

L'operations management come innovazione gestionale

MARIO DEL VECCHIO, IRENE ROMA

Pressures to deliver high quality and affordable healthcare services under severe budget constraints are becoming more and more intense for Local Health Authorities (LHAs). An increasing number of public healthcare organizations are adopting operations management tools in order to meet the efficiency imperative. In this paper, the introduction of operations management techniques, as an example of managerial innovation, in four Tuscan LHAs is described. Each case study shows a different model of implementation in terms of actors involved, tools used, and scope of the innovation. The conclusions underline the importance, in the first stages of a managerial innovation, to test different models before starting with the institutionalization process at regional or national level.

Keywords: operations management, management innovation, operational efficiency

Parole chiave: operations management, innovazione gestionale, efficienza operativa

Note sugli autori

Mario Del Vecchio è professore associato di Economia Aziendale, presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Firenze, direttore MIMS, SDA - Bocconi

Irene Roma è ricercatore presso il Dipartimento di Area Critica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze

Attribuzione

Il lavoro è frutto di una impostazione unitaria e di uno sforzo congiunto. Tuttavia vanno attribuiti a M. Del Vecchio i §§ 1, 3 e 6 e a I. Roma i §§ 2, 4 e 5

1. Inquadramento del tema e rilevanza dell'operations management nell'attuale dibattito

Se si guarda al funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche in una prospettiva temporale sufficientemente ampia, è possibile identificare una successione di fasi nelle logiche complessive di governo caratterizzate dalle differenti dimensioni assunte come vettori privilegiati per la guida dell'azienda (si veda il **box 1**).

La trasformazione culturale, prima ancora che istituzionale, dei primi anni novanta ha segnato, infatti, la fine di una prima fase nella vita delle aziende sanitarie pubbliche in cui tali vettori erano sostanzialmente due. Il primo, anche in ordine cronologico, era rappresentato dai processi burocratico-amministrativi chiamati a intermediare, da una parte, rispetto all'ambiente, l'acquisizione delle risorse e, dall'altra, rispetto all'interno, la loro allocazione alle diverse unità. I processi burocratico-amministrativi – e le capacità di interdizione e condizionamento che essi erano capaci di esprimere – si confrontavano allora con una emergente dimensione professionale, la quale, anche attraverso la sua concretizzazione organizzativa rappresentata dal modello delle divisioni (unità operative su base disciplinare), costituiva il secondo vettore.

L'aziendalizzazione ha cercato di superare la configurazione duale che separava la dimensione economico-amministrativa da quella professionale attraverso un diffuso processo di managerializzazione. Così, negli ultimi due decenni l'attenzione delle aziende è stata prevalentemente posta sui meccanismi di responsabilizzazione gestionale nell'esercizio di una ampia e riconosciuta autonomia professionale. Da questo punto di vista i sistemi di programmazione e controllo

SOMMARIO

1. Inquadramento del tema e rilevanza dell'operations management nell'attuale dibattito
2. Operations Management
3. Il framework di riferimento: operations management come management innovation
4. Contesto dello studio e metodologia
5. I quattro casi di studio
6. Discussione e conclusioni

- **Legale/amministrativa:** enfasi prevalente sui processi amministrativi di messa a disposizione delle risorse
- **Professionale:** emerge la dimensione professionale che include le dimensioni tecnica/operativa ed economica (le divisioni come unità autonome che rispondono a bisogni e standard definiti dalle comunità professionali di riferimento)
- **Manageriale:** la responsabilizzazione sulle risorse e i risultati si accoppia con la dimensione (autonomia) professionale e si confronta con le logiche amministrative (in chiave evolutiva dipartimentalizzazione e sviluppo degli staff gestionali)
- **Multidimensionalità e riconnessione:** pluralità degli apporti professionali, nuove dimensioni per la struttura e i meccanismi di funzionamento, attenzione ai processi operativi (in chiave evolutiva sviluppo di unità di servizio specializzate)

Box 1

Differenti fasi nello sviluppo delle aziende sanitarie

— e segnatamente il *budget* — hanno rappresentato lo strumento privilegiato attraverso il quale, in cambio di un impegno sui risultati di ciascuna unità e sulle risorse necessarie per conseguirli, l'azienda affidava ai professionisti, medici in larga parte, la conduzione di tutti i processi che avevano luogo all'interno delle unità operative, limitando al minimo ogni forma di intervento su un'area (l'unità operativa) che si configurava come una vera e propria *black box* (Del Vecchio, 2008). Vi è da notare come la base professionale scelta per articolare le responsabilità manageriali — sostanzialmente le discipline mediche — finiva implicitamente per ricondurre ogni altra forma di razionalità (operativa, assistenziale, ...) a quella clinica, di cui il «primario» era il garante.

Si iniziano a vedere ora i prodromi di una fase diversa. Le aziende sanitarie, soprattutto sul versante ospedaliero, cominciano a entrare nel merito della «scatola nera», si interrogano sulla razionalità complessiva dei processi, pongono una particolare attenzione alle dimensioni finora meno considerate nelle logiche gestionali, focalizzandosi sugli aspetti dinamici legati all'interazione tra variabili tecniche, logistiche e assistenziali. Si tratta, in sintesi, di una attenzione nuova alla produzione come dimensione da governare insieme a molte altre e come variabile che può essere oggetto di interventi specifici (*operations management*).

In un momento storico in cui le aziende sanitarie hanno già sperimentato, con successi

alterni, strumenti e approcci diversi per la riduzione dei costi e per il miglioramento della qualità, l'*operations management (OM)* offre un nuovo approccio che pone l'attenzione sul funzionamento della «macchina produttiva» a supporto dei processi di cura, area non ancora pienamente sfruttata dal management delle aziende sanitarie (Bensa *et al.*, 2008). Questi orientamenti hanno poi trovato un riflesso nella riorganizzazione delle strutture ospedaliere secondo l'approccio per intensità di cura (Alesani *et al.*, 2006; Briani, Cortesi, 2007).

Osservando i cambiamenti in atto o nell'agenda delle aziende sanitarie risulta evidente come esse stiano cercando di innovarsi profondamente, superando le logiche gestionali e organizzative tipiche delle burocrazie professionali medico-centriche attraverso l'uso di nuove dimensioni quali la logistica o i fabbisogni assistenziali nella progettazione delle strutture e dei meccanismi di funzionamento (Villa *et al.*, 2007). Anche il «patrimonio organizzativo» tradizionale degli ospedali, inteso come l'insieme dei valori, dei comportamenti e delle consuetudini accettate che definiscono una cultura organizzativa (Baraldi, 2002), è messo in discussione nel momento in cui si modifica l'organizzazione del lavoro attraverso una gestione comune di risorse, non più governate dal singolo professionista o dalla singola U.O. e attraverso la riorganizzazione delle modalità di lavoro su base multidisciplinare e multiprofessionale. Questi cambiamenti arrivano a influenzare anche il tasso di sviluppo dell'innovazione stessa nel campo organizzativo e gestionale, nella misura in cui indeboliscono una delle basi che alimenta la resistenza al cambiamento propria delle burocrazie professionali, cioè del modello organizzativo settoriale-specialistico che ha caratterizzato l'ospedale degli ultimi cinquant'anni (Mintzberg, 1979).

A partire dai cambiamenti appena descritti e, in particolare, dall'attenzione crescente delle aziende sanitarie rispetto ai processi produttivi, il presente contributo intende mostrare come una medesima attenzione e un comune richiamo alle logiche di OM possano assumere contorni diversi a seconda dei diversi contesti aziendali, rispondendo a traiettorie differenziate di diffusione dell'innovazione manageriale. Per fare ciò, lo studio

richiama dapprima alcuni elementi di fondo relativi all'*operations management* e alla innovazione manageriale, per poi analizzare quattro casi di aziende operanti nello stesso contesto regionale che hanno recentemente sperimentato strumenti e logiche di OM e, infine, trarre alcune conclusioni.

2. Operations Management

L'*operations management* è una sintesi di concetti e tecniche direttamente attinenti ai sistemi di produzione e ai possibili miglioramenti nella loro gestione. L'OM svolge un ruolo particolare e specifico rispetto al complesso delle funzioni manageriali, rappresentando una area di gestione paragonabile per importanza e complessità ad altre di più facile riconoscibilità. In questa prospettiva, non può essere semplicisticamente ricondotto alle singole tecniche o alle basi scientifiche, come per esempio l'*operations research*, che pure costituiscono elementi distintivi.

Il tema specifico dell'OM trova la sua applicazione all'ambito sanitario nell'ultimo ventennio, quando si sono cominciate a utilizzare una serie di metodologie e strumenti per l'analisi, la programmazione e il controllo dei processi aziendali, facendo diventare il tema della gestione delle *operations* rilevante negli studi manageriali applicati al contesto sanitario. L'obiettivo perseguito attraverso l'OM è l'efficienza produttiva che, sebbene possa ricomprendere anche quella tecnica, differisce da questa per il riferimento ai risultati di salute piuttosto che alle singole fasi di processo, assumendo come orizzonte elementi quali la massimizzazione dell'*health outcome* per un dato livello di costo, o la minimizzazione del costo per un dato livello di *outcome* (Donabedian, 1990).

Da un punto di vista evolutivo e storico, secondo Heizer e Render (2008), i primi accenni di riflessione sui sistemi di produzione – e quindi i prodromi dell'OM – possono essere rintracciati nelle considerazioni di Adam Smith sulla divisione e specializzazione del lavoro alla nascita del capitalismo. Gli stessi autori propongono una periodizzazione degli studi e degli approcci che vede una prima lunga fase, di circa un secolo, durante la quale l'attenzione prevalente è orientata al contenimento dei costi. Dopo i primi precursori, la fase si apre con il movimento dello

Scientific Management che funge da base per un esteso e variegato insieme di approcci e tecniche che accompagnano lo sviluppo della produzione di massa, dall'esperienza della Ford, all'utilizzo di strumenti come il *Gantt*, all'applicazione delle tecniche di programmazione lineare.

