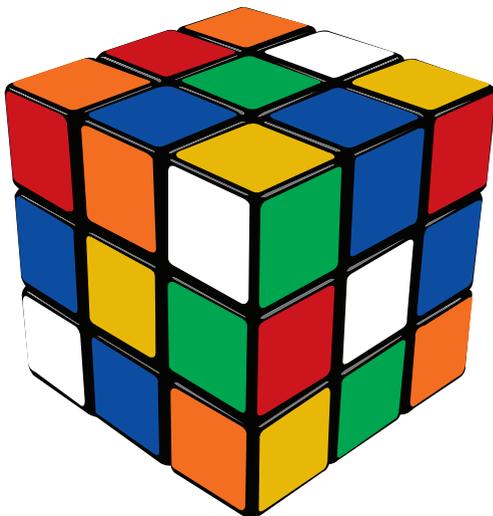




**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"**

**PERCORSI DI INNOVAZIONE  
IL CAMBIAMENTO  
TRA AMBIZIONE E REALTÀ**



**I QUADERNI**

*Si ringraziano per la fattiva collaborazione:*



## INDICE

<b>Prefazione</b> .....	pag.	5
-------------------------	------	---

### **PREMESSA SEMISERIA AD UN IMPEGNO SERIO**

<b>Quaderni o racconti? Una visione d'insieme</b> .....	»	11
<b>1. I quaderni come metodologia: riduzionismo e semplificazione</b> .....	»	12
<b>2. La scoperta della tridimensionalità: il cubo di <i>Rubik</i></b> .....	»	16
<b>3. I quaderni come metafora della complessità sistemica:     dal geometrismo alla sonorità cromatica</b> .....	»	19

### **LA LOGICA DELL'INNOVAZIONE IN UN CONTESTO**

<b>AD ELEVATA COMPLESSITÀ</b> .....	»	25
<b>1. Il tema del cambiamento organizzativo</b> .....	»	26
<i>1.1</i> Perché cambiare? .....	»	31
<b>2. Il cambiamento in ambito sanitario</b> .....	»	33
<i>2.1</i> La questione strategica .....	»	35
<i>2.2</i> La questione organizzativa .....	»	37
<i>2.3</i> La questione tecnica .....	»	40
<b>3. Il cambiamento nell'A.O.U. "Federico II"</b> .....	»	42
<i>3.1</i> Le peculiarità dei <i>teaching hospital</i> .....	»	42
<i>3.2</i> Le peculiarità dell'A.O.U. "Federico II" di Napoli .....	»	46
<i>3.3</i> La possibilità di implementare concretamente l'aziendalizzazione nell'A.O.U. "Federico II" .....	»	49

3.4	La difficile costruzione dei “luoghi” dell’integrazione: i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) .....	pag.	53
3.5	Il tentativo di introdurre processi di innovazione nell’A.O.U. “Federico II” .....	»	55
3.6	Il disegno sistemico del cambiamento nella sua fase di avvio .....	»	57
<b>A.</b>	<b>Appropriatezza</b> .....	»	62
<b>B.</b>	<b>Comunicazione</b> .....	»	62
<b>C.</b>	<b>Logistica e Informatizzazione</b> .....	»	63
<b>D.</b>	<b>Pianificazione, programmazione e controllo di gestione</b> .....	»	64
<b>E.</b>	<b>Ricerca &amp; Sviluppo</b> .....	»	65
<b>F.</b>	<b>Sicurezza</b> .....	»	66
<b>4.</b>	<b>Considerazioni finali</b> .....	»	66
	<b>Bibliografia</b> .....	»	75

## PREFAZIONE

La collana Percorsi di innovazione è nata dalla necessità sentita da molti di lasciare un documento che illustrasse l'evoluzione e le trasformazioni avvenute in questi quattro anni di gestione, ma anche dall'esempio dato dal mio ultimo Direttore Generale, il quale ha sempre sostenuto che una Amministrazione, al termine del suo mandato, deve produrre un Bilancio che documenti gli esiti della sua attività, non limitandosi ai soli aspetti finanziari e contabili. Nel nostro caso non si tratta di un vero Bilancio di mandato, ma solo di un aspetto di esso legato al cambiamento introdotto nei processi aziendali.

Abbiamo tentato di documentare la strada intrapresa, le difficoltà incontrate, le potenzialità presenti, abbiamo tentato di rappresentare come anche in quella che è probabilmente l'azienda più complessa dal punto di vista organizzativo e gestionale della Regione Campania:

1. in assenza di strumenti legislativi certi (basti pensare al mancato rinnovo del Protocollo di intesa per tutta la durata del mandato);
2. di mezzi economici (basti pensare al mancato finanziamento conseguente alla non approvazione del protocollo);
3. in presenza di grandi divergenze, indotte soprattutto da una diversa visione del futuro nonché delle parti attribuite ai diversi attori;
4. in presenza di grandi resistenze dovute in piccola parte a rendite di posizione, ma nella maggioranza dei casi alle incertezze per il futuro

sono stati possibili ampi processi di trasformazione ed innovazione e ciò perché in tutti coloro che hanno lavorato nel Policlinico non è mai mancato l'impegno e la coscienza della posta in gioco, nonché il desiderio di non veder disperso un patrimonio che è motivo di orgoglio per questa Regione

Quando abbiamo deciso di realizzare il lavoro ci siamo resi conto che illustrare le potenzialità di quella che è la più grande realtà di assistenza sanitaria, di ricerca e di formazione del mezzogiorno era molto difficile e sicuramente saremmo andati al di là dei nostri compiti; in questo campo il Rettore ed il Preside sono certamente le figure più adatte a riassumere i vari compiti ed i successi ottenuti e lo fanno egregiamente in tutte le sedi.

Abbiamo anche pensato che sarebbe stato inutilmente celebrativo descrivere quanto portato a termine nel campo della tecnologia e delle strutture (sale operatorie ad alta tecnologia, emodinamica, cardiocirurgia etc.) anche perché probabilmente quanto realizzato è frutto di una buona gestione, ma anche della disponibilità di fondi e di scelte che sono in continuità con il passato ed i cui meriti sono diffusi.

In questi anni si sono confrontati un orientamento che, ponendo giustamente in risalto il diverso trattamento fra le varie realtà ospedaliere regionali sostanzialmente penalizzante per il Policlinico, intravede un futuro peggiore del passato ed un secondo che, a partire dalle potenzialità e peculiarità dell'A.O.U., ritiene che, al di là dei torti subiti, il Policlinico ha potenzialità, caratteristiche peculiari e risorse capaci di permettergli di conservare il ruolo guida che ha sempre avuto. Lamentarsi è giusto per richiamare l'attenzione sulla corretta distribuzione delle risorse, ma spesso non permette di cogliere le opportunità e le potenzialità. Se il Policlinico ha nella sua *mission* di essere struttura guida delle realtà sanitarie campana, non può allinearsi al coro delle lamentazioni; deve, invece, indicare strade nuove e contribuire ad un processo di aziendalizzazione che, visto il ritardo accumulato nel meridione, ha qui la possibilità di esprimere il suo maggior risultato.

Abbiamo conseguentemente solo accennato alle difficoltà economiche, legislative ed al depauperamento delle risorse umane e lo abbiamo fatto senza enfasi e quasi mai citandole come ostacoli, ma come elementi di sprono alla riorganizzazione.

Il focus è stato, quindi, posto sul cambiamento; ci siamo limitati, per necessità di sintesi e per la brevità del tempo a disposizione, ma anche per una migliore comunicazione, a quelle aree maggiormente interessate ed universalmente significative. Chiediamo scusa a tutti gli esclusi, certi che al di là del legittimo dispiacere comprenderanno che la scelta non è stata dovuta a valutazioni di merito.

La collana è stata realizzata in soli due mesi, questo, a mio giudizio incredibile risultato, è frutto di una corretta impostazione organizzativa messa in atto in questi anni e della professionalità del personale, ma soprattutto del fatto che abbiamo potuto contare su un gruppo di lavoro formato da persone entusiaste, orgogliose del proprio lavoro ed in molti casi giovani, con un grado elevatissimo di preparazione professionale e con l'entusiasmo che solo chi ha voglia di sfidare le proprie potenzialità sa esprimere.

Nelle prime riunioni del gruppo di lavoro ci siamo posti il problema di quale fosse il miglior mezzo per comunicare, siamo partiti da fantascientifici strumenti tecnologici e metodologie innovative, ma, nel procedere con l'analisi, ci siamo resi conto che il tempo non era sufficiente per sperimentare nuove metodologie e che di un approccio classico non è ne possibile ne è bene farne a meno. Abbiamo quindi scelto come strumento principe il mezzo cartaceo classico, affiancato da un CD. Il disco allegato è solo l'inizio di un discorso di comunicazione ipertestuale e multimediale da sviluppare nel tempo e da approfondire sia per le indubbie potenzialità dei nuovi mezzi di comunicazione, sia perché essi rappresentano uno strumento che non pone limiti ad un problema di comunicazione che ha necessità di conciliare la brevità con la vastità del tema.

Il gruppo di lavoro si è trovato ad affrontare, nell'utilizzo del mezzo cartaceo, il problema che la vastità avrebbe trovato un numero ridotto di lettori disposti a leggere tutta l'opera.

Conseguentemente, ogni singola Area di lavoro doveva essere esaustiva per chi aveva interesse ad approfondire solo una area e contemporaneamente doveva guidare facilmente ad una lettura non consequenziale dell'opera. A questo fine ovviamente meglio si presta il CD che, pur essendo al momento uno strumento acerbo, sarà continuamente migliorato ed aggiornato, nonché disponibile sul sito aziendale sempre nell'ultima versione. Un altro limite dell'opera cartacea, infatti, è dato dal fatto che già oggi, nel momento in cui si va in stampa, essa fotografa una realtà superata.

I vincoli che ci siamo dati hanno portato ad una scelta che struttura l'opera in maniera ripetitiva. Ciascun volume è dotato di un *abstract* e suddiviso in aree tematiche.

All'interno delle singole aree si ripete uno schema che è composto da:

- la spinta al cambiamento (che descrive le normative, le correnti di pensiero e le spinte imitative che hanno accompagnato il processo di cambiamento);
- la situazione al momento dell'avvio del processo (che descrive da dove siamo partiti e di quali risorse si disponeva);
- le azioni realizzate (in cui si descrivono le tappe percorse e gli strumenti utilizzati);
- i punti di forza ed i punti di debolezza;
- le fasi del processo raggiunte;
- i possibili obiettivi futuri.

Il lettore dell'intera opera può avere la sensazione di una certa ripetitività, di questo ci scusiamo, ma nel complesso non vi sono ripetizioni inutili. È anche possibile che, visto il brevissimo tempo a disposizione, vi siano errori; di questi mi scuso e assumo tutte le responsabilità conscio che, se sono presenti, sono frutto solo del martellante ritmo imposto che ha costretto il gruppo di lavoro a ore piccole ed a sacrificare anche i giorni di festa.

Nelle discussioni del gruppo di lavoro abbiamo cercato un'immagine che permettesse di rendere il superamento di quella che è stata storicamente una caratteristica peculiare del Policlinico "Federico II". La struttura nata negli anni '70 si caratterizza per padiglioni, nati autonomi ed autosufficienti. Questo modello concepito come *campus* Universitario ha condizionato la vita del complesso ospedaliero. L'idea di poter rispondere a tutte o alle maggiori esigenze di un'area clinica, fornendo nel piccolo tutti i bisogni collegati, ha portato ad una parcellizzazione dei momenti di offerta, non sempre giustificabili con la iperspecializzazione. In realtà il risultato finale non ha premiato né l'operatore, che ha visto una ridotta massa di utenti, né gli utenti, che sono stati disorientati da un'offerta non chiara; con l'aggravante che le funzioni amministrative e di servizio collegate si sono moltiplicate in maniera parassitaria. Questo problema forte nel Policlinico è in realtà diffuso in tutte le strutture della nostra Regione ed ha creato, a difesa di aree talvolta corporative, una serie di muri che sono sicuramente parte delle difficoltà.

Dentro il Policlinico e nella Regione è sempre maggiore il numero di persone convinte che la chiave per uscire dal tunnel passa per uno stretto collegamento tra le varie realtà, in un processo di collaborazione e di specializzazione reale in una cornice di programmazione forte. In questa ottica tra i contributi progettuali del Policlinico segnaliamo il tentativo di raccordo strutturale promosso tra Ospedale e territorio presente nel progetto Satellite.

Chi legge non potrà fare a meno di notare che ciascun libro ed ogni singola area è identificata da un cubo di diversi colori; l'idea nata da una collega durante il percorso di costruzione dell'opera è diventata una bandiera a cui siamo affezionati. Il cubo di Rubick, o cubo magico, a nostro giudizio ben rende l'iter-connessione e l'inscindibilità che devono caratterizzare i processi di trasformazione nella A.O.U. ma anche nell'intero sistema sanitario regionale.

**GIOVANNI CANFORA**



**PREMESSA SEMISERIA AD UN IMPEGNO SERIO** (Indice)  
**Quaderni o racconti? Una visione d'insieme**

Giovanni Canfora<sup>1</sup>, Patrizia Cuccaro<sup>1</sup>, Adelaide Ippolito<sup>2</sup>,  
Luigi Quagliata<sup>1</sup>, Vincenzo Viggiani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> **Direttore Generale A.O.U. "Federico II"**

<sup>2</sup> **Collegio Tecnico A.O.U. Federico II**

È convinzione degli autori del cofanetto che state per sfogliare la necessità che, in questo volume introduttivo, venga contemplato un “pezzo fondamentale della storia”: la genesi stessa dei quaderni.

La stesura dei Quaderni è stata, di fatto, un’avventura nell’avventura, una sorta di *metaprogetto* che ha condotto l’organizzazione a ripercorrere a ritroso le tappe del processo di cambiamento; questo non solo per lasciare una traccia di quanto realizzato, ma soprattutto per valutare la portata effettiva del cambiamento stesso.

Spesso, infatti, gli *outcome* dei processi (soprattutto complessi) si prestano a letture molto discrezionali, per cui la domanda che si è posta l’organizzazione è stata: c’è stato un effettivo cambiamento? O è stata solo una parvenza? Se c’è stato il cambiamento, quale è stata la sua misura?

## **1. I quaderni come metodologia: riduzionismo e semplificazione**([Indice](#))

La volontà espressa dalla Direzione Generale di voler compendiare in un prodotto editoriale le attività progettuali sviluppate, si è misurata immediatamente con l’ampiezza del raggio d’azione delle attività stesse e con la numerosità degli attori coinvolti nelle iniziative progettuali.

La sola “indicizzazione” delle attività sviluppate e dei relativi promotori, infatti, è apparsa estremamente copiosa (realizzazione *software* per la sicurezza, sviluppo del *Day Service*, il sito *web*, gli armadi farmaceutici di reparto, il mini HTA, il *Data Warehouse*, ecc.).

In particolare, l'impressione che ne è derivata è stata quella di una serie di *frammenti operativi* caratterizzati, pur entro una logica sinergica, da un certo grado di autonomia di sviluppo e da un forte elemento di indipendenza rispetto all'altro (atomizzazione, polverizzazione delle spinte progettuali).

**Figura 1 - La polverizzazione delle spinte progettuali**



Fin da subito, la Direzione e gli aspiranti redattori di quelli che, da lì a poco, sarebbero diventati “I QUADERNI” comprendono che – se vogliono davvero portare a termine l’arduo compito di raccontare la storia del cambiamento – non c’è altra via d’uscita che affidarsi all’insostituibile, fedelissimo e sempre attualissimo “metodo scientifico”.

Per tale evidenza viene scelto, come approccio di metodo, quello riduzionistico, unico in grado di garantire la semplificazione della *congerie* di elementi in gioco e permettere di ricostruire, entro una geometria semplificata, quanto messo in opera in Azienda nel periodo 2008-2011 (del resto, poi, sempre di un Policlinico Universitario si sta parlando e un po' di metodo male non può fare! Non foss'altro che perché l'accademia si respira nell'aria...).

