

5.2 SUB TRACK

L'analisi organizzativa per l'efficienza, la trasparenza e la partecipazione nelle amministrazioni pubbliche

**IL CONTRIBUTO DEGLI STUDI ORGANIZZATIVI ALLO
SVILUPPO E ALL'INNOVAZIONE
DEL SISTEMA SANITARIO.
RISULTATI DI UNA RICERCA SULLO STATO DELL'ARTE E
POSSIBILI STRATEGIE
OPERATIVE NEL PROSSIMO FUTURO**

Francesco Bof

Docente della Divisione Amministrazioni Pubbliche della Scuola
di Direzione Aziendale Bocconi

Pietro Previtali

Ricercatore di Organizzazione Aziendale, Università degli Studi
di Pavia

Pietro.previtali@unipv.it (corresponding author)

Abstract

Negli ultimi quindici anni di riforme pubbliche il miglioramento della gestione delle aziende sanitarie italiane, soggetti strategici nel welfare di un sistema paese, è stato di norma associato al contenimento dei costi di gestione, più che a fattori tipicamente legati al governo dei processi sia amministrativi sia clinici secondo un'approccio integrato sugli outcome in una logica di medio-lungo periodo orientata alla qualità e ad analisi costi e benefici. I cambiamenti sistemici ed organizzativi che hanno caratterizzato le aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) secondo una concezione di azienda impensabile fino ai primi anni '90, non hanno raggiunto i risultati desiderati.

La maggior tensione verso risultati di efficacia, efficienza ed economicità ha, però, gradualmente nel tempo, rafforzato la necessità di organizzazioni più elastiche e funzionali alla qualità dei servizi sanitari erogati, in cui i diversi attori possano coordinarsi ed integrarsi meglio e più flessibilmente per gestire fasi, attività, sequenze ed interdipendenze di processo di varia natura svolte da risorse e ruoli diversi e ad elevato grado di complessità. In questo senso, la ricerca e lo sviluppo di manager capaci di introdurre, diffondere e realizzare, sistematicamente, logiche, tecniche e strumenti operativi di gestione per processi rappresenta, allo stesso modo, una necessità, e non un'opzione, un investimento ed un'opportunità e non un costo o un vincolo.

Federalismo, sussidiarietà, decentramento, riforme per la semplificazione amministrativa, e per il recupero di efficienza di processo ed efficacia clinica, sono termini ormai conosciuti anche se, talora, associati a modelli organizzativi e gestionali di riferimento diversi ed incoerenti tra loro. "Per ora si tratta di una sfida che si gioca sul piano politico e del modello istituzionale", ma quando un modello federale inesorabilmente si completerà il confronto si trasferirà dal livello politico-istituzionale ad un livello gestionale operativo, volto a fornire risposte concrete alle esigenze delle comunità locali. Le aziende sanitarie, devono e dovranno, cioè, trovare sistemi di erogazione dei servizi al cittadino sempre più qualificati, attraverso forme di *revisione continua* della gestione operativa dei processi, nell'ambito di spazi di autonomia istituzionale ed aziendale con nuovi confini in cui dovranno essere opportunamente calati anche i sistemi operativi di programmazione e controllo, controllo di gestione, gestione delle risorse umane etc.

Occorre utilizzare questi spazi di autonomia per studiare, sviluppare ed affinare metodi e strumenti operativi che consentano di rivedere e cambiare la gestione delle attività di erogazione dei servizi sanitari secondo una logica di sistema in cui dimensione sanitaria ed amministrativa rientrino in un'unità d'intenti aziendale. Il governo dei processi operativi rappresenta una priorità strategica che può essere favorito agendo, quindi, sull'organizzazione attraverso logiche e metodi di analisi-diagnosi e reengineering rigorosi, ma con elementi di sostanziale flessibilità.

Nell'articolo si descrive l'applicazione della metodologia di analisi e riprogettazione dei processi pubblici del Public Organization Reengineering (Tonti, Bof, 2004), costruita su principi e fattori distintivi definiti a partire dalle caratteristiche peculiari del contesto pubblico. Dopo aver descritto il POR evidenziandone la valenza strategica e definendo alcuni assunti organizzativi di fondo, si presentano i risultati di una ricerca, svolta su un campione di 78 aziende sanitarie pubbliche italiane (54 aziende sanitarie locali e 24 aziende ospedaliere) rappresentative della geografia nazionale (Nord, Centro, Sud) ed ispirata ai principi e metodi del POR, che ha inteso verificare lo stato dell'arte, le difficoltà incontrate e gli errori compiuti, le possibilità di miglioramento e di innovazione e le prospettive future sul tema della reingegnerizzazione dei processi strategici nella Sanità pubblica italiana.

