

Il Management ospedaliero e la gestione strategica delle competenze nella società della conoscenza.

Indagine empirica svolta presso l'Azienda Sanitaria di Ravenna

Daniela Borzatta

Responsabile dell'Ufficio Statistica del Comune di Imola e Sociologa Professionista ANS.
daniela.borzatta@comune.imola.bo.it,daniela.borzatta@gmail.com

1 Premessa

Il *Knowledge Management*, inteso come insieme di pratiche manageriali di gestione della conoscenza, ha assunto un ruolo centrale nelle organizzazioni e viene riconosciuto come una delle principali risorse tra quelle che potenzialmente determinano il successo competitivo delle aziende. Il *New Public Management* ha portato anche nel settore sanitario criteri e principi tipici della gestione imprenditoriale per conseguire efficacia, efficienza e qualità nell'erogazione dei servizi.

La ricerca svolta si è focalizzata sulle organizzazioni ospedaliere dell'Azienda Asl di Ravenna e sul loro *management* strategico, in cui il processo di programmazione e di ridefinizione organizzativo-strutturale ha rappresentato un effetto dell'interazione di tre livelli, manageriale, istituzionale, professionale, con il sistema delle conoscenze e delle competenze disponibili all'organizzazione ospedaliera.

Pertanto, il capitale umano può essere situato al centro dei processi di cambiamento organizzativo, evidenziando quindi il ruolo critico che deve essere attribuito ai *professionals* che rivestono ruoli apicali.

È indubitabile che la funzione complessiva di governo in capo ai ruoli dirigenziali prevede la necessità di dover impiegare "conoscenze, competenze ed attitudini ad applicare metodi e tecniche di programmazione, controllo ed organizzazione, valutazione dei programmi,

gestione del personale, gestione delle relazioni con l'ambiente, ecc."¹

Tra gli strumenti strategici con cui la direzione aziendale risponde alla complessità che caratterizza lo sviluppo dei servizi sanitari e gli ospedali, in particolare, si è diffuso negli ultimi decenni il concetto di "governo clinico"², i cui principi fondamentali sono: la collaborazione multiprofessionale, la responsabilizzazione e la partecipazione degli operatori e degli utenti; principi che trovano realizzazione *nella learning organization* che è la più moderna concezione organizzativa delle aziende nella nuova economia della conoscenza.

Le responsabilità dirigenziali sono presenti in ogni decisione, sia essa tecnico-professionale o gestionale; le scelte clinico-assistenziali devono valutare anche l'impatto gestionale, così come le scelte gestionali devono tenere conto anche dell'effetto assistenziale.

Ne consegue che, all'interno delle Aziende Sanitarie e, specialmente, in qualsiasi struttura ospedaliera è indispensabile utilizzare il termine "management, inteso nello stesso tempo come scienza della direzione e capacità di governo da parte della dirigenza"³.

¹ E. Borgonovi, M. Meneguzzo, "Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità Sanitarie Locali", Ed. Giuffrè, Milano, 1985.

² Il termine "governo clinico", importato dall'anglosassone "clinical governance", si riferisce ad un programma di gestione e miglioramento della qualità e dell'efficienza di un'attività medica, che generalmente è operata a livello Dipartimentale.

³ G.Carnevali, "Il management ospedaliero per il miglioramento della qualità e la riduzione dei costi", in "Organizzazione Sanitaria" n.2/1999, pagg.107-111.

Le sintetiche considerazioni fin qui espresse sono una premessa necessaria per un'analisi della funzione dirigenziale che non prescinda dalla complessità organizzativa dell'Ospedale. Per introdurre adeguatamente il tema affrontato è necessario, infatti, contestualizzarlo al fine di evidenziare, coerentemente con gli obiettivi del lavoro svolto, la tematica della funzione dirigenziale ospedaliera all'interno di un quadro delle trasformazioni organizzative.

La funzione di gestione e quella di coordinamento sono tanto più problematiche in quanto l'ospedale, come ogni istituzione di servizi alle persone, opera su un materiale umano particolarmente delicato e poco prevedibile e con una tecnologia terapeutica assai complessa e poco standardizzabile. Alla complessità della struttura organizzativa si accompagna, quindi, quella del sistema socio-tecnico impiegato.

