

**IL MODELLO DI COMPETENZE DEL TOP MANAGER NELLE ORGANIZZAZIONI
PUBBLICHE: IL CASO DELLA SANITÀ**

Americo Cicchetti
Università degli Studi “G. D’Annunzio” di Chieti
Facoltà di Economia
Viale Pindaro, 66
00168 Pescara
Email: a.cicchetti@unich.it

Silvia Profili
Luiss Guido Carli
Scuola di Management
Viale Pola 12
00198 - Roma
Tel. 06-85225.323
Fax 06-86506.513
Email: sprofili@luiss.it

* I nomi degli autori sono posti in ordine alfabetico. Pur essendo questo contributo frutto di lavoro e riflessioni comuni, i paragrafi 3, 4.2.1, 4.2.2, 4.3, 4.3.2 e 6 possono essere prevalentemente attribuiti ad Americo Cicchetti e i paragrafi 1, 2, 4.1, 4.2.3, 4.2.4 e 4.3.1 a Silvia Profili.

1. INTRODUZIONE

L'analisi della riforma che ha interessato la Pubblica Amministrazione nell'ultimo decennio ha evidenziato l'importanza che il legislatore attribuisce alle figure manageriali apicali per portare a termine l'ambizioso processo di cambiamento organizzativo in atto nelle aziende pubbliche, in linea con quella letteratura, di stampo organizzativo/manageriale, che ha sempre evidenziato la rilevante influenza del top management sull'azione organizzativa (Barnard, 1938, Simon, 1947, Thompson, 1967, Hambrick e Mason, 1984).

Nel settore sanitario, in particolare, le riforme susseguitesi dal 1992 hanno portato ad una revisione del modello di governo delle istituzioni responsabili per l'erogazione dei servizi sanitari. Da un modello di gestione politico-rappresentativa, con l'assegnazione dei poteri di gestione ad un direttore generale, si è passati ad un modello tecnico-manageriale. Il vertice aziendale, incentrato sulla figura del direttore generale, assume oggi un critico ruolo di governo del processo di formazione delle strategie, articolato nel tempo e nello spazio organizzativo. Precedenti ricerche hanno evidenziato l'importanza che le caratteristiche degli attori decisionali, in termini di tratti della personalità, capacità e competenze, esercitano sull'orientamento decisionale del vertice e quindi sul processo strategico delle aziende sanitarie (Hitt e Tyler, 1991; Fontana e Lorenzoni, 2000).

Questo lavoro si inserisce in tale filone di indagine e rappresenta un primo contributo nell'ambito di un più ampio progetto di ricerca che vuole fornire alcune indicazioni in un campo tanto critico quanto inesplorato.

Il progetto prevede che le competenze siano rilevate osservando i comportamenti che hanno generato delle performance superiori. I comportamenti, infatti, rappresentano la parte più visibile di quell'insieme di tratti, motivazioni, conoscenze, capacità cognitive che formano le competenze individuali. Attraverso l'osservazione dei comportamenti (numero e tipo di progetti attivati, coinvolgimento dei dirigenti nelle scelte strategiche, ecc.) e/o delle performance di successo sarà dunque possibile definire il sistema di competenze che è causalmente correlato alla riuscita. Tale osservazione sarà effettuata all'interno di un campione di aziende ospedaliere e quindi su un insieme di manager che si sono dimostrati eccellenti, in termini di performance realizzata (misurata da indicatori economico-finanziari o di qualità) o di immagine conquistata nei confronti degli stakeholders.

Questi casi di eccellenza verranno selezionati sulla base dei risultati ottenuti da un numero congruo di interviste ad opinion leaders, selezionati tra studiosi, operatori, politici e personaggi di riferimento nel settore sanitario. La metodologia di analisi applicata è l'analisi congiunta (Green e Krieger 1991), molto utilizzata nelle analisi di mercato in quanto consente di valutare ogni insieme di oggetti come un insieme di attributi, o fattori, e di identificare il contributo di ogni singolo fattore nella valutazione totale delle preferenze attraverso l'utilizzo di un modello "multiattributivo". Al fine del perfezionamento delle ipotesi di ricerca si inserisce una seconda rilevazione empirica effettuata attraverso la distribuzione di un questionario strutturato a tutti i Direttori Generali delle aziende ospedaliere italiane (N=107) ed elaborati ricorrendo agli strumenti di analisi descrittiva. Questa rilevazione ha consentito di trarre delle prime indicazioni sulle caratteristiche dei direttori generali di aziende ospedaliere in termini di fattori demografici, percorsi formativi e itinerari di carriera. Nell'economia del

programma di ricerca questa analisi ha permesso la ricostruzione dei modelli di professionalità attualmente diffusi in questo settore.

I dati raccolti consentono di fornire una base empirica ad un dibattito particolarmente acceso nel settore sanitario sulle caratteristiche “ideali” del manager apicale dell’azienda ospedaliera.

2. QUADRO TEORICO

2.1. Competenze manageriali: i contributi della letteratura

Già nel 1973, Mintzberg sottolineava la presenza di un vuoto della letteratura organizzativa sulle caratteristiche del lavoro manageriale. A mancare, secondo l’autore, erano sia studi empirici che consentissero una descrizione dell’attività manageriale, sia contributi che fornissero una visione unitaria e comprensiva del manager.

Gran parte degli autori che per primi hanno trattato il tema delle competenze manageriali si sono focalizzati esclusivamente su una delle numerose dimensioni del ruolo manageriale: principalmente la *leadership* (Likert, 1961; Fleishman e Harris, 1962) e il *decision-making* (Barnard, 1938; Simon, 1947; March e Simon, 1958; Cyert e March, 1963). Solo in un secondo tempo alcuni studi hanno analizzato il più ampio spettro di comportamenti adottati dai manager (Schroder, Driver e Streufert, 1967; Schroder, 1989).

Molti di questi studi affrontano la definizione delle attività manageriali in termini *funzionali*, riprendendo il contributo della scuola classica, che vede in Fayol il principale rappresentate; secondo l’autore, la funzione direttiva si esplica nelle attività di pianificazione, organizzazione, comando, coordinamento e controllo. L’attività

manageriale considerata nel suo insieme, come funzione appunto, si presta sicuramente ad una certa generalizzazione: in questo senso è possibile, cioè, identificare dei fattori comuni tra il management delle aziende private e quello delle organizzazioni pubbliche.

Nel momento in cui gli autori hanno spostato il livello di analisi osservando empiricamente il comportamento manageriale, l'appropriatezza del modello "tradizionale" ha incontrato numerose critiche anche nell'applicazione al settore privato, dove la maggior parte dei contributi si sono focalizzati (Kotter, 1982; Mintzberg, 1973; Stewart, 1976; Smith, 1985). Le classiche funzioni manageriali proposte da Fayol, cioè, non sembrano valide per comprendere pienamente la complessità delle attività manageriali.

La difficoltà nel pervenire alla definizione di un insieme di attività che contraddistinguono il ruolo manageriale in genere, si riflette nella problematicità a individuare un set di comportamenti da ritenere corretti e adeguati al ruolo manageriale, allo scopo di definire processi formativi e di sviluppo nonché meccanismi di valutazione ed incentivazione del management.

Il rischio legato a questo obiettivo è quello di creare uno stereotipo, un manager "ideale", frutto di una generalizzazione, poco adatto a soddisfare le esigenze di dinamicità, adattabilità e flessibilità proprie dei ruoli direzionali.

Come sottolinea Costa (2000), l'esigenza di contestualizzare le competenze nasce dall'"estrema variabilità del rapporto tra saperi e ambiti di applicazione, tra individuo e organizzazione". Le competenze, dunque, devono essere contestualizzate in primo luogo in rapporto all'individuo stesso, ovvero devono essere considerate nel più ampio set di competenze che caratterizza la persona e collocate nel suo ciclo di vita

professionale. La contestualizzazione, inoltre, va fatta in rapporto al tempo e allo spazio, nonché in rapporto all'organizzazione (Costa, 2000).

La sfida, dunque, è quella di definire un approccio per competenze che vada al di là del tentativo di individuare un set di comportamenti "ideali" (Antonacopoulou e Fitzgerald, 1996).

Tra l'altro, non risultano evidenze empiriche circa l'esistenza di un set di competenze manageriali applicabili universalmente¹. Come sottolinea Albanese (1989:67) "*...no single set of competencies can fully capture the mystery of the managerial role...and that there are many job-specific skills that influence effectiveness in particular managerial jobs*".

Molti autori ritengono che l'esistenza di differenze rilevanti nella natura e nei processi del lavoro manageriale in diverse funzioni aziendali richieda lo sviluppo di competenze e abilità molto differenti fra loro (Stewart,1967; Mintzberg, 1973). La mobilità dei manager, secondo questa prospettiva, risulterebbe difficile non solo tra organizzazioni appartenenti a settori diversi ma anche tra differenti funzioni di una medesima azienda.

In questa direzione devono intendersi anche i contributi più recenti della letteratura organizzativa, che enfatizzano l'importanza delle capacità di apprendimento e di gestione dell'innovazione e del cambiamento in genere (Senge, 1992; Nonaka, 1991). I manager, più che rispondere ad un preciso modello professionale, devono oggi essere in grado di gestire la turbolenza ambientale e rispondere, attraverso la capacità di apprendere e innovare, alle continue esigenze di cambiamento. L'approccio alla gestione delle risorse umane basato sulle competenze rischia dunque di essere

eccessivamente legato alle caratteristiche delle attività nel presente, perdendo di vista le sfide del futuro.

