

**L'IMPLEMENTAZIONE DI DECISIONI STRATEGICHE NELLE  
AZIENDE OSPEDALIERE:  
UN CONFRONTO TRA ITALIA E IRLANDA**

**Paola Adinolfi**

**Università di Salerno**

**Via Ponte don Melillo**

**FISCIANO (SA) 84084**

**padinolfi@unisa.it**

## **L'IMPLEMENTAZIONE DI DECISIONI STRATEGICHE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE: UN CONFRONTO TRA ITALIA E IRLANDA<sup>1</sup>**

Com'è noto, il tema dell'Organizational Decision Making (ODM) si caratterizza per un elevato pluralismo teorico, sia dal punto di vista delle discipline interessate che dei modelli proposti, il che rende difficile nella pratica la scelta di un modello che faciliti la comprensione e il governo del fenomeno decisionale in una fattispecie organizzativa concreta. Di recente sono stati proposti modelli multidimensionali che, seguendo un'impostazione sincretistica, raccolgono e sistematizzano differenti approcci teorici. Allo scorso Workshop di Organizzazione è stato presentato un modello multidimensionale contestualizzato per le aziende ospedaliere (Achard e Castello, 2002), che integra quattro prospettive (della scelta razionale, dell'appropriatezza, politica e caotica), le quali si associano a molteplici fattori di influenza riconducibili a quattro macrocategorie (fattori ambientali, organizzativi, relativi al decisore, relativi alla decisione). Dalla combinazione complessiva di tutte le variabili discendono strategie decisionali diverse, che rimandano a dinamiche decisionali differenziate. Un tale modello, se ha il pregio di evidenziare la multirazionalità delle decisioni organizzative, e di ricomporre la frammentarietà degli strumenti di interpretazione dell'ODM, presenta una limitata falsificabilità (in ragione del carattere 'regressivo' della ricerca, nel senso Lakatosiano) nonché valenza applicativa: l'individuazione di molteplici panieri di razionalità, ad ognuno dei quali corrispondono numerosi fattori di influenza, cui si associano strategie decisionali diverse, rende difficile la previsione delle determinanti di variabilità dell'ODM e dunque l'utilizzo del modello a fini pratici di governo del fenomeno decisionale. Appare dunque opportuno lo sviluppo di indagini empiriche che identifichino tra le varie dimensioni quelle maggiormente esplicative dell'ODM in relazione alle specifiche tipologie aziendali.

Alla luce di tali considerazioni, il presente lavoro si propone di selezionare, attraverso un'indagine empirica, i panieri di razionalità e i fattori di influenza maggiormente esplicativi dell'ODM nelle aziende ospedaliere.

Gli ospedali sono organizzazioni complesse in cui i *professional* gestiscono una sostanziale quota di discrezionalità decisoria, non comprimibile e non accentrabile. Essi presentano una configurazione "policentrica" del governo dell'ODM, in cui il potere è distribuito in diversi punti dell'organizzazione e le sfere di decisione sono numerose e, spesso, differenziate (Maggi, 1989). Tale connotazione è stata rappresentata in letteratura attraverso il modello dei

“legami deboli” (Weick, 1977), ove il *loose coupling* fa riferimento alla quasi decomponibilità del sistema, ossia al fatto che i legami tra le sotto-unità organizzative sono meno forti dei legami all’interno dei sottosistemi stessi.

La peculiarità di tali organizzazioni dal punto di vista dell’ODM consiste nella rilevanza e criticità del momento attuativo delle decisioni, momento che costituisce l’anello debole del processo strategico. La connotazione policentrica e il carattere “allentato” dei legami ostacola infatti la concretizzazione delle decisioni strategiche in azioni coerenti in tutti i punti e a tutti i livelli dell’organizzazione, e si traduce spesso nella neutralizzazione di decisioni di innovazione.

Da ciò discende la scelta di studiare, attraverso un’indagine sul campo, l’implementazione delle decisioni di carattere strategico nelle aziende ospedaliere, intendendo per “strategiche” quelle “decisioni rare con conseguenze importanti, complesse dal punto di vista informativo (per via dell’incertezza) e politico (implicando il coinvolgimento di diversi attori e processi)” (Hickson et al., 1986, in Grandori, 1995).

La tipologia di decisione strategica esaminata fa riferimento all’adozione del modello del Total Quality Management (TQM), per la sua connotazione sistemica, pervasiva, totalizzante. Circa la sua concreta applicazione in sanità, a fronte della sterminata letteratura retorica e celebrativa, o astrattamente prescrittiva, si rileva una carenza di indagini empiriche.

L’indagine si è condotta su due Paesi diversi, in modo da ampliare il ventaglio di variabili possibili tra le quali identificare le dimensioni maggiormente esplicative dell’ODM. Per la comparazione si è scelta l’Irlanda, un Paese il cui sistema sanitario pubblico è stato “investito” dal “ciclone” del TQM negli stessi anni del sistema sanitario italiano, e tuttavia, risentendo dell’influenza del vicino Regno Unito e dei lontani Stati Uniti (ove è emigrato circa il 40% della popolazione irlandese), presenta sostanziali differenze di contesto. L’assenza di preesistenti indagini comparative tra il sistema sanitario italiano e quello irlandese accresce il valore aggiunto del lavoro.

## **1. Il contesto istituzionale**

L’analisi del *decision-making* strategico nelle aziende ospedaliere non può prescindere dalla considerazione della cornice istituzionale di riferimento.

I due Paesi presentano un sistema sanitario nazionale misto (pubblico-privato), con un'analoga ripartizione dei poteri e delle responsabilità tra livello centrale e periferico.

In Italia le competenze sono distinte fra tre livelli: lo Stato (Ministero della Sanità), che ha un ruolo di indirizzo programmatico e controllo, nonché di finanziamento delle Regioni; le Regioni, responsabili della programmazione e controllo nel relativo ambito territoriale, nonché dell'allocazione delle risorse finanziarie tra le aziende sanitarie; e infine le aziende sanitarie - territoriali (ASL) e ospedaliere – responsabili dell'erogazione dei servizi socio-sanitari nel bacino territoriale di riferimento.

In Irlanda, date le minori dimensioni del territorio, vi sono solo due livelli: il livello centrale (*Ministry for Health and Children*, responsabile dell'indirizzo programmatico e controllo, e *Department of Health and Children*, responsabile per l'attuazione delle politiche sanitarie), e il livello periferico, costituito dagli *Health Board*, corrispondenti alle Aziende Sanitarie Locali italiane, aventi competenza territoriale sulle *Counties*.

Gli ospedali pubblici sono collocati organizzativamente all'interno delle aziende territoriali (ASL/*Health Boards*), eccezion fatta, in Italia, per gli ospedali “di rilievo nazionale ad alta specializzazione”, i quali dal '92 sono aziende giuridicamente autonome che vendono prestazioni alle ASL (soggetti acquirenti). Tale differenza tende ad annullarsi in quanto, in ambedue i Paesi, vi è l'orientamento, al momento solo parzialmente attuato, a contenere la spesa sanitaria attraverso meccanismi di finanziamento alle strutture erogatrici collegati alle prestazioni erogate, ragione per cui tutti gli ospedali tendono a configurarsi come soggetti “produttori” di servizi sanitari, che instaurano con le aziende territoriali rapporti contrattuali secondo una logica prestazione/corrispettivo.

Tali meccanismi dovrebbero, una volta a regime, stimolare le strutture erogatrici a competere per acquisire clienti (in modo da massimizzare le entrate finanziarie), nonché a porre in essere comportamenti orientati all'efficienza, in modo da trattenere la differenza tra i costi che il finanziatore è disposto a remunerare e quelli effettivamente sostenuti (Adinolfi, 2003). Allo stato attuale tali stimoli sono attenuati da una duplice regolamentazione, sulle tariffe e sui volumi, che limita la funzionalità dei meccanismi contrattuali (mercato).