I risultati dell'indagine fatta attraverso questionari multiple-choice, fornisce spunti di riflessione per i vertici delle aziende sanitarie e per management sanitario pubblico che li supporta, con riguardo alle strategie di miglioramento dei processi critici e strategici, all'approccio al cambiamento ed alle tecniche e strumenti operativi da adottare al fine di pervenire a soluzioni razionali ed efficienti capaci di incidere anche sulla qualità dei servizi finali. Occorrerà, in altri termini, indirizzare maggiormente le aziende sanitarie verso scelte organizzative e sviluppo di competenze interne che perseguano qualità dei servizi ed equilibrio economico-finanziario attraverso la conoscenza (analisi ed interpretazione) e la revisione dei processi.

1. Il Public Organization Reengineering

Le tecniche e metodologie di reengineering diffuse nella prassi e in letteratura sono molteplici (Business Process Reengineering, Business Process Improvement, Customer Centered Reengineering etc). Talora

contraddittorie appaiono le diverse definizioni che la letteratura ha fornito in riferimento alle diverse metodologie; obiettivi di riprogettazione, leve organizzative e campo di indagine e di applicazione possono essere così variabili da giustificare impostazioni e definizioni tra loro diverse (Morris e Brandon, 1995; O'Neill et al, 1999).

Davenport and Short (1990) descrivono il BPR “as the analysis and design of work flows and processes within and between organisations”. Per Hammer and Champy (1993) consiste nel “fundamental rethinking and radical redesign of business processes to achieve dramatic improvements in critical, contemporary measures of performance, such as cost, quality, service, and Speed”. Altri autori come Talwar (1993) sostengono che il BPR è “focused on the rethinking, restructuring and streamlining of the business structure, processes, methods of working, management systems and external relationships through which value is created and delivered. Secondo Petrozzo e Stepper (1994) il BPR “involves the concurrent redesign of processes, organisations, and their supporting information systems to achieve radical improvement in time, cost, quality, and customers’ regard for the company’s products and services”. Mentre per Lowenthal (1994) “the focus is on the organisation’s core competencies, to achieve dramatic improvements in organisational performance, as BPR’s essential components.

Questa confusione di termini e di contenuti è sintetizzabile pensando ai maggiori autori sul tema: Hammer (1990) parla di “business process reengineering”, mentre Davenport e Short (1990) di “business process redesign”, e ancora Business process improvement (Harrington, 1991), Core process redesign (Kaplan and Murdoch, 1991), Business process transformation (Burke and Peppard, 1993), Breakpoint business process redesign (Johanssen et al., 1993), Organisational reengineering (Lowenthal, 1994), Business process management (Duffy, 1994), Business scope redefinition (Venkatraman, 1994), Organisational change ecology (Earl et al., 1995), Structured analysis and improvement (Zairi, 1997).

Dovendo comunque trovare una sintesi tra questi contributi, potrebbe a nostro avviso affermare come il Business Process Reengineering (BPR) si fondi su una logica di tipo radicale ove i processi aziendali e le attività del core business sono reingegnerizzati e ripensati ex novo o, come sostengono alcuni autori, in modo straordinario, al fine di risolvere criticità o di migliorare i risultati (Hammer, 1990; Hammer e Champy, 1993;

Edosomwan, 1996). La logica di fondo, indipendentemente dall'oggetto, tende ad azzerare i principali componenti dei processi di lavoro (risultati, modalità di svolgimento delle attività, risorse utilizzate, ecc.) perchè ormai inadeguati e/o inefficienti. Gli interventi di BPR hanno, per loro natura, un impatto rilevante e trasversale sull'organizzazione, coinvolgono più funzioni, e si pongono come possibile obiettivo di cambiamento la ridefinizione delle aree di responsabilità. Il BPR si distingue, quindi, per la conduzione top-down del cambiamento organizzativo e per la gestione della sua complessità attraverso manager e competenze forti (Hammer and Champy, 1993).

A nostro avviso, queste caratteristiche distintive evidenziano carenze e soprattutto inadeguatezze di questo approccio rispetto alle esigenze strutturali e di derivazione storica del sistema aziendale pubblico (Bouckaert and Halachmi, 1995; Linden, 1993; Willcocks et al., 1997; Onagro, 2004), anche con particolare riferimento alle aziende sanitarie (Packwood et al., 1998). In parziale opposizione all'approccio del BPR, si è dunque diffusa la consapevolezza che il cambiamento dei processi, in particolare nelle organizzazioni pubbliche, non può né deve basarsi su progetti di breve periodo o su obiettivi solo economici, bensì deve essere occasione per riorientare (o anche consolidare, qualora la gestione sia buona) l'ente locale o l'azienda sanitaria verso l'utente e verso nuove modalità di erogazione dei servizi (Kock et al, 1996).

Da qui la necessità di un nuovo approccio alla reingegnerizzazione dei processi nelle pubbliche amministrazioni, che abbiamo definito Public Organization Reengineering (POR).