Anche gli autori che hanno tentato di definire un modello di competenze che caratterizzi il manager efficace hanno effettuato una contestualizzazione legata ai diversi livelli gerarchici, alla dimensione dell'organizzazione, alle caratteristiche del contesto settoriale.

Katz (1974) ha descritto le professioni manageriali sulla base di tre principali capacità (*skills*): capacità tecniche, umane e concettuali, la cui importanza varia in funzione del livello di responsabilità manageriale. Bartlett e Goshal (1997) propongono una differenziazione del modello di competenze tra manager di front line, di livello intermedio e top manager: se per i primi è necessaria una dettagliata conoscenza operativa (dei fattori di competitività del business, delle risorse interne ed esterne, delle attività del business), per i secondi un'ampia esperienza organizzativa (conoscenza delle persone e delle relazioni), per i terzi è necessaria la comprensione dell'impresa nel suo contesto. Livingston (1971) sostiene più fermamente l'impossibilità di pervenire alla definizione di un modello manageriale universalmente valido. Secondo l'autore, esisterebbero invece delle caratteristiche personali che rendono possibile lo sviluppo di competenze manageriali adeguate al proprio stile e contesto organizzativo.

Altri studi hanno evidenziato l'esistenza di considerevoli differenze nella natura e nei processi di lavoro dei manager provenienti da diverse funzioni (Mintzberg, 1973; Stewart, 1976), o da diverse organizzazioni (Kotter, 1982; Drucker, 1955) con rilevanti implicazioni in termini di itinerari di carriera e di percorsi formativi.

2.2. Competenze manageriali: caratteristiche individuali o del gruppo direttivo

Secondo alcuni, l'approccio per competenze tende a focalizzare le caratteristiche individuali e a sottovalutare l'importanza all'interno dell'organizzazione delle dinamiche di gruppo (Jacobs, 1989).

Difficilmente le persone apprendono isolatamente (Brown, 1993); il grado di supporto e collaborazione tra colleghi diviene spesso il principale strumento di apprendimento. Il contesto sociale nel quale le persone si muovono influisce in misura talvolta rilevante sulla loro performance all'interno dell'organizzazione.

Secondo questo approccio, dunque, più che ricercare le competenze individuali del manager, è importante studiare le caratteristiche del vertice aziendale (*management team*), in termini sia di struttura relazionale, sia di eterogeneità rispetto a diverse variabili attributive (età, tenure, ecc.).

Relativamente al primo aspetto, gli studi di social network analysis spiegano il comportamento individuale ed organizzativo attraverso l'analisi della struttura delle relazioni che emerge dall'interazione continua degli attori nel contesto organizzativo cui appartengono. In particolare, nelle organizzazioni knowledge-intensive, dove le attività si basano su una conoscenza molto complessa in quanto scarsamente codificabile e fortemente legata al contesto in cui si produce (firm-specific), le relazioni sociali intrattenute da un professionista rappresentano spesso la sua principale fonte di apprendimento e influiscono in misura rilevante sul suo comportamento.

Relativamente al secondo aspetto, molti autori hanno messo in evidenza non tanto le caratteristiche individuali dei top manager quanto l'eterogeneità del gruppo direttivo, in termini di età, tenure, background funzionale, settore di provenienza e educazione,

quale principale determinante della performance strategica (Pitcher e Smith, 2001). In effetti, molti studi hanno analizzato la relazione esistente tra alcune caratteristiche demografiche del top management team e rilevanti fenomeni strategici quali la qualità della ricerca di informazioni strategiche (Tushman and Romanelli, 1985; Miller, 1991), la coerenza strategica (Finkelstein e Hambrick, 1990), il cambiamento strategico (Wiersema and Bantel, 1992), con risultati non sempre convergenti.

Infatti, se da un lato si ritiene che i gruppi direttivi caratterizzati da elevata eterogeneità abbiano un maggior successo in quanto contraddistinti da una maggiore creatività e in grado di ricercare ed analizzare un maggiore numero di alternative strategiche grazie allo scambio di idee che scaturisce dalla diversità di prospettive cognitive (Wiersema and Bantel, 1992), dall'altro questa diversità, oltre un certo limite, potrebbe produrre dei conflitti e ridurre il consenso strategico, rendendo il gruppo meno efficace (Smith e al., 1994).

L'omogeneità/eterogeneità del vertice strategico in termini di conoscenze, competenze, capacità e valori rappresenta dunque una rilevante area di indagine, non trascurabile negli studi diretti ad indagare le competenze manageriali del top management.

Accettare questa considerazione significa anche mettere in discussione la correlazione stessa tra competenze individuali e performance (Collin, 1989) e quindi l'idea di rilevare le competenze attraverso la manifestazione di comportamenti "di successo". Le competenze, in effetti, sono da molti definite come le caratteristiche intrinseche di un individuo che conducono ad una performance efficace o superiore nella mansione affidatagli (Boyatzis, 1982), implicitamente riconoscendo questa correlazione. Sembrerebbe dunque che l'attenzione sia posta su quello che una persona può fare anziché su quello che essa conosce.

Le performance, in realtà, sono influenzate da una serie di variabili intervenienti (tra le quali il comportamento degli altri) che non vengono prese in considerazione.

Antonacopolou e Fitzgerald (1996) definiscono le competenze come *“the virtues unique to each individual which are expressed in the process of interacting with other in a given social context”*. Le competenze dunque non si limitano alla conoscenza e alle abilità, e nemmeno agli standard di performance attesi e ai comportamenti espressi; esse ricomprendono anche le attitudini, le percezioni e le emozioni e vengono continuamente definite e ridefinite dall’interazione di fattori personali e situazionali (di contesto sociale, politico, ecc.). Nell’ambito dei fattori situazionali, assumono particolare importanza le relazioni sociali, formali ed informali, instaurate con i membri del management team e dell’organizzazione.

Se si accettano queste considerazioni, la performance rappresenta solo una misura “grezza” delle competenze, alla quale deve aggiungersi la rilevazione delle conoscenze, abilità, delle caratteristiche personali e relazionali in genere che sono antecedenti alla manifestazione di determinate competenze e comportamenti.

3. IL RIFORMISMO SANITARIO DEGLI ANNI '90: IMPLICAZIONI MANAGERIALI

3.1. Le direttrici del cambiamento

Il settore sanitario, analogamente a quanto è accaduto in altri ambiti della Pubblica Amministrazione, è stato interessato, nell’ultimo ventennio, in tutti i paesi avanzati che adottano sistemi ad orientamento pubblicistico, da profondi mutamenti. In Italia, a partire dal 1992 con l’approvazione del D.Lgs n. 502/1992, il Servizio Sanitario Nazionale ha sperimentato profondi mutamenti che si muovono su due macro direttrici

coerenti con i fondamentali principi del riformismo pubblico degli anni '80: la devoluzione delle responsabilità amministrative e l'accrescimento delle autonomie organizzative.

La "regionalizzazione" e la "aziendalizzazione" sono le espressioni più alte di questi macro indirizzi politici, che risultano accomunati dall'esigenza di conseguire maggiore efficienza ed efficacia nel sistema sanitario. Ancorché sostenuta dal notevole dibattito teorico e politico che si andava estendendo a tutti i paesi industrializzati (Osborne e Gaebler, 1992; Ferlie et alii, 1996), la "502" puntava essenzialmente a contenere l'emorragia finanziaria che aveva caratterizzato i primi 14 anni di vita del Ssn. Questo intento era perseguito grazie ad interventi di natura strutturale che univano alla crescita delle autonomie organizzative nelle strutture di erogazione (le aziende sanitarie locali nate dalla trasformazione e dall'accorpamento delle vecchie unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere nate dallo scorporo di alcuni presidi dalle Usl di appartenenza), quelle politiche a livello locale (la regionalizzazione) e la sperimentazione di forme di quasi-mercato nell'ambito dei servizi ospedalieri.

Sul fronte dell'aziendalizzazione, il D.lgs 229/1999 dà continuità al processo avviato dal D.lgs 502/1992 ed in parte lo rinforza. L'autonomia assegnata alle aziende sanitarie viene ampliata fino ad assumere la connotazione di "autonomia imprenditoriale" (art. 3).

L'adozione dell'atto aziendale di diritto privato (art. 3) quale strumento per la definizione degli assetti organizzativi formali nell'ambito dell'azienda sanitaria, conferma una tendenza verso l'ampliamento dell'adozione di forme privatistiche nella gestione della sanità pubblica.

Tali mutamenti hanno rilevanti implicazioni sui comportamenti “manageriali” richiesti al direttore dell’azienda sanitaria e sul suo modello di professionalità. L’ampiezza degli spazi di autonomia, infatti, unitamente alla responsabilizzazione su risorse e risultati, sono richiamati quali elementi qualificanti il profilo del nuovo manager pubblico rispetto alla figura del “burocrate” tradizionale (Fontana e Lorenzoni, 2000).

Appare utile, quindi, comprendere almeno i termini generali del problema della definizione dello spazio di “autonomia” decisionale e operativa del direttore generale dell’azienda sanitaria, quale passo essenziale per poter svolgere qualsiasi considerazione sul profilo professionale e sul modello di competenze.

