgren M., Martensson M. *Human Resource. Costing and Accounting versus the Balanced Scorecard*. Report prepared for OECD, School of Business, Stockholm University, 1998.
- Kaplan R.S., Norton D.P. The balance scorecard - measures that drives performance. *Harvard Business Review*, 70 (1): 71-79, 1992.
- Kaplan R.S., Norton D.P. Using the balance scorecard as strategic management system. *Harvard Business Review*, gennaio-febbraio 1996.
- Klein D.A., Prusak L. *Characterizing Intellectual Capital*. Multi-Client Program Working Paper. Ernest & Young, March 1994.
- Larsen H.T., Mouritsen J., Bukh P.N.D. Intellectual capital statements and knowledge management: measuring, reporting and acting. *Australian Accounting Review*, 9 (3): 15-26, 1999.
- Lev B. R&D and capital market. *Journal of Applied Corporate Finance*, 11 (4), 1999.
- Lev B., Nissim D. Taxable Income, Future Earnings, and Equity Values. *The Accounting Review*, 79 (4): 1039-1074, 2004.
- Lipparini A. *La gestione strategica del capitale intellettuale e del capitale sociale*. Il Mulino, Bologna, 2002.
- McKee M., Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. *Clinical Medicine*, 1 (4): 299-304, 2001.
- Mouritsen J. Driving growth: economic value added versus intellectual capital. *Management Accounting Research*, 9 (4): 461-482, 1998.
- Mouritsen J. Measuring and intervening: how do we theorise intellectual capital management. *Journal of Intellectual Capital*, 5 (2): 257-267, 2004.
- Mouritsen J., Larsen H.T. The 2<sup>nd</sup> wave of Knowledge management: re-centring knowledge management through intellectual capital. *British Accounting Review*, 2004.
- Mouritsen J., Larsen H., Bukh P., Johansen M. Reading intellectual capital statement. *Journal of Intellectual Capital*, 2 (4): 359-383, 2001a.
- Mouritsen J., Larsen H.T., Bukh P.N.D. Intellectual capital and the "capable firm": narrating, visualising and numbering for managing knowledge. *Accounting, Organizations and Society*, 26 (7): 735-762, 2001b.
- Mouritsen J., Bukh P., Marr B. Reporting on intellectual capital: Why what and how. *Measuring Business Intelligence*, 8 (1): 46-54, 2004a.

- Mouritsen J., Thorjornsen S., Bukh P.N., Johansen M.R. Intellectual capital new public management. Reintroducing enterprise. *The Learning Organization*, 11 (4/5): 380-392, 2004b.
- OECD. *Guidelines and instructions for OECD Symposium*. International Symposium Measuring Reporting Intellectual Capital: Experiences, Issues, and Prospects, Amsterdam, June 1999. OECD, Paris, 1999.
- Peppard J., Rylander A. Using an Intellectual Capital Perspective to Design and Implement a Growth Strategy: The Case of ApiON. *European Management Journal*, 19 (5): 510-525, 2001.
- Petrash G. Dow's Journey to a Knowledge Value Management Culture. *European Management Journal*, 14 (4): 365-373, 1996.
- Petty R., Guthrie J. Intellectual capital literature review. *Journal of Intellectual Capital*, 1 (2): 155-176, 2000.
- Power M. Imagining, measuring and managing intangibles. *Accounting, Organizations and Society*, 26: 691-693, 2001.
- Quinn J.B., Anderson P., Finkelstein S. Managing Professional Intellect: Making the Most of the Best. *Harvard Business Review*, 74 (2): 71-80, 1996.
- Reich R.B. *The Work of Nations*. Alfred A. Knopf, New York, 1991.
- Roberts H. The Bottom-line of Competence-Based management: Management Accounting, Control and Performance Measurement. Presented at EAA Conference, Antwerp, 1998.
- Robinson G., Kleiner B. How to measure an organization's intellectual capital. *Managerial Auditing Journal*, 11 (8): 36-39, 1996.
- Roos G. Intellectual capital and strategy: a primer for today's manager. *Handbook of Business Strategy*, pp. 123-132, 2005.
- Roos J., Roos G. Valuing Intellectual Capital: the Next Generation. *Financial Times Mastering Management Journal*, maggio 1997a.
- Roos G., Roos J. Measuring your Company's Intellectual Performance. *Long Range Planning*, 30 (3): 413-426, 1997b.
- Roos J., Roos G., Dragonetti N.C., Edvinsson L. *Intellectual Capital. Navigating the New Business Landscape*. MacMillan Business Press, London, 1997.
- Roos G., Bainbridge A., Jacobsen K. Intellectual capital analysis as a strategic tool. *Strategy & Leadership*, 29 (4): 21-26, 2001.
- Shanklin W., Ryans J. *Thinking Strategically: Planning for Your Company's Future*. Hardcover. McGraw Hill, 1985.
- Stewart G.B. VA: fact and fantasy. *Journal of Applied Corporate Finance*, 7 (2): 71-87, 1994.
- Stewart T.A. *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*. Nicholas Brealey Publishing Ltd, London, 1997.

- Stewart T.A. *Il capitale intellettuale: la nuova ricchezza*. Ponte alle Grazie, Milano, 1999.
- Sullivan D. Measuring the Degree of Internationalization of a Firm: A Reply. *Journal of International Business Studies*, 27 (1): 179-192, 1996.
- Sullivan P.H. Profiting from intellectual capital. *Journal of Knowledge Management*, 3 (2): 132-142, 1999.
- Sullivan P.H., Teece D.J. *Extracting Value from Innovation*. Report, marzo 1994.
- Sveiby K-E. *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring Knowledge-based Assets*. Berrett-Koehler, San Francisco, 1997.
- Sveiby K-E. *What is Knowledge Management?* Report. Community Intelligence Labs, 1 February 1998.
- Sveiby K-E. A knowledge-based theory of the firm to guide strategy formulation. *Journal of Intellectual Capital*, 2 (4): 344-358, 2001.
- Sveiby K-E., Simons R. Collaborative climate and effectiveness of knowledge work. *Journal of Knowledge Management*, 6 (5): 420-433, 2002.
- Vagnoni E. *La direzione dell'azienda sanitaria. Criticità di contesto, economicità e tutela della salute*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Vennix J. *Group Model Building: Facilitating Team Learning Using System Dynamics*. Wiley, 1996.
- Vittadini G. (a cura di). *Capitale umano, la ricchezza dell'Europa*. Guerini e Associati, Milano, 2004.
- Wall A. The measurement and management of intellectual capital in the public sector. *Public Management Review*, 7 (2): 289-303, 2005.
- West M.A., Borill C., Dawson J. The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *International Journal of Human Resource Management*, 13 (8), 2002.
- Zimmerman J.L. EVA and divisional performance measurement: capturing synergies and other issues. *Journal of Applied Corporate Finance*, 10 (2): 99-109, 1997.

# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)

37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.

58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)

80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (\*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (\*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (\*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (\*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (\*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (\*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (\*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (\*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (\*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (\*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (\*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (\*)

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (\*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (\*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (\*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (\*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (\*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (\*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (\*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (\*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (\*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (\*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (\*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (\*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (\*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (\*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (\*)
141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (\*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (\*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (\*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (\*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (\*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (\*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (\*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (\*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (\*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (\*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (\*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (\*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (\*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (\*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (\*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (\*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (\*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (\*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (\*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (\*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (\*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (\*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (\*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (\*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (\*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (\*)