Una caratteristica fondamentale del POR riguarda la sua valenza strategica, ancor prima che gestionale, nonostante si tratti, in senso stretto, di una tecnica di analisi-riprogettazione dei processi. Infatti, il manifestarsi della necessità di agire sull'organizzazione e sui processi organizzativi legate all'eccessiva burocratizzazione, a scarsa qualità dei servizi e limitata integrazione tra le persone che contribuiscono al medesimo processo di erogazione di un servizio, ad attività ridondanti o non coordinate tra loro, ecc. obbliga al riesame degli obiettivi istituzionali-aziendali e delle strategie atte a realizzarli. Le decisioni, in generale, che orientano cambiamenti manageriali vanno prese avendo piena consapevolezza degli indirizzi, e di strategie aziendali definite a partire dall'evoluzione dei bisogni e quindi dei trend demografici ed epidemiologici. Non ci si può

nascondere che in molti casi i problemi di gestione hanno fatto emergere l'assenza di reali strategie di miglioramento dei servizi o di politiche fondate sulla conoscenza dei bisogni dell'utenza .

La scelta dei processi/aree di attività a cui applicare il POR deve essere dunque fatta rispetto alla valutazione dell'ambiente esterno in evoluzione continua (quali ad esempio linee guida nazionali e regionali, PSN, PSR, strategie/politiche nazionali, regionali, provinciali, quadro normativo, riforme in essere, cambiamenti dei bisogni e delle aspettative dell'utenza, i progressi tecnologici e le innovazioni dei mercati delle forniture etc), che può portare all'individuazione di nuovi obiettivi aziendali chiari e declinati in sotto-obiettivi relativi alle diverse macro-aree di attività e alla gestione. Una volta effettuata la mappatura dei processi, infatti, l'individuazione di quelli critici/strategici a cui applicare metodi e tecniche di analisi e riprogettazione, dipende sia dalla loro rilevanza e posizionamento rispetto ai suddetti obiettivi aziendali sia da criteri classici della gestione (criticità in termini di efficienza-efficacia).

Il POR pone l'accento sulla gestione delle modalità di erogazione dei servizi intese come esiti di processi multidisciplinari e interfunzionali che devono, quindi, essere monitorati sistematicamente anche negli aspetti più semplici e routinari (orari d'apertura, modalità di prenotazione di una visita, tipo, modo e strumento di informazione all'utenza, ecc.). Il POR, inoltre, non intendendo procedere attraverso discontinuità con il passato o cambiamenti repentini e radicali come il BPR, ed avendo ad oggetto sia processi interfunzionali ad elevata complessità sia specifici iter procedurali all'interno di determinate funzioni, può comportare sia soluzioni micro (razionalizzazioni) sia soluzioni macro (ristrutturazioni o riprogettazioni), purchè si rispetti il principio della gradualità di implementazione. A questa prima caratteristica distintiva e basilare del POR se ne possono aggiungere almeno altre quattro.

La seconda caratteristica distintiva del POR consiste in un approccio al cambiamento di tipo realistico, che prenda in considerazione tutti i fattori istituzionali ed ambientali che possono influenzare l'organizzazione, le decisioni ed il funzionamento degli enti locali o dell'azienda sanitaria (territoriale od ospedaliera).

La terza caratteristica distintiva concerne i soggetti deputati a veicolare il cambiamento dei processi: la reingegnerizzazione deve essere realizzata

da più attori organizzativi, sia nella fase strategica di decisione, a monte, sia nella fase operativa di implementazione, a valle.

La quarta caratteristica riguarda proprio l'approccio utilizzato nelle due macro-fasi di decisione e di implementazione: il POR prevede l'adozione di un approccio misto, top-down nelle decisioni che riguardano l'oggetto (aree di attività/processi) del cambiamento e dei soggetti (Manager, Staff, UO, ecc) a cui delegare il project management, bottom-up per valorizzare e coinvolgere fin dalle prime fasi i livelli professionali-operativi e coloro che sono direttamente coinvolti nei processi da reingegnerizzare, anche a fini di legittimazione (e miglior conduzione) del percorso di cambiamento di chi ricopre il ruolo di governo e di gestione del progetto di riprogettazione.

La quinta caratteristica distintiva riguarda la rilevanza delle condizioni operative. La gestione per obiettivi si può realizzare se prima si creano le condizioni organizzative per scardinare attività di routine e prassi operative sedimentate nel corso degli anni e le inefficienze croniche dei processi di lavoro.

2. Obiettivi e metodologia di ricerca

La ricerca intende verificare lo stato dell'arte, all'interno delle Aziende Sanitarie italiane con riguardo alle seguenti variabili:

1. grado di strategicità dei progetti di miglioramento dei processi pubblici e di semplificazione delle procedure;
2. scelte organizzative conseguenti alle strategie di gestione dei processi;
3. aree di attività oggetto di intervento di analisi e riprogettazione/semplificazione
4. motivazioni, obiettivi, logiche e metodi seguiti negli interventi/progetti di semplificazione (amministrativa e non) dei processi e delle procedure finalizzati al recupero dei livelli di efficienza e di un miglioramento della qualità dei servizi finali);
5. difficoltà incontrate e risultati ottenuti dagli interventi/progetti di reingegnerizzazione;
6. orientamenti ed investimenti, in prospettiva futura.