Il soggetto strategico all'interno degli ospedali si configura come un attore decisionale composito, imperniato sulla figura del vertice gerarchico: in Italia il Direttore Generale (DG), coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, oltre che da un Collegio di Direzione e/o da organi di staff; in Irlanda il *Chief Executive*, che

risponde al consiglio di amministrazione (*board*) dell'ospedale e dell'*Health Board*, coadiuvato dal *Management Team*.

I Sistemi Sanitari di entrambi i Paesi sono stati di recente oggetto di aspre polemiche, specialmente con riferimento alla bassa qualità dei servizi erogati, evidenziata dalle lamentele degli utenti e dei medici stessi, dall'ampia diffusione di strutture sanitarie e assicurazioni private, dalla generale domanda di meccanismi di tipo privatistico<sup>2</sup>, dall'elevato numero di controversie giudiziarie. Tra le principali cause, si è individuata la mancanza di un'efficace programmazione strategica da parte del regolatore pubblico e di una chiara indicazione di priorità ed obiettivi su cui valutare i risultati, a fronte di una troppo stretta regolamentazione dei livelli inferiori del Sistema Sanitario ed una "interferenza" nella gestione operativa delle organizzazioni sanitarie.

Come risposta entrambi i Paesi hanno puntato a riformare in senso manageriale la sanità, avviando una trasformazione del ruolo del regolatore nazionale, sempre più concentrato sulla programmazione strategica e sul *policy-making*, e sempre meno coinvolto nella gestione operativa dei servizi, con una progressiva *devolution* di responsabilità verso la periferia ed una sempre più netta distinzione tra ruoli politici e tecnici. Alla base di tali riforme si può individuare un nuovo "contratto" tra la classe politica e la dirigenza (*public service bargain*)<sup>3</sup> che è tipico del *new public management*: i politici rinunciano a un controllo stretto sulla gestione operativa, concedendo una più ampia autonomia gestionale ai manager in cambio di una loro maggior responsabilizzazione sui risultati.

In realtà, un esame attento delle riforme attuate nell'ultimo decennio<sup>4</sup> evidenzia, a dispetto della retorica, una scarsa incisività delle innovazioni introdotte e un debole controllo esercitato sui risultati effettivi delle riforme.<sup>5</sup> In aggiunta, mentre l'Irlanda, influenzata dal pragmatismo anglosassone, si caratterizza per un approccio statalista ma poco formalista, nel nostro Paese l'impostazione legalistica tende a produrre un'enorme regolamentazione di dettaglio, concentrata su aspetti operativi condizionanti l'autonomia aziendale.

In tale contesto si collocano le iniziative di *quality management* portate avanti dalle singole organizzazioni sanitarie. Sulle caratteristiche del modello TQM, ampiamente trattate in letteratura, non ci si sofferma per limiti di spazio<sup>6</sup>.

## 2. Metodologia di ricerca

Per l'individuazione della metodologia di ricerca più appropriata, si sono considerate le due principali alternative: *surveys* e *case studies*.

Le indagini del tipo *survey*, essendo basate su una molteplicità di dati oggettivamente misurati, consentono di effettuare sofisticate analisi statistiche e permettono salde generalizzazioni; esse, tuttavia, presentano una serie di limiti che le rendono poco adatte agli scopi della presente ricerca.

In primo luogo, chiariscono gli aspetti ufficiali del funzionamento dell'organizzazione, piuttosto che i comportamenti reali, il che appare particolarmente penalizzante per lo studio delle organizzazioni a legami "deboli", ove il *decoupling* tra processi formali e pratiche organizzative reali costituisce un fenomeno tipico. Inoltre, esse non consentono di considerare le percezioni soggettive e le diverse prospettive dei vari attori organizzativi, il che appare assai limitativo data l'elevata discrezionalità decentrata di cui godono talune categorie di attori nelle organizzazioni oggetto di indagine. E' possibile poi che le *surveys* contengano distorsioni correlate alle caratteristiche dei rispondenti: la risposta ai questionari, infatti, proviene generalmente da attori che hanno avuto una parte nelle decisioni oggetto di esame, e dunque possono essere tentati di fornire un'immagine di successo; inoltre, se anche non introducono distorsioni intenzionali, è legittimo dubitare (in ragione della debolezza dei legami) che questi abbiano una sufficiente conoscenza sulle altre parti dell'organizzazione.

Più adatto alle nostre finalità di ricerca appare il metodo dei *case-studies*. Seguendo la definizione "tecnica" proposta da Yin (1984), il metodo dei casi è appropriato quando gli interrogativi di ricerca sono del tipo *come* e *perché*, e i confini tra i fenomeni e il contesto non sono chiaramente evidenti. Esso consente di investigare il fenomeno dell'ODM nel suo contesto reale, in modo dettagliato e approfondito, e senza dover restringere il numero di variabili. In aggiunta, in confronto alle *surveys*, i *case-studies* consentono un'acquisizione critica dei dati: attraverso il lavoro sul campo e la conoscenza "di prima mano", essi rendono possibile selezionare i dati ufficiali e valutarli criticamente in relazione a fonti di informazione multiple.

Sulla base di tali considerazioni, si è dunque selezionata la metodologia qualitativa. Per la selezione dei casi, si sono individuati, con l'aiuto di esperti del settore, sette ospedali (in ogni Paese) nei quali il soggetto strategico si è in qualche modo (attraverso la *mission*, il *web*, eventi pubblici ecc.) "autoproclamato" fautore del TQM.

Per quanto concerne le modalità di raccolta dei dati, si è ritenuto appropriato un metodo non strutturato, basato su interviste non direttive ad attori significativi, dove per la maggior parte del tempo il ricercatore chiacchiera con l'intervistato, gli permette di stabilire l'argomento, ed interviene di tanto in tanto per stimolare l'ulteriore discussione. Ciò consente, per quanto possibile, di minimizzare l'influenza delle opinioni di chi svolge la ricerca, di ridurre il rischio di risposte scontate, e di prendere in considerazione aspetti sui quali non sarebbero state poste domande: di conseguenza, lo schema di intervista adottato è estremamente generale, e si concentra su quelli che sono considerati i pilastri del modello TQM (focalizzazione sull'utente, misurazione della *performance*, logica processuale e *teamwork*).

In linea con la tradizione di pensiero europea, che considera i sistemi organizzati come “sistemi pluralistici di cooperazione e competizione tra attori interdipendenti, a loro volta detentori legittimi di interessi differenti” (Grandori, 1995, p.98), si è accolta una definizione procedurale di attore come gruppo con interessi e preferenze comuni rispetto al tema oggetto di analisi (Crozier e Friedberg, 1977).<sup>7</sup>

Il sistema di attori degli ospedali italiani è sostanzialmente simile a quello presente nei siti irlandesi, e in particolare sono stati raggruppati, sulla base di alcune interviste esplorative<sup>8</sup>, i seguenti gruppi di attori in relazione ai loro interessi nei confronti del modello TQM e alle possibilità di influenzarne l'implementazione:

- 1) soggetto strategico (vedi paragrafo 3)
- 2) personale medico
- 3) personale con responsabilità collegate alla qualità (vedi paragrafo 4)
- 4) personale amministrativo
- 5) personale infermieristico e paramedico
- 6) altri dipendenti.

Per ciascun sito sono stati intervistati circa 15 attori (due/tre per ogni gruppo individuato). Le interviste sono riassunte nella tabella 1, distinte per sito e categoria di attori.