L'eterogeneità del campione oggetto della ricerca è spiegata dal fatto che la complessità organizzativa dell'ospedale si manifesta, in primo luogo, come complessità dei suoi processi decisionali, derivante da un vero e proprio sistema di autorità multiplo.

2 Metodologia utilizzata

Questa ricerca sulla funzione manageriale dei livelli dirigenziali delle tre strutture ospedaliere dell'Azienda Usl di Ravenna ha perseguito lo scopo di comprendere l'attività organizzativo-gestionale dei dirigenti sanitari delle strutture ospedaliere, di delineare i ruoli e le responsabilità previste dalla loro funzione manageriale e di cogliere le percezioni sulla propria attività lavorativa, nonché eventuali orientamenti verso innovative politiche di gestione. A tal scopo lo studio sul campo ha dovuto affiancare all'analisi organizzativo-gestionale un'indagine, che potrebbe essere definita "autobiografica", finalizzata a far emergere i percorsi formativi e lavorativi, le caratteristiche dell'attività svolta, le criticità incontrate e le considerazioni dei soggetti interessati. È stato necessario, pertanto, scegliere una metodologia che potesse riassumere e realizzare contemporaneamente una simile varietà di obiettivi: all'analisi organizzativa aziendale è stata affiancata un'indagine focalizzata sul ruolo e la funzione dirigenziale.

La ricerca è stata svolta, pertanto, in due momenti fondamentali, il primo di tipo documentale, concernente l'analisi del contesto, degli assetti organizzativi del sistema ospedaliero e delle responsabilità dirigenziali ed il secondo,

propriamente empirico, di approfondimento "sul campo" circa le attività, le competenze e le evoluzioni che caratterizzano le funzioni manageriali all'interno dei presidi sanitari. A tal fine gli strumenti utilizzati per implementare il progetto di ricerca sono stati una check list per l'analisi organizzativo-gestionale e un questionario semistrutturato per raccogliere le informazioni sulla demografia professionale, le percezioni che i dirigenti hanno su alcuni aspetti del proprio lavoro e le criticità incontrate durante il suo svolgimento. Il questionario, auto-compilato, semi-strutturato ed anonimo, è stato costruito su un telaio di 3 sezioni e di 36 domande miste, a cui si aggiunge uno spazio riservato a note e commenti.

Le sezioni concernono:

- 1) i dati personali (pur nel rispetto dell'anonimato),
- 2) gli aspetti organizzativo-strutturali,
- 3) gli aspetti riguardanti l'attività professionale: eventuali criticità, aspettative di miglioramento, operatività, ecc.

All'atto della consegna del documento è stato esplicitamente richiesto un tempo minimo, ma necessario per fornire tutte le esplicazioni ritenute fondamentali a superare eventuali ostacoli ed è stato altresì consegnato un documento esplicativo prodotto a tali scopi.

La struttura del questionario si articola su 36 domande e parte delle stesse è direttamente comparabile con le informazioni raccolte ed elaborate con l'analisi organizzativo-gestionale.

Più precisamente, i quesiti riguardano:

- dati anagrafici,
- profilo formativo e professionale,
- articolazione e struttura organizzativa,
- qualità professionale,
- percezione dell'allocatione del tempo lavorativo,
- criticità operative, organizzative, nei rapporti con altre figure professionali,
- aspettative ed attuazione di proposte di cambiamento,
- aspetti relazionali,
- aspetti organizzativo-gestionali,
- note, commenti, suggerimenti.

I questionari restituiti sono stati 31 sul totale di quelli consegnati pari a 32. Preme chiarire che l'indagine non ha avuto una estensione tale da poter esprimere le opinioni di tutti i livelli apicali ospedalieri, per cause determinate dal particolare contesto analizzato che non ha consentito di ampliare ulteriormente il campione di studio.

Ciononostante, se si tiene conto della complessità di tale contesto professionale e della modalità di somministrazione del sondaggio, il risultato può essere ritenuto soddisfacente.