3.2. Lo spazio di autonomia del direttore generale delle Aziende Sanitarie

Il processo di riforma del settore sanitario in Italia trova nell’ampliamento delle autonomie “aziendali” un suo elemento qualificante. Il processo di “aziendalizzazione”, in particolare, si incentra sull’assegnazione di ampie autonomie al direttore generale dell’azienda sanitaria pubblica. Il D.Lgs n. 229/99 definisce “imprenditoriale” (art. 3) l’autonomia lasciata all’azione manageriale del Direttore generale dell’azienda sanitaria. Tale espressione deve essere letta in maniera estensiva rispetto a quanto previsto nello stesso D.lgs n. 502/92, ove si parlava di autonomia patrimoniale, economica, gestionale, organizzativa e tecnica. Con tale espressione il legislatore ha inteso dare maggiore enfasi agli spazi di manovra lasciati al dirigente generale rispetto alla natura pubblica dell’ente governato che risulta “funzionale” rispetto all’interesse collettivo che persegue (Borgonovi, 1990). Tale “funzionalità”, alla luce dell’assetto istituzionale vigente, si esprime attraverso la persistenza di vincoli allo spazio di manovra strategico (Rebora e

Meneguzzo, 1990) dell'azienda sanitaria posti attraverso la programmazione sanitaria sovraordinata (Achard, Cicchetti e Profili, 2000) e gli altri strumenti di regolazione del settore (Cicchetti, 2002).

Per la verità la complessità dell'attuale assetto istituzionale del settore sanitario in Italia implica alcune considerazioni ulteriori legate ai processi di devoluzione delle responsabilità politiche, amministrative e finanziarie attualmente in corso nel sistema (Maino, 2001). Il processo devolutivo, infatti, non permette di affrontare in senso unitario il problema dell'individuazione degli spazi di autonomia affidati al management aziendale. Questi, infatti, sono ragionevolmente diversi a seconda del modello di "competizione amministrata" adottato dalle singole regioni. E' condivisibile a questo proposito l'opinione di France (1999) che suggerisce due possibili modelli di riferimento che si pongono agli estremi di un *continuum* e che basano la propria differenziazione sul ruolo giocato dalla Asl:

- il modello della "Asl terzo-pagatore", che si caratterizza per l'ampia libertà di scelta dei cittadini e il ruolo passivo della Asl come finanziatore delle prestazioni erogate ai propri utenti presso erogatori accreditati, pubblici e privati;
- il modello della "Asl-programmatore", dove le Asl contrattano veri e propri "piani di produzione" con i diversi fornitori con un possibile contenimento della libertà di scelta nell'ambito dei piani di produzione contrattati con i singoli fornitori

Nei diversi contesti, l'attenzione del management dovrebbe porsi su aspetti diversi: nel caso di regioni con un ruolo forte nel sistema di regolazione istituzionale sembrerebbe richiesto un orientamento manageriale di carattere "amministrativo", particolarmente attento al mantenimento di comportamenti appropriati rispetto alle indicazioni di piano.

Nei sistemi sanitari dominati dalla libera scelta l'orientamento manageriale dovrebbe essere più attento alle esigenze del "mercato" adottando un approccio "strategico".

In un recente studio coordinato da Fontana e Lorenzoni (2000) si è cercato di testare l'esistenza di una correlazione tra il modello di competizione amministrata adottato e l'orientamento manageriale (amministrativo o strategico) del direttore generale.

I risultati dello studio confutano chiaramente l'ipotesi, evidenziando la rilevanza di altri fattori nel determinare l'orientamento manageriale del direttore generale e quindi il suo stile di management: le esperienze pregresse, il profilo formativo e le mappe cognitive individuali appaiono fattori "dominanti" rispetto ai contesti istituzionali.

Il contesto istituzionale, quindi, fornisce contribuisce solo limitatamente a spiegare la variabilità di comportamenti e performance individuali. Altri fattori devono necessariamente essere considerati nella interpretazione di questo complesso fenomeno.

4. LA STRUTTURA E I METODI DI RICERCA

4.1. Il modello adottato

Come è emerso dall'analisi della letteratura che ha affrontato il tema del ruolo e delle competenze manageriali, la quasi totalità dei contributi proposti sono contestualizzati nel settore privato. Nonostante ciò, è emersa la difficoltà di ricondurre ad una visione unitaria la varietà presente nella pratica manageriale, in virtù dei numerosi fattori che influiscono sulle caratteristiche dei task e sulle capacità e competenze richieste.

Questi fattori assumono una connotazione differente se ci spostiamo dal settore privato a quello pubblico, e rendono fondamentale l'adozione di una visione *contingente* della definizione e dello sviluppo delle competenze (Costa, 2000).

Importanti indicazioni giungono in tal senso dall'analisi della disciplina della dirigenza pubblica e della riforma della PA: l'orientamento complessivo dei nuovi sistemi gestionali delle pubbliche amministrazioni e dei servizi universali si ispira all'adozione dei principi manageriali di autonomia e responsabilizzazione. L'adozione di questi nuovi principi, elaborati efficacemente nell'ambito della letteratura afferente il New Public Management (Ferlie e al., 1996), ha assunto però modulazioni differenziate a seconda dei settori di applicazione, e rende necessario un ulteriore approfondimento settoriale.

Contestualizzando nel settore sanitario il modello analitico proposto da Harrison (1979) nel settore delle aziende pubbliche, è possibile definire un quadro di analisi del modello manageriale emergente in questo contesto.

Lo schema riportato in figura 1 mostra l'esistenza di relazioni tra le caratteristiche del ruolo in termini di set di comportamenti organizzativi richiesti e alcune determinanti:

- l'ambiente esterno;
- le tipologie istituzionali delle aziende sanitarie;
- il contesto organizzativo interno;
- la cultura organizzativa.

Solo da un'analisi congiunta di fattori di natura istituzionale e fattori di natura organizzativa (analisi che verrà affrontata nei paragrafi che seguono) è possibile a nostro avviso trarre utili indicazioni circa le caratteristiche del ruolo e dei comportamenti richiesti e quindi il profilo professionale del direttore generale.

Al tempo stesso, è necessario considerare che il ruolo organizzativo non rappresenta un'entità pre-esistente rispetto all'individuo; al contrario, si ritiene che sia l'individuo stesso a "plasmare" le caratteristiche del ruolo con la sua personalità, il suo stile comportamentale, le sue competenze professionali e relazionali. Le competenze, dunque, non sono strettamente dipendenti da una mansione o da un ruolo ma risultano da una combinazione di elementi eterogenei (le conoscenze, l'esperienza, la storia personale, i valori), combinazione che avviene "nel momento d'azione individuale, soggettiva e sociale" (Maggi, 2001: p. XIII), tanto più quando il ruolo analizzato è ampio, altamente complesso e articolato come quello in esame.

Esistono degli antecedenti ai comportamenti organizzativi che sono legati alle caratteristiche attributive del dirigente (il c.d. capitale umano) e alle sue "abilità" relazionali. Queste ultime sono intese sia come attitudine personale all'intrattenimento di relazioni con altre persone, sia in termini di "dimensione" della rete sociale.

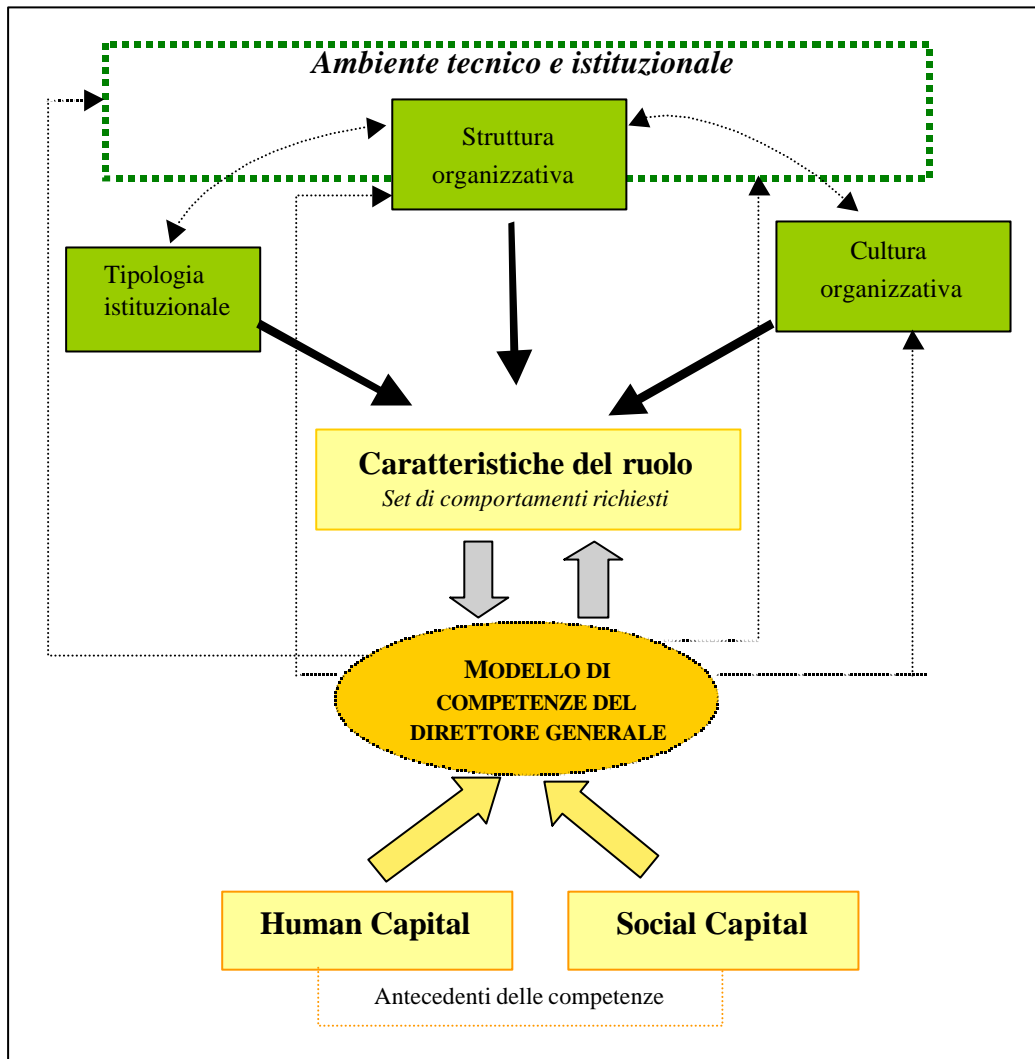


FIGURA 1

IL MODELLO DI COMPETENZE DEL DIRETTORE GENERALE: UNO SCHEMA PER L'ANALISI

4.2. Il modello delle competenze: le determinanti

4.2.1. L'ambiente istituzionale e tecnico

L'ambiente esterno nel settore sanitario si presenta come una combinazione di fattori di carattere istituzionale e di carattere tecnico (Scott, 2000; Cicchetti, 2002).