**Tabella 1. Sommario delle interviste**

Gruppi intervistati	Siti italiani							Siti irlandesi						
	a	b	c	d	e	f	g	A	B	C	D	E	F	G
1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2
5	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
6	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
<b>Tot</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>

Per facilitare la rilevazione degli aspetti problematici, si è deciso di garantire l’anonimato a livello sia individuale che organizzativo, dato che ciò riduce il timore degli intervistati e permette di instaurare un rapporto di fiducia con il ricercatore. Inoltre, per evitare che le opinioni espresse fossero intenzionalmente “allineate” con la politica “ufficiale”, si è pensato di “sfuggire” al controllo dell’amministrazione, contattando gli attori attraverso canali diversi da quelli ufficiali, cioè attraverso i sindacati o il personale stesso, secondo una tecnica *snow-ball*.

Si è fatto ricorso anche allo studio di documentazione interna, mentre si è rinunciato all’osservazione diretta per via delle barriere linguistiche che avrebbero potuto limitare le possibilità di una corretta comprensione.

Per l’analisi del materiale raccolto, seguendo le linee-guida di Glaser e Strauss, si è provveduto alla rappresentazione in forma sintetica delle informazioni ricavate dalle interviste in una serie di matrici tematiche che consentono una comparazione tra e all’interno dei casi. Successivamente i dati sono stati analizzati separatamente dalle fonti e raccolti sotto simili aree tematiche, venendo categorizzati per similarità e differenze.

Si illustrano di seguito i risultati più rilevanti, trattando congiuntamente i siti italiani e irlandesi, data la sostanziale omogeneità dei risultati emersi. Per limiti di spazio si prendono in considerazione soltanto le informazioni provenienti dai primi tre gruppi di attori; analisi più approfondite sono contenute nei singoli *case-studies*<sup>9</sup>.



L'esposizione è organizzata secondo le aree tematiche individuate: orientamento all'utente, misurazione della *performance*, logica processuale e di squadra. Un paragrafo specifico è poi dedicato al soggetto strategico.

### **3.Orientamento all'utente**

Il pilastro su cui si basa la filosofia TQM è il concetto di orientamento al cliente, interno ed esterno. Di questo le organizzazioni esaminate sembrano essere ben consapevoli, dal momento che il principio di soddisfazione del cliente/utente è specificato in tutti i casi in cui la *mission* aziendale è formalizzata (quattro siti italiani e cinque irlandesi).

Tutti gli ospedali hanno istituito unità/ruoli/gruppi formali al servizio dell'utente: in Italia in tutti i siti sono presenti Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP), il cui funzionamento è disciplinato in dettaglio dalla legislazione<sup>10</sup>, ed anche altre unità organizzative, la cui denominazione contiene spesso termini evocativi del modello TQM (*customer*, *marketing*, miglioramento continuo, clienti eccetera), e/o organismi trasversali (gruppi di miglioramento, circoli di qualità ecc). Nei siti irlandesi le unità organizzative al servizio dell'utente sono tipicamente i *Customer Services*, o *Patient Services*, aventi un ruolo prevalentemente informativo, e i *Quality Offices*, con funzioni propositive sulla qualità, nonché i ruoli organizzativi responsabilizzati sui reclami (*complaints manager*) o sulla prevenzione dei rischi (*risk manager*), mentre come organi trasversali tipicamente si fa ricorso a comitati di seconda istanza per l'analisi dei reclami (*Complaints Committees*) e comitati interdisciplinari per la Qualità (*Quality Steering Committees*), composti da rappresentanti di diverse categorie professionali (manager, personale amministrativo, infermieristico, e, soltanto in tre siti, medici).

Un'analisi più attenta delle funzioni svolte dai summenzionati organi formali (d'ora innanzi, per brevità, indicati con un'unica espressione riassuntiva "Uffici Qualità"-UQ) mostra tuttavia un'attuazione alquanto superficiale dell'orientamento all'utente.

Per quanto concerne la funzione di informazione all'utente, tutti gli UQ hanno istituito punti informativi; poca attenzione si è tuttavia dedicata al funzionamento effettivo di tali uffici, attraverso la predisposizione di reti e canali per i flussi informativi, l'individuazione dei fornitori di informazione e in generale l'organizzazione di un efficiente *back-office*, coordinato con il *front-office* secondo la logica TQM del "fornitore-cliente".

In aggiunta, l'insufficiente attenzione prestata alla gestione delle attese presso i punti informativi, che genera spesso atteggiamenti rinunciatari negli utenti, unitamente all'inadeguatezza della segnaletica esistente, determina un disorientamento generalizzato negli utenti. Tale disorientamento accresce notevolmente il carico di lavoro per il personale dei reparti, sottoposto a continue richieste informative che interrompono la normale attività lavorativa, e produce talvolta quello che alcuni intervistati hanno definito "effetto-esasperazione": risposte brusche, imprecise, incomplete. Ne consegue che il livello di soddisfazione delle esigenze informative dell'utente è scarsamente collegato all'attività prestata dagli UQ, e dipende principalmente dalla maggiore o minore pazienza dimostrata da operatori di reparto i quali, nella quasi totalità dei casi, non sono stati sensibilizzati attraverso iniziative formative o comunicative sui temi della *customer satisfaction* o della qualità. Il loro grado di disponibilità sembra dipendere, oltre che da una predisposizione personale, dallo stile di direzione del responsabile del reparto.

Nel complesso, dunque, l'assenza di raccordi e di sinergie tra tutte le unità dell'azienda che producono attività di comunicazione e informazione ha come effetto finale l'attenuazione dell'efficacia generale dal punto di vista della soddisfazione dell'utente.

Un'altra funzione importante riguarda l'analisi della soddisfazione dell'utenza. In entrambi i Paesi sono state attivate procedure per la gestione dei reclami. Nei siti italiani esse sono definite a livello formale (in conformità alla legislazione vigente) e gestite all'interno degli uffici URP i quali, a seconda delle dimensioni, possono avere o meno un'unità organizzativa specifica per la gestione dei reclami. Nei siti irlandesi le procedure sono affidate a dirigenti per i quali la gestione dei reclami costituisce una delle tante occupazioni (solo in un sito si è rilevata la presenza di un dirigente impiegato a tempo pieno sui reclami).

Se nella generalità dei casi il sistema di gestione dei reclami consente di risolvere i problemi specifici dell'utente reclamante (il più delle volte con espedienti informali che *bypassano* le procedure ufficiali al fine di trovare soluzioni rapide) esso raramente conduce, attraverso un'analisi dei contenuti dei reclami stessi, a proporre interventi correttivi e, in generale, a riorientare le decisioni aziendali nell'ottica del miglioramento della qualità. Ciò genera un profondo senso di frustrazione in quegli operatori particolarmente sensibili ai temi della qualità.

*"Io faccio mille proposte ai direttori, ma non sono così ascoltato, non vengo coinvolto nelle decisioni strategiche! Eppure, nessuno come me ha il polso dell'utenza. Se mi ascoltassero, arriverebbero meno impreparati alla Conferenza dei Servizi e affronterebbero meglio le varie rappresentanze degli utenti."*

Un'altra significativa analogia tra i due Paesi consiste nel bassissimo numero dei reclami in rapporto ai casi trattati rispetto agli altri Paesi europei. Le ragioni sono varie: scarsa conoscenza da parte degli utenti sulle procedure di tutela (connessa ad un'inadeguata pubblicizzazione delle stesse), atteggiamento "dissuasivo" di qualche addetto ai reclami, sentimenti del tipo "doctors know best" oppure aspettative pessimistiche circa il funzionamento e l'equità delle procedure di reclamo, connesse all'immagine negativa della sanità pubblica. In entrambi i Paesi è elevatissimo il numero di controversie giudiziarie, il che ha condotto ad una crescita esponenziale delle spese processuali, con conseguenti problemi finanziari ("*medical litigation crisis*").