3 Principali risultati raggiunti

I risultati emersi hanno evidenziato che l'aspetto di coesistenza dei livelli manageriale e tecnico-sanitario rappresenta ad oggi una problematica ancora aperta e meritevole di ulteriori approfondimenti. Si è riscontrata l'opinione diffusa tra i professionisti intervistati che il dirigente chiamato a responsabilità di tipo gestionale non possa cessare di essere, prima di tutto, un ottimo professionista, con una formazione manageriale ritenuta importante e necessaria per ricoprire responsabilità gestionali, ma soprattutto con una prioritaria responsabilità impostata all'ottica del rapporto medico-paziente. Le risultanze emerse hanno trovato riscontro nella lettura dell'organizzazione sanitaria come una *learning organization*, basata su valori condivisi e non su meccanismi di controllo, caratterizzata dalla responsabilizzazione di tutti i suoi professionisti. Le responsabilità dirigenziali, siano esse di tipo professionale o gestionale, sono presenti in ogni processo decisionale. Le scelte gestionali e quelle clinico-assistenziali producono rispettivamente un impatto assistenziale e gestionale, che il professionista dirigente ospedaliero deve valutare, rispondendo alle richieste di integrazione, comunicazione e responsabilizzazione, orientandosi verso prospettive di innovazione. Su questi aspetti è stata proposta una riflessione sulla figura del *manager* ospedaliero in evoluzione verso logiche di integrazione e di rete.

In particolare, tra gli aspetti e le problematiche evidenziate si può riscontrare, innanzitutto, l'importanza riconosciuta alla costituzione di dipartimenti trasversali, che rappresentano un salto di qualità in quanto consentono di creare l'eccellenza all'interno della struttura, favorendo la crescita professionale e la stessa gratificazione degli operatori.

Si richiama, inoltre, la possibilità di un interscambio culturale, conoscitivo e professionale finalizzato alla creazione di una rete di assistenza, creando gruppi di lavoro per codificare le procedure, creare rapporti di dipendenza reciproca, di collaborazione tra i tre presidi ospedalieri.

Si riconosce, altresì, l'importanza, degli strumenti dell'informatizzazione, della formazione continua

e della valorizzazione delle professionalità di qualsiasi livello, anche quello non medico.

Infine, è stata evidenziata l'importanza di perseguire l'obiettivo della continuità assistenziale e dell'integrazione e collaborazione tra Ospedale e Territorio.

4 Note conclusive

La ricerca di eventuali orientamenti verso innovative politiche di gestione nel management strategico delle organizzazioni ospedaliere dell'Ausl ha condotto al tema della continuità assistenziale e dell'integrazione e collaborazione tra Ospedale e Territorio. La continuità dell'assistenza non si riferisce solo ai processi che caratterizzano i percorsi assistenziali, ma comprende tutte quelle situazioni che richiedono la capacità di coordinamento ed integrazione dell'attività dei professionisti, anche tra loro distanti nello spazio e nelle specifiche competenze professionali. Reti, network, comunità procedurali rappresentano una prospettiva per promuovere l'autoapprendimento delle organizzazioni sanitarie a fare continuità assistenziale.

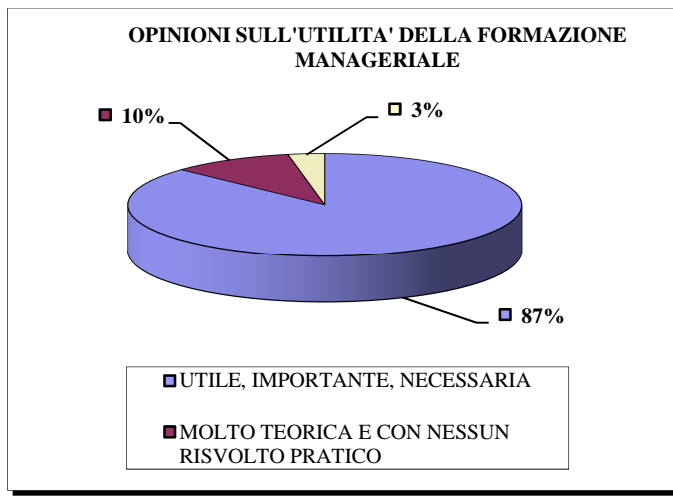
La trasformazione dell'assistenza ospedaliera tende verso una rete funzionale di attività integrate, prevalentemente ad alto contenuto tecnologico non solo chirurgico, ma anche relative alla medicina per acuti. Pertanto, il percorso diagnostico-terapeutico dovrà trovare in "un processo di integrazione con il territorio, per la gestione delle fasi di riabilitazione, delle post-acuzie, dell'home-care, ecc.,"⁴ il suo inizio e la sua conclusione.