**Tabella 1 - La schematizzazione dei progetti di cambiamento**

MACRO AREA	REFERENTE MACROAREA	AREE	RESPONSABILE	AREA	CORRESPONSABILE/ GRUPPO DI LAVORO
------------	------------------------	------	--------------	------	---

Grazie all'approccio riduzionistico, si riesce a risalire, in una prima fase, alle "macroaree di attenzione" nelle quali le attività di cambiamento erano state declinate e cioè:

- L'**Appropriatezza** organizzativa e prescrittiva,
- La **Comunicazione** e l'**ICT**,
- La **Logistica** (infrastrutture, processi) e l'**Informatizzazione**,
- La **Programmazione e Controllo**,
- L'area di **Ricerca & Sviluppo**,
- La **Sicurezza** degli utenti, degli operatori, dell'organizzazione.

A quel punto è stato semplice individuare, per ciascuna macroarea, dei responsabili/supervisor ai quali riferirsi per il successivo coordinamento editoriale e sviluppare con estrema disinvoltura, una matrice bidimensionale a 18 colonne grazie alla quale fotografare con precisione gli elementi in gioco.

Matrice alla mano, la Direzione e i soddisfatti Autori dei Quaderni hanno potuto focalizzare l'attenzione sugli interlocutori e sui beneficiari di ciascuna macroarea e stimare quantitativamente il grado di "interesse" o "beneficio" per singola macroarea, realizzando una banale tabella:

**Tabella 2 - La schematizzazione dei progetti di cambiamento**

	CLIENTI	ISTITUZIONI	UNIVERSITÀ	OPERATORI
SICUREZZA	++++	++	++	+++++
COMUNICAZIONE	+++	++	++++	++++
RICERCA & SVILUPPO	+++	++++	+++++	+++
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	+	+++++	+++	++
APPROPRIATEZZA	++++	+++++	++	++
LOGISTICA E INFORMATIZZAZIONE	++	++++	++	+++

Così come è stato semplicissimo identificare e quantificare la tipologia di obiettivo/vantaggio/valore aggiunto dalla singola macroarea:

**Tabella 3 - Il valore aggiunto delle singole aree**

	EFFICIENTAMENTO/ RAZIONALIZZAZIONE/ ECONOMICITÀ	KNOW HOW/ FORMAZIONE/ ACQUISIZIONE SKILL	SICUREZZA/ RIDUZIONE RISCHI	SEMPLIFICAZIONE	LOGICA DI FILIERA/ SENSO DI APPARTENENZA
SICUREZZA	+	+++	+++++	++++	+++++
COMUNICAZIONE	+	++	+	+++	++++
RICERCA & SVILUPPO	+++	++++	++	+++	++++
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	+++	+++	+	+++	+++
APPROPRIATEZZA	+++	++	++	+	+
LOGISTICA E INFORMATIZZAZIONE	++++	++	+++	++++	++++

Il passo verso la decisione di elencare verticalmente le macroaree e scomporre e declinare orizzontalmente fino ai minimi termini tutte le possibili e plausibili implicazioni più o meno utili di ciascuna è stato breve, fino al punto di riuscire, senza timore alcuno, a tirare, con netta risoluzione, le somme..... nel vero senso della parola. Il portentoso metodo, infatti, aveva permesso di semplificare così efficacemente la vasta moltitudine delle informazioni iniziali, da averne prodotte altrettante...

**Tabella 4 - La scomposizione e declinazione delle macroaree**

MACROAREA	AREA	OBIETTIVI	SPINTA AL CAMBIAMENTO	RESISTENZE/ VINCOLI	ECCellenze/ OPPORTUNITA'	RISULTATI OTTENUTI	OBIETTIVI FUTURI...
M1	M1a	OM1a	SCM1a	R/VM1a	E/OM1a	ROM1a	OFM1a
	M1b	OM1b	SCM1b	R/VM1b	E/OM1b	ROM1b	OFM1b
	M1n	OM1n	SCM1n	R/VM1n	E/OM1n	ROM1n	OFM1
...	...	...	...	...	...	...	...
Mn	Mna	OMna	SCMna	R/VMna	E/OMna	ROMna	OFMna
	Mnb	OMnb	SCMnb	R/VMnb	E/OMnb	ROMnb	OFMnb
	Mnn	OMnn	SCMnn	R/VMnn	E/OMnn	ROMnn	OFMnn

## 2. La scoperta della tridimensionalità: il cubo di *Rubik*<sup>(Indice)</sup>

Anche a delle menti ormai sfinite dall'eccellente scelta metodologica e dall'ancora più valida deriva matematica, è parso via via evidente che le due dimensioni non fossero più sufficienti per rappresentare le innovazioni sviluppate. Tanto che cominciava a sembrare opportuno spingere ancora sul momento riduzionista e individuare un ulteriore livello di rappresentazione che permettesse un'ulteriore sintesi...

Il vero salto di paradigma si è avuto introducendo una *terza dimensione* accanto a quella orizzontale e a quella verticale, e cioè una dimensione di profondità.

È stato così che, con enorme soddisfazione delle frange dei metodologi più accaniti, ogni area di interesse è diventata, non più un insulso e piatto quadratino, ma un *rassicurante, solidissimo*, cubo!

**Figura 2 - I cubi derivanti dall'analisi**



Con il cubo, infatti, era possibile descrivere, di ogni progetto, tutte le informazioni sintetiche più interessanti:

- una faccia per elencare gli *stakeholders*,
- una per gli attori di progetto,
- una per le istituzioni coinvolte,
- una per la normativa di settore,
- una per le resistenze al cambiamento,
- una per le eccellenze che avevano favorito il cambiamento.....

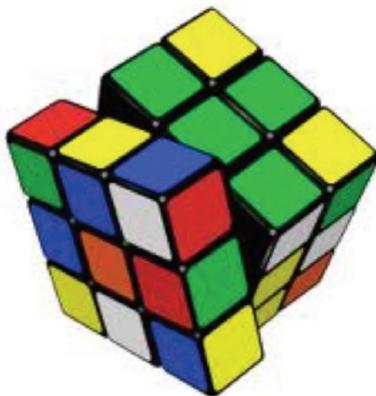
... per non parlare dell'impagabile opportunità di posizionare le facce omologhe di due cubi vicine tra loro nel caso di condivisione di uno o più elementi...

... non si poteva più sfuggire all'inesorabile tentazione di far muovere i cubi gli uni rispetto agli altri facendo assumere infiniti rapporti di contiguità tra le loro facce....

Si trattava, e sia la Direzione che i felicissimi Autori dei Quaderni non hanno potuto fare a meno di notarlo, di una specie di *ipercubo* in grado di contenere al suo interno i cubetti di partenza con numerose possibilità di movimento; nel quale, cioè, tutti gli attori, gli interlocutori, le linee di sviluppo potevano ingaggiare relazioni biunivoche e queste, a loro volta, non erano statiche ma potevano – guardate da un'altra ottica – svilupparne delle nuove.

Perché, allora, non lasciarsi attrarre dalle suggestioni della “quarta dimensione” descritta da C.H. Hinton nei suoi Racconti scientifici e dalle ipotesi della geometria pluridimensionale ad infinito numero di dimensioni.... Come avrebbe detto, a ragion veduta, Borges nella sua prefazione ai Racconti scientifici “...*questa geometria esiste: ciò che non sappiamo né concepiamo è se esistano nella realtà corpi che ad essa corrispondano*”.

**Figura 3 - Il cubo di Rubik**



Insomma, a guardar bene, altro non era che il cubo di *Rubik* o cubo (non a caso detto) magico: come nel rompicapo, infatti, le combinazioni diverse tra le parti in gioco sono innumerevoli e si ha l'impressione che ci sia un comportamento ologrammatico, secondo una dinamica frattale, tra le aree progettuali, tale che ciascuna si ripeta su scale diverse.

Nel gioco delle analogie geometriche, poi, l'idea di assimilare i tre assi del cubo ai tre principi-guida dell'A.O.U., ovvero ASSISTENZA, DIDATTICA E RICERCA immaginando un sistema grazie al quale stimare il maggiore o minore contributo che ciascuna area di ciascun cubo avesse fornito ad essi, *semplicemente* collocandosi in un rapporto di maggiore o minore contiguità con l'asse da esso rappresentato... era a dir poco ovvia....

### 3. I quaderni come metafora della complessità sistemica: dal geometrismo alla sonorità cromatica<sup>(Indice)</sup>

Tutti gli attori del cambiamento, la severa Direzione e gli indefessi Autori dei Quaderni, erano fieri del risultato: un modello geometrico, razionale e, al contempo, vivace e colorato, spiegava e rappresentava perfettamente l'organizzazione e la dinamica interna sottesa ai processi di innovazione e cambiamento con tutta l'eleganza incontrovertibile del metodo scientifico, senza tema alcuna di imbarazzo nemmeno di fronte ai più temibili degli Accademici...

C'erano solo due fastidiosi elementi che, proprio, non trovavano analogie con *Rubik* ma che, al contrario, smentivano l'analogicità del modello:

- 1) Il cubo di *Rubik* può assumere numerosissime (ben 43.252.003.274.489.856.000) combinazioni possibili ma non infinite, laddove sembrava che il cubo organizzativo fosse tanto più intrigante quanto più si ricercasse e si sperimentassero infinite tipologie di possibili combinazioni;
- 2) Il cubo di *Rubik* ha una sola combinazione corretta. In quello organizzativo, non c'era una sola combinazione vincente in assoluto ma molte combinazioni consentivano di ottenere *outcome* soddisfacenti per l'Azienda, anche se ognuna presentava una focalizzazione, o un'intensità della stessa, prevalente su una delle funzioni istituzionali a scapito della altre due.

A ben guardare, ora, e non senza una certa sorpresa, ci si rendeva conto che non era più possibile – se non con delle forzature impietose – sentirsi appagati da un modello in cui le attività progettuali svolte, con i loro attori, i loro interlocutori, i benefici e i limiti, le resistenze e le eccellenze, fossero raccontate con degli schemi rigidi e con dei paradigmi meccanicistici, così come tutte le parti in gioco, per quanto reciprocamente movimentate, mal si esprimevano in un confine staticamente definito e immutabile qual è quello del cubo o di ciascuna delle sei facce...

Alla fine dell'avventura, insomma, sembrava che una forte contaminazione reciproca, che prima non si era notata, aveva portato a stringere i colori di ciascuna squadra (o quadretto) sull'altra, in un insieme armonico che, per dirla tutta, sembrava qualcosa di più della somma dei singoli...

Fu così che, a guardare quello che rimaneva del tecnicismo e della – pur rassicurante - spinta “analitica” dell’avvio iniziale, si stava descrivendo un **insieme di parti e di agenti, tra loro interrelate, che lavoravano in congiunzione le une con le altre per raggiungere gli obiettivi sia dell’organizzazione, sia dei suoi membri.**

Non più delle aree, né dei cubi, ma un *sistema organizzativo complesso* non spiegabile (o almeno, non del tutto) secondo paradigmi meccanicistici, ma piuttosto un **organismo antropomorfo con proprietà collettive, nel quale i vari componenti avevano la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e le cui azioni erano tra loro interconnesse così che le azioni di un agente cambiano il contesto per gli altri agenti.**

**Figura 4 - Dallo schema all’armonia sistemica [Kandinsky – Farbstudie Quadrate (1913)]**



A ben vedere, quello che era accaduto era che una tale **osmosi, lo stemperarsi l'uno nell'altro dei vari colori**, non era più riferibile solo al processo ma agli stessi attori del cambiamento, alla stessa Azienda in toto.

Certo, la consapevolezza così improvvisa di essere tutt'altro rispetto a quello che si era convinti di essere è stato un *trauma* abbastanza destabilizzante....

La depressione e il profondo scoramento ricordano quello che accade a *Buzz*, il *robot* di *Toy Story*<sup>1</sup>, quando si rende conto di non essere uno *space ranger* ma... uno *space ranger* giocattolo!

Come accade per *Buzz*, anche per gli attori del cambiamento, dopo l'iniziale smarrimento, è maturata la convinzione che la stessa consapevolezza fosse, tutto sommato, un prezzo che si era disposti a pagare. Una sorta, in realtà, di *offerta speciale inclusa nel percorso di cambiamento*: essi stessi erano cambiati.

...eravamo cambiati, di un cambiamento – però – auspicabile: se volevamo cambiare lo stato delle cose dovevamo accettare anche noi di cambiare.

---

<sup>1</sup> *Toy Story - Il mondo dei giocattoli* è un lungometraggio di animazione realizzato dalla Pixar e distribuito dalla Walt Disney Pictures

*Buzz Lightyear* è un nuovo giocattolo spaziale superaccessoriato che crede di essere un vero *Space Ranger*, la cui astronave (la scatola che lo contiene) è precipitata per sbaglio sulla terra.

Ha un tuta bianca e verde e sul petto possiede quattro tasti di cui tre a destra (con cui è in grado di parlare), e uno a sinistra per aprire le ali. A differenza degli altri giocattoli, possiede molti accessori tra cui il casco che si apre con un effetto speciale, mosse automatiche di karate, ali a comparsa, laser (nient'altro che una lampadina...).

Tutti gli altri giocattoli rimangono colpiti dalle sue funzioni e accessori, ma Woody – il cowboy vecchio stile - vuole far capire, sia a loro che allo stesso *Buzz*, che egli non è un vero *Space Ranger*, bensì un giocattolo, e che quindi non può volare. È estremamente orgoglioso ed è anche molto determinato e non si arrende facilmente neppure in situazioni critiche. Quando *Buzz* si lancia nel vuoto e comincia a rimbalzare di qua e di là sembra davvero volare; Woody, comunque, ribadisce che «quello non è volare», ma «cadere con stile».

Nella stanza dove si trova *Buzz*, lo *Space Ranger* vede in un televisore acceso una pubblicità di *Buzz Lightyear*, e constatando di possedere le stesse funzioni del giocattolo mostrato in essa, capisce di esserne uno anche lui stesso, proprio come gli aveva detto Woody. Fa un ultimo tentativo di volo, ma si schianta al suolo rompendosi un braccio, per poi cadere in breve tempo in depressione.

**Figura 5 - Buzz Lightyear, personaggio del film di animazione Toy Story**



L'intera Azienda era stata coinvolta dallo stesso processo di **osmosi, di contaminazione diffusa, di dinamizzazione dei saperi, di cortocircuito dei ruoli**, e in nessun modo l'organizzazione poteva continuare ad identificarsi con la razionalità, la riconoscibilità e la limitatezza delle combinazioni del cubo di *Rubik*, ma piuttosto con un'armonia tutta nuova che è quella di alcune meravigliose combinazioni di colori.

Insomma, era come se tutte le facciate del Policlinico vibrassero di una nuova e variopinta **sonorità cromatica**, come in una armoniosa e inestimabile opera di Kandinsky....

**Figura 6 - L'armonia dei colori [Kandinsky, Giallo, Rosso, Blu (1925)]**



**Figura 7 - La possibile morale: non prendiamoci troppo sul serio!**



# **LA LOGICA DELL'INNOVAZIONE IN UN CONTESTO AD ELEVATA COMPLESSITÀ**[\(Indice\)](#)

Giovanni Canfora<sup>1</sup>, Luigi. Quagliata<sup>2</sup>, Vincenzo Viggiani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> **Direttore Generale A.O.U. “Federico II”**

<sup>2</sup> **Direttore Sanitario A.O.U. “Federico II”**

<sup>3</sup> **Direttore Amministrativo A.O.U. “Federico II”**

## 1. Il tema del cambiamento organizzativo<sup>(Indice)</sup>

Le aziende sanitarie incontrano enormi difficoltà nell'indurre modifiche nei comportamenti delle proprie risorse umane per adeguarli ad un ambiente in continua evoluzione. Risulta purtroppo evidente che i programmi di cambiamento (perseguimento di *mission* aziendali, programmi di formazione “a tappeto”, reingegnerizzazione dei processi aziendali, etc.) non riescono a modificare i comportamenti degli operatori in modo permanente. Occorre pertanto comprendere quali ostacoli frenano le capacità di una azienda di orientare i comportamenti individuali e perché la cosiddetta gestione delle risorse umane non riesca a rimuovere in maniera efficace tali ostacoli.