Nelle due realtà in cui gli UQ sembrano aver ottenuto un radicamento organizzativo maggiore e un peso più significativo, ciò sembra attribuibile alla credibilità e autorevolezza delle persone poste a capo dell'ufficio, che consente loro di attivare proficue collaborazioni con il personale clinico (anche grazie al patrimonio di relazioni informali posseduto). Si sono in taluni casi realizzate "alleanze" tra responsabili UQ e personale clinico, che hanno portato ad eccellenti realizzazioni in termini di qualità.

Tutti i siti studiati hanno adottato formalmente altre procedure per la raccolta della "voce degli utenti", in particolare la rilevazione della *customer satisfaction* tramite questionari. Le rilevazioni tuttavia sono per lo più effettuate in maniera non sistematica (o persino, in due siti, *una tantum*), e sono circoscritte ad un numero limitato di unità organizzative. Raramente i risultati vengono comunicati agli operatori coinvolti (senza costringerli ad attivarsi personalmente presso gli uffici utenti) e, ove ciò accade, il *feedback* è limitato al dato quantitativo (ad esempio un voto da 1 a 5, che riassume il gradimento complessivo presso l'utenza), e non contiene dettagli qualitativi sulle motivazioni del gradimento che potrebbero essere utili per progettare miglioramenti. Le iniziative di miglioramento vengono in genere proposte dagli UQ senza un coinvolgimento diretto degli operatori interessati: spesso esse riguardano aspetti organizzativi piuttosto che clinici, come la riduzione dei tempi di refertaggio di test diagnostico-strumentali, la semplificazione nei sistemi di prenotazione e il potenziamento degli sportelli per il pagamento. Il dato principale emerso attiene alla scarsa considerazione delle proposte di adeguamento organizzativo formulate dagli addetti agli UQ e dunque alla scarsa possibilità di questi di incidere direttamente sui processi produttivi (specie quelli clinici).

Ciò è attribuibile, in primo luogo, ad una carenza di competenze metodologico-statistiche (relative alla capacità di identificare variabili significative su cui rilevare la soddisfazione dell'utente, di individuare coefficienti di

ponderazione espressivi dell'importanza assegnata dall'utente a tali variabili, nonché di leggere e interpretare i dati raccolti). In secondo luogo, va rilevato lo scarso peso "politico" dei responsabili degli UQ, sia rispetto al vertice gerarchico, sia rispetto alle altre unità organizzative.

Il limitato supporto del vertice è desumibile dall'evidente squilibrio tra la scarsità delle risorse assegnate ai responsabili di UQ e la complessità e numerosità delle funzioni ad essi attribuite, dall'assenza di verifiche sull'efficacia di tali operatori oltre che dall'assenza di meccanismi di incentivazione degli stessi. Il livello gerarchico e la prossimità alla DG non sembrano dunque sufficienti a conferire all'UQ e al suo responsabile quell'autorità e prestigio "che possano riflettersi sull'importanza, centralità e solennità del rapporto con l'utente" (D'Anna, 1990).

La scarsa attenzione prestata ai responsabili degli UQ dalle altre unità operative, con le quali si rilevano scarsi contatti e interscambi, è attribuibile almeno in parte all'atteggiamento tenuto dal personale clinico. Per molti medici il reclamo è ancora considerato come un "*fattore di disturbo*". Pochi, fra i medici intervistati, sembrano consapevoli dell'utilità dei meccanismi di raccolta della voce dell'utente. Soltanto uno si è spinto ad affermare:

*"I reclami sono ricerca di mercato gratuita!"*

aggiungendo peraltro:

*"L'analisi e l'utilizzo dei dati sui reclami compete al medico responsabile dell'unità operativa, che ne deve trarre in piena autonomia le conseguenze."*

Il concetto è in linea con l'idea di autocontrollo professionale della qualità caratteristico della cultura medica.

In più di un caso si è innescato un circolo vizioso in base al quale, essendo marginalizzato e poco ambito il ruolo di responsabile UQ, il trasferimento presso tale ufficio è stato utilizzato a scopo di parcheggio, punizione, o per "l'allontanamento" di una persona da un contesto in cui essa risulta "scomoda". Ne è conseguita la collocazione in tali uffici di persone non adatte a ricoprire il ruolo o scarsamente motivate, e ciò ha contribuito al deterioramento della loro immagine e, dunque, ad una loro ulteriore marginalizzazione.

#### 4. Misurazione della performance

Un altro elemento centrale della filosofia TQM è il cosiddetto *management by fact*, ossia l'idea che le decisioni manageriali debbano basarsi su dati oggettivi, frutto della raccolta ed elaborazione di dati e analisi statistiche.

In Italia la normativa disciplina in dettaglio per le aziende sanitarie l'obbligo di identificare gli indicatori per la valutazione della qualità, nonché gli standard di riferimento rispetto ai quali comparare i risultati ottenuti. In Irlanda la misurazione delle *performance* è uno dei cardini della *National Health Strategy* del '94, e delle iniziative di sostegno promosse dall'*Health Management Office* (agenzia governativa con funzioni di supporto tecnico).

Cionondimeno, sembra che l'adozione degli standard sia intesa più come un adempimento burocratico o una scelta alla moda piuttosto che una decisione di reale cambiamento organizzativo.

Benché tutti i siti esaminati abbiano definito gli standard qualitativi per alcuni servizi ritenuti critici, tuttavia non sembra che tali standard costituiscano realmente un punto di riferimento per le decisioni gestionali. Innanzitutto, le sperimentazioni sono rimaste circoscritte a poche unità operative prescelte e non hanno in nessun caso avuto una diffusione generalizzata nel resto dell'organizzazione. Il tentativo di "allargamento" ad unità precedentemente escluse dalla sperimentazione, laddove effettuato, ha incontrato insormontabili difficoltà in relazione all'opposizione di parte del personale clinico coinvolto. Oltretutto, anche nell'ambito delle unità prescelte, le sperimentazioni presentano numerosi limiti dal punto di vista metodologico<sup>11</sup>, e sono state condotte in modo parziale.

Come è noto, il processo di definizione degli standard dovrebbe seguire gli stessi principi di un processo di miglioramento della qualità (in particolare, il coinvolgimento di tutti gli attori interessati), e basarsi sulle stesse fasi logiche: analisi del servizio erogato dal punto di vista degli utenti; individuazione dei fattori di qualità rilevanti; identificazione di indicatori validi, affidabili, facilmente rilevabili e sensibili; definizione dei livelli standard di prestazione, ossia di livelli obiettivo ritenuti coerenti con una prestazione di qualità; studio e "reingegnerizzazione" del relativo processo.

Nella pratica le cose stanno diversamente. In primo luogo, nelle sperimentazioni effettuate non si è ottenuto il coinvolgimento di tutti gli attori interessati nella definizione degli standard. È emblematico il caso di un ospedale italiano di grandi dimensioni, nel quale, alla lettera inviata dall'URP a tutti i responsabili di struttura (oltre settanta)

in cui si chiedeva un parere sugli standard di qualità proposti per le varie Unità Operative, hanno risposto soltanto in due. I siti irlandesi, a causa dello scarso coinvolgimento del personale medico, si sono limitati all'utilizzo di standard relativi all'attività infermieristica, peraltro ad esclusivo uso interno.

In secondo luogo, ci si è focalizzati solo su alcune delle fasi previste, ad esempio si è tralasciata l'analisi di processo, o, cosa più frequente, ci si è fermati alla fase di definizione degli standard, tralasciando le successive fasi di verifica e di proposizione di miglioramenti. In particolare, per quanto riguarda l'attività di monitoraggio, questa viene effettuata, tra mille difficoltà, soltanto in due siti italiani e tre irlandesi. L'attività di miglioramento successiva alla verifica appare ancor meno frequente.