Il sistema complesso "ospedale è il luogo della scienza e del progresso tecnologico ed, al contempo, è il luogo in cui si esprime la cultura della comunità locale. E' il crocevia di un insieme di saperi, il punto d'incontro di molti professionisti, ospedalieri e territoriali, chiamati a comprendersi e comunicare, per potersi integrare e coordinare. Il governo complessivo dell'ospedale deve fare riferimento ad un unico sistema di integrazione, coordinamento ed orientamento, rappresentato dal suo livello dirigenziale.

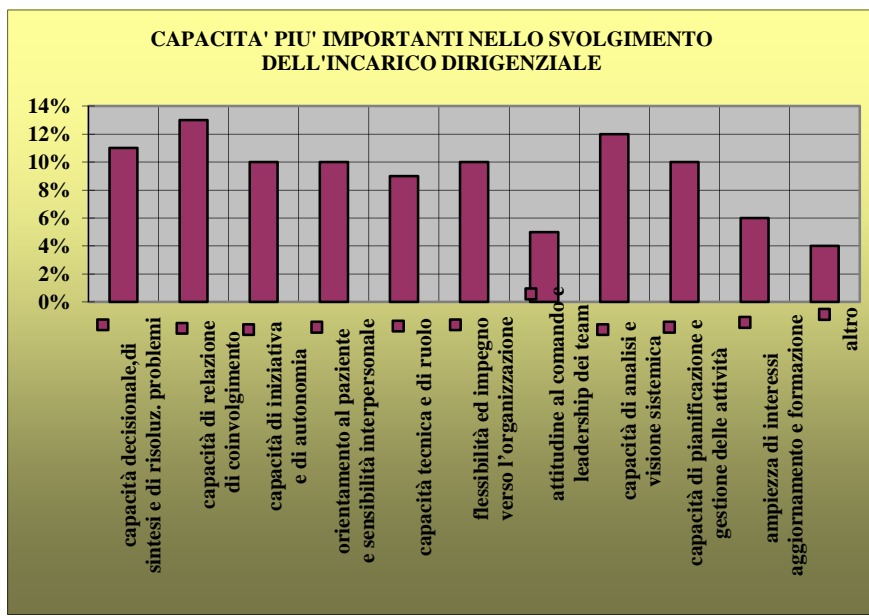
⁴ M. Bergamaschi, *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2000, p.229.

5 Dati significativi

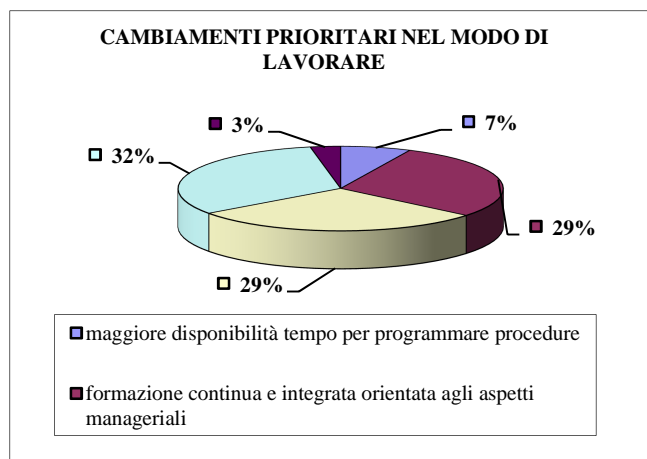
“Esprima una sua opinione sull'utilità della formazione manageriale ai fini dello svolgimento della sua professione.”