Gli elementi tecnici, nel settore sanitario, sono riconducibili alla natura della domanda, alle caratteristiche dell'offerta e allo stato della tecnologia. Le organizzazioni sanitarie interpretano le caratteristiche di queste forze e cercano risposte razionali per combinare opportunità ambientali con la struttura competitiva del settore. I manager, nei confronti delle problematiche tecniche, ricercano comportamenti efficaci ed efficienti.

Gli elementi istituzionali hanno a che fare da un lato con il complesso normativo, dall'altro con i sistemi di regolazione del settore descritti nel paragrafo precedente (§ 3), con le pratiche istituzionalizzate, le credenze comuni e i "miti" razionali che popolano il settore (Cicchetti, 2002). La risposta manageriale in questo caso è tendente al mantenimento di comportamenti ritenuti "appropriati" rispetto alle regole poste dall'esterno.

Nel paragrafo precedente (§ 3) è stata offerta una analisi dell'attuale assetto istituzionale e sono state approfondite alcune implicazioni sulle scelte organizzative e strategiche delle aziende sanitarie in Italia soprattutto in termini di autonomia dei manager rispetto ai diversi modelli di competizione amministrata.

In questa sede, invece, appare opportuno un approfondimento sull'impatto che le normative relative ai criteri di nomina, valutazione e revoca degli incarichi ai direttori generali svolgono nel determinare i fabbisogni di comportamento dei direttori generali.

Il direttore generale è nominato dalla Regione sulla base di un rapporto fiduciario e privatistico Il D.lgs. 229/99 non prevede alcun procedimento a carattere selettivo basato su requisiti che richiedano una valutazione comparativa e la motivazione della scelta da parte della regione. Unici requisiti previsti sono:

- il possesso del diploma di laurea;

- l'esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie (art. 3-bis, comma 3).

In merito alla valutazione delle attività del direttore generale, il D.Lgs. 229/99 prevede all'articolo 3 che le Regioni determinino preventivamente i criteri, tenendo conto degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi. All'atto della nomina del direttore generale, pertanto, le regioni sono tenute a definire ed assegnare, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse. Il legislatore, dunque, lascia alla regione ampi margini di autonomia nella definizione sia dei requisiti professionali necessari per la nomina sia degli specifici indicatori di performance sulla base dei quali valutare i risultati dell'attività del direttore generale, anche allo scopo di garantire il rispetto delle esigenze e delle priorità locali. Non tutte le regioni hanno esercitato a pieno tale autonomia, rinunciando talvolta ad una fondamentale strumento di responsabilizzazione dei Direttori generali.

L'ambiente istituzionale generico (quello descritto nel § 3) e gli elementi specifici relativi alla nomina e alla valutazione dei direttori generali senza dubbio incidono sui modelli comportamentali dei dirigenti. E' altrettanto evidente che tali comportamenti risultano influenzati da una eterogeneità ambientale derivante dalla rilevanza di fattori tecnici che impongono considerazioni di altra natura.

4.2.2. Le tipologie istituzionali

Il sistema sanitario nel nostro paese si caratterizza per una significativa eterogeneità istituzionale, tecnica e giuridica delle organizzazioni responsabili dell'erogazione dei servizi sanitari. Due sono gli elementi di diversità significativi in questo contesto: la missione istituzionale dell'organizzazione, ovvero la principale obbligazione contratta dall'azienda nei confronti del suo regolatore, e il livello di autonomia goduto rispetto alla programmazione regionale.

Per quanto riguarda il primo aspetto la differenza corre tra aziende territoriali ed aziende erogatrici.

La principale obbligazione delle Asl rispetto al regolatore regionale è relativa dell'assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) monitorati sulla base di regole definite a livello regionale. In questo contesto è fondamentale la rilevanza della missione pubblica dell'azienda: i comportamenti sono orientati all'appropriatezza.

Il caso delle aziende "erogatrici" è certamente più complesso. Per le aziende ospedaliere e per tutte quelle organizzazioni che erogano prestazioni di assistenza sanitaria, siano esse pubbliche che private, la principale obbligazione rispetto al regolatore regionale è legata alla "produzione" di servizi di assistenza ospedaliera (ricoveri ordinari, DH, day surgery, ricoveri di riabilitazione, specialistica ambulatoriale).

Alcune tipologie istituzionali aggiungono all'originaria obbligazione di erogazione di servizi per conto della Regione anche ulteriori obbligazioni nei confronti di altri soggetti (ad es. le Aziende ospedaliere universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

In tutti i casi afferenti a questo raggruppamento, lo stress manageriale è posto sull'esigenza di controllare razionalmente processi di trasformazione di risorse in servizi oltre che sull'esigenza di appropriatezza: i comportamenti sono orientati all'efficienza e all'efficacia rispetto al servizio erogato.

Considerando la seconda dimensione, ovvero i livelli di autonomia, le differenze corrono essenzialmente in relazione alla natura giuridica. Le aziende sanitarie pubbliche, senza dubbio, vedono la propria autonomia strategica limitata in relazione alla loro natura "funzionale" rispetto al bene collettivo (Borgonovi, 1990); nell'ambito del settore pubblico, per la verità, differenze nei livelli di autonomia sono certamente avvertiti tra aziende territoriali ed aziende ospedaliere (universitarie e non) e Irccs.

4.2.3. La struttura organizzativa

I fattori di complessità che contraddistinguono le aziende sanitarie sono in parte comuni a tutte le aziende di servizi. L'intangibilità, l'impossibilità di separare il momento della produzione da quello dell'erogazione, la non durevolezza del servizio a cui si accompagna l'impossibilità di immagazzinare lo stesso, rappresentano i principali elementi di complessità di un'azienda di servizi in quanto incidono sul grado di standardizzazione dei processi, sulle politiche di marketing e comunicazione, sul ruolo del personale di contatto, sul dimensionamento e la gestione della capacità produttiva, sui meccanismi di controllo della qualità e di valutazione della performance in genere (Bateson e Hoffman, 2000; Eiglier Langeard, 2000; Normann, 1992).

A questi fattori se ne aggiungono altri, legati alla specificità e criticità del servizio erogato oltre che alle particolari condizioni (sia fisiche che psicologiche) che caratterizzano il consumatore di servizi sanitari (Cicchetti, 2002).

In primo luogo, la complessità ed eterogeneità dei servizi erogati dalle aziende ospedaliere richiede la partecipazione di professionalità tra loro molto diverse, sia in termini di conoscenze e competenze sia in termini di cultura, valori e principi di fondo.

In secondo luogo, il proliferarsi delle specialità cliniche, dovuto all'incremento del numero di patologie ed alla continua innovazione tecnologica, ha determinato una esasperata specializzazione delle attività e delle competenze, a cui si accompagna, generalmente, una crescente autonomia e discrezionalità nello svolgimento del proprio lavoro, con conseguente incremento delle esigenze di coordinamento.

In terzo luogo, la dispersione territoriale delle strutture erogatrici, che tende ad accentuarsi in seguito al sempre maggior ricorso alle pratiche ambulatoriali, all'*home care*, al *day hospital*, contribuisce ad aumentare la complessità delle interdipendenze.

Infine, la necessità di valutare il servizio sia nei suoi aspetti relazionali, che coinvolgono in misura primaria la percezione del paziente, sia in quelli tecnici, che in virtù dell'elevata asimmetria informativa medico-paziente non possono essere lasciati alla valutazione di quest'ultimo, rende estremamente complesso il monitoraggio della qualità dei servizi sanitari.

Queste esigenze di coordinamento si sono tradotte, sul piano della progettazione organizzativa, nell'adozione di forme dipartimentali, sollecitate con insistenza dal legislatore ed al centro del dibattito degli studiosi di organizzazione sanitaria (Achard, 1999; Lega, 1999; Cicchetti, Lomi, 2000).

L'assetto dipartimentale mira a conciliare le esigenze di specializzazione, privilegiate in passato nella progettazione delle strutture sanitarie allo scopo di fronteggiare la crescente complessità della ricerca e della pratica clinica, con le esigenze di integrazione, generate dalla crescente interdisciplinarietà e interfunzionalità dei processi sanitari (Caccia e Longo, 1994; Pesaresi, 1996; Ruffini, 1996; Achard, 1999; Lega, 1999).