A partire dagli anni ottanta, per circa un ventennio, l'asse prevalente di orientamento passa dai costi della produzione alla qualità dei prodotti. Il passaggio è fortemente segnato dalle logiche di *lean manufacturing*. Esempio in tal senso è il cosiddetto modello Toyota che univa all'idea del miglioramento continuo e del *Total Quality Management* la ricerca di tutte le condizioni per processi «snelli» a partire dalla minimizzazione delle scorte necessarie per alimentare i processi produttivi (*just-in-time*).

Se è possibile individuare un tema di fondo che ha caratterizzato l'impetuoso sviluppo dell'OM nell'ultimo decennio questo deve essere ricercato nella necessità di assicurare una adeguata personalizzazione di prodotti e servizi, pur all'interno di processi produttivi di massa e standardizzati tipici dei mercati globali. L'espressione probabilmente più significativa della ricerca di una risposta sul piano dell'organizzazione e gestione dei processi produttivi alle tensioni generate dalla necessità di assicurare al contempo personalizzazione e standardizzazione è rappresentata dall'approccio *supply chain management*. Si tratta, infatti, di un approccio sistemico al governo dei flussi (di informazioni, materiali e servizi) che dai fornitori di materie prime, passando per le fabbriche e i magazzini, giungono al consumatore finale allo scopo di garantire la massima prontezza di risposta alle variazioni nelle attese dei clienti.

In ambito sanitario, l'OM è definito come *l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto, sia sanitarie sia non sanitarie* (Davies, Walley, 2000). Anche nel contesto sanitario è, quindi, il processo l'oggetto fondamentale per ogni intervento sulla produzione e i suoi livelli di razionalità. Fin dai primi anni novanta, molti autori hanno approfondito lo studio della gestione dei processi, definendo il processo stesso come «insieme di compiti logicamente con-

nessi eseguiti per conseguire un ben definito risultato» (Davenport, Short, 1990), o ancora «insieme di attività che utilizzano uno o più tipi di *input* e creano un *output* che ha valore per il cliente» (Hammer, Champy, 1993) e infine quale entità capace di «catturare le interdipendenze interfunzionali e collegare gli sforzi di miglioramento agli obiettivi strategici» (Kaplan, Murdock, 1991). Rivisitando in ambito sanitario la classificazione dei processi che Porter (1895) aveva descritto in ambito industriale, Baraghini distingue tre differenti tipologie di processi (Baraghini *et al.*, 2006):

1) processi primari clinico-assistenziali che rappresentano i processi *core*. Sono tipicamente costituiti dall'insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute e hanno come *output* finale atteso la risoluzione del problema di cura per cui il paziente è entrato in contatto con la struttura sanitaria (ospedaliera o territoriale);

2) processi sanitari di supporto. Si tratta di quelle attività a carattere clinico (come la gestione dei farmaci oppure le analisi di laboratorio) che non producono un risultato finale di salute, ma sono strettamente funzionali e interconnesse al processo primario clinico-assistenziale;

3) processi amministrativi/gestionali di supporto. Sono tipicamente costituiti da tutte quelle attività amministrative essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono un coinvolgimento diretto del paziente (si pensi, per esempio, al processo di approvvigionamento e logistica dei beni oppure alla gestione delle risorse umane).

Gran parte delle moderne filosofie gestionali e dei nuovi strumenti organizzativi fa riferimento a una visione trasversale dell'organizzazione, che vede l'azienda come insieme di processi di rivolti all'ottenimento di un risultato finale e non come sommatoria di funzioni e/o divisioni da coordinare. Anche in sanità, le interdipendenze tra unità organizzative, che le precedenti logiche organizzative avevano tentato di ridurre drasticamente, emergono oggi con maggiore criticità in relazione a fattori quali le dinamiche scientifiche e tecnologiche, il mutamento

nei bisogni e nella domanda di salute della popolazione, le pressioni economiche e competitive che l'ambiente esercita. La suddivisione del lavoro e la predisposizione di meccanismi di controllo e di valutazione delle prestazioni incentrati sulla specializzazione rappresentano, in effetti, forme di coordinamento sempre meno efficaci e oggi è proprio la gestione globale dei processi e degli spazi interfunzionali, precedentemente trascurati, a offrire i più ampi potenziali di miglioramento. Secondo la prospettiva dell'*operations management*, l'azienda viene conseguentemente riletta come un insieme di processi di trasformazione preposti alla realizzazione di risultati omogenei e trasversali alle strutture organizzative. Il paradigma utilizzato è quello *input-processi-output-outcome* (Chase *et al.*, 2004; Visser, Beach, 2005; Cardoen *et al.*, 2010).

Osservando in particolare l'ospedale dalla prospettiva di processo, l'OM non entra, ovviamente, nel merito di quelle che sono le scelte di tipo clinico, ma si focalizza sulle attività a supporto dell'erogazione dell'intero processo clinico-assistenziale, ossia la risposta al bisogno di salute del paziente dal punto di vista clinico. La prospettiva di osservazione privilegiata è il collegamento che viene a stabilirsi tra assetto tecnico-logistico e governo clinico, riletto soprattutto attraverso il tema della «reingegnerizzazione dei processi» di supporto nell'ottica del paziente (Alesani *et al.*, 2006).

Cercando di portare a sintesi gli studi e le esperienze ad oggi esistenti, è possibile individuare almeno tre grandi aree di applicazione dell'*operations management* al settore sanitario (Bensa *et al.*, 2008):

1) *ottimizzazione delle aree produttive sanitarie*. Obiettivo: massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, ecc.), ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale;

2) *logistica del paziente (patient flow logistics)*. Obiettivo: ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture ospedaliere dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole

unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva;

3) *supply chain management*. Obiettivo: assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di beni e servizi verso i processi di trasformazione.

Fondamentale in questo contesto è la standardizzazione dei processi con la conseguente riduzione/eliminazione della variabilità, intervento che consente rilevanti miglioramenti di performance in termini di riduzione dei costi e miglioramento della qualità (Bowersox, Closs, 1996). Le organizzazioni sanitarie agiscono in ambiti operativi caratterizzati da intrinseci ed elevati livelli di variabilità. Si possono individuare tre tipi di variabilità con cui le aziende sanitarie devono fare i conti nella programmazione e nella gestione delle attività:

- la variabilità clinica, dovuta alle differenti patologie, ai differenti livelli di gravità e alle differenti risposte alla terapia dei pazienti, che è di per sé una variabilità ineliminabile (naturale) e che deve trovare modalità di gestione in linea con le capacità produttive del sistema aziendale;

- la variabilità nella gestione dei flussi dei pazienti, che prevede sia una componente artificiale eliminabile, sia una componente naturale, basti pensare alla differenza sostanziale tra gli accessi programmati e gli accessi non programmati (emergenze/urgenze);

- la variabilità professionale, legata ai differenti livelli di abilità, al differente *training*, ai differenti approcci e preferenze di trattamento e ai differenti comportamenti.

Il controllo del processo affronta il problema di limitare la variabilità naturale, eliminando quella artificiale, legata a comportamenti clinici e organizzativi scorretti e inadeguati, segno della presenza di disfunzioni nei processi (Litvak, 2005). Nel caso di processi intra-funzionali, un esempio di variabile, in genere trascurata e di grande rilevanza, è quello relativo alla integrazione organizzativa, ovvero quanto e come le persone coinvolte nel processo comunicano tra loro e lavorano in modo coordinato. Infatti, molto spesso si formano «barriere organizzative» che ostacolano il fluire delle informazioni, da cui consegue una mancanza di chiarezza

sulle necessità delle persone coinvolte nel medesimo processo.

In molti contesti, la standardizzazione dei processi e la personalizzazione dei servizi sono strategie considerate in buona misura antitetiche nella ricerca del vantaggio competitivo (Nutti, Panero, 2011): nell'ambito dei servizi sanitari, invece, il successo dipende dalla capacità di integrare queste due strategie. Non vi è servizio sanitario che riesca a essere efficace se non focalizzato sui bisogni del singolo paziente. Al tempo stesso, la qualità dei servizi dipende dalla capacità dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di offrire percorsi assistenziali in linea con le evidenze scientifiche internazionali, standardizzando quindi i processi in base ai protocolli clinici definiti dalle società scientifiche.

Un ultimo tema che inizia a emergere con il diffondersi di esperienze collegate alla necessità di gestire meglio le operazioni è quello relativo ai ruoli organizzativi e alle competenze professionali necessari. Come spesso accade per le funzioni innovative, insieme alla questione se le competenze debbano essere legate a una o più specifiche matrici disciplinari o se piuttosto queste possano essere acquisite indipendentemente dalla formazione universitaria di base, nelle aziende comincia a porsi il problema della collocazione organizzativa della funzione. Da questo punto di vista, i rischi di una guerra per il controllo del territorio (*turf war*), esacerbata dalla fisiologica tendenza delle aziende sanitarie pubbliche a una prematura istituzionalizzazione della funzione (es. leggi o direttive regionali al riguardo), sono abbastanza evidenti. La varietà delle soluzioni che le singole aziende sembrano sperimentare e una maturazione non ancora pienamente raggiunta suggerirebbero l'esigenza di mantenere un quadro relativamente fluido, in attesa che le diverse esperienze in termini di contenuti, ruoli e assetti della funzione possano offrire una base più solida di evidenze e riflessioni sulle quali costruire alcune indicazioni di massima.

3. L'OM come innovazione manageriale

La prospettiva qui adottata per osservare come l'approccio ispirato ai principi dell'OM si stia concretamente diffondendo è quella

dell'innovazione manageriale (*management innovation - MI*). La letteratura prodotta sul tema dell'innovazione risulta assai ricca e, nonostante il filone di ricerca più vasto sia quello relativo all'innovazione tecnologica (Henderson, Clark, 1990), la ricerca degli ultimi decenni si apre ad altri tipi di innovazione: quella relativa ai processi (Pisano, 1996), ai servizi (Gallouj, Weinstein, 1997), strategica (Markides, 1997). In letteratura, si definisce *management innovation* «*the invention and implementation of a management practice, process, structure or technique that is new to the state of the art and is intended to further organizational goals*» (Birkinshaw et al., 2008). Nella **tabella 1** se ne riportano alcuni esempi.