L'efficacia del processo di programmazione e verifica degli standard è infine inficiata dal fatto che questi raramente vengono comunicati agli utenti e alle loro rappresentanze. In nessuno dei siti irlandesi gli standard sono inseriti all'interno di un patto formalizzato con l'utenza, rappresentato dalla Carta dei Servizi. Ciò è spiegabile dal fatto che in Irlanda le Carte dei Servizi, non essendo regolamentate dalla legge, tipicamente si limitano all'indicazione dei diritti fondamentali degli utenti. Informazioni circa i servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi sono più spesso contenute in *leaflets* predisposti nell'ambito di ogni singolo reparto dal personale infermieristico, principalmente motivato dall'esigenza di ridurre il proprio onere informativo.

La visione prevalente nel personale intervistato circa la Carta dei Servizi è di una sua limitata utilità pratica. Critiche severe sono rivolte anche alle modalità verticistiche con cui è stata introdotta la Carta (dall'alto e senza consultazione).

*“La Carta è stata solo una mossa politica con un minimo impatto sulle modalità reali con cui è vissuta l'assistenza sanitaria.”*

Quattro dei sette siti italiani hanno incluso gli standard nella Carta dei Servizi. Si rilevano tuttavia una serie di elementi che contribuiscono a svilire la validità dello strumento.

In primo luogo, va constatata la scarsa pubblicizzazione della Carta al di fuori delle aziende, e dunque la non conoscenza della stessa da parte della maggioranza dei potenziali fruitori, ignoranza di cui appaiono essere consapevoli le aziende stesse: numerosi operatori intervistati sono convinti che pochi utenti siano a conoscenza della Carta, e secondo alcuni ciò è auspicabile, giacché evita un pericoloso innalzamento del livello delle

aspettative. Questo spiegherebbe il motivo per cui quattro dei sette siti italiani studiati non hanno attuato iniziative di promozione della Carta, o lo hanno fatto in maniera inadeguata.

Anche al loro interno le aziende hanno pubblicizzato scarsamente lo strumento: un sito non ha attuato nessuna iniziativa di comunicazione interna, due hanno inviato la Carta ad attori interni significativi, due l'hanno distribuita a tutto il personale, soltanto due hanno attuato iniziative di coinvolgimento del personale.

Un esame puntuale dei documenti rivela inoltre il prevalente orientamento verso l'emittente piuttosto che verso il destinatario, desumibile sia dalla quantità eccessiva di informazioni contenute nelle Carte tali da rendere il documento un volume ponderoso anziché un'agile *brochure*, sia dalla scarsa utilità pratica per l'utente di alcune di queste. Come nei siti irlandesi, anche in quelli italiani sono i singoli reparti (quelli più sensibili ai temi della *customer satisfaction*, o quelli maggiormente oberati di richieste di informazioni) che usano predisporre per l'utente più agili *brochures* contenenti le informazioni utili.

## **5. Logica processuale e lavoro di squadra**

Altro elemento cardine del TQM è il lavoro di squadra, e in generale la logica processuale, che si oppone al tradizionale modello organizzativo verticalistico-funzionale adottato nella sanità pubblica, premiante la divisione tra caste professionali più che la condivisione tra professionalità diverse e all'interno dei gruppi.

Tutti i siti studiati, in entrambi i Paesi, hanno fatto ricorso alla creazione di *team* di lavoro, chiamati, a seconda dei casi, “gruppi di miglioramento”, “gruppi di progetto”, *steering committees*, *quality groups* ecc., la cui attività è stata ampiamente pubblicizzata nell'ambito di manifestazioni pubbliche o attraverso pubblicazioni aziendali. Le interviste condotte presso i partecipanti ad alcuni gruppi mostrano tuttavia come il lavoro in *team* non è stato esente da problemi.

Numerosi professionisti intervistati hanno mostrato una scarsa propensione a “mettere a disposizione del *team*” le proprie risorse e potenzialità, giudicando “inaffidabili” alcuni membri (effettivi o potenziali) del gruppo. I maggiori problemi sono sorti nel caso di cooperazione tra professionalità distinte (tipicamente in campo geriatrico o psichiatrico), specie in relazione alla scarsa disponibilità di alcuni professionisti (*consultants*/dirigenti medici di secondo livello, ossia ex-primari) a riconoscere, a dispetto della onnivolenza teorica dei loro titoli e delle loro

qualificazioni, i limiti della propria competenza su aree specifiche e l'opportunità di lasciare il campo ad altre professionalità (infermieristiche, paramediche, tecniche ecc.) o ai medici di base. Questo viene infatti percepito di volta in volta come un'ammissione di incompetenza, una perdita di potere, una mancata entrata finanziaria, un'alterazione dell'immagine reale o supposta.

Situazioni di efficace lavoro in *team* sono invece state create da medici responsabili di unità operative che spontaneamente hanno sentito il bisogno e hanno mostrato la capacità di cooperare con colleghi con cui erano in rapporti di amicizia o di conoscenza personale. Tali collaborazioni hanno portato a risultati eccellenti in termini di integrazione processuale e *teamwork*.

Nel complesso si può dire che, anche in presenza di *performance* soddisfacenti di taluni gruppi, il lavoro in *team* è rimasto circoscritto a poche iniziative sperimentali e in nessuno dei siti c'è stata una diffusione generalizzata e pervasiva del lavoro di squadra finalizzato al miglioramento continuo. In pressoché tutti i siti studiati si sono riscontrate significative fratture interne tra categorie professionali, corrispondenti all'eterogeneità nelle culture e nelle logiche di azione, ed in particolare si sono rilevate barriere tra dirigenti "amministrativi" (*manager*) e dirigenti medici.

In entrambi i Paesi sono state introdotte strutture permanenti con la specifica funzione di facilitare l'integrazione processuale e la cooperazione tra unità operative/*specialties*, le quali assumono diverse denominazioni e configurazioni.

In Italia la forma tipica e prevalente è quella dei Dipartimenti che, previsti sin dal 1968, ma a lungo inattuati, sono stati valorizzati dalla riforma del '99 e proposti come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'azienda sanitaria. In Irlanda la configurazione tipica è quella dei *clinical directorates* aggregazioni organizzative comprendenti più specialità e dotate di proprio *budget*, o *specialty management teams*, ossia squadre che raccolgono insieme personale medico e infermieristico di una determinata specializzazione clinica.

La costituzione di organi di integrazione, per via legislativa, in Italia, o per impulso governativo, in Irlanda, non sembra aver garantito un'efficace integrazione operativa e aver impedito alle distinte unità afferenti al dipartimento/*directorate* di ignorarsi o di confliggere. In alcuni casi il dipartimento/*directorate* è stato percepito dai dirigenti intervistati come un vincolo che aggiunge rigidità laddove occorrerebbero flessibilità e adattabilità, un



contenitore organizzativo “pesante”, che assomma e non risolve molti dei problemi esistenti, anzi ne aggiunge di nuovi (la scelta del responsabile, la localizzazione delle attrezzature e del personale).

Nel complesso, sia l’approccio “italiano”, che cala dall’alto, sottoforma di normativa, prescrizioni organizzative uniformi per tutte le aziende sulla progettazione degli organi di integrazione, sia quello irlandese, che fornisce un supporto consulenziale per individuare soluzioni organizzative astrattamente ottimali, appaiono inadeguati nella misura in cui prescindono dal considerare le relazioni di fiducia e reciprocità esistenti, che sembrano avere un ruolo chiave quali motori della cooperazione e del lavoro di squadra.