Inizialmente sono state contattate tutte le 287 aziende sanitarie italiane (data base del 2004) con l'invito a partecipare alla ricerca. Di queste, 161

hanno manifestato la disponibilità a partecipare alla ricerca, ed è stato quindi inviato a questo campione di aziende un questionario articolato in 20 domande prevalentemente multiple-choice (allegato 1), erogato via e-mail a figure deputate in azienda a presidiare gli interventi di sviluppo organizzativo e in particolare laddove esistenti, di miglioramento dei processi (staff alla DG, Uffici Qualità, Staff di Sviluppo Organizzativo etc). Il tasso di ritorno è stato di 78 aziende (allegato 2).

3. Lo stato dell'arte: evidenze empiriche

La ricerca ha evidenziato numerosi e significativi aspetti sotto il profilo del management strategico, che assumono rilevanza soprattutto in questa particolare fase storica caratterizzata da profonde e continue modifiche delle condizioni istituzionali (devolution), di sistema e d'azienda.

3.1 Le attività analizzate

Al fine di evidenziare lo stato dell'arte relativo alla reingegnerizzazione dei processi, le attività di un'azienda sanitaria sono state scomposte nelle tipologie di processo che tipicamente le caratterizzano, e che rientrano nelle due macro-categorie di riferimento: i processi primari ed i processi secondari (tabella 1).

PROCESSI PRIMARI	PROCESSI SECONDARI
A1. Processi di Prenotazione	B7. Pianificazione Strategica
A2. Processi di accettazione/dimissione dell'utente	B8. Programmazione e Controllo
A3. Processi di comunicazione/informazione all'utenza	B9. Sistemi informativi
A4. Programmazione Tecnologica	B10. Gestione del Personale
A5. Erogazione delle Prestazioni	B11. Approvvigionamenti
a) ospedaliera	B12. Logistica/Magazzino
b) specialistico-ambulatoriali	B13. Manutenzione
c) territoriali	B14. Altri
d) ospedale/territorio	
A6. Altri	

Tabella 1: Tipologie di processo individuate nella ricerca

L'87% delle Aziende Sanitarie Locali osservate sostiene di aver

provveduto ad una ricognizione o ad un intervento di analisi di almeno una tipologia di processo, percentuale che si attesta sul 96% se si prendono in considerazione le Aziende Ospedaliere presenti nel campione. La fase di riprogettazione è stata intrapresa dall'83% delle Aziende Sanitarie Locali (il 4% in meno rispetto alla fase di analisi) e dal 96% delle Aziende Ospedaliere (la stessa percentuale di aziende che hanno intrapreso la fase di analisi). L'allocazione degli interventi di analisi/riprogettazione tra i diversi processi ha privilegiato alcuni dei processi primari (figura 1), quali ad esempio i processi di prenotazione e quelli di comunicazione/informazione all'utenza, avvalorando e consolidando, così, la natura istituzionale delle aziende sanitarie quali innanzitutto erogatrici di servizi: è ragionevole che interventi (sia di analisi che di riprogettazione) su CUP, attività ambulatoriali, processi di accettazione e/o dimissione, nonché processi di comunicazione e informazione nei confronti dell'utenza siano stati indicati dalla netta maggioranza delle aziende. Interessante sottolineare come una percentuale non secondaria degli interventi di analisi non sia poi sfociata nell'individuazione di soluzioni di riprogettazione. Si tratta di un primo indicatore della presenza di ostacoli e barriere al cambiamento legato alla reingegnerizzazione dei processi.

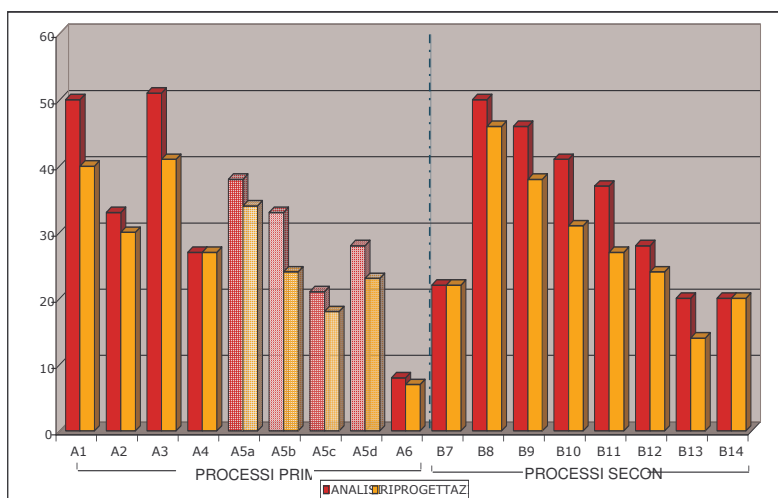


Figura 1 I processi reingegnerizzati

Occorre rilevare che quasi tutte le aziende hanno indicato più di una tipologia di processo, e che mediamente ciascuna azienda ha barrato 7 caselle (tipologie) tra le 17 possibili. E' da aggiungere che il numero di interventi sui processi secondari è all'incirca pari al numero di processi primari, a dimostrazione della pari rilevanza che le aziende correttamente vi attribuiscono ai fini della definizione di regole, procedure e sistemi di erogazione delle prestazioni orientate al medio-lungo periodo (processi di pianificazione strategica, programmazione e controllo, sistemi informativi, etc.).