Le ragioni che sottostanno all'emergere nel tempo di nuovi strumenti e tecniche di management, da una parte, e all'affermarsi di particolari retoriche manageriali, dall'altra, sono state esplorate soprattutto nell'ambito degli studi di organizzazione e di direzione del personale. I ricercatori hanno individuato due ampie aree di possibili spiegazioni ai fenomeni in questione (Antoldi, 2000).

La prima, nota come «*tesi del gap di performance*» individua l'origine della domanda di nuove pratiche di gestione nei cambiamenti dell'ambiente competitivo delle aziende. Tali cambiamenti, infatti, generano differenze nelle *performance* conseguite dalle diverse aziende. I manager sono pertanto spinti a cercare soluzioni che permettano loro di col-

Tabella 1
Esempi
di *Management Innovation*
Fonte: Birkinshaw et al. (2008)

Example	How It Fits the Definition of Management Innovation
Modern research lab (e.g., Hargadon, 2003)	A new structure to manage the technological innovation process; intended to improve technological and product innovations.
Divisional (M-)form (e.g., Chandler, 1962)	A new organizational structure for dealing with complex, multiple-product, and multiple-market firms.
Toyota production system (e.g., Ohno, 1988)	A new set of practices and processes aimed at improving production efficiency and reducing waste.
Total quality management (e.g., Zbaracki, 1998)	A new set of practices and processes aimed at reducing quality defects and improving customer satisfaction.
Discounted cash flow (e.g., Pezet, 1997)	A new technique intended to improve investment and budgeting decisions by adding a temporal dimension.
Spaghetti organization (e.g., Foss, 2003)	A new organizational structure with the objective of increasing employee initiatives and overcoming problems of hierarchy.
Cellular manufacturing (e.g., Berggren, 1992)	A new process for managing tasks inside a production unit aimed at improving employee satisfaction and production output.
NASA new organization (e.g., Carroll, Gormley, Bilardo, Burton, & Woodman, 2006)	A new structure and practice for teams to perform complex modeling and analysis without colocation.
Activity-based costing (e.g., Kaplan, 1998)	A new practice and technique for assigning costs aimed at providing more realistic cost assessments.
Modern assembly line (e.g., Hounshell, 1984)	A new set of practices and processes with the goal of improving production efficiency and lowering costs.
Balanced scorecard (e.g., Kaplan, 1998)	A new technique and practice for integrating various types of information with the aim of making more informed decisions.
Quality of work life (e.g., Yorks & Whitsett, 1985)	A new set of practices and processes around the job design of employees with the goal of improving their happiness at work.

mare i *gap* tra performance aziendale attuale e quella possibile o desiderata in base al nuovo contesto esterno. Si tratta, quindi, di spiegazioni che guardano all'ambiente prossimo e specifico in cui opera ciascuna azienda, o classe di aziende, e che legano strettamente l'introduzione di innovazioni manageriali alle necessità che sorgono nelle relazioni che le aziende stesse intrattengono con i propri ambiti di azione (mercati o pubblici di riferimento).

La seconda spiegazione, che è stata anche definita «tesi del pendolo», si basa invece sull'osservazione che la storia, con una periodicità che pare seguire esattamente le onde lunghe (cinquant'anni) dell'economia, sembra proporre l'emergere alternativo di retoriche manageriali, ora di carattere *razionale* — di impronta meccanicistica, basate sulla convinzione che i processi di lavoro possono essere formalizzati e razionalizzati per incrementare la produttività — ora di carattere *normativo* — focalizzate, invece, sul benessere dei lavoratori e indirizzate ad aumentare la produttività facendo leva sui valori, sulle emozioni e sul coinvolgimento dei dipendenti. Sulla scorta di tale osservazione, questa posizione sostiene che la causa dell'emergere di innovazioni manageriali è di tipo macro e va trovata nell'andamento ciclico dell'economia, più specificamente nella correlazione tra innovazioni e cicli macroeconomici, così come spiegata dalla scuola neoschumpeteriana. In particolare, Barley e Kunda (1992) affermano che l'emergere di nuove tecniche di tipo razionale coincide generalmente con il termine di una fase di recessione, poiché l'innovazione — che è alla base dell'inversione di tendenza e guida la successiva fase di crescita dell'economia — impone alle imprese un ridisegno completo dei processi di produzione, fortemente orientato alla produttività. Viceversa, le tecniche di tipo normativo emergono usualmente al culmine della fase di crescita e precedono o accompagnano le fasi di recessione, quando le innovazioni tecnologiche presentano rendimenti decrescenti e il *focus* delle imprese si sposta dal fattore capitale-tecnologia a quello del lavoro umano. Le teorie che si inscrivono in questa area focalizzano, quindi, la loro attenzione sull'ambiente generale e remoto (l'economia nel suo complesso) in cui le aziende operano e tendono a interpre-

tare l'innovazione manageriale più in termini culturali, come circolazione di idee, che di risposta a fabbisogni specifici.

Abrahamson argomenta che entrambe le tesi hanno un fondamento, concludendo che esse sono in realtà complementari nello spiegare l'emergere di nuove tecniche di management e l'alternanza di retoriche razionali e retoriche normative (Antoldi, 2000).

Considerando lo specifico del contesto italiano alla luce della prima chiave di lettura proposta, i primi segnali di diffusione dell'OM nelle aziende sanitarie possono essere agevolmente ricondotti all'intensificarsi delle pressioni finanziarie e alle spinte in direzione dell'efficienza da queste generate. La drastica contrazione delle risorse a disposizione delle aziende degli ultimi anni, ma soprattutto il consolidarsi di uno scenario di medio periodo a «crescita zero» sul versante finanziario (Armeni, 2010) possono spiegare meglio di altri fattori la nuova attenzione ai processi operativi. Quando ogni potenziale spazio esterno di crescita, compreso quello legato ai meccanismi competitivi, si esaurisce, è ragionevole ipotizzare che le aziende cerchino al loro interno le risorse per poter rispondere a una domanda di servizi crescente e che queste possano venire da una decisa razionalizzazione dei processi produttivi. Da questo punto di vista, è interessante notare come alcune forze operino in maniera diversa nel caso delle aziende sanitarie pubbliche rispetto alle imprese. Infatti, il parziale e, per certi versi, fisiologico disaccoppiamento delle dinamiche finanziarie da quelle competitive, da una parte, e sistemi che escludono ogni forma di competizione sui prezzi, dall'altra, — condizioni, queste, tipiche delle aziende sanitarie pubbliche — fanno in modo che gli stimoli competitivi dei sistemi pubblici di quasi mercato non producano pressioni significative in direzione dell'efficienza. Viceversa, un limite predefinito alle risorse disponibili, come quello rappresentato dai tetti finanziari, nonostante inibisca ogni forma di competizione, può ben stimolare la ricerca dell'efficienza.

Se si guarda allo stesso fenomeno nella prospettiva di idee e concezioni che trovano un terreno fertile nella cultura prevalente in un determinato periodo, l'attenzione crescente ad approcci *manufacturing-based* può essere, in termini molto generali, inquadrata

nel contesto del processo di aziendalizzazione del Ssn e di concetti chiave, come quelli di efficacia ed efficienza che ne hanno contraddistinto lo sviluppo.¹ In tale matrice culturale, trovano una loro propria collocazione una serie di innovazioni gestionali, a partire dai sistemi di programmazione e controllo e di cui è possibile trovare costante traccia nel susseguirsi dei rapporti Oasi a cura del Cergas. Temi come quelli della centralità del paziente (Ford, Fottler, 2000), della qualità, della gestione dei rischi – insieme ai corrispondenti meccanismi e funzioni aziendali – hanno rappresentato le innovazioni che, forse più di altre, hanno preparato il terreno concettuale per l'OM. Esse, infatti, hanno progressivamente messo in discussione l'approccio *black box* che costituiva il fondamento dei sistemi di *budget*, ponendo l'attenzione sulle modalità di produzione dei servizi e aprendo, così, all'azienda la possibilità di intervenire su un'area precedentemente considerata integralmente coperta dalla autonomia professionale.

Anche nel caso qui considerato, l'utilizzo congiunto delle due prospettive consente una migliore interpretazione del fenomeno e delle sue potenzialità di sviluppo. Se le pressioni esterne, così come vengono percepite dagli attori rilevanti, impongono la ricerca di nuove condizioni di efficienza, la concreta possibilità che un approccio, soprattutto nelle sue fasi iniziali di diffusione, trovi spazio dipende da quella che Greenhalgh *et al.* (2004) definiscono come «compatibilità», ovvero la coerenza dell'innovazione con i valori e i quadri concettuali prevalenti nei contesti di potenziale adozione.

I sintetici riferimenti fin qui esposti mettono l'accento sui fattori che possono influenzare la diffusione di una innovazione manageriale. Un tema altrettanto rilevante è quello relativo alle modalità che caratterizzano i processi di introduzione dell'innovazione nelle specifiche realtà aziendali. Utilizzando e riadattando, rispetto al tema qui trattato, uno schema di base proposto da Tanese (2002) per interpretare differenti traiettorie per le funzioni innovative nelle aziende sanitarie pubbliche, è possibile identificare alcuni modelli che esprimono, nei confronti dell'innovazione, attese e modalità di introduzione molto diverse tra loro. Si tratta di schematizzazioni che tentano di catturare l'atteggia-

mento complessivo dell'azienda come risultato, sia delle attese e dei comportamenti dei principali attori coinvolti, sia della cultura e delle capacità aziendali.

Un primo modello è quello burocratico. La condizione preliminare è che l'innovazione gestionale sia riuscita a trovare uno spazio nelle norme, regolamenti e direttive che caratterizzano l'ambiente in cui operano le aziende sanitarie. Le dinamiche della «normativizzazione» possono essere le più diverse, ma è spesso presente una spinta da parte degli specialisti (detentori delle conoscenze *e/o early adopters*) che incontra nei livelli sovraordinati del sistema una volontà di produrre rapidi miglioramenti nel funzionamento del sistema stesso. L'azienda, in questa fattispecie, assume l'innovazione in una logica di adempimento rispetto al quadro normativo. L'innovazione non risponde a nessun bisogno dell'azienda, se non a quello della correttezza amministrativa e le uniche preoccupazioni sono relative all'*iter* procedurale e alla produzione degli atti formali. In tali condizioni, l'innovazione è praticamente «lasciata a se stessa» e la possibilità che essa produca risultati è legata a processi del tutto casuali. Nella terminologia neo-istituzionalista tale comportamento viene definito come isomorfismo coercitivo (per tutti Powell e Di Maggio, 1991).