Ad esempio, se l'importanza del ruolo dei medici nel contribuire a generare i costi dell'assistenza sanitaria, rappresenta ormai una evidenza acquisita, i metodi per indurre i medici a partecipare agli sforzi di razionalizzazione dei costi non sono adeguatamente sviluppati<sup>1</sup>.

Il processo di riorganizzazione ormai in atto da tempo in Sanità ha infatti evidenziato come cooperazione e apprendimento continuo costituiscano due dimen-

---

<sup>1</sup> Si tratta di una questione attuale ma con radici nel tempo tant'è che già nel 1981 Eisenberg si poneva la domanda “...può la volpe imparare a cambiare i propri comportamenti per contenere il rapido incremento dei costi unitari ed essere posta a guardia del pollaio?” La risposta fornita da Eisenberg, ancora assolutamente attuale, fu che “l'autolimitazione da parte dei medici si dimostrerà lo strumento più efficace per assicurare un razionale controllo dei costi, pur preservando la qualità più alta possibile dell'assistenza”.

sioni importanti attraverso le quali rendere più flessibile l'organizzazione sanitaria, secondo un processo graduale, ma capillare di decentramento delle responsabilità organizzative. Occorre, in particolare, abbandonare la logica che ha finora focalizzato gli interventi innovativi pressoché esclusivamente sui singoli professionisti, ed innovare i contesti, predisponendo un *humus* di condizioni facilitanti e determinanti. anche attraverso idonei meccanismi di comunicazione che garantiscano, a tutti i livelli organizzativi, lo sviluppo del senso di appartenenza e un generale consenso nei confronti degli orientamenti aziendali. Occorre tuttavia considerare che l'inserimento continuo di tecnologie, la molteplicità e specificità delle funzioni assegnate, le diversità di affiliazioni professionali favoriscono l'affermazione di culture proprie dei singoli gruppi all'interno di una stessa organizzazione. Si evince, pertanto, che la premessa essenziale per un cambiamento innovativo è rappresentata proprio da un cambiamento di ordine culturale.

La spinta al cambiamento deve quindi "misurarsi" con la cultura specialistica dei medici, con la loro motivazione al lavoro e all'innovazione, in altre parole con il sistema delle convenienze che la principale componente professionale esprime all'interno delle aziende sanitarie pubbliche. In genere, si può affermare che quanto maggiore è la spinta che l'innovazione tecnologica riesce ad esprimere verso la specializzazione, tanto maggiore sarà l'adesione a tale innovazione da parte dei professionisti che vi potranno trovare motivo per l'esaltazione o il consolidamento della propria autonomia professionale.

La specializzazione, come è noto, rappresenta il fondamento dell'efficienza produttiva e pertanto costituisce elemento positivo del paradigma aziendale; tuttavia, se il processo di specializzazione è governato dalla componente professionale, non necessariamente esso potrà rappresentare un vantaggio per l'Azienda stessa.

Un altro rilevante problema connesso alla specializzazione è rappresentato dalla frammentazione delle competenze che rende sempre più difficile concentrare nel singolo professionista il sapere teorico-pratico necessario alla erogazione di una risposta soddisfacente per il singolo paziente, ossia in grado di focalizzarsi sulla globalità inscindibile dei vari problemi, seguendo l'approccio ai problemi tipico delle professioni sociali (Motta e Mondino, 1994).

Un approccio multidisciplinare multifunzionale e pluri-sede tipico dei sistemi sanitari, capaci di integrare le diverse specializzazioni mediche e di offrire le strumentazioni tecnologiche sempre più avanzate, ha determinato l'evoluzione dell'originario rapporto tra medico e paziente, il quale ha progressivamente perso il carattere della soggettività proprio del rapporto duale, facendo spostare l'attenzione del medico sulla malattia e non sul malato stesso. Peraltro, sempre meno l'assistenza specialistica ospedaliera è erogata in maniera del tutto indipendente dalla medicina di primo livello e dalla medicina riabilitativa o post-acuzie; lo sforzo compiuto negli ultimi anni per integrare la medicina specialistica con quella territoriale, anche se non ha sortito risultati esaltanti, ha certamente contribuito a modificare e rendere più complessa l'espressione del bisogno di salute.

Gli esiti dei processi di cambiamento nelle organizzazioni sanitarie sono, pertanto, influenzati dalla comprensione dei modelli di comportamento degli operatori, relativamente al "partecipare e produrre"; tale comprensione non può prescindere da un'attenta valutazione dei livelli di motivazione intesa come "*l'energia che alimenta la dinamica dei comportamenti e delle azioni individuali e la dirige e orienta verso il conseguimento di finalità generali o specifiche*" (Quaglino, 1999). Occorre tuttavia tenere presente che la sfida motivazionale non è più un "*vincolo che lega*" (che obbliga ad aderire alle richieste espresse), ma un'opportunità che "*col-lega*" e consente all'individuo di gestire la propria collaborazione in sintonia con l'organizzazione (Quaglino, 1999).

La motivazione, quindi, non va considerata come un attributo stabile dell'individuo, ma uno stato individuale mutevole perché le finalità associate dagli individui al legame di appartenenza con l'organizzazione sono fluide e soggette alla continua negoziazione motivazionale (Argyris, 1964). La motivazione ha pertanto origine nello spazio relazionale tra individuo ed organizzazione; in tale spazio si negoziano i significati del lavoro ed è possibile riconoscere il senso dell'impegno nell'organizzazione. Essendo la motivazione una risorsa che *management* e professionisti devono sviluppare e costruire insieme, il dialogo e la costruzione di significati condivisi sugli obiettivi da raggiungere e sulle ricompense da attribuire diventano fondamentali.

La valorizzazione della dimensione dello “stare nell’organizzazione” potrebbe contenere la strutturale tendenza all’ampliamento dell’area delle attività di carattere professionale. L’esigenza degli utenti di avere servizi sanitari di qualità sempre maggiore e la crescente complessità dei fattori che influenzano il bisogno di salute comportano una risposta sanitaria articolata in molteplici prestazioni garantite da differenti campi di conoscenza, abilità, competenze. Tali *skills* consentono di identificare numerose professioni che si caratterizzano per avere autonomia decisionale. Gli operatori, che sempre meno eseguono compiti esclusivamente sulla base di indicazioni altrui, lavorano utilizzando un bagaglio di conoscenze specifiche da applicare con discrezionalità e sulla cui base assumersi la responsabilità dei risultati raggiunti; si pensi, al riguardo, all’evoluzione delle professioni infermieristiche e sanitarie negli ultimi venti anni. L’utilizzo di domini di competenze in grado di governare le interdipendenze funzionali tra i vari segmenti dell’organizzazione sanitaria, presuppone, quindi, operatori (medici e non):

- capaci di assumersi responsabilità e comportamenti volti a rivendicare un maggior spazio nell’ambito delle organizzazioni sanitarie;
- dotati di mentalità “risolutrice di problemi”;
- formati con percorsi formativi che gli conferiscono un proprio specifico professionale.

La possibilità per questi professionisti di occupare posizioni organizzative consono alle loro capacità è connessa all’esigenza che sia rivista l’organizzazione del lavoro, i modelli organizzativi in cui sono inseriti e le modalità di funzionamento che li regolano.

L’esigenza di coordinamento ed integrazione dell’organizzazione del lavoro nei servizi sanitari deve essere affrontata, sia a livello *macro* organizzativo con interventi innovativi di pianificazione e programmazione, di definizione di strumenti di incentivazione legati all’assunzione di ruoli organizzativi arricchiti rispetto alle tradizionali dimensioni professionali, sia a livello *micro* organizzativo analizzando il processo di produzione del servizio e le relazioni presenti entro il servizio e fra questo e l’utenza.

La “qualità” di queste relazioni è infatti elemento essenziale e spesso trascurato di efficacia del servizio, in termini di benessere, salute, socializzazione e merita

quindi di essere evidenziata e valutata con idonee metodologie<sup>2</sup>. La *cooperation working* va intesa, pertanto, come il mezzo più adatto di interazione di elementi indipendenti per il raggiungimento di obiettivi fra cui il recupero dello stato di salute del paziente, ma anche la soddisfazione degli operatori, il beneficio sociale dell'azione, il vantaggio economico e così via. Tutti questi obiettivi sono indispensabili per un buon funzionamento del sistema che può essere paragonato ad una squadra in cui ognuno ha il suo ruolo e la sua funzione gratificante ma nella quale tutti possono andare a canestro; il che non significa la interscambiabilità dei ruoli ma il riconoscimento del differente peso nel raggiungimento dell'obiettivo che ciascuno può, a seconda dello sviluppo dell'azione, di volta in volta acquistare.

Sostenere questa impostazione significa contrapporsi ad un orientamento alquanto diffuso che imputa alla "irresponsabilità" dei professionisti e alla loro scarsa disponibilità a lasciarsi coinvolgere nella gestione, la causa del malfunzionamento delle organizzazioni sanitarie. Convince di più pensare che l'atteggiamento dei professionisti sia il sintomo laddove le cause potrebbero essere ricercate nelle modalità inadeguate di gestione, nel disegno che è carente, nelle scarse capacità di offrire ai professionisti ragioni sufficienti e convincenti per decidere se lasciarsi coinvolgere.

Si ritiene, pertanto, opportuno concentrare l'attenzione su almeno tre ambiti:

- la ridefinizione dei confini professionali: non è più sufficiente saper fare bene il proprio lavoro specialistico, occorre ampliare le competenze gestionali/relazionali, acquisire capacità di relazionarsi e rispondere al fruitore/cliente, acquisire capacità di connettersi con l'agire lavorativo di tutte le altre professioni, acquisire capacità di progettare il cambiamento;
- la costruzione delle competenze organizzative: accanto alle tradizionali competenze tecniche servono concrete abilità di *problem solving*, gestione del

---

<sup>2</sup> Scrive al riguardo F. Lega (2008) "Il problema prioritario diventa una attenta riflessione su una organizzazione del lavoro - ed una conseguente attribuzione di responsabilità diversa da quella tradizionale - ricostruita a partire dai processi produttivi, dalle esigenze di intensità assistenziale e dai gruppi di lavoro che nascono dalle necessità di coordinamento. Solo nel gruppo di lavoro, multi disciplinare e multi professionale, i diversi professionisti trovano il luogo di confronto e consenso per lo sviluppo di processi produttivi che individuino le soluzioni a più alta efficacia anche in rapporto ai costi".

tempo, controllo e valutazione dei risultati, gestione e valorizzazione delle risorse umane (Ippolito 2003);

- la definizione di un sistema di gestione delle risorse umane capace di sviluppare percorsi finalizzati alla motivazione, alla valorizzazione delle differenze e delle potenzialità ovvero del contributo unico che ciascuno è in grado di portare e all'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse e delle competenze.

L'affermazione di meccanismi di coordinamento ed integrazione nei servizi sanitari implica l'attivazione, sia di processi di rimodulazione dei *frames* di riferimento delle diverse categorie professionali, sia di processi di revisione sostanziale delle modalità di organizzazione del lavoro caratterizzanti la logica di erogazione delle prestazioni sanitarie. Si impone dunque una rivisitazione degli strumenti concettuali, metodologici ed operativi in grado di favorire e sostenere gli auspicati processi di cambiamento organizzativo.

Un tratto distintivo delle organizzazioni sanitarie riguarda proprio la convivenza, spesso problematica tra la componente professionale, che identifica la *core competence* delle organizzazioni sanitarie e la componente tecnico-burocratica, che costituisce il tessuto entro cui agisce il nucleo clinico e che rende disponibili risorse e strumenti per lo sviluppo dei processi di diagnosi e cura. Il *management* è chiamato a rendere queste due componenti perfettamente allineate verso gli obiettivi complessivi dell'organizzazione, individuando gli strumenti atti a valorizzare le competenze distintive presenti nella componente clinica. La capacità di allineamento degli obiettivi professionali agli obiettivi organizzativi appare, quindi, una ulteriore competenza distintiva dei vertici aziendali.

## 1.1 Perché cambiare?

Nel tempo attuale, caratterizzato da elevata incertezza ed evoluzione continua, processi di cambiamento organizzativo sono richiesti ed invocati con forza in tutti i settori dell'economia e della società. Saper governare il cambiamento risulta quindi essere una delle chiavi del successo di aziende ed organizzazioni. Un cam-

biamento organizzativo può essere definito come quel processo che comporta una rottura dei vecchi schemi, introducendo nuove modalità operative, nuove funzionalità e, di conseguenza, nuovi equilibri organizzativi. La letteratura individua quattro diverse tipologie di cambiamento:

1. cambiamento organizzativo *apparente*: consiste nell'adozione di nuove procedure che comportano solo un cambiamento nelle abitudini, senza intaccare la cultura organizzativa;
2. cambiamento organizzativo *normale*: agisce in *primis* sulle strategie aziendali e poi, in via indiretta, sulle procedure di implementazione attraverso un apprendimento operativo che non coinvolge la cultura organizzativa;
3. cambiamento organizzativo *tramite avanzamento culturale*: comporta lo sviluppo di nuovi valori ed assunti fondamentali attraverso un processo di apprendimento concettuale che interessa strategie aziendali e procedure di implementazione;
4. cambiamento organizzativo *radicale*: a seguito di circostanze uniche o eccezionali si ha una vera e propria "rivoluzione culturale", dovuta all'affermarsi di assunti e valori di contenuto contrapposto a quelli precedenti, che presuppone un apprendimento concettuale. Deriva, in genere, da un ripensamento dell'intera organizzazione in termini di *mission*, valori, processi ed aree di business.

Ma come nasce, in una organizzazione, l'esigenza di realizzare un cambiamento? Tutto parte dal fatto che l'ambiente in cui operano aziende ed organizzazioni è sempre più variabile e turbolento e ciò rende necessario l'abbandono di strategie tese esclusivamente a migliorare il posizionamento all'interno del proprio ambito competitivo a favore di strategie che uniscano all'ottimizzazione del vantaggio competitivo, l'individuazione di tutti gli *input* esterni all'impresa, che, se correttamente elaborati, costituiranno una grande fonte di energia per l'attivazione di processi di cambiamento. Le spinte al cambiamento sono quindi forze che mettono in tensione l'assetto aziendale e si traducono in fondamentali fattori motivanti per la trasformazione dell'organizzazione; due i tensori principali: la tensione strategica e la tensione sulle risorse. La tensione strategica è da ricollegarsi alle condizioni di variabilità ed incertezza presenti nell'ambiente, che generano opportunità e minacce per il futuro

dell'azienda e comportano l'esigenza di governare una complessità informativa di rilievo. La tensione sulle risorse deriva da vincoli e restrizioni che limitano la disponibilità di risorse per l'alimentazione del funzionamento del sistema organizzativo e per il suo adattamento alle esigenze che si vengono a rilevare.

A questo punto, è possibile individuare concetti fondamentali per la buona riuscita di un processo di cambiamento. Il primo, consiste nel collegare le decisioni prese dal vertice strategico con quanto ritenuto importante nel *middle management* e nella *line*; questo è sicuramente un problema di comunicazione; si tratta di orientare le persone ad operare in un mondo di incertezze, ad imparare a prendere decisioni con responsabilità, a mantenere la direzione di marcia attraversando un flusso veloce di eventi.

Altro aspetto fondamentale da evidenziare è che ogni azienda ed organizzazione fa storia a se, nel senso che ognuno di questi enti segue un proprio percorso originale che non risponde a nessun modello astratto. Il problema del *change management* non è quello di rincorrere una situazione ideale, ma di configurare un percorso realistico che corrisponda alle caratteristiche di partenza di una organizzazione ed alle sue connessioni con il contesto. Tenendo conto di ciò, si dovrà individuare, caso per caso, un modello di gestione del cambiamento elaborato espressamente per la singola evenienza.