Da un punto di vista strategico, il dipartimento si configura come unità organizzativa dotata di autonomia; al direttore di dipartimento, organo monocratico previsto dal legislatore, spettano compiti di natura strategica, organizzativa e gestionale.

Spettano alla singola azienda le scelte riguardanti i criteri di dipartimentalizzazione, il reale grado di autonomia dei dipartimenti, le soluzioni strutturali di coordinamento tra dipartimenti e con le altre strutture organizzative, nonché il grado di partecipazione degli organi dipartimentali alle decisioni della direzione generale, dalle quali scaturiscono la configurazione del sistema organizzativo e le caratteristiche dei singoli ruoli .

Le aziende sanitarie, con l'adozione del modello dipartimentale, si presentano come organizzazioni policentriche, caratterizzate da un elevato decentramento decisionale, da un contenuto numero di livelli gerarchici e da diffuse modalità di coordinamento orizzontali, formali (ruoli integratori e strutture matriciali) ed informali (team working e relazioni dirette).

Questi fattori influiscono sul ruolo del vertice strategico nella misura in cui rendono fondamentale la capacità di mediare tra valori e regole professionali diversificate e, al

tempo stesso, la definizione di una strategia chiara e condivisa dai diversi centri decisionali.

4.2.4. La cultura organizzativa

Si parla di coordinamento culturale in riferimento all'azione di condizionamento che norme etiche e valori di sfondo di un dato contesto organizzativo esercitano sul comportamento individuale (Grandori, 1995).

La cultura organizzativa, intesa come l'insieme di valori e principi di fondo condivisi dai membri di un'organizzazione (Schein, 1983), rappresenta una fondamentale determinante del comportamento organizzativo soprattutto in quelle organizzazioni caratterizzate da una scarsa osservabilità dei comportamenti e dei risultati.

Nel contesto delle aziende sanitarie, lo sviluppo di una cultura aziendale assume una rilevanza notevole in virtù della difficoltà di coordinare le attività attraverso meccanismi formali quali la gerarchia e gli standard. La cultura rappresenta, infatti, un meccanismo di coordinamento "soft" nel momento in cui fornisce ai membri un senso di identità organizzativa, fondamentale in un contesto in cui spesso prevalgono i valori professionali rispetto alle regole e agli obiettivi organizzativi.

Il forte legame che i professionisti (i medici in modo particolare) hanno con la cultura, gli standard e i valori etici della propria professione è infatti difficile da conciliare con l'appartenenza ad un'organizzazione, di cui sono tenuti a rispettare le regole e perseguire gli obiettivi, anche qualora siano in conflitto con i propri interessi o con i propri valori etici.

L'uso degli strumenti culturali come meccanismo di gestione e coordinamento si fonda sul riconoscimento che la cultura organizzativa, da un lato, emerge ed è trasmessa inconsapevolmente, come risultato di un processo di apprendimento automatico e sedimentazione di consuetudini, modalità operative e valori. D'altro lato, è in parte un costrutto che può essere modellato, comunicato e trasmesso ai membri dell'organizzazione attraverso l'uso di riti, simboli ed artefatti, strumenti di comunicazione ma soprattutto attraverso il comportamento del management. Il vertice strategico delle aziende sanitarie ha dunque il delicato compito di diffondere regole comportamentali e valori che siano al di sopra di quelli individuali, mantenendo al tempo stesso la flessibilità organizzativa e strategica di cui queste aziende necessitano.

4.3. Il modello delle competenze: gli antecedenti

Le caratteristiche ambientali (istituzionali e tecniche), la struttura organizzativa, l'eterogeneità culturale che caratterizza le organizzazioni sanitarie e le tipologie istituzionali sono i principali elementi considerati come determinanti dei fabbisogni di comportamenti da parte del manager sanitario.

Al tempo stesso, le caratteristiche del ruolo sono legate all'interpretazione che il singolo dà al ruolo stesso, attraverso le sue attitudini personali (capitale umano) e relazionali (capitale sociale).

4.3.1. Il capitale umano

Le recenti tendenze degli studi organizzativi pongono il capitale umano al centro dei processi di cambiamento organizzativo, evidenziando quindi il ruolo critico che deve

essere attribuito agli strumenti che ne consentono la valorizzazione (formazione, apprendimento, percorsi di carriera e di sviluppo professionale in genere).

Sono molti gli autori che nella spiegazione dei comportamenti organizzativi, hanno sottolineato l'importanza degli aspetti attributivi degli attori quali il sesso (Kanter, 1977), l'educazione e l'esperienza (Pfeffer, 1981), la durata del rapporto di lavoro (Krackardt e Kilduff, 1989).

Molti studiosi si sono focalizzati sull'impatto che le caratteristiche e la composizione del *top management* hanno sulle attività aziendali, sui processi strategici, sulla performance (Ibrahim e al., 2000). Alcuni autori sostengono che ogni organizzazione riflette in qualche misura il background dei suoi leaders più influenti e che gran parte delle politiche e dei valori aziendali possono essere spiegati dalle loro caratteristiche (Hambrick and Mason, 1984; Chaganti and Sambharya, 1987). Particolare interesse è stato dedicato all'impatto della direzione sulla performance finanziaria, sulla successione del CEO (Kesner e Dalton, 1985) e sulla responsabilità sociale del corporate (Ibrahim e Angelidis, 1995). Emerge da molti di questi studi che le preferenze e le attitudini dei manager si formano coerentemente all'area funzionale di provenienza, a conferma dell'idea che i percorsi di carriera svolgono spesso un ruolo determinante in termini di impatto sul comportamento manageriale.

Numerosi altri studi hanno focalizzato l'attenzione sull'esistenza di una relazione tra le caratteristiche demografiche degli attori organizzativi ed alcune variabili quali la frequenza della comunicazione (Kanter, 1977; Pfeffer, 1981; Simmel, 1955; Zenger e Lawrence, 1989), il turnover (Wagner, Pfeffer e O'Reilly, 1984), la valutazione della performance (Tsui e O'Reilly, 1989), l'innovazione organizzativa (O'Reilly e Flatt, 1989) la performance organizzativa (Wagner, Pfeffer e O'Reilly, 1984).

Inoltre, le caratteristiche degli attori possono influire sulla capacità di apprendimento influenzando sia le opportunità di ricerca e esplorazione di nuove fonti di conoscenza (March, 1989), sia la capacità di assorbimento, che risulta strettamente legata alla storia passata e alle conoscenze già acquisite (Cohen e Levinthal, 1990) nonché alle modalità di interpretazione e percezione dei fenomeni (Cyert e March, 1963).

La diversità delle evidenze empiriche e dei contributi teorici rende difficoltosa, ma al tempo stesso necessaria, la formulazione di ipotesi circa l'influenza del capitale umano sulla formazione di competenze e sulla performance organizzativa.

4.3.2. Il capitale sociale

Una parte significativa degli studi organizzativi ha inteso spiegare i comportamenti degli individui, dei gruppi e delle organizzazioni sulla base delle interazioni tra questi e l'ambiente rilevante, organizzativo o istituzionale.

I comportamenti di organizzazioni, gruppi e individui, secondo questi autori, sono meglio spiegabili attraverso l'osservazione del complesso di relazioni diadiche che legano gli attori dell'azione organizzativa tra di loro (Levin e White, 1961; Evan, 1966; Burt 1982, Granovetter 1985). Si ritiene, infatti, che le decisioni e le azioni dell'individuo (la sua stessa individualità, quindi) scaturiscano dall'intersezione della sua appartenenza a diversi gruppi sociali (Simmel, 1955) e che l'osservazione della serie di network duali (Breiger, 1974) generati dall'appartenenza dello stesso a diversi gruppi permetta la piena spiegazione dei suoi comportamenti.

La posizione assunta dagli attori (individui o organizzazioni) nell'ambito di network di relazioni multiple si è dimostrata rilevante nella valutazione di fenomeni organizzativi

quali la motivazione al lavoro (Kulick e Ambrose, 1992), la leadership (Graen, 1976), il turn over (Krackardt e Porter, 1985), l'assenteismo (Rogers 1987), l'attitudine al lavoro (Brass, 1981), il potere (Brass, 1984).

Questo ha aperto la strada all'elaborazione del concetto di *social capital* (Burt 1982) che sembra sintetizzare il potenziale positivo esistente nell'assunzione da parte dell'individuo o dell'organizzazione di particolari posizioni di "centralità" nell'ambito di un sistema di relazioni. La capacità relazionale (Lorenzoni e Lipparini, 1999), ovvero la particolare abilità di alcuni attori di mantenere posizioni centrali rispetto ad una rete di relazioni, ha dimostrato la sua efficacia nel rafforzare la possibilità per le organizzazioni di conseguire un vantaggio competitivo (Burt, 1992) e per le unità operative di migliorare la propria performance organizzativa (Cicchetti e Lomi, 2001).

5. I RISULTATI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

La comprensione del modello professionale del direttore generale di azienda ospedaliera può trarre utili spunti dalla conoscenza degli attuali profili di competenze che caratterizzano i direttori generali ad oggi in carica.

La rilevazione dei dati curriculari è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario strutturato a tutti i direttori generali delle aziende ospedaliere italiane (N=107). Il questionario, strutturato in 10 domande, ha permesso la rilevazione di informazioni relative alle caratteristiche anagrafiche, al processo formativo e all'itinerario di carriera.