Un modello diverso è quello adattivo (isomorfismo mimetico): l'adozione dell'innovazione è ancora guidata da condizioni esterne, ma in questo caso a dominare la scena sono le pressioni implicite generate dall'adozione delle medesima innovazione da parte di aziende simili. In questa prospettiva, per l'azienda replicare le scelte operate da insieme rilevanti di attori che condividono lo stesso ambiente riduce i rischi (in caso di scelta errata, hanno sbagliato tutti) e aumenta la legittimazione del management nei confronti dei portatori di interesse. Se la decisione si basa sulla convinzione che debbano esserci delle buone ragioni perché «tutti facciano così» e che ciò che abbia già funzionato per altri debba funzionare in ogni caso, è normale che l'attenzione prevalente nel momento dell'attuazione venga posta nella identificazione del modello migliore da imitare, con scarsa o poca considerazione di tutti quei fattori interni (competenze, coerenza con altri

meccanismi) che potrebbero, invece, risultare decisivi per realizzare i risultati ipotizzati.

Un terzo approccio è quello tecnocratico. La spinta principale all'adozione proviene dalla innovatività percepita dei nuovi saperi e delle nuove tecniche e dall'idea che questi rappresentino in ogni caso una leva di miglioramento nella gestione dell'azienda. Essendo l'attenzione rivolta ai contenuti dell'innovazione nei suoi aspetti squisitamente tecnici, la gestione dell'introduzione in azienda non potrà che concentrarsi sulla selezione delle migliori competenze e strumenti disponibili sul mercato esterno (più raramente viene considerato quello interno). La riconduzione dell'innovazione alla sola o prevalente dimensione tecnico-specialistica comporta, una volta di più, un rischio di sottovalutazione dei fattori di contesto interno.

Quando l'innovazione trova un impulso in uno specifico fabbisogno aziendale rispetto al quale viene percepita la potenziale utilità di un nuovo sapere o di una nuova tecnica, il modello di adozione potrebbe essere definito come funzionale. Normalmente è una funzione aziendale già esistente che vede nel problema e nella sua possibile soluzione una potenziale area di espansione e/o qualificazione delle proprie competenze, fino ad arrivare, in alcuni casi, a strutturare una vera e propria nuova funzione. L'ancoraggio a un fabbisogno aziendale aumenta le probabilità che il processo di introduzione dell'innovazione sia sufficientemente governato e coerente con le specificità del contesto aziendale, anche se ciò non può, ovviamente, rappresentare una garanzia di successo.

Un ultimo approccio è quello strategico-organizzativo. In questo caso, l'innovazione diventa – ed è gestita come – una leva di cambiamento organizzativo, tesa a modificare le modalità complessive di funzionamento dell'intero sistema aziendale e le sue modalità di relazione con l'ambiente. L'innovazione può estendere i suoi impatti a tutti i principali meccanismi che regolano la vita dell'azienda, operando quindi in via diretta, o rappresentare una matrice culturale che impronta di sé tutti gli interventi rivolti a generare il cambiamento. Un ruolo centrale nel modello in questione è rappresentato dagli attori o dalla coalizione di attori che guidano il processo, i quali devono essere in grado, singolarmente o nel loro insieme, di: generare una suffi-

ciente tensione al cambiamento, utilizzando e amplificando le potenziali spinte interne o esterne (*unfreezing*); attivare nuovi strumenti e meccanismi insieme a nuove modalità di relazione tra diverse unità e così trasformare parti rilevanti del funzionamento aziendale in grado di impattare sulle logiche di azione complessive (*changing*); consolidare nelle routine aziendali i cambiamenti conseguiti mettendo così «in sicurezza» l'innovazione (*refreezing*) (Kotter, 1996).

4. Contesto dello studio, obiettivi e metodologia

Il contesto regionale toscano si sta caratterizzando per un interesse sempre più accentuato sul tema della gestione per processi. In questo quadro, l'assessorato al Diritto alla salute ha deciso di promuovere e supportare l'introduzione di nuove tecniche e strumenti gestionali orientati all'efficientamento dei processi produttivi, anche sulla base di alcune esperienze maturate recentemente nella regione stessa. Il programma principale è denominato «Ottimizzazione del flusso del paziente» e si pone l'obiettivo di costituire un *network* regionale articolato in laboratori che vedano la partecipazione di aziende sanitarie e ospedaliere.

Come già segnalato, alcune aziende toscane si erano già mosse sul terreno della gestione operativa, realizzando esperienze di una certa significatività e che erano state messe a confronto nel corso di un incontro sul tema, organizzato dal Formas (il laboratorio regionale per la formazione). Proprio da quell'incontro è venuto lo stimolo ad approfondire le quattro esperienze (Asl 3 di Pistoia, Asl 10 di Firenze, A.O.U. di Pisa e A.O.U. Meyer) per capire meglio come avessero gestito quella che può essere considerata una innovazione gestionale e se vi fossero state significative differenze nell'approccio adottato. Nel territorio toscano alcune aziende hanno già sperimentato in specifiche aree di intervento la nuova gestione per processi con risultati che ne evidenziano la robustezza. Sulla base di queste esperienze la Regione Toscana e le aziende sanitarie e ospedaliere hanno deciso di implementare e diffondere le esperienze di miglioramento del flusso del paziente mediante l'applicazione di tecniche di *operation management*.

Lo studio analizza come l'OM, considerato come una innovazione manageriale ven-

ga interpretato, introdotto e fatto proprio in quattro realtà aziendali diverse. Lo scopo è quello di mostrare come esso rappresenti una prospettiva di cambiamento ampia, nella quale possono essere inserite logiche e strumenti diversi a seconda delle interpretazioni dei soggetti che fungono da agenti dell'innovazione e delle necessità delle aziende. La rappresentazione delle quattro esperienze oggetto di studio e la loro interpretazione confermano il potenziale di innovazione dell'OM e possono aiutare altre aziende a posizionare meglio le proprie esperienze, migliorando così i propri processi di innovazione.

Saranno analizzati quattro dei casi aziendali presentati in occasione del convegno. L'indagine dei casi studio è stata realizzata tramite l'esame della documentazione disponibile, utilizzando le fonti pubbliche ed eventuali lavori di ricerca precedenti, e lo svolgimento di interviste e la raccolta di testimonianze di attori chiave dei processi di cambiamento per ciascuna delle organizzazioni considerate.

5. I quattro casi di studio

5.1. Il caso della Ausl 3 di Pistoia

Nel caso della Ausl 3 di Pistoia l'attore principale, che ha proposto e gestito l'introduzione di strumenti e logiche di OM, è rappresentato da una funzione aziendale consolidata come il Controllo di gestione. La spinta all'innovazione, l'occasione che ha generato una opportunità di sperimentazione per un approccio fino ad allora mai sperimentato nel contesto, è tutta interna all'azienda. Alcune difficoltà sorte durante un intervento di riorganizzazione del funzionamento dell'area chirurgica, che la direzione aziendale aveva affidato al Controllo di gestione, hanno suggerito la prospettiva dell'OM come quella che avrebbe potuto, non solo fornire gli strumenti per la comprensione e la soluzione dei problemi specifici, ma anche indicare un'area manageriale utile per l'intero sviluppo aziendale.

Il contesto di riferimento

Il Presidio ospedaliero di Pistoia è, insieme a quello di Pescia, uno dei due Presidi

ospedalieri della Ausl 3 (poco meno di 300 mila abitanti distribuiti su 22 comuni). Il presidio si articola in due stabilimenti il Ceppo a Pistoia e lo Stabilimento Ospedaliero di San Marcello. Il presidio di Pistoia conta circa 390 posti-letto e le unità di degenza sono distribuite in quattro unità funzionali (medica, chirurgica, materno-infantile e terapie intensive). Le degenze sono organizzate secondo le modalità tradizionali (posti-letto allocati alle diverse unità). L'area chirurgica rappresenta una eccezione, avendo organizzato i posti-letto secondo differenti *setting* assistenziali. Nell'ospedale è presente un unico blocco operatorio con 7 sale, di cui una dedicata alle urgenze e una all'attività oculistica. Tutti gli interventi vengono eseguiti nel blocco operatorio, senza distinzione tra interventi di chirurgia in regime ordinario, *day surgery* e interventi di chirurgia ambulatoriale. La prenotazione degli interventi chirurgici avviene centralmente attraverso il Centro di prenotazione degli interventi programmati.

Le criticità dell'area chirurgica

Le maggiori criticità dell'area chirurgica si registravano a livello del blocco operatorio con elevati tempi d'attesa per gli interventi chirurgici in elezione. In parte, ciò poteva essere attribuito ad alcune debolezze nella programmazione dell'utilizzo delle sale: processo che non sembrava adottare alcun criterio esplicito nell'allocazione delle sale alle diverse tipologie di intervento. Da ciò seguivano a cascata altre criticità quali: un numero elevato di fughe per gli interventi di base, una bassa percentuale di soddisfazione della domanda, un peggioramento delle compensazioni passive, un sottoutilizzo del blocco operatorio, una impropria allocazione dei posti-letto tra pazienti chirurgici e medici. Da un punto di vista interno, la disorganizzazione provocava un pessimo clima e un'elevata mobilità in uscita del personale infermieristico.