Risulta infine opportuno richiamare che in letteratura sono individuate almeno tre aree principali di gestione del cambiamento: una dimensione individuale (gestione delle resistenze, coinvolgimento e promozione di comportamenti innovativi), una dimensione organizzativa (analisi del contesto e della cultura organizzativa, comprensione delle leve di cambiamento culturale, *leadership* per il cambiamento), ed una dimensione manageriale (pianificazione, sponsorizzazione e governo dei processi di cambiamento).

## **2. Il cambiamento in ambito sanitario**([Indice](#))

Punto di partenza per delineare e attivare un cambiamento organizzativo è la condivisione della necessità di cambiare. Se si considera che le aziende sono prima

di tutto un insieme organizzato di persone, ciascuna portatrice di varie aspettative nei confronti dell'azienda stessa e nello specifico dei suoi superiori, subordinati e colleghi, è naturale che il cambiamento si possa generare quando vi è un allineamento generale sulla necessità di cambiare e sulla direzione auspicata del cambiamento.

Nell'ultimo decennio vi è stata un'accelerazione formidabile di pressioni esterne determinanti nuove necessità di cambiamento da parte del sistema sanitario e dei suoi principali attori, professionisti e manager. Non che la sanità sia nuova a forme di pressione, essendo da sempre soggetta per sua natura e per gli interessi in gioco a forti influenze e aspettative di natura sociale, professionale e politica. Ciò che però contraddistingue l'ultimo decennio è il complesso intrecciarsi di pressioni sociali, professionali e politiche – in parte nuove, in parte mutate e accentuate rispetto allo storico – con aspettative e pressioni provenienti dal contesto istituzionale, dalle istituzioni rappresentative e titolate a governare il sistema sanitario. L'intreccio delle suddette pressioni determina una serie di implicazioni gestionali per il *management* sanitario, la cui analisi deve partire proprio dalla stessa comprensione delle sfide da fronteggiare. In questa prospettiva si propongono le dinamiche di sistema, cosiddette «strutturali»:

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

L'azienda sanitaria deve attivare processi e strumenti per gestire con trasparenza i processi decisionali che coinvolgono le aspettative sociali della collettività. Obiettivo dell'azienda, quindi, è quello di ricercare un equilibrio tra pressioni politiche, istituzionali e sociali, agendo sulla sua capacità di azione, sui professionisti, sul sistema azienda stesso, cercando al contempo di far convergere le traiettorie di cambiamento verso le aspettative ritenute prioritarie.

Queste sfide<sup>3</sup> sono riconducibili ad almeno tre grandi questioni comuni per tutte le aziende sanitarie presenti nell'agenda di ciascuna direzione aziendale:

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

Di seguito si discutono le «tattiche» di cui le aziende si avvalgono per produrre, con successo, innovazione e vincere la resilienza fisiologica e patologica al cambiamento.

## 2.1 La questione strategica

La necessità di cambiare implica un grado significativo di coordinamento strategico, attuabile tramite un cosiddetto *meeting of minds* (Schelling, 1960) tale per cui il gruppo dirigente condivide il quadro ambientale e concettuale dentro cui matura l'esigenza di cambiare e definisce congiuntamente la direzione migliore verso cui innovare.

Vi sono alcuni strumenti aziendali che, se opportunamente usati, possono supportare tale condivisione collegiale dei presupposti del cambiamento e della direzione da seguire: per esempio, la stesura di un piano strategico, rappresenta un'ottima «scusa per interagire», un'occasione per portare professionisti in ruoli dirigenziali e alta direzione a ragionare congiuntamente su quale sia il contesto che l'azienda e le sue singole articolazioni organizzative si trovano a dover fronteggiare.

---

<sup>3</sup> Ciò è stato puntualmente rappresentato F. Lega (2008).

Chiarire e condividere il quadro di contesto è di per sé l'azione più forte possibile di coordinamento organizzativo, nella misura in cui fornisce a tutti gli attori aziendali una medesima «lente» attraverso cui filtrare i propri processi decisionali, attribuire le priorità di azione, comprendere le dinamiche organizzative.

Allo stesso modo, impegnare il gruppo dirigente nell'elaborazione di un bilancio di mandato, o di un simile strumento di controllo strategico, assolve assieme ad altri finalismi all'obiettivo di verificare se i presupposti su cui si è fondata l'azione strategica permangono o si sono modificati, richiedendo un mutamento contestuale nei corsi di azione, e se le «tattiche» usate hanno prodotto o meno i risultati sperati e perché.

In tale prospettiva si ottiene inoltre il duplice effetto di favorire l'apprendimento organizzativo dal passato (lasciando una memoria storica a uso anche dei futuri dirigenti) e di rafforzare una classe dirigente che si identifichi non solo con gli interessi particolari della propria famiglia professionale, unità organizzativa o gruppo di appartenenza, ma anche con i finalismi aziendali, obiettivo difficile da raggiungere in contesti professionalizzati e normativamente codificati quali quelli delle aziende sanitarie ed, in particolare, delle aziende ospedaliero-universitarie.

Attraverso il *meeting of minds* e la decisione collegiale con i professionisti l'azienda riesce a elevare i propri gradi interni di trasparenza e quindi di controllo sociale sulle decisioni strategiche, da cui consegue una più forte responsabilizzazione. Portare le decisioni importanti – per esempio, la chiusura o ridimensionamento di un reparto, l'acquisto di una tecnologia, l'investimento in nuovi saperi specialistici ecc. – a un tavolo tipo *peer review* dei professionisti chiedendo loro di esprimersi in base a criteri decisionali di natura professionale dovrebbe permettere di conseguire alcuni «vantaggi» fondamentali ai fini del cambiamento organizzativo, quali:

- limitare la provenienza di richieste interne ufficiose di risorse e lo sviluppo strategico o il cambiamento determinato secondo logiche di incrementalismo disgiunto;
- aumentare la trasparenza decisionale e, quindi, esporre i singoli dirigenti al giudizio altrui rispetto alla ragionevolezza o meno delle proprie richieste e visioni aziendali così limitando la pressione dal basso nei confronti dell'alta direzione

per richieste «particolari» e non motivabili tecnicamente e/o rispetto ai finalismi aziendali;

- responsabilizzare il gruppo dirigente nel prendere decisioni collegiali fondate su criteri quanto più oggettivi possibile;
- rafforzare la proposta tecnica aziendale nei confronti dell'ambiente esterno, soprattutto quando il cambiamento desiderato implica una difficile convergenza con le aspettative istituzionali, sociali e politiche;
- contribuire a costruire l'identità del gruppo dirigente, chiarendone diritti e doveri, aumentandone l'adesione nei confronti dei finalismi aziendali favorendone, altresì, il riallineamento con quelli istituzionali.

## 2.2 La questione organizzativa

Avere la visione comune su cosa occorra fare per cambiare e per innovare non è tuttavia sufficiente. Il problema è che le direzioni aziendali, nell'attivare le energie per il cambiamento, rischiano di incontrare un ostacolo importante proprio nei clinici, non tanto (ma anche) per questioni culturali, ma soprattutto in virtù di una crisi emergente del tradizionale modello professionale medico-centrico, generata principalmente da tre fenomeni:

- le crescenti aspettative di riconoscimento organizzativo di uno *status* indipendente da parte delle altre professioni, con il collegato disconoscimento della superiorità gerarchica del medico;
- la crisi del «primariato» e del modello tipico di crescita professionale, molto forte soprattutto nei grandi ospedali di insegnamento;
- la crisi del modello «fiduciario» tipico della famiglia professionale dei medici, fondato su quattro elementi che stanno venendo meno:
  - l'aspettativa da parte del giovane e meno giovane medico che il «suo» primario prima o poi lo avrebbe garantito (o comunque agevolato) il «suo» salto di carriera verso il gradino successivo;
  - un disorientamento di fondo sui percorsi di carriera, un tempo chiaramente strutturati (assistente, aiuto, primario) e «strutturali», oggi legati a sistemi

di attribuzione di incarichi organizzativi e professionali sviluppati dalle singole aziende;

- una pressione aziendale forte alla produttività, insieme a vincoli economici che obbligano a produrre di più a risorse stabili se non decrescenti, da cui scaturisce l'impossibilità a sviluppare percorsi di graduale crescita professionale adeguati per i giovani.

In questo delicato quadro di crisi dei modelli e valori storicamente affermatasi nel sistema medico, alle aziende sanitarie si pone il problema di come coniugare i processi di cambiamento che fanno leva sul coinvolgimento dei professionisti medici in posizioni apicali con un sistema che non ne riconosce fino in fondo l'autorità e che li spinge in parte a porsi come primi oppositori del cambiamento stesso. Situazione la cui complessità è acuita dal fatto che le principali «posizioni apicali» sono rappresentate da livelli organizzativi non includenti famiglie professionali coese, ma raffigurabili come condomini (dipartimenti e distretti) con abitanti litigiosi perché in competizione per le limitate risorse disponibili, governati da amministratori (direttori di dipartimenti e di struttura complessa) non sempre propensi ad assumersi le responsabilità connesse al ruolo.

Pertanto, se il *meeting of minds* è il presupposto, la riorganizzazione interna per darne nuove gambe al sistema professionale è condizione indispensabile per portare avanti con sistematicità un cambiamento.

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

- sviluppare e/o consolidare i meccanismi operativi, quali il sistema di programmazione e controllo aziendale e i sistemi connessi alla gestione strategica delle risorse umane. Tali meccanismi assolvono a varie funzioni di fondamentale importanza per l'azienda:
  - a) sono strumenti di rinforzo dei ruoli apicali organizzativi nell'esercizio delle loro funzioni di governo, che forniscono «la scusa» e facilitano il coinvolgimento del gruppo dirigente. In questo senso sono «cerimonie» organizzative officiate dal gruppo dirigente che segnalano e veicolano una parte significativa delle aspettative di ruolo;

- b) sono vettori di cambiamento culturale, in quanto offrono la possibilità di impegnare le persone su ragionamenti valoriali diversi da quelli tradizionali e forniscono nuove prassi e consuetudini che sostituiscono quelle precedenti;
- c) sono la colonna portante del processo di aziendalizzazione, in quanto strumenti aziendali attraverso cui si esercitano in maniera più trasparente e coordinata rispetto al passato i processi decisionali, svincolandoli almeno parzialmente dalle logiche di potere organizzativo fondato non sulle gerarchie aziendali, ma su altri rapporti di forza.
- Utilizzare gli stessi meccanismi per «commissariare» quei dirigenti che non esercitano il proprio ruolo manageriale secondo le aspettative e le necessità aziendali. Se, da un lato, i meccanismi dovrebbero fornire ai ruoli apicali degli strumenti con cui affermare e praticare il proprio ruolo, e conseguentemente attivare il cambiamento attraverso il coinvolgimento e il *meeting of minds* favorito dalla pratica delle «cerimonie» aziendali, dall'altro lato, quando ciò non avviene la direzione può fare leva sull'accentramento di tali meccanismi per accompagnare i dirigenti nei loro percorsi decisionali. Ciò si rivela una pratica comune in situazioni di crisi, in cui la necessità di attivare importanti cambiamenti porta all'accentramento delle decisioni e dei meccanismi a loro supporto, tollerato dall'organizzazione nella misura in cui è chiaro il quadro di riferimento che l'azienda deve fronteggiare e si è sviluppato e condiviso il senso dell'urgenza a cambiare.
- Fare leva sulle nuove professioni per affiancare e supportare i responsabili apicali medici con figure di altra provenienza professionale motivate e pronte a giocare ruoli organizzativi e manageriali. È il caso, per esempio, del numero crescente di aziende che decidono di affiancare ai responsabili di dipartimento o distretto dei responsabili/referenti per le funzioni tecnico-assistenziali, per quelle amministrative e per la gestione operativa.

La «questione organizzativa» si confronta quindi con il problema-opportunità di rifondare le regole di funzionamento del sistema professionale, fornendo all'azienda quegli strumenti e quei supporti necessari per rigenerare al suo interno la

dimensione «fiduciaria» su cui si basa una parte consistente del rapporto motivazionale sussistente tra responsabile e collaboratore. Un rapporto fiduciario che, tuttavia, fa leva su «regole del gioco» (i meccanismi operativi) più oggettive, chiare e concretamente rispettate, in un certo senso operando una «burocratizzazione» parziale (e positiva) del sistema professionale che dovrebbe sviluppare forme di progressione di carriera, di riconoscimento dei meriti e contributi, di tutela e valorizzazione del capitale intellettuale nuove rispetto a quelle tradizionali fondate sulla sola progressione «verticale» verso il primariato.

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

Appoggiandosi ai meccanismi operativi diventa più facile attivare il gruppo dirigente come soggetto promotore e cinghia di trasmissione del cambiamento. In sintesi, la resilienza al cambiamento, generata in parte dalla mancanza di alternative, in parte dalla paura di perdere le posizioni acquisite, per essere superata ha bisogno di regole organizzative chiare, di orizzonti professionali motivanti, di «meritocrazia» ed equità organizzativa con il riconoscimento del talento, della passione, del *know-how*.

### 2.3 La questione tecnica

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

apparire fin da subito come una “inutile perdita di tempo” a fronte di pressanti urgenze quotidiane.

Vi sono molti «cantieri» o «laboratori sperimentali» da aprire per attuare e interpretare un cambiamento in ambito sanitario. Tuttavia si riscontrano diversi aspetti che rappresentano un ostacolo per operare in questo senso:

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

La prima riflessione si collega, da un lato, all’ormai storico problema della cultura della forma opposta a quella del risultato, dall’altro, all’evidenza che le aziende e le direzioni aziendali che sono riuscite a impostare un *modus operandi* basato sull’individuazione di responsabilità di progetto, collegate a logiche di controllo adeguate (predisposizione di piani di lavoro temporizzati, momenti di coordinamento e verifica per fasi di avanzamento ecc.), sono riuscite a conseguire una velocità di cambiamento maggiore. Scardinare la cultura della responsabilità funzionale e di forma, limitata al proprio ambito di appartenenza organizzativa, è un presupposto chiave per produrre cambiamento.

Una funzione solo in parte riconducibile alle competenze storicamente attribuite alle direzioni mediche e direzioni sanitarie, che richiede *skills* gestionali che non sempre sono parte del *curriculum* formativo dei medici di organizzazione sanitaria e soprattutto un approccio culturale di ruolo al «servizio» dei clinici opposto a quello tradizionale di supervisione. In ogni caso, di fronte alla crisi emergente di ruolo delle direzioni mediche e dei medici di organizzazione sanitaria, si tratta di un’opportunità molto interessante per ridefinirne i contenuti e una posizione strategica per la gestione del cambiamento organizzativo.

### 3. Il cambiamento nell’A.O.U. “Federico II” (Indice)

La necessità di introdurre elementi di innovazione nelle organizzazioni sanitarie pone chiaramente nuove sfide alle aziende del Ssn, ma, in modo particolare, alle aziende ospedaliere universitarie, in considerazione dello stretto legame che esse hanno con la componente universitaria, che le rende terreno fertile per la sperimentazione sanitaria, quale stadio conclusivo necessario dei processi di innovazione e trasferimento tecnologico in ambito sanitario, della ricerca traslazionale e della individuazione di nuovi modelli gestionali di cura.

#### 3.1 Le peculiarità dei *teaching hospital*

I *teaching hospital* svolgono un ruolo di rilievo in qualsiasi sistema sanitario in ragione della rilevante produzione di beni immateriali che sorregge, in realtà, l’evoluzione dell’intero sistema di assistenza e cura; “*produzione, questa, che molto spesso viene formalmente ignorata nella configurazione e valutazione specifica dell’outcome ma che invece dovrebbe essere, se quantificata e rappresentata oggettivamente, ambito significativo per la verifica della relazione tra accountability, legittimazione e finanziamento*” (Guccio e al., 2011).