I dati rilevati sono stati elaborati ricorrendo agli strumenti di analisi descrittiva (SPSS 5.0).

Il tasso di risposta complessivo è pari al 44% dell'intera popolazione. La tabella 1 mostra l'estrema eterogeneità nei tassi di risposta nelle diverse realtà regionali con un massimo del 100% dai direttori generali della Regione Friuli Venezia Giulia e con nessuna risposta dalle aziende della Basilicata, della Calabria e della Sardegna. Complessivamente i questionari compilati sono stati 47 su 107 inviati. Il tasso di risposta risulta notevolmente superiore nelle regioni del centro-nord rispetto a quelle del sud e delle isole.

TABELLA 1

Tassi di risposta

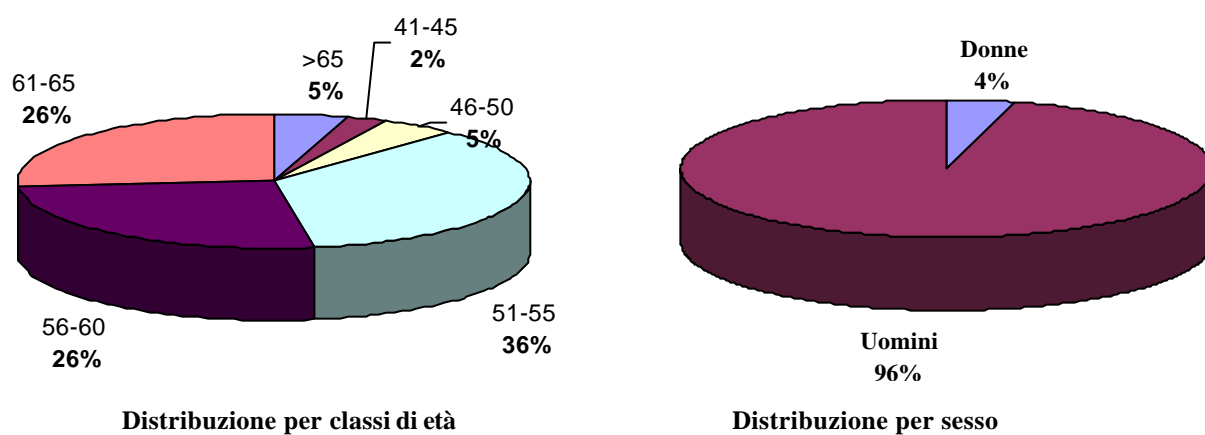
Regioni*	Rispondenti	Totale AO/AOU	Percentuale Rispondenti
BASILICATA	0	2	0%
CALABRIA	0	4	0%
CAMPANIA	4	10	40%
EMILIA R.	3	5	60%
FRIULI V.G.	4	4	100%
LAZIO	4	6	67%
LIGURIA	2	3	67%
LOMBARDIA	13	29	45%
PIEMONTE	6	7	86%
PUGLIA	2	6	33%
SARDEGNA	0	3	0%
SICILIA	4	20	20%
TOSCANA	3	4	75%
UMBRIA	1	2	50%
VENETO	1	2	50%
Totale Italia	47	107	44%
NORD	23	43	53%
CENTRO	8	12	67%
SUD E ISOLE	10	45	22%

Sono escluse dalla rilevazione le Regioni nelle quali non sono presenti Aziende Ospedaliere o Aziende Ospedaliere Universitarie (Abruzzo, Molise, PA di Trento, PA di Bolzano, Valle d'Aosta). La Regione Marche è stata esclusa per commissariamento di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali al momento della rilevazione.

Dall'analisi delle informazioni anagrafiche emerge una forte prevalenza nella fascia di età compresa tra i 56 e i 65 anni (52%). Nella stragrande maggioranza dei casi i

Direttori generali delle aziende sanitarie italiane sono uomini (96%); ciò conferma una “tradizione” caratteristica di tutta la pubblica amministrazione italiana.

TABELLA 2
DISTRIBUZIONE PER ETÀ E SESSO

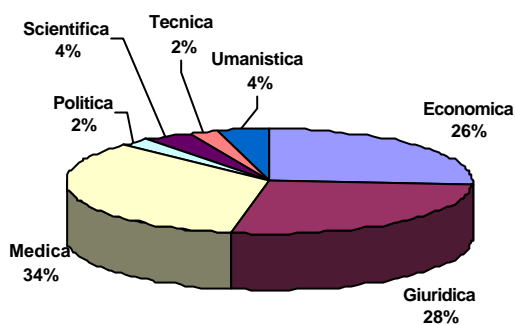


Relativamente ai profili formativi il campione si distribuisce in maniera abbastanza omogenea tra lauree economiche (26%) e giuridiche (28%); emerge una lieve prevalenza di direttori generali con una formazione medica (34%) a conferma della criticità del ruolo professionale nel settore anche nelle più alte cariche aziendali.

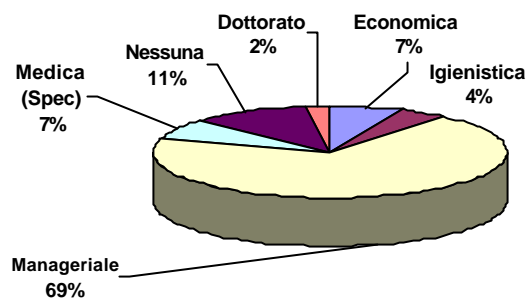
TABELLA 3

PROFILO FORMATIVO

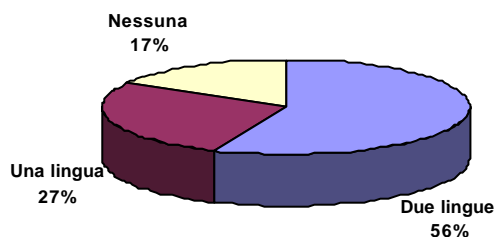
Tipologia Laurea



Formazione Post Laurea



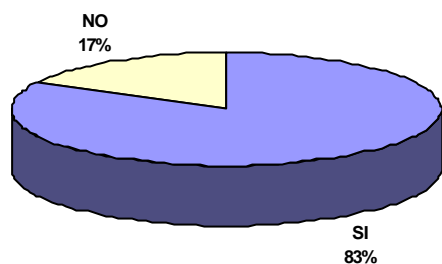
Lingue straniere



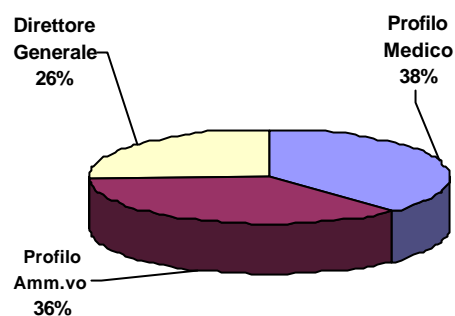
Dai dati emerge come l'obbligatorietà della formazione manageriale per i direttori generali abbia trovato ampia applicazione. Il 69% del campione dichiara di aver partecipato ad un corso di formazione manageriale. Altri percorsi formativi appaiono del tutto marginali (es. Dottorato 2%). Sicuramente interessante il dato relativo alla presenza di specialisti in igiene a capo delle aziende sanitarie (4%); certamente un valore esiguo in considerazione del fatto che il profilo formativo dell'igienista è il più prossimo alle specificità della professione manageriale.

TABELLA 4
ESPERIENZE PROFESSIONALI

Precedenti esperienze nel settore sanitario



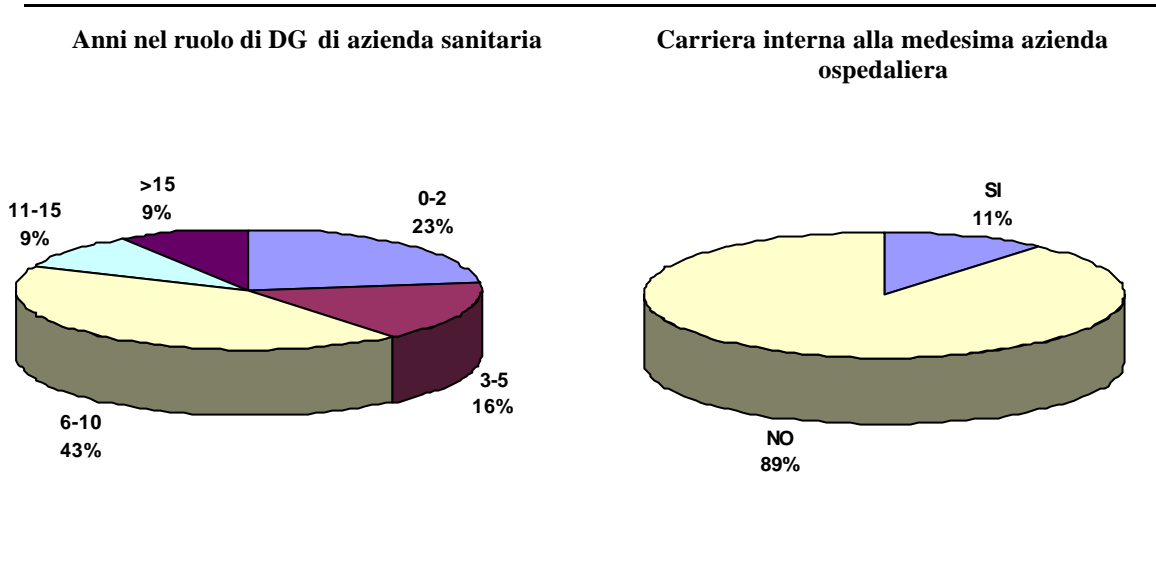
Posizioni già ricoperte nel settore sanitario



Per quanto riguarda l'itinerario di carriera percorso dai direttori generali emerge una netta prevalenza di manager che dedicano tutta la loro carriera professionale al settore sanitario. Solo il 17% dei rispondenti provengono da esperienze al di fuori del settore sanitario (industria e commercio o altri ambiti della pubblica amministrazione). Tra coloro che hanno maturato la loro esperienza nel settore, il 26% ha già ricoperto cariche apicali anche nell'ambito di enti ospedalieri o unità sanitarie locali prima dell'attivazione del processo di aziendalizzazione. Si distribuiscono equamente le carriere in ambito amministrativo e medico.