Viene inoltre confermato l'orientamento strategico (dichiarato) delle aziende ad una logica di processo e l'alta sensibilità al tema del miglioramento dei processi (tabella 2), considerato dalla maggioranza delle aziende osservate prioritario.

	% SUL TOTALE ASL	% SUL TOTALE AO
il primo posto	9%	4%
un posto prioritario	48%	65%
un posto importante ma non prioritario	39%	26%
un posto secondario	4%	4%
Totale	100%	100%

Tabella 2: Importanza del miglioramento dei processi nella strategia di Asl e AO

Nei fatti è però da segnalare come la coerenza tra strategia e scelte organizzative non appaia di norma chiara e forte, e come le scelte a livello di struttura organizzativa non sempre coincidano con le dichiarazioni di rilevanza strategica dei processi; ad esempio, in alcuni casi il miglioramento dei processi viene dichiarato formalmente prioritario nel documento di Pianificazione Strategica o nell'Atto Aziendale, gli interventi effettuati sono ampi, numerosi e trasversali, ma poi l'Unità Organizzativa di riferimento o addirittura non viene individuata (tabella 3) oppure è collocata in Direzione Amministrativa o in Direzione Sanitaria, anziché centralmente in staff alla Direzione Generale (figura 2), e cioè in una collocazione organizzativa in grado di fornire visibilità sull'intera azienda e non limitata ad alcune aree di attività.

	% SUL TOTALE	% SUL TOTALE ASL	% SUL TOTALE AO
No	42%	44%	35%
Si	58%	56%	65%
Totale	100%	100%	100%

Tabella 3 Presenza di un'unità organizzativa dedicata al progetto

L'impatto di una scelta organizzativa inappropriata a monte rischia di riflettersi negativamente sulle fasi, più a valle, di monitoraggio dei processi, di misurazione dei risultati, di realizzazione del cambiamento e, infine, sulle modalità di erogazione dei servizi all'utenza.

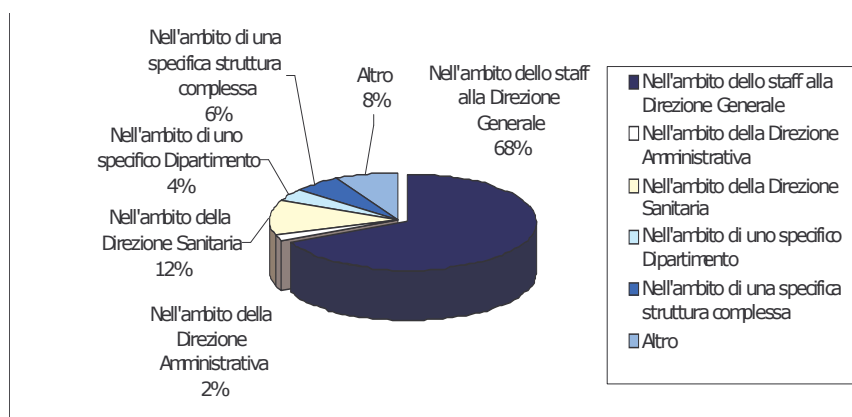


Figura 2: Collocazione organizzativa dell'unità di progetto

3.2 L'approccio decisionale utilizzato

Con riferimento all'approccio che ha portato ad interventi di cambiamento, si è inteso, poi, verificare il tipo di coinvolgimento nelle decisioni strategiche e gestionali sia dei livelli di vertice sia dei livelli più operativi, ivi comprese le professionalità cliniche. Le evidenze empiriche (tabella 4) ci consentono di osservare che:

1. tra tutte le aziende che hanno adottato un approccio Bottom-Up, solo una limitata percentuale lo ha fatto per tutti i processi analizzati e/o reingegnerizzati; l'approccio Bottom-Up è stato applicato prevalentemente a processi primari, che di norma non possono prescindere dalla consultazione, dal coinvolgimento e dalle decisioni dei

professionisti dei servizi delle Unità Operative e, più in generale, dagli operatori che si interfacciano direttamente con i diversi segmenti di utenza;

2. delle aziende che hanno adottato un approccio Top-Down, oltre la metà lo ha applicato a tutti i processi analizzati; l'approccio Top-Down è stato applicato prevalentemente a processi secondari, che riguardano per definizione i vertici delle organizzazioni e ruoli strategici (Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo, Gestione del Personale, etc.) o funzioni di carattere amministrativo (Approvvigionamenti, Logistica/Magazzino, Manutenzione, etc.) in cui il personale, ricoprendo ruoli di supporto, assume, di norma, minor rilevanza se valutato sulla base del contributo all'erogazione del servizio finale al paziente;

3. la quasi totalità delle aziende che ha adottato l'approccio Misto, lo ha applicato a tutti i processi, a conferma di come questa modalità decisionale non dipenda dal tipo di attività su cui si interviene con azioni di riprogettazione e si adatti flessibilmente alle diverse esigenze di cambiamento.