L'idea innovativa

La Regione Toscana era da tempo, ed è tuttora, impegnata in uno sforzo di miglioramento delle capacità di risposta del sistema anche attraverso un deciso impulso verso modalità di organizzazione delle strutture di

degenza secondo logiche diverse da quelle tradizionali. In questo quadro, la stessa Regione aveva richiesto a tutte le strutture una riduzione dei tempi di attesa della chirurgia programmata sia in regime di ricovero che ambulatoriale, spingendo le aziende sanitarie a predisporre progetti di potenziamento complessivo del settore chirurgico per assicurare, oltre al tempo programmato nelle specifiche classi di priorità, un tempo massimo di attesa di tre mesi per qualsiasi trattamento chirurgico appropriatamente definito. L'azienda in questione e, in particolare l'ospedale di Pistoia, si è trovata, a un certo punto, così a fronteggiare una pressione dell'ambiente non più sostenibile (liste di attesa chirurgiche non compatibili con gli standard regionali), mentre le criticità interne non potevano più essere ricondotte alla sola programmazione degli interventi. Con l'aggravarsi della situazione diveniva, infatti, sempre più chiaro che era l'intero processo e le condizioni nelle quali aveva luogo a soffrire di disfunzioni e irrazionalità (documentazione e sistemi informativi, gestione errata del paziente in reparto, logistica del paziente, comportamento dei professionisti). Di fronte a tale situazione, il Controllo di gestione, investito del problema, realizzava la necessità di guardare all'intero processo, considerando con particolare attenzione gli snodi e le interconnessioni tra le diverse fasi, con una logica e con strumenti tipici dell'OM.

Il progetto: logiche e tecniche di operations management nell'area chirurgica

A seguito delle analisi condotte, la prima area di intervento è stata individuata nella capacità produttiva e nelle modalità di funzionamento del blocco operatorio. È stata quindi attuata una serie di interventi, quali:

- aumento delle sedute operatorie con un incremento dell'utilizzo pomeridiano, anche attraverso un aumento del personale;
- miglioramento della programmazione per aumentare il tasso di utilizzo della sala ed evitare il rinvio degli ultimi interventi per l'accumularsi dei ritardi;
- concentrazione delle sedute assegnate a una singola specialità in particolari giornate, in modo da ottimizzare i tempi di cambio e allestimento della sala, oltre alla possibilità

di programmare meglio i tempi avendo a disposizione una seduta lunga e continuativa;

- trasferimento dell'attività chirurgica ambulatoriale in una sala dedicata al di fuori del blocco operatorio.

Una migliore funzionalità del blocco operatorio non avrebbe potuto sortire l'effetto sperato di un aumento di pazienti operati senza un intervento a monte e a valle del blocco stesso, al fine di garantire un flusso di pazienti continuo lungo tutto il processo. Sono state riviste le modalità di organizzazione delle degenze pre e post operatorie, articolando il sistema delle degenze attorno ai percorsi clinici e a livelli omogenei per livelli di cure e di intensità infermieristica necessari al paziente. La nuova organizzazione ha previsto la suddivisione dell'area di degenza in tre aree:

1) la *Week Surgery*: in cui i posti-letto sono destinati alle varie discipline per i ricoveri programmati. Non sono previsti ricoveri chirurgici urgenti e mediamente i ricoveri prevedono una degenza media superiore a 24 ore, ma inferiore ai cinque giorni. Tale *setting* è attivo dal lunedì al sabato fino alle ore 14:00;

2) la *Degenza ordinaria chirurgica*: dove vengono effettuati ricoveri chirurgici urgenti, ricoveri chirurgici programmati e complessi delle varie discipline, con degenza media superiore ai cinque giorni o comunque non prevedibile;

3) Il *Day Surgery*: viene utilizzato per l'attuazione di interventi chirurgici, procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive erogate con ricovero limitato alle sole ore del giorno e le modalità di accesso sono le medesime del ricovero in *Day Hospital*.

Insieme alla riorganizzazione è stata avviata una funzione di *bed management* per l'organizzazione delle modalità di accesso ai letti dedicati a ciascuna area e la gestione delle situazioni di emergenza.

Nella Asl 3, il passaggio al nuovo modello organizzativo è stato attuato con un percorso di condivisione piuttosto lungo, di oltre un anno. Sono stati organizzati tre laboratori (Area medica, Area chirurgica e Livello intensità 1 insieme al Pronto soccorso) a cui

hanno partecipato circa 50 operatori per la definizione delle modalità di accesso, trasferimento e dimissione. Il cambiamento introdotto è stato un cambiamento profondo, in quanto ha comportato una radicale modifica nel modo di operare, chiedendo al personale di lasciare le pratiche e le procedure cui era abituato. Questo passaggio ha richiesto un notevole sforzo da parte dei promotori del progetto, sforzo mirato al coinvolgimento del personale nella fase di transizione verso il nuovo modello per intensità di cura, al fine di facilitare l'apprendimento organizzativo e renderlo definitivo.

I risultati al momento conseguiti dalla riorganizzazione dell'intero percorso del paziente chirurgico si possono riassumere nei punti seguenti:

- aumento del numero delle sedute e del numero degli interventi eseguiti;
- diminuzione del numero di interventi programmati rinviati per mancanza di posto letto;
- riduzione dello sfioramento dei tempi degli interventi;
- partecipazione al progetto di tutte le figure professionali coinvolte nei percorsi chirurgici;
- consenso da parte degli operatori per la «presa in carico» del problema da parte della Direzione aziendale;
- progetto vissuto dai ruoli sanitari come *supporto* al loro lavoro e non come *controllo*: ciò ha agevolato la collaborazione e il cambiamento.

5.2. Il caso della Ausl 10 di Firenze

Il caso della Asl 10 è un esempio di approccio strategico all'innovazione gestionale, che mira a stimolare le capacità di apprendimento e di innovazione di un'organizzazione, pur in assenza di identificabili e specifiche spinte esterne, facendo leva proprio sul suo passato, sulle sue risorse intrinseche, sul proprio potenziale.

Il contesto e l'approccio strategico all'innovazione gestionale

Nel caso dell'azienda sanitaria fiorentina siamo davanti a un cambiamento organizzativo di ampia portata, che richiama tutti quei

temi tipici di una riorganizzazione radicale: la strategia, il *commitment*, la motivazione, il rispetto, gli aspetti socio-professionali e i risultati. L'Ausl 10 di Firenze è un'azienda di notevoli dimensioni (6500 dipendenti circa) che gestisce più ospedali, e l'idea di cambiare è nata dalla volontà della direzione di cambiare l'organizzazione, ma anche la cultura organizzativa. L'azienda, nella persona del Direttore generale, che veniva da una esperienza direzionale di una impresa industriale privata, ha deciso di fare del modello per intensità di cura uno degli elementi costitutivi di una più ampia strategia di riorganizzazione secondo i principi del *Lean Management*. A un certo punto, si avvertiva come il modello organizzativo per funzioni mostrasse ormai i propri limiti, la frammentazione delle risorse rendesse difficile la visione orizzontale e non consentisse la flessibilità richiesta dall'ambiente. La riorganizzazione portata avanti dalla Asl 10 ha previsto una serie di cambiamenti e di azioni, che investissero, oltre all'organizzazione del lavoro, il *layout*, gli strumenti, i ruoli, la cultura. Partendo dalla riprogettazione di alcuni «percorsi» dei pazienti, sui quali sono stati da subito conseguiti risultati significativi in termini di efficacia clinica oltre che di efficienza, la trasformazione *Lean* ha interessato progressivamente altre aree organizzative, inclusi i servizi clinici interni e quelli amministrativi, per arrivare a modificare in profondità la cultura organizzativa.

La strategia Lean

Il sistema Toyota – conosciuto come *Lean* – è stato applicato in molti settori (non solo in ambito manifatturiero), compresa la sanità: i valori su cui poggia, rimozione delle attività che non aggiungono valore e rispetto per le persone, sono alla base del management del sistema sanitario. La maggior parte delle iniziative *Lean* prevede tre tappe:

- 1) l'identificazione dei flussi di valore (*Value Stream*);
- 2) la mappatura dei *value stream*, con l'obiettivo di mappare ogni azione che viene comunemente svolta lungo un determinato flusso del valore – sia necessaria che non necessaria – per far sì che il paziente si muova attraverso il sistema da una tappa all'altra. I

flussi di valore raggruppano pazienti per somiglianza del processo piuttosto che per condizione clinica. *Value stream* simili scorrono a un ritmo analogo e richiedono infrastrutture processi comparabili;

3) una volta che un flusso di valore è stato identificato e mappato, dall'inizio alla fine, è possibile intervenire su questo per rimuovere gli ostacoli e migliorare il flusso.

Il progetto di riorganizzazione nella Asl 10 è iniziato nel 2006. A partire dal gennaio 2007, gruppi di operatori appartenenti a tutte le professioni e di diversi Dipartimenti («gruppi prototipo») hanno partecipato alla definizione dei principi fondamentali su cui, nella fase di implementazione, sarebbero stati improntati i progetti di riorganizzazione nelle realtà locali dei singoli ospedali dell'Azienda. I documenti di lavoro prodotti da tali gruppi sono stati denominati *milestones*, pietre miliari. Nel corso del 2007, sono state elaborate le *milestones* per le linee della Chirurgia in urgenza, della Chirurgia programmata, della *High Care* e per le aree tematiche riguardanti l'Emergenza-Urgenza e le Direzioni sanitarie degli Ospedali. Le aree di intervento sono state relative ai punti seguenti:

- ridisegno degli assetti organizzativi, optando per una gestione per processi: questo ha consentito di gettare le basi per l'applicazione dei principi del *Lean Thinking* a livello di sistema;
- abolizione dei reparti: i reparti di degenza di ogni presidio sono stati accorpati in aree multispecialistiche, che distinguono tra medicina e chirurgia e tra urgenza ed elezione;
- identificazione di sei «linee di produzione» trasversali ai presidi, che rappresentano i percorsi del paziente attorno ai quali si sviluppano le proposte di ridisegno dei processi e di ottimizzazione. Le linee di attività comprendono famiglie di processi affini dal punto di vista organizzativo e del percorso dell'utente. La definizione delle linee è fatta quindi in base a variabili organizzative e non solamente in considerazione della problematica clinica.