TABELLA 5

PERCORSO DI CARRIERA



Da rilevare l'elevata proporzione di direttori generali che ricoprono questo ruolo (nella stessa azienda o in altre aziende del Ssn) da più di 6 anni: ben il 61 % dei rispondenti. Certamente interessante è il dato che mostra la assoluta prevalenza delle “carriere esterne” rispetto a quelle “interne” alla medesima azienda (89%). Raramente, quindi, il direttore generale giunge alla massima posizione dirigenziale dopo una carriera di dirigente, medico o amministrativo che sia, all'interno della stessa azienda. Analogamente a quanto accade in altri settori industriali, soprattutto per le grandi imprese, anche nel settore sanitario sembrerebbe esistere un “mercato del lavoro” dell'alta dirigenza da cui le Regioni tendono ad acquisire profili professionali già qualificati per il ruolo.

Sembrerebbe esistere, inoltre, una certa mobilità all'interno dei confini di questo "mercato". La durata media dell'incarico del direttore generale in una specifica azienda ospedaliera è pari a circa 3 anni e mezzo, con un massimo rilevato di 10 anni di permanenza e un minimo di 6 mesi. Questo dato in parte conferma la sensazione che la natura politica dei processi di nomina e revoca non favorisca rapporti di lavoro prolungati in questo ambito. Una certa differenziazione è comunque rilevabile a seconda delle regioni di appartenenza.

TABELLA 6
DURATA DELL'INCARICO (ANNI)

Statistiche descrittive	Totale	Lombardia	Friuli Venezia Giulia	Lazio	Toscana
Media	3,7	4,5	1,4	2	1,5
Mediana	2,5				
Max	10				
Min	0,5				

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il progetto di ricerca, del quale qui presentiamo il modello teorico e alcuni risultati relativi alla definizione del contesto, procede in maniera "esplorativa" verso la comprensione del "modello di competenze" del direttore generale di una azienda ospedaliera. E' evidente il rischio di cedere alla tentazione di proporre una ennesima definizione del "manager ideale".

Non è questa la nostra intenzione anche se siamo altrettanto consapevoli dell'utilità pratica di definire un "modello di competenze" per questa importante figura dirigenziale nel settore pubblico. Le regioni italiane, come visto nel precedente paragrafo 4.3, continueranno a definire criteri di selezione, nomina, valutazione e revoca per i dirigenti delle proprie Asl e Aziende ospedaliere. Pur in presenza di una difficoltà metodologica significativa, esiste quindi una esigenza pratica di fornire indicazioni per il reclutamento di persone potenzialmente idonee all'adozione di quei comportamenti richiesti dalla posizione.

Riteniamo che un primo passo sia proprio quello di "contestualizzare" quanto più possibile il modello di competenze in una sorta di approccio "contingente" che leghi i fabbisogni di comportamento con le caratteristiche dell'ambiente, con le strutture organizzative e con la cultura. Secondo il nostro approccio tali dimensioni, nell'ambito dello stesso settore sanitario, variano in considerazione delle diverse tipologie istituzionali delle organizzazioni da governare: Asl, aziende ospedaliere pubbliche, aziende ospedaliere universitarie, aziende ospedaliere private e accreditate. E' alla luce del riconoscimento di una variabilità intra-settoriale, che abbiamo deciso di circoscrivere l'attenzione sulla figura del direttore generale dell'azienda ospedaliera pubblica.

Rimanderemo al termine della ricerca, quindi alla conclusione della rilevazione del modello di competenze di quei direttori generali riconosciuti come casi "di successo" nelle aziende ospedaliere nazionali, qualsiasi considerazione sul modello emergente.

In questa fase riteniamo però opportuno mettere in evidenza un elemento del modello di competenze del direttore generale che fin dalle premesse appare emergere dalla lettura del contesto.

Chi è chiamato a governare una azienda ospedaliera trova di fronte a se sistemi di valori e di regole fortemente eterogenei, spesso in netto contrasto tra loro. Tra le variabili ambientali e quelle organizzative è evidente la presenza di una eterogeneità culturale che nasce dalla presenza di una necessaria convivenza tra regole istituzionali, pratiche professionali e razionalità manageriale.

In queste condizioni la principale abilità del manager dovrebbe essere quella di fungere da “mediatore” tra le tre prospettive culturali assumendo una posizione di terzietà rispetto ad esse.

Appare rischioso, infatti, adottare uno stile di governo che tenda ad imporre la razionalità economica quale unica “regola” del gioco. Allo stesso modo, però, il direttore generale non potrebbe governare l’azienda facendo affidamento sulla capacità di autoregolazione dei sistemi professionali nel tentativo di rispettare le diverse autonomie che, nelle aziende sanitarie, tendono ad essere particolarmente forti. E’ altrettanto errato, come terza ipotesi, assumere una posizione di assoluto e incondizionato rispetto del ruolo istituzionale dell’azienda sanitaria nel sistema regionale incuranti delle altre “regole” da soddisfare; quelle della “razionalità economica”, evenienza che condurrebbe al disequilibrio e al fallimento; quelle “tecnico-professionali”, tipiche dell’organizzazione di “clan”, caso che innescherebbe forti conflitti organizzativi oltre che la “sterilizzazione” dell’iniziativa e della responsabilizzazione professionale.

Se il manager proveniente da una azienda industriale tenderà, per sua formazione e orientamento “cognitivo”, ad applicare prevalentemente regole e quindi strumenti del primo tipo, il dirigente con una carriera nella pubblica amministrazione che giunge a ricoprire la posizione di direttore generale, necessariamente avrà quell’orientamento che

Fontana e Lorenzoni (1999) hanno definito “amministrativo”; tenderà ad uniformarsi alle indicazioni istituzionali senza esprimere pienamente la sua discrezionalità che – altrettanto istituzionalmente – è invece legittimata dall’ampia autonomia “imprenditoriale” che caratterizza oggi l’azienda sanitaria pubblica. E’ altrettanto probabile che, un direttore generale proveniente da una formazione igienistica e da una carriera di direzione sanitaria, tenderà a rispettare, più degli altri, le autonomie e le discrezionalità dei colleghi medici con i quali condivide il “sentimento” professionale perdendo magari di vista la criticità del mantenimento dell’equilibrio economico e il rispetto di regole istituzionali tentando, magari, di “riscriverle”.

L’equilibrio e la mediazione sono parole chiave che suggeriscono un modello di competenze diverso da tutti quelli oggi presenti nel settore e che potrebbe giovare di un percorso formativo e professionale da definire alla luce dell’esigenza del rispetto delle diverse sensibilità che popolano il settore ospedaliero.

Bibliografia

- Achard P., Cicchetti, A., Profili S., 2000, La formazione delle strategie nelle aziende sanitarie, in Fontana F., Lorenzoni G.(a cura di), L'architettura strategica delle aziende sanitarie: un'analisi empirica, Franco Angeli, Milano.
- Achard, P.O., 1999, Economia e Gestione delle imprese sanitarie, Franco Angeli, Milano.
- Albanese R., 1989, Competency-based management education, Journal of Management Development, 8(2), 66-79.
- Antonacopoulou E.P, Fitzgerald L., 1996, Reframing competency in management development, Human Resource Management Journal, 6/1, (27-48).
- Barnard C.,1938, The functions of executive, Harvard University Press, Cambridge, Ma.
- Bartlett C.A., Ghoshal S., 1997, The myth of the generic manager: new personal competencies for new management roles, California Management Review, Fall.
- Bateson J.E., Hoffman K.D., 2000, Gestire il marketing dei servizi, Apogeo, Milano.
- Borgonovi E., 1990, Il controllo economico delle aziende con processi ad elevata autonomia professionale, in Borgonovi E. (a cura di) Il controllo economico nelle aziende sanitarie, Egea, Milano.
- Borgonovi, E., 1999, Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA, Milano.

- Boyatzis R.E., 1982, *The competent manager: a model for effective performance*, New York: John Wiley.
- Braiger R., 1974, *The duality of persons and groups*, *Social Forces*, v53, 181-190.
- Brass D.J., 1981, *Structural relationships, job characteristic and worker satisfaction and performance*, *Administrative Science Quarterly*, 26, 331-348.
- Brass, D.J., 1984, *Being in the right place: a structural analysis of individual influence in an organization*, *Administrative Science Quarterly*, 29, 518-539.
- Brown R.B., 1993, *Meta-competence: a recipe for reframing the competence debate*, *Personnel Review*, vol. 22, 6: 6-13.
- Burt, R., 1982, *Toward a structural theory of action. Network models of social structure: perception and action*, New York, Academic Press.
- Burt, R., 1992, *Structural holes, The social Structure of Competition*, Harvard University Press.
- Caccia C., Longo F., 1994, *L'applicazione dei modelli organizzativi evoluti al sistema socio-sanitario pubblico*, *Mecosan*, 10:24-35.
- Chaganti R., Sambharya R., 1987, *Strategic orientation and characteristics of upper management*, *Strategic Management Journal*, 8: 393-401.
- Cicchetti A., 2002, *L'organizzazione dell'ospedale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Cicchetti A., Lomi A., 2001, *Aspetti relazionali e attributivi della variabilità nella performance delle unità organizzative sanitarie*, in Costa G. (a cura di), *Flessibilità e Performance*, Atti del convegno di Padova, 1-2 febbraio 2001 (CD-Rom).