La ragione della peculiarità dei TH risiede nella erogazione in modo inscindibile di beni e servizi dotati di un livello diverso di esternalità che rendono indispensabile un qualche grado di intervento pubblico. La crisi della finanza pubblica ha progressivamente messo in discussione il ruolo di tali strutture sanitarie. L’adozione di criteri di “*value for money*”, incentrati sull’adozione di sistemi tariffari, costringe, infatti, tali strutture a ripensare il proprio modello di produzione e a fronteggiare la pressione competitiva di altre aziende ospedaliere in base a sistemi di rendicontazione e tariffazione isorisorse, che ben si prestano a situazioni in cui il prodotto sia standardizzato e l’obiettivo da perseguire sia l’efficienza, ma mal si adattano a cogliere la complessità di processi assistenziali svolti in concomitanza con attività di didattica e ricerca medica di base ed applicata.

La valutazione, sia delle performance produttive che dei risultati gestionali conseguiti nelle aziende ospedaliere universitarie, effettuata utilizzando metodologie, criteri e strumentazioni tipici delle aziende ospedaliere, presenta dunque alcune limitazioni che andrebbero opportunamente considerate al fine di non prescindere dalla specificità delle aziende ospedaliere universitarie normativamente sancita.

La focalizzazione, infatti, sulla sola dimensione assistenziale della complessiva attività prodotta attraverso la valutazione del *case-mix* non consente, ad esempio, di tenere nel debito conto la necessità di assicurare una ampia base di casi relativi a patologie semplici, ma estremamente diffuse e dunque fondamentali per l'azione didattica.

Ne consegue che il profilo di offerta delle aziende ospedaliere universitarie, a differenza delle altre aziende ospedaliere del sistema sanitario nazionale e regionale, è fortemente condizionato dalla programmazione didattico-scientifica elaborata dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Sorge, quindi, la necessità di dover assicurare un punto di equilibrio tra le tre funzioni della didattica, della ricerca e dell'assistenza, tenendo presente che:

1. il contributo alla didattica richiederebbe un posizionamento esteso (non focalizzato) in termini di patologie trattate e di intensità delle stesse, soprattutto in relazione alla formazione di base degli operatori sanitari, posizionamento indipendente dagli interessi di ricerca e dalla effettiva pressione della domanda assistenziale e dai “vantaggi competitivi” che l'azienda ospedaliera universitaria potrebbe/vorrebbe esprimere; l'imperativo della didattica comporta, di conseguenza, una *performance*, ad esempio in termini di peso medio della casistica trattata, non particolarmente elevata;
2. il contributo alla ricerca richiederebbe, invece, una estrema focalizzazione su patologie e processi oggetto degli interessi scientifici espressi dalla Facoltà, focalizzazione non sempre compatibile con la formazione di base e non sempre necessariamente coerente con un ipotetico posizionamento competitivo dell'azienda ospedaliera universitaria in ambito assistenziale;
3. un adeguato posizionamento sulla funzione assistenziale richiederebbe una valutazione della domanda di assistenza espressa dalla collettività non disgiunta dall'esame delle strategie perseguite dalle altre strutture di offerta presenti sul

territorio, al fine di definire gli ambiti di migliore funzionamento dell'azienda ospedaliera universitaria in termini di efficienza/efficacia assistenziale.

L'impossibilità di potersi concentrare unicamente sull'ultimo ambito indicato, onde non stravolgere la stessa ragion d'essere dell'azienda ospedaliera universitaria, comporta l'esistenza di meccanismi di funzionamento e di conseguenti metodologie di valutazione delle performance non riconducibili, come si è già posto in evidenza, alle sole logiche di funzionamento delle aziende ospedaliere.

Il profilo di offerta dell'azienda ospedaliera universitaria si articola, dunque, in due ambiti: uno legato alle attività tipiche dell'ospedale e legate alla erogazione di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e per le quali viene assicurato, attraverso i Protocolli d'intesa, un sistema di finanziamento simile, ma non identico, a quello delle altre aziende ospedaliere e l'altro connesso allo svolgimento delle “*altre attività*” tipiche ed “esclusive” dei *teaching hospital*.

Le potenzialità proprie delle aziende ospedaliere universitarie si scontrano, tuttavia, con le debolezze che connotano tali strutture e che sono state ampiamente evidenziate nell'ambito della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale viene sancito il commissariamento della sanità campana che individua, per lo specifico delle aziende ospedaliere universitarie, i seguenti aspetti:

- ritardi nell'avvio del processo di aziendalizzazione, inteso come capacità dell'organizzazione di operare in condizioni di efficienza produttiva con strumenti e meccanismi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati verso priorità aziendali condivise;
- complessità di governo, legata alla coesistenza in tali organizzazioni delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza; occorre tener conto dei *trade off* che tale compresenza può generare.

Ora, se i ritardi nel processo di aziendalizzazione connotano più o meno buona parte delle aziende sanitarie pubbliche, con particolare riferimento a quelle che operano nel meridione, la complessità di governo costituisce una peculiarità propria delle aziende ospedaliere universitarie per la presenza delle tre finalità istituzionali precedentemente indicate. La complessità di governo, a sua volta, può essere de-

clinata in diversi aspetti critici che presentano ambiti specifici nelle tre finalità istituzionali, con esiti molto spesso difficili da poter risolvere, come è evidenziato dalla tabella n. 1.

**Tabella 1 - Le problematiche proprie della complessità di governo delle aziende ospedaliere universitarie**

	<b>Didattica</b>	<b>Ricerca</b>	<b>Assistenza</b>	<b>Esiti</b>
Sistema di regole istituzionali di riferimento	Specifiche	Specifiche	Specifiche	Ambiguità ed incertezza per il livello gestionale
Disponibilità risorse	Limitata	Limitata	Limitata	Difficoltà di trasferimento nell'allocazione delle risorse
Prospettiva temporale di riferimento	Medio-lungo periodo	Medio-lungo periodo	Breve-immediato periodo	Difficoltà di elaborazione dei piani di investimento
Posizionamento offerta	Esteso	Focalizzato	Funzionale rispetto a program. D/R, bacino utenza, offerta assist. reg.	Difficoltà di gestione nell'allocazione delle risorse
Esigenza coordinamento ed integrazione con sistema regionale di offerta assistenziale	Bassa	Bassa	Alta	Difficoltà nell'individuazione delle priorità strategiche
Misure e strumenti di valutazione performance	Specifici	Specifici	Specifici	Difficoltà nella definizione di sistemi integrati di valutazione

### 3.2 Le peculiarità dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli

Il Decreto Legislativo 21 Dicembre 1999, n. 517 *“Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università,....”*, al fine di inserire l’attività assistenziale svolta nelle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale, ha indicato la necessità di procedere alla stipula di protocolli d’intesa tra Regioni e Università, che, a loro volta, siano conformi a linee guida emanate di concerto tra il Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e il Ministero della Salute. Tra i diversi aspetti dell’attività assistenziale da considerare nella definizione delle linee-guida, il Decreto fa riferimento alla indicazione dei *“...parametri per l’individuazione delle attività e delle strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia....”*, tenendo conto anche delle *“...funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di diploma universitario e di specializzazione”* e alla definizione del *“...volume ottimale di attività ed il numero massimo di posti letto e di strutture assistenziali anche in rapporto al numero degli studenti iscritti ai Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia e alle esigenze della ricerca....”*.

Il Protocollo d’Intesa risalente al 18 luglio 2003, non definisce le soglie operative limitandosi a stabilire un livello minimo (155 milioni di euro) e massimo (170 milioni di euro) di finanziamento svincolato da qualsiasi indicazione sia di carattere quantitativo, ad eccezione del vincolo di garantire genericamente i volumi di attività del 2001 per acquisire il livello minimo di finanziamento, sia di carattere qualitativo, ad eccezione dell’allegato E, nel quale sono elencate patologie facenti riferimento ad attività di rilevante interesse regionale, senza però specificare cosa in particolare fare e, soprattutto, in che misura.

Con DGRC n. 1191 del 30.06.2009, pubblicata su BURC Regione Campania n. 48 del 03.08.2009 sono stati approvati i *“provvedimenti sulla riorganizzazione dei policlinici universitari “Federico II” e SUN con allegato schema di protocollo di intesa tra Regione Campania e Università degli Studi di Napoli “Federico II” e Seconda Università degli Studi di Napoli ai sensi del dlgs 517/99”*.

La lettura del combinato disposto del deliberato della citata DGRC n. 1191/09, ove si afferma che: *“la presente deliberazione sarà adeguata alle eventuali prescri-*

*zioni che dovessero intervenire da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, in sede di approvazione del provvedimento” e del punto 18 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 “...il Commissario...dovrà provvedere alla...ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali ed aziendali in materia sanitaria;...verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionale ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano, ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti...”, lascia chiaramente intendere che l'esecutività del Protocollo è vincolata all'acquisizione della definitiva approvazione da parte dei Ministeri affiancanti i quali, con nota Campania-DGPROG-25/11/2009-0000277-P hanno rinviato la validazione della DGRC n.ro 1191/09 richiedendo “relazione tecnica che espliciti le compatibilità con il Piano di Rientro e chiarisca meglio le disposizioni dell'art. 9 in materia di personale...”.*

L'arco temporale intercorso dalla sigla del Protocollo – luglio 2003 – è caratterizzato non solo dalla ancora irrisolta questione del “nuovo Protocollo”, ma anche dall'inevitabile progressivo depauperamento delle risorse umane a disposizione. L'Azienda, a seguito dell'art 8 del Protocollo d'intesa Università “Federico II” e Regione Campania del 2003, è stata dotata di un contingente di personale composto prevalentemente da dipendenti universitari (professori, ricercatori, infermieri, tecnici ed amministrativi). Al 31.12.2003, la dotazione organica della A.O.U. “Federico II” era pari a 3.469 unità corrispondenti a 2.960 unità equivalenti a tempo pieno; tale distinzione è necessaria per rappresentare con esattezza la reale disponibilità della forza lavoro dedicata a compiti assistenziali; come è noto, il personale docente e ricercatore, dovendo assolvere anche a compiti didattici e di ricerca, ha un monte ore dedicato all'assistenza, fissato con Decreto del Rettore, non corrispondente al tempo pieno; va altresì evidenziato che il personale non docente appartenente al contingente attribuito all'Azienda, mantenendo lo stato giuridico universitario, è in ogni caso vincolato ad assolvere a compiti di supporto alle attività istituzionali di didattica e di ricerca. Delle 2.960 unità a tempo pieno, 450 unità risultavano a totale carico economico dell'Azienda mentre per le restanti 2.510 unità l'Azienda provvedeva all'integrazione retributiva di equiparazione al personale del SSR di pari funzione, mansione ed anzianità, ai sensi del DPR 761/79. Tale situa-

zione muta, nel tempo, in maniera consistente. Al 30.09.2011 le unità a tempo pieno si sono ridotte a 2206 unità con una diminuzione complessiva di 754 unità rispetto al 2003.

L'Azienda ha fronteggiato il costante depauperamento della forza lavoro disponibile esclusivamente con interventi parziali ed insufficienti – tra cui un massiccio ricorso a prestazioni in regime di lavoro straordinario – che, in costanza di finanziamento, con il raddoppio degli oneri a proprio carico ed in vigenza del blocco del turn over imposto dal Piano di rientro, hanno contribuito a determinare un costante disavanzo di bilancio. In assenza di interventi di reintegro del personale in uscita il blocco delle attività diverrà ineluttabile.

Ciò premesso, nell'auspicio che sia oramai prossima la firma del nuovo protocollo d'intesa tra Regione e Università degli Studi di Napoli "Federico II" per le annualità 2011-2013, è possibile avanzare qualche considerazione relativa alle nuove sfide che l'attuazione del nuovo protocollo comporterà come, ad esempio, il vincolo previsto tra l'aumento del finanziamento annuale previsto a 191 mln di euro ed il mantenimento del volume e qualità delle prestazioni erogate nell'anno 2010 garantendo, tuttavia, livelli di maggiore appropriatezza nei regimi di erogazione dell'assistenza.

Occorre, tuttavia, sottolineare che i ritardi nella firma del protocollo d'intesa hanno generato notevoli problemi alla gestione corrente dell'Azienda, ma anche alla possibilità di poter definire delle linee di sviluppo e/o potenziamento delle attività. Infatti, il contraddittorio quotidiano con un finanziamento regionale sotto-stimato e non in grado di rispecchiare tutti gli *output* dell'Azienda e l'impossibilità di intervenire investendo sulla dotazione di risorse umane e/o strumentale ha vincolato molto l'operato del *management* aziendale.

Tra le varie sfide che l'A.O.U. "Federico II" dovrà affrontare con il nuovo protocollo d'intesa, di particolare interesse ai fini della possibilità di valorizzare adeguatamente il ruolo dell'Azienda nel contesto sanitario regionale sono quelle di seguito indicate:

- l'esigenza di migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, ossia, sostanzialmente, la contrazione dei costi, a fronte di un aumento della produzione in condizioni di finanziamento che non considerano affatto che le risorse utilizzate

generano risultati anche per la didattica e la ricerca; manca, infatti, allo stato attuale, un sistema di *accountability* proprio per le aziende ospedaliere universitarie;

- l'esigenza di rispettare i vincoli imposti dal Piano di rientro della Regione Campania, soprattutto per quanto attiene l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ed il blocco del *turn over* del personale;
- l'esigenza di dare piena implementazione ai processi di aziendalizzazione ed agli strumenti che questa richiede;
- l'esigenza di assicurare all'Azienda le risorse collegate alla premialità aggiuntiva prevista dal nuovo protocollo, che prevedono, tuttavia, degli obiettivi aggiuntivi come il miglioramento dei livelli di appropriatezza, il miglioramento del peso medio DRG per i ricoveri ordinari e la riduzione delle strutture complesse; tale premialità costituisce un'opportunità importante da utilizzare per consolidare i processi di cambiamento investendo in innovazione piuttosto che incrementando la spesa corrente, in modo da garantire la competitività;
- l'esigenza di superare l'attuale organizzazione attraverso l'adozione di diversi strumenti come l'Atto aziendale, la razionalizzazione della dotazione organica, la ristrutturazione dei Dipartimenti, la riorganizzazione spaziale e la riorganizzazione logistica.

### 3.3 La possibilità di implementare concretamente l'aziendalizzazione nell'A.O.U. "Federico II"

La premessa indispensabile a qualsiasi riflessione su possibili cambiamenti nell'A.O.U. "Federico II" passa comunque attraverso l'accettazione che le aziende ospedaliere universitarie sono aziende "eteronome" vale a dire che "ricevono da fuori di sé la norma della propria azione" (Scott). L'accettazione di questa condizione, ed in particolare dei vincoli datati posti dai processi tipici dell'aziendalizzazione: (decentramento organizzativo ed imputazione diffusa delle responsabilità gestionali e dai vincoli più recenti imposti dal Piano di rientro e dai decreti attuativi del Commissario di governo) costituiscono condizione indispensabile per poter av-

viare una puntuale riflessione su come, con l'adozione del nuovo Protocollo, sia possibile:

- costruire nuove visioni di sviluppo,
- guadagnare competitività,
- ottimizzare l'efficienza produttiva,
- ridisegnare i propri assetti organizzativi,
- ripensare le logiche di valorizzazione del capitale professionale,

raccordare "l'impianto organizzativo aziendale" con le spinte centrifughe dei singoli professionisti e dei singoli gruppi scientifici e professionali secondo una logica di "ordine negoziato" (Strauss), di complessa definizione.

Il raggiungimento di un ordine negoziato è reso difficile da due condizioni che connotano gli attuali assetti delle aziende ospedaliere universitarie puntualmente messe in evidenza da Lega:

- "siamo in presenza di una azienda "balcanizzata" in gruppi professionali e disciplinari che lottano internamente per il "territorio organizzativo" (risorse, spazi, posizioni di responsabilità) ed elaborano strategie di sviluppo spesso autoreferenziali rispetto alle finalità istituzionali;
- siamo in presenza di una azienda il cui vantaggio competitivo si lega spesso allo spessore professionale ed al prestigio dell'istituto o del singolo professionista".