Ad oggi sono state attivate, in tutti i presidi aziendali, le nuove linee chirurgiche e

mediche che riuniscono più specialità e tutti i dipartimenti, all'interno delle quali è stato calato un nuovo modello assistenziale per cellule di assistenza. L'organizzazione del lavoro infermieristico per cellule rappresenta uno degli aspetti più importanti del *Lean Thinking*: la cellula di assistenza è l'unità produttiva di base, che realizza risposte adeguate e specifiche per il singolo paziente.

L'utilizzo degli spazi è stato rivisto per rendere il *layout* quanto più possibile funzionale rispetto allo svolgimento del lavoro nelle aree di degenza, favorendo il lavoro del personale sanitario a diretto contatto con il paziente; la fornitura dei materiali segue i principi del *just in time* e ha consentito la riduzione di depositi e delle scorte. I processi sono guidati da un *value stream manager* che cura la gestione operativa della programmazione e la sincronizzazione delle attività erogate dalle diverse strutture.

Il punto chiave dell'approccio strategico

Tradizionalmente era il disegno organizzativo a fare da bussola per la scelta dei meccanismi operativi e del personale. Nel caso della Asl 10, i fattori *soft* hanno prevalso su quelli *hard*; più specificatamente sono state le leve quali la *leadership* e il *commitment* a giocare il ruolo chiave. Le risorse umane hanno assunto un ruolo centrale: le persone hanno fatto propri gli obiettivi del cambiamento e del nuovo modello organizzativo. Il processo di cambiamento organizzativo non è stato realizzato solo da organi di *staff*, ma ha previsto percorsi di tipo partecipativo al fine di considerare la complessità della realtà su cui vanno a incidere. La direzione generale della Asl 10 ha manifestato fin dalle prime fasi del progetto un forte *commitment*. La direzione ha sempre comunicato l'importanza che la riorganizzazione avrebbe avuto per il futuro dell'azienda, seguendone costantemente l'avanzamento e partecipando ai gruppi di lavoro. La presenza di una prima linea estremamente *committed* di direttori di dipartimento – cui è stato richiesto di lavorare *full time* rinunciando alla direzione dell'unità operativa di provenienza – ha garantito un supporto fondamentale nel facilitare l'accoglienza del progetto da parte della classe medica. Supporto che è stato ulteriormente garantito dal *team* di progetto, composto da

medici di organizzazione, giovani ingegneri gestionali con competenze di *operations management*, infermieri e tecnici.

Secondo l'approccio strategico-organizzativo alla nuova gestione per processi, una grande attenzione è stata rivolta all'individuazione delle competenze giuste, delle professionalità adeguate, alla creazione delle condizioni per lo sviluppo innovativo, finalizzato alla produzione di risultati già chiari e definiti. L'investimento si è basato su una visione complessiva e dinamica dell'azienda, con l'obiettivo di favorire un processo integrato di crescita e di rinnovo.

5.3. Il caso dell'AOU Meyer

Il caso del Meyer vede l'innovazione dell'OM soprattutto in termini di competenze e strumenti collegati a uno specifico problema. Risultano centrali i temi dell'acquisizione delle competenze specialistiche esterne a supporto della risoluzione di un problema attraverso il ricorso a saperi specialistici in grado di fornire una base di conoscenze e tecniche che possano dare risposta ai bisogni di razionalità operativa.

Il contesto: la collaborazione A.O.U. Meyer e Laboratorio IBIS

L'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze è un'importante struttura ospedaliera di Alta specializzazione integrata con il Dipartimento di Pediatria della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Firenze. Il Meyer, oltre a essere una struttura di riferimento per Firenze e l'intera Toscana, è considerato una delle strutture più qualificate e all'avanguardia in campo nazionale, così da entrare a far parte rete mondiale NACHRI (*National Association of Children's Hospitals and Related Institutions*), tanto che il bacino di utenza si è allargato anche ad altre Regioni.

Il Laboratorio IBIS (*Information Based Industrial Services*) è un laboratorio congiunto tra Università e Impresa, istituito nel 2008 presso il Dipartimento di Energetica dell'Università degli Studi di Firenze. Il filone primario di ricerca del centro è quello relativo al *service management*, con particolare riferimento ai servizi industriali.

Nel 2010, l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer e il laboratorio IBIS hanno iniziato una collaborazione: la Direzione aziendale ha dato mandato ai ricercatori IBIS di sviluppare un modello di ricerca operativa per l'ottimizzazione della gestione del blocco operatorio, al fine incrementarne l'efficienza operativa. Da parte dell'azienda il bisogno di supporto nasceva dalla convinzione che il blocco operatorio rappresentasse uno dei tipici *colli di bottiglia* nei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale e, al tempo stesso, un'area critica sia per il livello di risorse assorbitate, sia per la complessità degli interventi che per la molteplicità di figure coinvolte. La programmazione della capacità produttiva mirava, quindi, a realizzare un equilibrio ottimale fra la domanda e l'offerta in un determinato arco temporale. La traduzione del bisogno in domanda è avvenuta nel momento in cui l'azienda è entrata in contatto con competenze e strumenti potenzialmente utili alla soluzione di un problema e con un soggetto interessato ad applicare quelle competenze a un campo nuovo rispetto alle proprie esperienze.

Le fasi dello studio

Il progetto è stato svolto seguendo l'approccio metodologico della Ricerca operativa, disciplina che, con modelli matematici e algoritmi di calcolo, offre un supporto quantitativo e razionale ai processi decisionali che implicano complessi problemi di ottimizzazione. Il processo con cui opera la Ricerca operativa nell'affrontare un problema reale consiste nel costruire un modello matematico del sistema. In particolare, il processo decisionale si compone di un'articolata sequenza di fasi.

A seguito di una fase di raccolta delle informazioni, di mappatura dei processi, di analisi e prioritizzazione delle criticità, sono stati sviluppati i primi modelli di ottimizzazione per la pianificazione delle sale operatorie, aventi come funzione obiettivo la massimizzazione del numero di interventi pianificati nel rispetto dei vincoli di risorse (postiletto, *équipe* chirurgiche, sale operatorie) e dei vincoli legati alle liste d'attesa. I modelli simulati e proposti alla Direzione aziendale andavano a impattare in maniera più o meno diretta sul modello gestionale in uso. a

seconda che si considerassero come vincoli solo quelli di natura strutturale o che fossero inseriti anche quelli che tenevano conto delle modalità organizzative routinarie. Esemplicando, sono stati sviluppati: un modello A di pianificazione delle sale operatorie, più vicino alle modalità in uso, che suddivideva l'agenda in sessioni, con destinazione esclusiva a specialità, dedicando al più una sala al giorno per specialità chirurgica; un modello B – più flessibile rispetto al precedente, ma più lontano dai meccanismi e dalle logiche correnti – che prevedeva una discretizzazione del tempo di sala e l'attribuzione di *slot* temporali in funzione della durata dell'intervento.

Il modello di pianificazione adottato dall'azienda è stato il modello A, in quanto portava all'ottenimento di risultati considerati più che soddisfacenti in termini di miglioramento rispetto alla situazione preesistente, senza richiedere cambiamenti rilevanti nelle logiche di fondo che orientavano l'utilizzo di una risorsa particolarmente critica, anche nella percezione dei professionisti, come la sala operatoria. I risultati raggiunti e la validità del modello di pianificazione realizzato sono testimoniati da diversi indicatori di efficienza (aumento del numero degli interventi, riduzione dei ricoveri impropri, migliore allocazione e gestione dei posti-letto) che segnalano gli importanti miglioramenti introdotti. Esistono, comunque, tuttora dei margini di miglioramento del modello, legati alla variabilità naturale intrinseca dei processi sanitari, che crea un margine di incertezza sui dati (tempi di esecuzione degli interventi, tempi di sanificazione, degenza post-operatoria, liste di attesa, ...), e ad alcuni vincoli potenziali, trascurati nell'implementazione (strumentari chirurgici, apparecchiature elettromedicali, anestesisti, ...).

L'approccio all'innovazione gestionale

Nel caso in esame, l'approccio all'innovazione è di tipo tecnocratico: la direzione aziendale ha affidato la risoluzione del problema della pianificazione delle sale operatorie ai ricercatori esterni con competenze specialistiche. Vi è da notare il particolare ruolo giocato dallo specialista, in questo caso la società, il quale non solo ha consentito di affrontare un problema, ma, in un certo sen-

so, lo ha fatto emergere e, soprattutto, ne ha definito contorni e caratteristiche. La presenza di un chiaro mandato e supporto da parte della direzione aziendale è risultata, comunque, fondamentale per legittimare il lavoro del *team* di ricercatori i quali, pur avendo tutte le competenze e le risorse materiali per operare, avrebbero potuto non godere della sufficiente legittimazione all'interno della struttura ed essere percepiti come un «corpo estraneo».

La collaborazione tra le parti, A.O.U. Meyer e Laboratorio IBIS continua: i ricercatori IBIS stanno progettando un sistema per la pianificazione dell'agenda operatoria sempre più complesso e performante, che prevede la classificazione degli interventi chirurgici in più di un centinaio di classi, definite *isorse*, e una gestione dei tempi di sala operatoria sempre più in una modalità *push*.

5.4. Il caso dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana (A.O.U.P.)

Il caso dell'A.O.U.P. rappresenta un esempio di approccio interistituzionale e integrato al tema della gestione per processi e alla diffusione di logiche manageriali innovative miranti al recupero/massimizzazione dell'efficienza operativa. Nell'A.O.U.P. i temi tipici dell'*operations management* sono stati introdotti sfruttando la natura mista dell'istituzione, creando una sinergia tra Università e Azienda, che diventa campo di applicazione delle teorie e degli strumenti di OM.

Il contesto

L'A.O.U.P. è una azienda ospedaliera integrata con l'Università. È un punto di riferimento e di attrazione regionale e nazionale per le attività d'alta specializzazione. Ha una forte vocazione chirurgica e trapiantologica ed è sede di numerosi centri di eccellenza. Lo sviluppo e la sperimentazione dell'innovazione gestionale è considerato parte integrante della missione e rientra pienamente nei suoi obiettivi strategici.