	% SUL TOTALE	% SUL TOTALE ASL	% SUL TOTALE AO
BOTTOM-UP	18%	19%	16%
su tutti i processi Sì	7%	8%	7%
su tutti i processi NO	11%	11%	9%
TOP-DOWN	33%	34%	31%
su tutti i processi Sì	19%	24%	14%
su tutti i processi NO	14%	10%	17%
MISTO	49%	47%	53%
su tutti i processi Sì	41%	43%	41%
su tutti i processi NO	8%	4%	12%
Totale	100%	100%	100%

Tabella 4: Tipologia di approccio decisionale

L'approccio misto risulta dunque largamente il più applicato, in grado di valorizzare sia l'autonomia clinica dei professionisti coinvolti sia le

differenti culture organizzative esistenti all'interno delle diverse sotto-realtà e dimensioni organizzative, anche al fine di non generare le tipiche resistenze al cambiamento che gli interventi di riprogettazione possono innescare.

3.3 Le resistenze al cambiamento

A questo proposito ben l'86% del campione afferma di aver incontrato un medio-alto o molto alto livello di difficoltà (figura 3).

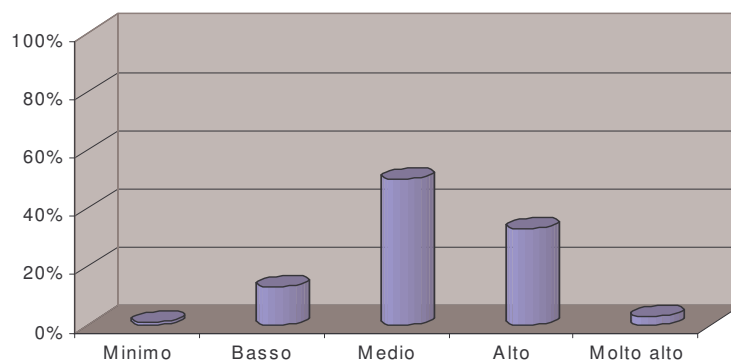


Figura 3: Livello di difficoltà riscontrato nel progetto di cambiamento

La carenza di una cultura manageriale diffusa, un'insufficiente flessibilità organizzativa e limitate risorse umane sono le principali cause di difficoltà evidenziate nelle risposte fornite dalle aziende del campione (tabella 5). Seguono anche altri fattori quali le insufficienti risorse strumentali, economiche, di canali di comunicazione o di coordinamento ed integrazione. La gran parte delle difficoltà riscontrate nell'introduzione del cambiamento sono, dunque, di carattere organizzativo e non esclusivamente legate ad una mera carenza di risorse economiche o strumentali.

	% SUL TOTALE	% SUL TOTALE ASL	% SUL TOTALE AO
errato approccio metodologico	24%	20%	32%
carenza di cultura manageriale	69%	65%	77%

diffusa			
insufficiente flessibilità organizzativa	66%	63%	73%
scarsità di risorse economiche	42%	35%	55%
carenza di risorse strumentali	40%	45%	32%
insufficienti risorse umane	60%	58%	64%
carenza di professionalità e competenze	31%	30%	32%
assenza di canali di comunicazione tra i soggetti coinvolti nel cambiamento	42%	35%	55%
insufficienti forme o possibilità di integrazione e/o coordinamento tra i soggetti coinvolti nel cambiamento	45%	50%	36%
mancanza di potere organizzativo, legittimazione, autonomia necessari a chi ha attuato il cambiamento	18%	15%	23%
responsabilità non chiaramente definite	40%	38%	45%
debolezza delle metodologie e degli strumenti operativi	18%	23%	9%
Altro	8%	13%	0%
<i>Totale</i>	% SUL TOTALE	% SUL TOTALE ASL	% SUL TOTALE AO

Tabella 5: Difficoltà riscontrate nell'implementazione dei progetti di cambiamento

I processi primari hanno presentato maggiori difficoltà di riprogettazione rispetto ai processi secondari; in particolare con riferimento ai processi di erogazione delle prestazioni ospedaliere, di prenotazione e di comunicazione/informazione all'utenza.

Infine l'ultima domanda del questionario erogato, "Anche alla luce delle esperienze passate, se l'azienda intendesse impostare nell'immediato futuro azioni di analisi e miglioramento dei processi, lo farebbe....(si veda Tabella 6) ", intende verificare, alla luce delle esperienze passate, e a partire dalle risposte fornite alle domande precedenti, quali azioni manageriali possano, meglio di altre, risolvere efficacemente le difficoltà

legate alla gestione per processi. E' stata anche qui fornita la possibilità di barrare più risposte.