- Cohen W.M., Levinthal D.A., 1990, Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation, *Administrative Science Quarterly*, 35: 128-152.
- Collin A., 1989, Manager's competence, rhetoric, reality and research, *Personnel Review*, 18(6):20-25.
- Costa, G., 2000, *Economia e direzione delle risorse umane*, UTET, Torino.
- Cyert R.M., March J., 1963, *Behavioral theory of the firm*, Prentice-Hall, NJ.
- Drucker P., 1955, *The practice of management*, London, Heinemann.
- Dulewicz V., 1989, Assessment centres as the route to competence, *Personnel Management*, November, 56-59.
- Eiglier P., Langeard D., 2000, *Il marketing strategico dei servizi*, McGraw Hill, Milano.
- Evan W., 1966, The organization set: Toward a theory of interorganizational relations, in Thompson J.D. (a cura di), *Approaches to Organizational Design* Pittsburg University Press, Pittsburgh.
- Fayol H., 1950, *Administration industrielle et générale*, Paris: Dunod.
- Ferlie, E., Ashburner, A., Fitzgerald, L., e Pettigrew, A., 1996, *The New Public Management in Action*. Oxford University Press, Oxford.
- Finkelstein S., Hambrick D.C., 1990, Top management team tenure and organizational outcomes: the moderating role of strategic discretion, *Administrative Science Quarterly*, 35: 484-503.
- Fleishman E., Harris E.F., 1962, Patterns of leadership behavior related to employee grievances and turnover, *Personnel Psychology*, vol. 15: 45-56.

- Fontana F., Lorenzoni G. (a cura di), L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica, Franco Angeli, Milano, 2000;
- France G., 1999, Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel Ssn, Giuffrè, Milano.
- Graen G., 1976, Role making processes within complex organizations, in Dunnette M., Handbook of industrial and organizational psychology, Rand McNally, Chicago.
- Grandori A., 1995, L'organizzazione delle attività economiche, Bologna, Il Mulino.
- Granovetter M., 1985, Economic action and social structure: The problem of embeddedness, American Journal of Sociology, 91 (3): 481-510.
- Hambrick D., Mason P., 1984, Upper echelons: the organization as a reflection of its top managers, Academy of Management Review, 9: 193-206.
- Harrison F., 1979, Towards a general model of management, Journal of General Management, 5(2): 33-41.
- Hitt M.A., Tyler B.B., 1991, Strategic decision models: integrating different perspectives, Strategic Management Journal, 12(5).
- Ibrahim N.A., Angelidis J.P., 1985, The corporate social responsiveness orientation of board members, Journal of Business Ethics, 14(5).
- Ibrahim N.A., Angelidis J.P., Howard D.P., 2000, The corporate social responsiveness orientation of hospital directors: does occupational background make a difference?, Health Care Management Review, 25(2): 85-92.

- Jacobs R., 1989, Getting the measure of management competence, *Personnel Management*, June, 32-37.
- Kanter, R.M., 1977, *Men and Women of the corporation*, Basic Books, New York.
- Katz R.L., 1974, Skills of an effective administrator, *Harvard Business Review*, Sep-Oct.
- Kesner I.F., Dalton I.R., 1985, The effect of board composition on CEO succession and organizational performance, *Quarterly Journal of Business and Economics*, Spring.
- Kotter J., 1982, *The general managers*, New York, The Free Press.
- Kotter J., 1995, *The New Rules*, The Free Press, Simon & Schuster Inc., New York.
- Krackardt D., Porter L., 1985, When friends leave: a structural analysis of the relationship between turnover and stayer's attitudes, *Administrative Science Quarterly*, 30: 242-261.
- Krackhardt D., Kilduff M., 1989, Friendship patterns and culture: the control of organizational diversity, *American Antropologist*, 92: 142-154.
- Kulick C., Ambrose M., 1992, Personal and situational determinants of referent choice, *Academy of Management Review*, 17: 221-237.
- Lega F. 1999, Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero, *Mecosan*, 30: 9-24
- Levine, P., White H., 1961, Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships, *Administrative Science Quarterly*, 5: 583-601.
- Likert R., 1961, *New patterns of management*, New York, Mc Graw-Hill.

- Lorenzoni G., Lipparini A., 1999, The leveraging of interfirm relationships as a distinctive organizational capability: a longitudinal study, *Strategic Management Journal*, 20: 317-338.
- Maggi B., 2001, *Le competenze per il cambiamento organizzativo*. ETAS, Milano.
- Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- March J., 1991, Exploration and exploitation in organisational learning. *Organization Science*. (2)1: 71-87.
- March J.C., Simon H.A., 1958, *Organizations*, J.Willey, New York.
- Miller D., 1991, Stale in the saddle: CEO tenure and the match between organization and environment, *Management Science*, 37: 34-52.
- Mintzberg H., 1973, *The nature of managerial work*, New York, Harper & Row.
- Nonaka I., 1991, The knowledge creating company, *Harward Business Review*, 96-104.
- Normann R., 1992, *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
- O'really C.A., Flatt S., 1989, Executive team demography, organizational innovation, and firm performance, Working Paper, University of California, Berkeley.
- Osborne, D., Gaebler T., 1992, *Reinventing Government*. Addison Wensley, Reading, MA.
- Pesaresi F., 1996, Il dipartimento ospedaliero nelle Marche, *ASI*, 38: 50-58
- Pfeffer J., 1981, *Power in Organizations*, Pittman, Marshfield, MA.

- Pfeffer J., 1983, Organizational demography, in L.L. Cummings and B.M. Straw, Research in Organizational Behavior 5, Greenwich, CT: JAI Press: 299-357.
- Pitcher P., Smith A.D., 2001, Top management team heterogeneity: personality, power and proxies, Organization Science, 12(1): 1-18.
- Rebola G., Meneguzzo M., 1990, Strategia delle amministrazioni pubbliche, UTET, Torino.
- Rogers E., 1987, Progress, problems and prospects for network research: investigating relationships in the age of electronic communication technologies, Social Networks, 9(4): 285-301.
- Ruffini R., 1996, Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan, 18: 44-56.
- Schein E.H., 1983, The role of the founder in creating organisational culture, Organisational Dynamics, 3: 13-28.
- Schroder H.M., 1989, Managerial competence: the key to excellence, Iowa, Kendall/Hunt.
- Schroder H.M., Driver M.T., Streufert S., 1967, Human information processing, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Scott W.R., Reuf M., Mendel P.J., Caronna, C.A, 2000, Institutional change and healthcare organizations, The University of Chicago Press, Chicago.
- Scott, R.W., 1995, Istituzioni and Organizations, Sage Thousand Oaks, California 1995.
- Senge P.M., The Fifth Discipline, Double Day, New York, 1990.

- Simmel G., 1955, Conflict and the web of group-affiliations, Glencoe Ill., Free Press.
- Simon H.A., 1947, Administrative Behavior, The Free Press, New York.
- Smith P., 1985, The stages in managers' job, in Hammond V., Current Research in Management, London, Frances Pinter.
- Smith K.G. e alii, 1994, Top management team demography and process: the role of social integration and communication, Administrative Science Quarterly, 39: 412-438.
- Stewart R., 1976, Contrasts in management: a study of different types of manager's jobs, London, McGraw Hill.
- Thompson J.D., 1967, Organizations in Action, New York, McGraw-Hill.
- Tsui A.S., O'Really C.A., 1989, Beyond simple demographic effects: the importance of relational demography in superior-subordinate dyads, Academy of Management Journal, 32: 402-423.
- Tushman M.L., Romanelli E., 1985, Organizational evolution: a metamorphosis model of convergence and reorientation, in L.L. Cummings, B.M. Staw, Research in Organizational Behavior, Vol. 7, JAI Press, Greenwich, CT: 171-222.
- Wagner W.G, Pfeffer J., O'Really C.A., 1984, Organizational demography and turnover in top management groups, Administrative Science Quarterly, 29:74-92.
- Wiersema M.F, Bantel K.A., 1992, Top management team demography and corporate strategic change, Academy of Management Journal, 35(1): 91-121.

- Zenger T.R., Lawrence B.S., 1989, Organizational demography: the differential effects of age and tenure distributions on technical communication, *Academy of Management Journal*, 32(2): 353-376.

Note

ⁱ Una eccezione è rappresentata dallo studio realizzato da Dulewicz (1989), i cui risultati suggeriscono che le competenze manageriali legate al contesto organizzativo (firm-specific) rappresenterebbero solamente il 30% del set di competenze manageriali, mentre il restante 70% rappresenterebbe requisiti generali nei diversi contesti aziendali. Con una maggiore ricerca empirica e condivisione di obiettivi sarebbe dunque possibile pervenire alla definizione di un modello universalmente valido di competenze manageriali.