La collaborazione tra l'A.O.U. e alcune facoltà dell'Università di Pisa (informatica, ingegneria, economia e commercio, matematica) ha portato alla realizzazione del progetto «*alias.com*» (area laboratorio innovazione attività sanitaria centrato sui temi dell'*ope-*

rations management) che rappresenta una modalità di collegamento interistituzionale nell'area dell'innovazione delle attività sanitarie. Nel contesto aziendale, insieme e in sinergia con il laboratorio operano, con compiti direttamente rivolti a garantire il funzionamento aziendale, l'area della gestione operativa e l'unità operativa Innovazione e sviluppo dei processi.

Il Laboratorio Alias.com

Il Laboratorio Alias.com rappresenta un elemento di raccordo interaziendale tra l'A.O.U.P. e l'Università degli studi di Pisa: come tale, seppure incardinato nell'azienda, risponde agli indirizzi congiunti del Direttore generale dell'A.O.U.P. e del Rettore dell'Università. La formula del Laboratorio interaziendale consente una relazione di mutuo interesse tra A.O. e Università. La prima individua i settori e problemi di ricerca di maggiore interesse e criticità nelle dinamiche aziendali, settori e problemi rispetto ai quali si ritiene che le competenze dell'Università possano essere utilmente applicate, mette a disposizione il «campo di sperimentazione» e può adottare rapidamente soluzioni innovative pensate attorno ai propri specifici problemi. L'Università, da parte sua, amplia le risorse reali a disposizione, orienta meglio la ricerca e ha la possibilità di sperimentare e validare operativamente le soluzioni che vengono dai propri processi di studio e ricerca. In presenza di una complessità organizzativa elevata, si vengono a formare svariate e molteplici occasioni di incertezza e opacità dei nessi tra obiettivi, comportamenti e risultati: l'opportunità di sperimentare sul campo gli strumenti e le logiche di OM, analizzando le dinamiche con cui un'organizzazione complessa come quella sanitaria reagisce al cambiamento e all'innovazione, è un importante valore aggiunto per la componente universitaria. L'ospedale viene visto come un vero e proprio laboratorio dove studenti e ricercatori, insieme ai professionisti dell'ospedale, applicano sul campo concetti e modelli del mondo dell'OM.

L'area aziendale di Gestione operativa

Nell'A.O.U.P. opera una struttura *ad hoc* per la gestione operativa, al fine di garantire

un uso razionale ed efficiente delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative presenti all'interno dell'azienda. La volontà è quella di ottimizzare e standardizzare l'utilizzazione delle stesse risorse da parte dei professionisti e di minimizzare la variabilità nei comportamenti di utilizzo, monitorando costantemente i risultati delle azioni intraprese. I campi di applicazione tipici di questa area sono quelli della gestione dei posti-letto, dei blocchi operatori, degli ambulatori e del monitoraggio/controllo dell'uso efficiente delle tecnologie pesanti. Essa ha il compito di assicurare la gestione operativa dei settori a essa assegnati attraverso l'applicazione dei principi e degli strumenti del mondo delle *operations*, integrandosi con le funzioni della Direzione sanitaria e con i responsabili della Direzione delle professioni infermieristiche e ostetriche e della Direzione delle professioni tecnico-sanitarie e della riabilitazione.

U.O. innovazione e sviluppo dei processi

Se il Laboratorio rappresenta il luogo di concepimento e sperimentazione di nuove idee e soluzioni a partire dal mondo della ricerca e l'area Gestione operativa ha, invece, la responsabilità di utilizzare le conoscenze e gli strumenti per conseguire i concreti risultati aziendali, l'Unità innovazione e sviluppo dei processi è chiamata a rendere l'innovazione «fruibile» nel contesto aziendale. Per potere entrare nelle *routine* aziendali, ciò che il laboratorio produce deve essere connesso all'insieme dei meccanismi ed essere «tutelato» nella fase più delicata del suo ciclo di vita, rappresentata dal momento in cui si trova a dover superare le fisiologiche inerzie dell'organizzazione esistente e dei suoi meccanismi consolidati. In altri termini, l'innovazione concepita sotto il suo profilo scientifico e tecnico deve diventare una innovazione organizzativa e gestionale prima di essere consegnata al normale funzionamento aziendale.

Un approccio interistituzionale e integrato all'innovazione

Dell'esperienza A.O.U.P. è opportuno segnalare ameno due profili. Il primo è relativo alla peculiarità di una spinta all'innovazione che viene dalla dimensione istituzionale. In

questo caso, infatti, è l'ambiente istituzionale, segnato in Toscana da una intensa cooperazione tra Ssr e sistema universitario, a generare una opportunità ed esercitare una spinta a favore dell'innovazione. Il secondo è il carattere integrato e sistematico del disegno organizzativo che intende accompagnare l'innovazione, dal momento in cui un patrimonio potenziale di conoscenze viene applicato a una specifica area di problemi per sviluppare nuove soluzioni fino all'utilizzo e diffusione delle soluzioni stesse nel concreto funzionamento aziendale. Esempio in tal senso è l'esperienza compiuta dall'azienda nell'ambito del processo di sterilizzazione dei ferri chirurgici e la sua organizzazione e gestione all'interno del ciclo più ampio della programmazione chirurgica e delle sale operatorie, laddove l'azienda stessa è riuscita a creare un rapporto di collaborazione costruttiva tra le varie componenti professionali, facendo vivere i nuovi strumenti di OM come opportunità di miglioramento e sviluppo, piuttosto che come elementi di rottura rispetto alle tradizionali dinamiche organizzative e gestionali.

6. Discussione e conclusioni

La valutazione dei risultati conseguiti attraverso l'introduzione delle innovazioni descritte non rientrava tra gli obiettivi del presente lavoro e avrebbe certamente richiesto un diverso impianto metodologico. Pur limitandosi a una breve rappresentazione dell'innovazione e di alcuni elementi che ne hanno caratterizzato l'introduzione, la ricostruzione dei casi ha consentito di apprezzare la capacità degli strumenti e delle soluzioni adottate di produrre impatti considerati positivi da diversi attori aziendali e di esprimere dinamiche di consolidamento organizzativo e funzionale che eccedono largamente le tradizionali inerzie che, nel settore pubblico, contraddistinguono anche i processi di innovazione. Una possibile interpretazione è che l'OM non solo si colloca in una area di bisogno (l'efficienza operativa) che emerge sempre più all'attenzione delle organizzazioni sanitarie – come testimoniato anche dal fatto che quattro aziende, in modo indipendente l'una dalle altre, abbiano adottato lo stesso orizzonte per l'innovazione –, ma che effettivamente possa rappresentare un asse

di risposta efficace sul piano dei contenuti e sufficientemente coerente con le caratteristiche delle aziende sanitarie pubbliche. È bene sottolineare come la riflessione qui proposta (efficacia e coerenza) non si riferisca all'OM nel senso di specifici strumenti o di singola funzionale aziendale, quanto al suo rappresentare una chiave interpretativa del complesso funzionamento aziendale, chiave interpretativa che riesce a focalizzare l'attenzione su una dimensione, quella operativa, spesso trascurata o subordinata ad altre dimensioni (es. la dimensione professionale). Da questo punto di vista, ridurre l'OM alle tecniche e agli strumenti non consentirebbe di cogliere appieno il suo potenziale di innovazione che è quello di una prospettiva strategica a fronte delle sfide che l'ambiente pone alle aziende sanitarie pubbliche.

Se il bisogno, che rappresenta un substrato rilevante per l'innovazione, è comune fra le aziende, senza sottovalutare l'effetto di una pressione regionale in tal senso, ed è comune il riferimento all'OM come insieme di principi, tecniche e strumenti entro il quale inscrivere i processi di innovazione che a quei bisogni sono chiamati a dare risposta, i casi analizzati mostrano differenze rilevanti nel modo di procedere e di intendere l'innovazione stessa. Tali differenze, lungi dal rappresentare una «variabilità artificiale da ridurre», per usare una terminologia tipica dell'OM, sono una conferma della validità generale dell'approccio e della sua capacità di generare un ampio arco di risposte modulate sulle diverse contingenze (tabella 2).

Una prima dimensione rilevante lungo la quale è possibile cogliere le differenze è data dal modello di innovazione adottato. Si ritrovano, quindi, nei casi osservati molti degli elementi che caratterizzano gli approcci tratteggiati alla fine del terzo paragrafo. Come a Pistoia è evidente la spinta funzionale – di una funzione, peraltro, molto presente e attiva nella gestione aziendale – così per la Asl 10 è altrettanto chiara l'ambizione strategica che anima l'intera esperienza. Il Meyer si colloca idealmente all'opposto della Asl 10 per il peso preponderante della dimensione tecnica, in cui un sapere relativamente nuovo per il contesto viene applicato a un problema senza che appiano o vengano considerate esplicite tematiche di carattere organizzativo o gestionale. Di più difficile

	Promotore del cambiamento	Strumento	Approccio all'innovazione	Impatto organizzativo
Asl 3 Pistoia	Controllo di gestione	Ottimizzazione delle aree produttive, OM	«Funzionale»	Focalizzato
Asl 10 Firenze	Direzione aziendale	<i>Lean thinking</i>	Strategico-organizzativo	Aziendale
A.O.U. Meyer	Gruppo di ricercatori esterni	Ricerca operativa	Tecnocratico	Focalizzato
A.O.U. Pisa	Gruppo di esperti interni (collegamento tra Università e Azienda)	OM, tecniche di Lean, strumenti di gestione variabilità flussi	Integrato/Interistituzionale	Aziendale

Tabella 2

catalogazione è l'esperienza della A.O.U.P. L'ancoraggio a un disegno interistituzionale, che potrebbe facilmente spostare l'approccio verso un orizzonte strategico, di un cambiamento che intenda investire l'intera azienda, si realizza in una sorta di «diversificazione correlata» nella quale il Laboratorio, come nuova entità, sviluppa importanti sinergie con le attività e gli assetti preesistenti senza, però, l'ambizione di trasformare direttamente e per esteso il funzionamento dell'azienda. L'onere di tradurre i nuovi saperi e strumenti in innovazioni concretamente operanti è affidato al disegno organizzativo già descritto, che sembra essere l'espressione più di una tensione funzionale, ancorché ampia, che di una strategica.