Il richiamo all'art. 7 del D.Lgs. 517/99 e quindi al sistema del finanziamento a prestazione presente nelle osservazioni al Protocollo da parte dei Ministeri affiancanti, per quanto, si presume, non operante nell'immediato, impone di attivare importanti azioni di riorganizzazione già nel triennio 2011-2013; a tale prioritario scopo vanno utilizzate le eventuali risorse aggiuntive acquisibili nel triennio con il conseguimento degli obiettivi di miglioramento dei livelli di appropriatezza, di incremento del peso medio della casistica trattata e di riduzione delle strutture complesse; il loro utilizzo deve quindi essere orientato verso interventi di riorganizzazione e sviluppo e non per incrementare le spese ordinarie nell'ambito di un quadro di vincoli rappresentato da:

- necessità di assicurare soglie minime di operatività per quelle attività assistenziali infungibili per la didattica e la ricerca;
- necessità di garantire la presenza di quelle discipline assistenziali con lo specifico numero di posti letto definiti dal Decreto commissariale n.49/2010;
- necessità di garantire, per le attività di cui ai punti precedenti, tassi di utilizzo dei posti letto e livelli di appropriatezza nei regimi assistenziali di erogazione indicati nelle disposizioni dei decreti commissariali;
- necessità di rispettare gli specifici criteri di controllo dei meccanismi di reclutamento del personale nei limiti imposti dal blocco del turn over;
- necessità di meglio definire le attività di rilevante interesse regionale e quelle connesse al funzionamento dei Centri di riferimento regionale per una più puntuale valorizzazione economica delle stesse;
- necessità di meglio definire il carico di lavoro indotto dalla presenza della Sun nel complesso di Cappella Cangiani.

Il riequilibrio si può ottenere o con l'incremento dei valori della produzione o contraendo i costi; nel nostro caso occorre probabilmente operare su entrambi i fattori, in quanto:

- incidendo sui soli costi della produzione si creerebbe un ridimensionamento dell'attività con la conseguenza di produrre solo attività specialistiche ad alta redditività ed un abbandono di fatto della produzione diffusa che costituisce uno dei pilastri della formazione e parte integrante della *mission* istituzionale dell'Azienda;
- operando sull'aumento delle attività risulta inevitabile incrementare, almeno nelle componenti variabili, i costi.

Si consideri inoltre che, alla base della manovra di riequilibrio e razionalizzazione del sistema di offerta prevista dal piano di rientro, vi è un ridimensionamento complessivo dei volumi di attività e soprattutto un recupero di appropriatezza nei regimi assistenziali di erogazione delle risposte assistenziali offerte dalle strutture sanitarie regionali.

Per ultimo, su questo versante va ricordato che autonomamente l'Azienda è impegnata da tempo nella realizzazione di un miglior collegamento con il territorio ed ha elaborato una serie di progetti allo stato parzialmente finanziati che consentiranno di realizzare un interscambio con i medici di medicina generale e gli specialisti operanti sul territorio molto più intenso e significativo rispetto al passato e che, a regime, dovrebbe garantire un incremento ed una migliore selezione della domanda di prestazioni indirizzata verso l'A.O.U. "Federico II".

Sul versante della contrazione dei costi, l'Azienda ha già operato, nel periodo 2008-2010, con successo anche in assenza di un definito impianto progettuale determinato dalla sostanziale mancanza di un Protocollo d'intesa coerente con il nuovo assetto giuridico cui agganciare un Atto aziendale di riorganizzazione della struttura erogativa.

Al riguardo va osservato che vi sono costi che attualmente gravano sull'A.O.U. "Federico II" e che vanno immediatamente dismessi o almeno ricontrattati; tra questi, il più rilevante è dato dal carico economico generato dalla consistente attività assistenziale svolta in favore della SUN; vi sono poi inefficienze generate dalla organizzazione logistica delle attività strettamente connesse all'impianto a padiglioni separati e dislocati su una superficie estesa che dunque non favorisce certo la centralizzazione e la concentrazione dei servizi; basti pensare alle esigenze della Radiologia, ai lunghi percorsi per la consegna del sangue o alle problematiche delle Sale operatorie dislocate in numerosi edifici.

È, tuttavia, possibile una prima azione di razionalizzazione che consiste nel concentrare attività correlate in uno stesso edificio e, a sua volta, più attività connesse in edifici vicini; questo lavoro è attuabile all'interno di riorganizzazioni delle attività legate alla creazione dei DAI in maniera tale che si possano ridurre gli spostamenti e guadagnare sui tempi di utilizzo del personale e delle attrezzature nel singolo Dipartimento.

Occorre, inoltre, rimodellare la struttura di offerta assistenziale dell'A.O.U. "Federico II" secondo la logica dell'aggregazione e della massima concentrazione delle competenze e delle risorse disponibili. Il modello di gestione è dato dai DAI articolati in unità operative complesse e semplici; tale processo di riorganizzazione, formalizzato nell'Atto aziendale, sarà funzionale al miglior utilizzo delle risorse

disponibili in primo luogo quelle umane. Le aree funzionali continueranno a rappresentare aggregazioni funzionali o professionali non necessariamente rientranti in un unico DAI ed orientate a perseguire prevalentemente, ma non esclusivamente, obiettivi di carattere scientifico.

### 3.4 La difficile costruzione dei “luoghi” dell’integrazione: i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)

I processi di modernizzazione delle aziende ospedaliere universitarie e la loro graduale trasformazione implicano significativi cambiamenti a livello organizzativo. I Dipartimenti ad Attività Integrate (DAI) rappresentano una soluzione organizzativa finalizzata a migliorare la qualità dei servizi offerti, rinforzando il livello di integrazione dei processi assistenziali e tra questi e le attività di ricerca e didattica. Alcune considerazioni di carattere generale sulla riorganizzazione dei DAI sono di seguito esposte:

- le attività assistenziali, i percorsi di ricerca e le attività didattiche presentano livelli di interdipendenze reciproche e complesse che vanno gestite con adeguate soluzioni organizzative e sistemi di coordinamento appropriati;
- è diffusa e condivisa, ai diversi livelli dell’organizzazione, la necessità di garantire un elevato livello di integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca, considerata come un valore aggiunto dell’azienda, come sancito nella *mission* aziendale, ed un obiettivo a cui tendere;
- permangono e talvolta si rinforzano criticità derivanti soprattutto dal fatto che le due istituzioni, Ospedale ed Università, mantengono le loro specificità normative, contrattuali e valoriali che rendono più faticosa la ricerca di soluzioni organizzative e gestionali orientate all’integrazione.

La complessità dell’A.O.U. “Federico II” definisce il contesto ideale per l’implementazione del modello dipartimentale. Il DAI è infatti la struttura organizzativa che meglio dovrebbe rappresentare il “luogo” e le scelte di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, così come previsto dal d. lgs. 517/99. La pro-

gettazione dei dipartimento dovrebbe necessariamente comportare la definizione condivisa:

- dei criteri di aggregazione delle unità operative: le modalità di accorpamento delle unità operative complesse e semplici;
- del grado di dipartimentalizzazione: il grado di decentramento di autonomia e responsabilità;
- dell'assetto formale interno: gli organi di governo ed il modello organizzativo;
- della progettazione di micro-strutture: le microstrutture e le posizioni organizzative;
- del coordinamento: la selezione dei meccanismi di coordinamento e dei sistemi operativi di DAI.

Nella realtà, la configurazione dei DAI, prevista dalla normativa e dall'emanando protocollo d'intesa, ricalca sì le specialità dei Dipartimenti Universitari (DU) scaricando, tuttavia, il fabbisogno di integrazione e coordinamento sui sistemi operativi e sugli organi dell'Azienda e non valorizzando ipotesi di riaggregazione delle specialità di ricerca intorno ai fabbisogni assistenziali (per esempio, utilizzando percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali); sembrerebbe, allo stato, non essersi colta la possibilità di procedere ad un ripensamento organizzativo che potrebbe portare ad una semplificazione della numerosità delle strutture complesse attraverso logiche di aggregazione funzionale. Il rischio da evitare è rappresentato dalla possibilità che le reali scelte di aggregazione (e quindi l'identificazione delle differenti strutture organizzative afferenti ai DAI), ancora una volta, derivino dal semplice accoglimento delle proposte *bottom up* dei professionisti. Più che il frutto di un ragionamento aziendale centrato sulle esigenze di unitarietà e coordinamento decisionale siano il risultato di un compromesso di potere, ed in quanto tale a forte rischio di inefficacia organizzativa.

I DAI devono quindi essere progettati tenendo certamente in considerazione gli equilibri professionali ma soprattutto i bisogni di integrazione nell'assistenza, nella ricerca o nella didattica.

### 3.5 Il tentativo di introdurre processi di innovazione nell’A.O.U. “Federico II”

La Direzione Strategica dell’Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) si è insediata nel gennaio del 2008 e, dopo una fase di analisi di contesto tipica dei cambi di vertice manageriale, ha avviato un confronto con il *middle management* per definire le azioni da realizzare, poiché era evidente la necessità di avviare dei processi di cambiamento che consentissero all’Azienda di uscire dalla situazione di immobilismo tipica delle aziende che operano in regioni il cui sistema sanitario è gravato da elevati indebitamenti. La volontà di cambiamento, tuttavia, doveva necessariamente confrontarsi con l’esiguità delle risorse a disposizione, per cui l’esigenza di dover, comunque, investire in settori come quello della rete e dei connessi flussi informatici, necessari per il governo dell’Azienda e per il processo decisionale, rendeva palese che il cambiamento doveva realizzarsi soprattutto attraverso innovazioni di processo, in grado di avviare un vero e proprio circolo virtuoso. Ciò ha fatto maturare la convinzione che in tempi brevi occorreva avviare una fase di progettualità come mezzo per raggiungere il cambiamento.

Quanto precedentemente affermato spiega perché nella strategia adottata nell’A.O.U. “Federico II” per il triennio 2008-11, si è scelto di avviare un reengineering di sistema che permettesse di sostituire alla logica della sopravvivenza quella della competitività, facendo leva sui due livelli-chiave dell’organizzazione:

- le persone (professionisti, gli operatori tutti, i clienti);
- i processi (di lavoro, di apprendimento, di conoscenza, di gestione).

L’approccio alle persone ha privilegiato lo sviluppo di un processo di *nurturing*, ovvero di *fertilizzazione*, teso a creare le condizioni opportune per l’apprendimento continuo intra e inter i *team* di lavoro. Da qui l’enfasi posta sul *middle management*, la creazione di *team* di lavoro trasversali e a-gerarchici (in modo da coinvolgere professionalità diverse ed appartenenti a diversi ruoli in azienda), l’introduzione di logiche di “rete” tra i professionisti e un’attenzione specifica alle strategie di comunicazione. Ciò con l’intento di favorire l’apprendimento continuo e la creazione e lo scambio di conoscenze anche nelle situazioni in cui tali conoscenze sono di natura tacita e non esplicita e, quindi, difficili da trasferire, attraverso la rimozione

delle possibili resistenze alla condivisione delle conoscenze ed al confronto continuo con l'ambiente esterno. La direzione strategica ha profuso il suo impegno soprattutto nello sviluppo di momenti di interazione collettiva tra i gruppi, in modo da favorire, all'interno dei singoli gruppi e tra i diversi gruppi, la realizzazione di processi di esternalizzazione (Nonaka 1994) in grado di favorire la conversione delle conoscenze tacite in esplicite e la successiva sedimentazione a favore di tutta l'Azienda, attraverso la realizzazione di continui *briefing*, organizzati in Direzione Generale, in cui i componenti dei diversi *team* esponevano lo stato di attuazione dei propri progetti, le difficoltà incontrate e le azioni realizzate per superarle.

La Direzione Aziendale, in particolare, ha sempre operato avendo chiaro che, in una situazione di complessità, quale quella di un *University Hospital*, aggravata dalla scarsità di risorse a disposizione, la possibilità di operare dei cambiamenti sarebbe dipesa dalla capacità dell'Azienda di sviluppare e di gestire al meglio il proprio patrimonio di conoscenze, facendolo diventare patrimonio dell'Azienda. L'abilità di trasferire ed integrare le conoscenze (Grant 1996) costituisce un'esigenza prioritaria delle aziende, soprattutto nei contesti caratterizzati da elevata complessità, senza la quale la conoscenza non può essere assimilata ed integrata a livello complessivo. Grant (1996) sottolinea, al riguardo, l'importanza assunta dall'integrazione delle conoscenze, definendola come "*the essence of organizational capability*" (p. 375). Naturalmente, la complessità propria dell'*university hospital*, come più volte sottolineato, crea molti ostacoli al trasferimento ed alla integrazione della conoscenza all'interno dell'Azienda, infatti, la presenza di tre finalità specifiche, quali l'assistenza, la ricerca e la didattica, tra loro profondamente legate da un rapporto di mutualismo ma anche di idiosincrasia, fa sì che le problematiche organizzative tipiche delle strutture sanitarie pubbliche risultino amplificate nell'ambito di un contesto di *university hospital*. Si fa riferimento, in particolare, alle peculiarità dei sistemi organizzativi a connessione debole (*loosely coupled systems*) (Orton Weick 1990). L'articolazione delle organizzazioni sanitarie in dipartimenti/divisioni semi-autonomi focalizzati su una specifica offerta di prestazioni dà luogo, infatti, ad una serie di fattori critici, in primo luogo, costituiti dalla difficoltà di circolazione delle informazioni, ma soprattutto della conoscenza.

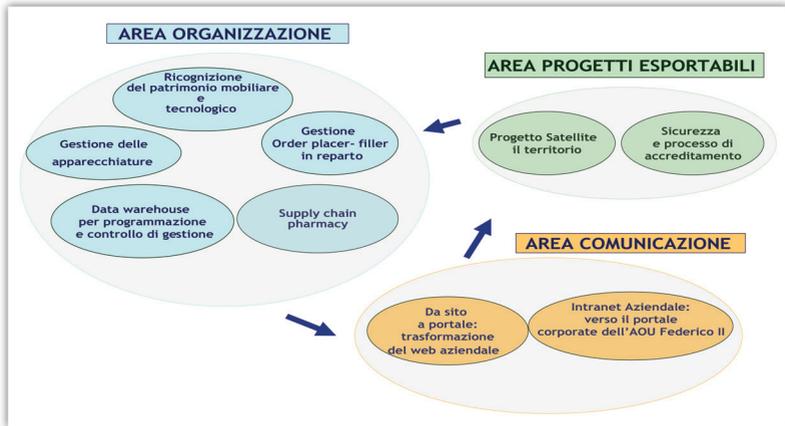
L'approccio ai processi ha previsto, da subito, l'individuazione netta delle aree in cui avviare progetti e attività di sviluppo e innovazione. L'approccio adottato, in particolare, si è sviluppato nelle fasi di seguito riportate:

- individuazione delle aree strategiche in cui avviare i processi di innovazione e cambiamento attraverso progetti;
- costituzione di *team* di lavoro di tipo trasversale, in modo da coinvolgere professionalità diverse ed appartenenti a differenti ruoli nell'Azienda;
- organizzazione di una rete per la condivisione e gestione dei flussi informativi connessi ai progetti;
- promozione di un processo di comunicazione rivolto sia all'interno che all'esterno dell'Azienda per la diffusione delle informazioni sui progetti.