4. Le implicazioni organizzative del POR e alcune riflessioni conclusive

Il POR, in generale, intende evitare il rischio che interventi di riprogettazione portino ad inutili sprechi di energie e risorse, siano fini a sé stessi o diventino funzionali ad interessi particolari che nulla hanno a che fare con la funzione pubblica dell'azienda sanitaria, per cui un intervento di razionalizzazione dei processi deve essere correlato con i benefici percepiti dall'utente interno od esterno (efficienza ed efficacia, intesa come capacità di risposta ai bisogni).

Le aziende analizzate evidenziano alcune criticità legate ai casi, frequenti, in cui si percorrano meccanicamente e in modo affrettato le vie indicate dagli input istituzionali (riforme, direttive, linee guida sullo snellimento dei percorsi sanitari ed amministrativi, ecc.), spesso con obiettivi legati a contingenze di budget, e quindi, con orizzonti di breve o brevissimo periodo. Questi automatismi sono indotti, innanzitutto, dai vertici aziendali che si allineano, a priori, all'indirizzo normativo, così come a nuove possibili strategie regionali sul tema della salute, o ai criteri e meccanismi di finanziamento Stato-Regioni-AS, intervenendo sulla gestione senza pianificazione, senza preoccuparsi delle reali implicazioni operative o senza fare attenta verifica e quantificazione delle risorse umane ed economiche a disposizione e da investire e delle condizioni organizzative che occorre creare. A questo si aggiunge la portata troppo ampia degli interventi, che rinnega i principi della realistica e delle gradualità: i processi critici e/o strategici analizzati/riprogettati da ciascuna azienda sono mediamente di natura complessa e di numero troppo alto perché si possa pensare di giungere a risultati operativi concreti su tutti gli interventi promossi, evitando sprechi di energie e risorse investite.

Ciononostante, molte delle aziende coinvolte nella ricerca hanno confermato che la gestione per processi è una strategia organizzativa vincente per le dinamiche aziendali tipiche del settore sanitario (autonomia clinica, elevata specializzazione dei professionisti, numerosità di ruoli specialistici che devono coordinarsi per raggiungere comuni obiettivi, ecc.), per la complessità organizzativa che ne connota il funzionamento, per la

trasversalità di processi multidimensionali e, quindi, per l'interdisciplinarietà che deve essere opportunamente gestita.

Viene chiaramente palesata la diffusa consapevolezza che quasi tutti i miglioramenti organizzativi legati ai processi influenzano direttamente o indirettamente l'efficienza-efficacia dei servizi erogati, sia ospedalieri sia territoriali similmente a quanto accade per l'impresa, anche se in diverse condizioni di mercato. L'evidente consapevolezza che il process reengineering possa rappresentare un'occasione privilegiata per migliorare il livello prestazionale, incontra però dei rischi che possono limitare, e di molto, le opportunità sopramenzionate. Come evidenziato in tabella 6, l'eccessivo utilizzo dell'approccio top-down, adottato sia nella fase di decisione che in quella d'implementazione dei cambiamenti, la difficoltà nella realizzazione delle soluzioni individuate e nella misurazione dei risultati, l'incapacità di quantificare ed oggettivizzare l'investimento effettuato in risorse umane ed economiche rappresentano attualmente i principali ostacoli all'efficace applicazione di metodologie come il POR che devono essere accompagnate da competenze di change management che in molti casi sono ancora assenti nelle direzioni aziendali intervistate.

Caratteristiche del POR	PUNTI DI COERENZA/INCOERENZA EMERSI DALLA RICERCA
Realisticità nell'approccio al cambiamento	L'approccio appare non sempre realistico sia rispetto all'incapacità nel quantificare le risorse economiche ed umane, sia rispetto ai tempi di azione, seppur nella minor parte dei casi, sia, soprattutto per le difficoltà incontrate nella fase di realizzazione, anche con riferimento ai limiti evidenziati nell'oggettivizzare i miglioramenti/risultati
L'organizzazione è consapevole di dover operare prevalentemente attraverso un adeguamento organizzativo graduale	Non sempre pare esistere la consapevolezza della necessità di azioni graduali, vista l'irrealistica dimensione di molti interventi anche rispetto ai tempi ristretti d'intervento

Oggetto del cambiamento sono sia processi ampi che specifiche procedure interne	Le aziende analizzate mediamente hanno ripensato sia processi trasversali e complessi, così come procedure interne “micro”.
Approccio al cambiamento di tipo misto	La ricerca evidenzia coerenza d’approccio per circa metà del campione analizzato
L’organizzazione deve gestire la complessità del cambiamento e le relative resistenze	Le aziende analizzate hanno dimostrato come questo rappresenti un punto di debolezza

Tabella 6: Punti di coerenza/incoerenza con il POR emersi dalla ricerca

Riassumendo ed in conclusione, gli “investimenti” sulla analisi/riprogettazione dei processi presuppongono, secondo l’approccio del POR, alcuni assunti di base che sono stati esplicitamente riconosciuti dalle Direzioni aziendali intervistate:

- L’azienda sanitaria deve avere una visione *strategica non solo dichiarata, ma supportata da competenze e scelte organizzative*;
- L’obiettivo ed il destinatario di tale visione è l’utente e la conoscenza della *domanda di servizi che diventa driver del cambiamento*;
- La mappatura dei processi e la loro analisi, è condizione necessaria seppur non sufficiente, affinché si possa continuare nel percorso di cambiamento;
- L’approccio al cambiamento deve essere realistico e graduale;
- I ruoli di staff che supportano le direzioni strategiche nell’affrontare tematiche organizzative, di struttura e di processi, dovranno essere i principali artefici della fase iniziale del percorso e di messa a regime dei cambiamenti.
- Ciò significa investire in ruoli organizzativi specifici, in nuove forme di gestione e in persone capaci di condurre i cambiamenti assumendosi la responsabilità di miglioramento di risultati prestazionali e di attività legate ad una maggiore chiarezza di ruoli e di funzioni.

Bibliografia

- Bof F, Tonti A. (2004) “La semplificazione dei processi nella PA: teoria e casi applicativi” Milano, Egea.
- Bouckaert, G. and Halachmi, A. (1995), “Reengineering in the public sector”, International Review of Administrative Sciences, Vol. 61 No. 3, pp. 329-42.
- Burke, G., Peppard, J. (1993) Business process redesign: Research directions. Business Change and Reengineering 1 (1), 43–47.
- Davenport, T.H. and Short, J.E. (1990), “The new industrial engineering: information technology and business process redesign”, Sloan Management Review, Vol. 17, Summer, pp. 11-27.
- Davenport, T.H. (1993), Process Innovation, Harvard Business Press, Boston.
- Davenport, T.H. (1994) "Reengineering: Business Change of Mythic Proportions?" MIS Quarterly, pp. 121-127.
- Duffy, D. (1994). Managing the white space (cross-functional processes). Management April, 35–36.
- Earl, M.J., Sampler, J.L., Short, J.E., (1995). Strategies for business process reengineering: Evidence from field studies. Journal of Management Information Systems 12 (1), 31–57.
- Edosomwan J.A. (1996) Organizational Transformation and process Reengineering, Londra, Kogan Page
- Hammer, M. (1990,). "Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate," Harvard Business Review, pp. 104-112.
- Hammer, M. and J. Champy (1993), Reengineering the Corporation, Harper Business, New York
- Harrington, H.J., (1991). Improving business processes. TQM Magazine February, 39–44
- Johanssen, H.J., McHugh, P., Pendlebury, J., Wheeler III, W.A., (1993). Business Process Reengineering: Breakpoint Strategies for Market Dominance. John Wiley and Sons, New York
- Kaplan, R.S., Murdoch, L., (1991). Core process redesign. The McKinsey Quarterly 2, 27–43.
- King, W.R. (1994). "Process Reengineering: The Strategic Dimensions," Information Systems Management, 11(2), pp. 71-73.
- Kock, N.F., Jr. McQueen, R.J. and Baker, M. (1996), Re-engineering a Public Organization: An Analysis of a Case of "Successful Failure", International Journal of Public Sector Management, V.9, No.4, pp. 42-50.
- Linden, R. (1993), “Busines Process Reengineering: newest fad, or revolution in government”, Public Management, Vol. 75 No. 11, pp. 8-12.
- Lowenthal, J.N., (1994). Reengineering the Organization; A Step-By-Step Approach to Corporate Revitalization. ASQC Quality Press, Milwaukee, USA.
- Morris, D.C. and Brandon, J.S. (1995), Reengineering your Business, McGraw-Hill, New York, NY.
- O'Neill P., Sohal A. (1999) Business Process Reengineering. A review of recent literature, Technovation, Volume 19, Issue 9, pp. 571-581
- Ongaro E. (2004) Process management in the public sector. The experience of one-stop shops in Italy, The International Journal of Public Sector Management Vol. 17 No. 1, pp. 81-107
- Packwood, T., Pollitt, C. and Roberts, S. (1998), “Good medicine? a case study of business reengineering in a hospital”, Policy and Politics, Vol. 26 No. 4, pp. 401-15.
- Petrozzo, D.P., Stepper, J.C., (1994). Successful Reengineering. Van Nostrand Reinhold, New York.

- Talwar, R., (1993). Business re-engineering—A strategy-driven approach. *Long Range Planning* 26 (6), 22–40.
- Venkatraman, N., (1994). IT-enabled business transformation: From automation to business scope redefinition. *Sloan Management Review* Winter, 73–87.
- Willcocks, L.P., Currie, W. and Jackson, S. (1997), “In pursuit of the reengineering agenda in public administration”, *Public Administration*, Vol. 75, Winter, pp. 617-49.
- Zairi, M., (1997). Business process management: a boundaryless approach to modern competitiveness. *Business Process Management Journal* 3 (1), 64–80.