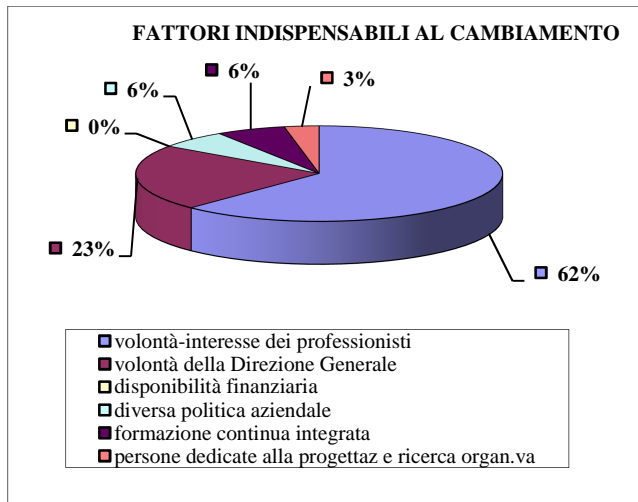
“Quali tra le seguenti capacità ritiene possano esserle maggiormente d'aiuto nello svolgimento del Suo incarico?”



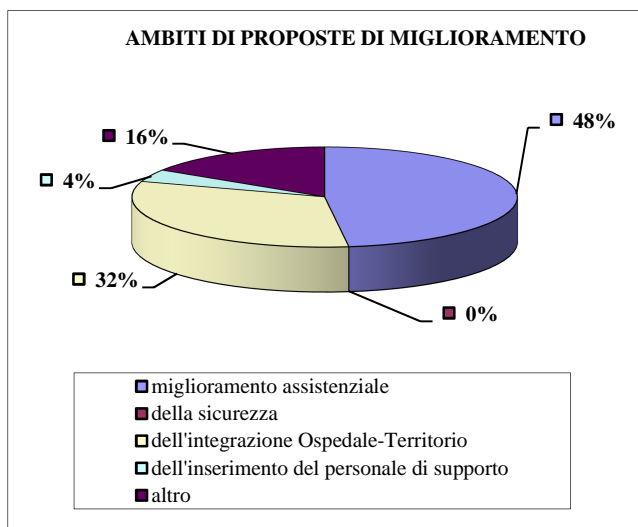
“Quali cambiamenti ritiene siano prioritari nei seguenti ambiti?”



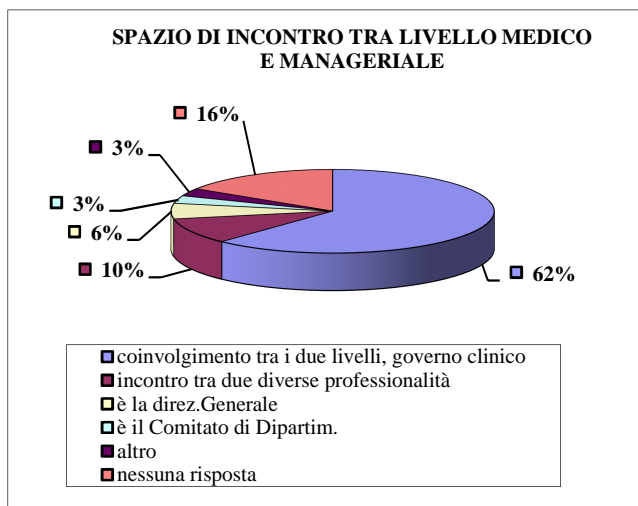
“Quali tra i seguenti fattori ritiene siano indispensabili al cambiamento?”



“In quali ambiti si possono collocare le proposte di miglioramento da lei formulate?”



“Esiste, secondo Lei, un reale spazio di incontro tra il livello medico e quello manageriale? Esprima sinteticamente la sua opinione”



6 Riferimenti bibliografici

1) E. Borgonovi, M. Meneguzzo, “*Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità Sanitarie Locali*”, Ed. Giuffrè, Milano, 1985.

2) G. Carnevali, “*Il management ospedaliero per il miglioramento della qualità e la riduzione dei costi*”, in “*Organizzazione Sanitaria*” n.2/1999.

3) M. Bergamaschi, *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2000.