### 3.6 Il disegno sistemico del cambiamento nella sua fase di avvio

La fase di avvio effettiva della progettualità dell'A.O.U. "Federico II" è avvenuta a metà del 2009, quando, nell'ambito di un convegno, tenutosi l'11 giugno 2009 si presentarono i primi domini di attenzione della Direzione Aziendale tra loro strettamente collegati per gli effetti sinergici che avrebbero prodotto; in particolare, furono identificati tre domini di attenzione, come si evince dalla figura che segue

**Figura 1 - I domini di attenzione per avviare il processo di cambiamento**



- l'area dell'organizzazione, per la quale si era scelto di intervenire con:
- la ricognizione del patrimonio mobiliare,
- la gestione delle apparecchiature,
- l'implementazione del *Data Warehouse* per la programmazione e il controllo di gestione,
- la gestione *order placer/order filler* di reparto,
- la *supply chain pharmacy*;
- l'area della comunicazione, la cui priorità erano la trasformazione del *Web Aziendale* da semplice "sito" a "portale" e il potenziamento dell'*Intranet* fino al Portale Corporate dell'A.O.U. "Federico II";
- l'area dei progetti "esportabili", in cui trovavano spazio uno specifico e avanzato progetto di integrazione e cooperazione tra l'Azienda e il territorio (progetto SATELLITE) e l'ampio e complesso sistema della messa in sicurezza strutturale e infrastrutturale dell'azienda e dell'accREDITAMENTO della struttura.

### 3.6.1 *Gli attori del cambiamento*

Come già accennato, la strategia che ha guidato la progettazione e l'implementazione del cambiamento è stata quella di favorire un concreto processo di *nurturing* (fertilizzazione) di tipo sistemico per l'Azienda, attraverso la costituzione di *team* costituiti da attori aziendali ed extra-aziendali, gestiti in modo da favorire una interazione efficace all'interno dei diversi gruppi e tra i diversi gruppi di persone. Ciò ha consentito di sfruttare il ruolo di catalizzatore delle conoscenze ed energie dell'Università; a titolo di esempio, ma nella consapevolezza di non definire un elenco esaustivo di un coinvolgimento che ha investito tutti gli attori dell'arena aziendale, si citano:

- *Direzione Aziendale (Generale, Amministrativa, Sanitaria)*, in alcuni casi come coordinatori facilitatori o “patrocinatori” (per Ricerca & Sviluppo, ad esempio), in altri come Gruppi centrali di Progetto (la Comunicazione è stata curata e “voluta” dalla Direzione Generale, i progetti di Appropriatezza sono stati direttamente sviluppati dalla Direzione Sanitaria – Servizio Umanizzazione e Qualità-, le attività di Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione hanno avuto la Direzione Amministrativa come guida e coordinamento centrale ecc.).
- *Direzione Medica di Presidio*, che ha sviluppato le attività connesse alla sicurezza (Rischio Clinico, infezioni ospedaliere, ciclo dei rifiuti ecc.), ma anche all'*operation management* e all'informatizzazione (CUP, *Order Entry* ecc.)
- *Università*, basti pensare al Gruppo Ricerca & Sviluppo che ha coinvolto attivamente dei docenti della Facoltà di Medicina, ma anche docenti appartenenti a diverse Facoltà dell'Ateneo federiciano come, ad esempio, il Dipartimento di Ingegneria Economico-Gestionale (DIEG), il Dipartimento di Diritto dell'Economia (DDE), il Dipartimento di Dipartimento di Energia Termica Elettrica della Campania (DETEC).
- *Dipartimenti assistenziali ed universitari*, ne sono esempio il Dipartimento di Igiene e Medicina del Lavoro col Progetto Sicurezza, ma anche i Dipartimenti e le AA.FF. coinvolti nel Progetto Satellite o nei lavori sul *Day Service*.
- *Collegio Tecnico* senza il quale l'area relativa a Pianificazione, programmazione, controllo di gestione e valutazione del personale non avrebbe avuto lo sviluppo ed i risultati che ha avuto.

- *Servizi, come l’Ufficio Formazione*, che ha lavorato in parallelo con la maggior parte dei progetti e delle attività sviluppando eventi e cicli formativi ad hoc; o *il Servizio Tecnico manutentivo* per il Progetto Sicurezza; o *il S.I.S.* che ha curato e cura tutt’ora l’intera rivoluzione logistica e informatica che sta coinvolgendo l’Azienda, o *il Servizio Qualità e Umanizzazione* che ha sviluppato funzioni specifiche per l’appropriatezza (*Day Service, Breast Unit* ecc); *Aziende partner*, come SANTEC che collabora a Satellite, al *Data Warehouse*, al Progetto Sicurezza, all’Engineering.

### 3.6.2 *Gli interlocutori ed i beneficiari dei processi di cambiamento*

L’ottica con cui i diversi processi di cambiamento sono stati progettati ed implementati è stata, comunque, quella di avere sempre chiara la visione dei beneficiari dei processi stessi e delle ricadute in termini di risultati per tali soggetti:

- *I Pazienti/Clienti*, primi portatori di interesse, sono stati al centro di tutte le aree sviluppate. Nell’ambito delle attività in materia di sicurezza, la gestione del Rischio Clinico e il Controllo delle Infezioni ospedaliere hanno il paziente come protagonista; ma anche il Progetto Aziendale per la Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e degli Operatori ha dei riverberi positivi sulla sicurezza delle cure e degli ambienti. Lo stesso dicasi per l’area della logistica e dell’informatizzazione (il CUP, il CUREP, il farmaCUP direttamente; l’*OrderEntry* e gli armadietti farmaceutici, indirettamente per la tempestività e la sicurezza dei processi). Ancora, l’area della comunicazione ha garantito trasparenza e informazione al cittadino ecc.
- *Gli operatori e i professionisti* dell’A.O.U. “Federico II”, che hanno visto garanzie di tutela (progetto sicurezza), ma anche di semplificazione operativa e innovazione di processo (*Order Entry*), di *feedback* informativo sulle attività scientifiche (area comunicazione) e gestionali (area controllo di Gestione) ecc.
- *Le istituzioni regionali* possono rintracciare benefici nel perfezionamento delle logiche di gestione (Area Pianificazione, Programmazione e Controllo) e dell’appropriatezza (che è sinonimo spesso di economicità – il *Day Service* per la riduzione dei ricoveri impropri).
- *L’Università*, che può vedere agevolato il modo di fare didattica (*Order Entry*) e ricerca (si pensi all’area di Ricerca & Sviluppo) ecc.; in particolare, nell’am-

bito dell'Università occorre distinguere tra le sinergie prodotte a favore dei docenti e ricercatori e quelle, anche significativa, prodotte a favore degli studenti, che, naturalmente hanno avuto dei benefici anche per la semplice sintonia e condivisione di interessi tra la parte aziendale e quella universitaria in tema di assistenza, didattica e ricerca.

### 3.6.3 *Le aree di attenzione dei processi di cambiamento*

Nel corso del triennio 2009/2011 di concreto sviluppo dei processi di cambiamento, i domini di attenzione si sono via via “specializzati” e “sostanziosi” fino a divenire delle aree di azione più selettive e circostanziate, in cui fosse possibile introdurre elementi più stringenti di responsabilizzazione e verifica. Si sono, pertanto, sviluppate le aree:

- dell'**Appropriatezza** organizzativa e prescrittiva,
- della **Comunicazione e ICT**,
- della **Logistica** (infrastrutture, processi) e dell'**Informatizzazione**,
- della **Pianificazione, Programmazione e Controllo**,
- della **Ricerca & Sviluppo**,
- della **Sicurezza** degli utenti, degli operatori, dell'organizzazione.

**Figura 2 - Le specifiche aree di intervento dei processi di cambiamento di cui si darà ampio riscontro nei quaderni tematici**



## **A. APPROPRIATEZZA**

L'area dell'Appropriatezza delle prestazioni assistenziali analizza uno dei presupposti su cui si fonda la qualità dei sistemi di cura. L'appropriatezza, in generale, può essere definita come la caratteristica di un servizio/prestazione che permette di stabilire che lo stesso sia adatto, pertinente, coerente e conveniente per lo scopo per cui è erogato, alla persona che ne ha bisogno. Tale definizione può riferirsi sia al tipo specifico di prestazione erogata (in questo senso, indica in che misura un particolare intervento – preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo – è, al tempo stesso, efficace e indicato per la persona cui viene destinato: si parla, per tali aspetti, di appropriatezza clinica o specifica) sia alle modalità organizzative con le quali si sceglie di erogare una data prestazione (in questo caso, indica in che modo una prestazione – appropriata da un punto di vista clinico – viene fornita e a quale livello, ad esempio in ricovero ordinario, in *Day Hospital* o come intervento ambulatoriale; a tali aspetti ci si riferisce come appropriatezza organizzativa o generica).

L'area dell'Appropriatezza ha interessato nell'ambito dei processi di cambiamento differenti aspetti:

- Appropriatezza Organizzativa, basati su modelli organizzativi nuovi e/o innovativi:
  - il Day Service,
  - la cooperazione con i MMG/LS (Progetto Satellite).
- Appropriatezza Prescrittiva:
  - la razionalizzazione della spesa Farmaceutica e l'introduzione di supporti decisionali automatizzati per il governo dell'appropriatezza prescrittiva non farmacologica.

## **B. COMUNICAZIONE**

L'Area Comunicazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” (A.O.U.) è stata istituita per favorire la condivisione delle informazioni e della co-

noscenza, all'interno e all'esterno dell'Azienda. Valorizzando le potenzialità dell'innovazione tecnologica e degli strumenti informatici, l'Area Comunicazione rende più efficaci e trasparenti i processi comunicativi. Le attività sono finalizzate alla comunicazione interna, rivolta a tutti i professionisti dell'Azienda, ed alla comunicazione esterna, dedicata alla relazione con la cittadinanza, con i mass-media e le istituzioni.

L'Area Comunicazione è stata dedicata alle **gestione dei progetti innovativi**, con il compito di coordinare, monitorare e garantire uniformità nella realizzazione delle singole attività, svolgendo funzione di moderazione e *facilitazione* nell'ambito di gruppi multidisciplinari. Utilizzando tecnologie *open source* è stato, inoltre, realizzato un **web magazine aziendale**. La comunicazione esterna ha valorizzato i rapporti con la **stampa**, strategica nella relazione con i media e nelle gestione di eventi di "crisi", la **organizzazione eventi**, importante per la realizzazione di convegni, meeting ed incontri professionali all'interno dell'A.O.U. "Federico II", riducendo i costi e rafforzando l'immagine dell'Azienda, e la realizzazione di un nuovo **sito web aziendale**.

## C. LOGISTICA E INFORMATIZZAZIONE

Per quanto riguarda l'area globalmente definita "logistica aziendale", andando oltre la definizione ufficiale che la vede come "processo di pianificazione, implementazione e controllo dell'efficiente ed efficace flusso e stoccaggio di materie prime, semilavorati e prodotti finiti e delle relative informazioni dal punto di origine al punto di consumo", si è scelto, qui, di ampliarne il concetto fino a comprendere una modalità interfunzionale di pianificare procedimenti ed attività (oltre che la movimentazione di prodotti materiali) volta ad aumentarne gli effetti prestazionali.

L'obiettivo è stato focalizzare l'attenzione sull'integrazione tra aspetti tecnici, logistici e clinici, secondo un approccio di *operations management* (OM), e governare l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi attraverso l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto, sia sanitarie sia non sanitarie. L'area della logi-

stica ha interessato lo sviluppo di procedure ed applicativi vitali per l'efficace implementazione delle innovazioni, alcune di tipo rivoluzionario, programmate nelle altre aree di interesse (*l'Order Entry* e gli Armadi Farmaceutici; CUP, FarmaCUP e CUREP ma anche il progetto Satellite che avvicina ospedale e territorio sviluppando strumenti di teleconsulto e telemedicina) ma, in quest'area, sono stati, inoltre, ricompresi a pieno titolo tutti gli interventi di reingegnerizzazione dei processi e sperimentazione dei modelli alternativi di amministrazione, gestione e assistenza (il progetto Palazzi, con il quale si mira a razionalizzare la gestione delle risorse aziendali e la razionalizzazione di molti processi come, ad esempio, la presa in carico di situazioni di pronto soccorso per i soggetti che transitano all'interno dell'Azienda e che ha consentito di evitare il ricorso al 118).

Per quanto riguarda, in maniera specifica, il sistema informativo aziendale e le nuove soluzioni *front-end* e di telemedicina, si è voluto innescare il processo globale nella direzione dell'*hospital resource planning* (HRP), cioè verso lo sviluppo di un sistema di gestione globale delle tecnologie dell'informazione, in grado di ottimizzare il funzionamento dei processi in maniera integrata, superando la storica disaggregazione tra l'anima amministrativa e quella clinica del sistema.

## **D. PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE**

L'area della Pianificazione, programmazione e controllo di gestione analizza quelle che sono le attività ed i processi di cambiamento implementati nell'A.O.U. "Federico II" nell'ambito della programmazione strategica e del controllo, essi vanno dalla mappatura dei processi alla predisposizione di un piano delle *performance*. In particolare, la focalizzazione del cambiamento ha interessato:

- la corretta mappatura dei processi, cioè l'individuazione degli applicativi informatici e dei sistemi informativi esistenti al fine di comprendere al meglio il punto di partenza sul quale si è poi strutturato il processo di miglioramento strategico;

- la progettazione e la realizzazione del *Data Warehouse*;
- l'applicazione della logica budgetaria sperimentale e della reportistica periodica, attraverso la sperimentazione di un processo di *budget*, strumento che ancor oggi suscita le maggiori perplessità in un contesto quale quello delle Aziende sanitarie pubbliche, all'introduzione di un sistema di *reporting*;
- l'applicazione della normativa Brunetta in tema di valutazione della performance individuale ed organizzativa, che ha visto l'adozione di un sistema di valutazione della dirigenza, del Ciclo di gestione della performance e del Piano della performance, quest'ultimo strumento, infine, ha dato luogo all'adozione della *Balanced Scorecard* come strumento di controllo strategico.

## **E. RICERCA & SVILUPPO**

Ultimo nato nel palco delle attività specifiche aziendali è il Gruppo di Progetto su Ricerca e Sviluppo lavora nel campo:

- dei Progetti Europei e dei Progetti Obiettivo dando supporto attivo nella compilazione dei progetti e nella individuazione ed organizzazione della rete di attori coinvolti nei progetti stessi;
- dell'*Health Technology Assessment*, dove ha già condotto alla fase preliminare di sperimentazione di un modello di *Mini-HTA* destinato a supportare in maniera scientifica il decision making in materia di acquisto tecnologico e di innovazione aziendale;
- Dell'adozione di soluzioni *front-end* al servizio dell'appropriatezza farmaceutica. In particolare, l'utilizzo dell'*Order Entry* non solo per effettuare richieste e ricevere referti di diagnostica biochimica e di diagnostica per immagini, ma anche per governare l'adesione all'evidence based medicine (linee guida, standard diagnostici ecc) rappresenta il percorso pilota fin ora avviato.
- Ambiente ed energia attraverso l'individuazione di soluzioni di risparmio energetico.

## F. SICUREZZA

In questa area di attenzione sono stati sviluppati ambiti di intervento e progetti specifici relativi a:

- Sicurezza e dei luoghi di lavoro e tutela dei lavoratori, in ottemperanza al D.Lgs.81/2008.
- Sicurezza degli utenti (Rischio Clinico), con l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali a tutela dei pazienti ma anche con ulteriori attività connesse alla sorveglianza e al controllo delle Infezioni ospedaliere.
- Sicurezza delle apparecchiature, degli impianti e della struttura (manutenzione, collaudi).
- Sicurezza igienico-sanitaria, con lo sviluppo della catena di controlli sugli scarti di produzione.

### 4. Considerazioni finali<sup>(Indice)</sup>

L'A.O.U. "Federico II", nel periodo 2008-2011 si è trasformata?

Ha migliorato la propria capacità di risposta assistenziale?

Sono stati realizzati significativi cambiamenti nei processi interni di produzione e nei meccanismi operativi di funzionamento?

L'esito di quanto realizzato e dei tentativi di innovazione posti in essere sono la risultante sia di vincoli esterni quali il Piano di rientro, il sistema di regole risalente al Protocollo del 2003, i meccanismi di finanziamento ancorati a quanto definito come livello minimo sempre nel 2003, sia di vincoli interni quali l'inarrestabile depauperamento della dotazione organica e l'oggettiva complessità della condizione organizzativa dell'Azienda dovuta alla compresenza delle attività di ricerca, didattica ed assistenza.