## **6. Il soggetto strategico**

L’evidenza empirica raccolta mostra come il soggetto strategico, pur riconoscendo nei suoi discorsi l’importanza della qualità, limiti le sue decisioni di TQM all’introduzione di strutture formali o ruoli organizzativi *ad hoc*, alla pubblicizzazione di programmi e all’emanazione di procedure che, venendo percepite come atti burocratici, finiscono per innalzare le resistenze (e dunque rallentare il cambiamento). Mancano decisioni che producano una sostanziale modifica dell’impianto organizzativo generale, attraverso il ridisegno della struttura di base (con la sua divisione delle funzioni, delle responsabilità e delle risorse, sedimentatasi nel tempo), in coerenza con gli obiettivi di qualità ufficialmente perseguiti; così come mancano decisioni di ridisegno sostanziale dei sistemi premianti o di introduzione di meccanismi di incentivazione e controllo dei risultati tesi a stimolare l’adesione degli operatori agli obiettivi dichiarati (la quota di retribuzione accessoria collegata a standard riferiti alla qualità dei servizi è ancora irrisoria).

La mancata assunzione, nel processo di elaborazione delle strategie, delle scelte organizzative finalizzate all’attuazione delle strategie stesse, così come la scarsa focalizzazione sul controllo strategico (volto ad individuare e rimuovere gli ostacoli) non può, a parere di chi scrive, ricondursi semplicisticamente ad una carenza di *know-how* gestionale: la maggior parte dei manager intervistati sembra avere rilevanti competenze manageriali, avendo partecipato a numerose e qualificanti iniziative di formazione. E’ possibile invece ipotizzare una volontà, una strategia in qualche modo intenzionale, dietro tali decisioni e non-decisioni, che si evince da un’analisi dei due

fattori che sembrano condizionare significativamente il *decision-making* del vertice aziendale, e che coincidono con gli *stakeholders* dominanti: i referenti politici e il personale medico.

Con riguardo al primo fattore, nonostante le recenti riforme siano andate in direzione della separazione tra il momento di indirizzo politico e quello tecnico-gestionale, in realtà i continui riferimenti, nelle interviste, all'elemento politico sembrano indicare un'accresciuta dipendenza dei manager dalla classe politica, probabilmente dovuta all'incertezza collegata alla maggiore (almeno in linea teorica) responsabilizzazione sui risultati.

*“In spite of the rhetoric of moving towards depoliticized public-service management, my position has become more, not less, ‘political’!”*

*“La riforma della dirigenza pubblica è stata per noi un danno. La possibilità di essere rimossi dall’incarico ci rende più soggetti al potere politico.”*

I dirigenti intervistati lamentano come dai loro referenti politici, a fronte di dichiarazioni retoriche circa l'importanza della qualità dei servizi, e di un'adesione (teorica) all'introduzione di modelli del tipo TQM, non perviene la chiara definizione di obiettivi attesi e/o relativi indicatori utili ai fini di indirizzo e valutazione dei direttori generali.

*“La qualità dei servizi mi sembra che alla fine non interessi ai politici”.*

Tale lacuna non conduce, secondo gli intervistati, ad una loro maggiore autonomia, ma solo ad una mancata assunzione di responsabilità da parte degli organi politici. L'interesse di questi ultimi verso la qualità dei servizi, determinato dalla crescente rilevanza rivestita dalle teorie manageriali applicate alle aziende pubbliche, è superato da esigenze di gestione del consenso elettorale, soddisfabili attraverso un controllo stretto sulla gestione, che consente di privilegiare di volta in volta specifiche categorie di utenti. *“Ai politici interessa il contenimento delle tariffe e l'aumento del numero delle prestazioni garantite dal SSN.”*

*“Politicians tend to safeguard the interests of private clinics.”*

Da ciò discende la pesante ingerenza dei politici nelle scelte di gestione dei dirigenti, e la marcata confusione di ruoli, che ricalca il vecchio modello di *Public Service Bargain*: il politico interferisce nella gestione, anziché limitarsi a controllarne i risultati, al fine di massimizzare il consenso elettorale, e il dirigente si sente deresponsabilizzato e si aspetta di beneficiare delle coperture politiche.

*“Vorrei fare la qualità, ma quando mi si costringe a fare scelte che vanno in direzione opposta, non posso certo tirarmi indietro! Ovviamente, poi non mi possono penalizzare...”*

Ciò è provato, a livello nazionale, dal carattere frammentario degli interventi normativi inerenti la qualità delle prestazioni sanitarie e dal debole controllo esercitato sui risultati effettivi delle riforme innovative (nonché, in Italia, dalla forte concentrazione degli interventi legislativi su aspetti operativi condizionanti l'autonomia aziendale).

Dunque quanto veniva rilevato in tempi anteriori alle riforme Bassanini “persistono i collegamenti con il potere politico che si esprimono in forti condizionamenti sulle scelte dei programmi e degli uomini chiamati a realizzarli” (D'Anna, 1990, p.188) sembra più che mai attuale.

Circa il secondo fattore influente sul *decision-making* strategico, l'evidenza illustrata nei precedenti paragrafi prova come i *professionals* siano soggetti chiave ai fini dell'implementazione dei programmi di TQM. D'altra parte i manager sono consapevoli della profonda distanza tra la loro visione della qualità e quella dei medici.

*“I medici non concepiscono nemmeno lontanamente l'idea di utilizzare informazioni sulla customer satisfaction per obiettivi di TQM”*

*“There is an ideal of professional self-control of quality firmly entrenched in the medical discourse.”*

Sembra esservi inoltre la consapevolezza che anche i medici sensibilizzati sui temi del TQM non vogliono allinearsi troppo ai managers nel timore di distanziarsi eccessivamente dai loro colleghi.

*“Some doctors do not align themselves with us, just because they feel in danger of alienating themselves from their rank-and-file!”*

I manager dunque sono frenati, nelle loro decisioni in materia di TQM, dalla resistenza o, quanto meno, dalla non collaborazione della componente medica, la quale è capace di creare problemi politici interni e oltretutto di penalizzare seriamente la *performance* aziendale.

*“I medici, se non li lascio stare, mi mettono nei guai fin sopra i capelli. E poi, se volessero boicottarci...i risultati sarebbero disastrosi”.*

*“Redirecting hospital activities towards a customer-oriented focus on TQM will inevitably disturb the temporal stability in local power relations.”*

Se dunque il *decision-making* dei dirigenti di vertice sembra essere prevalentemente orientato, da un lato, alla costruzione e rafforzamento della fiducia riposta dal referente politico, e dall'altro lato al soddisfacimento delle attese del personale medico, per essi si determina un incentivo ad adottare decisioni solo formalmente in linea con il modello TQM, che contribuiscono a legittimare l'organizzazione, e tuttavia non ostacolano il dispiegarsi di condizionamenti politici né vincolano in modo significativo i comportamenti dei medici.

## **7. Conclusioni**

Dallo studio del materiale raccolto emerge un quadro contrastante, che presenta significative analogie tra gli ospedali italiani e irlandesi.

Da un lato, si registra il proliferare di programmi di Qualità Totale; l'ampia diffusione di strutture dedicate alla qualità, di Carte dei Servizi, di procedure formali per la tutela e la soddisfazione dell'utente (dalla informazione e accoglienza agli utenti alla gestione dei reclami e rilevazione della *customer satisfaction*); il diffuso utilizzo di termini come *marketing*, *customer satisfaction*, *Qualità Totale*, *teamwork*, *standard*, *BPR* ecc., entrati a far parte del linguaggio corrente degli operatori; il ricorso a standard e indicatori di *performance*; l'istituzione di gruppi di lavoro sulla qualità.