Ai diversi modelli di innovazione corrispondono altrettanti soggetti che hanno assunto il ruolo di promotori del cambiamento, attori organizzativi e istituzionali che hanno voluto e sorretto l'innovazione con le risorse tecniche e «politiche» di cui erano detentori. Ancora una volta, il quadro è chiaramente delineato nella sua esemplarità per le prime tre esperienze analizzate nelle quali una funzione aziendale, la direzione aziendale ed esperti esterni insieme alla direzione hanno rappresentato i soggetti chiave nel processo. Per l'A.O.U.P. si tratta di una coalizione di soggetti più ampia che include, oltre a esperti interni, assimilabili per certi versi a una funzione aziendale, la direzione stessa dell'azienda e i vertici istituzionali dell'Università. Bisogna notare come in tutti i casi il ruolo, diretto o indiretto, delle direzioni aziendali sia risultato fondamentale e, dato ancora più interessante, le competenze tecniche (conoscenze o esperienze sui temi

dell'OM) non siano appannaggio esclusivo degli esperti. Da questo punto di vista, chi disponeva delle indispensabili risorse di potere organizzativo e istituzionale non si è limitato a sorreggere dall'esterno il processo, ma vi è, in varia misura, intervenuto direttamente.

Una terza dimensione di variabilità è data dalla ampiezza dell'impatto ricercato. A Pistoia, nella fase iniziale, l'obiettivo dell'intervento è stato decisamente circoscritto per poi estendersi progressivamente, fino all'attuale utilizzo di logiche, tecniche e competenze di OM per la gestione di processi ampi come quello del futuro trasferimento nel nuovo ospedale. Per la Asl 10, l'orizzonte sistematicamente considerato è quello dell'intera azienda e delle sue logiche complessive; mentre al Meyer, per il momento, l'area di intervento è focalizzata sulla programmazione del blocco operatorio e non si sono ancora consolidate le condizioni organizzative interne, necessarie per un allargamento dell'esperienza ad altre aree. L'esperienza di Pisa, in termini di ampiezza, è analoga a quella di Pistoia, anche se la diffusione dell'OM ad aree diverse da quelle inizialmente considerate è affidata a nuove funzioni aziendali specializzate e non rappresenta l'espansione di una funzione consolidata (Controllo di gestione). Ciò potrebbe condurre a una diffusione più rapida e più ampia dell'innovazione.

Una ultima dimensione da considerare è quella degli strumenti e delle tecniche utilizzate in ciascuna esperienza. In questo caso, «la cassetta degli attrezzi» non sembra mostrare, almeno a livello di famiglie di tecniche, eccessive variazioni. La necessità di trovare soluzioni pragmatiche a problemi complessi da un punto di vista organizzativo

porta in secondo piano gli strumenti specifici a favore di una loro «maneggevolezza», in parte definita anche dalle competenze ed esperienze effettivamente disponibili. Riguardo a questo aspetto, un'area di riferimento ampiamente conosciuta e riconosciuta è quella del *Lean Thinking*, probabilmente anche per le esperienze maturate dall'approccio in questione nel campo delle organizzazioni sanitarie. Tra i casi, una menzione a parte merita il Meyer, laddove la natura del problema e la specificità dell'approccio si riflettono nell'utilizzo quasi esclusivo degli strumenti della ricerca operativa.

Come già segnalato, l'obiettivo del presente studio era quella di evidenziare come l'OM rappresenti oggi una chiave di lettura e una prospettiva di cambiamento, innanzitutto utile in relazione alle trasformazioni del sistema e, al tempo stesso, sufficientemente ampia per potere fungere da orizzonte di riferimento per logiche e modalità di innovazione ampiamente differenziate. Le diverse esperienze possono, inoltre, contribuire a definire modelli ed elementi in grado di aiutare altre aziende a guidare i propri processi di innovazione con maggiore consapevolezza ed efficacia. In questa prospettiva di studio, orientata alla costruzione di modelli e quadri concettuali utili all'azione, le indicazioni prescrittive, le generalizzazioni hanno, evi-

dentemente, poco spazio. Se una indicazione può essere tratta dalle riflessioni proposte e dalle esperienze analizzate, è la necessità di riconoscere, almeno in questa sua fase iniziale, l'OM più come prospettiva di analisi e di intervento che come vera e propria funzione aziendale. L'accumularsi di esperienze consentirà l'emergere di una area di intervento definita e codificabile, di competenze e ruoli riconoscibili, di strumenti e saperi specifici, tutte condizioni, queste, indispensabili perché una nuova funzione possa affermarsi e diffondersi. Per il momento, la diffusione dell'OM dovrebbe essere lasciata alla capacità di una chiave di lettura nuova di contribuire alla soluzione dei problemi che il Ssn e le sue aziende saranno chiamati ad affrontare, piuttosto che ridurla a un insieme di prescrizioni che, allo stato attuale, potrebbero essere solo espressione di visioni o interessi che non hanno ancora superato la prova della realtà.

Note

1. Non rientra nell'economia di questo scritto una discussione sull'effettiva diffusione di una cultura aziendale nel Ssn. Che una retorica di stampo managerialistico, spesso poco appropriata, abbia pervaso il sistema è dimostrato anche da come quella stessa retorica sia stata poi utilizzata nella descrizione del sistema da critici dell'approccio aziendale come Cavicchi (2005).

BIBLIOGRAFIA

- ALESANI D., BARBIERI M., LEGA F., VILLA S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- ANTOLDI F. (2000), «L'efficacia degli strumenti e delle tecniche di management», *Economia e Management*, 1, gennaio-febbraio, pp. 67-82.
- ARMENI P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- BARAGHINI G., CAPELLI M., CAPPONI A., LONGO F., TOZZI V., VILLA S. (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- BARALDI S. (2000), *Le performance manageriali. Sistemi di misurazione e valutazione*, McGraw-Hill, Milano.
- BARLEY S., KUNDA G. (1992), Design and devotion: Surges of rational and normative ideologies of control in managerial discourse, *Administrative Science Quarterly*, 37 (3), Sept., p. 363-399.
- BENSA G., PRENESTINI A., VILLA S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BIRKINSHAW J., HAMEL G., MOL M. (2008), «Management Innovation», *Academy of Management Review*, vol. 33, n. 4, pp. 825-845.
- BOWERSOX D.J., CLOSS D.J. (1996), *Logistical Management: the integrated supply chain*, Mcmillan, New York.
- BRIANI S., CORTESI E. (2007), «L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti», *Igiene e Sanità Pubblica*, vol. 63, n. 5, settembre-ottobre, pp. 577-586.
- CAVICCHI I. (2005), *Sanità: un libro bianco per discutere*, Dedalo Edizioni, Bari.
- CHASE R., JACOBS R., AQUILANO N., GRANDO A., SIANESE A. (2004), «Operations Management nella produzione e nei servizi», McGraw-Hill, Milano.
- CARDOEN B., DEMEULEMEESTER E., BELIJEN J. (2010), «Operating room planning and scheduling: a literature review», *European Journal of Operational Research*, 201, pp. 921-932.
- DAVENPORT T.H., SHORT J.E. (1990), «The new industrial engineering: information technology and business process redesign», *Sloan Management Review*, vol. 31, n. 4, pp. 11-27.
- DAVIES C., WALLEY P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13 (1), pp. 21-26.
- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- DONABEDIAN A. (1990), «The seven pillars of quality», *Arch Pathol Lab Med*, 114 (11), pp. 1115-1118.
- FORD R.C., FOTTLER M.D. (2000), «Creating customer-focused health care organizations», *Health Care Management Review*, 25 (4), pp. 18-33.
- GALLOUJ F., WEINSTEIN O. (1997), «Innovation in services», *Research Policy*, vol. 26 (1-5), Decemb., pp. 537-555.
- GREENHALGH T., ROBERT G., MACFARLANE F., BATE P., KYRIAKIDOU O. (2004), «Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations», *Milbank Quarterly*, 82 (4), pp. 581-629.
- HAMMER M., CHAMPY J. (1993), *Re-engineering the corporation: a manifesto for business revolution*, Harper Collins, Londra.
- HEIZER J., RENDER B., *Principles of Operation Management*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- HENDERSON R.M., CLARK K.B. (1990), «Architectural innovation: The reconfiguration of Existing product technologies and the failure of established firms», *Administrative Science Quarterly*, 35 (1), pp. 9-22.
- KAPLAN R.S., MURDOCK L. (1991), «Il ridisegno del core process», *Sistemi & Impresa*, 4.
- KOTTER P. (1996), *Leading Change* Harvard Business Review Press, Harvard, MA.
- LITVAK E. (2005), «Managing Unnecessary Variability in Patient Demand to Reduce Nursing Stress and Improve Patient Safety», *Journal on Quality and Patient Safety*, 31 (6), pp. 330-338.
- MARKIDES C. (1997), «Strategic innovation», *Sloan Management Review*, vol. 38 (3), pp. 9-23.
- MINTZBERG H. (1979), *The Structuring of Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, (trad. it. *Le strutture organizzative*, Il Mulino, Bologna, 1985).
- NUTI S., PANERO C. (2011), «La sfida dei servizi in sanità tra personalizzazione e standardizzazione dei processi», in L. Cinquini, A. Di Minin, L. Varaldo (2011), *Nuovi modelli di business e creazione di valore: la scienza dei servizi*, pp. 193-213.
- PISANO G.P. (1996), *The development factory: Unlocking the potential of process innovation*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- PORTER M. (1985), *Competitive Advantage: creating and sustaining superior performance*, Free Press, New York.
- POWELL W., DI MAGGIO P. (a cura di) (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press Chicago.
- TANESE A. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: riflessioni conclusive», *Mecosan*, 43, pp. 117-26.
- VILLA S., STAGNI M.G., LEGA F. (2007), «Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del Presidio ospedaliero di Forlì», *Mecosan*, 61, pp. 139-170.
- VISSERS J., BEECH R. (2005), *Health Operations Management: patient flow logistics in health care*, Routledge, London and New York.