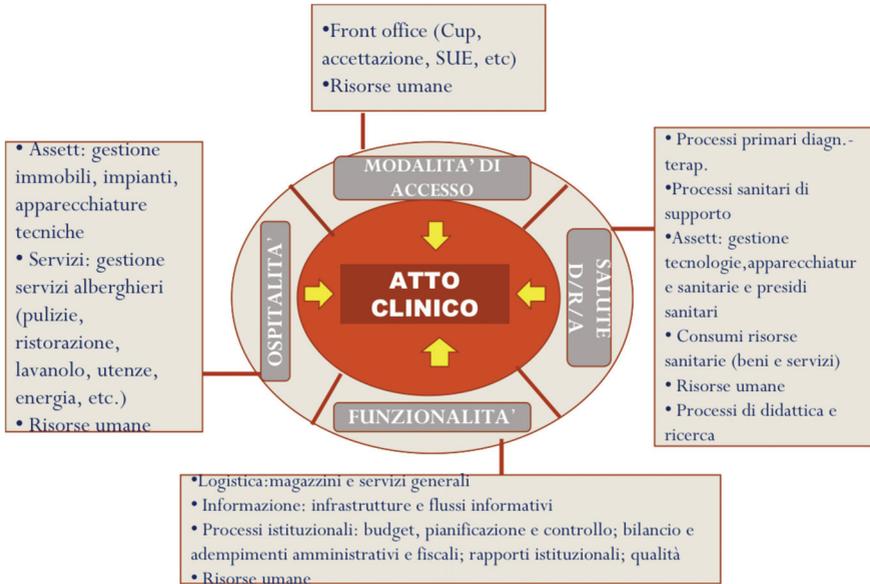
Si è cercato di superare tali vincoli cercando di mettere in rete tutte le risorse disponibili e semplificando i processi di transazione tra un anello e l'altro della catena di produzione. Il principio base a cui ci si è attenuti è stato quello di avviare processi di innovazione e cambiamento in grado di fungere, a loro volta, da fattori propulsivi di fertilizzazione a favore di tutta l'Azienda.

Va ulteriormente ribadito che nell'A.O.U. "Federico II", alle criticità proprie delle aziende ospedaliere universitarie, vanno ad aggiungersi anche i vincoli generati dall'attuale assetto organizzativo che possono così essere individuati:

- polverizzazione delle strutture e conseguente frammentazione operativa e organizzativa;
- prolungata carenza di investimenti strutturali e tecnologici;
- modello di funzionamento fortemente orientato all'attesa passiva della domanda;
- modello di funzionamento raramente in grado di offrire percorsi integrati di assistenza e di presa in carico;
- scarsa attenzione ai problemi della comunicazione con i pazienti/clienti e tra i professionisti.

Il superamento delle criticità specifiche e di sistema deve necessariamente partire da una riorganizzazione dei processi dell'Azienda sviluppata ponendo al centro l'atto clinico come elemento fondamentale e caratterizzante e focalizzando la riorganizzazione sull'efficienza nell'utilizzo delle risorse e nella gestione del patrimonio e sull'efficacia nei rapporti con l'ambiente esterno, soprattutto per quanto attiene il miglioramento delle condizioni di accesso, così come si evince dalla figura che segue.

**Figura 3 -Le linee evolutive di riorganizzazione dell'A.O.U. "Federico II"**



L'A.O.U. "Federico II" di Napoli, in quanto organizzazione *brain intensive* (Lega, 2008), sede privilegiata dell'integrazione tra le inscindibili attività di didattica, ricerca ed assistenza, comunità complessa di *knowledge workers*, rappresenta il laboratorio ideale per sperimentare innovativi processi di trasferimento della conoscenza dai centri di eccellenza alla pratica clinica diffusa. La disponibilità di un tale contesto organizzativo rappresenta elemento di grande potenzialità; la consapevolezza di tale straordinaria risorsa ha indotto la Direzione aziendale, fin dal 2008, ad impegnarsi nell'elaborazione di un progetto che ruotasse intorno alla business idea della creazione di un "ospedale intelligente" (Lorenzoni, 2000) quale contesto privilegiato nel quale provare a costruire solidi collegamenti tra la ricerca (i luoghi della generazione di

ipotesi di lavoro), la sperimentazione (i luoghi della trasformazione delle intuizioni scientifiche in prodotti fruibili), l'assistenza (i luoghi dell'erogazione delle prestazioni), la didattica (i luoghi della diffusione delle conoscenze scientifiche validate).

Il progetto ha pertanto perseguito l'obiettivo di plasmare l'A.O.U. quale nodo strategico di tre interfacce:

- *interfaccia esterna*, intesa come insieme di relazioni con il territorio ed in particolare con i MMG e i PLS, supportate da una *web strategy* e da un portale di accesso ed interazione e finalizzati allo sviluppo dell'*empowerment* del paziente (Ippolito 2000) e, quindi, alla realizzazione della continuità assistenziale; attraverso questa interfaccia si sta cercando di sperimentare, d'intesa con le cooperative dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, l'affinamento del ruolo di *gatekeeper* di tali soggetti provando ad incrementare la loro expertise sia sul versante dell'indirizzamento verso gli altri livelli del sistema sanitario, sia sul versante dell'attività prescrittiva.
- *Interfaccia interna*, intesa come insieme di relazioni organizzative finalizzate alla creazione di un *work space* digitale con il quale promuovere la razionalizzazione della movimentazione di beni e servizi all'interno dell'ospedale e l'attivazione di flussi informativi in tempo reale capaci di supportare, sia nel middle management che nella line, i processi decisionali e gestionali; rientrano in questo ambito strumenti quali l'*order entry*, l'*intranet*, la firma digitale, gli armadietti dei farmaci di reparto, etc.
- *Interfaccia interno/esterno*, vale a dire la creazione di reti cliniche a partire da alcuni ambiti disciplinari quali ad esempio l'urgenza cardiologica, la chirurgia dei tumori, la neurologia, l'oncologia, le malattie rare nelle quali sia possibile, per un medico, ovunque sia posizionato nel sistema sanitario complessivamente inteso, “*di fronte ad un caso di un paziente che si presenta di complessa soluzione per ragioni cliniche ed organizzative, possa attivare la rete di cui fa parte per identificare un modello comportamentale di riferimento (ad esempio un percorso o un protocollo), trovare una consulenza tra pari, inviare il paziente ad un “nodo” più specializzato, attivare altre professionalità necessarie a completare il team che deve dare una risposta integrata*” (Lega, Tozzi, 2009).

Il processo di innovazione attivato ha quindi cercato di perseguire l'obiettivo di avvicinare il cittadino all'offerta di prestazioni sanitarie con ricadute positive in termini di *empowerment* per l'assistito e di *government* per la struttura. In estrema sintesi sono state progettate azioni tese a favorire:

1. l'accesso alle prestazioni (prenotazione, accettazione e ricovero) di diversi soggetti (assistito, medico, etc.) mediante strumenti sempre più tecnologicamente avanzati (CUP, *Smart Card*, *Web*, etc.);
2. l'utilizzo di altre procedure integrate di supporto al sistema informativo di reparto (approvvigionamenti servizi amministrativi, servizi alberghieri, cartella clinica ed infermieristica, gestione del *follow up*);
3. l'integrazione tra l'area clinico-sanitaria (ospedale, ambulatori, medicina generale e territoriale) e l'area amministrativa e di controllo di gestione (decisioni, controllo e gestione);
4. la gestione delle cartelle cliniche computerizzate e diagnostica in rete;
5. l'impiego di procedure informatizzate per la dimissione del paziente.

Il tentativo di passare ad un nuovo livello di *government* e di *empowerment* dell'Azienda ospedaliero universitaria si è dunque caratterizzato in primo luogo come progetto comunicativo rivolto ai cittadini e alle professionalità sanitarie lavorando alla valorizzazione di vecchie dorsali comunicative ed alla progettazione di nuove. Le infrastrutture comunicative sulle quali si è maggiormente posta attenzione, ed è ovviamente ancora in corso la costante azione di adeguamento ed aggiornamento, sono:

- l'informazione all'utente sulle opportunità di assistenza offerte dalla struttura (utenti informati in tempo reale anche da casa, sulle condizioni e le opportunità dell'offerta sanitaria, attraverso portali *Web*, *Call Center* e *Contact Center*);
- l'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali (prenotazione della prestazione attraverso un sistema informatizzato con possibilità di scelta su un bacino di offerta ampio: cittadino, metropolitano, regionale mediante CUP, *Web*, *Call Center*);
- l'accoglienza informatizzata dell'assistito in ospedale (*check in*): l'assistito potrà effettuare in qualsiasi punto tutte le pratiche di accoglienza (identifica-

zione, accettazione, pagamento ticket, pagamento della prestazione in regime di libera professione intra-moenia, etc.);

- la continuità assistenziale: ospedalizzazione a domicilio, assistenza sanitaria domiciliare o in strutture territoriali, D.H., D.S. con un assistito seguito attraverso i programmi di *e-care*;
- l'emergenza, con un incremento dei livelli di sicurezza per i cittadini anche con l'utilizzo di strumentazioni di telemedicina nelle abitazioni di persone anziane in particolari condizioni di salute;
- l'ospedale virtuale attraverso l'informatizzazione del percorso diagnostico e di cura, la cartella clinica informatizzata, il collegamento in rete tra le competenze mediche interne ed esterne alla struttura, utilizzando portali, teleconferenze e teleconsulto;
- l'*e-procurement*: acquisizione di beni e servizi attraverso il portale dell'*e-commerce* e piattaforma logistica informatizzata;
- l'*e-government*: il governo delle risorse aziendali, dei processi produttivi e del rapporto tra domanda ed offerta di prestazioni.

L'implementazione delle azioni di innovazione è stata dunque orientata verso la realizzare dei snodi comunicativi fortemente dotati di supporti tecnologici:

- lo snodo verso i cittadini: la rete *e-care*; si pensi, ad esempio, agli anziani e al loro bisogno di cure fronteggiato, allo stato attuale, da una pluralità di strutture di diversa specializzazione disseminate sul territorio che non dialogano tra loro. L'opzione alla quale occorre lavorare per il futuro è la pianificazione di percorsi di assistenza personalizzati per ogni cittadino.
- Lo snodo delle competenze mediche: il *virtual hospital*. Interazione con altri soggetti dell'offerta sanitaria metropolitana, rapporti con i medici di base in rete, diffusione di protocolli clinici e per la ricerca; l'esempio più vistoso è dato dallo stadio di avanzamento del Progetto Satellite, descritto nel Quaderno sull'Appropriatezza per gli aspetti organizzativi e clinici e nel Quaderno sulla Logistica per gli aspetti tecnici ed informatici, progetto orientato verso la costruzione di forme di integrazione e collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e la struttura ospedaliero universitaria quale nucleo iniziale di un

modello assistenziale più ambizioso teso alla realizzazione di una più ampia integrazione dei diversi livelli di offerta sanitaria disseminati sul territorio e non dialoganti tra loro. L'opzione alla quale occorre lavorare per il futuro è la pianificazione di percorsi di assistenza personalizzati per ogni cittadino.

- Lo snodo verso i fornitori: la nascita di una nuova rete inserita nella catena degli approvvigionamenti per una gestione ottimizzata della logistica che abbia le caratteristiche necessarie per ottenere i risultati di crescita qualitativa, di miglioramento organizzativo e di riduzione dei costi.
- Lo snodo del *government*: governo del rapporto tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie con particolare monitoraggio dei fattori di appropriatezza e degli indici di efficacia ed efficienza.

In estrema sintesi, si può quindi concludere affermando che le direttrici di innovazione elaborate hanno avuto a riferimento tre obiettivi specifici:

- ridare centralità ai processi “tipici” dei sistemi di tutela della salute riportando al loro ruolo “strumentale” i sistemi aziendali di efficiente gestione ed organizzazione; attenzione posta alla realizzazione di un *data warehouse* integrato ed affidabile e la conseguente possibilità di monitorare in tempo reale la “rotta di navigazione” consente a tutti i livelli dell'organizzazione di disporre di reali strumenti di programmazione e controllo non in quanto elementi formali di una modernizzazione forzata quanto componenti indispensabili per garantire la più efficiente ed efficace interazione tra didattica, ricerca ed assistenza; in questo senso il Quaderno di approfondimento sulla Programmazione e Controllo.
- Passare da una logica di razionalizzazione delle singole fasi ad una logica di razionalizzazione di interi processi assistenziali valorizzando i concetti di catena del valore e di organizzazione a rete: il paziente viene avviato al punto della rete nel quale si ha la migliore combinazione tra natura e complessità del suo stato di salute e natura e complessità delle strutture di offerta, all'interno ed all'esterno dell'organizzazione; in questo senso i Quaderni sull'Appropriatezza, sulla Logistica e sulla Sicurezza.
- Sfruttare il potenziale collegato alla implementazione delle più moderne tecnologie diagnostiche e terapeutiche, della *web strategy*, all'*Information Com-*

*munication Technology* ma anche alla “naturale vocazione all’innovazione” tipica di una azienda brain intensive; in questo senso gli approfondimenti contenuti nei Quaderni su Ricerca e Sviluppo e sulla Comunicazione.

Abbiamo, in conclusione, provato a ripensare ad un mandato da parte dell’intero circuito istituzionale di riferimento disegnando una nuova postura strategica per l’Azienda che esalti la specificità della sua ragion d’essere e le consenta di occupare un ruolo particolare ma di straordinaria importanza all’interno della Regione non limitando il suo spazio di azione ai soli confini assistenziali; di fondamentale importanza, al riguardo, il consolidarsi di un dialogo con l’Ateneo e la Facoltà di Medicina da cui far scaturire un vero e proprio piano strategico che entri nel merito delle questioni organizzative e del posizionamento competitivo dell’A.O.U.



## BIBLIOGRAFIA

- Argyris, C. (1964), *Integrating the individual and the organization*, New York, Wiley.
- Catalfo, P., Cavalieri, M., Guccio, C. (2011), “Finanziamento dei teaching hospitals: tra risorse immateriali e sistema di misurazione della performance”, *Mecosan*, n. 77.
- Cicchetti, A., Lorenzoni, G. (2000), “L’ospedale intelligente”, *Studi Organizzativi*, n. 2.
- Grant, R. (1996), “Prospering in Dynamically-competitive Environments: Organizational Capability as Knowledge Integration”, *Organization Science*, Vol. 7 (4), pp. 375-387.
- Hinton, C.H. (1992), *Racconti scientifici*, Napoli, Franco Maria Ricci Editore.
- Ippolito, A. (2000), *Le politiche e gli strumenti dell’empowerment dei fruitori nelle aziende sanitarie*, Padova, CEDAM.
- Ippolito, A. (2003), *La valutazione del personale negli enti locali e nelle aziende sanitarie*, Padova, CEDAM.
- Lega, F. (2008), *Management dell’azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea.
- Lega, F., Tozzi, V. (2009), “Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia”, Anessi Pessina E., Cantù E. (editors), *L’Aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto Oasi*, Milano, Egea.
- Motta, M., Mondino, F. (1994), *Progettare l’assistenza. Qualità e diritti nei servizi*, Roma, NIS.
- Nonaka, I. (1994), “A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation”, *Organization Science*, Vol. 5 (1), pp. 14-37.
- Orton, D. J. e Weick, K. E. (1990), “Loosely coupled systems: a reconceptualization”, *Academy of Management Review*, Vol. 15 (2), pp. 203-223.
- Quaglino, G. P. (1999), *Fare Formazione*, Bologna, Il Mulino.
- Schelling, T. C. (1960), *The Strategy of Conflict*, Harvard, University Press.

Finito di stampare  
nel mese di novembre 2011  
dalla Poligrafica F.lli Ariello - Editori s.a.s.  
Napoli

Questo prodotto è stato realizzato nel rispetto delle regole stabilite dal sistema di gestione qualità conforme ai requisiti ISO 9001:2008 valutato da Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 209065