Dall'altro lato, invece, è possibile cogliere il carattere formale e circoscritto di tali innovazioni: le strutture dedicate alla Qualità non sembrano aver acquisito un peso e un ruolo di rilievo all'interno delle organizzazioni sanitarie, e le loro azioni non sembrano incidere significativamente sul resto dell'organizzazione; i flussi informativi da queste gestiti non vengono sufficientemente irradiati verso le altre parti dell'organizzazione, e non riescono dunque ad influenzare i processi decisionali, specie nel personale medico; le innovazioni linguistiche arricchiscono l'immagine delle aziende di elementi simbolici, senza peraltro intaccare minimamente le *routines* organizzative; gli standard adottati sono vissuti per lo più come un adempimento burocratico e non rappresentano un punto di riferimento per il *decision-making* gestionale, raramente sono soggetti a monitoraggio e le informazioni ricavate assai di rado producono opportunità di miglioramento organizzativo; essi non sono resi noti all'utenza attraverso le Carte dei Servizi, le quali il più delle volte si riducono ad iniziative promozionali, destinate a divenire in breve tempo obsolete; la creazione di gruppi di lavoro appare ancora sporadica e sperimentale, e non sembra aver portato

al superamento delle frammentazioni professionali all'interno delle aziende e ad una diffusione generalizzata della logica processuale.

In tutti i siti esaminati sembra che la decisione di aderire a un progetto di Qualità Totale si concretizzi nell'attuazione di una serie di interventi parziali e circoscritti, piuttosto che di processi globali di innovazione dell'organizzazione complessiva. La filosofia TQM appare confinata nella torre d'avorio rappresentata dai pochi operatori sensibilizzati. Il fatto che le innovazioni vengano proclamate ed esibite più che effettivamente praticate, le fa sembrare per lo più esercizi di retorica (*lip service*). “La voce delle cose è più veritiera ma quella delle parole è [...] più ascoltabile” (Vaccani, 1992, p.31). Ciò non toglie che vi siano esempi di qualità eccellente, ma essi il più delle volte si situano al di fuori dei programmi formali di TQM.

Tra i diversi panieri di razionalità individuati nel modello di Achard e Castello (2002), la prospettiva politica fornisce, a parere di chi scrive, un'utile cornice concettuale per interpretare i sopra indicati risultati. La similarità tra gli ospedali italiani e irlandesi può essere spiegata dal fatto che il *decision-making* strategico, benché collocato in contesti culturalmente e istituzionalmente differenti, sia condizionato dalle stesse categorie di attori politicamente rilevanti, in quanto elargitori di risorse critiche per l'organizzazione: i regolatori/acquirenti di servizi sanitari, e i professionisti medici.

I regolatori/acquirenti di servizi sanitari (a livello nazionale, il Ministero della Sanità/*Department of Health and Children*; a livello locale, le Regioni/*Health Board*), condizionano il quadro normativo-istituzionale e determinano le dotazioni finanziarie delle aziende sanitarie nonché le carriere dei loro amministratori. Il loro interesse alla qualità è legato alla crescente rilevanza che stanno assumendo le idee aziendalistiche nel dibattito socio-politico: la Qualità Totale riflette infatti alcuni miti (*customer satisfaction*, *accountability*, valutazione della *performance*, orientamento al risultato ecc.) collegati alla rinnovata idea del managerialismo nel settore pubblico. Tale interesse appare superato da obiettivi politici di breve termine, volti ad ampliare la sfera di consenso attraverso un controllo stretto sulla gestione manageriale, piuttosto che sui risultati della stessa in termini di qualità, efficacia ecc..

I medici, oltre ad esercitare un'influenza forte come *lobby* esterna all'organizzazione (condizionando l'agenda politica nazionale in materia di sanità), incidono significativamente a livello delle singole organizzazioni, influenzando in maniera cruciale con il loro contributo lavorativo il successo delle aziende sanitarie in cui operano. Essi accettano malvolentieri l'idea che i dati sulla *customer satisfaction* possano essere utilizzati come strumento

per una programmata e sistematica documentazione dei processi di lavoro allo scopo di raggiungere obiettivi come il miglioramento continuo, e non intendono rinunciare al diritto, “auto-attribuitosi”, di collocare certe tematiche al di fuori della sfera di intervento dei *non-professionals*; dunque essi si oppongono non solo alla definizione manageriale della qualità, ma anche alla semplice partecipazione in tale processo di coloro che essi stentano a chiamare *managers*.

Per il soggetto strategico di tali organizzazioni risulta conveniente assumere decisioni che siano visibilmente orientate al TQM, e tuttavia non “intacchino” gli interessi degli *stakeholders* politicamente rilevanti. E’ dunque spiegata la discrasia tra la retorica del TQM e la pratica dei comportamenti quotidiani: l’assimilazione sul piano formale del modello TQM e l’utilizzo dei relativi codici linguistici, permette all’organizzazione di raggiungere un sufficiente grado di “conformismo sociale”, tale da assicurare il flusso di risorse materiali e simboliche di cui l’organizzazione necessita, ma sconta una realtà organizzativa in cui i comportamenti sono slegati dalla struttura, le azioni sono indipendenti dai programmi, i fatti sono differenti dalle parole.

La prospettiva neoistituzionale (o “dell’appropriatezza”) spiega quindi solo la componente simbolica dell’ODM<sup>12</sup>. Appare confermata, ma in termini rovesciati, la tesi di Meyer e Rowan (1977), secondo cui le organizzazioni sottoposte a pressioni istituzionali, come le aziende sanitarie, tendono a disgiungere, grazie alla debolezza dei legami organizzativi, la struttura formale dalle pratiche lavorative reali, in modo da fornire a livello della struttura di governo risposte simboliche coerenti con le richieste istituzionali, e nello stesso tempo continuare a garantire a livello dei processi reali una performance tecnica soddisfacente. I casi studiati suffragano la tesi del *decoupling* tra strutture/procedure formali e pratiche lavorative reali, ma applicata in senso opposto, in quanto il livello simbolico corrisponde in questo caso a quello della performance tecnica, riflettendo i miti del *New Public Management* istituzionalizzati nel più ampio contesto sociale, mentre il livello delle pratiche operative riflette prevalentemente i valori degli *stakeholders* dominanti.

Dunque l’omogeneità delle pressioni istituzionali in direzione del TQM cui le aziende sanitarie sono sottoposte nei due Paesi spiega la sostanziale similarità delle risposte simboliche, così come la sostanziale vicinanza fra le culture professionali dei due sistemi sanitari (connessa alla connotazione internazionale della comunità medico-scientifica) spiega la sostanziale omogeneità nelle pratiche lavorative quotidiane, che appaiono del tutto indipendenti dalle risposte simboliche.

Se l'interpretazione proposta viene validata da indagini statistiche, essa, a dispetto della sua semplicità (anzi, come sostenuto nell'introduzione, proprio in virtù di essa), può fornire utili indicazioni normative.

In attesa di una maturazione della classe politica (che potrebbe essere accelerata in presenza di forti pressioni da parte dell'utenza) il percorso di promozione di un genuino orientamento alla qualità a tutti i livelli dell'organizzazione dovrebbe passare per gli aspetti organizzativi funzionali alla cultura professionale. Ciò implica l'opportunità di non enfatizzare gli aspetti del TQM di conformità alle norme bensì "giocare" sugli alti margini di libertà degli attori, che possono essere alla base di una percezione di *self-effectiveness* e dunque di forte motivazione, e sull'elevato potenziale di risposta diversificata di cui sono dotate le organizzazioni policentriche, tale da generare una flessibilità non riscontrabile in altre organizzazioni. A tale potenziale va riconosciuto un ruolo nella formazione dei percorsi strategici, per cui le strategie emergenti (Mintzberg, 1985) vanno selezionate, legittimate ed inserite nel processo di formulazione strategica, secondo un approccio integrato che superi l'impostazione dicotomica tradizionale: formulazione/implementazione strategica (Fontana e Lorenzoni, 2000).

Che la promozione della Qualità debba passare per un processo che non contrasti, ma piuttosto valorizzi la cultura professionale, sarebbe del resto provato dalle fallimentari esperienze di introduzione della Qualità Totale nei sistemi sanitari dei Paesi africani, ove per motivi storico-culturali non si è mai venuta a consolidare una cultura professionale. Il sia pur scarso materiale empirico disponibile (Blaise, 2002) mostra come il mero trasferimento in tali Paesi del modello TQM abbia prodotto sulle aziende sanitarie effetti profondi ma deleteri: standardizzazione esasperata, applicazione meccanicistica di linee-guida, sterilizzazione di ogni spirito di iniziativa nei medici, la cui interazione col paziente ha finito per focalizzarsi esclusivamente sull'identificazione dei sintomi utili per individuare il punto di entrata nei loro alberi decisionali, e ha portato all'erogazione di pacchetti di servizi uniformi per tutti i pazienti.

Dunque il dilemma insito nel modello TQM tra esigenze di standardizzazione e di flessibilità, che si richiama all'eterna dialettica tra razionalità e creatività, andrebbe risolto a favore di quest'ultima.

Il quadro sopra tracciato è solo un'interpretazione di alcune risultanze empiriche non statisticamente rappresentative, e dunque, per poter fornire soluzioni operative, va suffragato da indagini quantitative. Anche ulteriori ricerche qualitative sarebbero utili per convalidare le ipotesi formulate: ad esempio *case-studies* multipli che esaminino le differenze nell'elaborazione e implementazione di decisioni strategiche (come l'adozione di

modelli di TQM) in relazione a differenti combinazioni di *stakeholders* influenti sulle organizzazioni; oppure studi longitudinali sull'implementazione di decisioni strategiche associati ad eventi critici, come il cambiamento di *stakeholders* politicamente rilevanti.



## Bibliografia

- Achard P., Castello V., 2002, “Razionalità, legittimità e appropriatezza nei processi decisionali delle aziende ospedaliere. Un approccio multirazionale”, in *L'interpretazione della realtà organizzativa*, 3° Workshop di Organizzazione Aziendale, Genova, 7/8 febbraio.
- Adinolfi P., 2000, “Modelli organizzativi e fabbisogno di integrazione nelle aziende sanitarie”, in Cafferata R. (a cura di) *Management e organizzazione aziendale*, Aracne, Roma.
- Adinolfi P., 2002a, “Qualità e orientamento all'utente nelle aziende sanitarie pubbliche”, in Anselmi L., Saita M. (a cura di), *La gestione manageriale e strategica delle aziende sanitarie*, Il Sole24ore, Milano.
- Adinolfi P., 2002b, “Customer satisfaction in hospitals: myth or reality?”, in *Quality in Higher Education, Health Care, Local Government*, 5<sup>th</sup> Toulon Verona Conference, Lisboa, 19-20 September.
- Adinolfi P., 2003, “Total Quality Management in public health care : a study of Italian and Irish hospitals”, in pubblicazione in *Total Quality Management*, no.3.
- Blaise P., 2002, *Le management de la qualité dans les systèmes de santé en Afrique*, manoscritto non pubblicato.
- Camuffo A., Cappellari, R., 1996, “Le teorie neo-istituzionaliste”, in Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, vol.I, *Le teorie dell'organizzazione*, UTET, Torino.
- Crozier M., Friedberg E., 1977, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris.
- D'Anna R., 1990, *I problemi della direzione strategica delle imprese di pubblici servizi*, Giappichelli, Torino.
- Fontana F., Lorenzoni G., 2000, *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Angeli, Milano.
- Giorgetti, G., 1990, “Servizi di pubblica utilità: meno pubblici e più privati?”, in *Economia e diritto del terziario*, n.2.
- Grandori A., 1995, “Modelli di organizzazione pluralistica: il contributo europeo alla ricerca sui processi decisionali”, in Bacharach S.B. et al. (a cura di), *Il pensiero organizzativo europeo*, Guerini e associati, Milano.
- Hood C., 2000, “Paradoxes of public sector managerialism, old public management and public service bargains”, in *International Public Management Journal*, no.3.
- Maggi B., 1989, “L'organizzazione dei servizi sanitari”, in *Sviluppo & Organizzazione*, n.115.

Meyer A.D., Rowan B., 1977, "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", in *American Journal of Sociology*, vol.83.

Mintzberg H., 1985, "Of Strategies, Deliberate and Emergent", in *Strategic Management Journal*, no.6.

Pfeffer J., Salancik G.R., 1978, *The External Control of Organizations: a Resource Dependence Perspective*, Harper and Row, N.J.

Schaffer B., 1973, *The administrative factor*, Frank Cass, London.

Yin R.K., 1984, *Case study research – Design and methods*, SAGE, Beverly Hills.

Vaccani R., 1992, *La sanità incompiuta*, NIS, Roma.

Weick K., 1977, "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems", *Administrative Science Quarterly*, no.21.

---

<sup>1</sup> Il presente lavoro ha beneficiato di un finanziamento dell'UE (nell'ambito del programma AREHCAS), che ha reso possibile la ricerca sul campo in Irlanda.

<sup>2</sup> Si veda Giorgetti (1990).

<sup>3</sup> La nozione di “public service bargain” è mutuata da Schaffer (1973), ma è qui intesa nel significato più ampio attribuitogli da Hood (2000, p. 8): “any explicit or implicit understanding between (senior) public servant and other actors in a political system over their duties and entitlements relating to responsibility, autonomy and political identity, and expressed in convention or formal law or a mixture of both”.

<sup>4</sup> Si veda Adinolfi (2002a).

<sup>5</sup> Ciò, in un'ottica simbolista, può essere considerato come un mezzo per salvaguardare, in caso di attuazioni fallimentari, i valori istituzionalizzati (Weick, 1977).

<sup>6</sup> I principali autori sono Deming, Juran, Crosby, Oakland.

<sup>7</sup> Come rileva Grandori (1995, p.86), le preferenze degli attori sono senza dubbio soggettive, ma sono anche omogenee al livello di gruppi, sia in relazione ai condizionamenti cognitivi reciproci e all'influsso di contesti normativi e valoriali condivisi, sia anche in relazione alle posizioni degli individui nel sistema sociale e organizzativo, all'esperienza che essi hanno acquisito, alle risorse cui hanno accesso e alle attività che possono svolgere.

<sup>8</sup> Si veda Adinolfi (2002b).

<sup>9</sup> Si veda Adinolfi (2002b).

<sup>10</sup> Si veda Adinolfi (2000).

<sup>11</sup> Tra i limiti più spesso emersi si rileva l'utilizzo degli standard come fotografia della situazione anziché come stimolo al miglioramento; la confusione tra standard e diritti; la genericità dei concetti adoperati (ad esempio, “efficacia clinica”, concetto non operativo se non tradotto in termini di “numero di complicanze”, “numero di ricoveri ripetuti”, ecc.); l'*autoreferenzialità* organizzativa, che ha portato alla confusione dei prodotti (intesi come soluzione a specifici problemi di salute), con le attività (ossia le singole prestazioni erogate) o con le modalità attraverso le quali il prodotto viene erogato (ossia il ricovero). L'errata individuazione del prodotto ha impedito la

---

presa in considerazione di possibili risposte alternative al problema di salute (ad esempio Day Hospital, Assistenza Domiciliare ecc.).

<sup>12</sup> Si vedano Camuffo e Cappellari (1996).